

Ghid practic pentru asistența medicală comunitară

Volu coordonat de:

Cristian Vlădescu, Marian Matei, Raluca Sfetcu

Autori:

Mircea Alexiu, Venera Bucur, Vasilica Constantinescu, Cristina Crintea, Liana David, Irina Dobândă, Mihaela Iotu, Francisc Jeszensky, Felicia Lirca, Mariana Malczyk, Doina Merla, Petru Miloș, Mona Moldovan, Zita Molnar, Ana Munteanu, Rodica Neagoe, Lavinia Panait, Raluca Sfetcu, Mihaela Tomiță, Roxana Ungureanu, Daniela Valceanu

Ghid dezvoltat în cadrul proiectului "Promovarea incluziunii sociale prin dezvoltarea resurselor umane și instituționale din asistența medicală comunitară", finanțat de Uniunea Europeană - Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, Axa prioritară 6, DMI 6.1 "Pentru o viață mai bună"; ID 18786

București, 2012

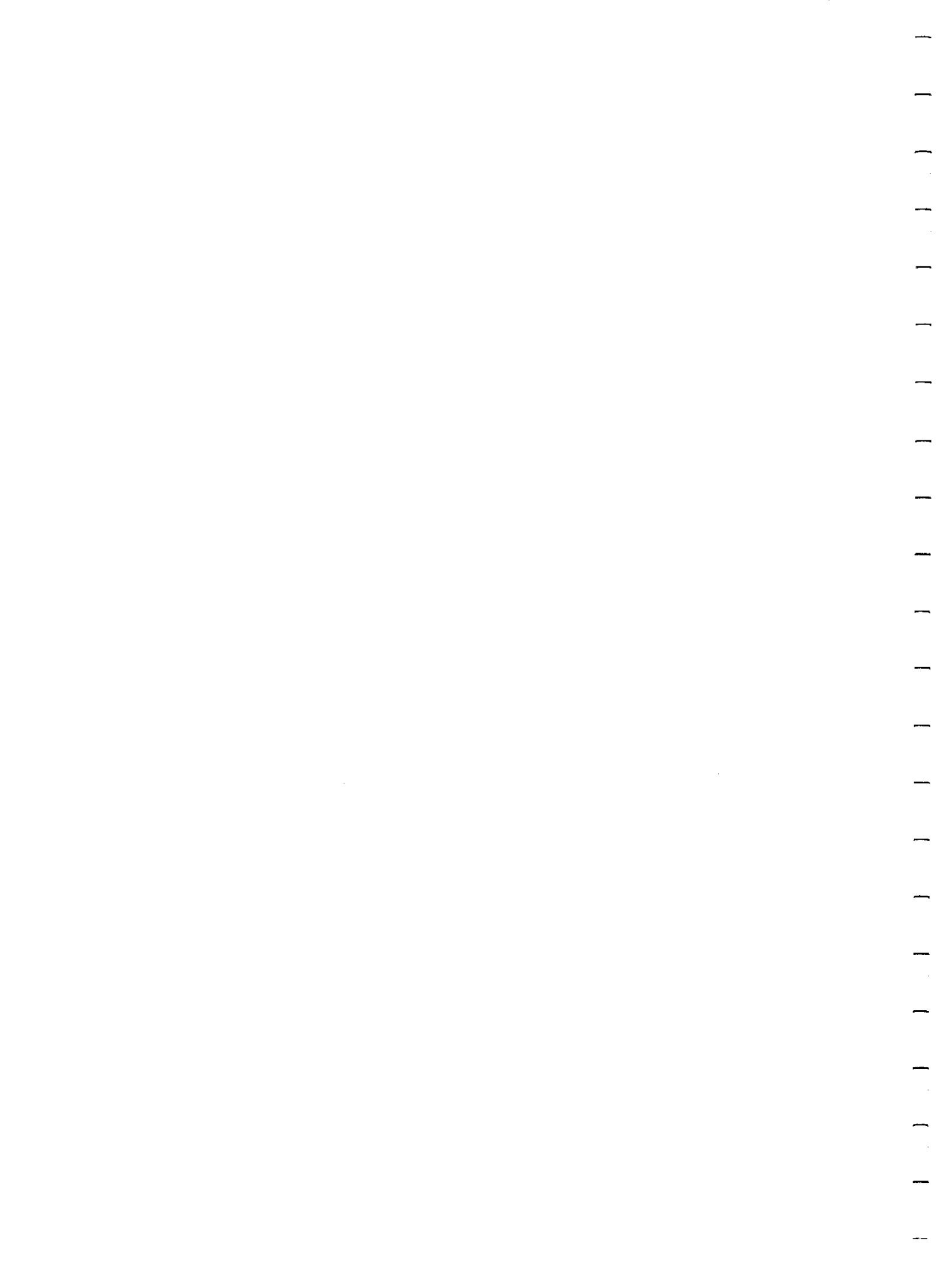


CUPRINS

Introducere	7
partea 1 PLANIFICAREA, ORGANIZAREA ȘI RAPORTAREA ACTIVITĂȚII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ COMUNITARĂ (AMC) – POR	9
POR 1 - Procesul de îngrijiri de sănătate	10
POR 2 - Activitatea de asistență medicală comunitară.....	12
POR 3 - Pași în înființarea unui serviciu de asistență medicală comunitară	16
POR 4 - Identificarea nevoii de asistență medicală comunitară la nivelul comunității	18
POR 5 - Relații de colaborare AMC în cadrul echipei multidisciplinare de asistență medicală primară de la nivelul comunității.....	21
POR 6 - Model de protocol de colaborare între asistența medicală comunitară (de la nivelul primăriei) și medicul de familie	22
POR 7 - Planificarea activității AMC.....	26
POR 8 - Instrumente pentru planificarea și raportarea activității	29
POR 9 - Macheta de planificare și organizare a activității de teren.....	31
POR 10 - Macheta de raportare periodică a activității.....	32
POR 11 - Macheta de raportare anuală a populației catagrafiate și asistate	34
POR 12 - Macheta de preluare a beneficiarilor de la medicul de familie	35
POR 13 - Macheta de preluare a beneficiarilor de la asistentul social.....	36
partea 2 - LUCRUL CU COMUNITATEA – COM	37
COM 1 - Diagnosticul comunității	38
COM 2 - Structura raportului de diagnostic al comunității	40
COM 3 - Model de raport de diagnostic de sănătate publică.....	41
COM 4 - Catagrafierea populației, stabilirea grupului țintă și a populației asistate	44
partea 3 - LUCRUL CU FAMILIA – FAM	47
FAM 1 - Fișa medicală a familiei.....	48
FAM 2 - Factori de risc de mediu la nivelul familiei	50
FAM 3 – Metodologie pentru fișa de identificare a factorilor de risc la nivel de gospodărie	55
FAM 4 – Fișă pentru evaluarea factorilor de risc la nivel de gospodărie.....	56
FAM 5 – Metodologia pentru fișa de identificare a problemelor sociale ale familiei/gospodăriei	58
FAM 6 – Fișa de identificare a problemelor sociale.....	59
FAM 7 - Alte instrumente de evaluare a situației familiale (Genograma și Ecomapa).....	61
FAM 8 - Metodologie pentru fișa de identificare a victimelor maltratării.....	63
FAM 9 - Fișa de identificare a victimelor maltratării.....	65
FAM 10 - Metodologie pentru fișa de identificare a violenței domestice.....	69
FAM 11 - Fișa de identificare a violenței domestice	71
partea 4 - LUCRUL CU INDIVIDUL – IND	72
IND 1 - Model de fișa de evidență a beneficiarilor de servicii AMC	73
IND 2 - Metodologie pentru fișa de urmărire a gravidei la domiciliu, în trimestrul I.....	74
IND 3 - Fișa de urmărire a gravidei la domiciliu în trimestrul I.....	75
IND 4 - Metodologie pentru fișa de urmărire a gravidei la domiciliu, în trimestrul II	76
IND 5 - Fișa de urmărire a gravidei la domiciliu în trimestrul II	77
IND 6 - Metodologie pentru fișa de urmărire a gravidei la domiciliu în trimestrul III	78
IND 7 - Fișa de urmărire a gravidei la domiciliu în trimestrul III	79
IND 8 - Manevre și tehnici de urmărire a evoluției sarcinii	80
IND 9 - Metodologie pentru fișa de urmărire a lăuzei la domiciliu	83
IND 10 - Fișa pentru urmărirea lăuzei la domiciliu	84
IND 11 - Fișa cu manevre și tehnici de urmărire a lăuzei	86

IND 12 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a nou-născutului la 1 lună	89
IND 13 - Fișa de evaluare a nou-născutului la 1 lună.....	90
IND 14 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a sugarului la 3 luni	91
IND 15 - Fișa de evaluare a sugarului la 3 luni.....	92
IND 16 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a sugarului la 6 luni	93
IND 17 - Fișa de evaluare a sugarului la 6 luni.....	94
IND 18 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a copilului de 1 an	95
IND 19 - Fișa de evaluare a copilului de 1 an	96
IND 20 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a dezvoltării copilului de 2 ani.....	97
IND 21 - Fișă de evaluare a dezvoltării copilului de 2 ani	98
IND 22 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a dezvoltării copilului de 3 ani.....	99
IND 23 - Fișa de evaluare a dezvoltării copilului de 3 ani	100
IND 24 - Metodologia de utilizare a fișei de supraveghere a bolnavului de TB	102
IND 25 - Fișa de supraveghere a bolnavului de tuberculoză (TB).....	103
IND 26 - Metodologia de supraveghere a bolnavului cronic	105
IND 27 - Fișă de supraveghere la domiciliu a bolnavului cronic.....	106
IND 28 - Metodologia de supraveghere a bolnavului HIV/SIDA.....	107
IND 29 - Fișă de supraveghere a bolnavului cu HIV/SIDA	108
IND 30 - Metodologia de supraveghere a a bolnavului cu Diabet zaharat tip II	110
IND 31 - Fișă de supraveghere la domiciliu a bolnavului cu Diabet zaharat tip II.....	111
IND 32 - Alimentația bolnavului cu diabet zaharat	112
IND 33 - Fișa informativă diabet	119
IND 34 - Metodologia de supraveghere a bolnavului psihic	120
IND 35 - Fișa de supraveghere a bolnavului psihic	121
IND 36 - Metodologie pentru fișa de identificare a gradului de autonomie a vârstnicului	123
IND 37 - Fișa de identificare a gradului de autonomie a vârstnicului	125
IND 38 - Fișa de identificare a statusului nutrițional al persoanei vârstnice	127
partea 5 - PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ȘI EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE – PES.....	129
PES 1 - Metodologie pentru fișa de evaluare a factorilor de risc la nivel individual	130
PES 2 - Fișă pentru evaluarea factorilor de risc la nivel individual.....	135
PES 3 – Machetele de evidență a activităților de promovarea sănătății și educație pentru sănătate	137
PES 4 - Fișa privind stilul de viață sănătos.....	141
PES 5 - Fișa privind promovarea alimentației sănătoase.....	142
PES 6 - Fișa privind prevenirea și combaterea fumatului	146
PES 7 - Chestionarul Fagerstrom de apreciere a severității dependenței de fumat	148
PES 8 - Fișa privind promovarea igienei individuale	149
PES 9 - Planificarea familială	153
PES 10 - Autoexaminarea sânilor	154
PES 11 - Fișa privind măsurile de prevenire a bolilor cardiovasculare	157
PES 12 - Fișa privind măsurile de prevenire a bolilor cerebrovasculare (AVC ischemic, AVC hemoragic).....	162
PES 13 - Fișa privind prevenirea și controlul tuberculozei (TB)	163
PES 14 - Fișa privind prevenirea și controlul diabetului zaharat.....	166
PES 15 - Fișa privind combaterea consumului de alcool.....	169
PES 16 - Testul AUDIT de evaluare a consumului de alcool	173
PES 17 - Fișa privind prevenirea și controlul astmului bronșic	175
PES 18 - Frecvența examenelor paraclinice recomandate pentru adolescenți.....	177
PES 19 - Frecvența examenelor paraclinice recomandate pentru adulți.....	178

partea 6 - ACORDAREA PRIMULUI AJUTOR ÎN CAZ DE URGENȚĂ - PA	181
PA 1 - Metodologia de completare a fișelor care cuprind activitățile desfășurate de asistentul medical comunitar în acordarea primului ajutor în caz de urgențe medicale.....	182
PA 2 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - AMPUTAȚIA DE MEMBRE	184
PA 3 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - ARSURI.....	185
PA 4 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - ENTORSE ȘI LUXAȚII	187
PA 5 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - RESUSCITAREA CARDIORESPIRATORIE	188
PA 6 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - HEMORAGIA.....	191
PA 7 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - INTOXICAȚII.....	194
PA 8 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - ELECTROCUTARE... ..	198
PA 9 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - FRACTURI	199
PA 10 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - LEȘIN	200
PA 11 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - PLĂGI.....	202
PA 12 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - TIPURI SPECIALE DE PLĂGI	204
PA 13 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - POLITRAUMATISME	205
PA 14 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - TRAUMATISMUL CRANIAN.....	206
 partea 7 - ADMINISTRAREA UNOR TRATAMENTE LA DOMICILIUL PACIENȚILOR - AT	207
AT 1 - Metodologia de lucru pentru administrarea tratamentului	208
AT 2 - Administrarea medicamentelor prin picături auriculare	211
AT 3 - Administrare medicamentelor pe cale orală.....	212
AT 4 - Administrarea medicamentelor pe cale bucală și sublinguală	213
AT 5 - Administrarea medicamentelor pe cale parenterală.....	214
AT 6 - Administrarea medicației pe cale nazală	218
AT 7 - Administrarea medicamentelor pe sondă nazogastrică și gastrostoma.....	219
AT 8 - Administrarea medicației pe cale oculară.....	221
AT 9 - Administrarea mucodermală a medicamentelor	223
AT 10 - Administrarea transdermală a medicamentelor	224
AT 11 - Administrarea tratamentului în tuberculoză.....	226
AT 12 - Ideile principale pentru discuția cu pacienții la diferite momente ale tratamentului și în situații particulare	233



Introducere

Acest set de instrumente a fost dezvoltat în cadrul proiectului “Promovarea incluziunii sociale prin dezvoltarea resurselor umane și instituționale din asistența medicală comunitară”. Proiectul a fost implementat de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar (SNSPMPDS) în parteneriat cu Universitatea de Vest, Timișoara (UVT), Direcția de Sănătate Publică Județeană Timișoara (DSPJ TM), Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara (CRRSP TM), Direcția de Sănătate Publică Județeană Mureș (DSPJ MS), Centrul Regional de Sănătate Publică Mureș (CRSP MS), în perioada 2009 – 2012 fiind finanțat de Uniunea Europeană - Fondul Social European prin Programul sectorial Operațional pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, Axa prioritară 6.1. “Pentru o viață mai bună”. Proiectul s-a derulat în toate cele 10 județe din Regiunile de Dezvoltare Vest și Centru, și a avut ca obiectiv principal reglementarea activității de Asistență Medicală Comunitară atât la nivelul organizării profesiei (dezvoltarea standardului ocupațional) dar și la nivelul structurării și uniformizării activității de asistență medicală comunitară.

Prin acest set de instrumente (toolkit) ne propunem, așadar, să oferim o colecție de instrumente care să faciliteze munca în teren a asistentului medical comunitar (AMC), fie acesta novice sau profesionist experimentat. Acestea acoperă toate categoriile de activități derulate de AMC, de la planificarea și organizarea activității până la managementul unor categorii specifice de beneficiari sau activitățile de promovare a sănătății. Această resursă este, așadar, destinată preponderant practicii AMC, fiind o completare a manualului de asistență medicală comunitară dezvoltat, de asemenea, în cadrul proiectului mai sus menționat.

Setul este organizat în 7 părți și conține 111 de instrumente individuale ce pot fi utilizate ca atare sau adaptate la nevoile locale. Fiecare instrument este însoțit de o metodologie a acestuia, care detaliază condițiile și modul de utilizare. Acest set de instrumente poate fi utilizat în funcție de necesitățile fiecărui utilizator în parte, ne-existând o regulă strictă de utilizare. Acest lucru este posibil deoarece fiecare instrument este direct utilizabil (împreună cu metodologia), fără a fi necesară lecturarea întregului manual pentru înțelegerea acestuia.

În “Partea 1 – Planificarea, organizarea și raportarea activității de de asistență medicală comunitară” abordăm aspectele organizatorice ale practicii AMC, oferind – pe de o parte - instrucțiuni pas cu pas pentru înființarea unui serviciu de AMC, identificarea nevoilor de AMC la nivelul unei comunități sau pentru planificarea activității AMC iar – pe de altă parte – machete de planificare și raportare a activității care pot fi direct utilizate sau adaptate la nevoile locale. Urmând apoi modelul asistenței comunitare centrat pe individ, familie și comunitate, în următoarele 3 părți (“Partea 2 – Lucrul cu comunitatea”, “Partea 3 – Lucrul cu familia” și “Partea 4 – Lucrul cu individul”) oferim instrumente de diagnostic, intervenție și management, specifice AMC (de ex. Diagnosticul comunității, diagnosticul familiei, etc.). În “Partea 5 – Promovarea sănătății și educație pentru sănătate” punem la dispoziția AMC atât fișe informative cât și fișe de lucru pentru fiecare grup vulnerabil în parte (de ex. Boli cardiovasculare), iar în “Partea 6 –

Acordarea primului ajutor în caz de urgență” am inclus fișe de lucru pentru cel mai frecvent întâlnite tipuri de urgențe în practica AMC. Ultima parte este dedicată administrării tratamentului la domiciliul pacienților, cuprinzând o metodologie generală de administrare a tratamentului la domiciliu și una specifică pentru TB.

Ne dorim ca acest set de instrumente să fie utilizat, adaptat și îmbunătățit pe parcursul anilor, servind ca un început pentru standardizarea practicii de AMC în România.

București, 20 februarie 2012

Autorii

partea 1

PLANIFICAREA, ORGANIZAREA ȘI RAPORTAREA ACTIVITĂȚII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ COMUNITARĂ (AMC) - POR

CUPRINDE URMĂTOARELE INSTRUMENTE:

- POR 1 - Procesul de îngrijiri de sănătate
- POR 2 - Activitatea de asistență medicală comunitară
- POR 3 - Pași în înființarea unui serviciu de asistență medicală comunitară
- POR 4 - Identificarea nevoii de asistență medicală comunitară la nivelul comunității
- POR 5 - Relații de colaborare AMC în cadrul echipei multidisciplinare de asistență medicală primară de la nivelul comunității
- POR 6 - Model de protocol de colaborare între asistența medicală comunitară (de la nivelul primăriei) și medicul de familie
- POR 7 - Planificarea activității AMC
- POR 8 - Instrumente pentru planificarea și raportarea activității
- POR 9 - Macheta de planificare și organizare a activității de teren
- POR 10 - Macheta de raportare periodică a activității
- POR 11 - Macheta de raportare anuală a populației catagrafiate și asistate
- POR 12 - Macheta de preluare a beneficiarilor de la medicul de familie
- POR 13 - Macheta de preluare a beneficiarilor de la asistentul social

POR 1 - Procesul de îngrijiri de sănătate

Selectarea și utilizarea unui model teoretic pentru organizarea activității practice poate facilita mult munca AMC prin oferirea unui cadru structurat pentru acțiune, prin etapizarea proceselor de muncă și prin evidențierea priorităților la nivelul fiecărei etape. Această fișă prezintă pe scurt unul dintre cele mai utilizate modele teoretice în asistența medicală internațională, modelul procesului de îngrijiri de sănătate.

Conceptul de "proces de îngrijiri de sănătate" ("nursing process") a fost introdus de OMS și reprezintă "un termen aplicat unui sistem de intervenții specifice ce vizează sănătatea indivizilor, familiilor și/sau comunităților".

Procesul de îngrijiri de sănătate reprezintă mai degrabă un cadru conceptual de organizare, planificare și implementare a activităților de asistență medicală comunitară, decât un instrument luat ca atare. El oferă o grilă de înțelegere a nevoilor de îngrijiri de sănătate și a etapelor necesare pentru o îngrijire adecvată.

Conform modelului de îngrijiri de sănătate al lui Roper, Logan și Tierny, sunt luate în considerație 12 activități ale vieții (menținerea unui mediu sigur, comunicare, respirație, alimentație, eliminare, spălat și îmbrăcat, controlul temperaturii, mobilizare/mișcare, muncă și joacă, exprimarea sexualității, somnul, moartea) care pot fi influențate de-a lungul vieții de 5 grupe de factori de risc: biologici, psihologici, socio-culturali, de mediu și politico-economici. În funcție de acțiunea factorilor de risc, activitățile pot fi îndeplinite sau nu de către individ, acesta fiind într-o stare de dependență/independență continuă. Procesul de îngrijiri de sănătate are patru etape distincte: identificarea nevoilor de sănătate, planificarea activităților, implementarea planului de îngrijire și evaluarea rezultatelor. Pașii care trebuie urmați în fiecare dintre aceste etape sunt prezentați în cele ce urmează, pe scurt, cu scop informativ.

Etapa I – Identificarea nevoilor de sănătate (în 6 pași)

1. Culegerea datelor (diferite metode);
2. Stabilirea problemei (actuală sau potențială);
3. Identificarea factorilor de risc specifici fiecăreia din cele 12 activități ale vieții: biologici, psihologici, socio-culturali, de mediu și politico-economici;
4. Identificarea grupurilor cu risc crescut;
5. Identificarea problemelor actuale specifice stării de dependență, mediului și rutinei;
6. Formularea diagnosticului de îngrijire.

Etapa a II-a – Planificarea activităților (în 6 pași)

1. Stabilirea scopului și obiectivelor:
 - a. Scop (de ex. Îmbunătățirea/menținerea stării de sănătate);
 - b. Obiective (de ex: prevenirea problemelor potențiale determinate de problemele actuale, rezolvarea sau ameliorarea problemelor actuale, prevenirea recidivelor și a complicațiilor, iar în cazul problemelor care nu pot fi rezolvate dezvoltarea de

- metode alternative pentru adaptarea la deficiențele actuale).
2. Identificarea membrilor echipei multidisciplinare și stabilirea de responsabilități specifice fiecărui membru;
 3. Identificarea resurselor proprii, familiale și comunitare necesare în procesul de îngrijire și a instrumentelor de acces la aceste resurse;
 4. Stabilirea modalității de monitorizare și evaluare;
 5. Stabilirea intervențiilor;
 6. Elaborarea Planului de îngrijire.

Etapa a III-a – Implementarea planului de îngrijire

AMC desfășoară activități specifice adresate individului, familiei și comunității:

1. Intervenții preventive de nivel I:
 - a. educație pentru sănătate;
 - b. profilaxie primordială: intervenții de prevenire a apariției factorilor de risc - populație sănătoasă, factori de risc absenți (-);
 - c. profilaxie primară: intervenții de prevenire a apariției îmbolnăvirilor și de reducere a factorilor de risc - populație sănătoasă, factori de risc prezenți (+).
2. Intervenții preventive de nivel II (profilaxie secundară): intervenții pentru tratarea bolilor și de prevenire a apariției complicațiilor și incapacității - populație cu boli acute, factori de risc prezenți (++);
3. Intervenții preventive de nivel III (profilaxie terțiară): intervenții de reducere a incapacității și de recuperare - populație cu boli cronice și dizabilități, factori de risc prezenți (+++);
4. Intervenții de nivel IV:
 - a. intervenții paliative pentru menținerea calității vieții până la sfârșit – persoane aflate în stadii avansate și terminale de boală;
 - b. intervenții de susținere a familiei pe perioada doliului.
5. Activități de implementare a programelor naționale de sănătate;
6. Alte activități proprii sau delegate, conform pregătirii profesionale, abilităților personale și în limitele competenței.

Etapa a IV-a – Evaluarea (în 3 pași)

1. Evaluarea rezultatelor obținute;
2. Compararea rezultatelor obținute cu obiectivele planificate;
3. Reajustarea planului de îngrijire pentru adaptarea serviciilor de sănătate comunitare la nevoile de îngrijiri de sănătate.

POR 2 - Activitatea de asistență medicală comunitară

Asistența medicală comunitară este, în prezent, reglementată printr-o serie de acte normative și reglementări profesionale. Pentru a facilita înțelegerea rolului și responsabilităților AMC, această fișă sintetizează informații despre grupul țintă al AMC, principalele activități derulate de AMC, norma de activitate a AMC și competențele AMC, așa cum sunt prezentate acestea în actele normative în vigoare.

ASISTENȚA MEDICALĂ COMUNITARĂ – DATE GENERALE

Asistența medicală comunitară a apărut ca o necesitate de a compensa inechitățile menținute și accentuate de introducerea asigurărilor de sănătate în ceea ce privește accesarea serviciilor de sănătate, în special în mediul rural. Asistența medicală comunitară a fost inițiată și dezvoltată în 2002, în cadrul Programului Național pentru Sănătatea Mamei, Copilului și Familiei al Ministerului Sănătății (PN3), printr-un proiect pilot, care a vizat îmbunătățirea accesului persoanelor defavorizate la servicii de bază, modificarea atitudinii și a comportamentului acestor categorii de persoane față de propria sănătate, precum și creșterea implicării comunității față de nevoile populației marginalizate.

Rezultatele obținute în acest proiect au contribuit esențial la recunoașterea și definirea oficială a acestui tip de asistență medicală în cadrul Legii 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, prin Titlul V – Asistența medicală comunitară. Acest titlu a fost ulterior abrogat de OUG 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății către autoritățile administrației publice locale, prin care s-a creat cadrul de transfer al asistenței medicale comunitare și a altor competențe și atribuții, de la Ministerul Sănătății către autoritățile administrației publice locale.

Activitatea de asistență medicală comunitară este reglementată, în prezent, de un set de acte normative (OUG 162/2008, HG 56/2009 și H.G. nr. 459/2010) la nivelul sistemului de sănătate și de standardul ocupațional la nivel profesional. Actele normative stabilesc beneficiarii activităților de asistență medicală comunitară, principalele activități derulate de asistentul medical comunitar precum și norma de activitate pentru un asistent medical comunitar. Standardul ocupațional descrie activitățile și sarcinile profesionale ale asistentului medical comunitar, precum și reperele calitative asociate îndeplinirii cu succes a acestora.

GRUPUL ȚINTĂ (BENEFICIARII SERVICIILOR AMC)

Conform Ordonanței de urgență 162 din 12 noiembrie 2008 (OUG 162/2008), „beneficiarul serviciilor și activităților de asistență medicală comunitară este comunitatea dintr-o arie geografică definită, precum: județul, orașul, comună, satul, după caz, iar în cadrul acesteia în mod deosebit categoriile de persoane vulnerabile”.

Categoriile de persoane vulnerabile sunt persoanele care se găsesc în următoarele situații:

- nivel economic sub pragul sărăciei;
- șomaj;

- nivel educațional scăzut;
- diferite dizabilități, boli cronice;
- boli aflate în faze terminale, care necesită tratamente paliative;
- graviditate;
- vârsta a treia;
- vârstă sub 16 ani;
- fac parte din familii monoparentale;
- risc de excluziune socială.

PRINCIPALELE ACTIVITĂȚI DERULATE DE ASISTENTUL MEDICAL COMUNITAR

Principalele activități derulate de asistentul medical comunitar sunt (cf. Normei metodologice din 29 ianuarie 2009 de aplicare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății către autoritățile administrației publice locale):

- identificarea familiilor cu risc medico-social din cadrul comunității;
- determinarea nevoilor medico-sociale ale populației cu risc;
- culegerea datelor despre starea de sănătate a familiilor din teritoriul unde își desfășoară activitatea;
- stimularea de acțiuni destinate protejării sănătății;
- identificarea, urmărirea și supravegherea medicală a gravidelor cu risc medico-social în colaborare cu medicul de familie și cu asistenta din cadrul cabinetului medical individual, pentru asigurarea în familie a condițiilor favorabile dezvoltării nou-născutului;
- efectuarea de vizite la domiciliul lăuzelor, recomandând măsurile necesare de protecție a sănătății mamei și a nou-născutului;
- în cazul unei probleme sociale, ia legătura cu serviciul social din primărie și din alte structuri, cu mediatorul sanitar din comunitățile de romi pentru prevenirea abandonului;
- supraveghează în mod activ starea de sănătate a sugarului și a copilului mic;
- promovează necesitatea de alăptare la sân și practicile corecte de nutriție ale sugarului;
- participă, în echipă, la desfășurarea diferitelor acțiuni colective, pe teritoriul comunității: vaccinări, programe de screening populațional, implementarea programelor naționale de sănătate;
- participă la aplicarea măsurilor de prevenire și combatere a eventualelor focare de infecții;
- îndrumă persoanele care au fost contaminate pentru controlul periodic;
- semnalează medicului de familie cazurile suspecte de boli transmisibile constatate cu ocazia activităților în teren;
- efectuează vizite la domiciliul sugarilor cu risc medico-social tratați la domiciliu și urmărește aplicarea măsurilor terapeutice recomandate de medic;
- urmărește și supraveghează în mod activ copiii din evidenta specială (TB, HIV/SIDA, prematuri, anemici etc.);

- identifică persoanele neînscrise pe listele medicilor de familie și contribuie la soluționarea administrativă a cauzelor situației;
- urmărește și supraveghează activ nou-născuții ale căror mame nu sunt pe listele medicilor de familie sau din zonele în care nu există medici de familie;
- organizează activități de consiliere și demonstrații practice pentru diferite categorii populaționale (de ex. elevi, bolnavi de diabet, bolnavi de HTA, gravide etc);
- colaborează cu ONG-uri și cu alte instituții pentru realizarea programelor ce se adresează unor grupuri-tinta (vârstnici, alcoolici, consumatori de droguri, persoane cu tulburări mintale și de comportament), în conformitate cu strategia națională;
- diseminează informații specifice de planificare familială și contracepție;
- se preocupă de identificarea cazurilor de violența domestică, a cazurilor de abuz, a persoanelor cu handicap, a bolnavilor cronici din familiile vulnerabile;
- efectuează activități de educație pentru sănătate în vederea adoptării unui stil de viață sănătos.

NORMA DE ACTIVITATE A ASISTENTULUI MEDICAL COMUNITAR

Pentru a răspunde nevoilor beneficiarilor, precum și pentru a se asigura un minimum de calitate asistenței medicale comunitare, norma de activitate pentru un asistent medical comunitar este de 500 de persoane asistate (H.G. nr. 459/2010).

COMPETENȚELE ASISTENTULUI MEDICAL COMUNITAR

Standardul occupational este organizat pe 3 categorii de competențe: fundamentale, generale și specifice. Având în vedere faptul că unitățile de competență fundamentale nu se dezvoltă, prezentăm în cele ce urmează unitățile de competență generale (3 unități) și unitățile de competență specifice (8 unități). Pentru a facilita urmărirea informațiilor pe parcursul acestui manual, vom indica materialele ce pot fi utile în dezvoltarea anumitor competențe din standardul ocupațional, astfel: competențele generale vor fi indicate prin codul SO-UG la care se adaugă numărul competenței generale (1, 2 sau 3), iar unitățile de competență specifice prin codul SO-US la care se adaugă numărul competenței specifice (de la 1 la 8).

Unități de competență generale

- Unitatea 1. Acordarea primului ajutor în caz de urgență (SO-UG1)
- Unitatea 2. Planificarea propriei activități (SO-UG2)
- Unitatea 3. Comunicarea interactivă cu toți actorii de la nivelul comunității (SO-UG3)

Unități de competență specifice

- Unitatea 1. Identificarea nevoilor de îngrijiri de sănătate la nivelul comunității (SO-US1)
- Unitatea 2. Supravegherea gravidei (SO-US2)
- Unitatea 3. Supravegherea nou-născutului și a lăuzei (SO-US3)

- Unitatea 4. Promovarea sănătății la nivelul comunității (SO-US4)
- Unitatea 5. Întocmirea dosarului de evidență a beneficiarului (SO-US5)
- Unitatea 6. Prevenirea și depistarea îmbolnăvirilor (SO-US6)
- Unitatea 7. Monitorizarea auto-îngrijirii (SO-US7)
- Unitatea 8. Administrarea unor tratamente medicale la domiciliul persoanelor asistate (SO-US8)

Standardul ocupațional poate fi găsit în format electronic și descărcat pentru consultare de la următoarea adresă: <http://so.cnfpa.ro/so/v/Asistent.medical.comunitar.pdf>.

Înființarea unui serviciu de asistență medicală comunitară se poate dovedi a fi o sarcină dificilă, atât pentru că experiența în acest domeniu este limitată – serviciul AMC funcționând de puțină vreme în România (2002), cât și din cauza modificărilor legislative frecvente care reglementează domeniul, cea mai recentă constând în descentralizarea asistenței medicale comunitare. În urma descentralizării asistenței medicale comunitare, responsabilitatea pentru organizarea acestor servicii revine autorităților locale (OUG 162/2008), care au experiența limitată în acest domeniu. Pentru a facilita procesul de înființare a unor noi servicii dar și pentru a ghida dezvoltarea ulterioară a serviciilor deja existente, propunem în cele ce urmează o etapizare a procesului de înființare a unui serviciu de asistență medicală comunitară, cu detalierea activităților necesare precum și a actorilor cheie.

LA NIVELUL AUTORITĂȚILOR LOCALE

Identificarea nevoii de asistență medicală comunitară la nivelul comunității

În această primă etapă inițiativa aparține autorităților locale sau instituțiilor de sănătate publică responsabile pentru managementul activităților de sănătate publică în comunitatea vizată. Se recomandă înființarea cu prioritate a unui serviciu de asistență medicală comunitară atunci când:

- procentul populației vulnerabile la nivelul comunității este unul ridicat;
- accesibilitatea la alte servicii de medicină primară este limitată;
- populația de la nivelul comunității are acces limitat la programe de educație pentru sănătate și/sau promovarea sănătății.

NSNPMPDS a dezvoltat un model de identificare a necesarului de asistență medicală comunitară la nivelul comunității ce ține seama de situațiile menționate mai sus, pe care autoritățile locale îl pot utiliza în planificarea serviciilor de asistență medicală comunitară. Acest model este detaliat în fișa «Identificarea nevoii de asistență medicală comunitară la nivelul comunității», on page 18.

Identificarea unui spațiu adecvat și amenajarea acestuia

Deși asistența medicală comunitară (AMC) se desfășoară cu precădere “în teren”, un spațiu adecvat este absolut necesar pentru înființarea unui serviciu de asistență medicală comunitară. Pentru a fi adecvat, cabinetul asistenței medicale comunitare trebuie să îndeplinească un set de standarde minime și trebuie să aibă în dotare: trusă de urgență, medicamente, calculator, imprimantă, birou, scaun, consumabile.

În etapa de amenajare a cabinetului AMC, este indicat să se urmărească și implicarea asistentului medical comunitar care își va desfășura activitatea în cabinet. Este important însă ca amenajarea cabinetului să se finalizeze în timp cât mai scurt după angajarea AMC, pentru a nu perturba activitatea acestuia.

Angajarea unui asistent medical comunitar

În general, este de preferat ca asistentul medical comunitar să locuiască în localitatea deservită, însă aceasta nu este o condiție obligatorie. Autoritățile locale pot să planifice înființarea unui serviciu de asistență medicală comunitară și să ofere sprijin pentru studii, persoanelor interesate de urmarea unei cariere în asistență medicală comunitară

LA NIVELUL ASISTENTULUI MEDICAL COMUNITAR

La începutul activității sale într-o comunitate, primele acțiuni ale asistentului medical comunitar țin de cunoașterea comunității și de organizarea practicii. În această etapă, AMC trebuie să identifice cât mai detaliat nevoile comunității deservite, atât la nivel de ansamblu cât și la nivel individual. Pentru a atinge acest obiectiv, asistentul medical comunitar trebuie să urmeze pașii următorii:

Promovarea serviciului la nivelul comunității

În acesta etapă trebuie să vă asigurați că atât beneficiarii dumneavoastră cât și ceilalți profesioniști de la nivelul comunității știu de existența serviciului de asistență medicală comunitară.

Stabilirea relațiilor de colaborare

Stabilirea relațiilor de colaborare cu alți/e actori/servicii cheie în furnizarea de servicii medicale și sociale de la nivelul comunității (medicul de familie, mediatorul sanitar rroma, asistentul social, etc.) reprezintă un pas cheie pentru AMC, deoarece asigură cadrul pentru adresarea unor nevoi complexe ale beneficiarilor. Două instrumente utile sunt disponibile la paginile 21 și 22.

Diagnosticul comunității

Trei instrumente sunt disponibile în partea a doua a ghidului, la paginile 37, 40 și 41.

Catagrafierea populației;

În această etapă se vor stabili scopul și obiectivele dar și criteriile de selectare a beneficiarilor de servicii de asistență medicală comunitară; o fișă de lucru pentru această etapă este inclusă în partea a doua a ghidului, la pagina 44.

Înregistrarea (întocmirea dosarelor personale) beneficiarilor

Un model de fișă de evidență a beneficiarilor de servicii AMC este disponibil la pagina 72.

Realizarea unui plan de acțiune anual în funcție de nevoile identificate

Stabilirea metodelor și instrumentelor de evaluare a activității

Fișe specifice de lucru pentru planificarea, centralizarea și raportarea activității sunt disponibile la paginile 21, 28 și 29.

POR 4 - Identificarea nevoii de asistență medicală comunitară la nivelul comunității

Autoritățile locale trebuie să identifice nevoile de asistență medicală comunitară. O modalitate de a face acest lucru este prin calcularea scorului compozit de risc atât la nivel județean cât și local. Scorul compozit a fost dezvoltat de către SNSPMPDS ca instrument de planificare a necesarului de asistenți medicali comunitari la nivelul unei comunități, ținând seama de structura populației acesteia. Această fișă prezintă pe scurt metodologia de calcul a scorului compozit de risc.

Ce este scorul compozit de risc?

În baza legislației în vigoare, au fost identificate 3 grupuri populaționale cu nevoi complexe de îngrijiri de sănătate (sau cu risc crescut) care constituie și grupurile țintă ale asistentului medical comunitar: persoane cuprinse cu vârsta cuprinsă între 0-14 ani, populația cu vârsta de 60 de ani și peste și populația de etnie rromă.

Scorul compozit de risc reunește procentele populaționale reprezentate de aceste 3 categorii într-un singur indicator care, prin raportare la mediile naționale, evidențiază nevoia de îngrijiri de asistență medicală comunitară.

Structura populației ca bază de calcul pentru scorul compozit

Frecvent utilizată în analiza demografică, structura pe grupe de vârstă a populației are o semnificație importantă în raport cu scopul calculării scorului compozit de risc. Vârsta reprezintă o caracteristică importantă nu numai din punct de vedere demografic, dar și al stării de sănătate. Structura populației pe grupe de vârstă are implicații demografice, medicale și socio-economice.

Motivația introducerii structurii populației în calculul scorului compozit de risc se referă la:

- gradul înalt de comparabilitate – utilizarea datelor provenite din aceeași sursă și aceeași unitate de timp pentru toate unitățile administrativ teritoriale și pentru valorile medii naționale;
- stabilitatea relativă în timp a acestor grupe de vârstă;
- accesibilitatea datelor;
- relevanța socială.

Din punct de vedere medical, structura populației pe grupe de vârstă determină un anumit tip de morbiditate, implicit o categorie de cost. Astfel, în populația tânără este dominantă o patologie acută, pe când în populația îmbătrânită sau cu tendință de îmbătrânire patologia cronică, degenerativă este majoritară. În primul caz este nevoie de servicii de pediatrie, bine puse la punct, de o bună supraveghere sanitară și antiepidemică, precum și de educație pentru sănătate specifică vârstei. În cea de a doua situație, este nevoie de servicii medicale și sociale specifice precum și de servicii de recuperare și consiliere.

Din punct de vedere socio-economic, o populație tânără înseamnă forță de muncă, ceea ce permite o bună dezvoltare a societății, în timp ce o populație îmbătrânită înseamnă un procent crescut de persoane cu nevoi specifice, ce necesită protecție socială și implicit, cheltuieli ridicate. Proporția persoanelor de vârstă 60 de ani și peste indică fenomenul de îmbătrânire a populației și, implicit, nevoia crescută de servicii de asistență medicală comunitară.

Asistența medicală comunitară se adresează populației în general și, în special populației vulnerabile cu risc mare de excluziune socială. Din această categorie face parte populația romă. Ponderea etniei rome pe unități administrativ teritoriale este cea din înregistrările făcute și se bazează pe declarația persoanei. De asemenea, în funcție de structura specifică a populației într-un teritoriu sau altul poate fi considerată relevantă ponderea populației de altă etnie decât cea roma.

Componente ale scorului compozit

În baza legislației în vigoare, au fost identificate 3 grupuri populaționale cu nevoi complexe de îngrijiri de sănătate (sau cu risc crescut) care constituie și grupurile țintă ale asistentului medical comunitar: persoane cuprinse cu vârsta cuprinsă între 0-14 ani, populația cu vârsta de 60 de ani și peste și populația de etnie romă.

În funcție de distribuția de frecvențe a acestor 3 componente, au fost stabilite „intervale de risc” prin raportare la media națională, ulterior aceste intervale fiind cotate pe o scală Likert de 5 puncte (1 - 5).

Intervalul de risc

Intervalul de risc înseamnă, așadar, diferența față de media națională în sens pozitiv, pornind de la asumția că un număr mai mare de persoane cu nevoi complexe de îngrijiri de sănătate constituie un volum crescut de probleme complexe (medicale și/sau sociale) la nivelul comunității.

Metodologia de calcul a scorului compozit

- Pentru comparabilitatea scorului compozit de risc se utilizează valori relative, adică ponderea populației pe cele două grupe de vârstă (0 – 14 ani și 60+) și ponderea populației de etnie romă.
- Valoarea înregistrată pentru fiecare componentă, pentru fiecare unitate administrativ-teritorială se compară cu valoarea mediei naționale.
- Seria de date definită de diferența între valoarea fiecărei comune și valoarea medie națională pentru fiecare din cele trei componente (ponderea grupei de vârstă 0 – 14 ani, ponderea grupei de vârstă 60 de ani și peste, ponderea populației de etnie romă) este împărțită în cinci trepte de risc, cotate astfel:
 - riscul 1 – valorile negative ale diferenței, incluzând și valoarea 0,000;
 - riscul 2 – valorile cuprinse între 0.000 și prima quartila;
 - riscul 3 – valorile cuprinse între prima și a doua quartila;
 - riscul 4 – valorile cuprinse între a doua quartilă și a treia quartilă;
 - riscul 5 – valorile cuprinse între a treia quartilă și cea de-a patra quartilă.

- Valoarea scorului compozit de risc se calculează ca sumă dintre cele trei cote individuale (pentru fiecare componentă în parte).

Utilizarea scorului compozit de risc în determinarea numărului de asistenți medicali comunitari

Scorul compozit de risc pentru o localitate poate lua valori între 3 și 15 puncte. Pentru facilitarea analizei nevoii de asistență medicală comunitară, am construit patru categorii de risc, după cum urmează:

- risc mic – valori ale scorului compozit de risc între 3 și 5
- risc mediu – valori ale scorului compozit de risc între 6 și 8
- risc mare – valori ale scorului compozit de risc între 9 și 11
- risc foarte mare – valori ale scorului compozit de risc între 12 și 15

În urma cercetării calitative efectuate în cadrul proiectului derulat de SNSPMPDS, care a constatat în organizarea și analiza unor interviuri și focus grupuri cu asistenții medicale comunitari, a fost identificat volumul populației care poate fi deservit de un asistent medical comunitar în condițiile în care comunitatea deservită nu are un procent crescut de populație vulnerabilă. Astfel, volumul maxim al populației deservite, în condițiile precizate mai sus, poate fi de 2.000 de locuitori pentru un asistent medical comunitar. Această valoare nu reprezintă beneficiari direcți de servicii de asistență medicală comunitară ci doar volumul populației generale care poate fi acoperit de AMC. Pornind de la această număr și de la cele 4 categorii de risc identificate (risc mic, risc mediu, risc mare și risc foarte mare) au fost stabilite 4 limite maxime pentru volumul maxim al populației care poate fi deservită de un asistent medical comunitar. Aceste limite au fost stabilite în cadrul discuției grupului de experți precum și a discuțiilor purtate cu asistenții medicali comunitari.

Cele patru volume maxime populaționale corespondente celor 4 categorii de risc sunt:

- risc mic – 2000 locuitori per AMC
- risc mediu – 1750 locuitori per AMC
- risc mare – 1500 locuitori per AMC
- risc foarte mare – 1000 locuitori per AMC

POR 5 - Relații de colaborare AMC în cadrul echipei multidisciplinare de asistență medicală primară de la nivelul comunității

Unitatea de competență generală 3 din Standardul Ocupațional pentru asistentul medical comunitar este "Comunicarea interactivă cu toți actorii de la nivelul comunității". Această competență include colaborarea cu echipa multidisciplinară de asistență medicală primară. În această fișă prezentăm pe scurt situația actuală și facem referire la legislația în vigoare care reglementează lucrul în echipa multidisciplinară la nivelul comunității.

Asistentul medical comunitar își desfășoară activitatea în cadrul serviciilor publice de asistență socială constituite la nivelul autorităților administrației publice locale, alături de mediatorul sanitar și asistentul social. În vederea îndeplinirii atribuțiilor sale, acesta colaborează și cu medicul de familie care deservește comunitatea, punându-se astfel bazele unei echipe de asistență medicală primară multidisciplinară. Adițional, alți profesioniști cu atribuții în domeniul asistenței medicale primare (atunci când aceștia există) se pot alătura echipei multidisciplinare (de ex. moașă, fizioterapeut, etc.).

Atribuțiile asistentului medical comunitar și ale mediatorului sanitar sunt reglementate prin HG 56/2009, atribuțiile asistentului social sunt stipulate în legislația privind asistența socială (Legea nr. 292/2011, Ordonanța 68/2003) iar ale medicului de familie în Legea 95/2006. Responsabilitățile medicilor de familie referitoare la furnizarea de servicii în cadrul sistemului de asigurări de sănătate sunt consemnate în Contractul – Cadru și în Normele de aplicare ale acestuia.

Echipa multidisciplinară de asistență medicală primară de la nivelul comunității are ca obiectiv fundamental promovarea și menținerea sănătății individului, familiei și comunității, prin oferirea unor servicii eficiente care să răspundă unor nevoi complexe de îngrijire într-un timp cât mai scurt, în mediul de viață al beneficiarilor.

Această activitate în echipă interdisciplinară va contribui la consolidarea capacității asistenței primare de a asigura îngrijirea unui procent cât mai mare de pacienți chiar în cadrul comunității. Componenta echipei va înlesni o comunicare îmbunătățită între membrii săi, va crește eficiența și calitatea serviciilor oferite populației și, în acest fel, ajungându-se la o extindere a serviciilor medicale în zonele rurale și localitățile mici a căror populație nu este acoperită corespunzător în prezent.

Deși necesitatea lucrului în echipă multidisciplinară transpare atât din legislația socială și medicală comunitară cât și din recomandările făcute în Raportul Comisiei Prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România - „Un sistem centrat pe nevoile cetățeanului”, până în prezent nu a fost dezvoltat un cadru care să reglementeze colaborarea și coordonarea între membrii echipei.

În scopul facilitării colaborării între actorii cheie cu atribuții în asistența medicală primară de la nivelul comunității, am elaborat un model de protocol de colaborare între autoritățile administrației publice locale și cabinetele medicilor de familie din teritoriul deservit de acestea (prezentat la pagina 22). Acesta poate fi adaptat în funcție de necesitățile locale și corelat cu legislația în vigoare la data încheierii lui.

POR 6 - Model de protocol de colaborare între asistența medicală comunitară (de la nivelul primăriei) și medicul de familie

PRIMĂRIA.....

(Antetul unității care inițiază proiectul)

Nr... din.....

PROTOCOL DE COLABORARE

NR. /2012

Încheiat între:

PRIMĂRIA, cu sediul în loc., str., nr., jud., reprezentată de Primar

și

CABINETUL MEDICAL INDIVIDUAL (CMI), cu sediul în loc., str., nr., jud., reprezentat de Dr.

ART. 1 SCOPUL PROTOCOLULUI

Protocolul se încheie între cele două părți în vederea integrării activităților de asistență medicală comunitară cu cele de medicină de familie desfășurate la nivelul comunității. Colaborarea dintre părți se va baza pe obiectivele și principiile prevăzute de actele normative de reglementare ale asistenței medicale comunitare, asistenței medicale primare și asistenței sociale.

Obiectivul specific al protocolului constă în dezvoltarea unei relații de colaborare între asistentul medical comunitar, mediatorul sanitar de la nivelul primăriei și medicul de familie care activează în teritoriul administrat de primărie, în vederea derulării unor activități/programe/proiecte ce au drept scop îmbunătățirea și eficientizarea asistenței medicale la nivelul comunității.

ART. 2 DOMENIILE DE COLABORARE

Primăria prin asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari realizează următoarele activități în colaborare cu medicul de familie:

- a) identificarea problemelor medico-sociale ale individului, familiei și comunității;
- b) educarea individului, familiei și comunității pentru sănătate și pentru asigurarea unui mediu sănătos;
- c) promovarea unor atitudini și comportamente favorabile unui stil de viață sănătos;
- d) mobilizarea populației pentru participarea la programele de vaccinare, la controale medicale profilactice și la alte acțiuni pentru sănătate, prevenirea și profilaxia bolilor;
- e) promovarea sănătății reproducerii și planificarea familială;
- f) acordarea de îngrijiri medicale curative la domiciliu.

ART. 3 RESPONSABILITĂȚILE PĂRȚILOR

3.1. Responsabilitățile PRIMĂRIEI

Primăria prin asistenții medicali comunitari și/sau mediatorii sanitari are următoarele responsabilități:

1. culege date despre starea de sănătate a indivizilor/familiilor din teritoriul arondat, identifică indivizii/familiile cu risc medico-social și semnalează medicului de familie problemele medico-sociale identificate;
2. participă la elaborarea și implementarea măsurilor de intervenție convenite de comun acord cu medicul de familie și cultivă încrederea reciprocă între medicul de familie și comunitate;
3. identifică, urmărește și supraveghează medical gravidele cu risc medico-social în colaborare cu medicul de familie și cu asistenta din cadrul cabinetului medical individual, pentru asigurarea în familie a condițiilor favorabile dezvoltării nou-născutului;
4. efectuează vizite la domiciliul lăuzelor luate în evidență, recomandând măsurile necesare de protecție a sănătății mamei și a nou-născutului; promovează alăptarea și practicile corecte de nutriție;
5. supraveghează în mod activ starea de sănătate a sugarului și a copilului mic din evidența proprie; efectuează vizite la domiciliul sugarilor cu risc medico-social tratați la domiciliu și urmărește aplicarea măsurilor terapeutice recomandate de medic;
6. urmărește și supraveghează activ nou-născuții ale căror mame nu sunt pe lista medicului de familie, inițiând în același timp toate demersurile necesare pentru luarea în evidență a acestora;
7. participă în echipă cu medicul de familie, la desfășurarea diferitelor acțiuni preventive, pe teritoriul comunității: vaccinare, programe de screening populațional, implementarea programelor naționale de sănătate;

8. îndrumă persoanele care au fost contaminate/infestate/infectate, pentru control și participă la aplicarea măsurilor de prevenire și combatere a eventualelor focare de infecții;
9. semnalează medicului de familie cazurile suspecte de boli transmisibile constatate cu ocazia activităților în teren și/sau persoanele cu boli cronice neluate în evidența acestuia, după caz; participă la depistarea activă a acestor tipuri de afecțiuni, sub îndrumarea medicului de familie;
10. urmărește și supraveghează în mod activ copiii din evidența specială (TBC, HIV/SIDA, prematuri, anemici etc.) care nu sunt sub o altă supraveghere medicală sau instituțională și face în același timp demersurile necesare pentru luarea în evidență a acestora de către medicul de familie;
11. identifică persoanele din comunitate neînscrise pe listele medicului de familie, le semnalează medicului de familie și conlucrează cu acesta pentru întocmirea documentației necesare înscrierii acestora;
12. oferă îngrijiri medicale curative recomandate de medicul de familie, la domiciliu pacienților;
13. desfășoară activități de consiliere și demonstrații practice pentru însușirea unor deprinderi utile, în scopul prevenirii și combaterii bolilor;
14. colaborează cu medicul de familie pentru realizarea de programe/activități ce se adresează unor grupuri-țintă;
15. diseminează informații specifice de planificare familială și contracepție;
16. efectuează activități de educație pentru sănătate în vederea adoptării unui stil de viață sănătos.

3.2 Responsabilitățile CMI

Cabinetul medical individual prin reprezentantul legal al acestuia are următoarele responsabilități:

1. răspunde solicitărilor venite din partea asistenților medicali comunitari și a mediatorilor sanitari cu privire la probleme de sănătate ale persoanelor aflate în evidența acestora, și intervine potrivit statutului și situației medico-sociale ale pacienților;
2. evaluează situația persoanelor neasigurate aduse la cunoștință de către asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari, în vederea obținerii statutului de asigurat în cadrul asigurărilor sociale de sănătate și a înscrierii pe lista proprie a acestora;
3. organizează și desfășoară împreună cu asistentul medical comunitar și mediatorul sanitar activități de promovare a sănătății și de educație pentru sănătate în comunitate,
4. inițiază și implică asistentul medical comunitar și mediatorul sanitar în activități de promovare a unui mediu de viață sănătos, de planificare familială și de sănătate a reproducerii;
5. desfășoară activități de consiliere și demonstrații practice pentru însușirea unor deprinderi utile, în scopul prevenirii și combaterii bolilor;

6. colaborează cu asistentul medical comunitar și mediatorul sanitar pentru realizarea de programe ce se adresează unor grupuri-țintă;
7. acordă servicii medicale de profilaxie, prevenție, curative, de urgență și de suport în limita competenței profesionale, și prevederilor impuse de legislația în vigoare;
8. înscrie pe lista proprie copiii neînscriși la un medic de familie, care sunt semnați de asistentul medical comunitar, mediatorul sanitar, părinți sau aparținători legali;
9. înscrie pe lista proprie gravidele și lehuzele neînscrise pe lista unui medic de familie, care sunt prezentate de asistentul medical comunitar/mediatorul sanitar;
10. ia în evidență copiii cu TBC, HIV/SIDA, prematuri, anemici sau alte boli speciale, semnați de asistentul medical comunitar/mediatorul sanitar;
11. înregistrează pacienții cu afecțiuni cronice depistați de asistentul medical comunitar în comunitate și neluați în evidență;
12. informează asistentul medical comunitar și mediatorul sanitar despre campaniile de vaccinare ce urmează a fi desfășurate în vederea mobilizării populației din comunitate aflată în asistența acestora;

ART. 4 DURATA PROTOCOLULUI

Prezentul protocol se încheie pe durata de 1 an, care decurge de la data semnării lui.

