

Programul RO19 “Inițiative în sănătatea publică”

Proiectul RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România”

2016

GHID DE PREVENȚIE

STILUL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS ȘI ALTE INTERVENȚII PREVENTIVE PRIORITARE
PENTRU BOLI NETRANSMISIBILE, ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ



Consultația preventivă integrată
Intervenții recomandate la copil
Intervenții recomandate la adult

VOLUMUL

7



alīrat



BUCUREȘTI, 2016

ISBN 978-973-0-22802-1

Programul RO19 "Inițiative în sănătatea publică"
Proiectul RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția
bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

GHID DE PREVENȚIE

*Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare
pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară*

Vol. 7

**Consultația preventivă integrată.
Intervențiile recomandate la copil.
Intervențiile recomandate la adult.**



aliat



Proiectul

Ghidul a fost realizat în cadrul proiectului:

**„Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile asociate stilului de viață în România” –
Programul RO19 „Inițiative în sănătatea publică”**

Promotor

Institutul Național de Sănătate Publică

Dr. Leonte Anastasievici 1-3, 050463, București

www.insp.gov.ro

Parteneri

Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei

Calea Moșilor 227, Sc. 1, Ap.3, Sector 2, 0208868 București

www.cnsmf.ro

ALIAT – Alianța pentru Lupta împotriva Alcoolismului și Toxicomaniilor

Str. Constantin F. Robescu nr.4, Sector 3, 030218 București

www.aliat-onq.ro

Disclaimer

Profesioniștii din domeniul sănătății primare sunt încurajați să ia în considerare recomandările acestui ghid atunci când iau decizii clinice în domeniul prevenției. Prezentele recomandări nu înlocuiesc judecata clinică și responsabilitatea profesioniștilor din domeniul sanitar de a lua decizii adecvate circumstanțelor fiecărui pacient, în consultare cu pacientul și / sau tutorele sau îngrijitorul lor.

Copyright



Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei, 2016

*Singurul mod de a-ți păstra sănătatea este sa mănânci ceea ce nu vrei, să
bei ceea ce nu-ți place și să faci ceea ce n-ai face.*

Mark Twain

COLECTIVUL DE ELABORARE A GHIDULUI

Colectiv CNSMF:

Mihaela Bucurenci
Doina Bunescu
Monica Bătăiosu
Mădalina Dumitrescu
Cristina Isar
Andrea Neculau
Iuliana Popa
Marius Mărginean

Colectiv INSP:

Magda Ciobanu
Adriana Gălan
Rodica Nicolescu
Silviu Rădulescu
Carmen Ungurean

Colectiv ALIAT:

Gabriela Bondoc
Eugen Hriscu
Andreea Ștefanache
Mihai Bădica

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 “Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România” finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014, în cadrul Programului RO19 “Inițiativa în sănătatea publică”.
Iunie 2016, București

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor Norvegiene 2009-2014. Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor prezentate revine inițiatorilor.

Pentru informații oficiale privind granturile norvegiene accesați
www.norwaygrants.org, www.norwaygrants.ro și www.initiativeinsanatate.ms.ro.

CUPRINS

CAPITOLUL 1. CONSULTAȚIA PREVENTIVĂ INTEGRATĂ. INTERVENȚII RECOMANDATE LA COPIL ȘI ADULT	1
1.1. INTERVENȚII PRIORITARE RECOMANDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ	2
1.1.1. SINOPSIS DE INTERVENȚII PRIORITARE LA ADULȚI ȘI COPII	3
1.1.2. EVALUAREA COPILULUI DE LA NAȘTERE PÂNĂ LA ÎMPLENIREA VÂRSTEI DE 18 ANI	5
1.1.3. EXAMENUL PREVENTIV AL ADULTULUI	16
1.2. PROCEDURI ÎN EVALUAREA PREVENTIVĂ A COPILULUI ȘI ADOLESCENTULUI	23
1.2.1. EXAMENUL FIZIC AL COPILULUI	23
1.2.2. VALORI NORMALE SEMNE VITALE COPIL	26
1.2.3. SCREENING TULBURARE DE AUZ LA COPIL	26
1.2.4. SCREENING TULBURARE DE VEDERE LA COPIL	27
1.2.5. SCREENINGUL DEPRESIEI LA ADOLESCENȚI (12–18 ANI)	28
1.2.6. SCREENING ITS LA ADOLESCENȚI	30
1.2.7. EVALUAREA CONSUMULUI PROBLEMATIC DE ALCOOL (DROGURI) LA ADOLESCENȚI- CHESTIONARUL CRAFFT	30
1.2.8. PROTOCOL DE PROFILAXIA ANEMIEI	31
1.2.9. PROTOCOL DE PROFILAXIA CARIEI DENTARE	31
1.2.10. PROTOCOL DE PROFILAXIA RAHITISMULUI	32
1.2.11. PROGRAMUL NAȚIONAL DE IMUNIZĂRI	33
BIBLIOGRAFIE	34
1.3. INTERVENȚII LA COPII ȘI ADOLESCENȚI	36
1.3.1. HIPOTIROIDISMUL CONGENITAL	36
1.3.2. OFTALMIA (GONOCOCICĂ) NEONATALĂ	37
1.3.3. HIPOACUZIA LA NOU-NĂSCUȚI	38
1.3.4. TULBURARE DEPRESIVĂ LA COPII ȘI ADOLESCENȚI	39
1.3.5. OBEZITATEA LA COPII ȘI ADOLESCENȚI	40
1.3.6. FENILCETONURIA (PKU)	41
1.3.7. TULBURARE DE VEDERE LA COPII CU VÂRSTE ÎNTRE 3 ȘI 5 ANI	42
1.4. ALTE RECOMANDĂRI PREVENTIVE	43
1.4.1. BOLI CU TRANSMITERE SEXUALĂ	43
1.4.2. INFECȚIA CU CHLAMYDIA	44
1.4.3. INFECȚIA HIV	45
1.4.4. INFECȚIA CU VIRUSUL HEPATITEI B	46
1.4.5. INFECȚIA CU VIRUSUL HEPATITEI C	47
1.4.6. CONSILIEREA PENTRU PREVENȚIA CANCERULUI CUTANAT	48
1.4.7. TULBURARE COGNITIVĂ	49
1.4.8. DEPRESIA LA ADULȚI	50
CAPITOLUL 2. INSTRUMENTE PENTRU IMPLEMENTAREA RECOMANDĂRILOR	51

2.1. Cele 5 grupe și subgrupe alimentare de bază	52
2.2. Piramida alimentației sănătoase	53
2.3. Farfuria alimentației sănătoase	54
2.4. Chestionarul REAPS	56
2.5. Chestionarul REAPS comentat	57
2.6. Caracteristici nutriționale ale grupelor alimentare	60
2.7. Valoarea calorică a alimentelor	61
2.8. Necesari caloric estimat pe zi, sex, vârstă și nivel de activitate fizică	62
2.9. Porții-standard zilnice pe grupe alimentare și niveluri de aport caloric	63
2.10. Contabilizarea porțiilor de alimente din diferite grupe și subgrupe alimentare în combinațiile de alimente	65
2.11. Conținutul estimat de acizi grași Eicosapentaenoic (EPA), Docosahexaenoic (DHA) și de mercur în 110 g pește de diferite varietăți	66
2.12. Uleiurile – compoziție, surse, efecte	67
2.13. Necesari de micronutrienți (minerale și vitamine) pe grupe de vârstă și sex	68
2.14. Surse alimentare de micronutrienți	69
2.15. Principii în alimentația copilului	70
2.16. Lista alimentelor nerecomandate preșcolarilor și școlarilor	72
2.17. Tabel sintetic cu alimentația la copil pe grupe de vârstă și sex, detaliată pe cele 5 grupe alimentare sănătoase	73
2.18. Patern alimentar – adaptare pentru vegetarieni	74
2.19. Patern adaptat vegan	75
2.20. Dieta DASH	76
2.21. Dieta mediteraneană	77
2.22. Stadializarea intervențiilor în obezitate	78
2.23. Jurnalul alimentar	79
2.24. Sumarul recomandărilor privind activitatea fizică	82
2.25. Chestionarul GPPAQ – Indexul activității fizice	83
2.26. Pliant mișcare pentru pacienți	89
2.27. Chestionarul AUDIT	90
2.28. Chestionarul AUDIT - Scoruri	91
2.29. Fișa pacient cu scor 1-7	92
2.30. Fișa pacient cu scor 8-15	94
2.31. Fișa pacient cu scor 16-19	96
2.32. Fișa pacient cu scor peste 20	98
2.33. Jurnalul săptămâna al consumului de alcool	100
2.34. Jurnalul situațiilor de risc	102
2.35. Planul personal în caz de urgență	103
2.36. Balanța decizională	104
2.37. Testul Fagerstrom pentru evaluarea dependenței de nicotină	105
2.38. Scala dorinței de renunțare la fumat	106
2.39. Strategia 5A	107
2.40. Diagrama SCORE	108

2.41. Algoritm prevenție diabet zaharat	109
2.42. Riscul cardiovascular – Pliant pentru pacienți	110
2.43. Managementul recoltării și preparării frotiului BPN	112
2.44. Testul hemoragiilor oculte în fecale (THOF). Informații pentru pacient	115
2.45. Examenul clinic al sânului	118
2.46. Codul European împotriva Cancerului	121
2.47. Formularul FS1 pentru Programul Național de screening al cancerului de col uterin	122
2.48. Evaluarea creșterii copilului 0-5 ani	124
2.49. Graficele de creștere și dezvoltare.....	125
2.50. Urmărirea dezvoltării neuropsihice la copii 0-5 ani	147
2.51. Criteriile de evaluare a dezvoltării motorii a copilului - WHO	150
2.52. Chestionar screening Autism	152
2.53. Scala maturizării sexuale (Tanner)	153
2.54. Suplimentarea dietei cu fier.....	155
2.55. Suplimentarea dietei cu calciu	156
2.56. Suplimentarea dietei cu vitamina D.....	157
2.57. Fișa de observare a tehnicii de alăptare	158
2.58. Îndrumar pentru alimentația copilului 6 luni - 2 ani	159
2.59. Chestionarul “Major Depression Inventory” (MDI)	161
2.60. Instrumentul FRAX de estimare a riscului de fracturi cauzate de osteoporoză. Factori de risc.....	163
CAPITOLUL 3. TEHNICI DE CREȘTERE A MOTIVAȚIEI PACIENȚILOR, CU APLICABILITATE ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE	164
BIBLIOGRAFIE	171

CAPITOLUL 1.

CONSULTAȚIA PREVENTIVĂ INTEGRATĂ.

INTERVENȚII RECOMANDATE LA COPIL ȘI ADULT

Asa cum s-a menționat în capitolele anterioare, scopul final al Ghidului nostru este de a furniza un model de asistență preventivă cuprinzătoare, sistematică și ținută, care să obțină maximum de beneficii pentru sănătatea populației cu maximum de eficiență în utilizarea resurselor.

Caracteristicile acestui model sunt:

- includerea unui spectru larg de intervenții, acoperind o paletă largă de afecțiuni ținută și probleme de sănătate relevante;
- selectarea intervențiilor cu eficacitate clinică și impact dovedit asupra sănătății publice;
- abordarea dinamică, longitudinală a intervențiilor pentru reducerea riscului de-a lungul întregii vieți, prin adaptarea la nevoile specifice de intervenție preventivă ale fiecărui grup de vârstă, de la naștere până la vârstele cele mai înaintate;
- inventarierea sistematică a riscurilor relevante în cadrul consultației preventive periodice, al cărei conținut este adaptat nevoilor specifice de intervenție preventivă ale fiecărei grupe de vârstă/sex.
- furnizarea în mod integrat a intervențiilor adresate factorilor de risc comuni mai multor afecțiuni – în particular stilul de viață, integrarea prevenției primare cu prevenția secundară;
- asigurarea unui episod complet de îngrijire preventivă prin articularea celor trei piloni ai medicinei preventive: identificarea și evaluarea riscului, comunicarea riscului și managementul riscului.
- intervenția preventivă este modulată pe două paliere: nivelul populației generale asimptomatice (intervenții furnizate universal tuturor persoanelor) și nivelul populației selectate la risc (intervenții furnizate persoanelor cu risc crescut).

Aceste caracteristici sunt ilustrate în secțiunile de mai jos.

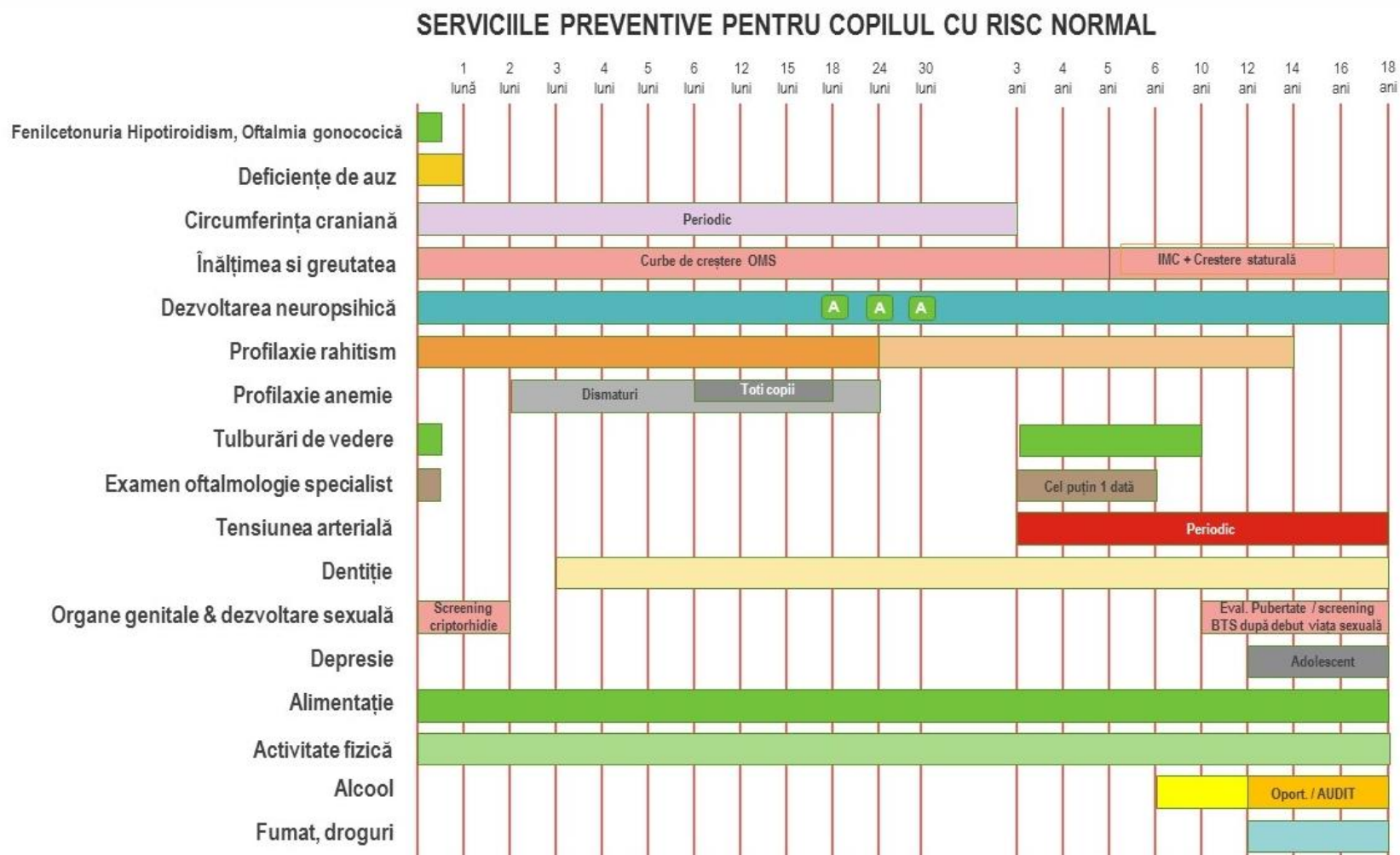
1.1. INTERVENȚII PRIORITARE RECOMANDATE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Tabelul sinoptic al intervențiilor preventive reunește intervențiile cu cel mai mare impact asupra riscului de boală și îmbolnăvire pentru categoriile de populație menționate mai jos

Tipul intervențiilor	Populația țintă			
	Femei	Bărbați	Gravide	Copii & Adolescenți
Alăptarea: Promovare - Toate femeile însărcinate sau cu nou născuți			x	
Aspirina: Bărbați și femei 50-59 ani pentru prevenția BCV și a cancerului colorectal	50-59	50-59		
Acid folic: suplimentare - Toate femeile de vârstă fertilă care planifică o sarcină	x		x	
Boli cu transmitere sexuală (BTS): Consiliere comportamentală - Adolescenți activi sexual și adulți la risc crescut	x	x	x	x
Cancer col uterin: Screening - Femei - 25 și 65 de ani (Pap test) 1 test la 3-5 ani	21-65			
Cancer colorectal: Screening - Adulți - 50 până la 75 de ani, THOF 1/an Dacă risc crescut: colonoscopie la 5 ani începând cu 10 ani mai devreme decât vârsta celui mai tânăr caz din familie, la 1-2 ani, după 8-10 ani de la debutul bolilor inflamatorii intestinale.	50-75	50-75		
Cancer la piele: Consiliere comportamentală Copii, adolescenți, adulți tineri - 10-24 de ani – pentru evitarea expunerii la soare	18-24	18-24		10-17
Cancer la sân: Screening - Femei 50-69 de ani : Mamografie -, o dată la 2 ani ; ECS anual	50-69			
Chlamydia: Screening – Toate Femeile active sexual până la 25 ani și > 25 ani la femei cu risc crescut (active sexual, fără relații stabile)	<25			
Consum problematic de alcool: Screening și intervenție scurtă la medicul de familie – Adulți, tineri	≥18	≥18	x	15-17
Diabet zaharat și tulburări ale reglării glicemice: Screening - Adulți 45-70 ani sau sub 45 ani, supraponderali/ obezi plus > 1FR	45-70	45-70	x	
Depresia: Screening - Adolescenți 12-17 ani, Adulți începând cu 18 ani	18+	18+	x	12-17
Dietă și activitate fizică pt. prevenția BCV: Consiliere intensivă - Adulți la risc pentru BCV	x	x	x	
Dislipidemie la adulți: Screening universal - Bărbați și femei de la 40 de ani Indivizi selectați cu risc crescut = de la orice vârstă (v cap RCV)	40-70	40-70		
Determinarea riscului cardiovascular Global - SCORE (toată populația 40 -65 ani);	40-65	40-65		
Fenilcetonuria: Screening - Nou născuți				NN
Fumat: Intervenție scurtă - Sfat minimal stop-fumat – Adulți, femei însărcinate	x	x	x	
Fumat: Intervenții în asistența primară - Copii și adolescenți				x
Hipertensiune arterială: Screening - Adulți începând cu 18 ani, la 2 ani	x	x		
Hipotiroidism congenital - Screening la nou-născut				NN
HIV: Screening- Adolescenți și adulți la risc crescut	x	x	x	x
Infecție cu VHB: Screening Adulți și adolescenți cu risc crescut	x	x	x	x
Infecție cu VHC: Screening Adulți și adolescenți cu risc crescut	x	x	x	x
Obezitate: Screening - Copii și adolescenți, 6-17 ani				6-17
Obezitate: Screening și management Adulți peste 18 ani	18+	18+		
Oftalmia gonococică la nou-născut: Profilaxia - medicație preventivă la toți nou-născuții				NN
Osteoporoza: Screening - Femei peste 65 de ani (universal), sau sub 65 de ani la risc de osteoporoză (oportunist/selectiv)	65+			
Tulburare de auz la nou-născuți: Screening universal la n.n.				NN
Tulburare de acuitate vizuală: Screening - toți copiii, cel puțin 1 dată între 3 și 5 ani				x
La copii – evaluarea creșterii și dezvoltării la vârste jalon utilizând standardele OMS 2007				x
Evaluare și consiliere pentru alimentația complementară la sugar și copilul mic (0-23 luni) - OMS				x
Ex. clinic ținut pentru identificarea activă a unor afecțiuni specifice vârstei (criptorhidie, dezvoltare neuro-psihică etc)				x
Evaluare și sfat-scurt pentru alimentație sănătoasă și activitate fizică	x	x	x	x

1.1.1. SINOPSIS DE INTERVENȚII PRIORITARE LA ADULȚI ȘI COPII

Tabelele de mai jos redau conținutul recomandat al consultației preventive la copil și adult



SERVICII PREVENTIVE RECOMANDATE LA ADULT



1.1.2. EVALUAREA COPILULUI DE LA NAȘTERE PÂNĂ LA ÎMPLINIREA VÂRSTEI DE 18 ANI

1.1.2.1. Importanța subiectului

Majoritatea copiilor, începând de la vârsta de sugari și până la adolescență, își vizitează medicul de familie, cel puțin odată pe an. Aceste întâlniri creează numeroase prilejuri de realizare a serviciilor preventive și de promovare a sănătății.

Cu toate acestea, planificarea de întâlniri dedicate pentru îngrijirile preventive s-a dovedit a fi foarte importantă în prevenirea îmbolnăvirilor.

În 2012, OMS și UNICEF au publicat un manual de îngrijire în comunitate a nou-născutului în care este argumentată această nevoie.

Prima lună de viață, numită perioada neonatală, este etapa în care pot surveni cele mai multe riscuri pentru nou-născut.

Datele din literatură arată că la fiecare 100 de copii născuți vii, aproximativ 10 mor înainte de împlinirea vârstei de 5 ani. Dintre aceștia, aproximativ 4 decedează în prima lună de viață, majoritatea în prima săptămână.

Mulți nou-născuți se îmbolnăvesc în primele zile de viață din cauza complicațiilor la naștere. Prin urmare, este importantă îngrijirea de specialitate la naștere, astfel încât orice complicații să poată fi prevenite sau tratate, dar la fel de importantă este și preluarea nou născutului și a mamei, la întoarcerea acasă de către echipa din asistența medicală primară.

Rolul acestui ghid este de a standardiza abordarea îngrijirilor preventive în comunitate de către medicul de familie și echipa sa (asistenta medicală și asistenta comunitară).

1.1.2.2. Conținutul consultației preventive a copilului și adolescentului în asistența medicală primară

Vârsta	Conținutul consultației preventive copil și adolescent
Ziua 4-7	Prima consultație preventivă, la domiciliul copilului în echipa medic /asistentă în ziua 4-7 de la naștere Evaluare • Examen fizic Examinează copilul pentru a identifica semne de boală (vezi anexa) • Măsurători Cântărește copilul Măsoară lungimea Măsoară perimetrul cranian Proiectează valorile măsurate pe graficele corespunzătoare și interpretează datele. • Dezvoltare psihomotorie (vezi anexa) • Alimentație Identifică probleme legate de alăptare utilizează fișa de evaluare a tehnicii de alăptare. Asigură suport pentru alăptare.

Screening

- **senzorial**

Auz: Verifică efectuarea în maternitate a **screeningului** pentru deficit de auz. Dacă nu a trecut testul asigură retestare până la împlinirea vârstei de 1 lună.

Văz: Efectuează screening cataractă congenitală/glaucom (reflexul de roșu)

Trimite la oftalmologie - în caz de prematuritate/ îngrijorare părinți

- **metabolic și endocrin**

verifică efectuarea în maternitate a screening-urilor metabolic și pentru hipotiroidism congenital.

Înregistrează în cazul în care ești notificat de către DSP, rezultatul testului de fenilketonurie și hipotiroidism congenital

În caz de rezultat modificat anunță familia, explică și informează asupra bolii și aranjează evaluarea de către medicul pediatru desemnat.

Monitorizează starea copilului și menține legătura cu medicul pediatru și DSP.

Imunochemopprofilaxii

Verifică statusul vaccinal din maternitate (BCG; Hbs) și discută cu părinții despre vaccinările ulterioare obligatorii și opționale.

Recuperează/ organizează vaccinarea în cazul în care nu a fost posibilă în maternitate.

Consiliere

Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului și recomandă administrarea Vitaminei D₃ de la a 7-a zi de viață.

Evaluează familia- identifică competențele părinților legate de îngrijirea copilului și starea psihică a acestora, stabilește mijloacele de comunicare cu echipa de AMP.

Integrează asistenta comunitară în urmărirea lăuzei și a nou-născutului.

Atenție la violența în familie.

Consiliere anticipativă: risc fumat pasiv, risc de accidente (evită dormitul în pat cu copilul), siguranța sursei de apă, explică atitudinea în situații frecvente (îngrijirea plăgii ombilicale, febra, vărsăturile/regurgitațiile, colicile sugarului etc)

Planifică următoarea întâlnire

Ziua
14-a

Efectuează o consultație suplimentară la 14 zile, copiilor cu greutate la naștere sub 2,5 kg

Luna

1

Evaluare

- **Examen fizic**

Examinează copilul pentru a identifica semne de boala (**vezi anexa**)

- **Măsurători**

Cântărește copilul

Măsoară lungimea

Măsoară perimetrul cranian

Proiectează valorile măsurate pe graficele corespunzătoare și interpretează datele.

- **Dezvoltare psihomotorie (vezi anexa)**

- **Alimentație**

Identifică probleme legate de alăptare utilizează fișa de evaluare a tehnicii de alăptare

Screening senzorial

-**auz:** dacă nu s-a efectuat în maternitate

- **văz:** dacă prematuritate

Imunochemoprofilaxii

Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului și continuă administrarea Vitaminei D3. Identifică situația vaccinală și discută cu părinții despre vaccinarea de la 2 luni. Vaccinează conform Programului Național de Vaccinări în cazul în care nu a fost completat în maternitate (sau este necesară schemă rapidă de vaccinare).

Consiliere

Evaluează familia- identifică competențele părinților legate de îngrijirea copilului și starea psihică a acestora.

Atenție depresie postpartum

Consiliere anticipativă: risc fumat pasiv, risc de accidente (evită dormitul în pat cu copilul), siguranța sursei de apă, explică atitudinea în situații frecvente (îngrijirea plăgii ombilicale, febra, vărsăturile/regurgitațiile, colicile sugarului etc)

Planifică următoarea întâlnire

Luna

2

Evaluare

- **Examen fizic**

Examinează copilul pentru a identifica semne de boală (ANEXA)

- **Măsurători**

Cântărește copilul

Măsoară lungimea

Măsoară perimetrul cranian

Proiectează valorile măsurate pe graficele corespunzătoare și interpretează datele.

- **Dezvoltare psihomotorie**

- **Alimentație**

Identifică probleme legate de alăptare utilizează fișa de evaluare a tehnicii de alăptare

Screening senzorial

-auz: dacă nu s-a efectuat în maternitate sau dacă factori de risc pentru tulburare auz (vezi tabel proceduri)

-vâz: dacă prematuritate

Imunochemoprofilaxii

Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului și continuă administrarea Vitaminei D3. Identifică situația vaccinală și discută cu părinții despre vaccinare.

Vaccinează conform Programului Național de vaccinări (doza I)

Discută cu părinții despre profilaxia anemiei. Dacă copilul a fost născut prematur/dismatur, demarează suplimentarea cu fier (atenție la conținutul în fier al laptelui formulă, dacă acesta este consumat de copil). Suplimentarea se menține până la vârsta de 2 ani.

Consiliere

Evaluează familia- identifică competențele părinților legate de îngrijirea copilului și starea psihică a acestora.

Încurajează alăptarea exclusivă la sân până la 6 luni

Consiliere anticipativă: risc fumat pasiv, risc de accidente (evită dormitul în pat cu copilul), siguranța sursei de apă, explică atitudinea în situații frecvente (îngrijirea plăgii ombilicale, febra, vărsăturile/regurgitațiile, colicile sugarului etc)

Planifică următoarea consultație

Luna

4

Evaluare

- **Examen fizic**

Examinează copilul pentru a identifica semne de boala (vezi anexa)

- **Măsurători**

Cântărește copilul

Măsoară lungimea
Măsoară perimetrul cranian
Proiectează valorile măsurate pe graficele corespunzătoare și interpretează datele.

- **Dezvoltare psihomotorie (vezi anexa)**
- **Alimentație**

Identifică probleme legate de alăptare utilizează fișa de evaluare a tehnicii de alăptare

Screening

Auz: trimitere la evaluare de specialitate dacă factori de risc sau dacă îngrijorare părinți sau dacă inadecvare evaluare neuropsihică

Văz: testare anormalitate aliniere (reflex luminos cornean)

Imunochemoprofilaxii

Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului și continuă administrarea Vitaminei D3.
Vaccinează conform Programului Național de Vaccinări (doza II)

Evaluează familia - identifică competențele legate de îngrijirea copilului și starea psihică a acestora, calitatea relației părinți-copil

Consiliere

Încurajează alăptarea exclusivă la sân până la 6 luni

Consiliere anticipativă:

Discută cu părinții despre alimentația complementară și menționează că se recomandă începerea acesteia în jurul vârstei de 6 luni, indiferent dacă copilul este alăptat sau se hrănește cu lapte formulă.

Inițiază o vizită specială pentru instruirea mamei cu privire la alimentația complementară.

Identifică obstacole și soluții împreună cu familia pentru a introduce alimentația complementară la timp. Explică acestora motivele pentru care alimentele complementare se introduc în preajma vârstei de 6 luni de la naștere.