La expirarea termenului de 1 an, protocolul se prelungește automat pentru următorul interval de 1 an, dacă vreuna din părți nu notifică celeilalte în scris, cu cel puțin 30 de zile înainte de acest termen, dorința ca protocolul să nu fie prelungit.

ART. 5 DISPOZIȚII FINALE

Prezentul protocol de colaborare intră în vigoare la data semnării de către cele două părți.

Prezentul protocol a fost redactat în 2 (două) exemplare originale, câte unul pentru fiecare dintre părțile semnatare.

PRIMĂRIA:

Primar

CFM:

Doctor

Unitatea de competență generală 2 din standardul occupational AMC este "Planificarea propriei activități". Această competență este foarte importantă pentru AMC, deoarece acesta trebuie să-și organizeze și să-și planifice singur activitatea proprie, având un grad mare de independență în acest proces. Această fișă oferă informații generale despre tipurile de activități pe care AMC le desfășoară și include un model de stabilire al agendei zilnice.

Planificarea constă în stabilirea programului de activitate pe baza analizei și ierarhizării activităților în funcție de priorități și de baremul de vizite la domiciliu. În mod concret, aceasta înseamnă stabilirea listei de beneficiari și a traseului de parcurs precum și consemnarea traseului în caietul de activitate și în registrul de teren. O bună planificare va ține cont și de timpul necesar pentru preluarea beneficiarilor cu probleme medicale și sau sociale, de posibilitatea apariției unor situații neprevăzute și de alte activități specific.

Controalele profilactice/periodice planificate

Controalele profilactice la grupele populaționale la risc înalt (nou-născuți, sugari, gravide, lăuze) și la controalele periodice la vârstnici și bolnavii cronici sunt planificate în caietul de activitate și în registrele de evidență. Este recomandat ca, la vizita curentă, să fie stabilită data și ora aproximativă a următoarei vizite la domiciliu împreună cu beneficiarul, sub rezerva replanificării vizitei în caz de situații neprevăzute.

Baremul de vizite la domiciliu

Se recomandă ca asistentul medical comunitar să efectueze în medie, (în condiții normale și conform planificării și organizării activității), un număr de 8-10 vizite pe zi. La fiecare din aceste domiciliu, asistentul medical comunitar va observa/intervieva/examina toți membrii familiei care sunt prezenți și fac parte din grupul țintă al AMC, astfel că numărul de beneficiari poate varia între 10 beneficiari/zi (1 persoană) și 40 beneficiari/zi (4 persoane din familie asistate). Planificarea controalelor profilactice/periodice trebuie să țină cont de o anumită ritmicitate (atât în funcție de problemele medicale și sociale cât și în funcție de tipul beneficiarului):

- nou-născut (copil 0-28 zile) sănătos – 1 vizită/săptămână;
- sugar 1-3 luni sănătos – 2 vizite/lună;
- sugar 4-12 luni sănătos – 1 vizită/lună;
- gravidă cu sarcină normală – 1 vizită/lună;
- gravidă cu sarcină la risc/risc de abandon al copilului – 2 vizite/lună;
- bolnavi cu boli cronice compensate– 1 vizită la 3 luni și la solicitare.

Planificarea deplasărilor pe teren se va face ținând cont și de numărul de comunități asistate (ex. cartiere, sate aparținătoare) cât și de distanțele de parcurs. În practică, se obișnuiește a se elabora un program orar cu specificarea zilelor din săptămână în care se va face deplasarea în fiecare din comunitățile ardate.

Situații neprevăzute

Față de planificarea/organizarea inițială, asistentul medical poate să fie pus în situația de a-și replanifica/reorganiza activitățile în funcție de situațiile nou apărute înaintea deplasării pe teren sau în teren: mai multe afecțiuni acute, mai multe cazuri sociale, cazuri de violență în familie sau alte violențe, cazuri de abandon, situații de urgență ce necesită acordarea primului ajutor, epidemii, focare epidemice, inundații, caniculă/ger, altele.

Adaptarea programului de activitate la apariția unor situații neprevăzute, trebuie să țină cont de:

- echilibrarea activităților pe termen scurt (prima vizită la nou-născut, vizite la beneficiari preluați de la medicul de familie și de la asistentul social, situații de urgență, mobilizări la vaccinări, ș.a.) cu activitățile pe termen lung (precum controalele profilactice/periodice planificate, acțiunile de promovare a sănătății, ș.a.).
- încercarea de a îndeplini obiectivele și căutarea de soluții convenabile;
- soluționarea obiectivelor cu potențial risc și diminuarea posibilului impact negativ;
- adoptarea măsurilor adecvate într-un stadiu incipient.

Alte activități specifice

Pe lângă activitățile curente, asistentul medical comunitar are obligația de a participa periodic la:

- ședințele lunare de îndrumare tehnică și metodologică cu persoana desemnată să coordoneze activitatea AMC din cadrul compartimentului de AMC de la nivelul DSP-ului (Direcției de Sănătate Publică)
- ședințele la care este solicitat de primar/alți reprezentanți ai autorității publice locale;
- întâlniri cu reprezentanți ai instituțiilor guvernamentale/negvernamentale;
- forme de educație medicală continuă organizate de către O.A.M.G.M.A.M.R. și alte organizații.

Preluarea beneficiarilor cu probleme medicale (de la medicul de familie) și sociale (de la asistentul social)

Preluarea beneficiarilor de la medicul de familie se face periodic, cu o ritmicitate stabilită împreună cu acesta și în funcție de necesitățile existente la nivelul comunității. Preluarea listei cu beneficiari de la asistentul social se va face în mod similar, în timpul activității desfășurate în biroul de la primărie.

Propunere de program zilnic de activitate:

08.00-10.00 – Birou primărie:

- consemnarea informațiilor în fișe, registre și alte documente,
- centralizarea informațiilor și raportarea periodică a activității,
- reactualizarea evidențelor,
- planificarea/replanificarea controalelor profilactice/periodice,
- planificarea acțiunilor de promovare a sănătății,
- preluarea persoanelor cu probleme sociale de la asistentul social,

- organizarea/reorganizarea activității pe baza planificării/replanificării, a listei de beneficiari preluați de la medicul de familie și asistentul social și a situațiilor nou apărute (epidemii, focare, inundații, caniculă/ger, alte),
- organizarea activităților și consemnarea domiciliilor/deplasărilor în caietul de activitate și în registrul de teren.

10.00–16.00 – Munca de teren:

- Realizarea activităților de promovare a sănătății conform planificării și/sau
- vizite la domiciliu pe baza planificării (controale profilactice, controale periodice/boală) și preluării de la medicul de familie și asistentul social și/sau
- mobilizări la controale profilactice/periodice și/sau
- mobilizări la vaccinări și/sau
- acțiuni în focar, prim-ajutor, participarea la anchete epidemiologice/sociale, ș.a.

POR 8 - Instrumente pentru planificarea și raportarea activității

Documentarea activității este o componentă importantă pentru AMC deoarece ajută practicianul să cunoască mai bine populația deservită și reprezintă baza pentru rapoartele de activitate. Această fișă prezintă metodologia de lucru cu un set de machete model utilizate până la data realizării acestui ghid în județul Sibiu.

Datele primare privind beneficiarii, evaluarea și monitorizarea stării de sănătate, intervențiile la domiciliu trebuie centralizate în vederea evaluării activității și raportării.

Evaluarea constă în centralizarea datelor, evaluarea obiectivă a rezultatelor, compararea calitativă a rezultatelor obținute cu cele preconizate, cuantificarea diferențelor și definirea acțiunilor ce se impun.

Raportarea este transmiterea informațiilor privind activitatea desfășurată, pe formulare tipizate, către primărie, direcția de sănătate publică și alte instituții, conform prevederilor legale.

Centralizarea datelor

Se face din catagrafia populației la risc, caietul de activitate, registrul de teren, fișele de supraveghere activă la domiciliu a beneficiarilor, registrele de evidență generală și specială, instrumentele de lucru și de raportare. Centralizarea zilnică a activității/vizitelor la domiciliu se face pe *Macheta de centralizare a activității*.

Raportarea activității

Rapoartele de activitate sunt lunare, trimestriale, semestriale și anuale. Pentru raportarea lunară, trimestrială și semestrială se va completa și transmite "*Macheta de raportare a activității lunare/trimestriale/semestriale/anuale*". Lunar se va raporta situația îngrijirilor la domiciliu efectuate în luna în curs, pe categorii de intervenții. Lunar, se va face un raport narativ al activității și un studiu de caz. Trimestrial se raportează situația bolnavilor cronici aflați în evidență la sfârșitul trimestrului, pe sexe și grupe de boli. Pentru raportarea anuală, asistentul medical comunitar va completa și va transmite "*Macheta de raportare anuală privind beneficiarii aflați în evidență în anul precedent*".

Utilizarea instrumentelor de raportare

- Centralizarea vizitelor la domiciliu

Se completează în caietul de activitate tipizat "*Macheta de centralizare a activității*", completându-se în timpul vizitei la domiciliu rubricile din prima parte a machetei cu: nr. crt., numele și prenumele beneficiarului, vârsta, adresa de domiciliu conform planificării vizitelor pe ziua respectivă (*Macheta de planificare și organizare a activității*), apoi, după fiecare beneficiar planificat se trec datele despre fiecare membru al familiei care a fost examinat cu ocazia vizitei la domiciliu, se bifează la fiecare motivul vizitei la

domiciliu (CPP, CPn, CBm, Cbe, ID, AȘ, U, M) și, pentru fiecare familie, se trece (în rubrica corespunzătoare) mărimea familiei (*total beneficiari*) și numărul de persoane din familie care au beneficiat de vizită la domiciliu (*total beneficiari direcți*) și la sfârșit distanța parcursă în km și mijlocul de deplasare. La întoarcerea din teren, asistentul medical comunitar va centraliza în partea a doua a machetei de centralizare a activității datele consemnate în teren, respectiv: total beneficiari și total beneficiari pe fiecare grupă de vârstă (0-1 an, 1-14 ani, 5-64 ani, 65+ ani), total activități realizate cu ocazia vizitelor la domiciliu (CPP, CPn, CBm, Cbe, ID, AȘ, U, M) pe total beneficiari și total beneficiari pe fiecare grupă de vârstă. La sfârșitul lunii se vor centraliza datele consemnate în partea a doua a machetei, se vor analiza și raporta.

- Raportarea activității. Pentru raportarea lunară, trimestrială și semestrială se va completa și va transmite macheta conținând datele centralizate privind nr. populației asistate (beneficiari) respectiv, total în evidență din care persoane cu probleme sociale, persoane cu probleme medicale și total beneficiari de servicii (vizite la domiciliu), pe sexe și grupe de vârstă. Pe aceeași machetă se raportează situația gravidelor (existențe la începutul intervalului, luate în evidență, scoase din evidență și motivul scoaterii, rămase în evidență) și a copiilor (imunoprofilaxie) cât și acțiunile de educație pentru sănătate și alte acțiuni.

Pentru raportarea anuală, asistentul medical comunitar va completa și va transmite macheta de raportare anuală privind beneficiarii aflați în evidență în anul precedent, pe sexe, vârste de la 0-100 ani și peste respectiv gravide, bolnavi cronici, bolnavi psihici, cazuri de violență domestică, decese.

Dată: _____, ziua _____, ora _____

Nr. Crt.	Numele și prenumele beneficiarului	Vârsta	Adresa de domiciliu	Motivul vizitei la domiciliu								MF/TB
				CPp	CPn	CBm	CBe	ID	CS	U	M	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
Total			_____ km									

Legendă:
 CPp – control profilactic/control periodic planificat
 CPn – control profilactic/control periodic neplanificat
 CBm – control boală – preluat de la medicul de familie
 Cbe – monitorizare evoluție boală
 ID – îngrijiri la domiciliu
 CS – caz social – preluat de la asistentul social
 U – urgență
 M – mobilizare la vaccinări sau control profilactic/periodic
 MF/TB - mărimea familiei /total beneficiari

Nr. Crt.	Grupa de vârstă	Nr. beneficiari	Activități realizate cu ocazia vizitelor la domiciliu							
			CPp	CPn	CBm	CBe	ID	AS	U	M
1	0-1 an									
2	1-4 ani									
3	15-64 ani									
4	65 ani și peste									
Total										

Partea 1

POR 10 - Macheta de raportare periodică a activității

Planificarea, organizarea și raportarea activității de asistentă medicală comunitară (AMC)

Anul 20____ Asistent medical comunitar Nume și prenume Semnătură										AVIZAT PRIMĂRIE Nr. _____ Data ____/____/____ Semnatura Ștampila				
RAPORT DE ACTIVITATE PE LUNA.....(TRIMESTRUL.....SEMESTRUL _____)														
Nr. crt.	Orașul/ Comună	A Populație asistată			B Persoane cu probleme sociale			C Persoane cu probleme medicale (bolnavi cronici)			D Beneficiari de vizite la domiciliu			
		Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	
1	Nr. copii 0-1 an													
2	Nr. copii 1-14 ani													
3	Nr. persoane 15-64 ani													
4	Nr. persoane peste 65 ani													
5	Total 1+2+3+4													
6	Total general A+B+C+D													
Gravide							Imunoprofilaxie							
A. Total gravide existente la începutul semestrului							Număr copii catagrafiați							
din care:		Trimestrul I de sarcină					Număr mobilizări efectuate							
		Trimestrul II de sarcină					Număr copii vaccinați							
		Trimestrul III de sarcină					Număr copii nevaccinați, din care:							
B. Total gravide luate în evidență în semestrul actual							Contraindicați							
din care:		Trimestrul I de sarcină					Neprezentăți							
		Trimestrul II de sarcină					Plecați/mutați							
		Trimestrul III de sarcină					Refuză							

C. Total gravide scoase din evidență în semestrul actual		
din care:	<i>a. prin naștere</i>	
	<i>b. prin plecare</i>	
	<i>c. prin avort</i>	
	<i>d. prin deces</i>	
D. Total gravide rămase în evidență la sfârșitul semestrului		
din care:	<i>Trimestrul I de sarcină</i>	
	<i>Trimestrul II de sarcină</i>	
	<i>Trimestrul III de sarcină</i>	
Nr. acțiuni educație pentru sănătate		Alte activități
Teme acțiuni		

Partea I

**POR 11 - Macheta de raportare anuală a populației
catagrafiate și asistate**

Planificarea, organizarea și raportarea activității de asistență medicală comunitară (AMC)

Comunitatea:		Asistent medical / Mediator sanitar																
_____		_____																
Populație catagrafiată și asistată în anul _____		(Situația la 31 decembrie)																
Anul nașterii	Vârsta	Număr beneficiari			Din care													
		Total din care	M	F	Neînscriși la medic		Gra- vide	Bolnavi cronici		Persoane cu handicap		Victime violență în familie	Bolnavi psihici		Decedați			
					M	F		M	F	M	F		M	F	M	F	M	F
	0-11 luni																	
	1 an																	
	2 ani																	
	3 ani																	
	4 ani																	
	5 ani.																	
	6 ani																	
	...																	
	...																	
	...																	
	100 ani																	
	peste 100 ani																	
	Total general																	

POR 12 - Macheta de preluare a beneficiarilor de la medicul de familie

MEDIC DE FAMILIE _____

Cazuri medicale

1					
2					
3					

Poate administra la domiciliu tratamentul conform indicațiilor din Rp.(se anexează copie rețetă)

Alte recomandări generale

Data:

Semnătura și parafa medicului

POR 13 - Macheta de preluare a beneficiarilor de la asistentul social

ASISTENT SOCIAL _____

Cazuri sociale cu probleme de sănătate

Nr. C.					
1					
2					
3					

Alte informații privind cazurile sociale cu probleme de sănătate:

Data:

Semnătura asistentului social

partea 2

LUCRUL CU COMUNITATEA – COM

CUPRINDE URMATOARELE INSTRUMENTE:

COM 1 - Diagnosticul comunității

COM 2 - Structura raportului de diagnostic al comunității

COM 3 - Model de raport de diagnostic de sănătate publică

COM 4 - Catagrafierea populației, stabilirea grupului țintă și a populației asistate

COM 1 - Diagnosticul comunității

Scopul diagnosticului de sănătate publică

Diagnosticul de sănătate publică reprezintă o bază importantă pentru serviciile de sănătate publică, fiind necesar pentru:

- a identifica problemă majoră de sănătate publică din comunitatea respectivă;
- a căuta posibilele cauze și factorii de risc care contribuie la producerea problemelor de sănătate publică;
- a identifica problemele de sănătate publică ce trebuie soluționate, grupurile țintă și factorii asociați;
- a asigura evaluarea inițială a eficacității serviciilor de sănătate din comunitate, pentru a formula planul de servicii de sănătate comunitară și pentru a soluționa problemele de sănătate publică reieșite în urma diagnosticului de sănătate publică.

Evaluarea trebuie efectuată pentru a verifica dacă aceste servicii își îndeplinesc obiectivele.

Principalele metode de diagnostic de sănătate publică

- Analiza datelor secundare: obținerea opiniei generale asupra informațiilor legate de sănătate și asupra varietății de date înregistrate. Informațiile colectate sunt: informații disponibile în urma recensământului național și local, informații furnizate de organizații medicale, de serviciile de sănătate publică, anuarul statistic etc. Aceste date sunt ușor de obținut într-un interval scurt de timp, însă atunci când acestea nu sunt complete, sunt necesare unele investigații suplimentare.
- Vizite la domiciliu: scopul vizitelor la domiciliu este acela de a strânge date obiective, în mod direct, cu privire la comunitate, la mediul de viață, la facilitățile existente în comunitate și în gospodăria, la mijloacele de transport disponibile, la tipul și locația serviciilor, la situația eliminării și depozitării deșeurilor, la locuitori și locuințele acestora. Asistentele comunitare recunosc comunitatea prin observarea fenomenului, prin studierea modului de viață și prin relația dintre sănătate și boală.

Etapele diagnosticului de sănătate publică

- Strângerea de informații: strângerea datelor de sănătate publică este fundamentală pentru diagnosticul de sănătate publică. Numai informațiile complete și corecte pot fi utile în găsirea și în punerea diagnosticului corect. Informațiile generale strânse cu privire la diagnosticul de sănătate publică includ caracteristici demografice ale comunității, date despre mediul înconjurător, mediul social, starea de sănătate, resursele comunității etc
- Analiza informațiilor se realizează în două etape: (1) introducerea datelor în calculator și (2) analiză statistică propriu zisă
- Stabilirea diagnosticului de sănătate publică
- Stabilirea diagnosticului de îngrijire comunitară (nursing comunitar)
- Ierarhizarea problemelor identificate și alegerea celor ce vor fi soluționate în mod preferențial

- Crearea planului de intervenție publică. Planul de intervenție publică este creat pentru a soluționa problemele de sănătate comunitară și include stabilirea beneficiarilor și a obiectivelor de îngrijire a sănătății și dezvoltarea unui program de măsuri concrete.

Item	Diagnostic de Sănătate publică comunitară	Îngrijiri de sănătate în comunitate
Beneficiari	Comunitatea – colectivități, mediu	Indivizii - Persoane fizice și grupuri
Informații obiective și subiective	Starea de sănătate și evenimente comunitare	Semne, simptome, istoric de sănătate
Sursa de informații	Anchete și chestionare în rândul comunității Raportări statistice de la furnizorii de servicii medicale Statistica națională, județeană	Anamneză Examen fizic Examene de laborator Alte investigații
Metode de strângere a informațiilor	Chestionare și vizite în teritoriu Metode epidemiologice Screening comunitar Interviuri Demografie socială	Discuții individuale Observare, examen clinic, etc Prelevare de probe biologice etc
Rezultate	Identificarea problemelor majore de sănătate și a resurselor disponibile Identificarea principalilor factori care afectează sănătatea Stabilirea priorităților Propunerea de programe de sănătate și servicii de sănătate noi	Diagnosticul de îngrijiri comunitare Stabilirea priorităților Formularea obiectivelor de îngrijiri de sănătate Alegerea metodei de prevenție Crearea unui plan de îngrijiri Evaluarea planului de îngrijiri

Tabelul 1. Diferența dintre diagnosticul de sănătate publică și diagnosticul de îngrijiri (nursing) de sănătate comunitare¹

¹ Sursă: Ming Zi Li. 2008 "Nursing Comunitar ", ediția 1, Peking University Medical Press

COM 2 - Structura raportului de diagnostic al comunității

Istoria medicală a comunității este un instrument indispensabil pentru serviciile medicale comunitare, este o informație importantă prin care putem înțelege starea sănătății comunității, identifică principalele probleme de sănătate, în urma cărora se dezvoltă planurile de îngrijire a sănătății.

Conținutul raportului trebuie să acopere următoarele aspecte:

- Situația de bază a comunității, incluzând zona totală a comunității, populația, numărul de gospodării, procentul sexelor, stratificarea după vârstă, distribuția etnică, șamd.;
- Situația economică și culturală a comunității, incluzând venitul pe cap de locuitor al comunității, numărul de persoane cu venit scăzut, acoperirea asigurării de sănătate de bază, gradul de educație, etc.;
- Sănătatea rezidenților comunității, incluzând cunoștințele despre sănătate, predominanța totală a bolilor, mortalitatea și cauzele acesteia, mortalitatea maternă și a nou-născuților, acoperirea vaccinărilor, proporția de comportamente nedorite, etc.;
- Resursele disponibile ale comunității, numărul de spitale și instituții sanitare, numărul personalului medical, numărul de paturi, numărul de voluntari în vecinătate sau în comunitate, școli sau întreprinderi mari, șamd.;
- Programul comunitar de intervenție sanitară sau măsurile de intervenție în contextul existent, include sugestiile pentru îmbunătățirea politicii de sănătate, prevenirea primară, secundară și terțiară a bolilor comunitare majore, cooperarea departamentelor relevante șamd.;
- Stabilirea concentrării pe prevenirea bolilor în comunitate și a priorității problemelor de sănătate.

Folosirea înregistrărilor medicale comunitare

Înregistrările medicale comunitare servesc AMC pentru:

- Identificarea problemei majore de sănătate în comunitate, a nevoilor comunității și priorităților;
- Identificarea cauzei și a factorilor care influențează problemele majore de sănătate în comunitate și dezvoltarea unui plan de muncă pentru următorul pas;
- Identificarea priorităților pentru sănătatea comunității și a grupului țintă de intervenție, în conformitate cu dorințele membrilor comunității, disponibilitatea resurselor și a obiectivelor comunității.

COM 3 - Model de raport de diagnostic de sănătate publică

1. Scopul diagnosticului de sănătate publică la nivelul comunității

2. Metode de cercetare utilizate

- a) Determinarea populației țintă (prezentati modalitatea de identificare și selectare a populației țintă);
- b) Metode de strângere a datelor (prezentati în detaliu modul de colectare a datelor/informațiilor).

3. Rezultate și conținut

3.1. Caracteristicile geografice ale comunității

- a) Nume
- b) Suprafață
- c) Vecini
- d) Instituții relevante (numar): gradinițe, școli, firme, instituții medicale, instituții sociale, facilități turistice, altele
- e) Servicii de sănătate de la nivelul comunității (listați toate serviciile medicale existente la nivelul comunității și precizați tipul acestora – de ex. spital, medic de familie, farmacie, etc.)

3.2. Caracteristicile demografice ale comunității

- a) Număr gospodării:
- b) Total locuitori² _____ din care de gen feminin _____ și masculin _____
- c) Locuitori după criteriul vârstă-sex (completați tabelul de mai jos):

Vârsta în ani	Bărbați (%)	Femei (%)	Total
0 - 1			
2 - 4			
5 - 9			
10 - 19			
20 - 29			
30 - 39			
40 - 49			
50 - 59			
60 - 69			
70 - 79			
Peste 80			
Total			

² Se completează atât în valoare absolută cât și relativă (după modelul NUMAR (PROCENT))

d) Locuitori dupa nivelul de educație

Ultima școală absolvită	Bărbați (%)	Femei (%)	Total
Mai puțin de școală primară			
Școală primară			
Primii ani de liceu			
Liceul			
Facultate și studii post-universitare			

4. Starea de sănătate a locuitorilor din comunitate

a) Predominanța bolilor cronice la diferite vârste

Nr crt.	Vârsta	HTA		DIABET ZAHARAT		BOALA CORONARIANĂ ACUTĂ		INFARCT		AVC		CANCER	
		TB ³	BN ⁴	TB	BN	TB	BN	TB	BN	TB	BN	TB	BN
1	<14												
2	15 - 34												
3	35 - 44												
4	45 - 54												
5	55 - 64												
6	Peste 65												
7	Total												

Lucrul cu comunitatea

b) Cauzele deceselor (pentru anul în curs, se va centraliza la sfarsitul lunii ianuarie a anului urmator)

Nr. crt	Cauza (numele bolii din certificatul de deces)	Numar total decese de cauza in anul in curs
1		
2		
3		
4		
5		

³ Nr total bolnavi in evidenta

⁴ Bolnavi noi in anul in curs

5. Stil de viață și cunoștințe despre sănătate la nivelul comunității

Comportamente cu risc	Bărbați (%)	Femei (%)	Total
Fumat			
Băutură			
Prea multă sare			
Lipsa exercițiilor fizice			
Alimentație bogată în grăsimi			

Cunoștințe despre sănătate ale locuitorilor	Procentaj
Criteriile de diagnosticare a hipertensiunii arteriale	
Indicele de masă corporală	
Nivelul normal de glucoză în sânge	
Aportul zilnic de sare standard	

Sursele de cunoștințe despre sănătate ale locuitorilor	Procentaj
Asistent medical comunitar	
Mediator sanitar	
Medic de familie	
Medic Specialist	
Cărți, ziare	
TV	
Radio	
Brosuri	

6. Programele de intervenție

În această secțiune se vor propune programe de intervenție la nivelul comunității, în funcție de analiza datelor colectate în rubricile anterioare. Conținutul specific trebuie să corespundă cu datele fiecărei comunități în parte și să adreseze problemele identificate anterior.

1. Principalele probleme de sănătate care necesită intervenție (de ex. hipertensiunea)
2. Obiectivele intervenției (de ex. creșterea conștientizării asupra cunoștințelor despre sănătate, reducerea incidenței complicațiilor provocate de hipertensiune, etc)
3. Intervenții propuse la nivelul întregii comunități (de ex. întocmirea de fișe medicale pentru pacienții ce suferă de hipertensiune)

COM 4 - Catagrafierea populației, stabilirea grupului țintă și a populației asistate

Stabilirea grupului țintă și catagrafierea populației se realizează la înființarea unui serviciu de asistență medicală comunitară (sau la angajarea ca asistent medical comunitar) și se revizuieste ori de câte ori este cazul. Acesta prima etapă este esențială pentru o bună organizare a activității, și presupune inventarierea populației de la nivelul comunității deservite. Aceasta fișă propune un model de realizare a catagrafiei.

Etapa 1: Catagrafierea populației generale

Pentru a facilita munca ulterioară de diagnostic al comunității, într-o prima etapă se realizează catagrafierea populației generale. Aceasta constă în obținerea/elaborarea unei liste complete care să cuprindă toți locuitorii comunității deservite (numele și prenumele persoanei, vârsta, CNP, adresa de domiciliu, date de contact (tel, e-mail). Pe cât posibil, în această etapă, se încearcă și obținerea de date privind structurarea populației pe grupe de vârstă, sex, nivel educațional, venit, șamd, informații necesare în realizarea diagnosticului comunității. O listă cu populația comunității deservite poate fi obținută de la serviciul de Evidență a Populației la care comunitatea este arondată.

Etapa 2: Catagrafierea populației țintă

Populația țintă pentru asistența medicală comunitară este alcătuită din persoane vulnerabile, care cel mai adesea au nevoi complexe de îngrijire. Nevoile complexe de îngrijire presupun existența unor probleme de natură socială pe lângă problemele/vulnerabilitățile medicale. Astfel, din populația țintă pot face parte: populație rroma, femei însărcinate, lăuze și noi născuți, persoane cu un nivel economic sub pragul sărăciei, șomeri, persoane cu nivel educațional scăzut, persoane cu dizabilități sau cu o afecțiune cronică, persoane aflate în faza terminală, vârstnici, persoane sub 16 ani, copii care provin din familii monoparentale, copii cu părinți în altă țară, femei însărcinate, persoane care nu au asigurări de sănătate, persoane cu risc de excluziune socială, etc.

Catagrafierea populației țintă presupune înregistrarea tuturor persoanelor de la nivelul comunității care îndeplinesc criteriile de mai sus, pentru fiecare dintre acestea înregistrându-se: numele și prenumele persoanei, vârsta, CNP, adresa de domiciliu, date de contact (tel, e-mail), data luării în evidență, nr. Fișei de evidență, medicul de familie pe listele căruia este înscrisă persoana ca pacient, mențiuni speciale privind încadrarea în populația la risc (v. Tabel 1). În unele comunități (de ex. comunități rurale cu o pondere crescută de vârstnici, comunități sărace, etc.), lista obținută din catagrafierea populației generale poate fi destul de asemănătoare cu lista obținută din catagrafierea populației țintă.

Catagrafierea se face grupând persoanele identificate pe familii și străzi. Aceast mod de grupare va facilita atât procesul de diagnostic al familiei cât și planificarea ulterioară a vizitelor la domiciliu.

Pași de urmat în procesul de catagrafiere a populației țintă:

- Planificați o vizită/întâlnire cu medicul de familie de la nivelul comunității și obțineți de la acesta o listă cu persoane care îndeplinesc unul sau mai multe din criteriile de încadrare în populația țintă; acestea vor fi cu preponderență criterii medicale (de ex. femei însărcinate, persoane cu o afecțiune cronică, persoane care suferă de mai multe afecțiuni, etc);
- Obțineți de la serviciile sociale o listă cu persoanele care au una sau mai multe probleme de natură socială (de ex: persoane cu un nivel economic scăzut, șomeri, persoane care primesc ajutor social, persoane cu dizabilități, etc);
- Obțineți o listă cât mai completă cu populația rromă din comunitatea dumneavoastră; pentru a realiza acest lucru puteți accesa atât resurse oficiale (registrul de evidență a populației, alte baze de date deținute de autoritățile locale, medicul de familie, mediatorul sanitar) dar și resurse informale (de ex. liderul comunității rroma din localitatea dumneavoastră);
- Obțineți/creați o listă cu persoanele fără asigurare medicală;
- Verificați dacă ați adunat date despre toate grupurile vulnerabile de la nivelul comunității;
- Creați o listă comună din toate informațiile obținute în pașii anteriori; această listă reprezintă grupul dumneavoastră țintă.

Nr. crt.	Numele și prenumele	CNP	Adresa de domiciliu	Data luării în evidență	Nr. Fișă evidență	Medic de familie	Mențiuni speciale

Tabel 1 – Model de table pentru catagrafierea grupului țintă

Etapa 3: selectarea populației asistate

După alcătuirea unei catagrafii primare, asistentul medical comunitar se deplasează la adresele persoanelor/familiilor din grupul țintă, unde face evaluarea medicală și socială (vezi și fișa de înregistrare) a persoanelor și familiilor acestora. Dacă lista cu grupul țintă conține mai mult de 500 persoane, din această listă va trebui să selectați un număr de 500 de persoane care să reprezinte populația asistată de dumneavoastră.



LUCRUL CU FAMILIA – FAM

CUPRINDE URMATOARELE INSTRUMENTE:

FAM 1 - Fișa medicală a familiei

FAM 2 - Factori de risc de mediu la nivelul familiei

FAM 3 - Metodologie pentru fișa de identificare a factorilor de risc la nivel de gospodărie

FAM 4 - Fișă pentru evaluarea factorilor de risc la nivel de gospodărie

FAM 5 - Metodologia pentru fișa de identificare a problemelor sociale ale familiei/gospodăriei

FAM 6 - Fișa de identificare a problemelor sociale

FAM 7 - Alte instrumente de evaluare a situației familiale (Genograma și Ecomapa)

FAM 8 - Metodologie pentru fișa de identificare a victimelor maltratării

FAM 9 - Fișa de identificare a victimelor maltratării

FAM 10 - Metodologie pentru fișa de identificare a violenței domestice

FAM 11 - Fișa de identificare a violenței domestice

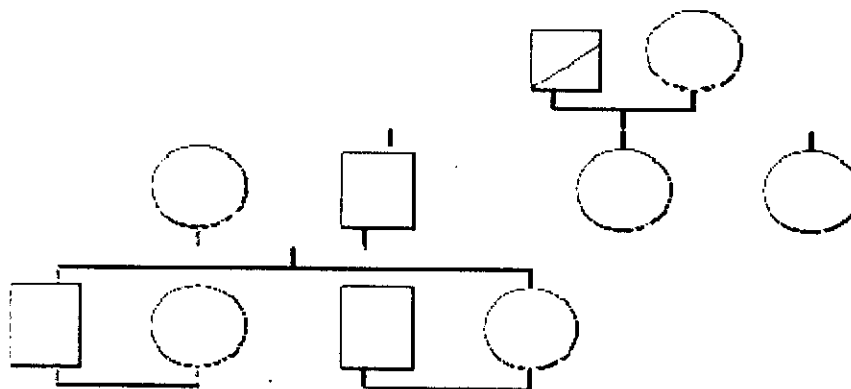
FAM 1 - Fișa medicală a familiei

1. Nume proprietar
2. Membrii familiei (nr.) _____
3. Număr membri rezidenți _____
4. Venitul mediu lunar al familiei: (referire la venitul total anual al membrilor familiei împărțit la 12)
5. Tipul de gospodărie:
6. Tipul de combustibil folosit de familie
7. Tipul de grup sanitar:
8. Informații despre membrii familiei

Serie.	Nume	Nr. fișă medicală	Relația în gospodărie	Probleme majore de sănătate	Alte observații
1					
2					
3					
4					
5					

Lucrul cu familia

9. Genograma familiei (pentru mai multe informații despre cum se realizează aceasta, verificați și fișa de la pagina 61; imaginea de mai jos reprezintă un exemplu schematic - a se înlocui în fișa finală)



10. Ciclul de viață al familiei

Stadiul de dezvoltare a familiei	Perioada de formare	Perioada de extindere			Perioada de contractare		Perioada de slăbiciune	
	Nuntă Sarcină	Nașterea unui copil	Au copii care au vârsta de a merge la școală	Au copii adoles- cenți	Copii indepem- denți	Cuibul gol	Pensio- nare	Văduvie
Da/Nu								
Problemă								

11. Lista celor mai importante probleme de sănătate în familie

Familia adresă

Nr.	Problemă	Data	Data înregistrării	Doctor	Notă
1					
2					

FAM 2 - Factori de risc de mediu la nivelul familiei

Această fișă prezintă o serie de informații utile pentru identificarea factorilor de mediu cu risc la nivelul familiei. Atunci când considerați necesar, puteți fotocopia această fișă pentru a o distribui ca și material informativ beneficiarilor dumneavoastră.

Scurtă prezentare a unor condiții, factori de risc și norme

Noțiunea de locuință cuprinde, pe lângă spațiul de locuit și anexele acesteia ca și toate dotările edilitar-gospodărești, instalațiile și dispozitivele necesare pentru orice gospodărie. Igiena locuinței trebuie tratată începând cu redefinirea noțiunii de sănătate, de la simpla apreciere "lipsă de boală" la complexul de factori ce determină bunăstarea fizică, psihică și socială. Acest fapt a dus la sporirea atenției acordate ambianței în care omul trăiește și se desăvârșește ca individ și personalitate. În cadrul acestei ambianțe, locuinței îi revine un rol important, reprezentând unul din factorii hotărâtori pentru sănătatea și confortul populației.

Conform definiției OMS, locuința reprezintă spațiul în care omul se odihnește și își reface forțele de muncă, se distrează și lucrează cu vigoare și eficacitate.

Cerințele igienice pe care trebuie să le îndeplinească locuința pentru a fi corespunzătoare (aptă) au fost sintetizate de către OMS astfel:

- satisfacerea nevoilor fiziologice și psihologice ale populației;
- prevenirea bolilor transmisibile, a accidentelor și intoxicațiilor;
- realizarea confortului individual și familial necesar.

Măsurătorile de bază care stabilesc condițiile de locuit sunt relaționate cu termenii: defecțiuni de construcție și inapt pentru locuit. Termenul „inapt” este un concept juridic, care arată dacă o clădire este aptă sau nu pentru locuit. Acest concept este determinat de condițiile standard pentru locuit.

Condițiile standard pentru ca o locuință să fie considerată aptă

Potrivit standardului, o casă este aptă pentru locuit atâta timp cât se evită nerespectarea uneia sau mai multor recomandări. În caz contrar, locuința se consideră inaptă pentru locuit. Standardul se aplică la toate tipurile de locuințe: case sau apartamente, case cu ocupare multiplă sau chiar spații acoperite cu pături.

Condițiile standard se referă la sănătatea și siguranța locatarilor, ele nu reprezintă un standard de confort.

O locuință aptă cuprinde toate condițiile de mai jos:

- să fie stabilă structural;
- să nu prezinte defecțiuni de constructive;
- să nu prezinte igrasie care să prejudicieze sănătatea locatarilor;
- să fie încălzită corespunzător;
- să aibă un iluminat corespunzător;
- să aibă o ventilație corespunzătoare;
- să aibă un sistem adecvat de aprovizionare cu apă;
- să aibă facilități corespunzătoare pentru prepararea și gătitul alimentelor;
- să aibă un grup sanitar plasat adecvat pentru folosința exclusivă de către locatari și o baie sau duș plasate adecvat, un bazin de spălare a mâinilor, fiecare dintre ele alimentate cu apă caldă și rece, pentru uzul exclusiv al locatarilor;
- să aibă un sistem adecvat pentru drenarea reziduurilor și a apei reziduale.

Factorii potențiali de risc din locuință

Conform sistemului de evaluare a locuinței sănătoase și sigure, factorii potențiali de risc din locuință sunt:

- temperatura interioară extremă – temperatura excesiv de scăzută sau excesiv de crescută;
- căderea de pe scări, pe rampă, la nivel, între nivele, pe fereastră, de pe balcon, căderile în baie;
- incendiul;
- suprafețele și materialele fierbinți;
- creșterea umezelii și a mușcăturilor;
- monoxidul de carbon, oxizi ai azotului, dioxidul de sulf, compușii organici volatili, substanțele cu acțiune biocidă;
- radiațiile;
- electricitatea;
- zgomotul;
- plumbul;
- azbestul și alte particule;
- intrarea intrușilor;
- aglomerarea locuinței;
- exploziile;
- igiena domestică precară asociată cu dăunătorii;
- menținerea, depozitarea și înlăturarea reziduurilor domestice;
- depozitarea neadecvată pentru siguranța alimentației;
- asigurarea neadecvată a condițiilor pentru menținerea igienei personale;

- grup sanitar cu drenaj neadecvat;
- apa domestică poluată;
- prăbușiri ale structurii;
- iluminat inadecvat;
- combustibil gazos nears;
- captivitate și coliziune;
- ergonomie săracă.

Norme de igienă referitoare la zonele de locuit

- Amplasarea clădirilor destinate locuințelor trebuie să asigure însorirea acestora pe o durată de minimum 1,5 ore zilnic, la solstițiul de iarnă, a tuturor încăperilor de locuit. Distanța dintre clădiri trebuie să fie mai mare sau cel puțin egală cu înălțimea clădirii celei mai înalte, pentru a nu se umbri reciproc;
- Parametrii sanitari care trebuie respectați la proiectarea și execuția locuințelor sunt: 10 m² suprafața minimă a unei camere; 5 m² suprafața minimă a bucătăriei; 2,6 m² înălțimea sub plafon;
- Încăperile principale de locuit și bucătăriile trebuie prevăzute cu deschideri directe către aer liber (uși, ferestre) care să permită o ventilație naturală suficientă;
- Iluminatul natural în centrul camerelor principale și al bucătăriei trebuie să fie suficient pentru a permite, în zilele senine, activitățile normale fără a se recurge la lumină artificială;
- Ventilația naturală trebuie asigurată prin prevederea prizelor de aer exterior, prin evacuarea aerului prin conducte verticale cu tiraj natural și prin păstrarea liberă a unui spațiu de 1 cm sub ușile interioare;
- Ghenele tehnice și toboganul de deșeuri solide se izolează acustic și se prevăd cu posibilități de acces pentru curățare și decontaminare periodică;
- Pereții, planșeele și puțul ascensorului trebuie izolate împotriva zgomotelor și vibrațiilor;
- Sistemul de încălzire trebuie să asigure temperatura minimă medie de 18 °C, cu diferențe în funcție de utilizarea încăperii: baie, W.C. 22 °C; camera de zi 20 °C; dormitoare 18 °C.

Împărțirea interioară a locuinței trebuie să satisfacă următoarele condiții:

- să permită circulația comodă a copiilor, persoanelor în vârstă, eventual persoanelor cu dizabilități, prin culoare de minimum 1,20 m lărgime, să nu existe trepte inutile între camere, planuri înclinate, să fie iluminat suficient etc.;
- să asigure separarea pe funcțiuni, împotriva propagării zgomotelor, mirosurilor, vaporilor;
- să asigure izolarea camerelor de locuit de încăperile de serviciu, unde se pot produce

zgomote, mirosuri, vapori;

- să permită deschiderea comodă a ușilor interioare;
- băile și W.C.-urile să nu fie amplasate deasupra camerelor de locuit;
- finisajele interioare și dotările cu echipamente să nu creeze riscuri de accidente;
- materialele folosite în construcția, finisarea și dotarea locuințelor se aleg astfel încât să nu polueze aerul interior, cu atenție la formaldehidă, azbest și radon, și să asigure izolarea higrotermică și acustică corespunzătoare; o atenție deosebită este recomandată la proiectarea și construcția blocurilor de locuințe, în ceea ce privește orientarea camerelor față de vânturile dominante, de curenții locali de aer, care se produc în ansamblurile de construcții înalte, și față de însorirea maximă din timpul verii; se recomandă izolarea acustică a fiecărei camere față de camerele învecinate din aceeași locuință, față de locuințele învecinate și față de zgomotul produs de instalațiile aferente locuinței sau clădirii.

Condiții precare de locuire

Prin condiții precare de locuire, în general, se înțelege:

- Supra-densitate (număr de locuitori/cameră sau persoană /m²);
- dotare deficitară cu bunuri de folosință îndelungată;
- lipsa racordurilor la utilitățile publice (apă curentă, canalizare, gaze naturale, încălzire centrală, electricitate);
- locuință improprie – slabă rezistență la intemperii datorită materialelor de construcție folosite;
- modalitatea de încălzire;
- incapacitatea de acoperire a cheltuielilor de întreținere, îndeosebi în perioada de iarnă (pentru mediul urban);
- lipsa unor încăperi cu destinație specială (baie, bucătărie);
- acces la diferite servicii și calitatea vecinătății (dispensar/ spital; oficiu poștal, farmacie; spații de joacă pentru copii, insecuritate pe stradă, mizerie în spațiul public, drumuri proaste, etc).

Grupurile sărace, marginalizate se confruntă într-o foarte mare măsură cu condiții precare/proaste de locuire. Ca și caz particular, un exemplu este situația populației de romi. Multe dintre locuințele celor săraci sunt mult sub standardele normalității, servind adesea doar ca adăpost împotriva intemperiilor. Un procent semnificativ de gospodării nu au acces la facilități de bază, precum baie/duș și bucătărie. În asemenea condiții, o serie de funcții ale familiei sunt îndeplinite deficitar, condițiile proaste de locuire repercutându-se negativ și în alte sfere ale vieții sociale.

Norme de igienă pentru fântâni publice și individuale, folosite la aprovizionarea cu apă potabilă

Fântâna reprezintă o instalație locală de aprovizionare cu apă, individuală sau publică, instalație din care apa este consumată prin extracție direct din sursă.

Apa din fântână, pentru a fi folosită în scop potabil, trebuie să corespundă calitativ standardului național nr. 1.342/1991 și să asigure cantitatea minimă necesară, zilnică, pentru locuitorii deserviți. Criterii de evaluare a fântânilor publice și individuale sunt:

- Fântâna trebuie amplasată și construită, astfel încât să fie protejată de orice sursă de poluare și să asigure accesibilitatea. În situația în care construcția fântânii nu asigură protecția apei, iar adâncimea acviferului folosit este mai mică de 10 m, amplasarea fântânii trebuie să se facă la cel puțin 10 m de orice sursă posibilă de poluare: latrină, grajd, depozit de gunoi sau deșeuri de animale, cotețe etc.;
- Adâncimea stratului de apă folosit nu trebuie să fie mai mică de 4 m;
- Pereții fântânii trebuie astfel amenajați încât să prevină orice contaminare exterioară. Ei vor fi construiți din material rezistent și impermeabil: ciment, cărămidă sau piatră, tuburi din beton;
- Pereții fântânii trebuie prevăzuți cu ghizduri. Ghizdurile vor avea o înălțime de 70-100 cm deasupra solului și 60 cm sub nivelul acestuia. Ghizdurile se construiesc din materiale rezistente și impermeabile, iar articularea cu pereții fântânii trebuie făcută în mod etanș;
- Fântâna trebuie să aibă capac, iar deasupra ei un acoperiș care să o protejeze împotriva precipitațiilor atmosferice;
- Modul de scoatere a apei din fântână trebuie să se facă printr-un sistem care să împiedice poluarea ei: găleată proprie sau pompă;
- În jurul fântânii trebuie să existe un perimetru de protecție, amenajat în pantă, cimentat sau pavat;
- Proiectarea, construcția și amenajarea fântânilor publice sau individuale trebuie efectuate în concordanță cu condițiile specifice locale și cu principiile generale prezentate anterior;
- Dezinfecția fântânii se face cu substanțe clorigene sau orice altă substanță dezinfectantă care are aviz sanitar de folosire în acest scop;
- Substanța clorigenă (clorură de văr, hipocloritul de sodiu, cloramină), folosită pentru dezinfecție, trebuie să aibă specificat conținutul în clor activ;
- Cantitatea de substanță clorigenă folosită pentru dezinfecția apei variază în funcție de cantitatea de clor activ care trebuie realizat și care depinde de gradul de poluare a fântânii.

FAM 3 – Metodologie pentru fișa de identificare a factorilor de risc la nivel de gospodărie

Această fișă prezintă metodologia de evaluare a factorilor de risc de la nivelul gospodăriei (FAM 4). Cu ajutorul fișei FAM 4, asistentul medical comunitar va identifica diferiții factori de risc din mediul de locuit, factori responsabili pentru apariția și favorizarea diferitelor îmbolnăviri sau stări de disconfort.

Locuința reprezintă unitatea de mediu în care omul își petrece cea mai mare parte din viață, cât și unul dintre factorii de mediu care influențează cu prioritate sănătatea și confortul. Relația dintre condițiile de locuit și sănătate este confirmată de numeroasele studii și cercetări.

Identificarea tulburărilor ce pot apărea prin nerespectarea normelor igienice de viață, se constituie în tot atâtea argumente și într-o pledoarie pentru alegerea unui mod de viață în care să primeze respectarea principiilor igienice de trai și adoptarea unui comportament adecvat pentru așa-numitul mod de viață sanogen – generator de sănătate.

Cum se completează fișa:

Fișa se va completa când se constată existența unor condiții de locuit precare sau inadecvate (inumane, degradante) care pot afecta starea de sănătate a persoanelor care locuiesc în gospodărie:

- acele locuințe care nu oferă decât un minim adăpost împotriva intemperiilor,
- locuințe supra-aglomerate și care oferă condiții igienico-sanitare deficitare sau chiar mizare.

De exemplu:

- blocurile (clădirile) părăsite, fără instalații sanitare și echipamente, fără tocure la uși și ferestre, fără uși etc.,
- locuințe cu pereții deteriorați, fără acoperiș, slab rezistente la intemperii.

Mod de lucru cu fișa:

- Se vor bifa factorii identificați;
- Pentru condițiile care pot fi remediate de către beneficiari se vor face recomandări directe (conform normelor și clasificărilor prezentate mai sus);
- Pentru condițiile care depășesc capacitatea de intervenție a beneficiarilor se vor contacta autoritățile publice locale, cărora le vor fi prezentate situațiile identificate, solicitând totodată luarea unor măsuri pe plan local;
- Se va respecta confidențialitatea datelor.

FAM 4 – Fișă pentru evaluarea factorilor de risc la nivel de gospodărie

1. Asistent medical comunitar (nume și prenume):
2. Familia:
3. Localitatea:
4. Adresa gospodăriei:
5. Număr de camere:
6. Număr total de persoane din locuință:
7. Număr de persoane pe cameră:
8. Data evaluării: (ZZ/LL/AAAA)

Condiții de locuit

Bifați în lista de mai jos factorii identificați la nivelul gospodăriei. Acordați 1 punct pentru fiecare factor de risc identificat (total maxim posibil = 19)

Lucrul cu familia

- igienă precară a locuiței
- locuință cu defecte de construcție (nesigură)
- instalații electrice necorespunzătoare (pericol de electrocutare)
- lipsa alimentării cu energie electrică
- locuință aglomerată (mobilier, diverse obiecte, deșeuri depozitate etc)
- prezența igrasiei
- prezența mușcăiurilor
- ventilație necorespunzătoare
- iluminat natural necorespunzător
- iluminat artificial necorespunzător
- temperatură ambientală excesiv de scăzută
- temperatură ambientală excesiv de crescută
- poluare cu fum rezultat prin arderea combustibililor lichizi sau solizi
- fumat în interiorul locuinței
- prezența animalelor – pisică, câine, cornute, păsări, etc
- existența unor animale bolnave
- prezența rozătoarelor – șobolani, șoareci
- existența unor insecte vectoare – muște, gândaci, furnici, purici, țânțari, etc

Aprovizionarea cu apă potabilă și depozitarea acesteia

Bifați în lista de mai jos factorii identificați la nivelul gospodăriei. Acordați 1 punct pentru fiecare factor de risc identificat (total maxim posibil = 6)

- lipsa unei surse de apă (rețea sau fântână)
- aprovizionare deficitară cu apă potabilă

- sursă de apă potabilă insalubră (mai ales fântâni, puțuri)
- sursă posibilă de poluare (latrină, grajd, depozit de gunoi sau deșeuri de animale, cotețe etc) amplasată la mai puțin de 10 m de fântână
- mod de depozitare al apei necorespunzător
- calitate deficitară a apei potabile: organoleptic (gust, miros, culoare – modificate)

Prepararea și depozitarea alimentelor

Bifați în lista de mai jos factorii identificați la nivelul gospodăriei. Acordați 1 punct pentru fiecare factor de risc identificat (total maxim posibil = 7)

- lipsa bucătăriei
- gătitul se face în cameră de locuit
- bucătărie cu igienă deficitară
- păstrarea neigienică a alimentelor
- alimentele nu sunt protejate față de accesul insectelor, rozătoarelor și a altor animale
- există contact între alimentele crude, neprelucrate și cele preparate/gătite
- apa folosită la prepararea alimentelor nu este potabilă

Grup sanitar, încăpere pentru îmbăiere

Bifați în lista de mai jos factorii identificați la nivelul gospodăriei. Acordați 1 punct pentru fiecare factor de risc identificat (total maxim posibil = 6)

- nu există grup sanitar organizat
- grup sanitar (WC, latrină) cu igienă precară
- grup sanitar (WC, latrină) în afara locuinței
- încăpere pentru îmbăiere cu igienă precară
- nu există facilități pentru spălatul pe mâini
- nu există facilități pentru îmbăiere

Depozitarea și îndepărtarea reziduurilor

Bifați în lista de mai jos factorii identificați la nivelul gospodăriei. Acordați 1 punct pentru fiecare factor de risc identificat (total maxim posibil = 3)

- loc de depozitare a reziduurilor solide (pubele, lăzi etc) neorganizat
- îndepărtarea reziduurilor solide în mod neorganizat
- îndepărtarea reziduurilor lichide (canalizare, puț absorbant, groapă) în mod neorganizat.

Total puncte factori de risc posibili = 41

Fiecare locuință va avea un punctaj; cu cât acesta e mai mare cu atât locuința e mai insalubră.

FAM 5 – Metodologia pentru fișa de identificare a problemelor sociale ale familiei/gospodăriei

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa FAM 6. Scopul fișei FAM 6 este de a identifica problematica socială a gospodăriei, stabilind amenințările, riscurile și resursele pentru o funcționare optimă din perspectivă medico-socială. Fișa cuprinde 2 secțiuni ce vor fi detaliate mai jos.

Secțiunea I

Secțiunea I reprezintă o evaluare obiectivă a problemelor sociale la nivel familial și se completează de către AMC în urma observațiilor înregistrate în timpul vizitei la domiciliu și a discuțiilor cu membrii familiei, prin marcarea unui „+” sau a unui „-” în dreptul fiecărei afirmații (unde „+” înseamnă că situația favorabilă constituie o resursă a familiei/gospodăriei respective, iar „-” că situația nefavorabilă constituie un risc la funcționarea familiei/gospodăriei). Evaluarea funcționării sociale a familiei/gospodăriei se realizează avându-se în vedere elementele principale privind constituirea familiei și a gospodăriei, comportamentele reciproce și sursele de venit ale membrilor familiei/gospodăriei, necesare pentru o existență decentă la nivelul comunității respective.