Planifică următoarea consultație

Luna 6

Evaluare

- **Examen fizic**

Examinează copilul pentru a identifica semne de boala (**vezi anexa**)

- **Măsurători**

Cântărește copilul

Măsoară lungimea

Măsoară perimetrul cranian

Proiectează valorile măsurate pe graficele corespunzătoare și interpretează datele.

- **Dezvoltare psihomotorie (vezi anexa)**
- **Alimentație**

Consiliere privind continuarea alăptării (până la 2 ani)

Consiliere privind alimentația complementară (grafice și tehnici de introducere a alimentelor noi și asigurarea Dietei minim acceptabile)

- **Activitatea fizică**

De la naștere și până la 1 an, activitatea fizică, în special joaca supravegheată pe podea într-un mediu sigur, ar trebui încurajată pentru o dezvoltare sanatoasă a copiilor

- **Dentiția**

Evaluarea dezvoltării dentiției

Profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale

Administrarea de fluor dacă zonă cu deficit de fluorinare a apei

Screening

Auz: trimitere la evaluare de specialitate dacă factori de risc sau dacă îngrijorare părinți sau dacă inadecvare evaluare neuropsihică

Văz: testare anormalitate aliniere (reflex luminos cornean)

Imunochemoprofilaxii

Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului și continuă administrarea Vitaminei D3
Identifică situația vaccinală și Discută cu părinții despre vaccinare

Vaccinează conform Programului Național de Vaccinări în caz restanțier

Discută cu părinții despre profilaxia anemiei și recomandă demararea administrării de suplimente de fier în doza de 2 mg/kgc/zi pentru o durată de 9 luni - 18 luni (după IOMC)

Consiliere

Discută cu părinții despre alimentația complementară.

Explică părinților, mamei, tutorelui, persoanei care îngrijește copilul modul de introducere a alimentației complementare, care sunt cele 7 grupe alimentare, care alimente sunt permise, care alimente sunt nerecomandate sau interzise, care este cantitatea la această vârstă în funcție de capacitatea stomacului, consistența și aportul energetic, care este consistența recomandată în funcție de dezvoltarea psihomotorie a copilului, care este frecvența meselor în funcție vârstă, de capacitatea stomacului, de aportul energetic, capacitățile și starea de sănătate a copilului.

Consiliere anticipativă: prevenire riscuri accidentare (căderea din pat), explică atitudinea în situații frecvente (erupția dentară), consiliere privind joaca

Planifică următoarea consultație

Luna

9

Evaluare

- **Examen fizic**

Examinează copilul pentru a identifica semne de boala (**vezi anexa**)

- **Măsurători**

Cântărește copilul

Măsoară lungimea

Măsoară perimetrul cranian

Proiectează valorile măsurate pe graficele corespunzătoare și interpretează datele.

- **Dezvoltare psihomotorie (vezi anexa)**

identifică probleme legate de dezvoltarea psihomotorie –**dacă părinții exprimă îngrijorare**, aplică chestionarul de screening pentru copii cu Tulburare în Spectrul Autist (CS-TSA) recomandat de Comisia de psihiatrie și psihiatrie pediatrică. În funcție de rezultatul evaluării recomandă părinților consult de specialitate la neuropsihiatrie infantilă

- **Alimentație**

Consiliere privind continuarea alăptării (până la 2 ani)

Consiliere privind alimentația complementară (grafice și tehnici de introducere a alimentelor noi și asigurarea Dietei minim acceptabile)

- **Activitatea fizică**

De la naștere și până la 1 an, activitatea fizică, în special joaca supravegheată pe podea într-un mediu sigur, ar trebui încurajată pentru o dezvoltare sănătoasă a copiilor

- **Dentiția**

Evaluarea dezvoltării dentiției

Profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale

Administrarea de fluor dacă în zona respectivă apa cu deficit de fluor

Screening

Auz: trimitere la evaluare de specialitate dacă factori de risc sau dacă îngrijorare părinți sau dacă inadecvare evaluare neuropsihică

Văz: testare anormalitate aliniere (reflex luminos cornean, testul prin acoperire)

Imunochemoprofilaxii

Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului și continuă administrarea Vitaminei D3
Discută cu părinții despre profilaxia anemiei și continuă administrării de suplimente de fier

Consiliere anticipativă: dezvoltarea socio-emoțională, gestiunea comportamentelor.
Planifică următoarea consultație

Luna
11

Vaccinează conform Programului Național de Vaccinări (doza III)

Luna
12

Evaluare

- **Examen fizic**

Examinează copilul pentru a identifica semne de boala (ANEXA)

- **Măsurători**

Cântărește copilul

Măsoară lungimea

Măsoară perimetrul cranian

Proiectează valorile măsurate pe graficele corespunzătoare și interpretează datele.

- **Dezvoltare psihomotorie**

identifică probleme legate de dezvoltarea psihomotorie - ***dacă părinții exprimă îngrijorare***, aplică chestionarul de screening pentru copii cu Tulburare în Spectrul Autist (CS-TSA) recomandat de Comisia de psihiatrie și psihiatrie pediatrică. În funcție de rezultatul evaluării recomandă părinților consult de specialitate la neuropsihiatrie infantilă

- **Alimentație**

Consiliere privind continuarea alăptării (până la 2 ani)

Consiliere privind alimentația complementară (grafice și tehnici de introducere a alimentelor noi și asigurarea Dietei minim acceptabile)

- **Activitatea fizică**

De la naștere și până la 1 an, activitatea fizică, în special joaca supravegheată pe podea într-un mediu sigur, ar trebui încurajată pentru o dezvoltare sănătoasă a copiilor

- **Dentiția:**

Evaluarea dezvoltării dentiției

Profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale

Administrarea de fluor dacă în zona respectivă apa cu deficit de fluor

Screening senzorial

Auz: trimitere la evaluare de specialitate dacă factori de risc sau dacă îngrijorare părinți sau dacă inadecvare evaluare neuropsihică

Văz: testare anormalitate aliniere (reflex luminos cornean, testul prin acoperire)- dacă anormal sau îngrijorare părinți trimitere la oftalmologie

Imunochemoprofilaxii

Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului și continuă administrarea Vitaminei D3
Identifică situația vaccinală și discută cu părinții despre vaccinare

Discută cu părinții despre profilaxia anemiei și continuarea administrării de suplimente de fier

Consiliere anticipativă: dezvoltarea socio-emoțională, gestiunea comportamentelor (mersul la toaletă).

Discută despre continuarea alăptării până la 2 ani și peste

Planifică următoarea consultație

Luna
15-18

Evaluare

- **Examen fizic**

Examinează copilul pentru a identifica semne de boala (ANEXA)

- **Măsurători**

Cântărește copilul

Măsoară lungimea

Măsoară perimetrul cranian

Proiectează valorile măsurate pe graficele corespunzătoare și interpretează datele.

- **Dezvoltare psihomotorie**

La 18 luni aplică chestionarul de screening pentru copiii cu Tulburare în Spectrul Autist (CS-TSA) recomandat de Comisia de psihiatrie și psihiatrie pediatrică. În funcție de rezultatul evaluării recomandă părinților consult de specialitate la neuropsihiatrie infantilă

- **Alimentație**

Încurajează continuarea alăptării până la 2 ani și peste

3 mese principale și 2 gustări

- **Activitatea fizică**

Copiii de 1-3 ani și preșcolarii 3-5 ani ar trebui să fie activi fizic cel puțin 3 ore în fiecare zi pe parcursul zilei

- **Dentiția**

Evaluarea dezvoltării dentiției

Profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale

Administrarea de fluor dacă în zona respectivă apa cu deficit de fluor

Screening

Auz: trimitere la evaluare de specialitate dacă factori de risc sau dacă îngrijorare părinți sau dacă inadecvare evaluare neuropsihică

Văz: testare anormalitate aliniere (reflex luminos cornean, testul prin acoperire)- dacă anormal sau îngrijorare părinți trimitere la oftalmologie

Imunochemoprolaxii

Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului și continuă administrarea Vitaminei D₃ cu intermitență, doar în perioadele de însorire slabă, din septembrie până în aprilie, până la împlinirea vârstei de 14 ani. Copiii alimentați cu cel puțin 400 ml de lapte nu necesită suplimentarea dietei cu calciu.

Consiliere anticipativă: dezvoltarea socio-emoțională, gestiunea comportamentelor (mersul la toaletă), prevenirea accidentelor

Planifică următoarea consultație

2
ani

Evaluare

- **Examen fizic**

Examinează copilul pentru a identifica semne de boala (ANEXA)

- **Măsurători**

Cântărește copilul

Măsoară lungimea

Măsoară perimetrul cranian

Proiectează valorile măsurate pe graficele corespunzătoare și interpretează datele.

- **Dezvoltare psihomotorie**

La 2 ani aplică chestionarul de screening pentru copiii cu Tulburare în Spectrul Autist (CS-TSA) recomandat de Comisia de psihiatrie și psihiatrie pediatrică. În funcție de rezultatul evaluării recomandă părinților consult de specialitate la neuropsihiatrie infantilă

- **Alimentație**

Discută cu părinții despre alimentația copilului cu vârsta de peste 2 ani (alegerile alimentare, micul dejun, modul de preparare, cantități, consistență, grupele alimentare, alimente restricționate, mănâncă singur, mese în familie)

- **Activitatea fizică**

Copiii de 1-3 ani și preșcolarii 3-5 ani ar trebui să fie activi fizic cel puțin 3 ore în fiecare zi pe parcursul zilei

- **Dentiția**

Evaluarea dezvoltării dentiției

Profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale

Administrarea de fluor dacă în zona respectivă apa cu deficit de fluor

Screening senzorial

Auz: trimitere la evaluare de specialitate dacă factori de risc sau dacă îngrijorare părinți sau dacă inadecvare evaluare neuropsihică

Văz: testare anormalitate aliniere (reflex luminos cornean, testul prin acoperire)- dacă anormal sau îngrijorare părinți trimitere la oftalmologie

Imunochemoprofilaxii

Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului și continuă administrarea Vitaminei D₃ cu intermitență, doar în perioadele de însorire slabă, din septembrie până în aprilie, până la împlinirea vârstei de 14 ani. Copiii alimentați cu cel puțin 400 ml de lapte nu necesită suplimentarea dietei cu calciu.

Consiliere anticipativă: dezvoltarea socio-emoțională, gestiunea comportamentelor (mersul la toaletă), conduita în afecțiunile obișnuite vârstei, recunoașterea simptomelor care trebuie raportate

fără întârziere, prevenirea accidentelor

Planifică următoarea consultație

**3-5
ani**

Evaluare

- **Examen fizic**

Examinează copilul pentru a identifica semne de boala (vezi anexa)

- **Măsurători**

Cântărește copilul

Măsoară lungimea

Proiectează valorile măsurate pe graficele corespunzătoare și interpretează datele.

- **Alimentație**

Discută cu părinții despre alimentația copilului cu vârsta de peste 6 ani (alegerile alimentare, micul dejun, modul de preparare, cantități, consistență, grupele alimentare, alimente restricționate, mănâncă singur, mese în familie)

- **Activitatea fizică**

Copiii de 1-3 ani și preșcolarii 3-5 ani ar trebui să fie activi fizic cel puțin 3 ore în fiecare zi pe parcursul zilei

- **Dentiția**

Trimite la consult stomatologic profilactic odată pe an (include consultația gratuită și la nevoie sigilare profilactică)

Profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale

Administrarea de fluor

Screening

trimitere la evaluare de specialitate dacă factori de risc sau dacă îngrijorare părinți sau dacă inadecvare evaluare neuropsihică

Măsoară tensiunea arterială prin metoda auscultatorie, utilizând sfigmomanometru cu manșeta potrivită circumferinței brațului copilului-interpretează în raport cu graficele corespunzătoare. În intervalul 3-5 ani este necesară o singură măsurătoare.

Efectuează screening pentru vedere:

Consiliere

Discută cu părinții despre alimentația copilului și a familiei

Identifică probleme legate de nutriție și activitate fizică

Imunochemoprofilaxii

Discută cu părinții despre profilaxia rahitismului și continuă administrarea Vitaminei D3 cu intermitență, doar în perioadele de însorire slabă, din septembrie până în aprilie, până la împlinirea vârstei de 14 ani. Copiii alimentați cu cel puțin 400 ml de lapte nu necesită suplimentarea dietei cu calciu.

Vaccinează conform Programului Național de Vaccinări

Consiliere anticipativă: dezvoltarea socio-emoțională, gestiunea comportamentelor, prevenirea accidentelor

Planifică următoarea consultație

**6-9
ani**

Evaluare

- **Examen fizic**

Examinează copilul pentru a identifica semne de boala (ANEXA 1)

- **Măsurători**

Măsoară greutatea și înălțimea copilului și Calculează IMC

Proiectează valorile măsurate pe graficele corespunzătoare și interpretează datele.

- **Dezvoltare sexuală**

identifică debutului vitezei creșterii în înălțime și debutul dezvoltării sexuale pentru identificarea pubertății precoce

- **Alimentație**

Discută cu părinții despre alimentația copilului cu vârsta de peste 2 ani (alegerile alimentare, micul dejun, modul de preparare, cantități, consistență, grupele alimentare, alimente restricționate, mănâncă singur, mese în familie)

- **Psihoemoțional**

Identificare activă a problemelor de adaptare școlară, integrare în colectivitate

- **Activitatea fizică**

Copiii și tinerii cu vârsta între 5 și 17 ani ar trebui să acumuleze zilnic cel puțin 60 minute de activitate fizică moderată spre intensă. I-A

- **Dentiția**

Trimite la consult stomatologic profilactic odată pe an (include consultația gratuită și la nevoie sigilare profilactică)

Profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale

Screening

Măsoară tensiunea arterială prin metoda auscultatorie, utilizând sfigmomanometru cu manșeta potrivită circumferinței brațului copilului-interpretează în raport cu graficele corespunzătoare

identifică factorii de risc pentru fumat, alcool (părinți fumători și cu dependență de nicotină, slab nivel de monitorizare a copiilor din partea părinților, acces ușor la țigarete, percepția fumatului între egali și expunerea la promovarea țigărilor.)

Văz: test Snellen la 7,9 ani

Imunochemopprofilaxii

Identifică statusul vaccinal și vaccinează conform PN (6 ani)

Consiliere

consiliere comportamentală - pentru neinițierea fumatului, a consumului de alcool - față în față sau la telefon, materiale scrise.

consiliere pentru prevenirea accidentelor, expunerea la soare, Discuții cu părinții privind performanțele școlare

Planifică următoarea consultație

**10-18
ani**

Evaluare

- **Examen fizic**

Examinează copilul pentru a identifica semne de boala (ANEXA 1)

- **Măsurători**

Măsoară greutatea și înălțimea copilului și Calculează IMC

Proiectează valorile măsurate pe graficele corespunzătoare și interpretează datele.