Interpretarea rezultatelor obținute la secțiunea I se face astfel:

- atunci când majoritatea caracteristicilor sunt cotate cu „+” și există doar maximum câte o caracteristică din fiecare categorie (A, B sau C) cotate cu „-” înseamnă că familia/gospodăria are o funcționare decentă;
- atunci când există cel puțin două caracteristici cotate cu „-” în fiecare categorie (A, B sau C) înseamnă că familia/gospodăria se află în situație de risc;
- atunci când mai multe caracteristici din cadrul categoriilor A sau B sunt cotate cu „-”, înseamnă că familia/gospodăria are o funcționare grav amenințată.

Secțiunea II

Secțiunea II reprezintă o evaluare subiectivă a bunei funcționări sociale a familiei din perspectiva membrilor ei și se realizează (prin analogie cu modelul APGAR de evaluare a noului-născut) prin calcularea scorului APGAR al familiei.

Scala APGAR se aplică fiecărui membru al familiei și se calculează un scor individual, urmând ca pentru evaluarea satisfacției globale cu funcționarea familiei, să se calculeze media tuturor membrilor familiei. Un scor mediu cuprins între 0 și 6 indică o satisfacție scăzută privind modul în care funcționează familia, un scor cuprins între 6 și 7 indică o satisfacție medie față de funcționarea familiei iar un scor mediu peste 7, indică un grad ridicat de satisfacție. Scorul APGAR poate fi util și în identificarea membrilor familiei care sunt cei mai afectați de relațiile familiale. Este important ca această secțiune să fie utilizată individual, cu fiecare membru al familiei în parte, și numai după ce a fost stabilită o relație bună cu fiecare membru al familiei, pentru a ne asigura de onestitatea răspunsurilor.

FAM 6 – Fișa de identificare a problemelor sociale

Persoana asistată:

Familia:

Localitatea:

Adresa gospodăriei:

Număr de camere:

Număr de persoane care locuiesc:

I. Evaluarea problemelor sociale la nivel familial de către AMC	Resurse	Riscuri
A. Evaluarea relațiilor familiale		
A.1. Familia nucleară		
Părinții sunt căsătoriți legal sau doar locuiesc împreună.		
Părinții care locuiesc împreună mai au o familie (soț/soție sau copii) în altă parte.		
Părinții sunt prezenți la domiciliu în majoritatea timpului.		
Părinții sunt de vârstă apropiată și de aceeași etnie sau religie.		
Copiii din gospodărie provin din uniunea actuală sau/și din căsătorii/uniuni anterioare.		
Numărul copiilor minori este acceptabil la nivelul resurselor familiei.		
A.2. Familia extinsă		
Persoanele care locuiesc în gospodărie sunt rude.		
Persoanele care locuiesc împreună contribuie la bugetul comun și își asumă obligații gospodărești.		
Persoanele care gospodăresc împreună își asumă obligații de ocrotire a minorilor.		
B. Comportamente familiale		
Familia se preocupă pentru asigurarea hranei zilnice pentru toți membrii ei.		
În gospodărie se realizează ritmic activități menajere (întreținerea casei, spălatul hainelor, spălatul vaselor etc.)		
În gospodărie există persoane care consumă excesiv alcool în mod frecvent.		
În gospodărie relațiile familiale sunt violente și există frecvente agresiuni verbale și fizice.		
Există preocupări pentru asigurarea frecventării școlii de către minori.		
Familia se preocupă de respectarea tratamentelor medicale pentru toți membrii ei.		

Partea 3

C. Venituri familiale		
Cel puțin un membru al familiei are salariu.		
Cel puțin o persoană vârstnică are pensie.		
Familia dispune de venit minim garantat.		
Cel puțin un membru al familiei dispune de alt tip de venit (indemnizații, alocații, etc.)		
Membrii gospodăriei au capacitatea de administrare a bugetului și a bunurilor.		

Măsura luată:

- Informarea asistentului social/mediatorului roma
- Referirea cazului către instituția
- Transfer caz către serviciul SPAS
- Altă măsură (precizați care)
- Nu este cazul

II. Stabilirea scorului APGAR al familiei pe baza tabelului de mai jos, (rezultatele regăsindu-se în aprecierea indicatorilor).⁵

ÎNTREBĂRI PENTRU MEMBRII FAMILIEI		RĂSPUNSURI POSIBILE		
		2 ⁶	1	0
1	Sunt satisfăcut că pot apela la ajutorul familiei atunci când ceva este în neregulă.			
2	Sunt satisfăcut că familia abordează și împarte problemele cu mine.			
3	Sunt satisfăcut că familia acceptă și susține dorințele mele de a întreprinde activități noi.			
4	Sunt satisfăcut că familia răspunde stărilor afectiv-emoționale (dragoste, supărare, mânie).			
5	Sunt satisfăcut că în cadrul familiei există un mod plăcut de a petrece timpul liber.			

⁵ Iustin Lupu și Ioan Zanc – *Sociologie medicală-Teorie și aplicații*, Ed. Polirom 1995.

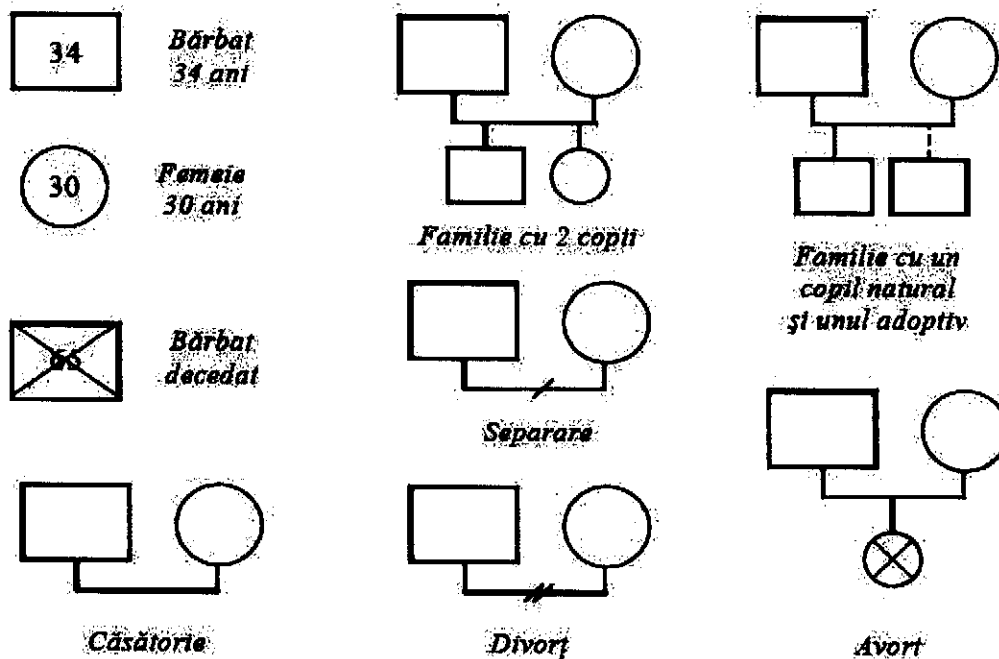
⁶ 2=aproape intotdeauna; 1= cateodată; 0=niciodată

FAM 7 - Alte instrumente de evaluare a situației familiale (Genograma și Ecomapa)

Genograma

Genograma este un instrument utilizat întru înțelegerea dinamicii familiilor și caracteristica ei principală constă în descrierea relațiilor intergeneraționale într-o familie prin utilizarea unor coduri a căror descifrare este menționată într-o legendă care ajută la exprimarea schematică a relațiilor intergeneraționale cu relevanță pentru istoricul social. În Figura 1 sunt aduse exemple de coduri utilizate în realizarea genogramei.

Fig. 1

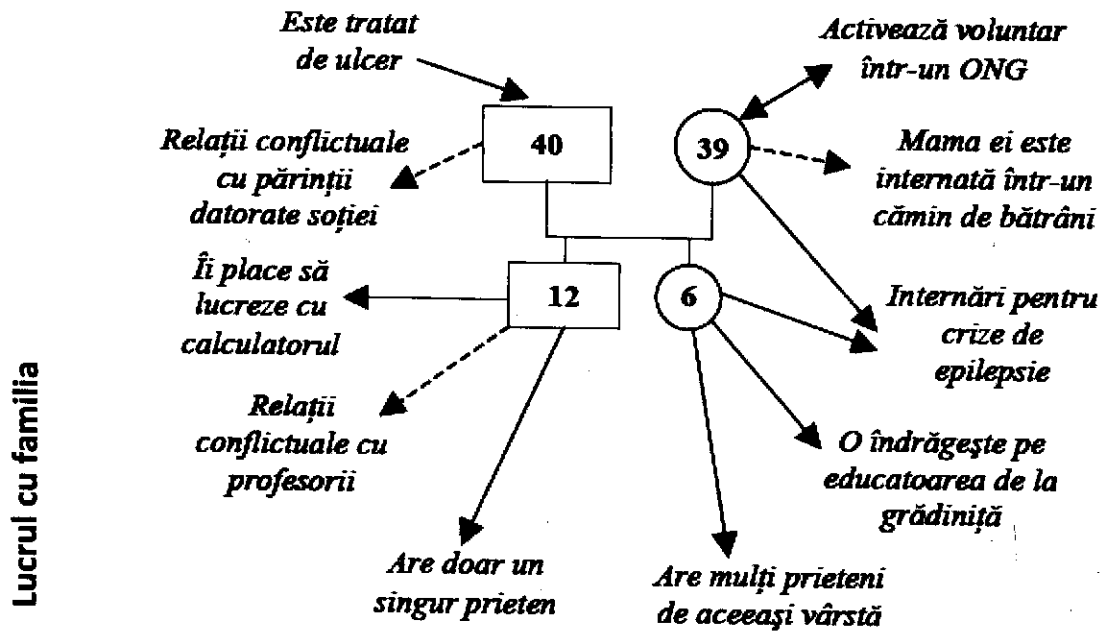


Partea 3

Ecomapa

Ecomapa reprezintă un instrument cu ajutorul căruia asistentul social precizează grafic locul individului și al familiei în context social, evidențiind natura relațiilor existente, intensitatea conflictelor. Ca și genograma, ecomapa se realizează cu ajutorul unor coduri și simboluri care exprimă o gamă variată de raporturi interindividuale și sociale ale subiecților analizați (vezi exemplul din Figura 2).

Fig. 2



FAM 8 - Metodologie pentru fișa de identificare a victimelor maltratării

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa FAM 9. Scopul fișei FAM 9 este de a identifica victimele maltratării și a le semnaliza instituțiilor cu atribuții în domeniu. În această fișă, oferim și câteva informații generale despre ce este considerat maltratare și care sunt formele cel mai frecvent întâlnite ale acesteia.

Ce este maltratarea

Prin maltratare înțelegem abuzul și/sau neglijarea unei persoane. În general, copiii sunt victimele maltratării, se poate însă întâmpla și persoanelor adulte (mai ales celor de vârstă a treia).

Maltratarea se referă la:

- abuzul emoțional (cuvinte și denumiri urâte, înjurături, respingeri, amenințări, ton ridicat care sperie);
- abuzul fizic (lovituri cu palma, pumn, diferite obiecte, îmbrânceli, înțepături, arsuri, provocarea de răni și dureri fizice);
- abuzul sexual (expunere la imagini și filme porno, manipulări ale organelor genitale ale victimei de către agresor, mângâierea zonelor intime, contacte sexuale orale, anale, genitale);
- neglijare (fizică, medicală, educativă, emoțională);
- abuzul societal (de exemplu: din lipsă de fonduri, primăriile nu mai oferă sprijinul adecvat persoanei ce necesită însoțitor, deși persoanele au certificate care le dau dreptul la un astfel de sprijin; nu se furnizează venitul minim garantat, etc.).

Maltratarea nu se rezumă la un incident izolat, ci este un proces de durată și de aceea are un impact puternic asupra dezvoltării și a funcționării sănătoase a copilului sau a persoanei adulte.

Cum se utilizează fișa FAM 9

- Deși, de obicei, condițiile descrise în tabel se manifestă în combinație și nu izolat, este suficientă identificarea unui singur item din fișa de mai sus, pentru a necesita semnalarea cazului.
- Toate cazurile depistate vor fi aduse la cunoștința întregii echipe (educatoare, asistent medical, asistent social, medic de familie, polițist, în funcție de caz).
- Pe baza fișei de semnalare a victimelor maltratării, completate de AMC, asistentul social din echipa interdisciplinară va prelua cazul și va iniția Planul individualizat de servicii (PIS) sau va referi cazul spre serviciile de la DGASPC, unde managerul de caz va iniția Planul individualizat de protecție al copilului (PIP).
- În cazul unui copil victimă a maltratării, conform legii, AMC trebuie să semnaleze cazul și la telefonul copilului.

Lucrul cu familia

- Dacă apar suspiciuni de violență domestică se va utiliza fișa de identificare a violenței în familie.
- Dacă e vorba de aspecte care țin de sănătatea mentală, se va lua în considerare riscul de abuz și neglijare ca și cauză a tulburării psiho-motorii și se va trece la fișa specifică de evaluare.
- În cazul sarcinii nedorite sau neurmărite medical se trece la fișa gravidei.

FAM 9 - Fișa de identificare a victimelor maltratării

Beneficiar:

Nume și prenume _____

Vârsta/ data nașterii _____

Localitatea de domiciliu _____

Adresa _____

Semne de recunoaștere a riscurilor și cazurilor de maltratare

Nr. crt.	Denumirea semnelui de risc și/sau de maltratare	Exemple de întrebări de verificare
1	Sarcină nedorită	Cum vine acest copil? L-ați planificat împreună cu partenerul? Îl doriți?
2	Sarcină neurmărită medical (fără controale medicale periodice)	De câte ori ați fost văzută de medic, în perioada sarcinii? De către cine? Aveți un carnet al gravidei și nou-născutului?
3	Absența unui adăpost	Aveți o locuință? Sunteți mulțumită de locuința pe care o aveți? Aveți apă curentă? Cum stați cu căldura?
4	Mama gravidă alungată de familie	Cum de sunteți singură? Unde locuiți acum? Cu cine? Aveți condiții care să vă asigure sănătatea dvs și dezvoltarea sănătoasă a sarcinii?
5	Mama cu depresie (postpartum sau depresie cronică)	Cum vă simțiți? Sunteți tristă? S-a întâmplat ceva? Plângeți ușor? De când sunteți în starea asta?
6	Mulți copii în familie	Câți copii aveți? Cum vă descurcați? Beneficiați de ajutor?
7	Copii ai familiei plasați în sistemul de protecție	Aveți copii care nu locuiesc cu dvs? Aveți copii dați la casa de copii (sau plasați de sistemul de protecție la familii maternale)?
8	Alimentația inadecvată calitativ sau cantitativ	Aveți suficientă mâncare? Care sunt alimentele pe care le consumați cel mai frecvent?
9	Apartenența la grupuri antisociale sau cu reguli ce induc risc asupra stării de sănătate	Faceți parte din grupuri religioase sau alte grupuri speciale? Ce reguli, referitoare la sănătatea dvs sau a copiilor, trebuie să respectați pentru a rămâne în grup?
10	Relații sexuale riscante	Aveți parteneri sexuali multipli? Faceți sex neprotejat?

Lucrul cu familia

11	Abuz de medicamente fără recomandare medicală	Luați medicamente? Ce medicamente luați fără a avea prescripție din partea medicului?
12	Existența unei patologii cronice în familie	Adulții sau copiii din familie suferă de vre-o boală? De ce boală suferă? De când? În ce fel este afectată familia de această situație?
13	Semne vizibile de abuz fizic și/sau sexual (echimoze, vânătăi, arsuri, cicatrici, fracturi ale oaselor, contenționare, izolare forțată)	Aveți o vânătaie...Puteți să-mi spuneți ce s-a întâmplat? S-a întâmplat și altă dată? Cât de des se întâmplă?
14	Prezența abuzului emoțional/psihologic (indiferența părinților față de nevoile semnalate de copil; divorțul părinților)	Se întâmplă să vă spuneți cuvinte urâte unii altora în familie? Se întâmplă să vorbiți aspru și înfricoșător copiilor? Se întâmplă să refuzați ajutorul pe care v-il cere copilul? Se întâmplă să-l speriați cu pedepse ce vor urma anumitor comportamente (note rele la școală, neascultare...)? Vă cere copilul să-i spuneți că-l iubiți? Îl lăsați singur perioade lungi, în grija fraților minori și nesupravegheați de adult? Ați vorbit cu copilul și l-ați pregătit pentru divorțul dvs?
14	Neglijare medicală (nu este vaccinat/ă, nu este urmărit/ă medical)	Aveți medic de familie? Vă urmărește vre-un medic starea de sănătate? Mergeți la controale periodice? Ați făcut toate vaccinările?
15	Abuz de substanțe (fumat, alcool, droguri)	Fumați? Cât de mult? Aproximativ cât alcool consumați pe săptămână/zilnic? Ați consumat vre-odată droguri? Ce fel de droguri? Cum ați abandonat consumul de droguri? Cum este afectat copilul de acest comportament al dvs?
16	Abuz societal	Credeți că ați avea dreptul la diferite ajutoare (alocații, venit minim, însoțitor personal, etc)? De ce credeți că nu puteți beneficia de ele?
17	Izolarea socială (rețea de sprijin social: familie, prieteni, servicii)	Cine vă ajută atunci când aveți nevoie de ajutor? Aveți prieteni? Familia vă ajută? La ce servicii recurgeți când aveți nevoie de sprijin?
18	Părinte singur (inclusiv gravidă fără partener)	Cum vă descurcați ca părinte singur? Cine vă ajută? Cum sunt copiii?
19	Neglijarea fizică (persoana este murdară, miroase, cu paraziți, igienă deficitară, alimentație necorespunzătoare vârstei, îmbrăcăminte neadecvată, copil nestimulat în acord cu vârsta)	Ce posibilități aveți pentru a vă spăla, a vă spăla hainele? Suferiți de lipsa unor astfel de posibilități? În ce fel? Reușiți să asigurați pentru familia dvs condițiile de igienă necesare? Aveți haine adecvate anotimpului? Cu ce se joacă copiii?

20	Semne de depresie /lipsa zâmbetului la copil	De ce sunteți/ești supărat? Ce s-a întâmplat?
21	Retard de creștere (sindrom general de nedezvoltare a copilului)	Ce ai mâncat azi? Cu cine te-ai jucat? Ai fost certat/ pedepsit de părinți? Cât de des se întâmplă? Se întâmplă să vomezi? Te doare capul adeseori?
24	Disfuncții în integrarea în sistemul de educație (grădiniță, școală: nu frecvențează, absentează, eșec școlar, abandon)	Cum e la școală/grădiniță? Îți place? Înțelegi la lecție? Știi să-ți faci temele? Cum se întâmplă atunci când nu mergi la școală/grădiniță?
25	Comportamente violente și hiperkinetice (agitație) la copil	Cum te porți în clasă? Cum te înțelegi cu copiii? Se plânge dna de cum te porți? Ce zice? (comportamentul hiperkinetic se vede în modul în care se comportă în interacțiune)
26	Timiditate exagerată, teama de a interacționa	Îți place cu copiii la grădiniță/școală? Când d-na pune o întrebare tu ce faci? (comportamentul timid se vede în modul în care se ferește de a interacționa)
27	Exploatarea prin muncă (cerșetorie practică de mamă cu copil în brațe, copil singur care cerșește, bătrân cerșetor; prostituție, impunerea efectuării unor munci inadecvate vârstei)	Ce trebuie să faci tu pentru ceilalți din familie? Cu ce te ocupi acasă? Îți cer părinții/ceilalți membri ai familiei să faci anumite lucruri care ți se par grele/umiltoare? Ce sarcini dați copiilor/lului în cadrul gospodăriei? Care sunt responsabilitățile lui? L-ați trimis vreodată la cerșit?
28	Comportamente de automutilare	Când ești supărat, ce faci? Te superi pe tine însuși? Cum te manifesti? Când se întâmplă asta?
29	Marginalizare socială (Etichetare/Stigmatizare)	Se întâmplă să râdă ceilalți de tine? să-ți pună porecle? Să nu te lase să participi la acțiunile grupului?
30	Copil lăsat singur (părinți plecați la muncă)	De câte ori se iau de la persoana care îngrijește copilul. De cât timp au plecat părinții? Vi se pare greu să-l îngrijești? Cum comunică el cu părinții? S-a schimbat comportamentul copilului după plecarea părinților?
31	Hărțuirea la locul de muncă	Aveți/ai colegi care vă/te batjocoresc/critică/ izolează de grup? Ce simți în această situație?
32	Abuz material și financiar	Se folosește cineva de veniturile/ rezultatele muncii tale? Cine? Ți se interzice să beneficiezi de veniturile/rezultatele muncii tale?

33	Abuz de încredere	S-a întâmplat să vă înșele cineva și să vă facă să pierdeți bunuri/poziție? În ce fel? Cum ați reacționat?
34	Patologie mentală cronică (depresie, demență)	Cunoașteți un serviciu de sănătate mentală? Unde? Sunteți înregistrat la vre-un serviciu de sănătate mentală? Aveți tratament? Cum vă descurcați?

Cazul a fost semnalat _____

Cazul a fost preluat de _____

Lucrul cu familia

FAM 10 - Metodologie pentru fișa de identificare a violenței domestice

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa FAM 11. Scopul fișei FAM 11 este de a identifica și preveni violența domestică, de a favoriza promovarea unui climat familial pozitiv în rândul comunității în care asistentul medical comunitar activează.

În această fișă, oferim și câteva informații generale despre ce este considerat violență domestică precum și posibile metode de intervenție în urma identificării violenței domestice.

Ce este violența domestică

Violența domestică este o amenințare sau provocare, petrecută în prezent sau în trecut, a unei răniri fizice în cadrul relației dintre partenerii sociali, indiferent de statutul lor legal sau de domiciliu. Atacul fizic sau sexual poate fi însoțit de intimidări sau abuzuri verbale, șantaj emoțional; distrugerea bunurilor care aparțin victimei; izolarea de prieteni, familie sau alte potențiale surse de sprijin; amenințări făcute la adresa altor persoane semnificative pentru victimă, inclusiv a copiilor, părinților acesteia; furturi; controlul asupra banilor, lucrurilor personale ale victimei, alimentelor, deplasărilor, telefonului și a altor surse de îngrijire și protecție.

Cum se utilizează fișa FAM 11

- În zona de responsabilitate în care asistentul medical comunitar își desfășoară activitatea, se vor identifica stările conflictuale existente, iar pentru fiecare dintre semnele de identificare menționate mai sus, constatate cu ajutorul întrebărilor prezentate în tabel, se va nota cu X (DA sau NU) în căsuța corespunzătoare;
- Oricare răspuns notat cu X, aferent răspunsului DA, indică semn de violență domestică;
- Asistentul medical comunitar va opta pentru măsura cea mai potrivită în abordarea cazului;
- Pentru situația de referire a cazului va fi completat numele instituției și al serviciului care preia cazul;
- Pentru situația de transfer a cazului către SPAS, se va preciza specialistul care preia cazul;
- În situația în care asistentul medical comunitar decide că acel caz semnalat nu se înscrie în nici unul dintre semnele de identificare precizate mai sus, fișa va fi clasată cu concluzia corespunzătoare.

Metode de intervenție în urma identificării violenței domestice:

- în zona de responsabilitate în care asistentul medical comunitar își desfășoară activitatea, acesta va identifica stările conflictuale existente și va informa de îndată asistentul social membru al echipei multidisciplinare, mediatorul rroma, membru al echipei multidisciplinare, eventual medicul de familie și postul de poliție;
- instrumentarea cazului împreună cu membrii echipei multidisciplinare;
- identificarea împreună cu membrii echipei multidisciplinare a unor adăposturi, în care victimele violenței domestice să poată beneficia de protecție și servicii de consiliere adecvate;
- intensificarea activităților specifice în locurile cu risc ridicat de violență domestică;
- încurajarea și pregătirea victimei pentru a face față situațiilor cu care se confruntă, arătându-i-se acesteia că se poate apăra și că are puterea de a decide asupra viitorului ei;
- consilierea părților aflate în conflict în vederea medierii atunci când este posibil.

FAM 11 - Fișa de identificare a violenței domestice

Persoana asistată:

Nume și prenume:

Vârsta: ani

Localitatea de domiciliu:

Adresă:

Cod	Întrebări în caz de suspiciune	DA	NU
1	S-a întâmplat vreodată ca partenerul/partenera sau un alt membru al familiei să vă interzică să vă întâlniți cu prietenii, să folosiți telefonul, să vă îmbrăcați cum doriți, să vă vopsiți părul, să vă controleze banii ?		
2	S-a întâmplat ca partenerul/partenera sau un alt membru al familiei să manifeste un comportament violent asupra altor membri ai familiei, asupra unor bunuri sau asupra sa ?		
3	S-a întâmplat vreodată ca partenerul/partenera sau un alt membru al familiei să vă adreseze cuvinte prin care să amenințe cu bătaie, violență împotriva celor dragi,ucidere, sinucidere, părăsire ?		
4	S-a întâmplat vreodată ca partenerul/partenera sau un alt membru al familiei să vă adreseze cuvinte umilitoare, injurii, umilință ?		
5	S-a întâmplat vreodată ca partenerul/partenera sau un alt membru al familiei să vă lovească/sau să lovească un alt membru al familiei și astfel să suferiți semne vizibile de agresiune fizică ?		
6	S-a întâmplat vreodată ca partenerul/partenera sau un alt membru al familiei să vă restricționeze dreptul de a lua legătura cu prieteni/colegi/membrii ai familiei ?		
7	Ați avut raporturi sexuale fără acordul dumneavoastră?		
8	Vi s-a întâmplat să fiți denigrat/denigrată de către partener/parteneră în fața unor terțe persoane?		

Partea 3

Dacă printre indicatorii bifați se află și: 3, 5, 6, 7, pentru continuarea identificării complete a situației, utilizați fișa FAM 9.

Măsura luată:

- Preluare caz de către asistent social _____
- Referire caz către instituția _____
- Transfer caz către serviciul _____
- Semnalarea organelor de poliție sau a serviciului pentru situații de urgență 112

LUCRUL CU INDIVIDUL - IND

CUPRINDE URMATOARELE INSTRUMENTE:

- IND 1 - Model de fișa de evidență a beneficiarilor de servicii AMC
- IND 2 - Metodologie pentru fișa de urmărire a gravidei la domiciliu, în trimestrul I
- IND 3 - Fișa de urmărire a gravidei la domiciliu în trimestrul I
- IND 4 - Metodologie pentru fișa de urmărire a gravidei la domiciliu, în trimestrul II
- IND 5 - Fișa de urmărire a gravidei la domiciliu în trimestrul II
- IND 6 - Metodologie pentru fișa de urmărire a gravidei la domiciliu în trimestrul III
- IND 7 - Fișa de urmărire a gravidei la domiciliu în trimestrul III
- IND 8 - Manevre și tehnici de urmărire a evoluției sarcinii
- IND 9 - Metodologie pentru fișa de urmărire a lăuzei la domiciliu
- IND 10 - Fișa pentru urmărirea lăuzei la domiciliu
- IND 11 - Fișa cu manevre și tehnici de urmărire a lăuzei
- IND 12 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a nou-născutului la 1 lună
- IND 13 - Fișa de evaluare a nou-născutului la 1 lună
- IND 14 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a sugarului la 3 luni
- IND 15 - Fișa de evaluare a sugarului la 3 luni
- IND 16 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a sugarului la 6 luni
- IND 17 - Fișa de evaluare a sugarului la 6 luni
- IND 18 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a copilului de 1 an
- IND 19 - Fișa de evaluare a copilului de 1 an
- IND 20 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a dezvoltării copilului de 2 ani
- IND 21 - Fișa de evaluare a dezvoltării copilului de 2 ani
- IND 22 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a dezvoltării copilului de 3 ani
- IND 23 - Fișa de evaluare a dezvoltării copilului de 3 ani
- IND 24 - Metodologia de utilizare a fișei de supraveghere a bolnavului de TB
- IND 25 - Fișa de supraveghere a bolnavului de tuberculoză (TB)
- IND 26 - Metodologia de supraveghere a bolnavului cronic
- IND 27 - Fișă de supraveghere la domiciliu a bolnavului cronic
- IND 28 - Metodologia de supraveghere a bolnavului HIV/SIDA
- IND 29 - Fișă de supraveghere a bolnavului cu HIV/SIDA
- IND 30 - Metodologia de supraveghere a a bolnavului cu Diabet zaharat tip II
- IND 31 - Fișă de supraveghere la domiciliu a bolnavului cu Diabet zaharat tip II
- IND 32 - Alimentația bolnavului cu diabet zaharat
- IND 33 - Fișa informativă diabet
- IND 34 - Metodologia de supraveghere a bolnavului psihic
- IND 35 - Fișa de supraveghere a bolnavului psihic
- IND 36 - Metodologie pentru fișa de identificare a gradului de autonomie a vârstnicului
- IND 37 - Fișa de identificare a gradului de autonomie a vârstnicului
- IND 38 - Fișa de identificare a statusului nutritional al persoanei vârstnice

IND 1 - Model de fișă de evidență a beneficiarilor de servicii AMC

Nume beneficiar: _____

Sexul	Masculin Feminin	Data nașterii	
Număr CNP			
Telefon		Nume de contact	Telefon de contact
Punctaj evaluare locuință		Etnie	
Grupa sanguină			
Gradul de educație			
Ocupație			
Stare civilă			
Tip asigurare	Asigurat cu plată contribuției <input type="checkbox"/> Asigurat fără plată contribuției <input type="checkbox"/> Neasigurat <input type="checkbox"/>		
Istoricul alergiilor la medicamente, alimente etc			
Istoric medical	Boli		
	Operații		
	Accidente		
Istoricul familiei	Tata		Mama
	Frați și surori		Copii
Istoric genetic			
Dizabilități			

Partea 4

IND 2 - Metodologie pentru fișa de urmărire a gravidei la domiciliu, în trimestrul I

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 3. Scopul fișei IND 3 este de a facilita monitorizarea gravidei la domiciliu în trimestrul I de sarcină. Fișa IND 3 conține date cu privire la identificarea gravidei, anamneza generală și obstetricală, activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le desfășoare în trimestrul I de sarcină precum și recomandările făcute.

Când se utilizează fișa

De la luarea în evidență până în săptămâna a-13-a de sarcină

Mod de utilizare a fișei:

- La rubrica Date de identificare se vor completa datele personale ale gravidei luate în evidență.
- La rubrica Anamneză și examinare generală și obstetricală se vor completa date cu privire la antecedentele obstetricale ale gravidei și la parametrii măsurați în timpul vizitei. În raport cu numărul de sarcini anterioare, gravida se poate considera primigestă și primipară sau dacă a avut mai multe sarcini și nașteri poate să fie considerată multigestă, respectiv multipară, fapt care are importanță în aprecierea riscului din timpul nașterii. O primipară care are vârsta de peste 35 ani, se consideră o primipară în vârstă, fapt ce constituie un criteriu de urmărire mai atentă a cursului sarcinii și nașterii. AMC chiar din momentul luării în evidență a gravidei va informa gravida despre regimul de viață din timpul sarcinii (îmbrăcăminte mai lejeră adaptată la anotimp, încălțăminte comodă fără tocuri înalte, alimentație rațională adaptată la evoluția sarcinii, eventuale exerciții fizice pentru menținerea tonusului musculaturii și mobilitatea normală a articulațiilor centurii pelviene, a membrilor inferioare).
- O importanță deosebită trebuie să fie acordată igienei bucodentare pentru prevenirea unor carii dentare sau a unor îmbolnăviri ale gingiilor, prin spălarea corectă a dinților și tratarea eventualelor carii preexistente.
- Pentru urmărirea greutății și calculul datei probabile a nașterii se vor utiliza indicațiile, respectiv formula din Fișa cu manevre și tehnici de urmărire a evoluției sarcinii.
- La rubrica Activități efectuate sunt menționate activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le efectueze în timpul vizitei din trimestrul I. Certificarea efectuării acestora se va face prin bifare.
- La rubrica Recomandări efectuate se precizează indicațiile făcute gravidei în urma examinării acesteia.

IND 3 - Fișa de urmărire a gravidei la domiciliu în trimestrul I

Date de identitate:

<i>Nume</i>	<i>Prenume.</i>	<i>Vârsta</i>
<i>Domiciliu</i>	<i>Ocupația</i>	<i>Starea civilă.</i>
Nr. Tel.		

Anamneză și examinare generală și obstetricală

Nr. sarcini anterioare	Nr. nașteri cu făt viu	Nr. nașteri cu făt mort	Avorturi
Data ultimei menstruații		Data probabilă a nașterii	
Greutatea	TA.	Puls	Boli cronice de care suferă

Alte modificări
semnalate/constatate

Activități efectuate:

- explicarea necesității și utilității examenelor obligatorii (VDRL, glicemie, hemogramă, grup sanguin și Rh) și/sau a examenelor recomandate de medic;
- educația cu privire la consecințele expunerii la diferiți factori de risc (alcool, fumat, noxe chimice în gospodărie/la locul de muncă);
- asigurarea asupra faptului că gravida a anunțat angajatorul cu privire la starea de graviditate;
- informarea asupra igienei generale, alimentației (aport de vitamine, acid folic) și activității sexuale din timpul sarcinii;
- sfătuirea asupra menținerii echilibrului între muncă și repaus pentru evoluția normală a sarcinii;
- consiliere în problemele semnalate de gravidă;
- instruirea asupra recunoașterii unor semne de amenințare de avort (sângerări, dureri în abdomenul inferior, disurie);
- explicarea modului de percepție a primelor mișcări fetale.

Recomandări

IND 4 - Metodologie pentru fișa de urmărire a gravidei la domiciliu, în trimestrul II

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 5. Scopul fișei IND 5 este de a facilita monitorizarea gravidei la domiciliu în trimestrul II de sarcină. Fișa IND 5 conține date cu privire la identificarea gravidei, anamneza generală și obstetricală, activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le desfășoare în trimestrul II de sarcină precum și recomandările făcute.

Când se utilizează fișa

Din săptămâna a-14-a până în săptămâna a-26-a de sarcină

Scopul fișei

Evaluarea și educarea gravidei în trimestrul II pentru prevenirea unor îmbolnăviri care pot să apară în timpul sarcinii.

Mod de utilizare a fișei:

- La rubrica Date de identificare se vor completa datele personale ale gravidei luate în evidență.
- La rubrica Examinare generală și obstetricală se vor inscripționa date cu privire la evoluția sarcinii și la parametrii mășurați în timpul vizitei. Greutatea, circumferința abdominală, înălțimea fundului uterin și BCF se vor urmări după indicațiile menționate în Fișa cu manevre și tehnici de urmărire a evoluției sarcinii.
- La rubrica Activități efectuate sunt menționate activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le efectueze în timpul vizitei din trimestrul II. Certificarea efectuării acestora se va face prin bifare.
- La rubrica Recomandări efectuate se precizează indicațiile făcute gravidei în urma examinării acesteia.

IND 5 - Fișa de urmărire a gravidei la domiciliu în trimestrul II

Date de identitate:

<i>Nume</i>	<i>Prenume.</i>	<i>Vârsta</i>
<i>Domiciliu</i>	<i>Ocupația</i>	<i>Starea civilă.</i>
Nr. Tel.		

Examinare generală și obstetricală

Greutatea.	Circumferința abdominală	Înălțimea uterin	fundului
BCF.	TA	Puls	Glicemie
Edeme: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Varice: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Alte semnalate/constatate	modificări

Activități efectuate:

- explicarea necesității și utilității efectuării unor consultații de specialitate recomandate de medic
- explicarea importanței examenului ecografic la 18-20 săptămâni pentru depistarea unor malformații fetale
- întrebarea gravidei cu privire la percepția mișcărilor fetale
- educația cu privire la consecințele expunerii la diferiți factori de risc (alcool, fumat, noxe chimice în gospodărie/la locul de muncă)
- indicații în legătură cu îmbrăcămintea și alimentația adecvată
- informarea asupra drepturilor legale ale gravidei
- educarea mamei în vederea pregătirii sânilor pentru alăptare
- consiliere în problemele semnalate de gravidă

Recomandări

IND 6 - Metodologie pentru fișa de urmărire a gravidei la domiciliu în trimestrul III

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 7. Scopul fișei IND 7 este de a facilita monitorizarea gravidei la domiciliu în trimestrul III de sarcină. Fișa IND 7 conține date cu privire la identificarea gravidei, anamneza generală și obstetricală, activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le desfășoare în trimestrul III de sarcină precum și recomandările făcute.

Când se utilizează fișa

După a-26-a săptămână până la naștere

Scopul fișei

Evaluarea și educarea gravidei în trimestrul III pentru prevenirea unor îmbolnăviri care pot să apară în timpul sarcinii.

Conținutul fișei

Fișa conține date cu privire la: date de identificare, examinare generală și obstetricală, activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le desfășoare în trimestrul III de sarcină.

Mod de utilizare a fișei

- La rubrica Date de identificare se vor completa datele personale ale gravidei luate în evidență.
- La rubrica Examinare generală și obstetricală se vor inscripționa date cu privire la evoluția sarcinii și la parametrii măsurați în timpul vizitei. Tensiunea arterială nu se va măsura în decubit dorsal, pentru că există risc de compresie a venei cave inferioare. Greutatea, circumferința abdominală, înălțimea fundului uterin și BCF se vor urmări după indicațiile menționate în Fișa cu manevre și tehnici de urmărire a evoluției sarcinii.
- La rubrica Activități efectuate sunt menționate activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le efectueze în timpul vizitei din trimestrul III. Certificarea efectuării acestora se va face prin bifare.
- La rubrica Recomandări efectuate se precizează indicațiile făcute gravidei în urma examinării acesteia.

IND 7 - Fișa de urmărire a gravidei la domiciliu în trimestrul III

Date de identitate:

Nume	Prenume.	Vârsta
Domiciliu	Ocupația	Starea civilă.
Nr. Tel.		

Examinare generală și obstetricală

Greutatea.	Circumferința abdominală	Înălțimea uterin	fundului
BCF.	TA	Puls	Glicemie
Edeme: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Varice: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Alte modificări semnalate/constatate	

Activități efectuate

- stabilirea așezării fătului în uter, constatarea tonusului și a eventualelor contracții uterine;
- explicarea necesității și utilității examenelor de laborator recomandate de medic;
- explicarea importanței examenului ecografic la 34-36 săptămâni pentru determinarea poziției fătului și a prezentației;
- informarea gravidei cu privire la naștere, alăptare și pregătirea sânilor;
- sfătuirea gravidei pentru pregătirea trusoului nou-născutului și amenajarea locului unde va fi adus acasă;
- explicarea semnelor de declanșare a nașterii la termen și premature;
- consiliere în problemele semnalate de gravidă.

Recomandări

IND 8 - Manevre și tehnici de urmărire a evoluției sarcinii

Această fișă prezintă un set de manevre și tehnici de urmărire a evoluției sarcinii. AMC poate utiliza această fișă pentru reactualizarea informațiilor esențiale pentru urmărirea evoluției sarcinii sau o poate distribui beneficiarilor ca fișă informativă.

Calcularea datei probabile a nașterii

Data probabilă a nașterii se calculează după formula:

prima zi a ultimei menstruații + 7 zile - 3 luni + 1 an

cunoscând că o sarcină durează 280 zile, 40 săptămâni, 10 luni lunare.

Urmărirea greutății gravidei

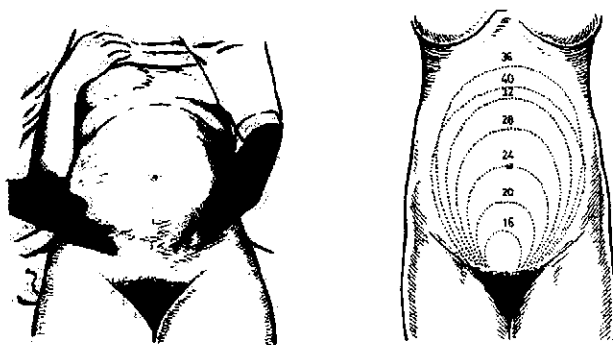
Creșterea normală în greutate pe parcursul duratei sarcinii este în general de 12-13,5 kg, adică 400-500 g pe săptămână din trimestrul II, dar nu mai mult de 2 kg pe lună. Dacă greutatea stagnează 2 luni sau chiar scade, AMC va anunța medicul de familie și va îndruma gravida la cabinet.

Determinarea nivelului fundului uterin

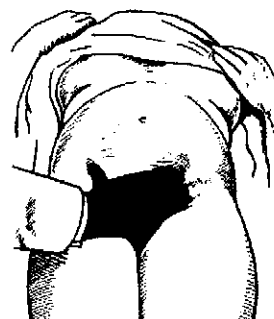
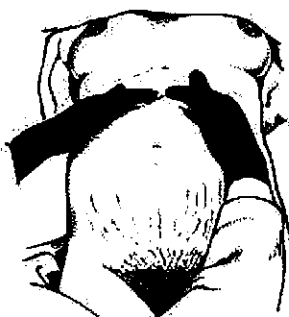
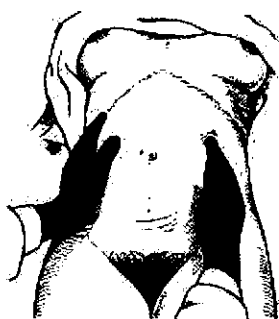
Determinarea nivelului fundului uterin se face în raport cu marginea superioară a simfizei pubiene, ombilic, procesul xifoid al sternului și rebordurile costale, astfel:

- sarcina de 14 săpt: la nivelul simfizei
- sarcina de 16 săpt: la jumătatea distanței între marginea superioară a simfizei și ombilic.
- sarcina de 22 săpt: la nivelul ombilicului,
- sarcina de 28 săpt: 2 degete deasupra ombilicului,
- sarcina de 32 săpt: la mijlocul distanței între ombilic și procesul xifoid al sternului,
- sarcina de 36 săpt: la nivelul rebordurilor costale,
- sarcina de 40 săpt: 2 degete sub rebordurile costale.

Așezarea și prezența fătului



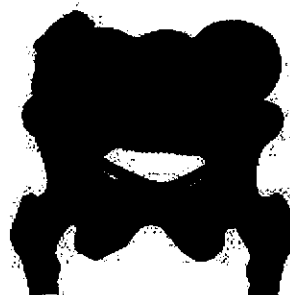
Din săptămâna a 30-a de sarcină asistentul medical comunitar va controla așezarea și prezența fătului în uter folosindu-se de manevrele Leopold I; II; III; IV.



Prezențație craniană



Prezențație pelviană



Prezențație transversală

Deasemenea se poate stabili și prezențația fătului (capul sau pelvisul) față de bazin: prezențație craniană, prezențație pelviană sau transversală. Prezențația craniană este prezențația fiziologică, cea pelviană este o prezențație care prezintă un risc pentru care gravida trebuie să fie consultată de medic. Prezențația transversală prezintă un risc crescut la naștere atât pentru mamă, cât și pentru făt – nașterea nu se poate realiza pe cale naturală. Gravida trebuie să fie trimisă direct la spital pentru naștere dacă medicul confirmă acest diagnostic.

Ascultarea bătăilor cardiace fetale

Bătăile cardiace fetale se vor asculta cu stetoscopul obstetrical sau cu fonendoscopul, iar frecvența lor se consideră a fi fiziologică între 120-140 bătăi /minut. Locurile de ascultare se aleg în raport cu așezarea și prezențația fătului. Orice formă de aritmie respectiv ritm mai crescut decât 150-160 bătăi /minut respectiv cu un ritm mai mic de 110-100 bătăi/minut trebuie să fie semnalată medicului.

Complicații frecvente ale sarcinii

Simptome de alarmă sunt:

- creșterea TA la peste 140 mmHg,
- pulsul la peste 80-90/min, sângerări din vagin,
- contracții uterine perceptibile,
- scurgere de lichid amniotic.

În aceste cazuri asistentul medical comunitar trimite gravida cu ambulanța la maternitate.

Simptome ca:

- vărsături matinale,
- vărsături ocazionale,
- modificări ale sânilor,
- varice superficiale neinflamate

pot să fie semne însoțitoare ale sarcinii normale.

Dacă aceste semne și simptome se accentuează și împiedică alimentarea normală, varicele se însoțesc de durere, edeme și modificări ale culorii pielii, respectiv sângerări și contracții uterine, cât și unele modificări psihice (insomnie, agitație) gravida trebuie să fie îndrumată la medic pentru a se putea preveni situații neplăcute atât pentru mamă cât și pentru făt.

IND 9 - Metodologie pentru fișa de urmărire a lăuzei la domiciliu

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 10. Scopul fișei IND 10 este de a facilita monitorizarea gravidei la domiciliu în trimestrul III de sarcină. Fișa IND 10 conține date cu privire la date de identitate și starea la externare a lăuzei, examinări generale, activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le desfășoare în timpul vizitelor la domiciliu a lăuzei..

Când se utilizează

Din prima zi de externare din maternitate până la împlinirea a 6 săptămâni de la naștere

Scopul fișei

Evaluarea și educarea lăuzei pentru prevenirea unor îmbolnăviri care pot să apară în timpul lăuziei, depistarea precoce a unor procese patologice.

Mod de utilizare a fișei

- La rubrica Date de identitate se vor completa datele personale ale lăuzei, modul și data nașterii și starea de sănătate stabilită la externare.
- La rubrica de Examinare generală se vor scrie parametrii măsurați în timpul vizitelor.
- Urmărirea elementelor enumerate la această rubrică, respectiv tensiunea, pulsul se face conform curriculei de pregătire profesională, iar temperatura, involuția uterului, caracteristicile lohiilor, starea epiziotomiei se urmăresc conform "Fișei cu manevre și tehnici de urmărire a lăuzei" anexate.
- La rubrica Activități efectuate sunt menționate activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le efectueze în timpul vizitelor. Certificarea efectuării acestora se va face prin bifare. AMC va învăța lăuzele să facă exerciții fizice pentru refacerea mușchilor abdominali și a platoului pelvipertonal.

IND 10 - Fișa pentru urmărirea lăuzei la domiciliu

Date de identitate:

Nume	Prenume.	Vârsta
Domiciliu	Ocupația	Starea civilă.
Nr. Tel.	Data și modul nașterii	Starea lăuzei la externare

Vizită a I-a

Examinare generală și specifică

Plagă epiziotomiei	Lohiile	Involuția uterului
Starea sânilor și lactația	Greutatea	TA
Puls	Temperatură	

Activități efectuate:

- educație despre igiena corporală în lăuzie
- informarea despre alimentația corectă a lăuzei și despre importanța alăptării la sân a nou-născutului
- se învață lăuza care este tehnica optimă de alăptare și frecvența suptului
- se informează mama despre rezultatele evaluării dezvoltării nou-născutului

Vizita a II-a

Examinare generală și specifică

Plagă epiziotomiei	Lohiile	Involuția uterului
Starea sânilor și lactația	Greutatea	TA
Puls	Temperatură	

Activități efectuate:

- consiliere privind modul de alăptare și igiena sânilor
- participă la efectuarea probei de supt a nou-născutului
- evaluează starea psihică a lăuzei pentru a depista semnele unei eventuale depresii puerperale
- informează mama despre rezultatele evaluării dezvoltării nou-născutului

Lucrul cu individul

Vizita a III-a

Examinare generală

Plagă epiziotomiei	Lohiile	Involuția uterului
Starea sânilor și lactația	Greutatea	TA
Puls	Temperatură	

Activități efectuate:

- consiliere privind modul de alăptare și igiena sânilor
- participă la efectuarea probei de supt a nou-născutului, dacă este necesar
- informează mama despre rezultatele evaluării dezvoltării nou-născutului

Vizita a IV-a, a V-a

Examinare generală

Plagă epiziotomiei	Lohiile	Involuția uterului
Starea sânilor și lactația	Greutatea	TA
Puls	Temperatură	

Activități efectuate:

- explică necesitatea alăptării după necesitățile fiziologice, încurajează susținerea alăptării
- evaluează starea psihică a lăuzei pentru a depista semnele unei eventuale depresii puerperale
- informează mama despre rezultatele evaluării dezvoltării nou-născutului

Vizita a VI-a

Examinare generală

Involuția normală a uterului <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Procesul de lactație normal <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Vindecarea plăgii epiziotomiei <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	Stare psihică echilibrată <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
Alte semne patologice	

Activități efectuate:

- îndrumarea la control ginecologic
- încurajarea susținerii alăptării până la vârsta de 2 ani
- discutarea despre obiceiurile alimentare normale și despre modul și posibilitățile de reluare a vieții sexuale, planificarea familială, anticoncepție

Recomandări efectuate

IND 11 - Fișa cu manevre și tehnici de urmărire a lăuzei

Această fișă prezintă un set de manevre și tehnici de urmărire a lăuzei. AMC poate utiliza această fișă pentru reactualizarea informațiilor esențiale sau o poate distribui beneficiarilor ca fișă informativă.

Lăuzia cuprinde perioada de 6 săptămâni după naștere. În perioada lăuziei se produc fenomene de restabilire a mai multor funcții somatice, metabolice, hormonale, psihice și ale sistemului imunitar. Riscul este crescut pentru îmbolnăviri specifice acestei perioade. Cunoașterea și depistarea precoce a semnelor incipiente este foarte importantă.

Parametrii fiziologici și patologici ai perioadei de lăuzie:

Temperatură

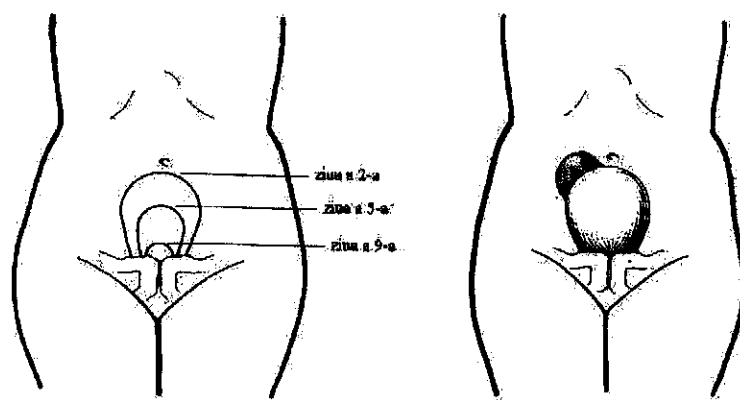
La constatarea unei temperaturi mai mari de 37,5 grade Celsius asistentul medical comunitar va informa medicul de familie, pentru că acest lucru ar putea sugera o infecție puerperală.

Involuția uterului

În perioada lăuziei uterul involuează de la o masă de 1000-1500 g la o masă de 100-150 g. Stadiul involuției se stabilește prin stabilirea fundului uterin în raport cu diferite repere ale peretelui abdominal.

Uterul are după naștere o lungime (înălțime) de 15 cm, o lățime de 12 cm și o grosime de 8 cm, cu grosimea peretelui de 1-2 cm și o greutate de 1 kg. Această masă musculară trebuie să revină la un organ de 7 cm lungime și 50-100 g greutate.

Fundul uterin arată procesul de involuție, iar determinarea acestuia este importantă și se măsoară cu centimetrul, reperele fiind ombilicul și marginea superioară a simfizei. În ziua a cincea, fundul uterin este la mijlocul distanței între simfiză și ombilic, iar în ziua a zecea la nivelul simfizei. Este important ca înainte de stabilirea fundului uterin asistentul medical comunitar să ceară evacuarea vezicii, pentru ca să nu se suprapună vezica plină peste uter. Vezi pictogramele anexate pentru orientare.



Lohiile

Lohiile își schimbă treptat cantitatea, culoarea și consistența. În primele 2 zile sunt sangvinolente, apoi devin succesiv de culoare brună, galbenă și albicioasă, pentru ca începând cu a 3-a săptămână după naștere să fie seroase.

Leziunile părților moi și plaga epiziotomiei

Ca o consecință la expulzia fătului s-au produs leziuni prin escoriație, fisuri și dilacerări în special la nivelul colului uterin și la nivelul perineului (inclusiv prin executarea epiziotomiei). Aceste leziuni se vindecă prin cicatrizare. Se cunoaște că în cursul sarcinii reacția de apărare a sistemului imunitar al mamei scade, dar imediat după naștere se formează la baza plăgilor un strat protector cu acțiune antibacteriană format din fibrină și leucocite, care se transformă treptat într-o cicatrice, dacă nu se infectează pe parcurs. Asistentul medical comunitar trebuie să controleze procesul de vindecare a acestor leziuni și la fiecare vizită trebuie să facă toaleta plăgii. O plagă se consideră vindecată, când s-a format cicatricea.

Tehnica și procesul de alăptare

Asistentul medical comunitar explică igiena sânilor, rolul și importanța colostrului pentru nou-născut. Va susține că alăptarea la sân este cea mai sănătoasă pentru nou-născut și va învăța lăuza să aplice tehnica corectă a alăptării. Va îndruma lăuza, ca alăptarea să fie făcută după necesitățile sugarului și nu la ore fixe. De asemenea, trebuie sfătuită mama cu privire la poziția de alăptare și se atenționează să aibă grijă ca sugarul să prindă între buze mamelonul împreună cu zona areolei, pentru a se forma un vid, care să asigure eficiența suptului și să nu fie lezat mamelonul. Este important ca alăptarea să se facă din ambii sâni consecutiv într-o ședință de alăptare (vezi pictogramele de mai jos). Laptele restant va fi muls manual sau cu ajutorul pompei de muls.



Proba suptului

După prima săptămână de la naștere trebuie făcută proba suptului sau ori de câte ori se constată un deficit de creștere în greutate a sugarului. Aceasta se face după următoarea metodologie: se schimbă nou-născutul de scutece, după care se cântărește și se notează greutatea. Apoi se pune la sân și se asistă mama ca alăptarea să se facă corect, cu alternanță pentru ambii sâni și ca durată să nu depășească 10 minute pentru un sân. După terminarea

suptului se va cântări sugarul și se calculează cantitatea ingerată (greutatea după supt – greutatea înaintea suptului = cantitatea ingerată).

Cantitatea de lapte necesară se calculează după greutatea și vârsta sugarului. În primul trimestru, greutatea sugarului crește în medie cu 750 grame pe lună, în trimestrul al doilea cu 500 grame pe lună, iar în trimestrul al treilea cu 250 grame pe lună. Aprecierea greutății se face prin cântărirea zilnică în primele două luni, săptămânal până la sfârșitul primului trimestru și bilunar până la vârsta de un an. Sugarul eutrofic (dezvoltat normal) își dublează în general greutatea de la naștere în luna a cincea și o triplează la un an.

IND 12 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a nou-născutului la 1 lună

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 13. Scopul fișei IND 13 este de a facilita urmărirea dezvoltării fizice, psihice și senzoriale a nou-născutului, depistarea precoce a unor situații de risc sau tulburări în dezvoltare, pentru a putea fi corectate înainte de a determina o boală.

Când se utilizează fișa

La fiecare vizită săptămânală în timpul primei luni de viață a nou-născutului, care se face în paralel cu vizita lăuzei.

Conținutul fișei

Fișa conține date cu privire la: datele de identitate ale nou-născutului, activitățile desfășurate de asistentul medical comunitar în timpul vizitei de evaluare a nou-născutului la domiciliu, constatările și recomandările făcute de asistentul medical comunitar la finalul evaluării.

Modul de completare a fișei:

- La rubrica Date de identitate se vor consemna datele personale ale nou-născutului și date somatometrice la naștere.
- La rubrica Activități desfășurate punctul A. Evaluarea dezvoltării somatice, se vor completa rezultatele măsurătorilor parametrilor specificați, precum și rezultatul examinării cavității bucale și bontului ombilical. La greutate și lungime se va compara cu parametrii percentilei vârstei respective. Fontanela occipitală se închide în mod normal până în săptămâna 24, iar cea frontală până la un an și jumătate. În cazul fontanelei occipitale măsurarea se face la nivelul diametrului transversal, iar cea frontală se măsoară pe diametrul sagital.
- La rubrica Activități desfășurate punctele B. Evaluarea dezvoltării psihomotorii și C. Evaluarea vederii și auzului, sunt consemnate semne sau criterii specifice dezvoltării normale a nou-născutului. Certificarea prezenței sau absenței acestor semne de către asistentul medical comunitar se face prin marcarea cu Da sau Nu în funcție de situația constatată.
- La rubrica Constatări și Recomandări efectuate, se precizează indicațiile făcute de asistentul medical comunitar după evaluarea nou-născutului.
- Fișa se va completa în 2 exemplare care vor fi semnate de asistentul medical comunitar și mamă. Un exemplar rămâne la mamă.

IND 13 - Fișa de evaluare a nou-născutului la 1 lună

Date de identitate

Numele nou-născutului	Sex	Data nașterii
Domiciliul	Lungimea la naștere	Greutatea la naștere
Scor APGAR		

Evaluarea dezvoltării somatice

Greutatea	Lungimea.	Circumferința craniului	Fontanela
Circumferința toracelui	Cavitatea bucală	Bontul ombilical	

Evaluarea dezvoltării psihomotorii

Se poate capta atenția	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Culcat pe burtă întoarce capul	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Mâna în repaus este cu pumnul strâns	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Membrele inferioare sunt în poziție flectată	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Somnul este liniștit	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Este somnolent	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Evaluarea vederii și auzului

Se observă modificări la ochiul drept	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Se observă modificări la ochiul stâng	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Se observă semne de inflamație	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Pupilele reacționează la lumină	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Fixează privirea pe un obiect colorat ținut în fața ochilor	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Este atent la vocea umană	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Tresare la zgomot	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Când plânge se liniștește auzind vocea mamei	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Alte observații

Constatări și recomandări

Data	Am preluat un exemplar din evaluarea AMC
Semnătura AMC	Semnătura mamei

Lucrul cu individul

IND 14 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a sugarului la 3 luni

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 15. Scopul fișei IND 15 este de a facilita urmărirea dezvoltării fizice, psihice și senzoriale a sugarului, depistarea precoce a unor situații de risc sau tulburări în dezvoltare pentru a putea fi corectate înainte de a determina o boală.

Când se utilizează fișa

La vizita efectuată la împlinirea vârstei de 3 luni.

Conținutul fișei

Fișa conține date cu privire la: datele de identitate ale sugarului de 3 luni, activitățile desfășurate de asistentul medical comunitar în timpul vizitei sugarului la domiciliu, constatările și recomandările făcute de asistentul medical comunitar la finalul evaluării sugarului de 3 luni

Modul de completare a fișei

- La rubrica Date de identitate se vor consemna datele personale ale sugarului.
- La rubrica Activități desfășurate punctul A. Evaluarea dezvoltării somatice, se vor completa rezultatele măsurătorilor parametrilor specificați. La greutate și lungime se va compara cu parametrii percentilei vârstei respective. Fontanela occipitală se închide în mod normal până în săptămâna 24, iar cea frontală până la un an și jumătate. În cazul fontanelei occipitale măsurarea se face la nivelul diametrului transversal, iar cea frontală se măsoară pe diametrul sagital.
- La rubrica Activități desfășurate punctele B. Evaluarea dezvoltării psihomotorii și C. Evaluarea vederii și auzului, sunt consemnate semne sau criterii specifice dezvoltării normale a sugarului de 3 luni. Certificarea prezenței sau absenței acestor semne de către asistentul medical comunitar se face prin marcarea cu Da sau Nu în funcție de situația constatată.
- La rubrica Constatări și Recomandări efectuate se precizează modificările patologice constatate și recomandările pentru mamă.
- Fișa se va completa în 2 exemplare, care vor fi semnate de asistentul medical comunitar și mamă. Un exemplar rămâne la mamă.

IND 15 - Fișa de evaluare a sugarului la 3 luni

Date de identitate

Numele sugarului _____ Sex _____ Data nașterii _____
Domiciliul _____

Evaluarea dezvoltării somatice

Greutatea _____ Lungimea _____ Circumferința _____ Fontanela _____
Circumferința _____ Cavitataea bucală _____
toracelui _____

Evaluarea dezvoltării psihomotorii

Se poate capta atenția DA NU
Somnul este liniștit DA NU
Este plângăreț și foarte agitat DA NU
Se poate liniști ușor de către mamă DA NU
Este somnolent DA NU
Este atent când i se vorbește DA NU
Fața prezintă semne de zâmbet DA NU
Dacă i se pune în mână o jucărie, o prinde DA NU
Stă frecvent într-o poziție asimetrică DA NU
Mișcă ușor membrele inferioare DA NU
Ridicat de ambele mâini în șezut, își ține capul DA NU
Se întoarce pe spate din decubit lateral DA NU

Evaluarea vederii și auzului

Se observă modificări la ochiul drept DA NU
Se observă modificări la ochiul stâng DA NU
Se observă semne de inflamație la ochi DA NU
Urmărește fața mamei de la o distanță de 25-30 cm DA NU
Își privește mâinile DA NU
Întoarce capul în direcția vocii mamei DA NU
Tresare din somn la zgomot DA NU
Dacă plânge, se liniștește când aude vocea mamei DA NU
Gângurește DA NU

Constatări și recomandări

Data _____
Semnătura AMC _____

Am preluat un exemplar din evaluarea AMC
Semnătura mamei _____

Lucrul cu individul

IND 16 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a sugarului la 6 luni

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 17. Scopul fișei IND 17 este de a facilita urmărirea dezvoltării fizice, psihice și senzoriale a sugarului, depistarea precoce a unor situații de risc sau tulburări în dezvoltare pentru a putea fi corectate înainte de a determina o boală.

Când se utilizează

La vizita efectuată la împlinirea vârstei de 6 luni.

Conținutul fișei

Fișa conține date cu privire la: datele de identitate ale sugarului de 6 luni, activitățile desfășurate de asistentul medical comunitar în timpul vizitei sugarului la domiciliu, constatările și recomandările făcute de asistentul medical comunitar la finalul evaluării sugarului de 6 luni.

Modul de completare a fișei

- La rubrica Date de identitate se vor consemna datele personale ale sugarului.
- La rubrica Activități desfășurate punctul A. Evaluarea dezvoltării somatice se vor completa rezultatele măsurărilor parametrilor specificați. La greutate și lungime se va compara cu parametrii percentilei vârstei respective. Fontanela occipitală se închide în mod normal până în săptămâna 24, iar cea frontală până la un an și jumătate. În cazul fontanelei occipitale măsurarea se face la nivelul diametrului transversal, iar cea frontală se măsoară pe diametrul sagital.
- La rubrica Activități desfășurate punctele B. Evaluarea dezvoltării psihomotorii și C. Evaluarea vederii, auzului și vorbirii, sunt consemnate semne sau criterii specifice dezvoltării normale a sugarului de 6 luni. Certificarea prezenței sau absenței acestor semne de către asistentul medical comunitar se face prin marcarea cu Da sau Nu, în funcție de situația constatată.
- La rubrica Constatări și Recomandări efectuate se precizează modificările patologice constatate și recomandările pentru mamă.
- Fișa se va completa în 2 exemplare, care vor fi semnate de asistentul medical comunitar și mamă. Un exemplar rămâne la mamă.

IND 17 - Fișa de evaluare a sugarului la 6 luni

Date de identitate

Numele sugarului	Sex	Data nașterii
------------------	-----	---------------

Domiciliul

Evaluarea dezvoltării somatice

Greutatea	Lungimea.	Circumferința craniului	Fontanela
-----------	-----------	----------------------------	-----------

Circumferința toracelui	Cavitatea bucală
----------------------------	------------------

Evaluarea dezvoltării psihomotorii:

Reacționează diferit în prezența persoanelor cunoscute și necunoscute	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
S-a format deja o ritmicitate a somnului	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Este liniștit, echilibrat	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Este plângăreț	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Mută jucăria dintr-o mână în cealaltă	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Se întoarce singur pe burtă, respectiv pe spate	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poziția culcată este simetrică	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Din poziția culcat pe burtă întinde mâna pentru a apuca o jucărie	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Evaluarea vederii, auzului și a vorbirii:

Se observă modificări la ochiul drept	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Se observă modificări la ochiul stâng	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Mișcările ochilor sunt simultane și în aceeași direcție	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Se joacă cu mâinile	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Se uită după jucăria căzută	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Este atent la vocea umană	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Tresare la zgomot	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Când plânge, se liniștește auzind vocea mamei	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Gângurește	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Constatări și recomandări

Data

Am preluat un exemplar din evaluarea AMC

Semnătura AMC

Semnătura mamei

Lucrul cu individul

IND 18 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a copilului de 1 an

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 19. Scopul fișei IND 19 este de a facilita urmărirea dezvoltării fizice, psihice și senzoriale a copilului, depistarea precoce a unor situații de risc sau tulburări în dezvoltare pentru a putea fi corectate înainte de a determina o boală.

Când se utilizează fișa

La vizita efectuată la împlinirea vârstei de 1 an.

Conținutul fișei

Fișa conține date cu privire la: datele de identitate ale copilului, activitățile desfășurate de asistentul medical comunitar în timpul vizitei copilului la domiciliu, constatările și recomandările făcute de asistentul medical comunitar la finalul evaluării copilului de 1 an.

Modul de completare a fișei

- La rubrica Date de identitate se vor consemna datele personale ale copilului.
- La rubrica Activități desfășurate punctul A. Evaluarea dezvoltării somatice, se vor inscripționa rezultatele măsurătorilor parametrilor specificați. La greutate și lungime se va compara cu parametrii percentilei vârstei respective. Fontanela occipitală se închide în mod normal până în săptămâna 24, iar cea frontală până la un an și jumătate. În cazul fontanelei occipitale măsurarea se face la nivelul diametrului transversal, iar cea frontală se măsoară pe diametrul sagital.
- La rubrica Activități desfășurate punctele B. Evaluarea dezvoltării psihomotorii și comportamentale și C. Evaluarea vederii, auzului, vorbirii și a mișcărilor, sunt consemnate semne sau criterii specifice dezvoltării normale a copilului de 1 an. Certificarea prezenței sau absenței acestor semne de către asistentul medical comunitar se face prin marcarea cu Da sau Nu în funcție de situația constatată și în funcție de relatările părinților.
- La rubrica Constatări și Recomandări efectuate se precizează modificările patologice constatate și recomandările pentru mamă.
- Fișa se va completa în 2 exemplare, care sunt semnate de asistentul medical comunitar și mamă. Un exemplar rămâne la mamă.

IND 19 - Fișa de evaluare a copilului de 1 an

Date de identitate

Numele copilului	Sex	Data nașterii
Domiciliul		

Evaluarea dezvoltării somatice

Greutatea	Lungimea.	Circumferința craniului	Fontanela
Circumferința toracelui	Cavitatea bucală și rinofaringiană		

Evaluarea dezvoltării psihomotorii și comportamentale:

Recepționează o atenționare, o interdicție transmisă prin gesturi	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Își exprimă voința, se poate face înțeleș	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poate să prindă obiecte mici și să le țină în mâini	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Se poate ridica în picioare	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poate păși sprijinindu-se	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poate să se apropie târâș la chemarea mamei	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poate să caute jucăriile preferate, să le scoată și să le pună la loc	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poate să mănânce singur cu lingura	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poate să bea din pahar	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Participă activ la spălare și îmbăiere	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Comportamentul este echilibrat	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Acceptă greu situațiile noi	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Și-a format un program de zi ordonat	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Lucrul cu individul

Evaluarea vederii, auzului, a vorbirii și a mișcărilor:

Arată cu degetele pe figuri sau tablouri	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Mișcărilor ochilor sunt simultane și în aceeași direcție	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Dacă i se atrage atenția se orientează după sunete	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Rostește silabe sau chiar deja cuvinte	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Este atent și la vorbirea șoptită	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Se constată modificări funcționale ale piciorului	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Se constată modificări ale toracelui	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Constatări și recomandări

Data

Am preluat un exemplar din evaluarea AMC

Semnătura AMC

Semnătura mamei

IND 20 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a dezvoltării copilului de 2 ani

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 21. Scopul fișei IND 21 este de a urmări dezvoltarea copilului de 2 ani, în vederea instruirii mamei și îndrumarea către medic pentru rezolvarea eventualelor tulburări constatate.

Momentul utilizării fișei

La împlinirea vârstei de 2 ani a copilului mic

Conținutul fișei

Fișa conține date cu privire la identificarea copilului și la activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le desfășoare în timpul vizitei

Modul de completare a fișei:

- La rubrica Date de identificare se vor completa datele personale ale copilului luat în evidență.
- La rubrica Activități desfășurate sunt consemnați parametrii importanți pentru urmărirea dezvoltării normale a copilului; sunt evaluate elemente/criterii privind dezvoltarea psihomotorie, mentală, socială, comportamentală, dezvoltarea organelor de simț, a vorbirii și a mișcărilor la copilul de 2 ani.
- Consemnarea activităților desfășurate se va face prin marcarea uneia dintre cele două variante Da sau Nu.
- La Alte observații se vor consemna alte elemente observate/semnalate în afara celor cuprinse la rubricile anterioare.
- Fișa va fi completată în 2 exemplare: un exemplar va rămâne mamei, iar celălalt va fi păstrat de către asistentul medical comunitar.

IND 21 - Fișă de evaluare a dezvoltării copilului de 2 ani

Date de identitate

Numele copilului	Sex	Data nașterii
Domiciliul		

Dezvoltarea somatică

Greutatea	Lungimea.	Circumferința craniului
Fontanela	Circumferința toracelui	

Dezvoltarea motorie, psihică, mentală, socială și comportamentală:

Merge cu mișcări coordonate	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Sare cu ambele picioare	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poate să alerge	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poate să deseneze forme simple	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Mănâncă singur	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Cooperează la spălare și îmbrăcare	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Își exprimă/manifestă voința	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Folosește olița	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Își rostește numele	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Întreabă „Ce este aceasta?”	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Este dificilă relaționarea cu cei din jur	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Evaluarea vederii și auzului

Când desenează se apropie de hârtie la o distanță mai mică de 10 cm	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Mișcarea globilor oculari simultană și în aceeași direcție	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Privește cu interes obiectele cunoscute	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Clipește frecvent	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Înțelege greu vorbirea dacă în cameră există un zgomot de fond (radio, televizor)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Evaluarea vorbirii

Rostește propoziții simple	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Evaluarea mișcărilor

Modificări anatomice ale membrilor	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Modificări funcționale ale membrilor	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Modificări ale toracelui	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Constatări și recomandări

Am propus examinarea copilului de către medicul de familie /specialist	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
--	-----------------------------	-----------------------------

Data
Semnătura AMC

Am preluat un exemplar din evaluarea AMC
Semnătura mamei

Lucrul cu individul

IND 22 - Metodologia de utilizare a fișei de evaluare a dezvoltării copilului de 3 ani

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 23. Scopul fișei IND 23 este de a supraveghea dezvoltarea motorie, psihică, mentală, socială și comportamentală a copilului de 3 ani, în vederea instruirii mamei și îndrumarea către medic pentru rezolvarea eventualelor tulburări.

Conținutul fișei

Fișa conține date cu privire la identificarea copilului și la activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le desfășoare în timpul vizitei.

Modul de completare a fișei:

- La rubrica Date de identificare se vor completa datele personale ale copilului luat în evidență.
- La rubrica Activități desfășurate sunt consemnați parametrii importanți pentru urmărirea dezvoltării normale a copilului; sunt evaluate elemente/criterii privind dezvoltarea somatică, psiho-motorie, mentală, socială, comportamentală, dezvoltarea organelor de simț, a vorbirii și a mișcărilor la copilul de 3 ani.
- Consemnarea activităților desfășurate se va face prin marcarea uneia dintre cele două variante Da sau Nu.
- La Alte observații se vor consemna alte elemente observate/semnalate în afara celor cuprinse la rubricile anterioare.
- Fișa va fi completată în 2 exemplare: un exemplar va rămâne mamei, iar celălalt va fi păstrat de către asistentul medical comunitar.

IND 23 - Fișa de evaluare a dezvoltării copilului de 3 ani

Date de identitate

Numele copilului	Sex	Data nașterii
Domiciliul		

Dezvoltarea somatică

Greutatea	Lungimea.	Circumferința craniului
Fontanela	Circumferința toracelui	

Dezvoltarea motorie, psihică, mentală, socială și comportamentală

Observațiile asistentului medical comunitar

Desenează forme simple	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Definește desenele	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poate sta într-un picior câteva secunde	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poate numi părți ale corpului	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Pe scări poate merge cu pași succesivi	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poate să solicite ajutor	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poate exprima sentimente	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poate să participe la jocuri de roluri	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Este conștient de sine	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Se joacă bucuros cu alți copii	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Se poate stabili greu contactul cu copilul	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Din relatarea părinților

Este în general echilibrat	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Este frecvent agresiv	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Este foarte retras	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Obosește ușor	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Are tulburări de somn	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Interesul este limitat	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Nu are poftă de mâncare	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poate să-și controleze sfincterele ziua	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Evaluarea vederii și auzului:

Când desenează se apropie mai mult de 10 cm de hârtie	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Clipește frecvent	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Când privește un obiect mai îndepărtat își înclină capul într-o parte	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poartă ochelari	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Nu cooperează la examinare	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Aude vocea șoptită de la 2 m	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Lucrul cu individul

Evaluarea vorbirii:

Rostește propoziții simple	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Învăță și recită scurte poezii	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Vorbirea este înțeleasă ușor	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Folosește pronume personale	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Evaluarea mișcărilor:

Modificări ale coloanei vertebrale	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Modificări anatomice ale membrelor	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Modificări funcționale ale membrelor	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Modificări ale toracelui	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Nu colaborează	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Constatări și recomandări

AMC propune examinarea copilului de către medicul de familie /specialist DA NU

Alte observații

Data

Semnătura AMC

Am preluat un exemplar din evaluarea AMC

Semnătura mamei

Partea 4

IND 24 - Metodologia de utilizare a fișei de supraveghere a bolnavului de TB

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 25. Scopul fișei IND 25 este de a supraveghea bolnavul de TB în vederea vindecării și evitării cronicizării pentru a nu deveni un eliminător cronic de bacilli Koch.

Perioada utilizării fișei

Pe toată perioada tratamentului, după confirmarea diagnosticului.

Conținutul fișei

Fișa conține date cu privire la: identificarea pacientului, date cu privire la diagnostic, activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le desfășoare în timpul vizitei

Modul de completare a fișei

- La rubrica Date de identificare se vor completa datele personale ale pacientului luat în evidență.
- La rubrica Diagnostic se vor trece datele cu privire la confirmarea diagnosticului.
- La rubrica Activități desfășurate sunt măsurați parametrii importanți pentru evaluarea stării pacientului; sunt evaluate semnele, simptomele, factorii de risc, cunoștințele pacientului cu privire la boală, condițiile sociale; sunt abordate modalitățile de urmărire a tratamentului și constatările și recomandările efectuate de către asistentul medical comunitar. Consemnarea activităților desfășurate se va face prin marcarea uneia dintre cele două variante Da sau Nu, cu excepția rubricii corespunzătoare datei de începere a tratamentului, unde se scrie data. Urmărirea elementelor enumerate la această rubrică se face conform curriculei de pregătire profesională.

Lucrul cu individul

IND 25 - Fișa de supraveghere a bolnavului de tuberculoză (TB)

Date de identitate

Nume	Prenume	Vârsta
Domiciliu	Număr telefon	Ocupația
Starea civilă		

Diagnostic

Data confirmării diagnosticului

Parametrii măsurați

Temperatura	Greutatea	Pulsul
-------------	-----------	--------

Evaluarea semnelor, simptomelor și a factorilor de risc

Prezența tusei	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Prezența expectorației	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Prezența sângelui în spută	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poftă de mâncare	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Scădere în greutate în ultima lună	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Consum de băuturi alcoolice	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Consum de tutun	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Prezența altor boli cronice	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Urmează tratament medicamentos pentru alte afecțiuni	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Evaluarea cunoștințelor pacientului cu privire la boală

Verificarea gradului de informare al pacientului asupra tratamentului strict supravegheat	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Verificarea faptului că pacientul cunoaște gradul de contagiozitate al bolii și că poate răspândi infecția	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Cunoaște data programării pentru control la dispensarul teritorial TB	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Urmărirea tratamentului

Data începerii tratamentului strict supravegheat		
Administrarea medicației se face sub supravegherea familiei	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Administrarea medicației se face sub supravegherea asistentului medical comunitar	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Instruirea unui membru din familie pentru administrare DOTS (Tratament Strict Supravegheat)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Partea 4

E. Evaluarea condițiilor sociale

Existența unei persoane de suport	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Spațiul de locuit este ordonat și curat	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Constatări și recomandări

Existența altor membrii ai familiei care urmează chimioprofilaxie	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Am constatat o modificare favorabilă a situației bolnavului față de situația anterioară	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Am constatat alterarea stării bolnavului	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Am recomandat pacientului să se adreseze medicului de familie	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Am semnalat cazul asistentului social	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Data

Semnătura AMC

Semnătura pacientului

Lucrul cu individul

IND 26 - Metodologia de supraveghere a bolnavului cronic

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 27. Scopul fișei IND 27 este de a facilita supravegherea bolnavilor cronici și a monitorizării evoluției bolii.

Perioada utilizării fișei

Pe toată perioada tratamentului, după confirmarea diagnosticului.

Conținutul fișei

Fișa conține date cu privire la: identificarea pacientului, date cu privire la diagnostic, activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le desfășoare în timpul vizitei

Modul de completare a fișei

- La rubrica Date de identificare se vor completa datele personale ale pacientului luat în evidență.
- La rubrica Diagnostic se vor trece datele cu privire la confirmarea diagnosticului.
- La rubrica Activități desfășurate sunt consemnate rezultatele obținute în urma măsurării unor parametrii relevanți pentru monitorizarea evoluției bolii; este evaluat stilul de viață, cunoștințele pacientului cu privire la boală, condițiile sociale; sunt menționate componentele de educare cu privire la stilul de viață; sunt abordate modalitățile de urmărire a tratamentului și constatările și recomandările efectuate de către asistentul medical comunitar. Consemnarea activităților desfășurate se va face prin marcarea uneia dintre cele două variante Da sau Nu.
- Urmărirea elementelor enumerate la această rubrică se face conform curriculei de pregătire profesională.
- La Observații se menționează orice elemente sau situații semnalate sau constatate în afara celor conținute în rubricile anterioare.
- În cazul în care pacientul nu este apt să confirme prin semnătură efectuarea activităților de către asistentul medical comunitar, în locul acestuia va semna unul din aparținătorii acestuia, cu menționarea numelui și prenumelui.

IND 27 - Fișă de supraveghere la domiciliu a bolnavului cronic

Date de identitate

Nume	Prenume	Vârsta
Sex	Număr telefon	Ocupația
Domiciliu	Starea civilă	

Diagnostic

Data confirmării diagnosticului

Parametrii măsurați

Temperatura	Greutatea	Pulsul
TA.	Glicemia	

Evaluarea stilului de viață

Fumează	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Consumă băuturi alcoolice	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Alimentație adecvată bolii	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Desfășoară activitate fizică în limitele permise de starea de sănătate	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Prezența de factori stresanți	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Educarea pacientului privind stilul de viață adecvat bolii

Educație privind alimentația, activitatea fizică, consumul de alcool, consumul de tutun, evitarea stresului	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
---	-----------------------------	-----------------------------

Urmărirea tratamentului

Respectă tratamentul medicamentos prescris	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Respectă tratamentul igienico-dietetic recomandat de medic	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Evaluarea condițiilor sociale

Existența unei persoane de suport	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Spațiul de locuit este ordonat și curat	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Constatări și recomandări

Am constatat alterarea stării bolnavului	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Am recomandat pacientului să se adreseze medicului de familie	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Am semnalat cazul asistentului social	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Am instruit pacientul cu privire la apelarea serviciului de urgență – 112, în caz de urgență	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Observații

Data

Semnătura AMC

Semnătura pacientului

Lucrul cu individul

IND 28 - Metodologia de supraveghere a bolnavului HIV/SIDA

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 29. Scopul fișei IND 29 este de a facilita supravegherea bolnavilor cu HIV/SIDA și a monitorizării apariției unor semne și simptome care pot sugera agravarea evoluției bolii. Fișa IND 29 este un document confidențial, intrând în categoria documentelor medico-legale, accesul la datele înscrise fiind permis doar pacientului și personalului medical implicat în îngrijirea acestuia.

Perioada utilizării fișei

Pe toată perioada tratamentului, după confirmarea diagnosticului.

Conținutul fișei

Fișa conține date cu privire la identificarea pacientului, date cu privire la diagnostic, activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le desfășoare în timpul vizitei.

Modul de completare a fișei

- La rubrica Date de identificare se vor completa datele personale ale pacientului luat în evidență.
- La rubrica Diagnostic se vor trece datele cu privire la confirmarea diagnosticului.
- La rubrica Activități desfășurate sunt consemnate rezultatele obținute în urma măsurării unor parametrii relevanți pentru monitorizarea evoluției bolii; sunt evaluate semnele, simptomele, cunoștințele pacientului cu privire la boală, condițiile sociale; sunt abordate modalitățile de urmărire a tratamentului și constatările și recomandările efectuate de către asistentul medical comunitar. Consemnarea activităților desfășurate se va face prin marcarea uneia dintre cele două variante Da sau Nu.
- Urmărirea elementelor enumerate la această rubrică se face conform curriculei de pregătire profesională.
- În cazul în care pacientul nu este apt să confirme prin semnătură efectuarea activităților de către asistentul medical comunitar, în locul acestuia va semna unul din aparținătorii acestuia, cu menționarea numelui și prenumelui.

IND 29 - Fișă de supraveghere a bolnavului cu HIV/SIDA

Date de identitate

Nume	Prenume	Vârsta
Sex	Număr telefon	Ocupația
Domiciliu	Starea civilă	

Diagnostic

Data confirmării diagnosticului

Parametrii măsurați

Temperatura TA.	Greutatea	Pulsul
--------------------	-----------	--------

Evaluarea semnelor și simptomelor:

Are stări febrile frecvente	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Prezintă frecvent semne de răceală (guturai, tuse, strănut)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Are scaune diareice frecvente	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Urinează noaptea mai mult de 2 ori	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Acuză tulburări de vedere	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Prezintă tulburări de auz	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Acuză frecvent dureri de cap	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Are frecvent stări de amețală	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poftă de mâncare prezentă	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Scădere în greutate în ultima lună	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Prezintă crampe la picioare	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Prezintă cianoza buzelor	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Prezintă semne de agitație (clipiri frecvente, tremor)	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Doarme liniștit 7-8 ore pe noapte	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Se trezește obosit dimineața	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Are frică/teamă de ceva inexplicabil	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Este disperat, are gânduri de sinucidere	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Urmărirea tratamentului

Respectă tratamentul medicamentos prescris	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Respectă tratamentul igienico-dietetic recomandat de medic	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Lucrul cu individul

Evaluarea cunoștințelor și educarea pacientului cu privire la boală

Verificarea gradului de informare asupra bolii și educarea pacientului asupra tratamentului urmat DA NU

Educarea pacientului privind regimul de viață, măsurile de igienă pe care trebuie să le urmeze pentru evitarea răspândirii bolii DA NU

Evaluarea condițiilor sociale

Existența unei persoane de suport DA NU

Spațiul de locuit este ordonat și curat DA NU

Constatări și recomandări

Am constatat alterarea stării bolnavului DA NU

Am recomandat pacientului să se adreseze medicului de familie DA NU

Am semnalat cazul asistentului social DA NU

Data

Semnătura AMC

Semnătura pacientului

Partea 4

IND 30 - Metodologia de supraveghere a a bolnavului cu Diabet zaharat tip II

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 31. Scopul fișei IND 31 este de a facilita supravegherea bolnavilor cu diabet zaharat tip II, și a monitorizării evoluției bolii.

Perioada utilizării fișei

Pe toată perioada tratamentului, după confirmarea diagnosticului, conform planului de urmărire stabilit de medic.

Conținutul fișei

Fișa conține date cu privire la identificarea pacientului, date cu privire la diagnostic, activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le desfășoare în timpul vizitei.

Modul de completare a fișei:

- La rubrica Date de identificare se vor completa datele personale ale pacientului luat în evidență.
- La rubrica Diagnostic se vor trece datele cu privire la confirmarea diagnosticului.
- La rubrica Activități desfășurate sunt consemnate: rezultatele obținute în urma măsurării unor parametrii relevanți pentru monitorizarea evoluției bolii⁷; este evaluat stilul de viață, cunoștințele pacientului cu privire la boală, condițiile sociale; sunt menționate componentele de educare cu privire la stilul de viață; sunt abordate modalitățile de urmărire a tratamentului și constatările și recomandările efectuate de către asistentul medical comunitar.
- Consemnarea activităților desfășurate se va face prin marcarea uneia dintre cele două variante Da sau Nu.
- Urmărirea elementelor enumerate la această rubrică se face conform curriculei de pregătire profesională.
- La Observații se menționează orice elemente sau situații semnalate sau constatate în afara celor conținute în rubricile anterioare.
 - În cazul în care pacientul nu este apt să confirme prin semnătură efectuarea activităților de către asistentul medical comunitar, în locul acestuia va semna unul din aparținătorii acestuia, cu menționarea numelui și prenumelui.

⁷ *IP < 18,5 (subnutriție); IP=18,5 – 24,9 (normal); IP= 25 - 29,9 (supraponderalitate); IP > 30 (obezitate); ** furnicături, percepția senzației de cald/rece, prezența unor dureri spontane

IND 31 - Fișă de supraveghere la domiciliu a bolnavului cu Diabet zaharat tip II

Date de identitate

Nume	Prenume	Vârsta
Sex	Număr telefon	Ocupația
Domiciliu	Starea civilă	

Diagnostic

Data confirmării diagnosticului

Parametrii măsurați

Temperatura	Greutatea	Înălțime
Indicele ponderal* (IP)=(G/Î ²)	Puls mâna dr	Puls mâna stg
Puls picior dr	Puls picior stg	TA.
Glicemia	Vedere: <input type="checkbox"/> normală <input type="checkbox"/> alterată	Sensibilitate cutanată laba piciorului: <input type="checkbox"/> normală <input type="checkbox"/> alterată

Evaluarea stilului de viață

Fumează	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Consumă băuturi alcoolice	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Alimentație adecvată bolii	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Desfășoară activitate fizică în limitele permise de starea de sănătate	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Prezența de factori stresanți	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Educarea pacientului privind stilul de viață adecvat bolii

Educație privind alimentația, activitatea fizică, consumul de alcool, consumul de tutun, evitarea stresului	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
---	-----------------------------	-----------------------------

Urmărirea tratamentului

Respectă tratamentul medicamentos prescris	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Respectă tratamentul igieno-dietetic recomandat de medic	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Evaluarea condițiilor sociale

Existența unei persoane de suport	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Spațiul de locuit este ordonat și curat	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Constatări și recomandări

Am constatat alterarea stării bolnavului	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Am recomandat pacientului să se adreseze medicului de familie	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Am semnalat cazul asistentului social	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Am instruit pacientul cu privire la apelarea serviciului de urgență – 112, în caz de urgență	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Observații

Data

Semnătura AMC

Semnătura pacientului

Partea 4

IND 32 - Alimentația bolnavului cu diabet zaharat

Această fișă prezintă informații esențiale privind alimentația bolnavului cu diabet zaharat. AMC poate utiliza această fișă pentru reactualizarea cunoștințelor sau o poate distribui beneficiarilor ca fișă informativă.

Diabetul zaharat se caracterizează printr-o dereglare complexă a metabolismului. În cazul pacientului cu diabet zaharat scopul unei alimentații speciale are rolul de a echilibra dezechilibrul metabolic și astfel prevenirea sau întârzierea apariției complicațiilor. O terapie complexă a diabetului cuprinde și o alimentație adecvată prin care se urmărește normalizarea valorii glicemiei, concentrației lipidelor (colesterol și trigliceride), cât și a hemoglobinei glicozilate (HbA1). Este foarte importantă menținerea la valori normale a greutateii corporale prin creșterea activităților fizice. Chiar o scădere de câteva kilograme a greutateii corporale poate să îmbunătățească toleranța la glucoză (metabolizarea mai ușoară a glucozei). Prin normalizarea greutateii corporale se îmbunătățesc și parametrii lipidelor din sânge (trigliceridele și colesterolul). Meniurile diabetului trebuie să țină cont de natura și cantitatea diferiților factori nutritivi (glucide, lipide și proteine) din alimente.

Necesarul de calorii și de factori nutritivi al unei persoane cu diabet zaharat nu se deosebește față de cel al unei persoane normoponderale, sănătoase. Necesarul de energie depinde de modul de viață, de activitatea desfășurată și de vârstă. Necesarul de energie pentru o persoană adultă, sănătoasă, normoponderală, pentru 24 ore, exprimată în kilocalorii (kcal).

Tabel nr. I. Calorii necesare/24 ore în funcție de activitatea depusă:

În repaus complet	2000-2200 kcal
Efort ușor (muncă de birou)	2600-2800 kcal
Efort fizic ușor sau efort intelectual intens	3000-3400 kcal
Efort fizic mediu	3200 kcal
Efort fizic mare (prelucrarea metalelor, prelucrarea lemnului)	4500 kcal
Efort fizic foarte mare (minerit, metalurgie, munci agricole manuale)	5000-6000 kcal

Pentru asigurarea unei alimentații adecvate vârstei este utilă cunoașterea necesarului de calorii și factori nutritivi (glucide, lipide, proteine, minerale etc) pe grupe de vârste (vezi tabelul II). Necesarul zilnic de calorii trebuie repartizat în 3 mese principale și 2 mese intermediare.

Tabel nr.II. Necesarul de calorii și factori nutritivi pe diferite categorii de vârstă și categorii sociale

Vârsta și ocupația	Calorii (Kcal)	Total proteine (g)	Proteine animale (g)	Lipide (g)	Glucide (g)	Ca (mg)	Fosfor (mg)	Fier (mg)
1-2 ani	1200	45	32	42	160	700	500	8
3-4 ani	1400	50	32	55	180	700	500	10
5-6 ani	1600	55	32	60	200	800	600	12
7-10 ani	1900	65	34	65	260	800	600	12
11-12 ani	2400	84	42	80	325	820	600	15
13-15 ani	2800	95	54	88	400	1000	800	15
16-20 ani	3100	105	50	95	450	1000	800	15
14-18 ani elevi, școli profesionale	3300	110	55	100	460	1000	800	15
18-24 ani studenți	3350	105	50	100	500	800	600	12
25-64 ani	3350	105	50	100	500	800	600	12
Gravide	2900	100	50	80	420	1150	900	15
Mame care alăptează	300	110	60	85	440	1250	900	15
Vârstnici (peste 65 ani)	2400	80	30	58	380	650	400	12

Dacă pacientul nu este normoponderal trebuie să fie redus atât aportul de calorii, cât și cel de glucide și lipide.

Modelul de calcul al greutateii normale este formula lui Broca

Greutatea normală (kg) = înălțimea în centimetri - 100

Necesarul de energie = (greutatea normală x 24) + randamentul activității fizice

24 reprezintă consumul de energie pe kg/corp/24 h în situația de metabolism bazal.

Randamentul activității fizice corespunde unei treimi (1/3) din energiile necesare unei persoane ce desfășoară o activitate fizică ușoară, 2/3 din energiile necesare unei persoane ce desfășoară o activitate medie și 3/3 din energiile necesare unei persoane ce desfășoară o activitate grea (efort crescut).

La alcătuirea unui meniu zilnic se recomandă să fie 55-70% glucide (hidrocarbonați) și un aport de lipide (grăsimi) de 20-30%. Este important ca la diabetic aportul de alimente bogate în fibre să fie crescut față de regimul normal. În acest caz meniurile pot să fie într-o proporție de 40% glucide, 40% lipide și 20% proteine.

Alimentele bogate în fibre au un indice glicemic mai redus, ceea ce exprimă o resorbție mai lentă a glucidelor în tubul digestiv și o eliberare mai întârziată de glucoză.

Tabel nr. III. Alimentele cu un indice glicemic redus:

Alimentul	Indicele glicemic
glucoză	100 - este valoarea de referință
zaharoză	59
pâine albă	69
orez decojit	72
spaghete	50
lințe	29
fasole	36
măr	39
banane	62

Indicele glicemic

Indicele glicemic se consideră mare, când resorbția și eliberarea de glucoză este rapidă. Din tabelul III rezultă că orezul decojit are un indice glicemic mai mare decât zaharoza (zahărul normal). Fasolea, lințele, mazărea au un indice glicemic mic și sunt mai bine tolerate decât pâinea, cartofii și morcovii, care au un indice glicemic crescut. Dintre fructe, merele au un indice glicemic scăzut față de banane, smochine, prune și pere. Este de menționat faptul că, deși mălaiul (mămăliga) este considerat în multe comunități un aliment indicat pentru diabetici, acesta are un indice glicemic mare - 79 (se resorbe rapid și eliberarea de glucoză este crescută).

Rol AMC

Asistentul medical comunitar trebuie să promoveze indicațiile medicului cu privire la alimentația stabilă, explicându-i pacientului importanța includerii în meniul zilnic a alimentelor bogate în fibre, cu indice glicemic scăzut (pâine graham, legume și fructe), repartizate în cele 5 mese pe zi.

Este important ca orarul meselor să fie respectat și să se discute importanța respectării stricte a tratamentului medicamentos prescris, în special la diabetici tip II insulinodependenți.

Este bine ca AMC să atenționeze pacientul că trebuie să se abțină de la consumul de băuturi alcoolice tari (coniac, rom, țuică, palincă, whisky) și să consume numai ocazional câte 200 ml vin roșu, mai mult sec sau demisec. Alcoolul consumat în cantități mai mari poate să provoace stări de hipoglicemie. La alcătuirea meniurilor AMC poate să se orienteze și pe baza pictogramelor 1 și 2 prezentate în fișa IND 33.

În continuare sunt prezentate diferite alimente, cu conținutul acestora în factori nutritivi.

Tabel nr. IV. Conținutul principalelor alimente în factori nutritivi

Factori nutritivi	Alimente principale
Proteine (albumine)	Carne, ouă, lapte, produse lactate, ciuperci
Grăsimi (lipide)	Ulei alimentar, untură de porc, unt, margarină
Glucide (hidrocarbonați)	Pâine, făină, orez, făină de porumb, cartofi
Minerale	
Ca	Lapte și produse lactate
Mg	Produse din cereale, zarzavaturi
Fosfor	Produse din cereale, pește
Vitamine	
Vitamina A	Lapte, ouă, ficat, morcovi, piersici, dovleac, pepene
Vitamina E	Cereale încolțite, ficat, ouă, carne
Vitamina B	Cereale necojite, inclusiv orez, carne, ficat, drojdie
Vitamina C	Legume și fructe proaspete: citrice, ardei, salată, varză, etc.
Vitamina D	Pește gras de mare, ulei de porumb

Într-o zi, pentru omul sănătos se recomandă ca factorii nutritivi să fie într-o relație procentuală după cum urmează:

- 5% ulei, unturi și glucide,
- 20% proteine (carne, ouă, lapte, produse lactate),
- 25% legume și fructe,
- 50% hidrocarbonați (cereale, cartofi, orez nedecorticat, zarzavaturi).

AMC va ajuta pacientul și familia pentru întocmirea meniurilor, într-o componență optimă recomandată, repartizată pe cele 5 mese pe zi. (vezi tabelul V și pictogramele 1 și 2 în fișa IND 33).

Tabel nr. V. Conținutul în calorii, proteine, lipide, glucide al unor alimente

Denumirea alimentului (pt.100 g)	Calorii (Kcal)	Proteine(g)	Lipide(g)	Glucide(g)
Cereale				
Făină de grâu (fină)	345	13.5	1.0	70.4
Făină de grâu (integral)	342	8.0	0.3	77.5
Orez nedecorticat	345	8.0	0.3	77.5
Paste făinoase	376	13.1	1.8	76.8
Paste făinoase cu 2 ouă	380	14.0	2.6	75.1
Paste făinoase cu 4 ouă	382	15.0	3.4	72.9
Produse panificate				
Pâine albă	261	10.00	0.8	53.5
Pâine semineagră	257	9.8	1.0	52.3
Pâine graham	265	10.1	1.0	54.0

Lucrul cu individul

Pâine de seară	255	8.1	0.9	53.0
Carne				
Miel și oaie	194	18.7	12.7	0.3
Vițel – mânzat	120	19.5	4.5	0.3
Carne slabă de pui	110	21.5	2.5	0.4
Fazan	108	22.3	1.9	0.5
Porumbel	99	22.1	1.0	0.5
Iepure	158	16.3	8.0	0.4
Oaie grasă	303	16.0	26.3	0.3
Rață, gâscă	280	21.5	35.0	0.2
Cal	112	20.5	2.5	0.9
Viță slabă	116	20.6	3.5	0.6
Porc - carne grasă	392	14.5	37.0	0.2
Porc – carne normală (cotlet)	296	17.0	25.3	0.3
Porc - carne slabă (pulpă)	144	20.3	6.8	0.4
Cerb și căprior	120	20.7	3.9	0.6
Mistreț	110	21.6	3.9	0.6
Organe				
Ficat vită, vițel	126	20.9	3.1	3.6
Măduvă os vită	822	3.2	89.9	0
Ficat gâscă	452	22.1	40.2	0.5
Limbă vită, vițel	222	15.7	17.6	0.1
Rinichi vită	138	17.2	7.5	0.4
Burtă	164	15.9	11.2	0
Ficat porc	136	19.5	5.3	2.5
Limbă porc	213	16.8	16.0	0.5
Rinichi porc	213	16.8	16.0	0.5
Preparate din carne				
Salam Sibiu și alt salam uscat	458	19.8	41.9	0.3
Parizer-cremvuști	231	12.5	20.0	0.2
Cârnafumat	292	15.5	25.5	0.3
Tobă	314	14.5	28.3	0.2
Șuncă porc afumată	366	17.2	33.0	0.1
Șuncă presată	156	22.6	7.1	0.4
Cârnafroaspăt porc	392	17.8	35.5	0.3
Pateu ficat	314	15.9	27.7	0.3
Caltaboș	298	14.0	23.0	8.7
Sângerete	291	13.1	23.0	8.0
Salam, șuncă pui, curcan	159	21.2	8.2	0.2
Pește și preparate din pește				
Păstrăv	84	19.0	0.8	0.2
Știucă	78	17.5	0.8	0.2
Crap	100	16.0	4.0	0.1
Sardine	283	22.5	21.4	0
Heringi	254	13.2	21.6	1.8
Șalău	87	19.4	0.5	1.2
Lipide				
Slănină crudă	699	4.2	75.8	0
Slănină afumată	693	9.0	73.0	0
Untură porc	898	0.1	99.7	0
Ulei floarea soarelui	898	0	99.8	0

Margarină	760	0.5	84.0	0.4
Untură găscă	893	0.5	99.0	0
Lapte și produse lactate				
Lapte integral vacă	65	3.5	3.6	4.6
Lapte vacă degresat	34	3.5	0.1	4.7
Lapte capră	68	3.6	3.9	4.7
laurt, kefir gras	64	3.5	3.5	4.6
laurt, kefir degresat	33	3.5	0.1	4.6
laurt cu fructe	83	2.8	2.0	13.4
Smântână	173	3.3	2.0	13.4
Smântână bătută	292	2.6	30.0	3.0
Unt	724	0.4	80.0	0.5
Brânză de vaci grasă	197	17.9	12.4	3.5
Brânză de vaci semigrasă	113	16.2	3.7	3.7
Brânză de vaci slabă	76	14.1	0.5	3.8
Brânză topită	216	15.1	8.8	19.1
Brânză oaie proaspătă	276	18.2	21.2	3.0
Cașcaval fermentat gras	375	26.8	29.1	1.5
Cașcaval fermentat semigras	343	25.2	26.1	1.8
Cașcaval fermentat degresat	204	28.6	9.0	2.2
Cremă de cașcaval	259	2.8	26.2	3.1
Lapte praf integral	493	25.5	27.0	37.0
Lapte praf degresat	371	37.0	2.0	51.3
Ouă				
Ouă 1 buc.	66	5.4	4.8	0.3
Albuș ou	57	12.8	0.3	0.7
Gălbenuș ou	351	16.1	31.7	0.3
Gălbenuș ou 1 buc.	54	2.4	4.9	0.1
Albuș ou uscat	312	73.4	0.3	4.1
Praf de ouă	561	4.7	40.1	5.2
Zarzavaturi și fructe				
Cartofi vară	85	2.5	0.2	18.4
Cireșe	61	0.8	0.7	14.0
Vișine	51	0.8	1.4	11.0
Măceșe proaspete	50	3.6	1.3	8.0
Agrise	38	0.6	1.4	8.0
Dude	48	0.4	0.3	11.3
Pepene	29	0.5	0.2	6.5
Grapefruit	35	0.5	1.6	7.2
Piersici	46	0.9	0.6	10.2
Pere	50	0.4	0.3	12.0
Mandarine	44	0.7	0.8	9.8
Zmeură	28	1.2	0.8	5.4
Mure	32	0.8	1.8	6.0
Coacăze	33	0.6	1.2	7.0
Căpșuni	34	0.9	0.6	7.2
Prune	57	0.7	0.5	13.1
Struguri	76	0.6	0.5	18.0
Nuci, semințe				
Nuci	654	18.6	57.0	11.7
Castane	167	4.8	1.5	32.6

Migdale	627	27.6	52.2	6.8
Mac	537	20.5	38.2	23.9
Alune	691	15.6	63.5	8.7
Semințe dovleac	636	33.9	51.9	3.6
Semințe floarea soarelui	645	34.0	52.1	5.4
Arahide	610	26.7	47.2	14.7
Glucide				
Zahăr	400	0	0	99.9
Praf cacao	442	19.0	22.0	42.0
Miere albine	326	0.4	0	81.0
Ciocolată	562	4.6	35.0	57.1

Sursa:

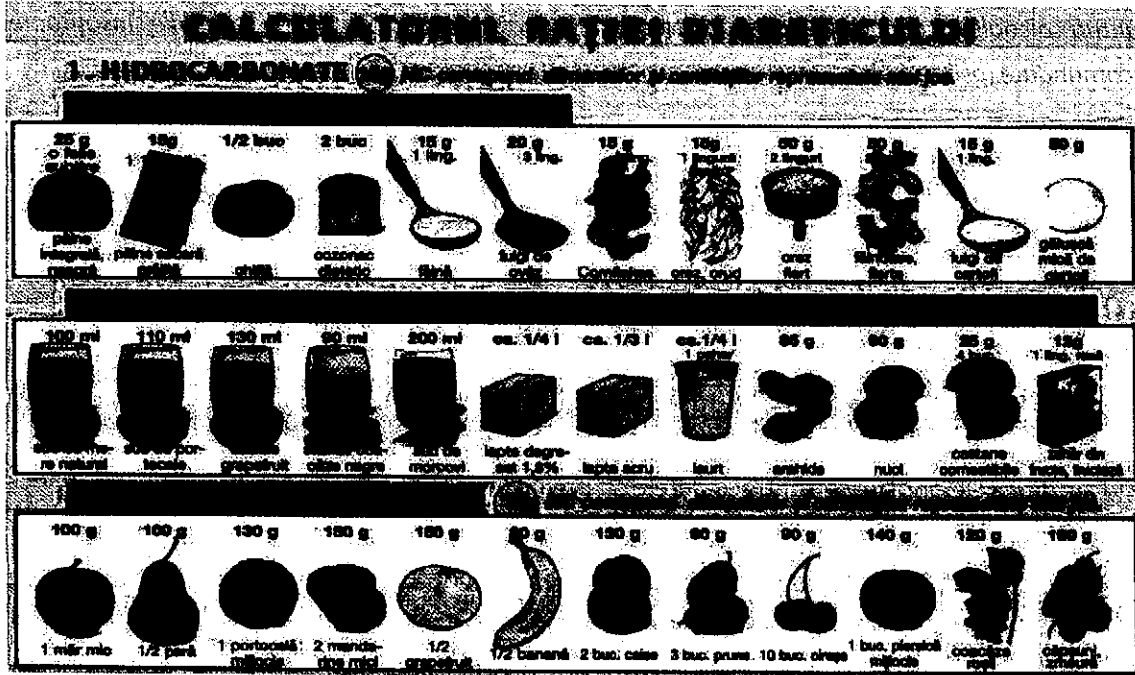
Horvath Ilona: Tanulj fozni, Editura Pannon HU, 2010

H. Kasper: Ernährungsmedizin und Diatetic Urban u. Schwaizenberg, Munchen-Wien-Baltimore, 2002

IND 33 - Fișa informativă diabet

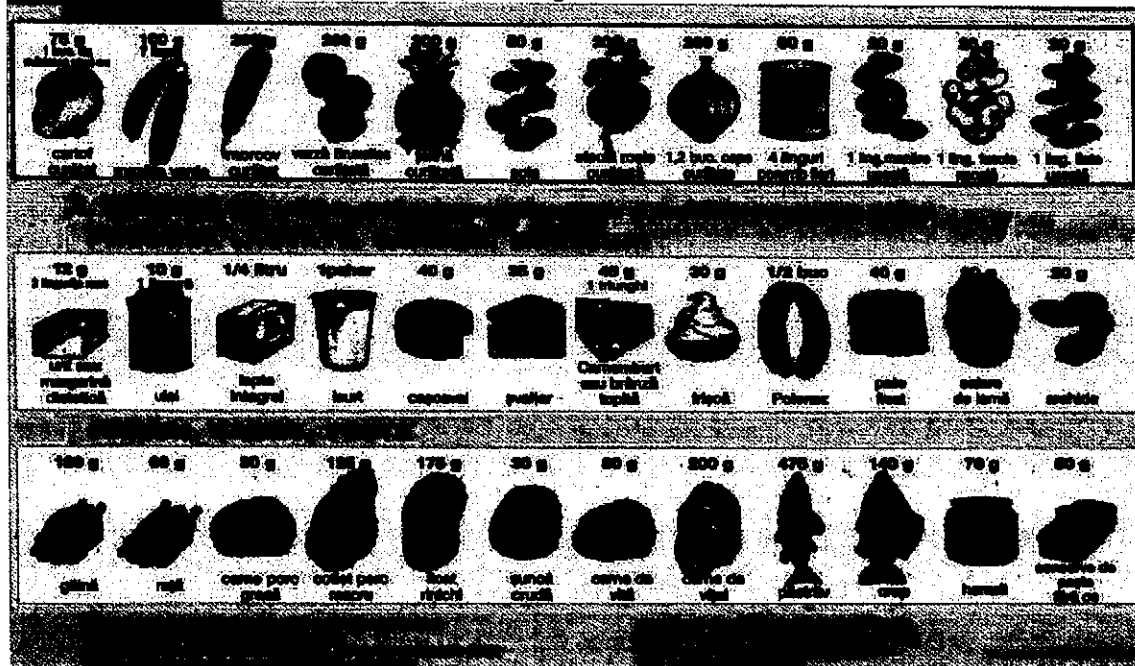
Pictograma nr. 1

HC - g reprezintă cantitatea de glucide din alimentul respectiv (ca ex: o felie de pâine eliberează 15 g. glucoză, 100 g. suc de mere natural eliberează 12 g. glucoză, un măr mic eliberează 12 g. glucoză.)



Pictograma nr.2

Produsele din pictogramă conțin grăsimi. Cantitatea exprimată în g. conține 10 g. grăsime (de ex: unt - 2 lingurițe rase, lapte integral ¼)



Partea 4

IND 34 - Metodologia de supraveghere a bolnavului psihic

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 35. Scopul fișei IND 35 este de a facilita supravegherea bolnavilor psihici și a monitorizării evoluției bolii. Asistentul medical comunitar trebuie să supravegheze respectarea tratamentului stabilit și respectarea stilului de viață recomandat. De asemenea, poate să-și dea seama dacă a început sau a continuat să consume băuturi alcoolice, dacă neglijează tratamentul medicamentos, respectiv terapiile însoțitoare recomandate (psihoterapie, kinetoterapie, terapie ocupațională etc.)

Conținutul fișei: Fișa conține date cu privire la identificarea pacientului, date cu privire la diagnostic și la activitățile pe care asistentul medical comunitar trebuie să le desfășoare în timpul vizitei.