- **Dezvoltare sexuală**

identifică viteza creșterii creșterii în înălțime și dezvoltarea sexuală (scala Tanner)

- **Alimentație**

Discută cu părinții despre alimentația copilului cu vârsta de peste 10 ani (alegerile alimentare, micul dejun, modul de preparare, cantități, consistență, grupele alimentare, alimente restricționate, mănâncă singur, mese în familie)

- **Psiho-emoțional**

- **Activitatea fizică**

Copiii și tinerii cu vârsta între 5 și 17 ani ar trebui să acumuleze zilnic cel puțin 60 minute de activitate fizică moderată spre intensă. I-A

- **Dentiția**

Trimite la consult stomatologic profilactic odată pe an (include consultația gratuită și la nevoie sigilare profilactică)

Profilaxia cariei dentare prin promovarea igienei orale

Screening factori de risc:

pentru depresie (conflicte în familie, părinți depresivi, copii martori la evenimente negative)

pentru fumat, alcool, droguri (părinți fumători și cu dependență de nicotină, slab nivel de monitorizare a copiilor din partea părinților, acces ușor la țigarete, percepția fumatului între egali și expunerea la promovarea țigărilor)

consiliere comportamentală - pentru neinițierea fumatului, a consumului de alcool - față în față sau la telefon, materiale scrise.

Screening

Măsoară tensiunea arterială prin metoda auscultatorie, utilizând sfigmomanometru cu manșeta potrivită circumferinței brațului copilului

Văz: 2 testări pe optotip Snellen (11-14 ani, 15-17 ani)

Imunochemoprolaxii

Identifică situația vaccinală și discută cu părinții despre vaccinare la fete HPV (11-13 ani), 14 ani dT

Consiliere

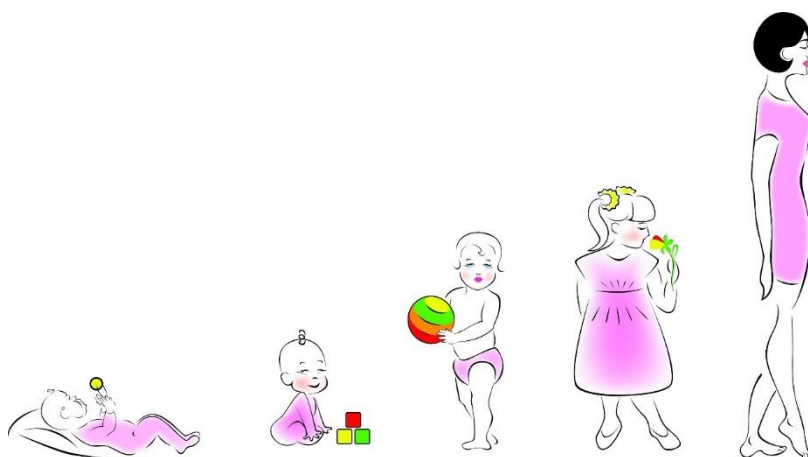
Discută cu părinții despre alimentația copilului și a familiei

Discuții cu părinții privind performanțele școlare

consiliere comportamentală activă tuturor adolescentelor activi sexual pentru prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală și a unei sarcini (planificare familială)

consiliere comportamentală copiilor, adolescenților și adulților tineri care au pielea albă (deschisă la culoare) pentru protecție în expunerea la soare și a bronzului de interior.

consiliere comportamentală pentru prevenirea accidentelor



1.1.3. EXAMENUL PREVENTIV AL ADULTULUI

1.1.3.1. Importanța problemei

Examenul preventiv al adultului constă în una sau mai multe vizite de evaluare, la orice persoană, în absența semnelor de boală.

În cadrul acestui examen, medicul evaluează starea generală de sănătate a persoanei, factorii de risc pentru diferite boli care pot fi prevenite, recomandă teste de sânge sau alte proceduri, rezultând un pachet de servicii adaptat fiecărei persoane, în funcție de vârstă, sex și riscul individual.

Acest tip de consultații implică atât beneficii pentru starea de sănătate a persoanei prin promovarea unui stil de viață sănătos sau prin diagnosticul precoce al unei boli, dar induc și costuri, unele nenesesare, în cazul în care serviciile preventive nu sunt adaptate riscului persoanei. Programele de intervenție la nivel populațional s-au dovedit a fi mai puțin eficiente comparativ cu cele direcționate asupra grupurilor cu risc crescut.

Unele proceduri pot induce pe lângă costuri și un disconfort pacientului¹.

1.1.3.2. Metodologie

Examenul preventiv se poate iniția prin invitarea pacientului la anumite vârste jalon, care sunt dovedite a fi momentul în care riscul persoanei pentru o anumită boală crește semnificativ.

Vârste cu semnificație în prevenție pentru un adult sunt: 19 ani, 40 de ani, 50 de ani, 65 de ani. Pentru acest motiv vom grupa intervențiile preventive pe grupe de vârstă care încep în aceste momente.

Anamneza detaliată a fiecărui pacient poate însă decela că riscul este semnificativ crescut pentru o boală, fie printr-un cumul semnificativ de factori de risc, fie prin antecedente semnificative și atunci pragurile acestea de vârstă nu mai sunt aplicabile. De exemplu, dacă există istoric familial de cancer cu transmitere genetică screening-ul va începe cu cel puțin 10 ani mai devreme decât vârsta de debut a cancerului la ruda respectivă.

Odată inițiate consultațiile preventive și riscul stabilit, intervalele de rechemare sunt variabile pentru diferitele grupe de vârstă.

Pentru adultul cu vârste între 19-39 de ani, frecvența vizitelor poate fi la 3 ani, dacă nu prezintă istoric familial de boli cardiovasculare sau oncologice motiv care ar implica inițierea precoce

Persoanele între 40 și 49 de ani sunt evaluate cu o frecvență anuală, dar conținutul vizitei va fi variabil în funcție de intervalele de screening pentru fiecare dintre factorii de risc individuali ai pacientului.

Astfel la cei peste 40 de ani, în cazul unui risc cardiovascular sub 5%, indicația de reevaluare se va face la 3 ani, în schimb persoanele cu vârsta cuprinsă între 50 și 64 de ani sunt supravegheate mai activ având în vedere că majoritatea riscurilor devin active în populația generală.

Un accent deosebit se pune pe evaluarea și managementul riscului cardiometabolic. Vârsta de 50 de ani este și vârsta de debut a *screening-ului* pentru cancerul de sân sau cel de colon.

Multe dintre persoanele peste 65 de ani cumulează deja afecțiuni care sunt urmărite în cadrul managementului de caz. Pentru acest motiv se recomandă ca anumite screening-uri să fie oprite atunci când aspectele de patologie grevează prognosticul pacientului atât de mult încât prevenție nu ar mai avea semnificație.

Ghidurile recomandă oprirea anumitor *screening-uri* la vârsta de 75 de ani cum ar fi cele pentru cancer colorectal sau cancerul de sân.

Vizitele preventive pun accent pe acele patologii care pot duce la invaliditate și handicap, cum ar fi tulburările de vedere și auz, osteoporoza.

1.1.3.3. Conținutul consultației preventive pe grupe de vârstă

Grupa de Vârstă	Conținutul consultației preventive pe grupe de vârstă
19-39 ani	Evaluare • Ex fizic • Măsurători Greutate Talie IMC Circumferința abdominală (la IMC>25) TA • Evaluare comportamente și consiliere pentru stilul de viață - Fumat - Nivel de activitate fizică - Alimentație: consum de fructe-legume, sare, zahar - Consum de alcool Încurajați comportamentele adecvate. Identificați comportamentele nesănătoase și transmiteți mesaje cheie pentru schimbare • Înregistrați riscuri semnificative antecedente (personale și heredo-colaterale): istoric familial de BCVAS, istoric familial de cancer (genital, mamar, colon), hipercolesterolemie familială Screening Intervenții adresate riscului cardiovascular și metabolic: ▶ Screening populațional: peste 18 ani măsoară și înregistrează TA la 2 ani ▶ Estimează riscul cardiovascular cu ajutorul RR dacă: istoric de BCVAS în familie sau dacă istoric de hipercolesterolemie familială. ▶ Screening lipide: Dacă intră în categoria de risc crescut- profil lipidic complet ▶ Screening diabet dacă obezitate IMC peste 25kg/m² și 1 FR ptr diabet-glicemia bazală

Factorii de risc pentru diabetul zaharat

- rude de gradul I cu diabet
- femei care au dat naștere la copii peste 4500 g sau au fost diagnosticate cu diabet gestațional
- femei cu sindromul ovarului polichistic
- istoric de $HbA_{1c} \geq 5.7\%$,
- istoric de TTGO alterată,
- istoric de glicemii bazale modificate la testări anterioare
- istoric de boală cardiovasculară
- persoane cu alte condiții clinice asociate cu rezistența la insulină (obezitate severă, acanthosis nigricans)
- Hipertensiune arterială ($TA \geq 140/90$ mmHg)
- HDL- col < 35 mg/dl și/sau $TG > 250$ mg/dl
- sedentarism

Intervenții adresate riscului de cancer

a. Persoane cu risc normal

- Consiliere pentru prevenția primară (comportamente recomandate pentru reducerea riscului de cancer – Codul European Împotriva Cancerului)
- Screeningul cancerului de col uterin la femei începând de la vârsta de 25 ani – verificați data și rezultatul ultimului test Babeș -Papanicolau
- Consiliere pentru vaccinarea antiHPV la nevaccinați (până la 26 ani fetele și 21 ani băieții)

b. Persoane cu risc crescut

Pentru Cancer mamar:

≥ 1 ruda prin filiație directă cu diagnostic de cancer mamar sau ovarian, la vârste < 60 ani

Pentru Cancer colorectal

Istoric personal de cancer colorectal sau polipi adenomatoși sau de boală inflamatorie intestinală (ex. b. Crohn)

Istoric familial de cancer colorectal la vârste sub 60 ani sau de sindrom ereditar (ca de ex., polipoză adenomatoasă familială)

Alte intervenții preventive recomandate:

- Depistare activă a depresiei: chestionar 2 întrebări (v Anexa)
- Consiliere și screening pentru boli cu transmitere sexuală:
 - screening pt *Chlamydia* la femeile active sexual până la 25 ani
 - screening pentru Hepatita B și HIV ?
- Prevenirea sarcinii nedorite sau planificarea unei sarcini dorite (la femei) – consiliere pentru contracepție/ administrare de acid folic

Planificați următoarea consultație preventivă

Evaluare

- **Ex fizic**
- **Măsurători**
Greutate

Talie
IMC
Circumferința abdominală (la IMC>25)
TA
Colesterol total
Glicemie (după 45 ani)

- **Evaluare comportamente și consiliere pentru stilul de viață**
 - **Fumat**
 - **Nivel de activitate fizică**
 - **Alimentație: consum de fructe-legume, sare, zahar**
 - **Consum de alcool**

Încurajați comportamentele adecvate.

Identificați comportamentele ne-sănătoase și transmiteți mesaje cheie pentru schimbare.

- Înregistrați riscuri semnificative antecedente (personale și heredo-colaterale): istoric familial de BCVAS, istoric familial de cancer (genital, mamar, colon), hipercolesterolemie familială

Screening

Intervenții adresate riscului vascular și metabolic:

- ▶ **Estimează riscul cardiovascular** cu ajutorul SCORE începând cu vârsta de 40 de ani
- ▶ Augmentează riscul în mod corespunzător în funcție de factorii asociați:
X1.7 la femei dacă istoric familial de BCVAS
X2 la bărbați dacă istoric de BCVAS,
X1.1 dacă obezitate, hipertrigliceridemie, deprivare socială, sedentarism
- ▶ Dacă la persoana evaluată documentat: BCVAS, DZ, BRC moderată sau severă (eGRF <60 ml/min/1.73m²), un factor de risc singular la valori înalt patologice (TA ≥180/110 mmHg, colesterol >320 mg/dl) atunci se consideră risc crescut și se face urmărirea prin management de caz
- ▶ Dacă RCV estimat ≥5% determină: profil lipidic complet
- ▶ Revaluează RCV la 3 ani dacă risc scăzut și anual dacă risc crescut
- ▶ **Screening diabet** peste 45 ani indiferent dacă obezitate. Glicemia bazală modificată ≥110 mg% - TTGO /HbA1c - dacă laborator cu test validat
- ▶ Revaluează glicemia la 3 ani

Intervenții adresate riscului de cancer

a. Persoane cu risc normal

- **Consiliere pentru prevenția primară (comportamente recomandate pentru reducerea riscului de cancer – Codul European Împotriva Cancerului)**
- **Screeningul cancerului de col uterin la femei – verificați data și rezultatul ultimului test Babeș –Papanicolau**

- Examen clinic al sânului (anual) și mamografie (la 2 ani) pentru femei începând cu vârsta de 50 ani
- Începând cu vârsta de 50 ani la bărbați și femei –screeningul cancerului colorectal prin testare anuală pentru hemoragia ocultă în fecale

b. Persoane cu risc crescut - screening intensiv (vezi ghid)

Pentru Cancer mamar:

≥1 rudă prin filiație directă cu diagnostic de cancer mamar sau ovarian, la vârste < 60 ani

Pentru Cancer colorectal

Istoric personal de cancer colorectal sau polipi adenomatoși sau de boală inflamatorie intestinală (ex. b. Crohn)

Istoric familial de cancer colorectal la vârste sub 60 ani, sau de sindrom ereditar (ca de ex., polipoză adenomatoasă familială)

Imunochemoprolaxii

- Chemoprevenția cancerului colo-rectal prin administrarea de aspirina (75-100 mg/zi) la adulții cu vârsta între 50 -59 ani, care nu au risc crescut de sângerare, au o speranță de viață de cel puțin 10 ani și compliază pentru o doză zilnică de aspirină timp de cel puțin 10 ani.
- **Vaccinare antigripală anual**

Alte intervenții preventive recomandate:

- Depistare activă a depresiei - 2 întrebări screening (v Anexa)
- Prevenirea sarcinii nedorite (la femei de vârstă fertilă –până la 45 ani)
- Osteoporoză după FRAX

**+65
ani**

Evaluare

- ▶ Ex fizic
- ▶ Măsurători

Greutate

Talie

IMC

Circumferința abdominală (la IMC>25)

TA

Colesterol

Glicemie

Frecvență și ritm cardiac

▶ **Evaluare comportamente și consiliere pentru stilul de viață**

- Fumat
- Nivel de activitate fizică
- Alimentație: consum de fructe-legume, sare, zahăr
- Consum de alcool

Încurajați comportamentele adecvate.

Identificați comportamentele nesănătoase și transmiteți mesaje cheie pentru schimbare.

Screening

Ține cont de patologia asociată și de prognosticul general al pacientului în stabilirea intervențiilor preventive.