Modul de completare a fișei:

- La rubrica Date de identificare se vor completa datele personale ale pacientului luat în evidență.
- La rubrica Diagnostic se vor trece datele cu privire la confirmarea diagnosticului.
- La rubrica Activități desfășurate sunt măsurați parametrii importanți pentru evaluarea stării pacientului; sunt evaluate semnele, simptomele, stil de viață, cunoștințele pacientului cu privire la boală, condițiile sociale; sunt abordate modalitățile de urmărire a tratamentului și constatările și recomandările efectuate de către asistentul medical comunitar. Consemnarea activităților desfășurate se va face prin marcarea uneia dintre cele două variante Da sau Nu, cu excepția rubricii corespunzătoare datei de începere a tratamentului, unde se scrie data. Urmărirea elementelor enumerate la această rubrică se face conform curriculei de pregătire profesională.

IND 35 - Fișa de supraveghere a bolnavului psihic

Date de identitate

Nume	Prenume	Vârsta
Sex	Număr telefon	Ocupația
Domiciliu	Starea civilă	

Diagnostic

Data confirmării diagnosticului

Parametrii măsurați

Temperatura Greutatea Pulsul

Evaluarea stării psihice și a stilului de viață:

Are somnul liniștit	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Are vise neplăcute, aude glasuri sau are viziuni	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Are momente de agresivitate sau gânduri de suicid	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Este mulțumit de anturaj și familie	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Prezintă semne de agitație și supărare.	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Poftă de mâncare	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Scădere în greutate în ultima lună	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Consum de băuturi alcoolice	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Consum de tutun	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Prezența altor boli cronice	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Desfășoară activitate fizică	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Urmărirea tratamentului

Data începerii tratamentului		
la medicamentele prescrise în doza corespunzătoare	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Administrarea medicației se face sub supravegherea familiei	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Urmează tratament medicamentos pentru alte afecțiuni	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Evaluarea condițiilor sociale

Existența unei persoane de suport	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Spațiul de locuit este ordonat și curat	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Este îmbrăcat în raport cu anotimpul	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Are conflicte cu membrii familiei	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Are conflicte în cadrul comunității	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Partea 4

Constatări și recomandări

Am constatat o modificare favorabilă a situației bolnavului față de situația anterioară	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Am constatat alterarea stării bolnavului	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Am recomandat pacientului să se adreseze medicului de familie	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU
Am semnalat cazul asistentului social	<input type="checkbox"/> DA	<input type="checkbox"/> NU

Data

Semnătura AMC

Semnătura pacientului

IND 36 - Metodologie pentru fișa de identificare a gradului de autonomie a vârstnicului

Această fișă prezintă metodologia de lucru cu fișa IND 37. Scopul fișei IND 37 este identificarea gradului de dependență al persoanei vârstnice și prevenirea complicațiilor legate de vârstă precum și necesitatea de a orienta profesionistul în alegerea serviciilor medico-sociale optime de care vârstnicul are nevoie.

Evaluarea sănătății persoanelor vârstnice

Trebuie să includă evaluarea individuală, familială și socială, și în același timp trebuie luat în considerare mediul cultural al comunității.

- Evaluarea individuală include observarea vieții, a rolului curent și a schimbărilor recente apărute în viața vârstnicului, stilul de viață, mediul cultural, locul de reședință și mediul, resursele și statutul economic, starea mintală, scopurile și planurile de viitor, etc;
- Evaluarea familială include înțelegerea statutului și vieții persoanelor vârstnice, structura familiei, forma și funcția familiei, rolul membrilor familiei; resursele speciale ale comunității unde trăiesc în prezent persoanele vârstnice și cerințele speciale ale comunității.
- Evaluarea funcționării sociale include evaluarea calității interacțiunii personale a persoanelor vârstnice, gama și numărul de interacțiuni (de ex., toată gama de resurse sociale), dar fără a pune accent pe sprijinul social.

Cum se completează fișa

Pentru fiecare activitate evaluată se identifică trei posibilități:

- 0 - activitate făcută fără ajutor, în mod obișnuit și corect - nu necesită supraveghere și ajutor.
- 1 - activitate făcută cu ajutor parțial și/sau mai puțin corect - necesită supraveghere temporară și/sau ajutor parțial.
- 2 - activitate făcută numai cu ajutor - necesită supraveghere permanentă și/sau ajutor integral.

Evaluarea statusului funcțional și psihoafectiv se realizează avându-se în vedere condiția obligatorie de integritate psihică și mentală a persoanei pentru a fi aptă să efectueze activitățile de bază și instrumentale ale vieții de zi cu zi.

Gradul de dependență

- gradul IA - persoanele care și-au pierdut autonomia mentală, corporală, locomotorie, socială și pentru care este necesară prezența continuă a personalului de îngrijire;
- gradul IB - persoanele aflate la pat, lucide sau ale căror funcții mentale nu sunt în totalitate alterate și care necesită supraveghere și îngrijire medicală pentru marea majoritate a activităților vieții curente, noapte și zi. Aceste persoane nu își pot efectua singure activitățile de bază de zi cu zi;

- gradul IC - persoanele cu tulburări mentale grave (demențe), care și-au conservat în totalitate sau în mod semnificativ facultățile locomotorii, precum și unele gesturi cotidiene pe care le efectuează numai stimulate. Necesită o supraveghere permanentă, îngrijiri destinate tulburărilor de comportament, precum și îngrijiri regulate pentru unele dintre activitățile de igienă corporală;
- gradul IIA - persoanele care și-au conservat autonomia mentală și parțial autonomia locomotorie, dar care necesită ajutor zilnic pentru unele dintre activitățile de bază ale vieții de zi cu zi;
- gradul IIB - persoanele care nu se pot mobiliza singure din poziția culcat în picioare, dar care, o dată ridicate, se pot deplasa în interiorul camerei de locuit și necesită ajutor parțial pentru unele dintre activitățile de bază ale vieții de zi cu zi;
- gradul IIC - persoanele care nu au probleme locomotorii, dar care trebuie să fie ajutate pentru activitățile de igienă corporală și pentru activitățile instrumentale;
- gradul IIIA - persoanele care se deplasează singure în interiorul locuinței, se alimentează și se îmbracă singure, dar care necesită un ajutor regulat pentru activitățile instrumentale ale vieții de zi cu zi; în situația în care aceste persoane sunt găzduite într-un cămin pentru persoane vârstnice ele sunt considerate independente;
- gradul IIIB - persoanele care nu și-au pierdut autonomia și pot efectua singure activitățile vieții cotidiene.

IND 37 - Fișa de identificare a gradului de autonomie a vârstnicului

Asistent medical comunitar (nume și prenume):

Persoana asistată:

Nume și prenume:

Vârsta:

Localitatea de domiciliu:

Adresa:

Data evaluării:

Evaluarea autonomiei

0⁸ 1 2

A. Evaluarea statusului funcțional

A.1 Activități de bază ale vieții de zi cu zi

1. Igiena corporală (toaleta generală-baie generală, intimă, specială-pieptănat/ras, capacitatea de a se autoîngrijii în mod adecvat)

2. Îmbrăcat/dezbrăcat (posibilitatea de a se îmbrăca/ dezbrăca, capacitatea de a se îmbrăca adecvat anotimpului, de a se întoarce de pe o parte pe alta, de a se ridica, de a avea un aspect îngrijit)

3. Alimentație (posibilitatea de a se servi /hrăni singur, posibilitatea de a se alimenta în conformitate cu nevoile nutriționale)

4. Igiena eliminărilor (continența /incontinență)

5. Mobilizare (trecerea de la o poziție la alta: ridicat/așezat, așezat/culcat, mișcarea dintr-un sens în altul, etc.)

6. Deplasare în interior (deplasarea în interiorul camerei în care trăiește cu sau fără baston, cadru, scaun rulant, recunoașterea pericolelor existente în spațiul de deplasare din interiorul locuinței, etc.)

7. Deplasare în exterior (deplasarea în exteriorul locuinței fără mijloace de transport, capacitatea de a se întoarce la domiciliu)

8. Comunicare (utilizarea mijloacelor de comunicare la distanță cu scopul de a alerta: telefon, alarmă, sonerie etc.)

A.II. Activități instrumentale

1. Prepararea hranei (capacitatea de a-și procura alimentele, de a-și prepara singur mâncarea adecvată din punct de vedere calitativ și cantitativ)

2. Activități de menaj (efectuarea activităților menajere: întreținerea casei,

⁸ (0 = nu necesita supraveghere sau ajutor; 1=necesită supraveghere temporară și/sau ajutor parțial;2=necesită supraveghere permanentă și/sau ajutor integral)

spălatul hainelor, spălatul vaselor etc.)

3. Gestiunea și administrarea bugetului și a bunurilor (gestionează propriile bunuri, bugetul, recunoaște banii și știe să-i folosească, etc.)

4. Efectuarea cumpărăturilor (capacitatea de a-și efectua cumpărăturile necesare pentru un trai decent)

5. Respectarea tratamentului medical (capacitatea de a se conforma recomandărilor medicale, de a înțelege modul de administrare și periodicitatea administrării)

6. Utilizarea mijloacelor de transport (capacitatea de a utiliza adecvat mijloacele de transport)

7. Activități pentru timpul liber (persoană are/participa la activități culturale, religioase, de susținere a familiei lărgite, activități intelectuale /continuarea unei activități, acțiuni de voluntariat, etc. - solitare sau în grup)

B. Evaluarea statusului senzorial și psihoafectiv

1. Acuitate vizuală cu sau fără ochelari

2. Acuitate auditivă cu sau fără proteză auditivă

3. Deficiență de vorbire

4. Orientare

5. Memorie

6. Judecată/înțelegere/raționament/ coerență despre lucruri,

7. Comportament (prezența comportamentelor agresive față de alți membri ai familiei)

8. Tulburări afective (prezența depresiei, tulburări de somn, nivel scăzut de emoții, tristețe, auto-acuzare, pierderea libidoului, scăderea plăcerii de a participa la activități sociale)

9. Capacitatea de a se adapta la modificările bruște din viața de zi cu zi (decesul partenerului de viață, schimbarea/pierderea domiciliului, instituționalizarea, recasătoria, pensionarea)

10. Capacitatea de a face planuri pentru viitor, înțelegerea sensului vieții și al morții, capacitatea și dorința de a învăța, capacitatea de a fi motivat pentru schimbare, înțelegerea relației dintre a accepta ajutor și a fi independent.

C. Evaluarea socială

1. Evaluarea sănătății sociale, relațiile dintre vârstnici și ceilalți membri ai familiei precum și nivelul de adaptare socială la comunitate

2. Evaluarea funcției sociale, interacțiunea socială (întâlnirile cu prietenii sau vizite la rude, etc.) și dorința de a participa la sprijinul comunității din care face parte

IND 38 - Fișa de identificare a statusului nutrițional al persoanei vârstnice

Asistent medical comunitar (nume și prenume):

Persoana asistată:

Nume și prenume:

Vârsta:

Localitatea de domiciliu:

Adresa:

Data evaluării:

Vă rugăm încercuiți valoarea corespunzătoare în situația evaluată

Vârstnicul este independent la domiciliu	1-da	0-nu	-	-
Vârstnicul urmează tratament cu mai mult de 3 medicamente	1-da	0-nu	-	-
Vârstnicul prezintă o afecțiune acută sau stres psihologic în ultimele 3 luni	0-da	2-nu	-	-
Mobilitatea persoanei vârstnice	0 = de la pat la fotoliu	1 = autonomie în interiorul locuinței	2 = iese în afara locuinței	-
Probleme neuropsihologice	0 = demență sau/și depresie severă	1 = demență sau /și depresie moderată	2 = fără probleme psihologice	-
Prezența escarelor cutanate	0 = da	1 = nu	-	-
Indicele de masă corporală (kg/m ²)	0 = IMC ≤ 19	1 = 19 ≤ IMC < 21	2 = 21 < IMC < 23	3 = IMC = 23
Circumferința brahială (CB, cm)	0,0 = CB ≤ 21	0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22	1,0 = CB > 22	-
Circumferința moletului (CM, cm)	0 = CM < 31	1 = CM ≥ 31	-	-
Scădere recentă în greutate (< 3 luni)	0 = pierdere în greutate > 3 kg	1 = nu știe	2 = scădere ponderală între 1-3 kg	3 = fără pierdere în greutate
Număr de prânzuri zilnice	0 = 1 prânz	1 = 2 prânzuri	2 = 3 prânzuri	-
Consumul de alimente	0,0 = dacă da,	0,5 = dacă	1,0 =	-

Partea 4

- produse lactate, o dată pe zi sau mai rar da/nu de 0-1 ori da, de 2 ori dacă da, de 3 ori
- ouă sau leguminoase, 1-2 ori/săptămână da/nu
- carne de vită, pește sau pasăre, zilnic da/nu

Consumă fructe sau legume zilnic	0 = nu	1 = da	-	-
, probleme digestive, dificultăți de masticăție sau deglutiție	0 = anorexie severă	1 = anorexie moderată	2 = fără anorexie	-
Câte pahare de băuturi alcoolice consumă zilnic (vin, bere etc.)	0,0 = mai puțin de 3 pahare	0,5 = între 3-5 pahare	1,0 = mai mult de 5 pahare	-
Câte pahare de lichid consumă zilnic (apă, suc, ceai, lapte)	0,0 = mai puțin de 3 pahare	0,5 = între 3-5 pahare	1,0 = mai mult de 5 pahare	-
Modalitatea de alimentație	0 = necesită asistență	1 = se hrănește singur cu dificultate	2 = se hrănește singur fără dificultate	-
Vârșnicul se consideră bine nutrit	0 = malnutriție severă	1 = nu știe sau malnutriție moderată	2 = fără probleme de nutriție	-
Vârșnicul se simte într-o stare de sănătate mai bună/mai proastă decât majoritatea persoanelor de aceeași vârstă	0,0 = mai puțin bună	0,5 = nu știe	1,0 = la fel de bună	2,0 = mai bună

Calcularea Scorului (maxim 30 de puncte)::

- ≥ 24 puncte: status nutrițional satisfăcător
- 17-23,5 puncte: risc de malnutriție
- < 17 puncte: status nutrițional prost

PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ȘI EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE – PES

CUPRINDE URMATOARELE INSTRUMENTE:

- PES 1 - Metodologie pentru fișa de evaluare a factorilor de risc la nivel individual
- PES 2 - Fișă pentru evaluarea factorilor de risc la nivel individual
- PES 3 – Machetele de evidență a activităților de promovarea sănătății și educație pentru sănătate
- PES 4 - Fișa privind stilul de viață sănătos
- PES 5 - Fișa privind promovarea alimentației sănătoase
- PES 6 - Fișa privind prevenirea și combaterea fumatului
- PES 7 - Chestionarul Fagerstrom de apreciere a severității dependenței de fumat
- PES 8 - Fișa privind promovarea igienei individuale
- PES 9 - Planificarea familială
- PES 10 - Autoexaminarea sânilor
- PES 11 - Fișa privind măsurile de prevenire a bolilor cardiovasculare
- PES 12 - Fișa privind măsurile de prevenire a bolilor cerebrovasculare (AVC ischemic, AVC hemoragic)
- PES 13 - Fișa privind prevenirea și controlul tuberculozei (TB)
- PES 14 - Fișa privind prevenirea și controlul diabetului zaharat
- PES 15 - Fișa privind combaterea consumului de alcool
- PES 16 - Testul AUDIT de evaluare a consumului de alcool
- PES 17 - Fișa privind prevenirea și controlul astmului bronșic
- PES 18 - Frecvența examenelor paraclinice recomandate pentru adolescenți
- PES 19 - Frecvența examenelor paraclinice recomandate pentru adulți

PES 1 - Metodologie pentru fișa de evaluare a factorilor de risc la nivel individual

Cu ajutorul acestei fișe, asistentul medical comunitar va identifica factorii de risc individuali care pot pune în pericol starea de sănătate a persoanei, în vederea promovării unor condiții favorabile menținerii sănătății și creșterea nivelului de conștientizare al beneficiarilor în privința efectelor nocive ale factorilor de risc. Prin educația pentru sănătate, asistentul medical comunitar va încerca schimbarea comportamentelor ce au fost identificate ca fiind factori de risc pentru anumite boli.

Promovarea sănătății și educație pentru sănătate

Informații generale despre factorii de risc la nivel individual

- Organizația Mondială a Sănătății definea în urmă cu peste 50 de ani sănătatea ca fiind „bunăstare completă fizică, psihică și socială, și nu doar absența bolii sau infirmității”.
- Constituind o unitate multidimensională, starea de sănătate se prezintă ca efectul interacțiunii permanente dintre organismul uman și mediul înconjurător.
- Starea de sănătate presupune studierea tuturor factorilor fizici și sociali care condiționează sănătatea, precum și aplicarea măsurilor adecvate pentru prevenirea, reducerea și înlăturarea factorilor nocivi.
- Cele patru categorii de factori determinanți ai stării de sănătate și ponderea în care aceștia influențează starea de sănătate:
 - stilul de viață – 51%
 - factorii biologici – 20%
 - mediul ambiant – 19%
 - sistemul îngrijirilor de sănătate – 10%
- Factorul de risc este un aspect comportamental, genetic, demografic, de mediu sau fiziologic, ce crește probabilitatea îmbolnăvirii unei persoane sănătoase.
- Pot exista diverse tipuri : genetici – hipercolesterolemia familială; de mediu – toxine, poluanți, droguri; sociali – divorț, șomaj, moartea unui membru de familie; comportamentali – alcool, fumat.
- Expunerea reprezintă contactul cu un factor de risc sau manifestarea unui factor de risc.
- Expunerea poate fi unică sau accidentală (accidente casnice, rutiere, etc) și cronică (alimentația nesănătoasă, sedentarismul etc).
- Factorii de risc se pot împărți în două mari categorii: neinfluențabili și influențabili:
- Factorii de risc neinfluențabili sunt: vârsta, sexul, ereditatea.
- Odată cu înaintarea în vârstă crește și riscul de a dezvolta o boală cardiacă. La bărbați acesta crește odată cu depășirea vârstei de 45 de ani, iar la femei odată cu apariția menopauzei, din cauza dispariției efectului protector al estrogenilor. Istoricul familial constituie un alt factor de risc, prin asocierea componentei genetice cu factorii de mediu și alte obiceiuri.
- Factorii de risc influențabili sunt: alimentația nesănătoasă, fumatul, hipertensiunea arterială, dislipidemiile, diabetul zaharat, obezitatea, stresul, activitatea fizică etc.

Alimentația nesănătoasă

Alimentația nesănătoasă creează dezechilibre grave de nutriție, atât din punctul de vedere al raportului dintre principiile alimentare care alcătuiesc meniul, cât și din cel al necesităților calorice. Se poate ajunge la dezechilibrele metabolice care se găsesc la originea multora dintre bolile cronice caracteristice civilizației actuale. Grupele de nutrienți de care organismul nostru are nevoie pentru a funcționa la capacitate maximă sunt: vitamine, proteine, carbohidrați și grăsimi, săruri minerale, oligoelemente, fibre alimentare. Dezechilibrele (excesul sau aportul insuficient) aportului acestor nutrienți au consecințe asupra sănătății. 75% dintre bolile din zilele noastre sunt consecința alimentației nesănătoase și a stilului de viață dezordonat. Modul în care ne hrănim, originea produselor, obiceiurile alimentare în general, au o importanță majoră pentru echilibrul organismului și starea sa de sănătate. Consecințele alimentației nesănătoase pot fi: malnutriția, deshidratarea, demineralizarea (cu apariția osteoporezei, rahitismului și a problemelor dentare), tulburări endocrine, echimoze cutanate (deficitul de vitamine), afecțiuni cardiovasculare, dislipidemii, afecțiuni digestive, atrofie musculară, depresie, diabet zaharat, obezitate.

Fumatul

Fumatul are o contribuție majoră la producerea bolii coronariene, a accidentelor vasculare, a bolii arteriale periferice etc. Renunțarea la fumat are efecte începând cu prima zi, la un an se reduce la jumătate riscul de infarct miocardic, iar la 15 ani ajunge la nivelul unui nefumător. Fumul de țigară este o mixtură complexă de substanțe chimice aflate sub formă de gaze și particule. Gazele toxice includ monoxidul de carbon, care provoacă reducerea transportului oxigenului către țesuturi. Alte gaze, cum ar fi oxizii de azot, sunt agenți oxidanți sau iritanți și pot contribui la apariția bolilor pulmonare cronice obstructive. Acidul cianhidric împiedică funcționarea cililor vibraționali la nivel pulmonar și poate determina infecții pulmonare. Nitrozaminele volatile și alte substanțe gazoase, cum ar fi formaldehida, pot contribui la apariția cancerului. Expunerea la nicotină și monoxid de carbon determină scăderea toleranței la efort la pacienții cu angină pectorală și creșterea riscului de infarct miocardic, cu apariția morții subite la persoanele cu boli coronariene. Nicotina induce vasoconstricție și poate contribui la producerea spasmului coronarian. Gudronul este un amestec complex de substanțe chimice care include cei mai mulți dintre carcinogeni și cocarcinogeni, precum și precursorii tumorali din fumul de țigară. Aceștia includ: benzopirenenul și alte hidrocarburi aromatice policiclice, nicotina – derivat al beta-naftilaminei (o nitrozamină), poloniu 210 și metale cum sunt nichelul, arsenul și cadmiul. În medie, 75% din fumul de țigară este eliberat în mediu. Nefumătorii expuși la fumul de țigară, prin fumat pasiv, pot absorbi o cantitate de nicotină care poate fi evaluată la 1-2 țigări pe zi. Există o asemănare între nefumătorii puternic expuși și fumătorii începători.

Hipertensiunea arterială

Hipertensiunea arterială este unul dintre cei mai importanți factori de risc. Valoarea optimă este sub 130/80 mmHg și trebuie menținută sub acest nivel. Urmărirea cu conștiințozitate a tratamentului prescris de către medic și reducerea consumului de sare constituie cele mai bune metode de a scădea riscul apariției afecțiunilor cardiace, renale sau a accidentelor vasculare cerebrale.

Dislipidemiile

Dislipidemiile adică creșterea colesterolului sau trigliceridelor serice peste valorile normale, sunt foarte frecvent întâlnite. Se consideră optime valorile colesterolului total sub 200 mg/dl, LDL-colesterolul (colesterolul rău) sub 100 mg/dl, HDL-colesterolul (colesterolul bun) peste 40 mg/dl (peste 60 mg/dl este considerat factor protector) și trigliceridele sub 150 mg/dl, cu mici variații în funcție de valorile normale ale fiecărui laborator. Există persoane care au dislipidemii familiale, moștenite, care se manifestă de la vârste tinere. Este necesară, deci, efectuarea de controale medicale de rutină și analize medicale. Se recomandă evitarea grăsimilor de origine animală (uleiurile vegetale nu conțin colesterol), iar tratamentul medicamentos trebuie făcut în funcție de prescripție.

Diabetul zaharat

Diabetul zaharat crește, printre altele, riscul unei boli cardiovasculare. Se recomandă controlul periodic al glicemiei la persoanele peste 45 de ani, la cele supraponderale, la persoanele cu rude diagnosticate cu diabet zaharat, la femeile care au născut copii cu greutate la naștere de peste 4000 g, la cei cu hipertensiune arterială și dislipidemii. O valoare a glicemiei de peste 100 mg constituie un risc mare de instalare a diabetului zaharat, dar și a bolilor cardiovasculare. Diabetul este cauza diagnosticării tardive a bolii cardiace ischemice, durerea tipică lipsind sau fiind atenuată. Un regim alimentar sărac în glucide și o greutate corporală normală reduc riscul de apariție a diabetului.

Obezitatea

Obezitatea poate conduce la consecințe serioase asupra stării de sănătate (boli cardiovasculare, diabet zaharat etc.). Factorii ereditari pot crește predispoziția la îngrășare, deși deseori este vorba despre factori de mediu și obiceiuri comune în familiile de obezi. Obezitatea abdominală crește de 5-7 ori riscul de infarct și diabet zaharat, crescând, de asemenea, și riscul de moarte subită.

Sedentarismul

Sedentarismul (lipsa activității fizice) aparține unui stil de viață nesănătos și poate avea urmări negative considerabile asupra stării de sănătate precum: boala coronariană, hipertensiunea arterială, accident vascular cerebral, diabet zaharat, obezitate, osteoporoză și anumite forme de cancer. Exercițiul fizic este un factor de combatere al sedentarismului. Activitatea fizică

efectuată sistematic (se recomandă cel puțin 30 de minute zilnic) crește calitatea vieții și induce o imagine mai optimistă despre sine și despre viață. Exercițiile fizice pot fi: mers pe jos în ritm rapid, alergat, înot, mers pe bicicletă, grădinărit etc.

Stilul de viață

Stilul de viață se referă la aspectul subiectiv al modului de viață. El reprezintă o strategie de viață pentru care individul optează și care orientează toate manifestările sale particulare. Această strategie are la bază anumite credințe, imagini și reprezentări ale individului despre lume și viață, în virtutea cărora el alege, se comportă, acționează, alege opțiuni care îl pot conduce la reușită sau la eșec. Din acest punct de vedere, stilul de viață se referă la decizii, acțiuni și condiții de viață care afectează sănătatea persoanelor. Este vorba de riscuri autoasumate, cum ar fi: tabagismul, abuzul de alcool, consumul de droguri, alimentația excesivă, dezechilibrată sau subnutriția, promiscuitatea sexuală, practicile sexuale riscante, stilul de conducere auto imprudent, sedentarismul, lipsa timpului liber, insuficiența odihnei/somnului, incapacitatea de a face față stresului cotidian și profesional într-un mod adecvat.

Toate acestea sunt riscuri imputabile persoanei, care își pune în pericol sănătatea proprie. Uneori, aceste riscuri sunt impuse de condițiile social-economice ale persoanei, cum ar fi: sărăcia, șomajul, discriminarea socială, sexuală, etnică, inegalitățile și conflictele sociale. Stilul de viață constă din combinații ale diferitelor practici și deprinderi comportamentale și condiții de mediu ce reflectă modul de viață, influențate de antecedentele familiale, condițiile culturale și socio-economice ale persoanei. În esență, stilul de viață este tipul de comportament repetitiv, habitual, condiționat de nivelul de cultură și de nivelul de trai, este modul de viață bazat pe interacțiunea dintre condițiile de viață în sens larg și tipurile caracteristice de comportament, determinate de factorii socio-culturali și de caracteristicile personale.

Modificarea stilului de viață implică schimbarea concomitentă a comportamentului personal și a condițiilor de viață. Stilul de viață este personal și social (grupă) în același timp, deoarece opțiunile pe care persoana le alege și în funcție de care își structurează stilul de viață sunt individuale, dar valorile, reprezentările, țelurile și aspirațiile în virtutea cărora face alegerile au o determinare socială. Se poate spune că, dacă modul de viață se referă la aspectele exterioare ale vieții, la condițiile economice și sociale, stilul de viață privește felul în care persoanele și grupurile sociale valorizează aceste condiții, în funcție de anumite opțiuni valorice-normative. Fiecare individ este protagonistul unui anumit stil de viață propriu și constant, precum și al unor "subvariante" proprii fiecărei etape de viață parcurse. Dacă la un copil nu se poate vorbi încă de un stil de viață propriu-zis, odată cu adolescența, cu procesul de cristalizare a personalității, începe să se contureze și un stil de viață propriu, pe care tinerețea și maturitatea îl vor desăvârși. În structurarea lui, influența familiei, a școlii, a altor instituții educative, interferează cu influența persoanelor apropiate, cu influența literaturii, a televiziunii, a mass-mediei în general, care pot oferi tipologii diferite ale stilurilor de viață și care pot fi copiate, refuzate, prelucrate critic și valorizate de către individ. Alături de stilurile de viață nefavorabile pentru sănătate – care cuprind factorii de risc menționați anterior – există și pot fi modelate, prin acțiuni de educație pentru sănătate, stiluri de viață favorabile sănătății: practicarea sistematică a exercițiilor fizice și

evitarea sedentarismului, alimentația echilibrată și variată (bogată în legume și fructe proaspete, săracă în grăsimi), evitarea fumatului și a consumului de droguri, consumul moderat de alcool, igiena personală și sexuală, prudența în alegerea partenerilor sexuali și utilizarea mijloacelor de protecție pentru evitarea bolilor cu transmitere sexuală, inclusiv SIDA, efectuarea de controale medicale periodice, folosirea strategiilor adecvate de ajustare la stresul cotidian, profesional. Promovarea unui stil de viață care să maximizeze, în limitele unor condiții date, sănătatea, bunăstarea și împlinirea umană, reprezintă un obiectiv a cărui realizare presupune o acțiune conjugată a disciplinelor medicale și comportamentale, a factorilor economici, politici, sociali și culturali. Programul OMS "Sănătate pentru toți" se bazează, în mare măsură, pe capacitatea oamenilor de a-și cunoaște și optimiza stilul propriu de viață, de a corecta deficiențele constatate în structurarea lui, de a opera modificări, remodelări, în sensul realizării unui stil de viață sănătos. După cum se poate observa mai sus, stilul de viață are o importanță majoră în determinarea stării de sănătate a oamenilor (o pondere de aproximativ 51%). În același timp, stilul de viață este responsabil de mai mult de jumătate din anii de viață pierduți prematur de către oameni.

Cum se completează fișa

- Fișa se completează la luarea în evidență a beneficiarului, apoi se va completa anual;
- Se vor bifa factorii identificați;
- AMC va sensibiliza beneficiarii în privința efectelor nocive ale factorilor de risc și prin activități de educație pentru sănătate va încerca schimbarea comportamentelor ce au fost identificate ca fiind factori de risc pentru anumite boli.
- AMC solicită Compartimentului de Asistență Medicală Comunitară din cadrul DSP județene materiale promoționale pe diverse teme de educație pentru sănătate precum și efectuarea de acțiuni specifice de educație pentru sănătate, pe plan local;
- Se va respecta confidențialitatea datelor.

PES 2 - Fișă pentru evaluarea factorilor de risc la nivel individual

Asistent medical comunitar (nume și prenume):

Persoana asistată:

Nume și prenume:

Vârsta: ani

Sex: M / F

Localitatea de domiciliu: .

Adresă:

Data evaluării: (ZZ/LL/AAAA)

Bifați pentru fiecare categorie de factori de risc variant care corespunde situației. În funcție de factorii de risc identificați planificați activități de promovarea sănătății adecvate.

Alimentația nesănătoasă

- consum scăzut de legume (< 3 legume/zi)
- consum scăzut de fructe (< 2 fructe/zi)
- consum excesiv de sare (alimente sărate, adaos de sare în mâncare, etc)
- consum excesiv de dulciuri concentrate (ciocolată, zahăr, etc)
- consum excesiv de grăsimi (slănină, untură, carne grasă, etc)

Consum necorespunzător de apă

- consum scăzut de apă (< 2 litri/zi)
- consum frecvent de băuturi dulci concentrate

Activitatea fizică insuficientă

- sedentarism (lipsa activității fizice)
- mai puțin de 30 de minute pe zi activitate fizică energetică

Consumul de tutun

- fumător
- expunere la fum de țigară (fumat pasiv)

Consumul excesiv de alcool

- bărbați - mai mult de 3 unități de alcool pe zi
 - femei - mai mult de două unități de alcool pe zi
 - consum zilnic de alcool
- o unitate de alcool = 12 mg de alcool pur = 1 bere (330 ml) = 1 pahar de vin (125 ml) = 1 păhărel de țarie (40 de ml)

Folosirea drogurilor ilegale

- ocazional
- frecvent

Igienă sexuală

- sex neprotejat (nu utilizează prezervativ)
- parteneri multipli și/sau necunoscuți

Igienă personală

- curățenie corporală deficitară
- îmbrăcăminte, lenjerie și încălțăminte neigienice

Greutate corporală necorespunzătoare

IMC = greutatea în kg/pătratul înălțimii în metri (kg/m²)

- subnutrit – IMC < 18,5
- supraponderal – IMC = 25-29,9
- obez – IMC = 30 sau mai mare

Circumferința abdominală (cm)

- bărbați – peste 102 cm
- femei – peste 88 cm

Hipertensiunea arterială:

- TA > 140/90 mmHg

Expunere excesivă la radiații solare

- expunerea la radiații ultraviolete (UV) între orele 10-15
- nu se utilizează creme cu ecrane de protecție solară

PES 3 – Machetele de evidență a activităților de promovarea sănătății și educație pentru sănătate

În cadrul vizitelor la domiciliu la diverși beneficiari în completare la activitățile de intervenție este nevoie să desfășurați și activități de educație sanitară specifice. Pentru acestea vă puteți ghida după fișele specifice de educație pentru sănătate PES 4 - 19. Această fișă oferă o imagine de ansamblu a activității AMC de promovarea sănătății și educație pentru sănătate precum și machete utile pentru planificarea și implementarea acestora.

Planificarea/implementarea activităților la nivel individual

În tabelul de mai jos notați numele beneficiarului căruia i-ați făcut educație. De exemplu mergeți la lăuză în activitatea de supraveghere și faceți și o sesiune de 20 minute de educație privind alăptarea și igiena în lăuzie - pentru aceasta folosiți informațiile de la capitolul sarcină și lăuzie. Atunci când mergeți la beneficiar și luați TA este indicat să faceți o sesiune de educație pentru sănătate privind alimentația sănătoasă sau stilul de viață sau combaterea fumatului, în funcție de situație. Puteți folosi în acest sens fișele specifice anexate.

Activitate	Timp minute	Beneficiar *
Educația pentru sănătate a pacientului și familiei acestuia		
Educarea pacientului privind stilul de viață	15	
Educarea pacientului privind alimentația sănătoasă	15	
Educație privind prevenirea și combaterea fumatului	15	
Educație privind efectele nocive ale consumului de alcool și îndrumarea către servicii de suport	15	
Educație privind alăptarea și igiena în lăuzie	20	
Educație privind igiena adolescentului	25	
Educație privind prevenirea și controlul TB	25	

Macheta 1- Planificarea/implementarea activităților la nivel individual

*Se trece numele beneficiarului. Diferitele tipuri de educație pentru sănătate la nivel individual se pot introduce și direct, de exemplu în fișa de monitorizare a mamei și copilului, putem avea rubrică de educație privind alăptarea și igiena în lăuzie.

Planificarea/implementarea activităților de grup (în colectivități)

Atunci când intrați în colectivități cu acțiuni de promovare a sănătății și educație pentru sănătate puteți constitui fie grupuri mici de până la 10 – 12 persoane sau puteți lucra cu o grupă de grădiniță sau o clasă de școală și puteți aborda unul din subiectele de educație sanitară specifice grupului de vârstă. Veți nota perioada de desfășurare, locația și numărul de participanți prezenți. În ajutorul dvs pentru realizarea acestor activități vă puteți ghida după fișele PES 4 – PES 19.

Activitate	Timp minute	Perioadă și locul desfășurării	Număr participanți
În grădinițe			
Educația privind reguli de igienă individuală (cu demonstrații practice și jocuri)	35 -40		
Educație privind alimentația sănătoasă și activitatea fizică	35 -40		
.....			
În școli – pentru elevi, educație privind			
Reguli de igienă individuală (cu demonstrații practice și jocuri)	35 -40		
Alimentația sănătoasă și activitatea fizică	35 -40		
Viața sexuală și BTS	35 -40		
Prevenirea TB	35 -40		
Riscurile legate de consumul de droguri	35 -40		
Prevenirea violenței	35 -40		
.....			
Pentru părinți – educație privind			
Responsabilitățile și modalitățile de a fi părinte, cum să disciplinezi un copil fără a folosi violența	35 -40		
Prevenirea bolilor cu transmitere sexuală	35 -40		
Alimentația sănătoasă în familie	35 -40		
Importanța activității fizice asupra sănătății fizice și mentale	35 -40		
Prevenirea accidentelor la copii	35 -40		
.....			

Macheta 2 - Planificarea/implementare activităților de grup (în colectivități)

Centralizarea activităților în cadrul campaniilor de promovare a sănătății *

În tabelul de mai jos veți trece evenimentul din calendarul cu zilele sănătății, perioada de desfășurare a campaniei și tipul materialelor distribuite și /sau al activităților desfășurate în cadrul campaniei respective.

Campania	Perioada	Tipul activității
Ziua Mondială a Sănătății	7 aprilie 2011	Distribuție de broșuri, concursuri de desen etc...
Ziua Mondială de combatere a TB		

* Se va completa în funcție de acțiunile de promovarea sănătății din programele naționale și/sau județene.

Macheta 3 – Centralizarea activităților în cadrul campaniilor de promovare a sănătății

Centralizarea materialelor distribuite în cadrul campaniilor de promovare a sănătății

În tabelul de mai jos veți trece data desfășurării campaniei, denumirea acțiunii (Ziua Mondială a Sănătății) și în coloanele următoare veți trece numărul de materiale distribuite (10 afișe, 75 pliante) și acțiuni desfășurate (o conferință de presă, 2 apariții în ziarul local, o sesiune de informare etc)

Nr. Crt.	Data	Denumirea acțiunii	Afișe nr.	Fluturași, pliante nr	Conferințe nr.	Mass Media nr.	Alte forme nr.
01	02	03	04	05	06	07	08
1	07.04.2011	Ziua Mondială a Sănătății	10	75	1	2	1

Macheta 4 - Centralizarea materialelor distribuite în cadrul campaniilor de promovare a sănătății

Fișele de educație pentru sănătate specifice

În tabelul de mai jos sunt listate fișele de educație pentru sănătate specifice în care sunt detaliate informațiile pe care le veți prezenta în cadrul sesiunilor de informare – educare – comunicare susținute pacienților sau colectivităților.

Nr. Crt.	Denumirea fișei de educație pentru sănătate a pacienților și colectivităților	Cod
1	Fișa privind stilul de viață sănătos	PES 4
2	Fișa privind alimentația sănătoasă	PES 5
3	Fișa privind prevenirea combaterea fumatului	PES 6
4	Fișa privind promovarea igienei individuale	PES 8
	Fișa de planificare familială	PES 9
	Fișa de autoexaminare a sânilor	PES 10
5	Fișa privind măsurile de prevenire a bolilor cardiovasculare	PES 11
6	Fișa privind măsurile de prevenire a bolilor cerebrovasculare	PES 12
7	Fișa privind prevenirea și controlul tuberculozei	PES 13
8	Fișa privind prevenirea și controlul diabetului zaharat	PES 14
9	Fișa privind combaterea consumului de alcool	PES 15
10	Fișa privind prevenirea și controlul astmului bronșic	PES 17

Adițional la fișele de educație pentru sănătate specifice, este necesar ca beneficiarii să fie informați cu privire la frecvența examenelor paraclinice preventive, ce sunt necesar a fi efectuate de adolescenți și de adulți.

A. Frecvența examenelor paraclinice recomandate pentru adolescenți

B. Frecvența examenelor paraclinice recomandate pentru adulți

Nr crt	Denumire fișă	Cod
1	Frecvența examenelor paraclinice recomandate pentru adolescenți	PES 18
2	Frecvența examenelor paraclinice recomandate pentru adulți	PES 19

PES 4 - Fișa privind stilul de viață sănătos

Această fișă poate fi distribuită beneficiarilor AMC cu scop informativ sau folosită ca bază de discuție în cadrul sesiunilor individuale de promovare a sănătății.

Pentru a asigura un stil de viață sănătos, OMS recomandă să consumăm multe fructe și legume, să reducem consumul de sare, zahăr și grăsimi și să efectuăm exerciții fizice.

12 pași pentru a mânca sănătos

- Mâncați un regim alimentar bazat pe o varietate de alimente provenind, în principal, din surse vegetale, mai degrabă decât surse animale.
- Pâinea, cerealele, pastele făinoase sunt surse importante de glucide, care asigură energia zilnică necesară organismului. Ele mai conțin și fibre alimentare, vitamine, elemente minerale necesare unei diete echilibrate
- Mâncați legume și fructe, de preferat proaspete și autohtone, de mai multe ori pe zi (cel puțin 400 de g pe zi).
- Mențineți-vă greutatea corporală în limitele recomandate (un IMC de 18.5 - 25), prin efectuarea unui nivel moderat de activitate fizică, de preferință zilnic.
- Controlați-vă aportul de grăsimi (nu mai mult de 30% din cantitatea de energie pe zi) și înlocuiți grăsimile saturate cu uleiuri vegetale nesaturate
- Înlocuiți carnea grasă și produsele din carne cu fasole, legume, linte sau carne albă (pește, pui).
- Beți lapte și produse lactate (chefir, lapte acru, iaurt și brânză), care sunt sărace în grăsimi și sare.
- Consumați produsele alimentare care au conținut scăzut de zahăr, consumați cu moderație zahăr rafinat și limitați consumul de băuturi care conțin zahăr și dulciuri.
- Alegeți o dietă săracă în sare. Aportul total de sare nu ar trebui să fie mai mult de o linguriță (6 g) pe zi, această cantitate incluzând sarea din pâine și alimentele procesate, gătite și conservate. (Consumul de sare iodată ar trebui să fie universal în cazul în care deficitul de iod este endemic).
- În cazul în care consumați alcool acesta trebuie să se limiteze la cel mult 2 pahare (fiecare conținând 10 g de alcool) pe zi.
- Preparați alimentele într-un mod sigur și igienic. Preparați-le la abur sau prin coacere, fierbere pentru a ajuta la reducerea cantității de grăsimi.
- Promovați alăptarea la sân până la cel puțin 6 luni, precum și introducerea de alimente sigure și adecvate complementare de la vârsta de aproximativ 6 luni.

Notă. Indicele de masă corporal (IMC) este derivat din greutatea unei persoane, exprimată în kilograme, împărțită la înălțimea la pătrat, în centimetri. OMS recomandă 18.5-24.9 ca fiind un IMC normal.

PES 5 - Fișa privind promovarea alimentației sănătoase

Această fișă poate fi distribuită beneficiarilor AMC cu scop informativ sau folosită ca bază de discuție în cadrul sesiunilor individuale de promovare a sănătății.

Alimentația sănătoasă

O alimentație sănătoasă presupune o alimentație echilibrată, astfel încât să cuprindă elemente esențiale pentru organism: proteine, glucide și lipide, vitamine și săruri minerale.

Proteinele sunt formate din cei mai simpli componenți, numiți aminoacizi. Unii dintre aceștia sunt fabricați de către organism. Majoritatea celorlalți aminoacizi provin însă dintr-un aport exterior, realizat prin intermediul alimentației, în care proteinele pot avea o dublă origine:

- origine animală: cantități mari se găsesc în carne, pește, brânză, ouă, lapte;
- origine vegetală: în soia, migdale, alune, cereale integrale și în unele leguminoase.

Idealul este de a consuma atât proteine de origine vegetală, cât și proteine de origine animală. Consumul de proteine, pentru un adult, trebuie să reprezinte cel puțin 15% din aportul energetic zilnic.

Glucidele sunt substanțe organice care au componența lor carbon, oxigen și hidrogen.

În funcție de puterea lor glicemică (creșterea glicemiei pe care o induc, adică în funcție de cantitatea de glucoză produsă), definită prin conceptul de indice glicemic, glucidele se clasifică în

- Zaharuri simple (glucoza și fructoza din fructe și miere)
- Zaharuri complexe (cereale, făină, cartofi, legume uscate)
- Zaharuri duble (zahăr alb, maltoza din bere, lactoza din lapte)

INDICE GLICEMIC RIDICAT		INDICE GLICEMIC SCĂZUT	
Maltoză	110	Fulgi de ovăz	50
Glucoză	100	Cereale cu țărâțe	50
Pâine foarte albă	95	Orez complet	50
Fulgi de cartofi instant	95	Pâine de grâu integrală	50
Miere, dulceață	90	Paste din făină – cernută	45
Corn flakes	85	Pâine de secară completă	40
Morcov	85	Mazăre verde	40
Zaharoză (zahăr alb)	75	Fasole albă	40
Pâine albă	70	Pâine integrală	35
Orez alb	70	Lactate	35
Cartofi	70	Fructe proaspete	35
Porumb	70	Linte	30

Sfeclă	70	Năut	30
Biscuiți	70	Fasole uscată	25
Paste (făină albă)	65	Ciocolată amăruie	22
Banane	60	Fructoză	20
Stafide	60	Arahide	15
		Legume verzi	< 15

“Glucide bune” sunt cele cu indice glicemic scăzut (*cereale brute, orez integral, unele făinoase ca linte și bobul, majoritatea fructelor și al tuturor legumelor, pe care le includem și în categoria fibrelor alimentare-praz, nap, salată, fasole verde) și “glucidele rele” sunt cele cu indice glicemic ridicat (zahăr, făină, orez, cartof, porumb etc).

Lipidele sunt substanțe organice grase, insolubile în apă, dar solubile în majoritatea substanțelor organice, ce conțin grupa hidrocarbon.

Se deosebesc două mari categorii de lipide:

- lipidele de origine animală (lipidele pe care le conțin carnea, peștele, untul, brânza, smântâna proaspătă etc)
- lipidele de origine vegetală sunt lipidele din uleiul de arahide, margarina etc.

Lipidele se pot clasifica și în două categorii de acizi grași:

- acizii grași saturați, care se găsesc în carne, mezeluri, ouă și lactate (lapte, unt, smântână, brânză);
- acizii grași mono-nesaturați sau poli-nesaturați; acestea sunt grăsimile care rămân lichide la temperatura ambientală (uleiul de floarea-soarelui, de rapiță și măslină), deși unele pot fi solidificate prin hidrogenare (fabricarea margarinei). Totodată, în această categorie trebuie incluse toate grăsimile de pește.

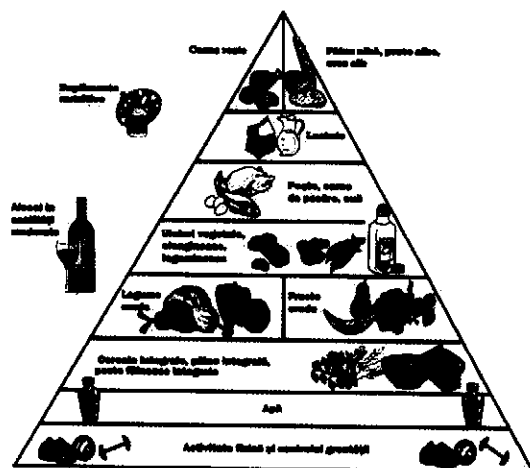
Lipidele sunt necesare în alimentație. Pe lângă această ele conțin numeroase vitamine (A, D, E, K) și acizi grași esențiali (acidul linoleic și acidul linolenic) și servesc la elaborarea unor hormoni.

Fibrele alimentare sunt substanțele conținute în special de legume, leguminoase, fructe și cereale în stare brută (ex salate, andive, praz, spanac, fasole verde, conopida, telina, dovlecei, vinete, ciuperci, ardei gras etc).

Deși ele nu au nici o valoare energetică a priori, fibrele alimentare joacă un rol extrem de important în digestie, în special datorită celulozei, ligninei, pectinei și a mucilagiilor pe care le conțin. Ele asigură un bun tranzit intestinal, iar absența lor stă la originea majorității cazurilor de constipație. Fibrele fiind, totodată, foarte bogate în vitamine, oligoelemente și în săruri minerale, insuficiența lor poate duce la grave carențe.

O dietă sănătoasă necesită un plan, un scop, precum și efortul de a include în mese o varietate de alimente. Majoritatea persoanelor nu consumă suficienți nutrienți deoarece nu includ în mese o cantitate corespunzătoare din fiecare grup alimentar.

Piramida alimentară se referă la clasificarea alimentelor în funcție de proporția ideală a fiecărui aliment în dieta zilnică.



Un regim echilibrat și diversificat conține alimente de la toate nivelurile piramidei, dar în cantități diferite.

Băuturi – Din plin pe tot parcursul zilei.

Recomandarea zilnică: 1-2 litri de lichide pe zi, de preferat băuturi neîndulcite, cum ar fi apa de la robinet/apa minerală sau ceaiurile din plante. Consumați băuturi cofeinizate (cafea, ceai verde/negru) cu moderație. Optați în schimbul cafelei pentru băuturile calde fără cofeină.

Fructe și legume – 5 pe zi, de diferite culori.

Recomandarea zilnică: 3 porții de legume pe zi, cel puțin o porție de legume crude: 1 porție = minim 120g în garnituri, salate sau supe; 2 porții de fructe pe zi. O porție de fructe sau legume pe zi poate fi înlocuită cu 200 ml de suc de fructe sau legume neîndulcit.

Cereale integrale, pâstăi, mazăre, cereale și cartofi – la fiecare masă.

Recomandarea zilnică: 1 porție de amidon la fiecare masă – de 3 ori pe zi; 1 porție = 75-125g pâine sau 60 – 100 g legume (greutate nepreparată) cum ar fi linte/năut, 180-300 g cartofi, sau 45-75 g fulgi/paste/porumb/orez/alte cereale. Optați pentru 2 porții de cereale integrale ori de câte ori este posibil. Este de preferat ca jumătate din cerealele consumate să fie integrale.

Lapte, produse lactate, carne, pește și ouă – în cantități moderate.

Recomandarea zilnică: 1 porție de carne, pește, ouă, brânză sau alte proteine, cum ar fi tofu, pe zi, variind porțiile când este posibil: 1 porție = 100-120 g carne/pește, 2-3 ouă, 200 g brânză de vaci, 60 g brânză tare sau 110-120 g tofu; în plus, 3 porții de lapte sau produse lactate pe zi, preferabil cu conținut redus de grăsimi: 1 porție = 200 ml lapte, 150-180 g iaurt, 200 g brânză de

vaci sau 30-60 g brânză. Dacă nu puteți sau nu consumați lapte, alegeți produsele fără lactoză sau alte surse de calciu.

Uleiuri, grăsimi și alune – în cantități mici

Recomandarea zilnică: 2-3 lingurițe de ulei vegetal, cum ar fi uleiul de floarea soarelui sau uleiul de măsline pentru bucatele nepreparate și 2-3 lingurițe pe zi de ulei de măsline folosit la gătit; dacă se dorește, 2 lingurițe (10g) unt sau margarină pe pâine; 1 porție de alune pe zi: 1 porție = 20-30 g alune, nuci, arahide etc.

Dulciuri, gustări sărate și băuturi bogate în calorii – în cantități mici și rar

Consumați dulciuri, gustări sărate și băuturi bogate în calorii doar în cantități mici și rar. Consumați alcool cu moderație și numai în preajma orelor de masă.

Și nu uitați:

- Realizați un echilibru între alimentație și activitatea zilnică.
- Faceți mișcare cel puțin 30 de minute pe zi, în majoritatea zilelor.
- Copiii și adolescenții trebuie să facă mișcare cel puțin 60 de minute pe zi.

PES 6 - Fișa privind prevenirea și combaterea fumatului

Prima pagină a acestei fișe poate fi distribuită beneficiarilor AMC cu scop informativ sau folosită ca bază de discuție în cadrul sesiunilor individuale de promovare a sănătății. Cea de-a doua pagină este destinată AMC.

Impactul negativ al fumatului asupra sănătății

- Fumatul contribuie la apariția bolilor cardio-vasculare, cerebrovasculare, a aterosclerozei, cancerului, emfizemului pulmonar.
- Fumatul afectează sistemul imunitar pe mai multe căi:
 - Leucocitoza (crește numărul globulelor albe).
 - Limfocitoza (crește numărul limfocitelor).
 - Modificarea echilibrului dintre diferite sub-seturi de limfocite.
 - Scăderea numărului celulelor Natural Killer (NK) care au un rol important în apărarea organismului împotriva cancerului.
 - Scăderea numărului celulelor Langhans (importante componente ale sistemului imunitar la nivelul epitelului colului uterin) - motiv pentru care fumatul contribuie la apariția displaziei colului.
- Fumătorii suferă de gripă de trei ori mai mult decât nefumătorii! Acest lucru este cauzat și de fragilitatea imunitară generată de fumat.
- Fumatul distruge viața sexuală! Impotența sau disfuncția erectilă este incapacitatea repetată de a avea sau a menține o erecție. În România, prevalența disfuncției erectile este de 25% în populația generală, ceea ce înseamnă că unul din patru bărbați suferă de impotență. Studii realizate de Action on Smoking and Health (ASH) și British Medical Association (BMA) arată că fumatul crește riscul impotenței cu 50%, risc care poate fi chiar mai mare în cazul asocierii fumatului cu factori de stres.
- Pe lângă impotență, printre problemele cauzate în mod direct de fumat se numără reducerea volumului de ejaculare, micșorarea numărului de spermatozoizi ejaculați precum și apariția unor forme anormale și a unei mobilități reduse a spermatozoidilor.
- Fumatul produce infertilitate atât la femei cât și la bărbați!
- Fumătorii au de trei ori mai multe carii decât nefumătorii din cauza plăcii dentare care duce la dezvoltarea bacteriilor și apoi la carierea dinților!
- Gingivita este o inflamație a gingiilor ce apare din cauza unei slabe igiene orale asociate fumatului. Fumătorii pasivi pierd dinți de trei ori mai frecvent decât nefumătorii!
- Halena fumătorului se referă la mirosul neplăcut pe care îl exhală și pe care nici o apă de gură sau pastă de dinți nu reușește să o îndepărteze.