Intervenții adresate riscului cardiovascular și metabolic:

- ▶ **Estimează riscul cardiovascular** cu ajutorul SCORE- riscul la această vârstă este frecvent supraestimat. Există riscul prescrierii de medicamente (antihipertensive sau statine) în mod nejustificat.
- ▶ Pacienții cu boli documentate se urmăresc prin management de caz
- ▶ Dacă RCV estimat $\geq 5\%$ determină: profil lipidic complet
- ▶ Revaluează RCV anual
- ▶ **Screening diabet** peste 45 ani indiferent dacă obezitate. Glicemia bazală modificată $\geq 110 \text{ mg\%}$ - TTGO /HbA1c (dacă laborator cu test valid)
- ▶ Revaluează glicemia la 3 ani
- ▶ **Screening oportunist al Fibrilației atriale:**
 - palpare puls cel puțin odată pe an (integrat în vizitele medicale curente)
 - EKG cu 12 derivații dacă anomalii de puls

Intervenții adresate riscului de cancer

- ▶ **Consiliere pentru prevenția primară (comportamente recomandate pentru reducerea riscului de cancer – Codul European Împotriva Cancerului)**
- ▶ **Examen clinic al sânului (anual) și mamografie (la 2 ani) pentru femei până la vârsta de 75 ani**
- ▶ **Pana la vârsta de 75 ani la bărbați și femei –screeningul cancerului colorectal prin testare anuală pentru hemoragia oculta în fecale**

Alte intervenții preventive recomandate:

- ▶ **Depistare activă a depresiei:** chestionar cu 2 întrebări (v Anexa)
- ▶ **Depistarea activă a hipoacuziei pentru protezare auditivă: la 12 luni:** testul cu voce șoptită la 0,5 m înafara câmpului vizual sau frecarea degetelor la 5 cm de ureche, sau întrebarea cu privire la scăderea auzului (1B)
- ▶ **Depistare tulburare vedere în prezența simptome** – optotip Snellen
- ▶ **Depistare tulburare de memorie** – în prezența simptome
- ▶ **Imunizare anti-gripală (și anti-pneumococică) 2 B**
- ▶ **Prevenirea căderilor/ fracturilor -anual (1A)**
- ▶ **Osteoporoză cu DEXA**

Imunochemoprolaxii

- ▶ **Prescrie vitamina D dacă** nivel vit D sub 50 nmol/l pentru vârstnicii din comunitate (2C)
- ▶ **Prescrie de rutină vitamina D la pacienții vârstnici instituționalizați (1B)**

BIBLIOGRAFIE

1. Barnes, George J., et al. *Value of the periodic health evaluation*. US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.
2. Recommendations for Primary Care Practice. U.S. Preventive Services Task Force. January 2016. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations>
3. Ackermann, Evan, et al. "Guidelines for Preventive Activities în General Practice." (2013).
4. American Academy of Family Physicians. "Summary of recommendations for clinic preventive services, 2011." Available at: http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/clinic%C3%A2l/CPS/rcps08-2005. Par 1 (2011).
5. Hobbs, FD Richard, et al. "European Primary Care Cardiovascular Society (EPCCS) consensus guidance on stroke prevention în atrial fibrillation (SPAF) în primary care." *European journal of preventive cardiology* (2015): 2047487315571890.
6. Schüz, Joachim, et al. "European Code against Cancer 4th Edition: 12 ways to reduce your cancer risk." *Cancer epidemiology* 39 (2015): S1-S10.

1.2. PROCEDURI ÎN EVALUAREA PREVENTIVĂ A COPILULUI ȘI ADOLESCENTULUI - NOTE EXPLICATIVE

1.2.1. EXAMENUL FIZIC AL COPILULUI ⁽¹⁰⁾

Principii generale:

- Adună cât mai multe informații prin observație;
- Poziționează copilul pentru consultație: în brațele părintelui sau pe masa de consultație;
- Stai pe cât posibil la nivelul copilului;
- Ordinea examinării trebuie aleasă în așa fel încât să fie cât mai puțin stresantă pentru copil;
- Interacționează cu copilul;
- Include copilul în actul consultației, oferă-i explicații la nivelul său;
- Distragerea atenției este un instrument valoros;
- Examinează zona dureroasă la sfârșit;
- Fii onest. Trebuie comunicat copilului adevărul;
- Înțelege stadiile dezvoltării copilului și modul de reacție al copilului.

Examenul clinic

- Semne vitale (puls, tensiune, temperatura, respirații - vezi tabel cu valori pe vârste);
- Aspect general: aspect general, status nutrițional, nivel de conștiență, nivel de cooperare, stare de deshidratare, status mental;
- Obține măsurători ale greutății, înălțimii (până la 18 ani);
- Perimetrului cranian (până la 2 ani).

Piele și sistem limfatic

- Semne din naștere: nevi, hemangioame, pete mongoloide;
- Rashuri, peteșii, descuamări, pigmentări, icter, turgor, textură tegumente;
- Adenopatii - localizare, mobilitate, consistență;
- Cicatrici, leziuni (sugestive pentru abuz).

Cap

- Formă și dimensiuni;
- Fontanele (formă, dimensiuni, tensiune);
- Suturi;
- Scalp/ pilozitate.

Ochi

- General: strabism, orientarea fantei palpebrale, hipertelorism;
- Pupile:
- Mobilitatea mușchilor globului ocular;
- Conjunctiva, sclera, corneea;
- Obstrucții ale canalului lacrimomucos nazal;
- Reflexul de roșu;

- Câmp vizual (examen grosier).

Urechi

- Poziția urechilor;
- Membrana timpanică;
- Auzul (grosier).

Nas

- Septul nazal;
- Mucoasa nazală;
- Durere în punctele sinusale;
- Secreții nazale.

Gura și faringe

- Buzele (culoare, fisuri);
- Mucoasa bucală (culoare, vezicule, uscată sau umedă);
- Limba (culoare, papile, poziție, tremor);
- Dinți și gingii;
- Amigdale (forma, prezența de exsudate, culoare);
- Perete faringian posterior;
- Reflex de înghițire.

Gât

- Tiroidă;
- Poziția traheii;
- Mase tumorale (ganglioni, chisturi);
- Redoare de ceafă.

Glanda mamară: de regulă hipertrofie la nou- născut, regresează până la 6 luni și se dezvoltă odată cu pubertatea - de notat dacă noduli, roșeață, durere

Torace/pulmon

- Inspecția:
 - a. Tipul respirației;
 - Abdominală (normală la copil)
 - Respirația neregulată (pauze sub 15 sec)
 - b. Frecvența respirațiilor;
 - c. Utilizarea mușchilor respiratori accesorii;
 - d. Configurația toracelui.
- Auscultația:
 - a. Egalitatea inspir expir;
 - b. Raluri, wheezing;
 - c. Stridor.

Percuție și palpare - greu de efectuat și deseori nerelevantă

Cardiovascular

- Auscultația:

- a. Ritm;
 - b. Sufluri;
 - c. Calitatea zgomotelor cardiace.
- Puls
 - a. La nivel extremități superioare și inferioare

Abdomen

- a. Inspecția
 - Forma: destins, devine aplatizat pe măsură de crește copilul;
 - Ombilic (infecții, hernii);
 - Integritatea musculară (dehiscenta dreptilor).
- b. Auscultația
- c. Palparea
 - Durere;
 - Ficat, splină, rinichi (pot fi palpabile la nou-născut);
 - Apărare musculară.

Musculoscheletic

- a. Spatele: regiunea sacrală (gropița), cifoza, scolioza, lordoza;
- b. Articulații: (mobilitate, stabilitate, edem, durere);
- c. Mușchi;
- d. Extremități: (deformări, simetrie, edem);
- e. Hipocratism digital (maladii cardiace congenitale);

Mers

- a. Cu degetele privind la interior, cu degetele privind la exterior;
- b. Genu varum sau genu valgum;
- c. Șchiopătat.

Solduri

- a. manevra Barlow și Ortolani.

Neurologic

- a. nervi cranieni;
- b. sensibilitate;
- c. cerebel;
- d. tonus muscular și forța;
- e. reflexe;
 - primitive neonatale
 - abdominal și cremasterian

Genitourinar

- a. organe genitale externe;
- b. hernii și hidrocele;
 - majoritatea herniilor sunt indirecte
 - se pot palpa (nu se inserează degetul în canalul inghinal)
- c. criptorhidia;

- a se deosebi de testicul retractili
- majoritatea vor coborâ în primele luni de viață
- d. Stadializare Tanner la pubertate;
- e. Examinare rectală sau pelviană doar dacă există indicații;

1.2.2. VALORI NORMALE SEMNE VITALE COPIL ⁽¹¹⁾

Vârsta	Frecvența cardiacă (b/min)	Tensiunea arterială	Frecvența respirațiilor
prematur	120-170	55-75/35-45	40-70
0-3 luni	100-150	65-85/45-55	35-55
3-6 luni	90-120	70-90/50-65	30-45
6-12 luni	80-120	80-100/55-65	25-40
1-3 ani	70-110	90-105/55-70	20-30
3-6 ani	65-110	95-110/60-75	20-25
6-12 ani	60-95	100-120/60-75	14-22
≥ 12 ani	55-85	110-135/65-85	12-18

1.2.3. SCREENING TULBURARE DE AUZ LA COPIL

Pierderea auzului este una dintre anomaliile de dezvoltare cele mai frecvente la naștere.

Identificarea pierderilor de auz până la vârsta de 6 luni și aplicarea de intervenții specifice sunt corelate cu rate similare de evoluție a copiilor comparativ cu cei neafecțați.

Practicienii din asistența medicală primară sunt responsabili să verifice efectuarea testării acuității auditive, să se asigure că trimit copii care nu au trecut testul, la reevaluare prin trimiterea către specialiști dedicați, să monitorizeze situațiile clinice asociate cu exsudat la nivelul urechii medii (care pot compromite în mod suplimentar auzul).

Urmărirea atentă a etapelor dezvoltării neuropsihice este o modalitate de a sesiza eventuale tulburări ale auzului.

Factori de risc pentru afectarea auzului la nou născut sunt (hiperbilirubinemia care necesită exsanguinotransfuzie, sepsis-ul, infecția cu citomegalovirus).

Procedura:

Potențiale evocate auditive

Vârsta: Nou-născut (nu mai târziu de 1 lună)

Dacă test modificat- repetă până în 3 luni

Naștere-6 luni: testează dacă:

- Istoric personal și familial
- Îngrijorarea părinților
- Detectare întârziere în dezvoltarea neuropsihică

Testul de distragere vizuală (7-9 luni): testarea reacției copilului la provocarea de sunete de diferite intensități înafara câmpului vizual (necesită 2 examinatori, sunetele trebuie să fie standardizate)

Chestionar familial 18-30 luni: familia este întrebată de reacția copilului în următoarele situații

„Copilul dvs răspunde când este strigat pe nume?”

„Copilul dvs devine agitat la sunete de intensitate mare”

„Copilul dvs vă aude când șușotiți? ”

În lipsa răspunsului pozitiv se trimite pentru evaluare audiologică complexă

1.2.4. SCREENING TULBURARE DE VEDERE LA COPIL

Examen oftalmologic:

- **0-6 luni:** istoric, inspecție ochi și pleoape, reflexul de roșu, examinarea pupilei
- **6-12 luni:** istoric, inspecție ochi și pleoape, reflexul de roșu, examinarea pupilei, evaluarea motilității oculare, fixare și urmărire;
- **1-3 ani:** istoric, inspecție ochi și pleoape, reflexul de roșu, examinarea pupilei, evaluarea motilității oculare, testarea instrumentală a vederii, fixare și urmărire, testarea cu optotip adecvat vârstei dacă cooperează;
- **4-5 ani:** istoric, inspecție ochi și pleoape, reflexul de roșu, examinarea pupilei, evaluarea motilității oculare, testarea instrumentală a vederii sau testarea cu optotip adecvat vârstei dacă cooperează;
- **Peste 6 ani:** istoric, inspecție ochi și pleoape, reflexul de roșu, examinarea pupilei, evaluarea motilității oculare, testarea cu optotip adecvat vârstei.

Reflexul de roșu

- Detectează anormalități precum: cataractă, glaucom, retinoblastom, tulburări majore de refracție, boli sistemice cu manifestări oculare.
- Materiale necesare: oftalmoscop, lentila fixată la 0, cameră întunecată
- Tehnica: Se proiectează lumina oftalmoscopului pe pupilele copilului de la o distanță de 45 cm. Este normal atunci când la nivelul ambelor pupile se înregistrează un reflex roșu simetric.
- Orice zone închise, sau prezența reflexului alb reprezintă indicații de trimitere la oftalmolog.

Testarea alinierii oculare

Testul simetriei

Alinierea oculară poate fi evaluată ținând o lanternă stilou direct în fața copilului la aproximativ 1 m distanță. Dacă ochii privesc drept, reflexul luminos cornean va fi centrat în mijlocul fiecărei pupile.

Testul prin acoperire.

Copilului îi este atrasă privirea asupra unei ținte mici ținte situate la distanță.

Unul dintre ochi se acoperă brusc și se observă celălalt ochi. Dacă ochiul neacoperit se mișcă pentru a putea fixa ținta, înseamnă că nu a fost bine aliniat.

Dacă nu se mișcă, se descoperă primul ochi și testul se repetă pe cel de-al doilea ochi.

Dacă nici unul dintre ochi nu se mișcă, înseamnă că ochii sunt aliniați ortotropici.

Testarea acuității vizuale cu optotip Snellen.

1.2.5. SCREENINGUL DEPRESIEI LA ADOLESCENȚI (12–18 ANI*) * *PHQ-9 MODIFICAT PENTRU ADOLESCENȚI*



Se recomandă screening-ul adolescenților (12-18 ani) pentru tulburarea depresivă majoră, atunci când există condițiile pentru a asigura managementul ulterior: diagnostic de certitudine, psihoterapie +/- medicație, urmărire adecvată. (1B)

Există dovezi de calitate care demonstrează că tratamentul depresiei la adolescent, detectată prin *screening* în asistența primară se asociază cu beneficii certe privind: ameliorarea severității depresiei, a simptomelor și/sau a scorurilor globale de funcționare.

Recomandarea are în vedere tulburarea depresivă majoră și nu se adresează altor tulburări din spectrul depresiv, cum ar fi depresia minoră sau distimia.

Motivație

Deși este normal pentru adolescent să traverseze ocazional momente de tristețe sau alte simptome ale depresiei, adolescenții cu sindrom depresiv major (SDM) au episoade repetate, care durează cel puțin 2 săptămâni (pe perioade de luni sau chiar ani de zile) și care determină o alterare a funcționalității acestora în domeniul social, educațional sau ocupațional. SDM se asociază cu morbiditate și mortalitate semnificativă. Adolescenții cu SDM au performanțe școlare scăzute, o integrare socială deficitară, sarcini timpurii, afecțiuni somatice frecvente și sunt mai predispuși la abuzul de substanțe. În SUA cca 20% din adolescenții cu SDM au cel puțin o tentativă de suicid. Implicit este de interes depistarea precoce a depresiei la adolescent și din perspectiva fenomenului suicidal la această categorie de populație.

Teste de screening

Există numeroase instrumente dezvoltate pentru *screening-ul* depresiei în asistența primară care au demonstrate acuratețe variabile în capacitatea de a prezice corect probabilitatea unei depresii majore. Dintre acestea cea mai mare valoare predictivă pozitivă o are instrumentul PHQ-A (**Patient Health Questionnaire for Adolescents**), respectiv o sensibilitate de 73% și o specificitate de 94%.

Nume: _____ Varsta: _____ Sex: M. . . . F. . . . Data: _____

Instrucțiuni: Cât de des te-a deranjat una din următoarele stări în ultimele **7 zile**? Pentru fiecare din ele bifează cu "X" căsuța din dreptul stării respective care descrie cel mai bine frecvența cu care s-a întâmplat.

Nr		(0) Deloc	(1) In unele zile	(2) In jumătate din zile	(3) Aproape zilnic	Scorul întrebării (se trece de medic)
1	Senzație de cădere, deprimare, iritare, lipsa de speranță?					
2	Lipsa de interes sau plăcere pentru lucrurile pe care le-ai putea face?					
3	Greutate în a adormi, sau de a dormi suficient, sau din contră dormitul prea mult ?					
4	Lipsa de poftă de mâncare, scădere în greutate – sau dimpotrivă mâncat în exces?					
5	Oboseala sau lipsa de energie?					
6	Sentimente de vinovăție sau de nereușită, senzația că nu ești de folos ?					
7	Greutăți de concentrare la școală, pentru citit sau chiar urmărit TV?					
8	Încetineală în mișcare și vorbire (pe care alții să o observe)? <i>Sau contrariul</i> Neliniște și senzația că nu poți sta locului?					
9	Gânduri că moartea ar fi o ușurare, sau gânduri de a-ți face rău singur(a)?					
Scor brut total/ parțial						
Scor ajustat (dacă unele întrebări nu au fost bifate deloc)						

Interpretare

Scor brut	Interpretare	Conduită
0-4	Depresie absentă	Re-evaluare la vizita preventivă următoare
5-9	Ușoară	Re-evaluare sau trimitere f de risc
10-14	Moderată	Trimitere
14-19	Moderat severă	Trimitere
20-27	Severă	Trimitere de urgență

În cazul în care nu s-a răspuns la 1-2 întrebări, se poate calcula un scor ajustat în felul următor care are aceleași praguri de interpretare ca mai sus:

$$\text{Scor ajustat} = \frac{\text{Suma brută rezultată} \times 9}{\text{Numărul de întrebări la care s-a răspuns}}$$

În cazul în care sunt mai mult de 3 întrebări fără răspuns, se va solicita respondentului să revadă aceste întrebări și să decidă un răspuns.

Factorii de risc pt **SDM** la adolescent include: sexul feminin, vârstă (mai degrabă spre 18-19 ani decât la 12), istoric familial (mai ales matern) de depresie, episod depresiv în antecedentele personale, alte probleme mentale/ de comportament, boli cronice, exces ponderal sau obezitate. Alți factori de risc psihosocial pt **SDM** includ abuzarea sau neglijarea în copilărie, expunerea la evenimente traumatizante, pierderea unei persoane dragi sau despărțirea de cineva iubit, conflicte în familie, incertitudinile privind orientarea sexuală, status socioeconomic precar, performanța școlară scăzută.

1.2.6. SCREENING ITS LA ADOLESCENȚI (DUPĂ CDC)

- *Screening-ul* de rutină pentru *Chlamydia Trachomatis/Neisseria gonorrhoeae* este recomandat anual pentru femeile sub 25 de ani care sunt active sexual.
- Nu sunt dovezi suficiente cu privire la cost eficacitatea screening-ului de rutină la bărbații activi sexuali sub 25 de ani. Screening-ul este indicat la populația cu risc crescut (tineri instituționalizați)
- Testarea HIV trebuie discutată și oferită tuturor adolescenților.
- Gravidele adolescente trebuie testate de rutină pentru sifilis.(CDC)
- Se recomandă vaccinarea de rutină pentru HPV (bivalent, tetravalent sau 9 valent) la fetițele 11-12 ani.
- Vaccinarea poate fi oferită și între 13-26 de ani, la cei nevaccinați.
- Se recomandă vaccinarea de de rutină pentru HPV (tetravalent sau 9 valent)a băieților 11-12 ani.
- Vaccinarea poate fi oferită și băieților 13-21 de ani care nu au completat dozele

1.2.7. EVALUAREA CONSUMULUI PROBLEMATIC DE ALCOOL (DROGURI) LA ADOLESCENȚI- CHESTIONARUL CRAFFT

Început: "Am de gând să va pun câteva întrebări pe care le pun la toți pacienții mei. Vă rog să fiți sincer. Voi păstra răspunsurile confidențiale."

Partea A

În timpul ultimele 12 luni, ați făcut următoarele:

- | | |
|--|--------|
| 1. Băut alcool (mai mult de câteva înghițituri)?
(Nu contează înghițiturile de alcool luate în timpul sărbătorilor în familie sau evenimente religioase.) | Nu/ Da |
| 2. Ați fumat vreodată marijuana sau hașis ? | Nu/Da |
| 3. folosiți orice altceva pentru a „va ameți” sau să „fiți high”? | Nu/Da |

("Orice altceva" include droguri ilegale, medicamente prescrise sau din farmacie, și lucruri pe care le inhalați sau „trageți pe nas")

Dacă pacientul răspunde:

DA la oricare din întrebările din 1-3?

➔ pune toate cele 6 întrebări care urmează

NU ➔ Pune doar întrebarea CAR, apoi STOP

Partea B

- Ați mers vreodată într-o mașină (CAR) condusa de cineva (inclusiv tu) intoxicat/amețit/baut sau care a utilizat alcool sau droguri? Nu/ Da
- Ați folosit vreodată alcool sau droguri pentru relaxare, pentru a avea o părere mai bună despre dumneavoastră, sau ca să te integrezi?
- Folosiți vreodată alcool sau droguri în timp ce sunteți singur?
- Ați uitat vreodată lucruri pe care le-ați făcut în timp ce utilizați alcool sau droguri?
- A fost cazul ca familia sau prietenii să vă spună vreodată că ar trebui să reduceți băutul sau consumul de droguri?
- Ați avut vreodată probleme cât timp ați utilizat alcool sau droguri?

Fiecare răspuns "da" în partea B primește 1 punct.

Un scor total de 2 sau mai mare este considerat pozitiv, indicând necesitatea unei evaluări suplimentare.

Un scor de 5-6 indică cu o probabilitate de 80-100% diagnosticul de dependență de substanță/abuz.

1.2.8. PROTOCOL DE PROFILAXIA ANEMIEI ⁽⁴⁾

Doza și durata profilaxiei anemiei feriprive (OMS/UNICEF, 2001)

Vârsta	Doza de fier elementară	Durata profilaxiei (vârsta copilului)
Copiii cu greutate mică la naștere, gemeni, dismaturi	2 mg fier/kgcorp/zi	2-24 luni de viață
Copiii cu vârsta între 6-24 luni, din populații cu pre-valența anemiei sub 40% și greutate normală la naștere	2 mg fier/kgcorp/zi	6-12 luni de viață
Copiii cu vârsta între 6-24 luni, din populații cu pre-valența anemiei peste 40% și greutate normală la naștere (situație similară cu cea din România)	2 mg fier/kgcorp/zi	6-24 luni de viață

1.2.9. PROTOCOL DE PROFILAXIA CARIEI DENTARE ⁽¹²⁾

- reducerea zaharurilor,
- perierea și clătirea dinților după mese (încă de la vârste foarte mici),
- fluorinarea apei de băut (atenție: apa îmbuteliată nu conține fluor!),
- alegerea produselor de igienă dentară care conțin fluor.

1.2.10. PROTOCOL DE PROFILAXIA RAHITISMULUI ⁽⁴⁾

- soluția se administrează zilnic, per os;
- doza recomandată este de 400-800 U.I./zi;
- se inițiază administrarea preparatelor la vârsta de 7 zile după naștere, chiar și la prematuri (nou născuți cu greutatea mai mare de 1500 g și toleranță digestivă bună);
- se administrează continuu până la vârsta de 18 luni;
- doza profilactică de vitamina D va fi crescută la 1.000 U.I./zi, pe perioade limitate (nedepășind o lună), în următoarele situații:
 - Sugarii mici ale căror mame nu au primit vitamina D profilactic în timpul sarcinii;
 - Prematurii și dismaturii, cel puțin în primele luni de viață;
 - Sugarii mici (până la 3-4 luni) născuți în anotimpul rece;
 - Copiii din zonele poluate, cu condiții de mediu precare, cu pielea hiperpigmentată, din instituții;
 - Sugarii cu îmbolnăviri acute frecvente, precum și cei cu spitalizări dese sau prelungite;
 - Copiii cu tratament cronic anticonvulsivant (fenitoină, fenobarbital), sau în tratament cronic cu cortizon.



Este contraindicată forma injectabilă, în afara unor situații particulare (sindrom de malabsorbție, atrezie de căi biliare).



Administrarea de calciu nu este necesară în profilaxia rahitismului la copilul care primește mai mult de 400 ml de lapte pe zi.

La copilul în vârstă de peste 18 luni Vitamina D se va administra și copilului după 18 luni conform următorului protocol:

- se recomandă până la vârsta de 12-15 ani;
- numai în perioadele reci ale anului;
- zilnic per os 400-800 U.I. sau la interval de 7 zile, câte 3.000-5.000 U.I.



Doza de Vitamina D, recomandată în profilaxie trebuie ajustată în funcție de particularitățile individuale ale copilului și de factorii de risc pentru rahitism identificat.



Administrarea zilnică de doze orale fracționate (egale cu necesarul zilnic de vitamina D) este considerată cea mai fiziologică metodă de profilaxie, deoarece nu supune organismul la un efort de metabolizare în salturi și evită supradozajul.



Preparatele medicamentoase de vitamina D₂ sau D₃ au aceeași activitate biologică antirahitică, după metabolizare în produși activi.



Soluția orală de vitamina D₃ fiind hidrodispersabilă dispune de o absorbție mai rapidă.

1.2.11. PROGRAMUL NAȚIONAL DE IMUNIZĂRI

2-7 zile	Vaccin hepatitic B (Hep B), Vaccin de tip Calmette Guerin (BCG)	în maternitate
2 luni	Vaccin diftero-tetano - pertussis acelular -poliomielitic - Haemophilus B - hepatitic B (DTPa-VPI - Hib - Hep.B) Vaccin pneumococic conjugat ¹⁾	medicul de familie
4 luni	Vaccin diftero-tetano - pertussis acelular -poliomielitic - Haemophilus B - hepatitic B (DTPa -VPI - Hib - Hep.B) Vaccin pneumococic conjugat ¹⁾	medicul de familie
11 luni	Vaccin diftero-tetano - pertussis acelular -poliomielitic - Haemophilus B - hepatitic B (DTPa -VPI - Hib - Hep.B) Vaccin pneumococic conjugat ¹⁾	medicul de familie
12 luni	Vaccin rujeolic - rubeolic - oreion (ROR)	medicul de familie
5 ani ,7 ani	Vaccin rujeolic - rubeolic - oreion (ROR)	medicul de familie
6 ani [^]	Vaccin diftero-tetano-pertussis acelular -poliomielitic (DTPa - VPI / VPI ²⁾)	medicul de familie
8 ani ³⁾	Vaccin poliomielitic inactivat (VPI ³⁾)	medicul de familie
14 ani	Vaccin diftero-tetanitic pentru adulți / vaccin diftero-tetano - pertussis acelular (dT / DTPa)	medicul de familie

Notă:

1. Vaccinul pneumococic conjugat va fi inclus în calendarul național de vaccinare în funcție de fondurile disponibile
2. Copiii cu vârsta de 6 ani care au în antecedentele vaccinale o doză de DTPa la 4 ani vor fi vaccinați cu VPI, iar cei care nu au în antecedentele vaccinale o doză de DTPa vor fi vaccinați cu DTPa - VPI.
3. Copiii cu vârsta de 8 ani care au în antecedentele vaccinale o doză de DTPa la 4 ani vor fi vaccinați cu VPI în 2015 (copiii care nu au fost școlarizați în clasa pregătitoare). Această recuperare se aplică numai în anul 2015.