Ce se poate face

- Consumul tabagic se definește cu ajutorul *numărului de pachete-an (nr. de PA)*, reprezentat de produsul dintre numărul de pachete de țigări fumate/zi și numărul de ani de fumat. (ex.: dacă timp de 10 ani se fumează 15 țigări/zi, acest consum echivalează cu $10 \times 15 / 20 = 7,5$ PA. Indivizii care au un consum mai mare de 20 PA se numesc "mari fumători" și reprezintă grupul de pacienți cel mai dificil de tratat.
- Aprecierea severității dependenței de fumat se poate realiza cu ajutorul *scorului de dependență nicotinică* determinat cu ajutorul testului Fagerstrom (dependență ușoară, medie sau severă), pe baza căruia se vor formula și indicațiile terapeutice (v. PES 7).
- Analiza tentativelor anterioare de renunțare la fumat este un element important în stabilirea diagnosticului dependenței de nicotină, dat fiind că ea permite aprecierea modului cum subiectul va traversa perioada de sevraj și se pot anticipa probleme de complianță la tratament.
- Abordarea pacientului fumător este diferită, în funcție de profilul psihologic, de sex, vârstă, motivația de a fuma, numărul de tentative eșuate de renunțare la fumat și răspunsurile la chestionarele de evaluare a statusului fumatului.
- Toți fumătorii trebuie sfătuiți și încurajați în mod profesional să renunțe permanent la fumat. Oprirea fumatului este un proces dificil și complex, deoarece implică dependență farmacologică și psihologică, astfel că doar un număr mic dintre fumători (1-3%) nu necesită o strategie specială pentru a renunța la fumat.
- În practică, există trei tipuri principale de intervenții în scopul renunțării la fumat:
 - Sfatul minimal antifumat (intervenție recomandată în asistența medicală primară) reprezintă o sumă de indicații verbale de a opri fumatul, la care se pot adăuga informații despre efectele dăunătoare ale fumatului
 - Consilierea de specialitate reprezintă forma de intervenție aplicată pacienților cu tabagism cronic. Este recomandat să se facă de către echipe mixte de medici, asistente și psihologi care au dobândit o prealabilă pregătire în domeniu.
 - Consilierea de grup

PES 7 - Chestionarul Fagerstrom de apreciere a severității dependenței de fumat

Aprecierea severității dependenței de fumat se poate realiza cu ajutorul scorului de dependență nicotinică determinat cu ajutorul testului Fagerstrom (dependență ușoară, medie sau severă), pe baza căruia se vor formula și indicațiile terapeutice.

Bifați răspunsul corect în dreptul fiecărei cifre și calculați totalul prin adunarea scorurilor pe verticală. În acest fel puteți încadra beneficiarii fumători în diverse grade de dependență.

Promovarea sănătății și educație pentru sănătate

Nume		Data
Întrebare	Răspuns	Punctaj
1. Când fumați prima țigară după trezire?	În primele 5 minute După 6-30 minute După 31-60 minute După 60 minute	3 2 1 0
2. Este dificil să nu fumați în locuri interzise?	Da Nu	1 0
3. La ce țigară renunțați mai greu?	Prima La celelalte	1 0
4. Câte țigări fumați pe zi?	≤10 11-20 21-30 ≥31	0 1 2 3
5. Fumați mai des în prima oră de la trezire decât în restul zilei?	Da Nu	1 0
6. Fumați chiar dacă sunteți atât de bolnav încât trebuie să stați în pat în timpul zilei?	Da Nu	1 0
Total punctaj		
Interpretare: 7 - 10 puncte = dependență severă; 4 - 6 puncte = dependență moderată 0 - 3 puncte = dependență ușoară		

PES 8 - Fișă privind promovarea igienei individuale

Această fișă poate fi distribuită beneficiarilor AMC cu scop informativ sau folosită ca bază de discuție în cadrul sesiunilor individuale de promovare a sănătății.

Igiena este știința sănătății populației, a păstrării și perfecționării sănătății oamenilor.

Scopurile igienei

- păstrarea sănătății și perfecționarea ei, la nivelul individului și al colectivităților umane;
- ridicarea rezistenței organismului;
- prelungirea duratei medii de viață a populației;
- prelungirea duratei biologice active a vieții.

Igiena pielii

Pielea este organul de legătură între mediul ambiant și organismul uman. Rolurile principale ale pielii sunt:

- Rol de protecție împotriva unor agenți externi fizici, chimici, infecțioși, rol realizat de stratul cornos al epidermei. Elasticitatea pielii și țesutul adipos subcutanat protejează țesuturile și organele de sub piele de traumatisme. Pigmentul melanic reduce acțiunea nocivă a radiațiilor solare.
- Rol în excreție realizat de glandele sudoripare. Pielea elimină din organism, prin transpirație, apă săruri minerale și produși de catabolism.
- Rol în termoreglare. Prin stratul de grăsime subcutanată și prin vasoconstricția periferică pielea apără organismul de pierderea unei cantități de căldură. Prin evaporarea transpirației și prin vasodilatația periferică organismul este ajutat să nu se supraîncălzească. Căldura organismului se pierde în proporție de 95% la nivelul pielii, prin radiație, convecție, conducție și evaporare.
- Rol în recepție. La nivelul pielii se găsesc numeroși exteroceptori: tactili, termici, dureroși, care ajută organismul să recepționeze diferiți stimuli din mediul extern.
- Rol antiinfecțios realizat prin stratul cornos, care împiedică agenții patogeni să pătrundă prin epidermă și prin apărare chimică; transpirația acidă distruge o parte din microbii cu care pielea vine în contact.
- Rol în rectivitatea generală. La nivelul pielii pot apărea modificări în suferințele unor organe, în bolile infecto-contagioase. În unele stări pe emotive pielea poate reacționa prin înroșire, paloare, transpirație.
- Rol în sinteza vitaminei D. În țesutul adipos subcutanat se găsește provitamina D, care sub influența razelor ultraviolete se transformă în vitamina D.

Măsurile de îngrijire a pielii sunt simple, ușoare și accesibile. Pielea se găsește în contact permanent cu diferite impurități din mediul extern (praf, fum, substanțe toxice, microbi) sau de origine internă (transpirație, sebum, celule epidermice deshuamate). Aceste impurități se acumulează pe suprafața pielii și îi pot stânjeni funcțiile normale; în același timp crează un mediu prielnic de înșămânțare și de înmulțire a microbilor patogeni și a ciupercilor. Pentru îndepărtarea acestor impurități de pe suprafața pielii se recomandă unele măsuri:

- Spălarea zilnică sub formă de duș cu apă și săpun, după efectuarea gimnasticii de dimineață.
- Pielea feței se spală cu apă la temperatura camerei sau cu apă caldă alternată cu apă rece (se termină cu apă rece). Se asigură o alternanță între vasodilatație și vasoconstricție, care asigură o mai bună hrănire a pielii. Dacă fața este spălată numai cu apă rece, pielea nu este bine curățată, devine uscată și aspră. Apă fierbinte curăță bine pielea grasă, dar folosită timp îndelungat produce o vasodilatație persistentă (roșeață persistentă a obrazilor și nasului) și din cauza slăbiri tonusului mușchilor pielosi, tegumentul feței devine flasc. O dată sau de două ori pe săptămână, pielea feței trebuie spălată cu săpun. Spălarea mai frecventă cu săpun degradează și subțiază statul cornos și reduce reacția acidă a pielii.
- Spălarea mâinilor cu apă și săpun ori de câte ori se murdăresc și obligatoriu înaintea fiecărei mese.
- Spălarea zilnică a picioarelor, în mod obligatoriu seara înainte de culcare sau după orice activitate sportivă. Neglijarea îngrijirii picioarelor poate cauza răni, degerături, eczeme micotice, infecții stafilococice, etc. În caz de transpirație abundentă, picioarele trebuie spălate mai des; ciorapii trebuie schimbați zilnic.
- Baia generală, sub forma dușului cu apă și săpun. Jetul de apă caldă are acțiune de spălare, dar și de masaj ușor al pielii. Masajul pielii are efect liniștitor asupra sistemului nervos central. O dată pe săptămână, se recomandă baia de aburi, ca mijloc de tonificare și dezintoxicare a organismului. Săpunul are rolul de a dizolva grăsimile de pe piele și de a îndepărta impuritățile depuse pe ea.
- Săpunul nu trebuie să fie prea alcalin, pentru că neutralizează aciditatea secrețiilor pielii. Spălarea pielii este ușurată și de folosirea buretelui sau a periei de corp, care trebuie să fie strict individuale.
- Se recomandă terminarea spălării corpului cu un duș rece, care contribuie la călirea organismului. Ștergerea se va face cu prosopul, strict individual; constituie un mijloc de fricțiune a pielii.

Igiena unghiilor

Unghiile trebuie tăiate scurt, dar nu exagerat, pentru că sub ele se adună murdăria. Spațiile de sub unghii trebuie spălate zilnic cu perie și săpun. Dacă unghia se deslipește de patul digital, se protejează cu leucoplast.

Igiena părului

- O dată sau de două ori pe săptămână pielea capului și părul trebuiesc spălate cu apă și săpun sau șampon.
- Spălarea în fiecare zi duce la uscarea pielii capului prin îndepărtarea sebumului, mâncărime, mătreață, căderea părului.
- Părul trebuie îngrijit și prin periere zilnică; se îndepărtează praful, mătreața, se produce o repartizare egală a sebumului și crește fluxul sanguin la nivelul pielii capului, efect care duce la hrănirea mai bună a părului.

Igiena cavității bucale

Cavitatea bucală este primul segment al tubului digestiv. Este locul de intrare al alimentelor. În ea au loc primele faze ale digestiei. Este și o poartă de intrare a microbilor în organism.

- Cel puțin o dată pe an este obligatoriu controlul stomatologic și tratarea cariilor depistate. O carie dentară se poate complica cu procese inflamatorii.
- Pentru prevenirea apariției cariilor este obligatoriu spălutul pe dinți cu periuță și pastă, după fiecare masă principală.
- Dacă apar leziuni ale buzelor sau mucoasei cavității bucale, acestea trebuie tratate cu glicerină boraxată 10%.

Igiena nasului

- Nasul este locul unde aerul care intră în aparatul respirator este filtrat, încălzit și umezit.
- Nasul se îngrijește prin spălare, dimineața și prin curățirea cu batistă de câte ori este nevoie.
- Trebuie evitate deprinderile de a introduce degetele în nas sau de smulge perii din nas, deoarece se poate leza mucoasa nazală; deasemenea se pot introduce numeroși microbi în organism.

Igiena ochilor

Ochii trebuie îngrijiți cu mare atenție deoarece sunt intens solicitați pentru aprecierea corectă a distanțelor, pentru vederea periferică, pentru perceperea precisă a semnalelor luminoase și pentru diferențierea culorilor. Se pot produce conjunctivite și blefarite.

Pentru prevenirea îmbolnăvirilor se indică următoarele:

- ștergerea ochilor cu batistă și nu cu mâna sau tricoul;
- instilarea în fiecare ochi a 1-2 picături de soluție dezinfectantă;

Igiena urechilor

Urechile au rol important în orientarea în spațiu și pentru echilibru.

Urechile se îngrijesc prin:

- spălare cu apă și săpun;

- dacă sau produs dopuri de cerumen pe conductul auditiv extern, ele se înmoaie cu apă caldă și se îndepărtează cu un bețișor înfășurat în vată și înmuiat în glicerină. Folosirea în acest scop a corpurilor ascuțite poate duce la iritări ale pielii și timpanului, urmat de infecții.

PES 9 - Planificarea familială

Planificarea familială înseamnă reglarea concepției, adică planificarea numărului de copii în raport de condițiile sociale și de sănătate ale cuplului care se poate realiza prin contracepție pe timp limitat sau pe o durată îndelungată. Planificarea familială înseamnă și controlul natalității (birth control) care include întreruperea evoluției unei sarcini. AMC are printre sarcinile sale și educația cuplurilor pentru cunoșterea și folosirea măsurilor de contracepție recomandate de medicul de familie sau de specialistul din cadrul cabinetului de planificare familială.

Este important ca AMC să nu recomande din inițiativă proprie anticoncepționalele hormonale. Acest tip de anticoncepționale trebuie să fie recomandate de către medic ca o măsură medico socială în urma unui examen medical și o analiză atentă de risc avantaj pentru fiecare femeie, individualizat. În prezent există pe piață zeci de preparate de anticoncepționale din care medicul trebuie să aleagă preparatul optim în raport cu vârsta, constituția fizică, starea de sănătate și situația medico socială a pacientei.

AMC are datoria să informeze pacienta despre importanța respectării recomandărilor medicului și să atenționeze asupra unor simptome care prefațează eventualele complicații:

- Dureri și tumefierea gambelor – pericol de tromboză
- Icter constatat la nivelul conjunctivelor – leziuni hepatice
- Tulburări acute de vedere – accident cerebral
- Creșterea tensiunii arteriale
- Creșterea glicemiei

Există și alte metode anticoncepționale:

- Folosirea prezervativului la contactul sexual
- Aplicarea unei diafragme intravaginale , respectiv pentru colul uterin
- Introducerea unor dispozitive intrauterine (sterilet) de diferite forme și confecționate din materiale diferite

Aceste dispozitive medicale se prescriu și se aplică de către medicul specialist ginecolog.

Posibile complicații :

- Sângerări menstruale mai abundente sau cu durata de peste 5 zile
- Dureri și scurgri mai abundente din vagin
- Expulzia spontană a steriletului

În cazul în care ca AMC constată una din complicațiile de mai sus, aceasta trebuie să îndrume pacientă la medicul ginecolog. De preferat, ca din 6 în 6 luni, să fie făcut un control ginecologic al pacientei purtătoare de dispozitiv intrauterin.

PES 10 - Autoexaminarea sânilor

Această fișă poate fi distribuită beneficiarilor AMC cu scop informativ sau folosită ca bază de discuție în cadrul sesiunilor individuale de promovare a sănătății.

De ce trebuie să practicăm autoexaminarea sânilor?

- Sânul este un organ glandular bilateral situat pe fața anterioară a toracelui, cu rol în sexualitate și maternitate.
- Sâni diferă ca formă și mărime de la femeie la femeie
- Sâni se modifică pe parcursul vieții, de la pubertate până la bătrânețe pe parcursul fiecărui ciclu menstrual (lunar), datorită nivelurilor variabile ale hormonilor feminini.
- Înaintea menstruației sâni pot fi măriți de volum, sensibili și de consistență mai fermă.
- Odată cu apariția menstruației, aceste modificări ale sânilor pot să se accentueze sau chiar să dispară.
- Modificările lunare ale sânilor dispar odată cu instalarea menopauzei.
- Autoexaminarea lunară a sânilor este simplă și ușor de efectuat de către orice femeie care poate observa schimbările apărute la acest nivel.
- Modificările observate pot fi consecința unor boli obișnuite, lipsite de gravitate, dar în același timp pot fi și semne ale unui cancer, motiv pentru care trebuie să vă adresați în cel mai scurt timp medicului.

Așadar, atenție la semnele de alarmă

- Noduli sau umflături
- Adâncituri neregulate sau orice altă modificare la nivelul pielii sânelui
- Scurgeri la nivelul mamelonului (sfârcului)
- Mâncărimi, cruste sau retracția mamelonului
- Durere la nivelul sânelui
- Creșterea în volum a unui sân

Când se face autoexaminarea sânelui?

- Momentul cel mai potrivit pentru autoexaminarea sânelui este la câteva zile după terminarea menstruației, când sâni nu mai sunt tensionați.
- În cazul ciclurilor menstruale neregulate și după instalarea menopauzei, efectuați autoexaminarea sânelor lunar, la aceeași dată a lunii.

Cum se face autoexaminarea sânelor?

Examinarea în fața oglinzii, mai întâi cu brațele ridicate deasupra capului, iar apoi cu mâinile puse pe șold



Observați dacă apar modificări de formă, mărime, contur, roșeață sau secreții

Palparea sânelor se poate face în poziție culcat sau în picioare (la duș)

- În poziție culcat pe spate, cu o pernă așezată sub umărul drept și cu brațul drept sub cap. Cu degetele mâinii stângi se palpează sânul drept utilizând una din următoarele mișcări: în cerc, de sus în jos sau radial. Palpați și axila dreaptă (subțioara) pentru a simți eventual noduli.
- Examinați-vă sânul stâng și axila stângă după tehnica descrisă anterior, utilizând degetele mâinii drepte.
- În picioare (la duș cu mâna săpunită) ridicați brațul drept deasupra capului și palpați sânul drept cu mâna stângă folosind tehnica descrisă anterior. Se repetă manevra și pentru palparea sânelor stângi.



⁹ <http://www.patient.co.uk/doctor/Breast-Lumps-and-Breast-Examination.htm>
http://www.breastcancer.org/symptoms/testing/types/self_exam/bse_steps.jsp

Nu uitați

- Frecvent, descoperirea unor modificări la nivelul sânilor este făcută în mod accidental chiar de către femeie. Deși majoritatea nodurilor mamare nu sunt cancerigene, este bine ca, practicând în mod regulat autoexaminarea sânilor, să îi descoperiți cât mai repede de la apariția lor. Autoexaminarea sânilor vă poate salva viața!
- Autoexaminarea sânilor este cea mai bună metodă de depistare precoce a cancerului mamar.
- Ea poate fi completată de o examinare a sânilor efectuată de medic și de o examinare paraclinică
- **În cazul depistării unor modificări, consultați de urgență un medic!**

PES 11 - Fișa privind măsurile de prevenire a bolilor cardiovasculare

Această fișă poate fi distribuită beneficiarilor AMC cu scop informativ sau folosită ca bază de discuție în cadrul sesiunilor individuale de promovare a sănătății.

Bolile cardiovasculare (BCV) sunt principala cauză de deces, internare în spital și handicap fizic la nivelul populației adulte și vârstnice din Europa. BCV reprezintă cauza a 42% dintre decesele înregistrate în rândul populației masculine și respectiv 55% din decesele din rândul femeilor din Uniunea Europeană. În cadrul acestor afecțiuni, boala coronariană (BC) se situează pe locul 1 ca și număr de decese de cauză cardiovasculară, iar accidentul vascular cerebral (AVC) pe locul al doilea.

Studiile observaționale au demonstrat că reducerea incidenței principalilor 3 factori de risc cardiovascular (FRCV) majori (fumat, dislipidemie, hipertensiune arterială) este responsabilă de peste 50% din reducerea mortalității CV. Prevenția BCV reprezintă astăzi, cu certitudine, principalul mijloc de reducere a ratei de apariție a manifestărilor și complicațiilor CV.

Se delimitează două căi distincte dar cu acțiune complementară în realizarea dezideratelor prevenției CV: în primul rând strategia individualizată „a riscului înalt” – adresată pacienților cunoscuți cu BCV sau cu risc crescut de a dezvolta în viitor BCV, iar în al doilea rând strategia „populațională” – aplicată global la nivelul populației.

Numeroase studii științifice, pornind de la studii observaționale la trialuri clinice randomizate susțin eficiența intervențiilor de schimbare a stilului de viață (în principal oprirea fumatului, dietă și creșterea nivelului de activitate fizică), tratamentului HTA, dislipidemiei și DZ, precum și utilizarea selectivă a terapiei medicamentoase profilactice (aspirină, beta blocante, inhibitorii enzimei de conversie ai angiotensinei, agenți hipolipemianți și anticoagulante). Toate aceste măsuri reduc morbiditatea și mortalitatea la cei cu BCV și de asemenea reduc riscul dezvoltării acestor afecțiuni.

Fumatul - este un FRCV major și independent, ale cărui efecte sunt direct proporționale cu numărul de țigări fumate zilnic și cu perioada de timp de când individul fumează (vezi fișa de lucru pt educație pentru sănătate a pacienților și colectivităților – ES 3 Combaterea fumatul)

Activitatea fizică - Multe dintre beneficiile activității fizice privind profilaxia BCV (influențarea profilului lipidic, a sensibilității la insulină sau a valorilor tensionale) au însă un caracter „acut” (adică se mențin doar scurt timp după încetarea activității fizice). Exercițiul fizic zilnic (doza zilnică de efort) devine astfel o necesitate terapeutică. Combaterea sedentarismului la adulți

conduce la creșterea speranței de viață și întârzierea debutului BCV. Chiar și un nivel moderat de activitate fizică poate avea un efect benefic asupra mortalității dar și asupra evenimentelor coronariene nefatale.

Hipertensiunea arterială - Ameliorarea TA reprezintă una dintre cele mai importante măsuri de prevenție și scădere a decesului de cauză CV în întreaga lume, fiind prezentă la aproximativ jumătate din totalul pacienților cu BCV. Valorile TA pot fi reduse atât prin intervenția asupra stilului de viață cât și prin tratament farmacologic.

Studiile demonstrează scăderea moderată a valorilor tensionale odată cu reducerea aportului de sare și alcool, creșterea aportului de potasiu și a uleiului de pește, scăderea în greutate, creșterea nivelului de activitate fizică și renunțarea la fumat.

Măsuri pentru schimbarea stilului de viață trebuie instituite oricând este necesar, la toți pacienții, incluzând subiecții cu tensiune la limita superioară a normalului și pacienții care necesită tratament medicamentos. Scopul este reducerea tensiunii arteriale, controlul altor factori de risc și reducerea numărului și dozelor administrate de agenți antihipertensivi.

În consecință măsurile legate de stilul de viață care trebuie avute în vedere la toți pacienții hipertensivi sunt :

- oprirea fumatului
- reducerea greutății la pacienții supraponderali
- moderație în consumul de alcool
- creșterea nivelului de activitate fizică
- reducerea aportului de sare
- creșterea aportului de fructe și legume
- scăderea aportului de grăsimi sature și totale.

Schimbarea stilului de viață la pacientul hipertensiv trebuie inițiată și urmărită pe termen lung. Cu toate acestea, măsurile legate de stilul de viață nu trebuie niciodată să întârzie instituirea tratamentului medicamentos, în special la pacienții cu nivele crescute ale riscului CV.

Elemente de nutriție

Recomandări generale:

- o alimentație variată și echilibrată din punct de vedere al conținutului caloric, asociată activității fizice regulate, sunt esențiale pentru păstrarea unui stil de viață sănătos - aceasta are rolul de a asigura un aport optim de nutrienți, vitamine și minerale;
- trebuie încurajat consumul de pește, fructe și legume, cereale și produse din cereale, lactate degresate și carne slabă;
- aportul caloric trebuie ajustat pentru a atinge și a menține greutatea ideală.
- înlocuirea grăsimilor saturete și a acizilor grași trans saturați cu grăsimi mono- sau polinesaturate de origine vegetală.
- trebuie încurajat consumul de fructe și legume (3 până la 5 porții pe zi) și reducerea aportului de sare în alimentație (sub 6 g pe zi).

Recomandări speciale:

- Reducerea LDL-c poate fi obținută prin scăderea aportului de acizi grași saturați (carne și produse din lapte, prăjituri, biscuiți, ulei de cocos, ulei de palmier, alimente semi-preparate) și transsaturate (margarină, lactate și carnea de vită) precum și înlocuirea acestora cu produse degresate sau cu grăsimi polinesaturate de origine vegetală.
- Creșterea concentrației de HDL-c poate fi obținută prin creșterea nivelului activității fizice la subiecții sedentari și controlul glicemiei la diabetici. Consumul moderat de alcool poate crește HDL-c (aceasta nu este o recomandare fermă dar nici nu reprezintă o contraindicație la subiecții cu HDL-c scăzut). Consumul de dulciuri rafinate se asociază cu reducerea concentrației de HDL-c.
- Scăderea trigliceridelor poate fi obținută prin creșterea nivelului activității fizice la sedentari, scăderea în greutate la obezi, controlul glicemiei la diabetici, controlul aportului de dulciuri rafinate și a alcoolului în exces și aportul de acizi grași omega-3 (prezenți în uleiul de pește și în unele uleiuri vegetale).
- Scăderea TA poate fi obținută prin controlul aportului de sare și alcool și scăderea în greutate la obezi. Pentru a reduce aportul de sare, subiecții trebuie să consume alimente proaspete sau conservate prin congelare și să limiteze adaosul de sare la prepararea sau consumarea alimentelor.

Obezitatea

Studiile epidemiologice efectuate în rândul populațiilor vest-europene au evidențiat asocierea dintre obezitate și mortalitatea generală - datorată în mare măsură complicațiilor CV ce cresc direct proporțional cu creșterea în greutate

- Scăderea în greutate este recomandată tuturor subiecților cu indice de masă corporală IMC > 30 kg/m² sau a celor cu IMC peste 25 kg/m² dacă asociază și alți FRCV. Recomandări recente susțin menținerea circumferinței abdominale la valori mai mici de 94 cm pentru bărbați și respectiv 80 cm în cazul femeilor.

- Pentru a obține scăderea în greutate, se recomandă reducerea aportului caloric și practicarea zilnică a activităților fizice. Reducerea aportului caloric se obține prin reducerea consumului de alimente cu valoare energetică crescută – ex. grăsimea alimentară (9 kcal/g) și alcoolul (7 kcal/g)
- Este necesară diminuarea aportului de alimente cu indice glicemic crescut (cele cu conținut crescut de zahăr) și conținut scăzut de micronutrienți.
- Aportul de grăsimi trebuie ajustat astfel încât acestea să asigure 20-35% din energia necesară, în special pe seama reducerii consumului de grăsimi saturate.
- Scăderea în greutate implică o motivație puternică din partea subiectului, încurajare și suport pe termen lung din partea medicului, cu consiliere refritoare la aspectele practice ale scăderii în greutate.

Dislipidemia

Riscul CV crește proporțional cu nivelul colesterolului plasmatic. Pentru toți pacienții colesterolul total plasmatic trebuie menținut sub 5 mmol/l (190 mg/dl), iar LDL-colesterolul sub 3 mmol/l (115 mg/dl). La persoanele cu risc CV crescut, în special la cei cu BCV aterosclerotică clinic instalată și la pacienții diabetici, valorile țintă ale tratamentului trebuie să fie mai mici: colesterol total <4,5 mmol/l (~175 mg/dl), opțional <4 mmol/l (~155 mg/dl) dacă este posibil și LDL-colesterol <2,5 mmol/l (~100 mg/dl), opțional <2 mmol/l (~80 mg/dl) dacă este posibil. Dacă atingerea acestor valori țintă nu este posibilă, riscul total poate fi totuși redus prin eforturi mai susținute de control al celorlalți FRCV.

Diabetul zaharat

Studii epidemiologice au demonstrat că hiperglicemia este asociată cu un risc crescut de a dezvolta atât boli cardiovasculare cât și alte afecțiuni aterosclerotice.

Deși diabetul în sine crește riscul CV atât în diabetul zaharat DZ tip 1 cât și în DZ tip 2, trebuie subliniat faptul că FRCV convenționali (HTA, LDL-c crescut și fumatul) au același impact asupra riscului CV ca și în cazul pacienților nediabetici, iar asocierea lor la condiția de diabetic determină creșterea adițională a riscului CV. Modificarea lor aduce astfel beneficii substanțiale și oferă un potențial crescut măsurilor de prevenție. Este astfel necesară individualizarea atât a riscului global cât și a strategiilor de prevenție. Acestea urmează aceleași principii ca și în cazul pacienților nediabetici, doar că țintele terapeutice sunt mai stricte în cazul diabeticilor.

Sindromul metabolic

Sindromul metabolic reprezintă asocierea mai multor FRCV, iar diagnosticarea acestuia conferă pacientului un risc cardiovascular crescut. Ameliorarea stilului de viață este cea mai eficientă metodă de intervenție în vederea combaterii tuturor componentelor sindromului metabolic.

Exemplu de poster/mesaje pentru prevenirea bolilor cardiovasculare

La 53 de ani nu mai ești ca la 35!

Dacă vrei să fii sănătos, gândește-te de 2 ori la cele 7 caracteristici pe care este bine să le ai

0	zero tutun
3	merg 3 km pe jos zilnic sau fac 30 minute exerciții fizice moderate în fiecare zi
5	porții de legume și fructe zilnic
140	tensiunea arterială sistolică mai mică de 140 mm Hg
5	colesterolul total sub 5 mmol/l
3	LDL colesterolul sub 3 mmol/l
	nu au diabet și nu sunt supraponderali

Evaluarea on-line a riscului CV global

Evaluarea riscului CV global se poate realiza prin accesarea on-line la adresa: <http://www.heartscore.org/ro>. Posibilitatea evaluării computerizate a riscului CV global ușurează sarcina medicului prin rapiditatea și reprezentarea grafică a rezultatelor oferind posibilitatea creerii unei baze de date cu rezultatele curente și cele de la evaluările anterioare, facilitând totodată comunicarea acestora către pacient.

Pentru a accesa pagina pe care o doriți aveți nevoie de un cont valid My ESC.

http://escol.escardio.org/MyESC/modules/Us̄er/register_step1.aspx?returnURL=/MyESC/modules/dashboard/default.aspx

Dupa accesarea linkului de mai sus, urmati pasii enumerati in ghidul utilizatorului: http://www.heartscore.org/ro/Documents/Romania_UsersGuide2008.pdf.

PES 12 - Fișa privind măsurile de prevenire a bolilor cerebrovasculare (AVC ischemic, AVC hemoragic)

Această fișă poate fi distribuită beneficiarilor AMC cu scop informativ sau folosită ca bază de discuție în cadrul sesiunilor individuale de promovare a sănătății

Recomandări cu scopul de a reduce riscul de AVC la persoanele asimptomatice:

- Tensiunea arterială trebuie verificată regulat. Se recomandă ca hipertensiunea arterială să fie tratată prin modificarea stilului de viață și terapie medicamentoasă individualizată având ca țintă niveluri de 120/80 mmHg.
- Pentru pacienții prehipertensivi (120 - 139/80 - 90 mmHg), cu insuficiență cardiacă congestivă, infarct miocardic, diabet sau insuficiență renală cronică este indicată medicația antihipertensivă.
- Glicemia trebuie verificată cu regularitate.
- Se recomandă ca diabetul să fie tratat prin modificarea stilului de viață și terapie medicamentoasă individualizată.
- La pacienții diabetici, tensiunea arterială ridicată trebuie intensiv tratată având ca țintă niveluri sub 130/80 mmHg.
- Atunci când este posibil tratamentul ar trebui să includă un inhibitor de enzimă de conversie a angiotensinei sau un antagonist de receptori ai angiotensinei.
- Colesterolul sanguin trebuie verificat cu regularitate. Se recomandă tratarea hipercolesterolemiei (LDL > 150 mg/dl [3,9 mmol/l]) prin modificarea stilului de viață și o statină.
- Se recomandă descurajarea fumatului.
- Se recomandă descurajarea consumului cronic de alcool în cantități mari.
- Se recomandă activitatea fizică regulată.
- Se recomandă o dietă cu conținut scăzut de sare și grăsimi saturate și bogată în fructe, legume și fibre.
- Se recomandă scăderea ponderală pentru persoanele cu index de masă corporal ridicat.
- Nu se recomandă suplimentele vitaminice antioxidante.
- Terapia de substituție hormonală nu se recomandă pentru prevenția primară a accidentului vascular cerebral.
- Un stil de viață sănătos, constând din:
 - abținerea de la fumat
 - index de masă corporală la limita de jos a valorilor normale
 - consum moderat de alcool
 - activitate fizică regulată
 - alimentație sănătoasă

PES 13 - Fișa privind prevenirea și controlul tuberculozei (TB)

Această fișă poate fi distribuită beneficiarilor AMC cu scop informativ sau folosită ca bază de discuție în cadrul sesiunilor individuale de promovare a sănătății.

Date generale

- Ce este o infecție? Este o boală determinată de un microb care se dezvoltă în organism.
- Ce este un microb? Este un microorganism atât de mic încât nu poate fi văzut cu ochiul liber. Pentru a-l vedea trebuie să utilizăm un microscop care îl mărește de mai multe ori.
- Tuberculoză este o infecție dată de un microb care se numește bacil. Bacilul care produce tuberculoza se numește *Mycobacterium tuberculosis* sau bacilul Koch=BK. Toate organele pot fi afectate de bacilul Koch și pot fi afectate mai multe organe în același timp, însă cel mai frecvent afectat organ este plămânul.
- Tuberculoză este o boală cu declarare obligatorie; fiecare caz este declarat autorităților pentru a putea lupta eficient împotriva acestei maladii a cărei recrudescență se înregistrează în zilele noastre. Boala poate fi combătută!
- Tuberculoză se transmite prin aer! De la omul bolnav, prin tuse, strănut se eliberează mici particule și astfel bacilii intră în organism pe cale respiratorie iar de acolo se vor fixa în orice loc în organism, se multiplică, depășesc capacitatea de apărare a organismului și astfel infecția se transformă în boală.
- Localizarea cea mai frecventă se întâlnește la nivelul plămânilor!

Infecție și boală

O persoană poate fi *infectată* cu bacilul Koch care cauzează tuberculoza dar poate să nu aibă boala. Multe persoane pot fi infectate cu bacteria care determină tuberculoza dar numai câteva dintre aceste persoane (cam 10%) pot dezvolta boala.

Persoanele sănătoase, care sunt infectate cu bacteria care cauzează TB, sunt capabile să se lupte cu infecția și să nu se îmbolnăvească de TB. Bacilul este dormant (inactiv) în plămânii lor. Dacă organismul lor nu este capabil să lupte cu infecția, numărul bacililor continuă să crească și astfel apare tuberculoza

Condițiile care pot determina progresia infecției spre boala depind de:

- Mărimea dozei infectante, ex.cât de mulți bacili au fost inhalați
- Apărarea persoanei infectate (rezistența gazdei). Apărarea poate fi slăbită de malnutriție, alte boli ori de vârsta înaintată.

Cine este contagios?

Există grade diferite de contagiozitate, depinzând de cantitatea de bacili eliminată și de durată și intimitatea contactului.

- Din punctul de vedere al cantității de bK eliminată, cei mai contagioși pacienți sunt cei pulmonari, bK pozitivi la microscopie,
- Din punctul de vedere al duratei/intimității contactului, cei mai expuși sunt contactii intradomiciliari.

O persoană care are tuberculoză extra-pulmonară (în alte locuri decât în plămâni) nu este contagioasă.

Persoane contagioase	Persoane necontagioase
Persoane cu TB pulmonară	Persoane cu tuberculoză non-pulmonara
Persoane cu TB boal	Persoane infectate cu bK, dar care nu au boală
Pacienți care nu urmează tratamentul/corect	Pacienți care iau DOTS
	Cei mai mulți dintre copii sunt mai puțin infectanți decât alte persoane

Cine prezintă risc crescut de a se îmbolnăvi de tuberculoză?

- Toată lumea se poate îmbolnăvi de tuberculoză deoarece aceasta este o boală contagioasă!
- Unele persoane sunt mai receptive decât altele:
 - Persoane care vin în contact cu persoane bolnave de TB
 - Persoane seropozitive sau bolnave de SIDA
 - Persoane cu deficiențe imunitare (persoane sub tratament chimioterapic, corticoterapie, diabetici, alcoolici, malnutriți)
 - Alte condiții (condiții socioeconomice precare, bătrâni, copii mici până la 4 ani, femei însărcinate).

Care sunt simptomele bolii?

Cel mai frecvent, tuberculoza se manifestă prin semne puțin specifice dar a căror persistență ar trebui să te alerteze:

- tuse persistentă, cu o durată mai mare de 15-21 zile
- pierdere în greutate (60% din greutatea ideală și fără ameliorare în 4 săptămâni)
- oboseală
- febră mai mult de 3 săptămâni; febra poate fi de orice tip (poate fi doar o creștere ușoară a temperaturii spre seară sau poate fi foarte mare sau neregulată)
- transpirații nocturne
- dispnee ("suflă greu")
- lipsa poftei de mâncare
- expectorație inițial mucoasă, apoi muco-purulentă, purulentă

- hemoptizie (expectorație cu sânge)
- junghi toracic (mai mult de 3 săptămâni)

Orice tuse care durează mai mult de trei săptămâni ar trebui să alarmeze pacientul și să îl determine să consulte un medic! Alte simptome sunt dependente de localizarea bolii.

Care sunt examenele medicale necesare diagnosticării acestei boli?

- Evidențierea bacililor în spută:
- Confirmarea bacteriologică fundamentează diagnosticul de certitudine!
- Radiografia pulmonară permite vizualizarea leziunilor fără a oferi o certitudine diagnostică!

Cum se tratează?

- Tratamentul durează de obicei 6-8 luni dar durata se poate modifica în funcție de gravitate și localizare.
- Tratamentul este constituit din mai multe medicamente pentru a evita apariția rezistenței bacilului.
- Durata tratamentului, chiar dacă este considerată a fi suficient de lungă, este necesară pentru a evita apariția recăderilor.
- Dacă tratamentul este oprit prea repede, nu mai este eficace iar tuberculoza devine rezistentă la tratament și va fi mult mai dificil de tratat.
- Tratamentul este obligatoriu și gratuit
- Tratamentul trebuie luat sub direct observație a unui cadru medical
- De tratament beneficiază și persoanele neasigurate
- Dacă boala este tratată corect, sub directă observare a personalului medical încă de la debut, se vindecă!

Tratarea corectă a pacientului reprezintă cea mai importantă formă de prevenție. Dacă detectați un bolnav de TB anunțați-i pe cei din anturajul său și îndrumați-l către medic pentru a permite în acest fel depistarea și tratarea persoanelor bolnave !

PES 14 - Fișa privind prevenirea și controlul diabetului zaharat

Această fișă poate fi distribuită beneficiarilor AMC cu scop informativ sau folosită ca bază de discuție în cadrul sesiunilor individuale de promovare a sănătății

Educația terapeutică a pacientului face parte integrantă din managementul diabetului zaharat. Procesul educațional se desfășoară continuu, sub diferite forme și este absolut necesar pentru obținerea unui bun control metabolic și ameliorarea calității vieții. Scopul acestui efort este acela de a ajuta persoana cu diabet să se adapteze cât mai bine la noua sa condiție de viață și de a împiedica apariția complicațiilor.

Educația poate fi individuală sau în grup. Trebuie să ne asigurăm că educația terapeutică este accesibilă tuturor pacienților cu diabet zaharat, ținând cont de apartenența culturală, etnică, psihosocială etc.

Managementul stilului de viață

Pacienții cu diabet zaharat tip 2 sunt în majoritate supraponderali sau obezi și au, în general, un stil de viață nesănătos (obiceiuri alimentare nesănătoase, sedentarism) care a contribuit, alături de alți factori, la apariția afecțiunii. De aceea, se impune ca imediat după diagnosticare să se identifice modalitățile de intervenție asupra stilului de viață. Prin ameliorarea stilului de viață se urmărește atingerea și menținerea greutateii corporale ideale, scăderea valorilor glicemice, normalizarea valorilor lipidelor serice și a acidului uric (sau aducerea cât mai aproape de normal), menținerea unor valori optime ale tensiunii arteriale, uneori în asocierie cu medicația specifică. Fumatul reprezintă un factor de risc cardiovascular independent, de aceea se va insista pentru renunțarea la fumat și la consumul de etanol.

Recomandări standard:

- Se recomandă modificarea obiceiurilor alimentare anterioare și se asigură accesul la un dietetician.
- Se individualizează dieta în funcție de vârstă, sex, înălțime, greutate, gradul de efort fizic, preferințe, tradiția locală, nivelul de cultură.
- Monitorizarea aportului de carbohidrați este o componentă esențială a strategiei de obținere a controlului glicemic optim.
- Se restricționează consumul de alcool.
- Aportul de grăsimi saturate trebuie să reprezinte < 7% din aportul caloric total.
- Aportul de lipide trans va fi redus la minimum.
- Exercițiul fizic se introduce treptat, în funcție de abilitățile individuale; se încurajează prelungirea duratei și creșterea frecvenței activității fizice (acolo unde este necesar) până la 30 - 45 min./zi, 3 - 5 zile/săptămână sau 150 min./săptămână.

- În absența contraindicațiilor persoanele cu diabet zaharat tip 2 trebuie încurajate să practice antrenamente de rezistență de trei ori pe săptămână.
- Se recomandă renunțarea la fumat (Studiile epidemiologice au asigurat o documentație convingătoare privind legătura cauzală dintre fumat și riscul de sănătate. Studiile efectuate pe pacienți diabetici au evidențiat constant un risc crescut de boală cardiovasculară și deces prematur la fumători. Fumatul este deasemenea asociat cu apariția prematură a complicațiilor microvasculare și ar putea juca un rol în apariția diabetului zaharat de tip 2).

Ținte terapeutice actuale

Importanța controlului glicemic a fost demonstrată în numeroase trialuri clinice, controlul glicemic adecvat generând reducerea riscului evenimentelor cardiovasculare, a mortalității. Echilibrarea metabolică urmărește valorile glicemiei bazale, glicemia postprandială, hemoglobina glicată, valorile lipidelor serice, acidului uric dar și optimizarea valorilor tensiunii arteriale.

Recomandări standard:

- Țintele recomandate pentru adulți în afara sarcinii sunt HbA1c < 7%, glicemie preprandială din sânge capilar 90 - 130 mg/dl, glicemie postprandială din sânge capilar < 180 mg/dl.
- În ceea ce privește controlul glicemic la femeile cu diabet gestațional, se recomandă reducerea concentrațiilor de glucoză în sângele capilar integral matern până la: preprandial $\leq 95\text{ mg/dl}$ și $\leq 140\text{ mg/dl}$ la 1 oră după masă și $\leq 120\text{ mg/dl}$ la 2 ore după masă.
- Se recomandă monitorizarea controlului glicemic cu ajutorul HbA1c efectuată de cel puțin două ori pe an la pacienții care îndeplinesc obiectivele terapeutice și au control metabolic stabil.
- Se recomandă determinarea trimestrială a HbA1c la pacienții a căror terapie a fost modificată sau care nu îndeplinesc obiectivele controlului glicemic.
- Valori țintă mai puțin stricte ale HbA1c se vor avea în vedere la persoanele cu frecvențe uneori, atingerea țintei terapeutice la pacienții cu diabet zaharat insulinotratat sau cu sulfonilureice poate crește riscul de apariție a episoade hipoglicemice, persoanele vârstnice sau cu tulburări psihice.
- Se recomandă valori ale
 - LDL-colesterol < 100 mg/dl;
 - HDL-colesterol > 40 mg/dl la bărbați și > 50 mg/dl la femei;
 - Trigliceride < 150 mg/dl.
 - Menținerea tensiunii arteriale sistolice < 130 mmHg și diastolice < 80 mmHg.
 - Menținerea indicelui de masă corporală < 25 kg/mp.
- Țintele terapeutice prezentate pot fi modificate în funcție de prezența diverșilor factori de risc cardiovascular cunoscuți, de asocierea altor afecțiuni și de speranța de viață.

Automonitorizarea glicemiei

Autocontrolul glicemiei face parte integrantă din strategia de tratament atât a pacientului cu diabet zaharat insulinotratat cât și al celui cu tratament oral.

În cadrul procesului de educație terapeutică, automonitorizarea este esențială pentru adaptarea corespunzătoare a dozelor de insulină în diferite situații, pentru gradarea efortului fizic sau a aportului alimentar, toate acestea în scopul atingerii și menținerii țintelor terapeutice.

Recomandări standard:

- Autocontrolul glicemiei (folosind glucometrul) este indispensabil pacienților cu diabet zaharat insulinotratați și la femeile cu diabet gestațional.
- Autocontrolul la pacienții cu DZ 2 tratați cu antidiabetice orale (ADO) poate fi util pentru a da informații despre hipoglicemie, poate evidenția variațiile glicemice datorate modificărilor de medicație sau ale stilului de viață și poate monitoriza schimbările survenite în cursul afecțiunilor intercurrente.
- Automonitorizarea este benefică dacă persoanele cu diabet sunt instruite să efectueze autotestarea, să înregistreze datele, să înțeleagă semnificația acestora și să intervină în schema terapeutică sau să se adreseze unui specialist.

Lista de verificare pentru sesiunile dedicate pacienților diabetici

1	Revizuiți glicemia	
2	HgbA1C	
3	Verificați TA	
4	Măsurați greutatea	
5	Măsurați circumferința taliei	
6	Verificați picioarele	
7	Revizuiți alimentația	
8	Discutați despre activitățile zilnice	
9	Revizuiți medicația	
10	Discutați despre consumul de alcool	
11	Discutați despre consumul de tutun	

PES 15 - Fișa privind combaterea consumului de alcool

Efecte asupra organismului

Această fișă poate fi distribuită beneficiarilor AMC cu scop informativ sau folosită ca bază de discuție în cadrul sesiunilor individuale de promovare a sănătății

Efecte nocive ale alcoolului

- Alcoolul încetinește funcționalitatea sistemului nervos central; alcoolul blochează o parte din mesajele care ar trebui să ajungă la creier alterând astfel percepțiile, emoțiile, mișcarea, vederea și auzul persoanei.
- În cantități moderate alcoolul poate ajuta persoana să fie mai relaxată și mai puțin anxioasă.
- În cantitate mai mare alcoolul provoacă modificări majore la nivelul creierului astfel rezultând intoxicația.
- Persoanele care au abuzat de alcool își vor pierde concentrarea, abilitatea de a se exprima coerent sau de a-și menține echilibrul; vor și dezorientați și confuzi.
- În funcție de persoană, intoxicația poate face consumatorul extrem de prietenos și vorbăreț sau foarte agresiv și nervos.
- Viteza de reacție este diminuată dramatic, motiv pentru care este interzisă conducerea autovehiculelor după consumarea de băuturi alcoolice. Când sunt consumate cantități foarte mari de alcool într-o perioadă de timp scurtă poate rezulta intoxicația cu alcool.
- Intoxicația cu alcool este exact ceea ce spune și denumirea sa: corpul devine intoxicat cu o cantitate mult prea mare de alcool. Voma violentă este unul din primele semne ale intoxicării cu alcool; somnolența extremă, inconstiența, dificultăți în respirație, glicemie extrem de scăzută, palpitații și chiar decesul sunt rezultate ale intoxicării cu alcool.

Starea de ebrietate

Starea de ebrietate denumită în limbajul popular "beție" reprezintă o tulburare pasageră a consumatorului, cauzată de factori externi și având un substrat organic.

Tipul de reacție în cazul stării de ebrietate este influențat de mai mulți factori precum starea fizică și psihică a consumatorului, gradul de toleranță asupra alcoolului cât și factorii perturbatori ai mediului extern. În stare de ebrietate apar o serie de modificări.

Dispoziția psihică trece de la bună dispoziție la deprimare, supărare și agresivitate; inițiativa va trece de la stimulare la inhibare; Comportamentul social este afectat și va trece de la facilitarea unor contacte la manifestări de agresivitate.

Una din principalele modificări survenite este asupra stării de conștientă care va trece de la senzația de a fi mai treaz și conștient la starea patologică manifestată prin amețeli, prin

pierderea temporară a conștienței și comă; raționamentul va prezenta o încetinire, idei obsesive, scădere a capacității critice, ceea ce uneori este privit ca și gândire creativă. O altă modificare evidentă este asupra motricității: vorbirea devine mai greoaie sau cu alte modificări, apar perturbări evidente în coordonarea mișcărilor și o gesticulație necontrolată cu mișcări ample; Modificările neuro-vegetative se vor manifesta prin vasodilatație, modificarea pulsului, grețuri și vărsături, tulburări ale termoreglării, pierderea controlului asupra sfincterelor. Aceste modificări devin tot mai evidente cu accentuarea stării de ebrietate.

În funcție de gradul de alcoolemie, se vor diferenția: stări de ebrietate ușoare (0,5 - 1,5‰), medii (1,5 - 2,5‰) și avansate/coma alcoolică (peste 2,5‰). Modificările însă vor fi foarte diferite de la o persoană la alta aflată în aceeași stare, ținând cont mai ales de gradul de obisnuință în consumarea de băuturi alcoolice.

Ce semnifică abuzul de alcool?

Consumul abuziv de alcool poate să devină un obicei. În unele cazuri și membrii familiei sau ai anturajului consumă alcool, de aceea acest lucru poate părea normal. În cele mai multe cazuri, o persoană care suferă de alcoolism, nu realizează ce cantitate consumă și de asemenea, nu realizează că acest lucru are implicații medicale și sociale grave. Cu cât consumul de alcool este mai îndelungat și cu cât se consumă o cantitate mai mare de alcool, cu atât riscul de apariție a problemelor de sănătate este mai mare.

Un consum moderat de alcool (normal) înseamnă:

- o sticlă de bere (330 ml)
- un pahar de vin (150 ml)
- un pahar mic (44 ml) de tărie

Un consum exagerat de alcool, se caracterizează prin:

- o femeie care consumă mai mult de 7 băuturi pe săptămână sau mai mult de 3 băuturi pe zi
- un bărbat care consumă mai mult de 14 băuturi pe săptămâna sau mai mult de 4 băuturi pe zi

Semne ale abuzului de alcool

- probleme apărute la școală sau serviciu (absenteism, imposibilitatea respectării orarului impus, performanțe reduse);
- consumul de alcool în situații potențial periculoase (de exemplu, înaintea șofatului);
- episoade de pierdere a conștienței, acest lucru însemnând că după un episod de consum exagerat de alcool, persoana nu își aduce aminte nimic despre ce s-a întâmplat în această perioadă;
- probleme legate de consumul excesiv de alcool, precum reținerea pentru șofatul sub influența alcoolului sau abordarea unui comportament violent, secundar intoxicației acute cu alcool;
- accidente personale sau accidentarea unei alte persoane;

- consumul alcoolului în ciuda prezenței unor afecțiuni care pot fi agravate în acest caz, de exemplu, ulcerul peptic (ulcerul gastroduodenal)
- persoanele din anturaj și din familie sunt îngrijorate pentru consumul exagerat de alcool.

Semne ale dependenței sau adicției la alcool

- dorința nestăpânită de a consuma alcool, pierderea controlului volițional, chiar și în cazul în care se dorește acest lucru
- apariția simptomelor de sevraj la întreruperea consumului de alcool (greață, tremor, transpirații, anxietate)
- necesitatea consumului unor cantități tot mai mari de alcool pentru a obține efectele "plăcute" ale acestuia
- în ciuda tuturor semnelor negative, se continuă consumul excesiv de alcool și nu se conștientizează gravitatea acestui fapt
- membrii familiei și prietenii din anturaj, sunt îngrijorați în legătură cu acest comportament
- prezența semnelor fizice de dependență, precum pierderea conștienței în cazul consumului excesiv de alcool
- tendința de a ascunde faptul că există o dependență de alcool (fie că persoana în cauză consumă alcool pe ascuns, fie nu recunoaște că bea în cantități excesive)
- jenă, discomfort în situațiile în care este implicat consumul de alcool (în special cele sociale).

Persoanele care suferă de alcoolism cronic, au în cele mai multe cazuri și probleme de ordin psihic, precum depresia sau anxietatea. De asemenea, alcoolicii sunt predispuși la abuzul și dependența pentru alte substanțe toxice, precum fumatul sau drogurile de orice fel.

Simptomele abuzului de alcool la copii și la adolescenți, sunt diferite de cele care apar în cazul adulților.

Complicații

Consumul cronic de alcool poate cauza diferite probleme de sănătate, apărute în special la nivelul anumitor organe, precum, ficatul, sistemul nervos central (în special creierul) și inimă. De asemenea, agravează hipertensiunea arterială, afecțiuni ale sistemului digestiv (recidive ale ulcerului peptic), poate agrava osteoporoza sau poate cauza diferite tipuri de cancer. Apar, de asemenea, probleme legate de interacțiunile medicamentoase și alcool sau probleme legate de activitatea sexuală (disfuncții erectile, scăderea libidoului sexual). Alcoolismul poate conduce la apariția unui comportament violent, accidente, izolare socială și dificultăți apărute la locul de muncă sau în familie.

Alcoolismul poate cauza probleme grave în rândul adolescenților, femeilor însărcinate și în rândul persoanelor care prezintă diferite afecțiuni. Femeile însărcinate nu trebuie să consume alcool pe toată perioada sarcinii, pentru a evita apariția problemelor legate de dezvoltarea fizică și psihică normală a nou născutului.

Tratament

- Succesul tratării alcoolismului depinde în primul rând, de identificarea și acceptarea faptului că o persoană are o problemă legată de consumul excesiv de alcool.
- Tratamentul suportiv, ca de exemplu consilierea psihologică, pot fi utile în tratamentul alcoolismului.
- Tratamentul trebuie să țină cont și de identificarea dependenței psihice de alcool, în acest caz tratamentul fiind bazat în special pe psihoterapie. Alcoolicii trebuie să întrerupă consumul de alcool, în acest moment fiind necesar tratamentul simptomelor de sevraj (tremor accentuat, obnubilare, agitație psihomotorie). Odată cu tratarea acestor simptome este necesară găsirea unor metode eficiente pentru a încerca să se mențină abținerea la alcool.
- În unele cazuri, când simptomele de sevraj sunt grave și nu dispar după un anumit interval, este necesară administrarea unui tratament medicamentos adjuvant, detoxifiere.
- Consilierea psihologică, integrarea într-un grup al alcoolicilor anonimi, educația corespunzătoare și uneori administrarea anumitor medicamente, sunt folosite pe toată perioada recuperării. În acest moment, recăderile sunt cel mai frecvent întâlnite. Cu toate că deseori odată cu recăderile apar și sentimente de vinovăție, abandonul tratamentului nu este considerat o opțiune. Menținerea abținerei la alcool este un proces care durează toată viața.
- În cele mai multe cazuri, sunt afectați și membrii familiei persoanelor alcoolice. Acestea pot, de asemenea, să participe la diferite programe de educație sau terapie familială. În marea majoritate a cazurilor, membrii familiei încearcă să descurajeze consumul de alcool în cazul persoanei cu probleme, găsind diferite scuze și evidențiind problemele apărute secundar acestui viciu.
- Consilierea este utilă pentru că ajută alcoolicul să înțeleagă că acest viciu este o problemă gravă, pe care trebuie să o accepte și pentru care trebuie să găsească soluțiile adecvate. Consilierea întărește, de asemenea, relațiile pozitive cu membrii familiei și persoanele din anturaj.

PES 16 - Testul AUDIT de evaluare a consumului de alcool

Puteți aplica acest test pentru a evalua consumul de alcool și a furniza informații privind riscurile legate de consumul excesiv de alcool și a îndruma pacienții spre tratament de specialitate

1 unitate de alcool
= 12 mg de alcool pur
= 1 bere (330 ml)
= 1 pahar de vin (125 ml)
= 1 shot de țârie (40 de ml)

Testul AUDIT de evaluare a consumului de alcool

1. Cât de des beți o băutură conținând alcool?

- Niciodată
- Lunar sau mai rar
- 2 la 4 ori pe lună
- 2 la 3 ori pe săptămână
- 4 sau mai multe ori pe săptămână

2. Câte băuturi consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?

- 1 sau 2
- 3 sau 4
- 5 sau 6
- 7 la 9
- 10 sau mai mult

3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi de alcool la o singură ocazie?