BIBLIOGRAFIE

1. *Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2008.
2. Riverin, Bruno, et al. "Rourke Baby Record 2014 Evidence-based tool for the health of infants and children from birth to age 5." *Canadian Family Physician* 61.11 (2015): 949-955.
3. de Onis, Mercedes, and Adelheid W. Onyango. "WHO child growth standards." *Lancet* 371.9608 (2008): 204-204.
4. Sănătății, Ministerul. "PROTOCOALE PENTRU PROFILAXIA ANEMIEI ȘI RAHITISMULUI LA COPIL."
5. United States Preventive Services Task Force. "USPSTF." *The Guide to Clinical Preventive Services*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (2014).
6. Bright, Kathryn, John Eichwald, and Gail Tanner. "American Academy of Audiology Childhood Hearing Screening Guidelines." (2011).
7. World Health Organization. "Newborn and infant hearing screening: Current issues and guiding principles for action." Geneva: World Health Organization. (Accessed 06 December 2013, at http://www.who.int/blindness/publications/Newborn_and_Infant_Hearing_Screening_Report.pdf.) (2010).
8. Simon, Geoffrey R., et al. "Visual System Assessment în Infants, Children, and Young Adults by Pediatricians." *Pediatrics* (2016): peds-2015.
9. US Preventive Services Task Force. "Screening and treatment for major depressive disorder în children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement." *Pediatrics* 123.4 (2009): 1223-1228.
10. Oski, Frank A. *Principles and practice of pediatrics*. Vol. 2. Lippincott, 1990.
11. Dieckmann R, Brownstein D, Gausche-Hill M (eds): *Pediatric Education for Prehospital Professionals*. Sudbury, Mass, Jones & Bartlett, American Academy of Pediatrics, 2000
12. Georgescu A, Moldovanu F, Nanu M, Nanulescu M, Nuta D, Alexiu S, Stefanescu D. *Recomandări pentru o alimentație sănătoasă la copilul de 1- 5 ani*



1.3. INTERVENȚII LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

1.3.1. HIPOTIROIDISMUL CONGENITAL

Tip de intervenție preventivă	Screening pentru hipotiroidismul congenital
Populația țintă	Toți nou-născuții !!! În prezent el se derulează doar în câteva centre din țara noastră, concomitent cu screening-ul neonatal al fenilcetonuriei.
Recomandare	Efectuează screeningul pentru hipotiroidismul congenital Grad: A
Testul de screening	Metode de screening posibil a fi utilizate, cu avantajele și dezavantajele lor: Determinare primară de TSH, urmată de dozare ulterioară a T4 (când TSH-ul depășește anumite valori) (! Recoltare z2-4) Determinare inițială a T4 cu dozare ulterioară de TSH (când T4 se situează sub anumite limite) (! Recoltare z 1-2) Determinarea simultană a valorilor TSH și T4, (metoda combinată) Medicii ar trebui să se familiarizeze cu testele utilizate în zona lor (în România, nu există o acoperire universal, întrucât determinările se fac doar în câteva laboratoare de referință) și să cunoască limitele acestora.
Momentul screeningului	Sugarii trebuie testați între ziua a 2a și a 4a de vârstă. Sugarii externați din spital înainte de 48 de ore de viață ar trebui să fie testați imediat înainte de externare. Probele obținute în primele 24-48 ore de viață pot fi crescute în mod fals pentru TSH, indiferent de metoda de screening utilizată
Sugestii pentru practică	Probele de sânge capilar recoltat din călcâi, prelevate în maternitate („heel stick procedure”) și tratate corespunzător, se transmit laboratorului de referință. Valori ale TSH-ului > de 20mU/L sunt comunicate de către coordonatorul programului de screening Autorității de Sănătate Publică (ASP), endocrinologului și medicului de familie, coordonatorilor teritoriali de program, precum și familiei nou-născutului. Sugarii cu rezultate anormale la teste de screening ar trebui să primească teste de confirmare și pentru a începe un tratament adecvat cu înlocuirea hormonilor tiroidieni în termen de 2 săptămâni de la naștere. Responsabilitatea laboratorului de screening constă în analiza rapidă a probelor de sânge uscat și comunicarea promptă a rezultatelor patologice spitalului teritorial . Acesta este răspunzător de identificarea suspecților de HC, inclusiv de rechemarea cazurilor pentru procedura diagnostică (determinarea TSH și FT4 din sângele venos). Recoltarea de probe de sânge se efectuează în secțiile de pediatrie ale spitalelor județene sau în secțiile de endocrinopediatrie. Evaluarea clinică ulterioară o va face endocrinologul care va preciza diagnosticul, va institui tratamentul și va urmări evoluția pacienților confirmați.

Vezi <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.

1.3.2. OFTALMIA (GONOCOCICĂ) NEONATALĂ

Tip de intervenție preventivă	Profilaxia conjunctivitei gonococice a nou-născutului
Populația țintă	Toți nou-născuții
Recomandare	Aplicarea profilactică de medicamente topice oculare pentru prevenirea conjunctivitei gonococice a nou-născutului. Grade: A

Evaluarea riscului	Toți nou născuții trebuie să primească profilaxie. Totuși unii nou-născuți au un risc crescut, având părinți cu istoric de boli cu transmitere sexuală, abuz de substanțe și fiind neîngrijiți.
Intervenția preventivă	Medicamentele preventive includ unguent oftalmic cu eritromicină 0.5%, soluție 1,0% de azotat de argint, sol tetraciclină unguent 1.0%. Toate sunt considerate la fel de eficiente.
Momentul intervenției	În primele 24 de ore după naștere

Vezi <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.

1.3.3. HIPOACUZIA LA NOU-NĂSCUȚI

Tip de intervenție preventivă	Screening universal pentru deficit auditiv la nou-născuți
Populația țintă	Toți nou-născuții
Recomandare	Screening pentru deficit auditiv la nou-născuți Grad: B

Evaluarea riscului	Prevalența deficitului auditiv la nou-născuți cu factori de risc este de 10-20 de ori mai mare decât în populația general de nou-născuți. Factori de risc asociați cu deficit auditiv permanent bilateral congenital includ: • Istoric familial de deficit auditiv senzorial la copii • Dismorfie craniofacială • Sdr. congenitale și anumite infecții. Aprox. 50% din nou-născuții cu deficit auditiv permanent bilateral congenital nu au factori de risc prezenți.
Teste de screening	Programele de screening ar trebui să fie rulate folosind un protocol validat implicând unul sau doi pași. Un process de screening în doi pași folosit frecvent implică 1. Testarea prin otoemisiuni acustice 2. Testarea cu potențiale evocate auditive (la nou născuții care nu au trecut primul test). Sugarii cu teste de screening pozitive ar trebui să fie evaluați audiologic adecvat și să fie monitorizați după externare. Procedurile de screening și monitorizare ar trebui să fie valabile și pentru copii născuți la domiciliu, în maternități sau spitale fără facilități de screening pentru auz.
Momentul de screening	Toți copiii ar trebui să beneficieze de screening pentru auz înaintea împlinirii primei luni de viață . Sugarii care nu trec screening-ul nou-născut ar trebui să fie supuși unei evaluări audiologice și medicale înainte de 3 luni .
Tratament	Intervenția timpurie pentru sugarii cu deficit de auz ar trebui să vină în întâmpinarea nevoilor individuale ale sale și ale familiei, inclusiv în obținerea unor competențe de comunicare, abilități sociale, echilibru emoțional și încredere în sine. Intervenția timpurie cuprinde evaluare pentru stabilirea nevoii pentru dispozitive de amplificare sau senzoriale, evaluare medicală și chirurgicală și evaluarea comunicării și terapie. Implanturile cochleare sunt luate în considerare pentru copii cu pierdere de auz severă către profundă (totală) doar după răspunsul inadecvat la aparatele auditive.

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.

1.3.4. TULBURARE DEPRESIVĂ LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

Tip de intervenție preventivă	Screeningul și tratamentul Depresiei majore la copii și adolescenți
Populația țintă	Adolescenți (12-18 ani)
Recomandare	Oferă screening pentru depresie atunci când sistemul dispune de resurse adecvate pt. diagnostic, tratament și monitorizare. Grad: B
Evaluarea riscului	Factorii de risc pentru depresie sunt: depresia părinților, istoric de comorbidități psihiatrice sau medicale semnificative (boli cronice), precum și trecerea printrun eveniment de viață traumatizant.
Teste de screening	Pentru evaluarea copiilor și tinerilor se recomandă teste validate în asistența primară: Patient Health Questionnaire varianta pentru adolescenți (PHQ-A).
Tratamente	Fluoxetina, un antidepresiv din clasa SSRI, este eficientă. Din cauza efectelor secundare de creștere a riscului de suiciu, medicamentul nu poate fi prescris decât dacă se poate asigura monitorizarea pacientului îndeaproape. Psihoterapia sau terapia combinată (medicație cu psihoterapie) sunt eficiente.

Vezi <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.

1.3.5. OBEZITATEA LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

Tip de intervenție preventivă	Screening-ul obezității la copiii 6-18 ani
Populația țintă	Copii 6-18 ani
Recomandare	Se recomandă screening-ul obezității la copilul peste 6 ani și oferirea de sau trimiterea pentru intervenții intensive comportamentale în vederea îmbunătățirii statusului nutrițional 1B

Test screening	Indicele de masă corporală (IMC) se calculează pe baza greutateii (kg) și înălțimii (m) măsurate. Valoarea indicelui de masă corporală se înregistrează pe graficul de creștere IMC/ vârstă și se interpretează scorul Z ▶ supraponderal – IMC între +1 și +2 DS (scor z) ▶ Obez – IMC > 2DS ▶ Obezitate severă - punctul de >+3 DS (propusă prin consens pt că nu există o definiție unanim acceptată)
Frecvența măsurării	IMC trebuie calculat și documentat anual în dosarul medical pentru toți copiii cu vârsta între 5-18 ani (1A) ▶ În interpretarea IMC trebuie utilizate graficele de creștere (1A) ▶ Evaluarea dietei și nivelului de activitate fizică trebuie făcută anual. Evaluarea trebuie utilizată pentru a transmite mesaje țintite fiecărei familii (1A)
Intervenții	Trimite pacienții pentru programe de intensitate moderată spre intensă de modificare a comportamentelor legate de nutriție și de activitate fizică
Beneficii vs. riscuri	Programele de intensitate moderată spre intensă s-au dovedit a avea efecte modeste pe scăderea în greutate. Sunt dovezi limitate care arată menținerea schimbărilor de greutate la 1 an după intervenție. Nu există efecte nocive ale screening-ului
Alte recomandări	În scopul prevenției primare a bolilor cardiovasculare, este importantă cunoașterea contextului familial al copilului și identificarea precoce a tulburărilor metabolice asociate cu obezitatea sau cu ereditatea.

Vezi <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.

1.3.6. FENILCETONURIA (PKU)

Tip de intervenție preventivă	Screening pentru fenilcetonurie
Populația țintă	Toți nou-născuții
Recomandare	Screening pentru fenilcetonurie (PKU). Grade: A

Teste de screening	Întrucât se practică doar în câteva laboratoare de referință, deși ar trebui să fie un test obligatoriu, accesul tuturor nn. la testare este limitat. Metodele de screening sunt variate. Sunt folosite trei metode în UȘ 1. Test Guthrie - câteva picături de sânge recoltate pe hârtie de filtru de la nivelul călcâiului copilului, se pun în contact cu o cultură de bacterii a căror creștere este stimulată de fenilalanina în exces, creșterea bacteriană fiind proporțională cu concentrația acesteia în sânge. 2. Teste de confirmare
Momentul de screening	Sugarii testați în primele 24 de ore după naștere trebuie să repete un test de screening la 2 săptămâni de viață. Momentul optim al screening-ului pentru copiii prematuri și sugari cu boli este la sau aproape de 7 zile de vârstă, dar în toate cazurile, înainte de externarea din spital.
Treatment	Este esențial ca restricția de fenilalanină să fie instituită imediat după naștere ca să se prevină efectele PKU asupra dezvoltării neurologice

Vezi <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.

1.3.7. TULBURARE DE VEDERE LA COPIII CU VÂRSTE ÎNTRE 3 ȘI 5 ANI

Tip de intervenție preventivă	Screening pentru deficit de vedere la copii între 3-5 ani
Populația țintă	Copii cu vârsta între 3 și 5 ani
Recomandare	Oferă screening pentru vâz Grad: B

Teste de screening	Diferite teste de screening sunt utilizate în asistența primară pentru a identifica deficiențele de vedere la copii, inclusiv: Teste de acuitate vizuală: optotip adecvat vârstei Teste de aliniere : Testul acoperit neacoperit, Reflexul luminos corneean Hirschberg Teste de stereoacuitate (vederea spațială): Frisby test
Intervalele de screening	Nu au fost găsite dovezi cu privire la intervalele adecvate pentru screening .
Intervenția	Tratamentul ambliopiei include utilizarea de lentile de corecție, bandaj pentru ochi, vs terapia cu atropină a ochiului neafectat. Tratamentul poate consta, de asemenea, dintr-o combinație de intervenții.
Avantaje vs prejudicii	Există dovezi adecvate că tratamentul precoce al ambliopiei la copiii de la 3 la 5 ani conduce la rezultate vizuale mai bune. Există dovezi limitate legate de daunele screeningului, inclusiv efecte psiho-sociale, la copiii de 3 ani și mai mari. Există dovezi insuficiente că tratamentul precoce al ambliopiei la copiii mai mici de 3 ani duce la rezultate vizuale mai bune.
Sugestii de practică privind afirmațiile	<i>Pentru a decide dacă să trimită copiii mai mici de 3 ani pentru screening, medicii ar trebui să ia în considerare:</i> • <i>Potențialul de a preveni povara: screeningul în perioada de preșcolar pare a fi la fel de eficace ca și screening-ul mai timpuriu</i> • <i>Practici curente: screeningul văzului include evaluarea acuității vizuale, strabism, vederea stereo; copiii cu rezultate pozitive ar trebui să fie evaluați de un oftalmolog</i>

Vezi <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.

1.4. ALTE RECOMANDĂRI PREVENTIVE

1.4.1. BOLI CU TRANSMITERE SEXUALĂ

Tip de intervenție preventivă	Consilierea comportamentală pentru prevenirea răspândirii bolilor cu transmitere sexuală (BTS)		
Populația	Toți adolescenții activi sexual	Adulți cu risc crescut pentru BTS	Adolescenți fără activitate sexuală și adulți fără risc pentru BTS
Recomandarea	Se oferă consiliere intensivă. B	Se oferă consiliere intensivă. B	Nu există recomandare. I (nu există suficiente dovezi)
Evaluarea riscului	Toți adolescenții activi sexual se consideră a fi cu risc crescut de infecție BTS și trebuie consiliați. Adulții la risc crescut sunt cei care: • Au sau au avut o boală cu transmitere sexuală în ultimul an. • Au mai mulți parteneri sexuali. În comunitățile sau populațiile cu rata crescută de BTS se consideră la risc toate persoanele active sexual care nu sunt, în prezent, într-o relație monogamă.		
Intervenția	Caracteristicile unei intervenții de consiliere intensivă sunt: • Sesiuni multiple de consiliere. • Consiliere de grup.		
Sugestii implementare pentru	Consilierea intensivă se poate face în cabinetele de medicină primară sau alte sectoare ale sistemului de sănătate și comunitare la recomandarea medicului de medicină primară. Acest serviciu poate fi mult îmbunătățit de o legătură strânsă între cabinetul de medicină primară și comunitatea pe care o deservește.		Dovezile sunt limitate privind consilierea adolescenților fără activitate sexuală. Consilierea intensivă a tuturor adolescenților pentru a ajunge la cei care sunt cu risc crescut dar nu au fost identificați nu este dovedită că eficiența. Nu există dovezi privind consilierea adulților fără risc de infecție BTS.

Vezi <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.

1.4.2. INFECȚIA CU CHLAMYDIA

Tip intervenție preventivă	de Screening pentru depistarea infecției cu Chlamydia						
Populație	Femei			Femei însărcinate			Bărbați
	Sub 25 de ani	25 ani și peste		Sub 25 de ani	25 ani și peste		
	Inclusiv adolescenți	Cu risc normal	Cu risc crescut	Inclusiv adolescenți	Cu risc normal	Cu risc crescut	
Recomandare	Da screening la cei active sexual. Grad: A	Nu screening automat. Grad: C	Da screening. Grad: A	Da screening. Grad: B	Nu screening automat. Grad: C	Da screening Grad: B	Nu există rec pro sau contra. Grad: I (Dovezi Insuficiente)
Evaluarea riscului	Vârsta: Femeile și bărbații sub 25 de ani au cel mai mare risc. Istoric de: inf. chlamydiană anterioară, alte boli cu transmitere sexuală, parteneri sexuali noi sau multipli, utilizare neconsecventă a prezervativului, lucrătorii sexuali.						
Teste screening	de Detectare a ADN-ului bacterian prin biologie moleculară – PCR la femei asimptomatice (Se și Sp f bună) din secreții din col						
Interval e de screeni ng	Femei Nu se cunoaște intervalul optim pentru testare retestare CDC recomandă ca testarea celor la risc să se facă cel puțin anual.			Femei însărcinate Cu ocazia primei vizite prenatale. La cele la risc continuu, și în T3 de sarcină			NA

Vezi <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.