- Niciodată
- Lunar sau mai rar
- Lunar
- Săptămânal
- Zilnic sau aproape zilnic

4. Cât de des ați constatat în ultimul an că nu puteți să vă opriți din băut odată ce ați început?

- Niciodată
- Lunar sau mai rar
- Lunar
- Săptămânal
- Zilnic sau aproape zilnic

5. Cât de des în ultimul an nu ați reușit să faceți ceea ce era așteptat să faceți din cauza băutului?

- Niciodată
- Lunar sau mai rar
- Lunar
- Săptămânal
- Zilnic sau aproape zilnic

6. Cât de des în ultimul an ați avut nevoie să beți prima băutură de dimineață ca să vă reveniți după o beție zdravănă?

- Niciodată
- Lunar sau mai rar
- Lunar
- Săptămânal
- Zilnic sau aproape zilnic

7. Cât de des în ultimul an ați avut un sentiment de remușcare sau de vinovăție după ce ați băut?

- Niciodată
- Lunar sau mai rar
- Lunar
- Săptămânal
- Zilnic sau aproape zilnic

8. Cât de des în ultimul an nu ați putut să vă amintiți ce s-a întâmplat în noaptea trecută din cauză că ați băut?

- Niciodată
- Lunar sau mai rar
- Lunar
- Săptămânal
- Zilnic sau aproape zilnic

9. Dvs. sau altcineva a fost rănit ca rezultat al faptului că ați fost băut?

- Nu
- Da, dar nu în ultimul an
- Da, în ultimul an

10. O rudă, un prieten, un doctor sau o altă persoană a fost îngrijorată de băutul dvs. sau v-a sfătuit să-l reduceți?

- Nu
- Da, dar nu în ultimul an
- Da, în ultimul an

Dacă testul AUDIT este „pozitiv” (**scor >8**), iar semnele clinice de alcoolism lipsesc, i se propune subiectului o intervenție scurtă la medicul specialist pentru un diagnostic adecvat. Dacă sunt prezente și semnele clinice de alcoolism, persoana este îndrumată la specialist pentru un diagnostic și un tratament adecvat.

PES 17 - Fișa privind prevenirea și controlul astmului bronșic

Această fișă poate fi distribuită beneficiarilor AMC cu scop informativ sau folosită ca bază de discuție în cadrul sesiunilor individuale de promovare a sănătății

Ce este astmul?

Astmul bronșic este o boală inflamatorie cronică a căilor aeriene, care se manifestă prin creșterea răspunsului bronșic la stimuli variați, manifestată prin obstrucție și limitarea debitului aerian (prin bronhoconstricție, dopuri mucoase și infiltrat inflamator).

Care sunt simptomele astmului bronșic?

- dispnee
- tuse
- wheezing (respirație șuierătoare)
- senzația de constricție toracică

Care sunt factorii care cresc probabilitatea de a avea astm bronșic?

- asocierea mai multor simptome de astm
- anumite caracteristici ale simptomelor prezente:
 - variază ca intensitate în timp (chiar intermitente cu perioade asimptomatice)
 - se agravează în timpul nopții sau dimineată devreme
 - apar după efort, expunere la alergene, medicamente (antiinflamatoare nesteroidiene, betabloccante)
 - se ameliorează sau dispar după medicație antiastmatică
- antecedente personale de boli atopice (dermatită atopică, rinită alergică)
- antecedente heredocolaterale de boli atopice (astm, rinită alergică, dermatită atopică)

Modalități de prevenire a astmului bronșic/crizei de astm bronșic

- Dacă pacientul prezintă simptomele descrise la punctul anterior recomandați-i să meargă la medicul specialist
- Dacă pacientul a fost diagnosticat cu astm bronșic, educați-l:
 - să evite factorii de risc
 - să ia medicamentele corect
 - să înțeleagă diferența dintre medicamentele care controlează și cele care ameliorează rapid simptomele astmului.
 - să-și monitorizeze condiția în funcție de simptome și, dacă se poate, de PEF – peak-flow- metria, debit expirator maxim (măsurat cu peakflowmetrul)
 - să recunoască semnele agravării astmului și să ia măsurile necesare.

- să caute asistența medicală dacă este nevoie.
- Pacientul trebuie să aibă un plan de management al astmului care să cuprindă:
 - pașii preventivi pentru controlul pe termen lung (factorii de risc ce trebuie evitați și medicamentele administrate în fiecare zi)
 - pașii activi pentru oprirea crizelor
- Prezența indicatorii de severitate în prezența cărora trebuie să solicite asistența medicală
 - criză instalată brusc
 - tăierea respirației când pacientul se odihnește sau a spus câteva cuvinte
 - sentimentul de panică
 - istoric de crize grave.
- Recomandați-i să facă o listă cu denumirea, adresa și numărul de telefon ale cabinetului medicului, clinicii sau spitalului.
- În cazul în care astmul este bine controlat, există un risc scăzut de a dezvolta un episod grav de astm și persoană poate fi activă.
- Recomandați efectuarea vaccinării antigripale (excepție, situațiile în care acesta este contraindicat).
- Faceți demonstrații privind utilizarea dispozitivului inhalator.
- Se recomandă pacientului să meargă la medicul specialist **pneumolog** în următoarele situații:
 - anual, orice pacient cu astm pentru spirometrie
 - astm care nu este controlat (pentru evaluare și stabilirea regimului terapeutic și evaluare periodică la 3-6 luni)
 - disfuncție ventilatorie ireversibilă
 - exacerbări frecvente și/sau amenințătoare de viață
 - diagnostic incert
- Informați pacientul să facă un examen de screening pentru osteoporoză în cazul în care utilizează corticosteroizi inhalatori pentru astm și prezintă următorii factori de risc:
 - vârsta > 60 de ani
 - stare post-menopauză, fără terapie de substituție hormonală
 - impotență/infertilitate
 - fracturi anterioare după traumatisme minore
 - terapie cronică/în antecedente cu glucocorticoizi
 - fumat sau alcoolism
 - inactivitate fizică

PES 18 - Frecvența examenelor paraclinice recomandate pentru adolescenți

În tabelul de mai jos, este prezentată frecvența recomandată pentru efectuarea examenelor de screening/ paraclinice. Bifați în tabel dacă acestea au fost efectuate și observați dacă a fost respectată frecvența recomandată. Dacă aceasta nu a fost respectată, desfășurați sesiuni de educație pentru sănătate, pentru înțelegerea importanței controalelor preventive.

Nume	Prenume	Gen	Data nașterii								
	Frecvența	Recomandat- data	Realizat- data	Recomandat- data	Realizat- data	Recomandat- data	Realizat- data	Recomandat- data	Realizat- data	Recomandat- data	Realizat- data
Măsurarea tensiunii arteriale	anual										
Măsurarea greutății	anual										
Măsurarea înălțimii	anual										
Examinarea sânilor	La fiecare 5 ani										
Examinarea profilactică orală	anual										
Tulburări de alimentație	anual (întrebați-l despre obiceiuri alimentare)										
Fumat	Anual (includeți renunțarea la fumat)										
Alcool	Anual										
Droguri	Anual										
Activitatea sexuală	Anual										
Depresie	Anual (risc de suicid?)										
Abuz	Anual (Fizic, sexual, emoțional)										
Colesterol/HDL	La fiecare 5 ani (mai des dacă este la risc)										
Testul Babeș papanicolau	Anual dacă este activ sexual sau peste 18 ani										
BTS	Anual (când este cazul)										
Hepatita B	11-12 ani										
varicelă	11-12 ani										
Altele											

pentru sănătate

Promovarea sănătății și educație pentru sănătate

În tabelul de mai jos, este prezentată frecvența recomandată pentru efectuarea examenelor de screening/ paraclinice. Bifați în tabel dacă acestea au fost efectuate și observați dacă a fost respectată frecvența recomandată. Dacă aceasta nu a fost respectată, desfășurați sesiuni de educație pentru sănătate, pentru înțelegerea importanței controalelor preventive.

Screening/ examen paraclinic	Frecvența	Recomandat- dată	Realizat- data	Recomandat- dată	Realizat- data	Recomandat- dată	Realizat- data
------------------------------------	-----------	---------------------	-------------------	---------------------	-------------------	---------------------	-------------------

Măsurarea tensiunii arteriale	anual						
Măsurarea greutății	anual						
Examenul Babeș Papanicolau	21-29 ani o dată la 2 ani; peste 30 ani o dată la 3 ani dacă există 3 determinări consecutive normale						
Examinarea sânilor	între 18-40 ani la fiecare 3 ani, după 40 de ani, anual						
Mamografie	între 40-50 ani, la fiecare 2 ani; peste 50 ani, anual						
Tușeu rectal (examinarea prostatei)	între 40-50 ani la 2 ani; peste 50 ani se face anual.						
PSA	peste 50 ani se face anual						
Examinarea tegumentelor (cancer de piele)	la fiecare 2 ani (autoexaminare la 6 luni)						
Examinarea tiroidei	la fiecare 2 ani						
Examinarea profilactică orală	anual						
Colesterolul și funcția hepatică	la 5 ani cel puțin (mai frecvent în cazul în care există indicații)						
Hepatita B, C, D- Persoane aflate la risc	la fiecare 5 ani sau când ex. clinic indică testul						

BTS/HIV	la fiecare 5 ani sau mai frecvent dacă persoana este la risc						
ECG	peste 50 ani la fiecare 5 ani						
glicemia	peste 40 ani la fiecare 5 ani; peste 50 ani la fiecare 3 ani						
examenul test de sânge ocult	peste 40 ani anual dacă există un istoric personal/familial; peste 50 ani anual						
Colonoscopie (ex screening)	peste 50 ani la fiecare 5 ani; mai frecvent/mai devreme dacă există factori de risc)						
Examen oftalmologic -pt glaucom	după 50 ani dar și mai devreme dacă există factori de risc, apoi la 4 ani						

ACORDAREA PRIMULUI AJUTOR ÎN CAZ DE URGENȚĂ - PA

CUPRINDE URMATOARELE INSTRUMENTE:

- PA 1 - Metodologia de completare a fișelor care cuprind activitățile desfășurate de asistentul medical comunitar în acordarea primului ajutor în caz de urgențe medicale
- PA 2 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - AMPUTAȚIA DE MEMBRE
- PA 3 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - ARSURI
- PA 4 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - ENTORSE ȘI LUXAȚII
- PA 5 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - RESUSCITAREA CARDIORESPIRATORIE
- PA 6 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - HEMORAGIA
- PA 7 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - INTOXICAȚII
- PA 8 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - ELECTROCUTARE
- PA 9 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - FRACTURI 203
- PA 10 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - LEȘIN 204
- PA 11 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - PLĂGI 206
- PA 12 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - TIPURI SPECIALE DE PLĂGI
- PA 13 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - POLITRAUMATISME
- PA 14 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate la locul acordării primului ajutor - TRAUMATISMUL CRANIAN

PA 1 - Metodologia de completare a fișelor care cuprind activitățile desfășurate de asistentul medical comunitar în acordarea primului ajutor în caz de urgențe medicale

Scopul

Fișele de lucru au fost concepute în scopul de a vă facilita acordarea primului ajutor în situații de urgență, de a vă reaminti care sunt activitățile pe care le aveți de urmat în acordarea primului ajutor în diferite tipuri de urgențe. De asemenea, reprezintă un mod de a vă simplifica munca, prin scăderea timpului necesar completării documentelor pe care trebuie să le atașați la dosarul beneficiarului.

Primul ajutor – definiție

Primul ajutor de bază este doar un ajutor temporar acordat de asistentul medical comunitar în caz de urgență unei persoane bolnave sau accidentate, la fața locului, pentru salvarea vieții, prevenirea unor complicații ulterioare și ameliorarea suferințelor, înainte de intervenția medicului de familie sau a echipajelor de urgență specializate (Ambulanță, SMURD). Primul ajutor se constituie dintr-o serie de tehnici medicale simple pentru salvarea vieții.

Conținut și obiective

Asistența medicală de urgență ocupă un loc special, deoarece asistentul medical comunitar alături de medicul de familie, sunt profesioniștii care iau primii contact cu victimele accidentelor și incidentelor și trebuie să rezolve prompt și competent toate cazurile care pun în pericol iminent sănătatea, dar și viața acestora.

Conținutul acestor fișe ajută asistentul medical comunitar în stabilirea următoarelor elemente:

- natura urgenței
- cauza care a produs-o, dacă este posibil
- numărul victimelor (în caz de accident colectiv)
- estimarea timpului scurs de la producerea urgenței până la primele măsuri întreprinse și până la sosirea Ambulanței

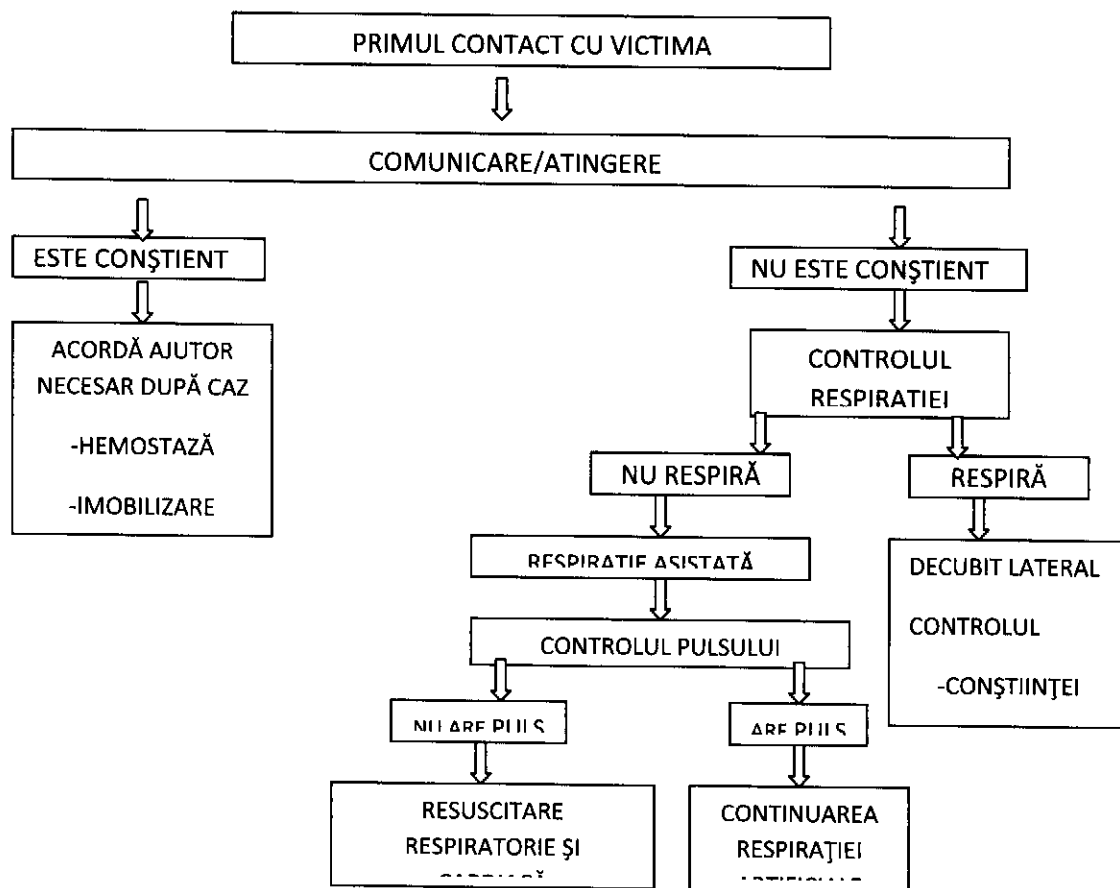
Fișele enumeră intervențiile care constituie aplicarea măsurilor de prim ajutor care să ducă la limitarea efectului produs de agentul primar, efectuarea bilanțului lezional, aprecierea rezultatelor în urma măsurilor aplicate. Pe baza fișelor de lucru se identifică mai ușor măsurile ce trebuie întreprinse și succesiunea acestora. Resursele necesare în primul ajutor sunt păstrate în trusa de prim ajutor.

Primul ajutor trebuie să aibă în vedere următoarea triadă:

- fără oxigen nu există activitate cerebrală
- fără activitate cerebrală nu este respirație
- fără respirație nu există viață

Prin urmare, pentru acordarea primului ajutor este de o importanță covârșitoare: controlul conștienței, al respirației și al circulației.

Arborele decizional pentru inițierea măsurilor de prim ajutor în cazul în care victima nu este conștientă, este prezentat mai jos:



Mod de completare:

Pentru a completa fișele de lucru se va bifa căsuța care corespunde cel mai bine simptomatologiei prezentate de victimă și tipului de intervenție practică pentru tipul de urgență identificat.

Date de identitate

Data nașterii	Nume și prenume	Domiciliu
---------------	-----------------	-----------

Nr.telefon

Ambulanța a fost anunțată la oră

Parametrii mășurați

TA	Ritm respirator	Ritm cardiac
----	-----------------	--------------

Temp	Membrul afectat
------	-----------------

Intervenții

- Am degajat plaga
- Am oprit hemoragia prin:
 - aplicarea unui garou la rădăcina membrului rănit
 - bandaj compresiv
- Am introdus membrul secționat într-o pungă de plastic plus:
 - un recipient cu gheață
 - un recipient cu gheață și apă
- Am așezat victima cu membrele inferioare mai sus decât capul
- Am așezat victima cu membrul rănit ridicat deasupra nivelului inimii
- Am curățat și dezinfectat tegumentele din jurul plăgii
 - cu un tampon cu apă și săpun
 - cu un dezinfectant
- Am curățat și dezinfectat plaga; am folosit:
 - dezinfectant
 - tampon din tifon
 - am turnat dezinfectantul direct pe plagă
- Am pansat plaga (acoperirea plăgii cu pansamente sterile și bandaje)
- Am supravegheat victima până la sosirea Ambulanței, la ora _____

Observații:

Data:

Semnătura AMC

Date de identitate

Data nașterii

Nume și prenume

Domiciliu

Nr.telefon

Ambulanța a fost anunțată la oră

Parametrii mășurați

TA

Ritm respirator

Ritm cardiac

Temp

Zone lezate

Arsura este cauzată de:

- foc
- expunerea la soare
- substanțe calde
- substanțe chimice

Semne, simptome

- Victima a inhalat fum
- Victima e:
 - conștientă
 - inconștientă
- Victima prezintă
 - amețeală
 - greață
 - vărsături
 - convulsii
 - leziuni la cap
 - răni la nivelul abdomenului

Intervenții

- A fost nevoie de resuscitare cardiorespiratorie, timp de _____
- Am îndepărtat substanța de pe tegument
- Am scăzut temperatura din zona expusă arsurii
- Pentru a preveni infecția, am acoperit zona cu:
 - o compresă sterilă (nu se folosește vată)
 - o pânză curată

- Am poziționat victimă:
 - întinsă la orizontală
 - în decubit lateral
 - cu capul pe o parte
 - cu capul și umerii ușor ridicați pentru probleme respiratorii
 - așezată pe o parte (nu cu fața în jos), cu capul ușor pe spate pentru a preveni înecarea cu lichide de vomă sau alte secreții
- Am administrat victimei, după două ore:
 - apă
 - o soluție ușor sărată (1 linguriță de sare și 1/2 linguriță bicarbonat de sodiu, amestecate într-un litru de apă rece)
- Am supravegheat victima până la sosirea Ambulanței, la ora _____

Observații:

Data

Semnătura AMC

Date de identitate

Data nașterii

Nume și prenume

Domiciliu

Nr.telefon

Data nașterii

Ambulanța a fost anunțată la ora _____

Parametrii mășurați

TA

Ritm respirator

Ritm cardiac

Temp _____

Semne, simptome

- Victima prezintă:
 - Dureri articulare care se accentuează
 - Limitare funcțională a articulației
 - Impotența funcțională a articulației
 - Atitudine vicioasă a membrului
 - Deformare articulară
 - Deplasarea segmentelor osoase
- Articulația prezintă:
 - tumefacție (edem)
 - eritem (înroșire)
 - căldură locală
 - echimoză (vânătaie)

Intervenții

- Am aplicat:
 - pungă cu gheață
 - comprese reci
- Am imobilizat provizoriu membrul afectat
- Am supravegheat victima până la sosirea ambulanței, la ora _____

Observații:

Data _____

Semnătura AMC _____

Date de identitate

Data nașterii	Nume și prenume	Domiciliu
Nr.telefon	Data nașterii	

Ambulanța a fost anunțată la oră

Parametrii măsurați

TA	Ritm respirator	Ritm cardiac
Temp		

Evaluarea stării de conștiență

Pentru aprecierea stării de conștiență se va urmări răspunsul victimei la stimuli auditivi, vizuali și dureroși, încercând să se stabilească un dialog cu aceasta, zgâlțâind-o ușor de umeri sau ciupind-o.

Se urmărește următorul algoritm:

- Verifică siguranța mediului/locului
- Verifică dacă victima răspunde:
 - scuturare umeri
 - "sunteți bine / totul e în regulă?"
- Dacă pacientul răspunde:
 - se lasă pacientul în poziția găsită
 - se reevaluează starea pacientului periodic
- Dacă pacientul nu răspunde:
 - poziționare în decubit dorsal și se eliberează căile aeriene (o mână se poziționează pe fruntea pacientului și se pune madibula)
- Verifică dacă pacientul respiră:
 - privește (se urmăresc mișcările toracelui)
 - ascultă (se ascultă cu urechea poziționată în dreptul gurii pacientului)
 - simte

În primele minute după un stop cardiac, victima poate să respire foarte superficial sau foarte neregulat. Nu trebuie confundat acest mod de respirație cu cel normal, de aceea pacientul nu trebuie evaluat mai mult de 10 secunde iar dacă există dubii asupra modului în care respiră pacientul trebuie luată o atitudine conformă cu cea din cazul în care pacientul nu respiră.

- Dacă respiră normal:
 - se așează în poziția de siguranță
 - apel pentru ambulanță
 - evaluare continuă
- Dacă nu respiră normal:
 - cheamă ambulanța
 - masaj cardiac extern
 - se poziționează mâinile în centrul toracelui victimei
 - se comprimă sternul aproximativ 4-5 cm
 - frecvența compresiilor: 100/min
- Se combină compresiile toracice cu ventilația artificială
 - după 30 de compresiile toracice se eliberează căile respiratorii și se pensează nasul
 - se execută 2 respirații succesive
 - se continuă cu alternanța compresiilor/respirații 30/2
 - se întrerupe resuscitarea numai dacă pacientul respiră normal
- Se continuă resuscitarea până când:
 - sosește personalul calificat
 - victima începe să respire normal
 - salvatorul este epuizat

Recunoașterea stopului cardiorespirator

Verificarea pulsului la artera carotidă este o metodă inexactă de confirmare a circulației, se recomandă începerea manevrelor de resuscitare dacă pacientul nu răspunde la stimuli și nu respiră normal.

Ventilația

În timpul RCR scopul ventilației este de a menține oxigenarea adecvată a sângelui.

Se recomandă:

- Respirațiile să dureze peste o secundă și cu volum suficient pentru a determina mișcarea toracelui, dar să se evite respirațiile prea puternice.
- Respirația gură la nas este o alternativă eficientă în cazul în care cea gură la gură nu este posibilă.

Masajul cardiac extern (MCE)

MCE determină apariția unui flux sanguin prin creșterea presiunii intratoracice și prin compresia directă a cordului

Recomandări:

- De fiecare dată când se reia MCE mâinile salvatorului trebuie să fie așezate în centrul toracelui
- Frecvența compresiilor trebuie să fie 100/min
- Toracele trebuie comprimat 4-5cm

- După fiecare compresie toracele trebuie lăsat să revină în poziția inițială
- Durata compresiei toracelui trebuie să fie egală cu cea a decompresiei

RCR LA COPIL

Raportul compresii/ventilații

Se recomandă ca în situația în care este doar un singur salvator să se practice RCR cu un raport 30:2 (ca la adult). În cazul în care sunt doi sau mai mulți salvatori se va practica RCR cu un raport 15:2.

Masajul cardiac extern

La sugar MCE se practică cu două degete în cazul unui singur salvator iar dacă sunt doi se practică folosind ambii polici. La copilul mai mare de un an se practică MCE folosind una sau ambele mâini.

Observații:

Data:

Semnătura AMC

Date de identitate

Data nașterii	Nume și prenume	Domiciliu
Nr.telefon	Data nașterii	

Ambulanța a fost anunțată la oră

Parametrii mășurați

TA	Ritm respirator	Ritm cardiac
Temp		

Tip hemoragie

Externă Internă

Hemoragie externă	Semne Clinice	Primul ajutor
<i>Hemoragie mică</i>	starea generală bună, tensiunea arterială normală, frecvența cardiacă normală	<ul style="list-style-type: none"> • verificarea și menținerea permeabilității căilor aeriene. • identificarea locului hemoragiei • așezarea victimei în decubit dorsal sau lateral • limitarea sângerării: așezarea victimei în poziție de repaus cu segmentul sângerând în poziție ridicată (mai sus decât restul corpului) • oprirea sângerării: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> cu degetul aplicat pe vasul sangvin: compresie digital <input type="checkbox"/> cu pansament compresiv: se acoperă și se comprimă rana cu mai multe comprese sterile sau în lipsa lor cu bucăți de pânză curată (batiste, haine etc.) <input type="checkbox"/> cu garoul - un cordon elastic cu care se leagă în amonte de leziune (în sensul de unde curge sângele); în lipsa unui garou se poate folosi un fular, cureaua, cordon, elastic etc. • comprimarea punctelor de presiune -presând artera vizată pe planul dur al osului învecinat, realizând astfel întreruperea circulației către zona afectată.
<i>Hemoragie medie</i>	senzație de slăbiciune, amețeli la ridicarea în ortostatism, paloare tegumentară, extremități reci, tensiunea sistolică peste 100mmHg, frecvența cardiacă sub 100 bătăi/minut	
<i>Hemoragie mare</i>	agitație, transpirații reci, paloare tegumentară, hipotensiune (TA sistolica scade sub 100 mmHg) tahicardie (frecvența cardiacă peste 100 bătăi/minut)	

<i>Hemoragie masivă</i>	confuzie sau pierderea conștienței, hipotensiune (TA sub 70 mmHg), puls slab, greu perceptibil	<ul style="list-style-type: none"> • anunțarea numărului unic de urgență 112 – în caz de hemoragie medie sau mare, obligatoriu în caz de hemoragie masivă • asistare la preluarea pacientului de către ambulanță.
Hemoragie internă	Semne Clinice	Primul ajutor
	<ul style="list-style-type: none"> • Vărsătura care seamănă cu zațul de cafea sau este colorată cu sânge roșu. • Sânge eliminat prin tuse (hemoptizie de un roșu deschis și /sau cu aspect aerat (cu bule mici de aer). • Scaune de culoare neagră lucioasă sau care conțin sânge roșu-deschis. • Paloare. • Piele rece și lipicioasă. • Puls rapid și slab. • Dezorientare. • Abdomen destins (umflat). • Neliniște, agitație. • Sete intensă. • Spaimă • Confuzie mentală. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menținerea căilor aeriene libere • Efectuarea resuscitării respiratorii dacă este cazul • Așezarea victimei în poziție culcat, cu picioarele mai sus decât capul • Hidratarea victimei, dacă este conștientă • Dacă victima este inconștientă sau dacă prezintă grețuri și vărsături va fi așezată în decubit lateral (culcat pe o parte) și nu în decubit dorsal (culcat pe spate) • Anunțarea numărului unic de urgență 112

Hemoragia internă este adesea greu de observat. Puteți suspecta o hemoragie internă dacă victima a avut un accident, a căzut sau a fost lovită puternic la nivelul trunchiului.

Epistaxisul este hemoragia de la nivelul foselor nazale.

Primul ajutor

- Așezați victima pe un scaun, aplecată în față și cu gura deschisă în așa fel încât sângele sau cheagurile să nu astupe căile aeriene.
- Strângeți nările timp de aproximativ 15 minute după ceas (sub porțiunea osoasă, nu în partea de sus). Eliberați încet nasul. Nu permiteți victimei să-și sufle nasul sau să-l strângă. Dacă hemoragia continuă, mai strângeți nările încă 5 minute. Asigurați-vă că bolnavul nu înghite sângele.
- Puneți o bucată de pânză rece sau gheață într-o compresă de tifon pe nasul și pe fața victimei, pentru a ajuta constrictia vaselor sanguine.
- Dacă sângerarea continuă, dacă este implicat un traumatism (lovitură) sau există suspiciunea de fractură a piramidei nazale, anunțarea numărului unic de urgență 112.
- Nu lăsați victima să irite sau să sufle nasul timp de câteva ore după încetarea hemoragiei.

Observații:

Data:

Semnătura AMC

Date de identitate

Data nașterii

Nume și prenume

Domiciliu

Nr.telefon

Data nașterii

Ambulanța a fost anunțată la oră

Parametrii mășurați

TA

Ritm respirator

Ritm cardiac

Temp

Intoxicația

Intoxicația reprezintă starea patologică determinată de acțiunea unei substanțe toxice ce a pătruns în organism și de reacția organismului la prezența toxicului. Prin substanță "toxică" se înțelege orice substanță care pătrunsă în organism pe diverse căi, provoacă tulburări funcționale și/sau alterări structurale, având ca rezultat o stare patologică. Intoxicațiile pot fi voluntare - în cazul tentativelor de suicid, sau involuntare - accidentale.

Prima etapa: Identificarea sursei de intoxicație și verificarea stării pacientului

Bifați în coloanele de mai jos variantele care corespund situației.

Identificarea sursei de intoxicație	Verificarea stării pacientului
<input type="checkbox"/> Intoxicație cu monoxid de carbon – CO	<input type="checkbox"/> stare de rău, grețuri, vărsături
<input type="checkbox"/> Intoxicație cu fum	<input type="checkbox"/> dureri intempestive în cavitatea abdominală
<input type="checkbox"/> Intoxicație acută cu medicamente	<input type="checkbox"/> dureri de cap
<input type="checkbox"/> Intoxicație cu substanțe corozive	<input type="checkbox"/> stări de amețeală
<input type="checkbox"/> Intoxicație cu ciuperci necomestibile	<input type="checkbox"/> accelerarea pulsului
<input type="checkbox"/> Intoxicație cu pesticide	<input type="checkbox"/> încetinerea pulsului
	<input type="checkbox"/> stare de agitație
	<input type="checkbox"/> tulburări ale conștienței
	<input type="checkbox"/> stare de inconștiență
	<input type="checkbox"/> tulburări de respirație
	<input type="checkbox"/> stop respirator
	<input type="checkbox"/> stare de șoc
	<input type="checkbox"/> stop cardio-circulator

Etapa a doua: intervenția adecvată situației.

Pe baza elementelor identificate în prima etapa, continuați cu secțiunea adecvată situației

Intoxicație cu monoxid de carbon – CO

Bifați în coloanele de mai jos variantele care corespund situației.

Manifestări clinice	Primul ajutor
<input type="checkbox"/> tulburări neuropsihice (stare ebrioasă, agitație, somnolență) <input type="checkbox"/> tahicardie <input type="checkbox"/> tulburări respiratorii <input type="checkbox"/> comă <input type="checkbox"/> culoarea roșie-zmeurie a feței	<input type="checkbox"/> deschiderea ușii și ferestrelor <input type="checkbox"/> evacuarea victimei <input type="checkbox"/> demarare manevre de resuscitare (respirație artificială, masaj cardiac) <input type="checkbox"/> anunțarea numărului unic de urgență 112 <input type="checkbox"/> dacă este disponibil, administrarea de oxigen

Intoxicație cu fum

Bifați în coloanele de mai jos variantele care corespund situației.

Manifestări clinice	Primul ajutor
<input type="checkbox"/> cefalee, <input type="checkbox"/> agitație, <input type="checkbox"/> tulburări de conștiență până la comă, <input type="checkbox"/> depozite de funingine la nivelul orificiilor nazale, a gurii și a faringelui, <input type="checkbox"/> tuse, <input type="checkbox"/> dispnee, <input type="checkbox"/> voce răgușită, <input type="checkbox"/> semne ale intoxicației cu CO.	<input type="checkbox"/> evacuarea victimei <input type="checkbox"/> demarare manevre de resuscitare (respirație artificială, masaj cardiac) <input type="checkbox"/> anunțarea numărului unic de urgență 112 <input type="checkbox"/> dacă este disponibil, administrarea de oxigen

Intoxicație acută cu medicamente

Bifați în coloanele de mai jos variantele care corespund situației.

Manifestări clinice	Primul ajutor
<input type="checkbox"/> grețuri, vărsături <input type="checkbox"/> dureri abdominale <input type="checkbox"/> diaree <input type="checkbox"/> hipo sau hipertensiune <input type="checkbox"/> hiperventilație <input type="checkbox"/> tahicardie	<input type="checkbox"/> evaluarea stării de conștiență și a funcțiilor vitale, <input type="checkbox"/> resuscitarea cardio-respiratorie în cazul în care victima este în stop cardio-respirator <input type="checkbox"/> apelarea serviciului de urgență 112 <input type="checkbox"/> dacă este inconștientă sau varsă, se va așeza

<input type="checkbox"/> agitație <input type="checkbox"/> somnolență <input type="checkbox"/> alterarea stării de conștiență <input type="checkbox"/> coma	În poziția de siguranță (culcat pe o parte) <input type="checkbox"/> dacă victima este conștientă se poate încerca provocarea de vărsături <input type="checkbox"/> se caută ambalajele medicamentelor posibil a fi răspunzătoare de intoxicație
--	--

Intoxicație cu substanțe corozive

Substanțele corozive (caustice) sunt: acizii (azotic, clorhidric, sulfuric, etc.) și bazele corozive (soda de rufe, soda caustică, amoniacul).

Bifați în coloanele de mai jos variantele care corespund situației.

Manifestări clinice	Primul ajutor
	<input type="checkbox"/> evaluarea nivelului de conștiență și a funcțiilor vitale <input type="checkbox"/> începerea manevrelor de resuscitare cardio-respiratorie dacă este necesar: în timpul respirației gură la gură nu se va intra în contact direct cu gura victimei decât prin intermediul unui tifon (deoarece există riscul de contaminare) <input type="checkbox"/> apelarea serviciului de urgență 112 <input type="checkbox"/> spălarea cu multă apă (jet) timp de 20 minute, în cazul leziunilor cutanate sau oculare.

Intoxicație cu ciuperci necomestibile

Manifestările clinice ale intoxicației cu ciuperci variază în funcție de tipul de ciuperci, mai exact de tipul de toxină conținută de acestea și de durata perioadei de incubație (timpul scurs de la ingestie până la apariția manifestărilor clinice).

În intoxicațiile cu incubație scurtă, simptomele apar după 1-2 ore de la ingestie, și deși tabloul clinic poate fi zgomotos acestea sunt de obicei mai puțin grave decât cele cu incubație lungă.

Bifați în coloanele de mai jos variantele care corespund situației.

Manifestări clinice (incub. lungă)	Primul ajutor
<input type="checkbox"/> sindromul phalloidian: cea mai gravă intoxicație (<i>Amanita phalloides</i>), cu perioada de latență de 6-12 ore, manifestată prin tulburări digestive, afectare hepatică și	<input type="checkbox"/> evaluarea nivelului de conștiență și a funcțiilor vitale <input type="checkbox"/> începerea manevrelor de resuscitare cardio-respiratorie dacă este necesar

renală gravă, edem cerebral <input type="checkbox"/> sindromul gyromitrian: interval de latență de 10-24 ore, după care apar tulburări digestive, neurologice (delir, convulsii, comă), hemoliză toxică <input type="checkbox"/> sindromul orellanian: incubație peste 24 ore, după care apar tulburări digestive și se instalează insuficiența renală acută	<input type="checkbox"/> apelarea serviciului de urgență 112 <input type="checkbox"/> se poate încerca provocarea vărsăturilor, în cazul intoxicațiilor cu durată scurtă de incubație.
--	---

Intoxicație cu pesticide

Aceste substanțe pot fi absorbite pe toate căile: digestivă, respiratorie și cutanată.

Bifați în coloanele de mai jos variantele care corespund situației.

Manifestări clinice	Primul ajutor
	<input type="checkbox"/> evaluarea nivelului de conștiență și a funcțiilor vitale <input type="checkbox"/> începerea manevrelor de resuscitare cardio-respiratorie dacă este necesar <input type="checkbox"/> apelarea serviciului de urgență 112 <input type="checkbox"/> decontaminare externă: înlăturarea îmbrăcăminte și încălțăminte contaminate și spălarea tegumentelor sub jet de apă <input type="checkbox"/> provocarea vărsăturii

Observații:

Data:

Semnătura AMC

Date de identitate

Data nașterii	Nume și prenume	Domiciliu
Nr.telefon	Data nașterii	

Ambulanța a fost anunțată la ora _____

Parametrii măsurați

TA	Ritm respirator	Ritm cardiac
Temp		

Prin electrocutare se înțelege trecerea unui curent electric prin corpul omenesc.

Intervenții

- Anunțarea numărului unic de urgență 112
- Oprirea sursei de curent
- Scoaterea accidentatului de sub tensiune
- Verificarea stării de conștiență; pacientul este:
 - Conștient - așezarea într-o poziție de decubit lateral
 - Inconștient- trebuie întins pe un loc neted și comod
- Dacă prezintă stop respirator și cardiac se asigură resuscitarea cardio-respiratorie
- Eventuale arsuri sau plăgi trebuiesc acoperite cu tifon, batistă curată, pansament steril
- Predarea pacientului către:
 - serviciul de urgență prespitalicească
 - serviciul de medicină legală
 - medicul de familie
 - altă situație
- Am supravegheat victima până la sosirea Ambulanței, la ora _____

Observații:

Data:

Semnătura AMC

Date de identitate

Data nașterii

Nume și prenume

Domiciliu

Nr.telefon

Data nașterii

Ambulanța a fost anunțată la oră _____

Parametrii măsurați

TA

Ritm respirator

Ritm cardiac

Temp

Zonele fracturate

Tipul fracturii

- fracturi deschise
- închise
- fără deplasare (capetele osoase rezultate în urma fracturii rămân în contact)
- cu deplasare: (capetele osoase rezultate se deplasează)

Victima prezintă

- durere vie
- impotență funcțională
- deformarea regiunii rănite
- mobilitate osoasă anormală
- modificări locale ale zonei
- tumefacție (edem)
- eritem (roșeață)
- căldură locală

Intervenții

- Am efectuat manevrele pentru oprirea hemoragiei
- Am efectuat toaleta și pansamentul plăgii
- Am imobilizat provizoriu fractură
- Am supravegheat victima până la sosirea Ambulanței, la ora _____

Observații:

Dată: _____

Semnătura AMC _____

Date de identitate

Data nașterii	Nume și prenume	Domiciliu
Nr.telefon	Data nașterii	

Ambulanța a fost anunțată la oră

Parametrii măsurați

TA	Ritm respirator	Ritm cardiac
Temp		

Semne, simptome

- Respirație
 - Persoana leșinată respiră normal
 - Respirația nu este perceptibilă
- Căile aeriene sunt
 - libere
 - parțial obstruate
- După ce și-a revenit, persoană e conștientă
- După ce și-a revenit, persoana nu e orientată în timp și spațiu
- Pielea este:
 - rece
 - caldă
 - palidă
 - umedă
 - cu cianoză
 - cu erupție
 - cu eritem
- Examenul ochilor arată:
 - pupile normale (cercurile negre)
 - pupile (cercurile negre) sunt mari și acoperă o mare suprafață din iris
 - pupilele foarte mici, constricție pupilară, cam 2 mm diametru
 - pupilele sunt relativ mici
 - inegalitate pupilară
- Examenul corpului:
- există deformări pe corp apărute datorită căderii

- există deficite motorii
 - există hematoame
- Victima prezintă:
 - amețelă
 - greață
 - vărsături

Intervenții

- Victima a necesitat resuscitare cardiopulmonară
- După reluarea respirației, am poziționat victima cu picioarele cu 20 până la 30 cm deasupra podelei (în afara cazului că suspectați o lovitură la cap datorată căderii)
- Am aplicat garoul: la nivelul _____ la ora:
- Dacă victima varsă:
 - am poziționat-o în decubit lateral
 - am poziționat doar capul pe o parte
- Am supravegheat victima până la sosirea ambulanței la ora _____

Observații

- Am aflat că victimă a ingerat:
 - alimente pupile normale (cercurile negre)
 - medicamente
 - alte substanțe care ar fi putut provoca leșinul
- Lângă victimă s-au găsit:
 - recipiente _____
 - pulberi _____ pe care le-am predat echipajului de pe ambulanță

Data

Semnătura AMC

Date de identitate

Data nașterii

Nume și prenume

Domiciliu

Nr.telefon

Data nașterii

Ambulanța a fost anunțată la oră

Parametrii măsurați

TA

Ritm respirator

Ritm cardiac

Temp

Semne, simptome

- Plagă este veche de _____
- Plagă este la nivelul _____
- Plagă este produsă prin:
 - lovire
 - tăiere
 - flacără
 - corp incandescent
 - substanțe chimice
 - mușcare
 - împungere
 - împușcare
 - zdrobire
- Plagă a lezat
 - vase
 - nervi
 - ligamente
 - oase
 - organe
- Plagă s-a complicat prin:
 - sângerare
 - hemoragie
 - infecții
 - durere

Intervenții

- Am efectuat manevrele pentru oprirea hemoragiei
- Am procedat la degajarea plăgii (se scot hainele sau încălțăminte care acoperă plaga; dacă aceasta este într-o zonă acoperită de păr, se va încerca îndepărtarea părului)
- Am curățat și dezinfectat tegumentele din jurul plăgii cu:
 - un tampon cu apă și săpun
 - un dezinfectant
- Am curățat și dezinfectat plaga cu:
 - dezinfectant
 - ajutorul unui tampon din tifon
 - am turnat dezinfectant direct pe plagă
- Am pansat plaga: am acoperit plaga cu pansamente sterile și bandaje
- Am asistat victima până la sosirea Ambulanței, la ora _____

Observații:

Data

Semnătura AMC

**PA-12 - Fișă de lucru cu activitățile efectuate
la locul acordării primului ajutor - TIPURI SPECIALE DE PLĂGI**

Date de identitate

Data nașterii

Nume și prenume

Domiciliu

Nr.telefon

Data nașterii

Ambulanța a fost anunțată la oră _____

Parametrii măsurați

TA

Ritm respirator

Ritm cardiac

Temp _____

Plagă mușcată de pisică sau de câine

- Am explicat consecințele accidentului, necesitatea efectuării vaccinului antirabic și am anunțat medicul de familie

Plagă mușcată de șarpe

- Victima prezintă:
 - sângerare
 - transpirații
 - grețuri
 - vărsături
 - tahicardie
 - paloare
 - puls filiform
 - insuficiență respiratorie acută
 - stop cardiorespirator
- Intervenții
 - Am așezat victimă în poziție orizontală
 - Am procedat la legarea zonei de membru afectat cu o bandă elastică lată, care să permită circulația venoasă și arterială a sângelui, dar să realizeze compresiune limfatică
 - Am răcit zona mușcată (cu gheață, dacă este posibil, sau cu apă rece)
 - Am asistat victima până la sosirea Ambulanței, la ora _____

Data _____

Semnătura AMC _____

Acordarea primului ajutor în caz de urgență

Date de identitate

Data nașterii

Nume și prenume

Domiciliu

Nr.telefon

Data nașterii

Ambulanța a fost anunțată la ora _____

Parametrii măsurați

TA

Ritm respirator

Ritm cardiac

Temp _____

Semne, simptome

- Victima e:
 - conștientă
 - inconștientă
- Victima prezintă:
 - căi aeriene libere
 - căi aeriene parțial obstruate
 - respirații/minut _____
 - perioade de apnee, cu durată _____ secunde
 - contuzii în zona _____
 - plăgi în zona _____
 - hemoragii în zona _____
 - fracturi _____
 - luxații (capetele oaselor care formează o articulație își pierd contactul între ele) în zona _____
 - amputații de membre _____
 - traumatism cranio-cerebral în zona _____

Intervenții

- Am evacuat rapid victima din mediul periculos, fără a produce leziuni suplimentare
- Am îndepărtat factorul de agresiune, fără a produce leziuni suplimentare
- Am controlat cavitatea bucală pentru îndepărtarea corpurilor străini
- Am aplicat măsurile de resuscitare cardio-respiratorie primară (ABC-eliberare căi respiratorii, respirație artificială și masajul cardiac), de la ora ____ la ora ____
- Am aplicat măsurile de oprire a hemoragiei
- Am imobilizat provizoriu fracturile
- Am asistat victima până la sosirea Ambulanței, la ora _____

Observații:

Data _____

Semnătura AMC _____

Date de identitate

Data nașterii	Nume și prenume	Domiciliu
Nr.telefon	Data nașterii	

Ambulanța a-fost anunțată la oră _____

Parametrii mășurați

TA	Ritm respirator	Ritm cardiac
Temp	Zona lovită	

Semne, simptome

- Victima prezintă:
 - cefalee
 - grețuri
 - vărsături
 - tulburări de memorie
 - confuzie
 - somnolență
 - pierderea conștienței
 - hemoragii sau scurgeri sero-sangvinolente de la nivelul gurii
 - hemoragii sau scurgeri sero-sangvinolente de la nivelul urechilor
 - hemoragii sau scurgeri sero-sangvinolente de la nivelul nasului

Intervenții

- Am procedat la degajarea plăgii (se scot hainele sau încălțăminte care acoperă plaga; dacă aceasta este într-o zonă acoperită de păr, se va încerca îndepărtarea părului)
- Am curățat și dezinfectat tegumentele din jurul plăgii cu:
 - un tampon cu apă și săpun
 - un dezinfectant
- Am curățat și dezinfectat plaga cu:
 - un dezinfectant
 - ajutorul unui tampon din tifon
 - am turnat dezinfectant direct pe plagă
- Am pansat plaga: am acoperit plaga cu pansamente sterile și bandaje
- Am asistat victima până la sosirea Ambulanței, la ora _____

Data _____

Semnătura AMC _____

ADMINISTRAREA UNOR TRATAMENTE LA DOMICILIUL PACIENȚILOR - AT

CUPRINDE URMATOARELE INSTRUMENTE:

- AT 1 - Metodologia de lucru pentru administrarea tratamentului
- AT 2 - Administrarea medicamentelor prin picături auriculare
- AT 3 - Administrare medicamentelor pe cale orală
- AT 4 - Administrarea medicamentelor pe cale bucală și sublinguală
- AT 5 - Administrarea medicamentelor pe cale parenterală
- AT 6 - Administrarea medicației pe cale nazală
- AT 7 - Administrarea medicamentelor pe sondă nazogastrică și gastrostoma
- AT 8 - Administrarea medicației pe cale oculară
- AT 9 - Administrarea mucodermală a medicamentelor
- AT 10 - Administrarea transdermală a medicamentelor
- AT 11 - Administrarea tratamentului în tuberculoză
- AT 12 - Ideile principale pentru discuția cu pacienții la diferite momente ale tratamentului și în situații particulare

AT 1 - Metodologia de lucru pentru administrarea tratamentului¹⁰

Unul dintre obiectivele generale ale asistenței medicale comunitare îl reprezintă activitățile medicale curative, la domiciliu, complementare asistenței medicale primare, secundare și terțiare. Administrarea medicamentelor se înscrie astfel în competențele asistenței medicale comunitare.

Scopul

Scopul fișelor de lucru este de a:

- fi suport pentru un răspuns adecvat la situațiile medicale comune
- recomanda acțiuni suficiente și eficiente, ce nu sunt nici excesive, nici deficiente

Procoloalele de practică – definire

Procoloalele de practică reprezintă un instrument foarte util pentru asistentul medical, ghidându-l precis în timpul activității, deoarece ele descriu descriu pas cu pas modul în care se execută fiecare manoperă.

Respectarea procoloalelor de practică înseamnă realizarea corectă a fiecărei manopere și atribuții, ducând la eradicarea erorilor profesionale.

Conținut și obiective

Fișele privind administrarea tratamentului sunt elaborate după procoloalele de practică medicală ale Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

Ele îi ajută pe asistenții medicali comunitari să ofere cele mai bune servicii în comunitate, recomandându-le o practică medicală bazată pe dovezi științifice și opinii clinice de specialitate. Fișele sunt destinate pentru a acorda consultanță practică și accesibilă (ușor de respectat) tuturor asistenților medicali în vederea prestării unor servicii eficiente pentru pacienți. Pe baza fișelor de lucru este facilitată administrarea tratamentului în condiții de siguranță pentru sănătatea beneficiarilor.

Toate acțiunile pe care le execută asistenta medicală comunitară privind administrarea medicamentelor sunt efectuate numai la indicația medicului. Ea trebuie să cunoască toate datele despre medicamente (doza, contraindicațiile, efectele adverse).

Pentru a asigura pacientului o terapie medicamentoasă eficientă și corectă, asistenta medicală comunitară trebuie să fie familiarizată cu căile de administrare a medicamentelor și cu practica

¹⁰Surse: Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România - Proceduri de practică pentru asistenți medicali și moașe – 2010; Practice Nurse Information and Support Network, <http://www.wales.nhs.uk/sites3/home.cfm?orgid=739>

recomandată în cadrul acestui proces: prevenirea erorilor, controlul medicamentelor, operații generale de rutină, urmărirea efectelor adverse.

Căile de administrare a medicamentelor

- calea de administrare mucodermică: administrare oculară, vaginală, nazală, auriculară, transdermală (prin absorbție), orofaringeal (inhalatii)
- calea de administrare enterală: absorbția medicamentelor prin tractul gastrointestinal
- calea de administrare parenterală: injecții sau perfuzii intradermale, subcutanate, intramusculare, intravenoase, intrarectale, intraosoase, intraarticulare
- calea de administrare endotraheală: administrarea medicamentelor în sistemul respirator cu ajutorul sondei endotraheale
- calea de administrare epidurală: administrare de medicamente (anestezic sau analgezice opioide) printr-un cateter introdus peridural
- calea de administrare intrapleurală: injectarea de medicamente în spațiul pleural

Prevenirea erorilor în administrarea medicației

Înainte de administrarea oricărei medicații, aceasta trebuie comparată cu medicația prescrisă de medic. Se va verifica mental regula celor cinci "p" ("potrivit"):

- pacientul potrivit
- medicamentul potrivit
- doza potrivită
- calea de administrare potrivită
- timpul (ora) de administrare potrivit

Controlul medicamentelor

- medicamentele sunt ținute în recipientele originale, în condiții de siguranță, astfel încât să poată fi identificate în mod clar în momentul utilizării
- întodeauna se va verifica și data expirării fiecărui medicament care se administrează
- nu se admite transferarea nici unui medicament din recipientul original în care se află în orice alt recipient
- dulapurile/sertarele care conțin medicamente trebuie să fie încuiate în orice moment și cheile ținute în siguranță

Operații generale de rutină:

- se spală mâinile înainte și după administrarea tratamentului
- se verifică numele pacientului, numele medicamentului și doza prescrisă de medicament, calea de administrare, orarul administrării
- se citește eticheta de pe recipient de trei (3) ori: înainte de a scoate medicamentul din

dulap/serdar, înainte de deschiderea recipientului în care se găsește medicamentul și atunci când se pune la loc

- se verifica data expirării medicamentelor
- pacientul trebuie întrebat înaintea fiecărei administrări despre eventualele reacții alergice din trecut la substanța respectivă
- testul alergic se face înaintea administrării primei doze dintr-un medicament
- se verifică cu atenție medicația prescrisă de medic și se compară cu cea primită de la farmacie
- se explică procedura pacientului
- se asigură intimitate pacientului
- se dozează cantitatea de medicament care trebuie administrată
- când tratamentul se administrează pe cale orală, trebuie să vă asigurați că pacientul a înghițit toate medicamentele
- se notează procedura și eventualele efecte adverse sau complicații în fișa pacientului
- orice administrare de medicament, calea de administrare, dozajul, refuzul pacientului, apariția efectelor adverse, trebuie notificate corect și eligibil în planul de îngrijire cu semnătura asistentei

Urmărirea efectelor adverse

- La administrarea unui medicament este necesară recunoașterea și identificarea efectelor adverse, reacțiilor toxice și alergiilor medicamentoase. Unele efecte adverse sunt trecătoare și de intensitate redusă, pacientul dezvoltând o toleranță față de medicament. Altele necesită o schimbare a terapiei medicamentoase.
- O reacție toxică la un medicament poate fi acută sau cronică, datorată acumulării progresive a medicamentului în corp.
- O reacție alergică la un medicament este rezultatul unei reacții antigen-anticorp. Reacția poate fi de la o urticarie banală până la șoc anafilactic. De aceea înaintea administrării medicamentelor se verifică eventualele reacții alergice. Testul alergic se face înaintea administrării primei doze dintr-un medicament. De asemenea trebuie avut în vedere că un istoric de alergie negativ la un anumit medicament, nu exclude posibilitatea apariției reacției alergice în prezent sau viitor.

NOTĂ:

Modificarea, deteriorarea formelor solide de medicamente, de exemplu tablete strivite sau capsule deschise, pot duce la eficacitate redusă sau un risc crescut de toxicitate a medicamentelor. Dacă totuși se dorește administrarea acestor medicamente în această stare, acest lucru ar trebui să fie efectuat numai în cazul în care medicul îl autorizează în scris. Dacă aveți dubii cu privire la un medicament, lămuriți aceste lucruri cu medicul și/sau farmacistul. Asistenta medicală comunitară care administrează tratamentul trebuie să verifice și situația auto-administrării de către pacienți a medicamentelor.

Instilațiile auriculare se folosesc pentru tratamentul infecțiilor și inflamațiilor urechilor, îndepărtarea cerumenului, anestezie locală, sau îndepărtarea insectelor ajunse accidental în ureche.

Materiale necesare

- picăturile prescrise
- sursa de lumină
- aplicator cu capătul de bumbac
- bol cu apă caldă
- dopuri pentru urechi din bumbac

Pregătirea medicamentelor

Pentru a preveni efectele adverse ce pot apărea la administrarea de instilații auriculare prea reci (vertij, greață, durere) se vor pregăti instilațiile la temperatura camerei

Administrarea

- se așează pacientul culcat pe partea opusă urechii afectate, poziționându-se canalul auditiv (la adult se trage urechea în spate și în sus, la copil în spate și în jos) pentru o mai bună pătrundere a medicamentului
- se va șterge orice secreție observată cu aplicatorul cu capăt de bumbac, deoarece orice colecție poate reduce efectul medicamentului
- se verifică medicamentul care trebuie administrat, data de expirare și se compară încă o dată cu indicația medicului
- cu urechea corect poziționată se aplică numărul indicat de picături ținând în așa fel picurătorul încât picăturile să fie aplicate nu direct pe timpan ci pe peretele canalului auditiv, pentru a diminua disconfortul pacientului
- se menține urechea în aceeași poziție până când medicamentul dispare cu totul în interiorul canalului auditiv, apoi este eliberată în poziția obișnuită
- se cere pacientului să rămână culcat încă 5-10 minute pentru a lăsa medicamentul să fie absorbit și se poate pune un dop de bumbac pentru a împiedica scurgerea medicamentului, având grijă să nu fie introdus prea adânc pentru a nu crea presiune în canalul auditiv; se curăța și usucă urechea externă
- dacă este indicat se va repeta aceeași procedură în cealaltă ureche după cel puțin 10 minute
- dacă se indică administrare de picături și unguent, se vor aplica întâi picăturile
- pacientul trebuie supravegheat pentru a observa eventualele reacții adverse ca: vertij, greață, colecții, durere etc

AT 3 - Administrare medicamentelor pe cale orală

Deoarece medicamentele cu cale de administrare orală sunt cele mai lipsite de risc, mai ieftine și mai convenabile ca mod de administrare, o mare parte din tratamentele medicamentoase se administrează pe această cale.

Dozele medicamentoase orale normale pentru un adult pot fi periculoase pentru un vârstnic.

Tratamentul pe cale orală este contraindicat pacienților inconștienți, celor care prezintă vărsături, cât și celor care din diverse motive nu pot înghiți.

Administrare

- se verifică starea pacientului (conștiență) și semnele vitale. O schimbare în starea acestuia poate justifica schimbarea sau anularea medicației (de exemplu, nu se vor mai administra antihipertensive la un pacient care prezintă hipotensiune)
- se administrează medicația împreună cu apă sau alt lichid adecvat
- siropul nu se administrează cu apă pentru a nu-i diminua efectul
- dacă este necesar, se vor sfărâma tabletele pentru a facilita înghițirea lor
- se va sta lângă pacient până când acesta va înghiți medicamentul și dacă este nevoie, se va verifica deschizându-i gura.

Considerații speciale

- nu se va administra niciodată medicație prin indicație verbală
- se va anunța medicul pentru orice medicație neadministrată din diverse motive sau efecte adverse
- nu se va administra niciodată un medicament dintr-un flacon neetichetat. Nu se va eticheta niciodată un flacon decât de către farmacist
- pacientul va fi informat asupra posibilelor efecte adverse și i se va cere să anunțe echipa de îngrijire despre orice schimbare în starea sa
- se vor administra preparatele lichide pe bază de fier, de exemplu, cu ajutorul unui pai, pentru a preveni afectarea dentară; tot cu un pai se pot administra și lichidele cu gust neplăcut, deoarece în acest fel vor intra în contact cu acesta mult mai puține papile gustative
- dacă pacientul nu poate înghiți o tabletă sau capsulă, fie aceasta se va sfărâma dacă este posibil, fie se va cere medicului și farmacistului să ofere o variantă lichidă a aceluiași medicament. Capsulele se pot deschide și administra pulberea dinăuntru.
- anumite medicamente sunt administrate bucal, sublingual sau translingual (pe limbă) pentru a evita transformarea sau distrugerea lor în stomac sau intestinul subțire. De exemplu, translingual se administrează spray-uri medicamentoase pe bază de nitrați pentru pacienții cu angină cronică.

- În administrarea pe cale bucală, medicamentul se plasează între obraz și gingie
- Pentru administrarea sublinguală, medicamentul se plasează sub limba pacientului
- Se instruește pacientul să țină tableta la locul plasat până când se dizolvă în totalitate pentru a fi absorbită în întregime
- Nu trebuie atinsă tableta cu vârful limbii sau mestecată, pentru a nu fi înghițită
- Dacă pacientul este fumător, nu trebuie să fumeze până când medicamentul nu s-a dizolvat complet deoarece nicotina are efecte vasoconstrictoare care încetinesc absorbția

Administrarea translinguală

- pacientul va fi învățat să țină pulverizatorul vertical, cu orificiul de ieșire cât mai aproape de gură
- va fi instruit să pulverizeze medicamentul doar pe limbă printr-o apăsare fermă pe butonul flaconului
- trebuie reamintit pacientului că nu trebuie să inhaleze sprayul ci doar să îl pulverizeze pe limbă și să aștepte 10 secunde după administrare înainte de a înghiți

Considerații speciale

- nu se vor da lichide să bea pacientului după administrare de medicamente pe cale bucală, deoarece unele necesită aproape o oră pentru a fi absorbite în totalitate. De asemenea, nu trebuie nici să-și clătească gura până la absorbția completă a medicamentului
- unii pacienți care iau frecvent nitroglicerină sublingual pot simți furnicături la locul de administrare. Se poate alterna locul de administrare pentru a nu provoca iritații.

ADMINISTRAREA COMBINATĂ A MEDICAȚIEI ÎNTR-O SERINGĂ:

Combi-națiile medicamentelor sunt contraindicate dacă acestea nu sunt compatibile fie pentru că precipită, fie pentru că își anulează unul efectul celuilalt, fie când cantitatea combinată este prea mare pentru a fi absorbită printr-o singură injecție.

Considerații speciale

- deși multe medicamente incompatibile precipită vizibil, unele își schimbă doar proprietățile fără a se vedea ceva vizibil (își schimbă structură chimică și proprietățile)
- multe medicamente sunt eficiente și compatibile doar dacă sunt administrate imediat ce au fost preparate. Astfel, după aproximativ 10 minute, sub influența luminii, căldurii și a altor factori externi, își pot schimba proprietățile, culoare și pot deveni incompatibile
- dacă se combină medicamente din două flacoane cu multidoze de medicament va trebui schimbat acul cu care se trage substanța din cele două flacoane pentru a evita să introducem într-un flacon picăturile de substanță care rămân pe ac din celălalt flacon
- nu se vor combina niciodată medicamentele despre care asistenta nu este sigură că sunt compatibile
- nu se vor combina niciodată mai mult de două medicamente

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PRIN INJEȚII

Materiale necesare

- mănuși
- seringă și ac
- ser pentru dizolvat
- garou
- pad-uri alcoolizate și cu betadină sau iod
- comprese sterile
- bandaj adeziv

Medicația prescrisă trebuie să fie sterilă. Seringa și acul trebuie alese adecvat. Injecția se efectuează prin tehnică sterilă.

Injecțiile sunt contraindicate în zonele inflamate, edemațiate, care prezintă felurite leziuni sau semne din naștere. Pot fi, de asemenea, contraindicate persoanelor cu tulburări de coagulare.

Când tratamentul injectabil se administrează timp îndelungat, locurile de administrare se vor alege prin rotație.

Pregătirea echipamentului

- se verifică medicația prescrisă, data de expirare, colorație, aspect
- se compară medicația prescrisă de medic cu cea ridicată de la farmacie
- se testează pacientul să nu fie alergic, în special înaintea administrării primei doze
- dacă medicația este în fiolă, aceasta se dezinfectează, se sparge și se trage doza indicată, scoțând aerul din seringă. Apoi se schimbă acul cu unul potrivit pentru tipul de injecție
- dacă medicamentul este în flacon sub formă de pudră, se dezinfectează capacul de cauciuc, se reconstituie lichidul, se trage doza indicată, se scoate aerul și se schimbă acul cu cel pentru injecție
- tehnica de extragere a substanței dintr-un flacon este următoarea: se dezinfectează capacul flaconului, se introduce acul, seringă se umple cu aer, trăgând de piston aceea cantitate echivalentă cu doză care trebuie extrasă din flacon, se atașează apoi la acul din flacon și se introduce aerul, se întoarce flaconul și seringă se va umple singură cu cantitatea necesară

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PRIN INECȚIA INTRAMUSCULARĂ

Injecția musculară introduce substanța medicamentoasă adânc în țesutul muscular.

Administrarea

- se poziționează pacientul și se descoperă zona aleasă pentru injectare
- se fixează și se întinde pielea cu ajutorul mâinii nedominante
- se introduce printr-o singură mișcare, repede, acul prin piele, țesut subcutanat, până în mușchi
- se aspiră pentru a verifica dacă nu vine sânge. Dacă apare sânge, se va retrage acul și se va relua tehnica
- dacă la aspirare nu apare sânge, se va injecta substanța lent pentru a permite mușchiului să se destindă și să absoargă gradat medicația
- după injectare se retrage acul printr-o singură mișcare, bruscă, sub același unghi sub care a fost introdus
- se acoperă locul punșionării cu un pad alcoolizat și se masează ușor (masajul nu se va efectua atunci când este contraindicat, cum ar fi la administrarea de fier)
- dacă există sângerare, se va aplica compresie locală sau gheață în caz de echimoze
- se va reveni și inspecta locul inecției la 10 minute și la 30 de minute de ora administrării
- se vor arunca materialele folosite în recipientele specifice de colectare
- la pacienții anxioși se poate ține gheață câteva secunde pe zona de injectare înainte de administrare, pentru a anestezia întrucâtva locul

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PRIN INECȚIE SUBCUTANATĂ

Cele mai comune locuri de injectare subcutanată sunt: partea exterioară a brațelor, partea exterioară a coapselor, țesutul adipos al abdomenului inferior, partea superioară a șoldului, partea superioară a spatelui, partea superioară a feselor.

Administrare

- se selectează un loc pentru injectare (avându-se în vedere că trebuie alternate)
- cu o mână se pliază pielea din zona aleasă, cu o mișcare fermă, formând un pliu de țesut adipos
- se eliberează pliul cutanat pentru a nu introduce substanța în țesutul sub compresie și a nu se irită fibrele nervoase
- dacă apare sânge la aspirație se va arunca seringă și se va începe tehnica de la început
- nu se aspiră atunci când se fac injecții cu heparină și cu insulină (nu este necesar la insulina, iar la heparina poate produce hematom)
- se injectează substanța scoțându-se apoi blând dar repede acul, printr-o singură mișcare, sub același unghi sub care a fost introdus
- se acoperă locul injectării cu o compresă sau pad alcoolizat masând blând, circular pentru a facilita absorbția medicamentului (masarea nu se va face atunci când se adminstrează insulină sau heparină)
- se îndepărtează compresa și se verifică locul pentru a depista eventualele sângerări sau echimoze

ADMINISTRAREA TRATAMENTULUI CU INSULINĂ

Se va acorda o grijă deosebită administrării insulinei care se prezintă sub formă de flacoane multidozate. Dacă avem de administrat insulină cu efect imediat și insulină cu efect retard, se va trage întâi insulina cu efect imediat și apoi cea cu efect retard. Astfel, dacă ajung câteva picături de insulină cu efect imediat în flaconul multidozat de insulină cu efect retard, acestea nu îi vor schimba proprietățile, dacă se întâmplă invers însă, pot fi afectate proprietățile.

- când tratamentul subcutanat se adminstrează timp îndelungat, locurile de administrare se vor alege prin rotație
- insulina se adminstrează preferabil în porțiunea superioară a brațelor și abdomen
- după introducerea acului pentru injecție, NU se aspiră (nu este necesar la insulină)
- se acoperă locul injectării cu o compresă sau pad alcoolizat și NU se masează atunci când se adminstrează insulină

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PRIN INJEȚIE INTRAVENOASĂ DIRECTĂ

Injecția intravenoasă directă permite o abordare rapidă și un efect imediat. Este folosită în urgențe (bolusuri) sau în cazurile în care nu se poate face intramuscular administrarea. Pacientul trebuie supravegheat deoarece efectele sunt rapide și imediate.

Administrare

- se selectează o venă accesibilă și destul de largă (cu cât vena e mai largă și soluția mai diluată cu atât e mai puțin iritantă) și se aplică un garou deasupra locului de puncționare
- se aspiră în seringă pentru a vedea dacă acul este introdus corect în venă (apare sânge)
- se îndepărtează garoul și se injectează substanța
- la terminarea injectării se aspiră din nou pentru a vedea dacă acul a fost tot timpul în venă și dacă întreaga medicație a fost corect introdusă. După verificare se schimbă seringă goală cu una cu soluție normal salină pentru a spăla vena
- se scoate acul din venă printr-o mișcare rapidă și se presează locul puncționării cu compresa sterilă timp de 3 minute
- se aplică un bandaj adeziv

Considerații speciale

- deoarece medicamentele administrate prin injecție intravenoasă directă au efect imediat, în cazul pacienților alergici poate apărea șocul anafilactic. În această situație (când pacientul devine dispneic, cianotic etc) trebuie chemat imediat medicul și se încep manevrele de resuscitare
- dacă apar semne de extravazare se întrerupe injectarea și se reia tehnica ținând cont de substanța pierdută prin extravazare

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PRIN INJEȚIE INTRADERMALĂ

Injecțiile intradermale sunt folosite în special pentru efecte locale, ca în testele alergice sau la tuberculină. Se administrează în cantități foarte mici (0,5 ml sau mai puțin).

Partea ventrală a antebrațului este locul cel mai indicat de administrare, deoarece este ușor de accesat, de observat și, de obicei, lipsită de păr. Foarte rar se mai folosește și zona de pe spate, interscapulară.

Administrare

- se indică pacientului să stea așezat și să-și sprijine antebrațul, cu partea ventrală expusă
- se apucă antebrațul pacientului cu o mână și se întinde pielea de pe el
- cu cealaltă mână se ia seringă cu acul atașat și se îndreaptă sub un unghi de 10-15 grade față de antebraț
- se introduce acul imediat sub piele și se injectează lent
- se va simți o mică rezistență la administrare și va apărea o mică umflătură. Dacă aceasta nu apare, înseamnă că acul este prea adânc introdus, se va retrage și se va relua tehnica de la început
- după injectare se va retrage acul sub același unghi sub care a fost introdus. Nu se masează locul injectării deoarece poate irita țesuturile și poate afecta rezultatul testului
- pacientul este atenționat să nu se spele în zona respectivă până când testul nu va fi citit
- testul se va citi după 24 sau 48 de ore, în funcție de substanța injectată

Considerații speciale

- pacienții hiperalergici necesită atenție sporită deoarece pot face șoc anafilactic la administrare de antigeni

AT 6 - Administrarea medicației pe cale nazală

Medicația pe cale nazală poate fi sub formă de picături, spray sau aerosoli (folosind un nebulizator).

Administrarea de picături nazale

- pacientul este rugat să-și sufle nasul
- pentru a i se administra picături, pacientul trebuie poziționat culcat cu capul ușor înclinat spre zona afectată
- se fixează o nară ridicând-o ușor și așezând picurătorul exact la orificiul de intrare. Picurătorul se va îndrepta în sus și spre linia mediană a nasului, mai degrabă decât în jos, pentru ca medicamentul să se ducă înspre spatele cavității nazale, nu în gât
- se introduce apoi picurătorul aproximativ 1 cm în nară fără a o atinge și se administrează doza prescrisă de medicament
- pentru a evita ca medicamentul să curgă afară din nară se indică pacientului să-și mențină poziția încă 5 minute de la administrare și să respire pe gură
- se va spăla picurătorul cu apă caldă și va fi lăsat să se usuce, fiind indicat să se folosească doar la același pacient

Administrarea de medicamente sub formă de aerosoli

- pacientul este rugat să-și sufle nasul
- se indică pacientului să își dea capul pe spate și se introduce capătul flaconului într-o nară în timp ce o acoperim pe cealaltă
- se eliberează o doză de medicament printr-o mișcare fermă și rapidă
- se agită din nou flaconul și se introduce și în cealaltă nară
- se îndepărtează adaptatorul flaconului, se spală cu apă caldă și se lasă să se usuce fiind indicat să se folosească doar la același pacient

Considerații speciale

- tuburile sub presiune (ca sprayurile și aerosolii) trebuie verificate să nu fie accidentate sau perforate
- pacientul trebuie învățat să își administreze singur și corect medicamentele dacă este necesar să continue administrarea un timp mai îndelungat
- pacientul trebuie avertizat să nu-și administreze medicația un timp mai îndelungat decât este prescris, deoarece aceasta își poate pierde efectul terapeutic sau dimpotrivă, poate da dependență

Înainte de administrarea medicamentelor pe această cale, trebuie verificată cu atenție poziția și permeabilitatea sondei.

Adminstrarea medicamentelor uleioase este contraindicată pe această cale deoarece ele se lipesc de pereții sondei și mixează cu alte lichide adminstrate, obstruând-o astfel.

Materiale necesare

- aleza
- seringă specială cu piston de 50-60 ml
- comprese
- recipient pentru mixarea medicamentelor dacă este necesar
- apă
- leucoplast
- pensă pentru clampat
- tub pentru gastrostoma și pâlnie dacă este necesar

Pregătirea materialelor

- lichidele care se administrează trebuie să fie la temperatura camerei. Administrarea de lichide reci pe sonda nazogastrică poate da crampe abdominale
- deși nu este o procedură sterilă, se va verifica ca toate materialele folosite să fie curate

Administrare pe sondă nazogastrică

- dacă medicația prescrisă este sub formă de tablete aceasta trebuie sfărâmată pentru a putea fi dizolvată într-un lichid
- se protejează pacientul cu un prosop pus pe piept; se ridică ușor pacientul, astfel încât să stea cu capul ușor ridicat
- se clampează sonda și se atașează seringă
- se declampează sonda și se aspiră pentru a verifica poziția sondei
- dacă apare lichid gastric, sonda este bine poziționată ; dacă nu apare lichid gastric, sonda cel mai probabil este în esofag și trebuie repositionată
- dacă se întâlnește rezistență la aspirare se va opri procedura. Rezistența la aspirare poate fi cauzată de o sondă nefuncțională (obstruată, de exemplu) sau de o proastă poziționare a sondei. De asemenea, trebuie știut că sondele de calibru mic se pot colaba la aspirare
- după verificarea poziției sondei și repositionarea ei, dacă este necesar, se clampează și se lăsa capătul liber pe comprese

- se amestecă bine medicamentul pentru omogenizare cu apă sau alt lichid de administrare. Dacă este tabletă, se va verifica dacă este suficient de sfărâmată, astfel încât să poată trece fără să obstrueze sonda; dacă este capsulă, se va scoate învelișul și se va dizolva conținutul
- se reatașează seringă, de data aceasta fără piston și se declampează sonda
- dacă medicația curge greu se va mai dilua, vâscozitatea putând fi unul din motive, sau se va opri procedura pentru a re-verifica poziția sondei. Nu se va forța introducerea medicației
- se va supraveghea pacientul în timpul administrării. Dacă se observă semne de disconfort se va opri procedura imediat
- după administrarea întregii doze, se va spăla sondă cu 30-50 ml apă pentru a preveni obstruarea acesteia cu resturile de medicament. La copii se va spăla doar cu 15-20 ml apă
- după spălarea sondei se clampează rapid sonda și se detașează seringă montându-se un căpăcel în capătul sondei și fixând-o într-o poziție cât mai comodă pentru pacient
- pacientul este poziționat pe partea dreaptă cu capul ușor ridicat, pentru încă 30 de minute de la administrare. Această poziție permite o bună pătrundere a medicației în stomac și previne refluxul gastro-esofagian

Administrarea medicației pe gastrostoma

- administrarea medicației pe gastrostoma necesită pregătirea pacientului și a materialelor necesare ca la administrarea pe sonda nazogastrică
- se verifică pielea din jurul stomei pentru a observa eventualele iritații. Dacă acestea există, va fi anunțat medicul
- se îndepărtează compresele de pe capătul tubului, se atașează seringă și se declampează tubul
- se introduc aproximativ 10 ml apă pentru a verifica permeabilitatea stomei
- dacă apa curge greu sau deloc, se va anunța medicul
- se administrează medicația având grijă să nu se golească seringă de tot, pentru a evita pătrunderea aerului
- după administrare se va spăla cu 50 ml apă
- se clampează din nou, se acoperă cu comprese și se fixează bine cu leucoplast
- se poziționează pacientul pe partea dreaptă cu capul ușor ridicat, pentru încă 30 de minute de la administrare.

Considerații speciale:

- pentru a preveni administrarea unei cantități prea mari de lichide o dată (mai mult de 400 ml la adulți), se va evita să se administreze medicația la ora mesei; dacă totuși trebuie administrată și medicația și hrana în același timp, se va administra întâi medicația
- dacă pacientul primește continuu hrană, aceasta se va opri și se va verifica reziduul stomacal. Dacă acesta este mai mare decât 50% din cantitatea de hrană administrată cu o oră înainte, se va opri orice administrare de hrană sau medicamente și va fi anunțat medicul. Acesta poate fi un semn de ocluzie intestinală sau ileus paralyticus

Medicația oculară (picături, unguente) are scop atât diagnostic cât și terapeutic.

Pregătirea materialelor:

- se va verifica dacă medicația este pentru administrare oculară și data expirării
- se notează data primei folosiri a flaconului (după deschidere se va folosi cel mult 2 săptămâni, pentru a evita contaminarea)
- se verifică soluția medicamentoasă oftalmică să nu fie decolorată, precipitată etc (se va avea în vedere că majoritatea soluțiilor oftalmice sunt suspensii și au un aspect tulbure). Nu se vor folosi soluțiile care par anormale ca aspect
- dacă capătul tubului cu unguent oftalmic a făcut crustă, aceasta se va elimina într-o compresă sterilă

Administrarea

- ne asigurăm că știm exact care ochi trebuie tratat deoarece medicul poate prescrie medicamente și doze diferite pentru cei doi ochi
- se vor curăța secrețiile întâi în jurul ochiului, cu comprese sterile și apă caldă sau soluție normal salină. Apoi, i se cere pacientului să închidă ochiul și se va curăța din interior spre exterior cu comprese sterile diferite pentru fiecare orbită
- pentru a îndepărta crustele din jurul ochiului se pot menține pe ochi comprese umede sterile timp de 1 - 2 minute. Se va repeta procedeul până când crustele vor putea fi îndepărtate cu ușurință
- pacientul va sta culcat sau șezând, cu capul dat pe spate și înclinat pe partea cu ochiul afectat

Administrarea medicamentelor prin instilații oculare

- înainte de administrare se va învăța pacientul să privească în sus și în depărtare. Astfel corneea va fi într-o poziție care să minimalizeze riscul de a fi atinsă dacă pacientul clipește involuntar în timpul administrării
- se va trage în jos cu blândețe pleoapa inferioară și se va instila medicamentul în sacul conjunctival
- dacă se vor administra mai multe medicamente, se va aștepta cel puțin 5 minute între instilări
- după administrare se dă drumul cu blândețe pleoapei inferioare și se cere pacientului să clipească pentru distribuția uniformă a medicamentului administrat
- dacă se administrează un unguent oftalmic se aplică un strat subțire de-a lungul sacului conjunctival dinspre interior spre exterior. Se rotește tubul cu unguent pentru a finaliza aplicarea
- dacă se aplică mai multe unguente oftalmice se va aștepta cel puțin 10 minute între administrări

Adminstrarea medicației prin aplicarea de discuri oculare

Discurile oculare sunt mici și flexibile, și sunt formate din trei straturi: două exteriere și unul de mijloc, care conține medicamentul. Discul medicamentos plutește între pleopă și scleră și poate fi purtat chiar în timpul înotului sau activităților sportive. Lentilele de contact și umiditatea oculară nu afectează discurile. Discul ocular poate elibera medicamentul pe care îl conține chiar și o săptămână de la aplicare. (cum ar fi discurile care conțin pilocarpina, folosită în tratamentul glaucomului).

Contraindicațiile folosirii discurilor oculare sunt conjunctivitele, keratitele, dezlipirile de rețină și alte afecțiuni în care constricția pupilară trebuie evitată.

Aplicarea discurilor oculare

Este indicat să se aplice discurile înainte de culcare pentru a minimaliza efectele și disconfortul determinat de încetșarea vederii, care apare de obicei imediat după adminstrare.

- se trage cu blândețe pleoapa inferioară și se plasează discul în sacul conjunctival. Discul trebuie așezat orizontal, nu vertical
- se reează pleoapa peste și deasupra discului. Dacă discul încă se vede se va trage din nou pleoapa inferioară și se va reăeza peste disc. Va fi avertizat să nu se frece la ochi pentru a nu se răni
- dacă discul alunecă afară accidental, se va spăla în apă rece și se va aplica din nou
- dacă discul alunecă în repetate rânduri va fi aplicat sub pleoapa superioară
- pacientul va fi avertizat asupra eventualelor efecte adverse ale folosirii discurilor medicamentoase oculare(de exemplu la administrarea de pilocarpină): senzația de corp străin intraocular, roșeața ochiului, prurit, edem, înțepături, lăcrimare, dureri de cap. Multe simptome vor dispărea după aproximativ 6 săptămâni de folosire. Dacă totuși acestea persistă și sunt puternice, trebuie anunțat medicul imediat.

Considerații speciale

- dacă medicamentul are pipeta separat se va descărca orice rest de medicament din aceasta în flacon, evitându-se să se atingă de ceva
- dacă se indică adminstrarea de picături și unguent la același pacient, picăturile se vor administra primele
- ca și complicații, anumite medicamente adminstrate pe cale oculară pot determina arsuri temporare, prurit și roșeață, și rareori efecte sistemice

Medicamentele din această categorie se aplică direct pe piele. Acestea sunt loțiuni, creme, unguente, pudre, șampoane, aerosoli, patch-uri (plasturi medicamentoși).

Materiale necesare

- mănuși
- apăsător de limbă steril
- comprese sterile
- pansamente transparente semipermeabile
- leucoplast

Administrarea

- se descoperă zonă care trebuie tratată. Se verifică mucoasa sau pielea să fie intacte (mai puțin în cazurile când sunt tratate leziunile pielii, cum ar fi ulcerele) deoarece aplicarea pe pielea cu leziuni poate determina absorbția medicamentoasă sistemică și iritații
- dacă este necesar se curăță pielea de secreții, cruste, celule moarte sau urmele vechilor aplicații medicamentoase, apoi se schimbă mănușile

Aplicarea cremelor sau unguentelor

- se desface apăsătorul de limbă steril și se ia cu ajutorul lui cremă sau unguent și se pune în mâna cu mănușa; pentru a evita contaminarea medicamentului se va folosi de fiecare dată altă spatula pentru a lua crema din recipient
- se aplică apoi crema sau unguentul pe suprafața afectată prin mișcări lente, ușoare, în sensul creșterii firelor de păr

Considerații speciale

- pentru a păstra medicamentul pe zona tratată și pentru a nu se împrăștia pe hainele pacientului se poate acoperi zona cu o compresă sau cu un pansament semipermeabil transparent
- se va verifica frecvent zona tratată pentru depistarea precoce a eventualelor iritații, reacții alergice
- nu se va aplica niciodată medicamentul fără a curăța zona tratată de vechea aplicare, pentru a preveni astfel iritația pielii prin acumulare de reziduuri medicamentoase vechi
- purtarea mănușilor este obligatorie și pentru a preveni absorbția medicamentului prin pielea mâinilor asistentei
- aplicarea unguentelor pe mucoase se va face în cantități mult mai mici decât pe piele deoarece mucoasele sunt umede și absorb unguentul mai repede decât pielea

Printr-un patch adeziv sau un unguent dozat aplicat pe piele, substanța medicamentoasă este eliminată constant, controlat, direct în circulația sangvină, obținându-se un efect sistemic prelungit.

Unguentul cu nitroglicerină dilată coronarele pentru aproximativ 4 ore pe când un patch cu nitroglicerină va produce același efect pentru mai mult de 24 de ore. Un patch cu scopolamină atenuează greața pentru mai mult de 72 de ore, patch-ul cu estradiol are efect o săptămână, cel cu nicotină 24 de ore, iar cel cu fentanyl pentru 72 de ore.

Contraindicațiile de patch-uri transdermale sunt reacțiile alergice la medicamentul respectiv sau pielea iritată.

Aplicarea unguentului transdermal

Cel mai folosit unguent transdermal, folosit pentru efectul său sistemic este nitroglicerină.

- mai întâi se măsoară și se notează tensiunea arterială a pacientului
- se înlătură unguentul anterior dacă este cazul; se măsoară cantitatea de unguent prescrisă (pe o hârtie marcată care se obține o dată cu unguentul) și se aplică direct pe piele (de obicei pe piept sau braț)
- se poate acoperi zona cu pansament transparent semipermeabil pentru a crește absorbția medicamentului
- se va remăsura tensiunea arterială după 5 minute de la aplicarea unguentului. Dacă aceasta scade brusc și pacientul acuză dureri de cap va fi anunțat medicul imediat pentru a reduce doza
- se indică pacientului să stea lungit în pat sau șezând în scaun imediat după aplicarea unguentului

Aplicarea patch-urilor transdermale

- dacă pacientul va primi medicație transdermală trebuie să fie instruit cu atenție asupra folosirii corecte a acesteia, deoarece mulți dintre ei vor continua să și le administreze singuri
- se va explica pacientului că patch-ul are mai multe straturi. Stratul care stă în contact direct cu pielea conține o mică cantitate de substanță medicamentoasă și permite intrarea acesteia în circulația sangvină. Următorul strat controlează eliberarea treptată a medicamentului din porțiunea principală a patch-ului. Al treilea strat conține principală doză de medicament. Ultimul strat, cel exterior, constă într-o barieră din poliester și aluminiu.
- pacientul va fi învățat să-și aplice patch-ul în locuri potrivite, cum ar fi partea superioară a brațului sau pieptul, în spatele urechii, evitând să atingă gelul. Zona de aplicare trebuie să fie uscată și fără păr
- va fi învățat să alterneze locurile de aplicare de fiecare dată când schimbă patch-ul, pentru a evita iritațiile pielii

- nu-și va aplica patch-ul pe piele cu leziuni, nici în spatele genunchiului sau cotului
- după aplicare își va spăla mâinile pentru a îndepărta eventualele urme de gel
- dacă udă accidental suprafața cu gel sau scapă patch-ul pe jos, va trebui să îl înlocuiască cu unul nou plasat în alt loc
- noul patch îl va aplica cu 30 de minute înainte de al îndepărta pe cel vechi, pentru a asigura continuitatea tratamentului
- se scrie data și ora aplicării patch-ului pe suprafața lui exterioară

Conșiderații speciale

- când i se administrează patch-ul cu scopolamină sau fentanyl pacientul nu are voie să șofeze până când nu se instalează răspunsul la medicația administrată
- pacientul va fi monitorizat pentru depistarea precoce a efectelor adverse (durere de cap, hipotensiune la administrarea de nitroglicerină etc)

AT 11 - Administrarea tratamentului în tuberculoză

DOTS = Directly Observed Treatment Strategy (Strategia Tratamentului sub Directă Observație) este:

- strategia recomandată de OMS pentru controlul tuberculozei
- elaborată în 1993, când OMS a declarat TB urgență mondială
- modalitatea de control a TB cu cel mai bun raport cost-eficiență

și are 5 componente cheie:

- Angajamentul guvernului pentru acordarea de sprijin activităților de control al TB
- Detectarea cazurilor prin examen microscopic al sputei la pacienții simptomatici (D = Direct)
- Tratament standardizat, direct observat, cu durata de 6- 8 luni (O = Observed)
- Aprovizionare neîntreruptă cu medicamente antituberculoase de calitate (T = Treatment)
- Sistem standardizat de evidență și raportare a cazurilor (S = Standardized)

Ale particularități ale tratamentului sunt:

- Administrarea medicamentelor sub directă observare este **OBLIGATORIE!**
- Directă observare = medicamentele se înghit în fața unui cadru medical sau a unor persoane instruite
- Medicul pneumolog stabilește locul unde se va face DOT și persoana instruită
- Întreruperile de tratament = erori aparținând cadrelor medicale
- Utilizarea tuturor mijloacelor pentru recuperarea pacienților care întrerup tratamentul

Normele metodologice de implementare a programului național de control al tuberculozei

- Medicul pneumolog din ambulatoriu recomandă schema de tratament și prescrie lunar medicamentele pentru bolnavii aflați în tratament și săptămânal sau ori de câte ori este nevoie pentru bolnavii care intră în tratament
- În cazul pacienților care primesc tratamentul la nivelul Dispensarului de Pneumoftiziologie, medicamentele sunt păstrate în camera de tratament și administrate de către cadrul medical special instruit din dispensar
- Pentru pacienții care nu pot urma DOT la nivelul Dispensarului de Pneumoftiziologie din diverse cauze, acesta este administrat sub directă observare de către o persoană special instruită care își asumă responsabilitatea corectitudinii administrării (asistenți medicali comunitari, membri ai familiei, învățători, preoți, asistenți sociali din comunitate) sau de către medicul de familie.

- Medicul de familie ridică lunar, personal sau prin intermediul unui delegat, de la Dispensarul de Pneumoftiziologie medicamentele antituberculoase pentru bolnavii pe care îi are în supraveghere/tratament. Le păstrează în cabinet, în plicuri individuale, și le administrează sub directă observație, consemnând administrarea fiecărei doze în fișa de tratament. La încheierea tratamentului, fișa de tratament completată cu fiecare doză administrată va fi dusă la Dispensarul de Pneumoftiziologie. (conform Anexei 10 care face parte integrantă din norme)

Adobe Reader 7.0

Cod pacient

FIȘA DE TRATAMENT A TUBERCULOZEI

Nume și prenume..... CNP..... Sex M/F Vârsta..... Grupuleta..... Adresa reală..... Diagnosticul.....		Dispensar TB..... Județul..... Medicul de familie..... Adresa MF.....		Localizare <input type="checkbox"/> Pulmonară <input type="checkbox"/> Extrapulmonară <input type="checkbox"/> Caz nou <input type="checkbox"/> Recidivă <input type="checkbox"/> Transfer <input type="checkbox"/> Eșec <input type="checkbox"/> Abandon <input type="checkbox"/> Cronic																																																																																																																																																																																	
Regim standard ¹ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 individualizat ² <input type="checkbox"/> Modificat pentru ³ Data...../...../..... Faza inițială ⁴ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S Rîm: <input type="checkbox"/> Semnătura și parafă..... H R Z E S 7/7 3/7 Faza de continuare <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rîm: <input type="checkbox"/> Semnătura și parafă..... Regim individualizat Data...../...../..... Asocierea ⁵ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rîm: <input type="checkbox"/> / 7 Semnătura și parafă..... Doza..... Data...../...../..... Asocierea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rîm: <input type="checkbox"/> / 7 Semnătura și parafă..... Doza..... Data...../...../..... Asocierea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rîm: <input type="checkbox"/> / 7 Semnătura și parafă..... Doza.....		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>Nr. laborator</th> <th>Microscopie</th> <th>Cultura</th> <th>ABG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>T0</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T4-T5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>T6-T8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		Data	Nr. laborator	Microscopie	Cultura	ABG	T0					T2					T3					T4-T5					T6-T8					Evaluare: V <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Data evaluării.....																																																																																																																																																			
Data	Nr. laborator	Microscopie	Cultura	ABG																																																																																																																																																																																	
T0																																																																																																																																																																																					
T2																																																																																																																																																																																					
T3																																																																																																																																																																																					
T4-T5																																																																																																																																																																																					
T6-T8																																																																																																																																																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Anul</th> <th colspan="31">Zile</th> </tr> <tr> <th>Luna</th> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th><th>17</th><th>18</th><th>19</th><th>20</th><th>21</th><th>22</th><th>23</th><th>24</th><th>25</th><th>26</th><th>27</th><th>28</th><th>29</th><th>30</th><th>31</th> <th>Semnătura pacientului⁶</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td> </td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						Anul	Zile																															Luna	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Semnătura pacientului ⁶																																																																																																															
Anul	Zile																																																																																																																																																																																				
	Luna	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Semnătura pacientului ⁶																																																																																																																																																				
Se va nota cu „X” în dreptul zilei în care s-a administrat medicație strict supravegheră, „A” în cazul medicației autoadministrate și „-” în cazul în care s-a omis priza. <small>12.3.5.4 Vezi verso.</small>																																																																																																																																																																																					

1 de 2

Anexa 10 la norme - Fișa de tratament a tuberculozei

¹ Regim standard 1 = 2HRZE(S) + 4HR3

2 = 2HRZES + 1HRZE + 5HR3

3 = 2HRZ + 4HR3

² Regim individualizat = regim care include și medicamente antituberculoase de linia a doua (în afară de HRZES).

³ Se precizează cauza modificării regimului: chimioresistență, reacții adverse, altele.

⁴ Se va scrie doza în mg pentru fiecare medicament.

⁵ Simbolurile utilizate pentru medicamentele antituberculoase sunt:

H: Isoniazid; R: Rifampicină; Z: Pirazinamid; E: Etambutol; S: Streptomicină; K: Kanamicină; A: Amikacină; Cpc: Ciprofloxacină; Ob: Ofloxacină; Pm: Protionamid;

Em: Etionamid; Ca: Cicloerină; Cpm: Capreomicină;

Pa: Acid paraaminosalicilic; Ct: Clofazim.

⁶ Semnătura pacientului pentru confirmarea primirii medicamentelor pe luna respectivă.

Măsuri aplicate în focarul de TB

- Dispensarul de Pneumoftiziologie declanșează ancheta epidemiologică în maximum 48 de ore de la primirea Fișei de anunțare a cazului de TB. Astel, medicul de familie și asistentul medical comunitar iau act de existența unui caz nou de TB în comunitate.
- Ancheta epidemiologică este declanșată de medicul pneumolog din DPF în a cărui arie teritorială a apărut cazul/focarul, cu informarea epidemiologului de la nivelul DSPJ cu responsabilități în derularea programului național de control al tuberculozei.

Testul cutanat la tuberculină: este utilizat ca metodă convențională curentă pentru depistarea infecției cu *Mycobacterium Tuberculosis*. Singurul test acceptat în scop diagnostic și epidemiologic dintre cele folosite este IDR Mantoux.

Testul tuberculinic este utilizat:

- în scop diagnostic pentru evidențierea sensibilizării la tuberculină în cazul unei suspiciuni de infecție TB la copiii simptomatici sau la cei din focare TB (simptomatici sau nu) cu ocazia anchetei epidemiologice;
- ca metodă de investigație epidemiologică pentru calculul prevalenței infecției și a riscului anual de infecție (RĂI), ca indicatori ai endemiei TB;
- toți copiii simptomatici suspectți de TB;
- pacienții cu infecție HIV;
- copii la intrarea în centre de plasament, școli ajutătoare, școli de corecție și alte instituții cu risc;
- pentru aprecierea eficienței vaccinării BCG.

Până în prezent produsul biologic utilizat în România pentru intradermoreacție este PPD (*protein purified derivat*), care la noi în țară este fabricat de Institutul "I. Cantacuzino" – condiționat în fiole de 2 ml și poate avea două concentrații diferite:

- 2 UI / 0,1ml sau
- 10 UI / 0,1ml;
- fiecare fiolă de 2 ml conține așadar 20 de doze
- fiolele care conțin 2 UI/ 0,1 ml sunt marcate cu roșu, iar cele care conțin 10 UI/ 0,1 ml sunt marcate cu albastru
- pe fiole este marcată data limită a valabilității
- fiolele se păstrează la frigider, produsul fiind sensibil la lumină și căldură

Reacția (intens) pozitivă la PPD este marker al infecției TB,
nu certifică TB activă, adică boala propriu-zisă.

TEHNICA TESTĂRII TUBERCULINICE

Materiale necesare

Materiale necesare efectuării testului tuberculinic (metoda Mantoux) sunt:

- produsul biologic - tuberculina (se verifică valabilitatea și calitatea produsului biologic);
- seringă etanșă de unică folosință de 1 ml divizată în 0,10 ml, prevăzută cu ac special pentru injecții intradermice (de 10 mm, cu bizou scurt);
- soluție dezinfectantă - alcool de 75%;
- vată.

Locul inoculării

De preferat, fața anterioară a antebrațului stâng, treimea medie, în tegument sănătos.

Tehnica administrării

- verificarea valabilității și calității produsului biologic;
- dezinfectarea tegumentului cu alcool sanitar;
- întinderea pielii de pe fața ventrală a antebrațului pentru a facilita introducerea strict intradermică a tuberculinei;
- se injectează intradermic 0,1 ml PPD care realizează de obicei o papulă ischemică de 5-6 mm cu aspect de "coajă de portocală"; aceasta nu trebuie tamponată după ce s-a extras acul.
- IDR corectă este confirmată de lipsa sângerării și de obținerea papulei.

Citirea testului

- Citirea rezultatului se face între 48 și 72 de ore (ideal la 72 ore) de la administrare, când indurația este maximă și reacția nespecifică dispare.
- Se măsoară diametrul transversal al zonei de indurație (nu al eritemului) cu ajutorul unei rigle transparente. Eventual se marchează limitele, după ce au fost palpate și delimitate exact punctele extreme ale diametrului transversal. Se recomandă ca citirea să nu se facă după 72 de ore, întrucât se subestimează rezultatul.
- Interpretarea calitativă (tipurile Palmer) nu mai este de actualitate.
- Vaccinarea BCG induce în mod obișnuit pentru 3-4 ani o reacție care de obicei nu depășește 10 mm. O reacție mai intensă traduce foarte probabil infecția naturală cu bacilul tuberculozei.
- Citirea și interpretarea trebuie făcute de personal cu experiență, care notează mărimea diametrului indurației și data citirii.

Interpretarea testului

- Reacția pozitivă: se consideră reacție pozitivă o reacție inflamatorie/indurație de peste 10 mm la locul inoculării, care apare până la 72 de ore de la injectare. Indurația este reliefată, eritematoasă, delimitată net de restul tegumentului normal.

- reacție pozitivă semnifică numai infecția cu MT (dar și cu *M. bovis* - natural sau vaccinal) și nu poate fi argument pentru TB boala. O reacție intensă locală nu semnifică obligatoriu prezența bolii, însă sugerează mai degrabă o infecție cu MT decât o reacție încrucișată cu alte micobacterii sau cu vaccinarea BCG.
- Convențional se admite că:
 - reacția sub 9 mm semnifică alergie postvaccinală BCG (în primii ani după naștere) sau infecție cu micobacterii atipice;
 - reacția moderată, 10-14 mm, sugerează infecția cu MT;
 - reacția intensă, peste 15 mm (hiperergia), cu/fără ulcerații, flictene, nu semnifică neapărat TB activă, ci doar probabilitatea unui risc crescut de evolutivitate a leziunilor.
- Reacția (intens) pozitivă la PPD este marker al infecției TB, nu certifică TB activă.
- Dacă rezultatul testului a fost pozitiv, repetarea lui nu mai furnizează informații suplimentare și nu este indicată!
- Virajul tuberculinic constă în pozitivarea unei testări care succede uneia cu rezultat negativ și, dacă nu este consecința unei vaccinări BCG, traduce o infecție de dată recentă.
- Reacția negativă (anergia) reprezintă lipsa de răspuns la injectarea ID a tuberculinei și poate fi întâlnită în mai multe situații:
 - organismul testat este neinfestat;
 - organismul este infestat și se află în faza antealergică;
 - organismul este infestat, dar testul este efectuat după o boală anergizantă;
 - stingerea hipersensibilității după tratament sau spontan.
 - În cazul în care rezultatul la 2 UI PPD IC65 este negativ, dar există suspiciunea infecției (copil aflat în contact strâns cu o sursă de TB activă), se poate repeta imediat testul cu 10 UI PPD IC65 în antebrațul opus, după aceeași tehnică, sau la un interval de 6-8 săptămâni, cu 2 UI PPD, pentru a verifica menținerea negativității.
- Reacțiile fals-negative pot fi determinate de:
 - factori individuali;
 - factori legați de produsul utilizat: inactivarea produsului prin: expunere la lumină și căldură, diluții improprie, denaturări biochimice, contaminare, adsorbție parțială pe pereții fiolei;
 - factori umani: tehnică defectuoasă de administrare: prea puțin produs, tamponarea energetică după injectare, sângerare; erori de citire.
- Reacția negativă la PPD sugerează o afecțiune netuberculoasă, dar nu exclude diagnosticul de TB.
- Reacțiile fals-pozitive pot fi cauzate de:
 - tehnică sau citirea defectuoasă (interpretarea reacțiilor nespecifice, injectarea subcutană a tuberculinei);
 - alte infecții micobacteriene atipice;
 - vaccinare BCG;
 - reacții încrucișate cu alți antigeni bacterieni (de exemplu, ASLO în cantitate mare).

Incidente, accidente

Testul nu este însoțit de incidente și accidente grave. Se citează frecvent edemul marcat și inflamația produsă de introducerea subcutană a tuberculinei.

TEHNICA VACCINĂRII BCG

- În România, vaccinarea BCG se efectuează cu o tulpină evaluată periodic pentru calitatea produsului.
- Vaccinul liofilizat se prezintă ca o suspensie de 1 mg/ml BCG pe mediu Sauton, în soluție protectoare de glutamat de sodiu 1,5%. Produsul conține aproximativ 4-5 milioane de germeni/1g de vaccin.
- Vaccinarea se efectuează numai de către personal mediu special instruit, sub responsabilitatea medicală și legală a medicului.
- Fiola vidată în care se găsește pulberea vaccinală se deschide sub protecția foliei existente în ambalaj pentru a preveni răspândirea conținutului la pătrunderea aerului, după care se suspendă în 2 ml mediu Sauton anexat.
- Suspensia obținută, clar opalescentă, se barbotează până la omogenizare și se utilizează în maximum 30 de minute.
- Fiola conține aproximativ 20 de doze vaccinale, dar pierderile pe ac împiedică un număr echivalent de vaccinări. Produsul neutilizat se inactivează și se aruncă.
- Păstrarea vaccinului este obligatorie la întuneric și la 4°C, în caz contrar degradându-se și putând conduce la eșecuri vaccinale.
- Vaccinarea constă în injectarea strict intradermică a 0,1 ml (0,1 mg BCG) suspensie vaccinală, în treimea superioară a brațului stâng, pe fața postero-externă, după dezinfectia tegumentelor.
- Dacă tehnica a fost corectă, se obține o papulă cu diametrul de 5-6 mm cu aspect de "coajă de portocală", care nu se tamponează.

Aderența pacientului la tratament

Aderența la tratament înseamnă că un pacient urmează cu strictețe terapia recomandată, luând toate medicamentele prescrise pe întreaga durată a acesteia. Aderența este importantă deoarece TB este aproape întotdeauna curabilă dacă pacientul urmează tratamentul.

Non-aderența reprezintă refuzul sau incapacitatea pacientului de a lua medicamentele prescrise conform instrucțiunilor. Acest comportament reprezintă cea mai mare problemă în controlul TB și poate avea consecințe grave.

Un pacient ne-aderent la tratament poate:

- avea o durată mai lungă a bolii sau o boală mai severă;
- transmite TB altora;
- dezvolta și transmite o TB MDR (mulți rezistentă la tratament);
- deceda ca urmare a întreruperii tratamentului.

Pacienții și personalul sanitar sunt în egală măsură responsabili pentru asigurarea aderenței la tratament. Decizia pacientului și a familiei de a administra sau nu medicamentele depinde în foarte mare măsură de ajutorul pe care-l primesc sau nu din partea personalului sanitar atunci când îl solicită. Educația pacientului este vitală.

Rolul rețelei medicale în diminuarea non-aderenței la tratamentul anti TB

Personalul sanitar, medicii, asistenții medicali din rețeaua de pneumologie, medicii de familie, asistenții medicali ai medicilor de familie, asistenții medicali comunitari trebuie să rezerve timp pentru a explica, în mod repetat, în limbaj simplu, câte medicamente și când trebuie luate și să se asigure că explicațiile au fost înțelese.

Dialogul, participarea pacientului la discuții reprezintă elemente cheie ale comunicării interpersonale.

În Anexa 16 la normele metodologice sunt prezentate pe scurt ideile principale pentru discuția cu pacienții la diferite momente ale tratamentului și în situații particulare.

Teme de bază de discutat la prima întâlnire cu pacientul după stabilirea diagnosticului

Prima întâlnire cu pacientul oferă ocazia de a comunica informații importante despre TB și tratamentul său. La prima întâlnire cu un pacient cu TB trebuie discutate următoarele teme importante:

- ce este TB;
- TB este curabilă;
- tratamentul TB;
- necesitatea urmării directe a tratamentului;
- modul de răspândire a TB;
- simptome;
- modalități de prevenire a transmiterii;
- importanța tratamentului complet;
- la ce să se aștepte, ce este de făcut în continuare;
- importanța colaborării la controlul contactilor (familiali, de colectivitate, de anturaj).

Teme de bază care trebuie subliniate pe parcursul tratamentului

Educarea pacientului este un proces continuu de-a lungul terapiei. După întâlnirea inițială cu acesta, mesajele educaționale trebuie transmise continuu și întărite. Următoarele teme sunt considerate ca fiind relevante:

- tipul și culoarea medicamentelor/soluțiilor injectabile;
- cantitatea și frecvența administrării;
- efectele secundare;
- tratamentul de continuare;
- frecvența și importanța examenelor de spută și semnificația rezultatelor acestora;
- consecințele luării numai a unuia dintre medicamente sau ale opririi tratamentului;
- ce se întâmplă dacă pacientul vrea să se mute în timpul tratamentului.

¹¹ Surse : 1) Norme metodologice de implementare a programului național de control al Tuberculozei <http://legestart.ro/Norma-metodologica-2008-de-implementare-Programului-national-control-tuberculozei-%28MzE5NDg2%29.htm> 2) TB NEWS [http://www.tbnews.ro/Strategia-Tratamentului-sub-Directa-Observatie-\(DOTS\).html*articleID_7-articol](http://www.tbnews.ro/Strategia-Tratamentului-sub-Directa-Observatie-(DOTS).html*articleID_7-articol)

Ce este de spus sau de făcut atunci când:

- Pacientul se simte mai bine și vrea să întrerupă tratamentul.
 - Trebuie explicat că simptomele se pot ameliora sensibil în faza inițială a tratamentului (primele 8 săptămâni).
 - Totuși, dacă pacientul nu continuă tratamentul în următoarele 6 luni, unii bacili tuberculoși pot supraviețui, inducând recăderea și dezvoltarea de microorganisme rezistente la medicație. Chiar dacă pacientul se simte mai bine, este important să își continue tratamentul.
- Un pacient nou vrea să își ia medicația acasă (fără supraveghere).
 - Puneți întrebări pentru a determina cauzele acestei decizii. Explicați că majoritatea pacienților nou-diagnosticați sunt spitalizați în timpul fazei intensive a tratamentului, pentru a putea fi monitorizați cu atenție.
 - În timpul fazei de continuare, dacă este dificilă venirea la dispensar, întrebați dacă există sprijin din partea familiei față de tratament. Explicați că există o politică fermă în a insista că tratamentul să fie monitorizat direct.
- Pacientul a lipsit de la tratament două zile în timpul fazei de continuare (a omis două prize din tratament).
 - Aflați motivele. Încercați să rezolvați problemele. Amintiți-le atât pacientului, cât și aparținătorilor/părinților despre necesitatea de a lua toate dozele pe durata tratamentului.
 - Recuperați priza pierdută.
- Pacientul nu vrea să facă examenul de spută după 5 luni de tratament.
 - Explicați necesitatea examenului. Spuneți atât pacientului, cât și aparținătorilor /părinților că este important să fim siguri că tratamentul progresează favorabil.
- Mama copilului cu TB spune că soțul ei, care tușește, nu are timp pentru investigarea TB.
 - Aflați dacă mama a comunicat soțului că copilul are TB. Explicați că este important pentru el să fie testat, deoarece i-ar putea infecta și pe alții sau ar putea-o reinfecța pe mamă ori pe copil.
 - Oferiți-vă să îl vizitați pe soț sau aranjați cu un coleg să îl viziteze și să îi explice necesitatea controlării.
- Mama se teme să spună familiei că copilul are TB.
 - Oferiți-vă să vorbiți cu familia despre TB. Liniștiți familia: copilul nu este contagios, el fiind în tratament.
 - Explicați modul de transmitere și modalitățile de prevenire a TB.
- Pacientul se simte rău din cauza tratamentului și vrea să îl oprească.
 - Stabiliți dacă simptomele pacientului sunt cauzate de medicația anti TB și dacă reprezintă efecte adverse minore sau majore ale acesteia.
 - Dacă sunt efecte majore, opriți tratamentul și trimiteți pacientul la DPF.
 - Dacă sunt efecte minore, ajutați-l să le facă față, astfel încât să își continue tratamentul.

- Explicați părinților importanța tratamentului corect.
- Pacientul nu are mijloace de transport pentru a veni la dispensar.
 - Aflați motivele. Încercați să conlucrați cu pacientul/părinții în găsirea unor soluții.
 - Cereți sprijinul autorităților locale pentru a rezolva problema.

Intervenția serviciilor de asistență socială

- Serviciile de asistență socială din cadrul administrațiilor publice locale vor fi implicate în acest tip de acțiuni IEC.
- Asistenții sociali, a căror prezență în structura de supraveghere și control a TB este necesară, pot interveni, după efectuarea anchetelor sociale, în suportul financiar al pacientului (obținerea de ajutoare sociale, pensii de invaliditate, ajutoare de handicap), în plasarea pacienților fără domiciliu în Așezăminte Medico-Sociale; scopul acestor demersuri este de a spori aderența la tratament a bolnavilor de TB.
- Pot fi folosite stimulente sub forma bonurilor valorice pentru alimente, distribuite de către asistenții sociali în colaborare cu medicii pneumologi, numai pacienților care urmează tratamentul direct observat în ambulatoriu.
- Sprijinul oferit de mediatorii comunitari poate fi esențial în diminuarea non-compliancei pacienților la tratament.
- Suportul confesional, oferit prin intermediul preoților de caritate care își desfășoară activitatea în spitale nu trebuie neglijat în prevenirea abandonului tratamentului.