1.4.3. INFECȚIA HIV

Tip de intervenție preventivă	Screening pentru HIV
Populația țintă	Adolescenți și adulți cu vârste cuprinse între 15 și 65 de ani, sau adolescenți și adulți cu risc crescut de infecție, fără limită de vârstă, și femei gravide.
Recomandare	Testarea infecției HIV: A
Evaluarea riscului	Bărbații homosexuali și utilizatorii activi de droguri injectabile sunt la mare risc de infecție HIV. Alte persoane cu risc includ pe cei care au contactat alte infecții cu transmitere sexuală sau care solicită testare pentru infecții cu transmitere sexuală. Factorii de risc comportamentali pentru infecția HIV includ: • Contactul sexual neprotejat, anal sau vaginal • Partenerii sexuali ai persoanelor infectate cu HIV, bisexuale sau ai utilizatorilor de droguri injectabile • Persoane care oferă servicii sexuale în schimbul banilor sau drogurilor USPSTF admite că categoriile de persoane menționate mai sus nu se exclud reciproc, gradul de risc de transmitere sexuală este continuu și alte persoane ar putea să nu fie la curent cu riscurile partenerilor sexuali privind infecția HIV.
Teste utilizate	Testarea rapidă pentru infecția HIV, urmată de testul Western-Blot de confirmare. Rezultatele sunt disponibile în 1-2 zile. Testele HIV rapide pot folosi sânge sau alte fluide corporale și dau un rezultat în 5-40 minute, însă rezultatele pozitive trebuie confirmate prin metodele convenționale.
Intervenții	În prezent nu există tratament curativ pentru infecția cronică cu HIV. Cu toate acestea, intervenția timpurie în cursul infecției HIV reduce riscul de evoluție clinică, de complicații sau deces din cauza bolii și transmiterea bolii. Intervențiile eficiente includ terapia antiretrovirală (în special folosirea unui cocktail de antiretrovirale), imunizări și profilaxia infecțiilor oportuniste.
Beneficii vs riscuri	Beneficiul testării infecției HIV în rândul adolescenților, adulților și femeilor gravide este substanțial.

Vezi <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>.

1.4.4. INFECȚIA CU VIRUSUL HEPATITEI B

Tipul intervenției preventive	Screening pentru infecția cu VHB la adolescenți și adulți
Populația	Adolescenți și adulți asimptomatici la risc înalt pentru infecție cu VHB
Recomandare	Se face screening pentru infecția cu Hepatita B la toate persoanele cu risc înalt pentru infecția cu VHB Grad: B

Evaluarea riscului	Persoanele la risc crescut sunt toate persoanele active sexual având mai mulți parteneri și care practică sex neprotejat, homosexualii, persoanele HIV pozitive, contactii intrafamiliali ai celor infectați, nou născuții mamelor infectate, cei care au suferit manopere și intervenții chirurgicale sau au fost hemodializați înainte de 1989, cei care apelează la servicii de manichiură, pedichiură executate cu instrumentar posibil nesteril, personalul medical, lucrătorii sexuali, utilizatorii de droguri injectabile
Testul de screening	Identificarea serologică a antigenului de suprafață a virusului hepatitei B (AgHBs), cu confirmare ulterioară (eventual cu determinarea anticorpi a- AgHBs și a Ac anti HBc pentru diagnosticul diferențial dintre infecție vs imunitate). Sensibilitatea și specificitatea sunt raportate ca fiind mai mari de 98%.
Tratament	Tratamentul infecției cu HVB se face cu antivirale De primă linie- interferonul 2alpha pegylat, lamivudina
Beneficii vs Riscuri	Există dovezi de calitate medie ca screeningul pentru depistarea infecției cu HVB la persoanele la risc are un beneficiu moderat.

Vezi <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.

1.4.5. INFECȚIA CU VIRUSUL HEPATITEI C

Tipul intervenției preventive	Screening pentru infecția cu virusul hepatitei C la adulți
Populația	Persoanele aflate la risc pentru infecție (a nu se uita persoanele cu intervenții chirurgicale înainte de 1992)
Recomandare	Testați pentru infecția cu virusul hepatitei C (VHC). Grad: B

Evaluarea riscului	Cei mai importanți factori de risc pentru infecția cu VHC până în 1992 (anul descoperirii VHC) au fost transmiterea prin transfuzii, manevre sângerânde (intervenții chirurgicale cu instrumentar nesteril inclusive stomatologic), transmiterea de la mamă la făt, hemodializa, detenția. După 1992 a crescut frecvența infectării la utilizatorii de droguri injectabile și intranazale, la cei cu tatuaje făcute în condiții impropriet și alte expuneri percutane.
Test de screening	Testarea Ac antiVHC urmată de confirmarea replicării virale identifică cu acuratețe pacienții cu infecție cronică cu Hepatită C. Diverse teste non-invazive cu bună eficiență diagnostică sunt alternative posibile pentru biopsia hepatică în testarea pentru fibroză și ciroză.
Interval de Screening	Persoanele cu risc continuu de infectare cu VHC (utilizatorii de droguri injectabile) trebuie testate periodic. Dovezi privind frecvența testării la aceste persoane sunt prea puține. Persoanele la risc de expunere înainte de introducerea screeningului obligatoriu se testează o singură dată.
Tratament	Tratamentul antiviral previne complicațiile pe termen lung ale infecției VHC (ciroza hepatică, insuficiența hepatică, carcinomul adenohepatocelular). Combinația de interferon pegylat (a-2a sau a-2b) și ribavirină este tratamentul standard pentru infecția VHC.
Beneficii vs riscuri	Luând în calcul eficiența testării anticorpilor anti VHC și disponibilitatea intervențiilor eficiente pentru persoanele cu infecție cu hepatită C, USPSTF concluzionează că există un beneficiu moderat pentru screeningul populației la risc crescut de infecție.

Vezi <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.

1.4.6. CONSILIEREA PENTRU PREVENȚIA CANCERULUI CUTANAT

Tip de intervenție preventivă	Consilierea comportamentală pentru prevenirea Cancerului cutanat
Populația	Copiii, adolescenții și adulții tineri cu vârste între 10-24 de ani, cu piele foarte albă
Recomandarea	Consiliere pentru reducerea expunerii la radiații UV în vederea diminuării riscului de cancer de piele Grad: B

Evaluarea riscului	Persoanele cu o culoare deschisă a pielii sunt la risc crescut de cancer cutanat. În plus factori genetici dar și, mai ales, expunerea excesivă la soare și radiații UVB artificiale, având rezultat arsuri cutanate Fenotipul predispus la cancer se caracterizează prin ochi și piele de culoare deschisă, prezența pistriilor și cu un răspuns caracteristic la expunerea la soare de tip arsuri frecvente și lipsa bronzului.
Consiliere comportamentală	Intervențiile scurte de consiliere oferite în cabinetul de medicină familiei sunt eficace. Mesajele dovedite de succes, funcție de caracteristicile audienței țintă, sunt cele cu referire directă la limitarea expunerii pentru prevenția cancerului cutanat sau și pentru limitarea efectelor de îmbătrânire ale pielii. ,
Intervenții	Intervenția de consiliere are ca scop limitarea expunerii la radiații UVB. Comportamentele de protecție se referă la utilizarea de creme protectoare având un factor de protecție de cel puțin 15, portul unei pălării și a îmbrăcămînții protectoare, evitarea expunerii la soare în intervalul dintre orele 10- 15, evitarea expunerii la solar.
Beneficii vs. riscuri	Se apreciază că intervențiile de consiliere ale copiilor, adolescenților și adulților tineri cu vârste între 10-24 de ani, cu piele foarte albă, au efect moderat în adoptarea de comportamente vizând protejarea corpului împotriva radiațiilor solare, fără riscuri secundare adăugate.

Vezi <http://www.uspreventiveservicetaskforce.org/>.

1.4.7. TULBURARE COGNITIVĂ

Tip de intervenție preventivă	Screening pentru tulburarea cognitivă la vârstnici
Populație	Vârstnici neinstituționalizați, peste 65 ani, fără semne sau simptome de tulburare cognitivă
Recomandare	Nu există o recomandare. Grad: I Dovezi insuficiente
Evaluarea riscului	Înaintarea în vârstă este cel mai puternic factor de risc cunoscut pentru tulburarea cognitivă. Alți factori de risc includ factori de risc cardiovascular (cum ar fi diabetul, consumul de tutun, hipercolesterolemia și hipertensiunea arterială), traumatismele craniene, sindromul Down, depresia, abuzul de alcool, fragilitatea fizică, nivelul de educație scăzut, lipsa unui support social.
Teste de screening	Testele de screening pentru tulburarea cognitivă presupune evaluări care includ solicitarea de a executa anumite comenzi pentru evaluarea domeniilor cognitive (memorie, atenție, limbaj, orientare spațială sau funcțiile executive). Cel mai frecvent studiat și utilizat este testul MMSE – Mini Mental State Examination. Alte instrumente ușor de utilizat ar fi: Testul ceasului, Mini-Cog, și altele (Memory Impairment Screen, Abbreviated Mental Test, Short Portable Mental Status Questionnaire, Free and Cued Selective Reminding Test, 7-Minute Screen, Telephone Interview for Cognitive Status, and Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly).
Tratament	Tratamentele farmacologice aprobate sunt inhibitorii de acetylcholinesterază și memantina. Intervențiile nefarmacologice includ consilierea cognitivă, intervenții comportamentale legate de stilul de viață, stimularea mișcării, intervenții educaționale și intervenții multidisciplinare.
Beneficii și Riscuri	Dovezi concludente privind efectele screeningului lipsesc, ceea ce conduce la imposibilitatea evaluării adecvate a beneficiilor și riscurilor.

1.4.8. DEPRESIA LA ADULȚI

Tip de intervenție preventivă	Screeningul depresiei la adulți	
Populație	Adulți peste 18 ani inclusive femei însărcinate și lehuze	
Recomandare	Efectuează screening când există mecanisme la nivelul sistemului sanitar pentru confirmare diagnostic, tratament și monitorizare de bună calitate Grad: B	Nu faceți screening atunci când, la nivelul sistemului sanitar nu există mecanisme pentru confirmare diagnostic tratament și monitorizare de bună calitate. Grad: C
Evaluarea riscului	Se consideră la risc crescut persoanele cu episoade depressive în antecedentele familiale, cu istoric psihiatric (adicții, istoric personal de depresie sau de alte afecțiuni psihice); persoane cu boli cronice; șomeri, persoane cu problem sociale. Femeile au un risc mai mare decât bărbații. Prezența factorilor de risc nu înseamnă automat diagnostic de depresie.	
Teste de screening	Recomandăm pre-screeningul cu chestionarul cu 2 întrebări validat în asistența primară (Se-96% și Sp 57%). Un răspuns pozitiv la ambele întrebări indică necesitatea continuării evaluării prin aplicarea unor chestionare mai complexe MDI, PHQ9, Beck Depression Inventory. Ghidul recomandă utilizarea MDI (Major Depression Inventory), elaborat de OMS întrucât a fost validat în asistența primară, e ușor de folosit și permite cuantificarea gravității bolii.	
Interval de screening	Intervalul pentru retestare este necunoscut. La vârstnici, pot apărea simptome sugestive semnificative asociate unor evenimente frecvente la această vârstă: doliu, pensionare, îmbălnăvire, declin cognitiv, internare, retragere într-o casă de bătrâni.	
Beneficii și Riscuri	Există dovezi de bună calitate că depistarea și tratamentul adecvat folosind medicație specifică și consiliere psihoterapeutică sunt eficace și reduc morbiditatea. Tehnicile de consiliere de tip CBT dau rezultate bune la femeile însărcinate și la lăuze. Riscurile induse de screening și de psihoterapie de tip CBT sunt apreciate ca fiind mici. Antidepresivele de tip SSRI pot duce la creșterea ratei de suicide la persoanele între 18-29 de ani și la creșterea riscului de hemoragie gastrointestinală la cele peste 70 de ani, dar sunt apreciate că mici.	Dovezi insuficiente sugerează că screeningul pt depresie atunci când nu există personal suficient/instruit care să facă managementul de caz, nu conduce la rezultate mai bune.

Vezi <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org>.

CAPITOLUL 2.

INSTRUMENTE PENTRU IMPLEMENTAREA RECOMANDĂRILOR

2.1. CELE 5 GRUPE ȘI SUBGRUPE ALIMENTARE DE BAZĂ

1. Legume:

- *legume cu frunze verde închis*: toate legumele verzi sub formă de frunze proaspete, congelate sau conservate și broccoli, gătit sau crud. Exemplu: spanac, salată română, rucolă, ștevie, măcriș, pătrunjel, mărar, leuștean, etc alte salate din familia verzei și conopidei (ex varză, varza kale etc), frunzele de ridichi și cele de muștar, alte salate din familia verzei și conopidei (ex varza kale etc), frunzele de ridichi și cele de muștar, broccoli;

- *legume roșii și portocalii*: toate legumele roșii și portocalii, proaspete, congelate sau conservate, gătit sau crude. Exemplu: tomate, ardei roșii, gogoșari, morcovi, cartofi dulci, dovleac,

- *legume boabe*: toate boabele- gătit sau conservate. Exemplu: boabe de fasole de toate felurile, linte, mazăre, Nu sunt incluse mazărea și fasolea verde.

- *legume cu conținut ridicat în amidon*: toate legumele bogate în amidon, proaspete, congelate și conservate. Exemplu: cartofi albi, porumb, păstârnac și mazăre verde

- *alte legume*: toate celelalte legume, proaspete, congelate sau conservate, gătit sau proaspete. Exemplu: salata iceberg, fasole păstăi, ceapă, dovlecel, vântă, castravete etc.

2. Fructe:

Toate fructele proaspete, congelate, conservate și uscate, precum și sucurile de fructe. Exemplu: portocale și suc de portocale, mere și suc de mere, banană, struguri, pepene, fructe de pădure, stafide.

3. Cereale:

- *cereale integrale*: Toate produsele pe bază de cereale integrale-și cerealele integrale folosite ca ingrediente. Exemplu: pâine integrală, cereale integrale, biscuiți sărați, ovăz, orez brun.

- *cereale rafinate îmbogățite*:

Toate produsele de cereale rafinate îmbogățite și cerealele rafinate îmbogățite folosite ca ingrediente. Exemplu: pâine albă, cereale îmbogățite, paste din cereale îmbogățite, orez alb.

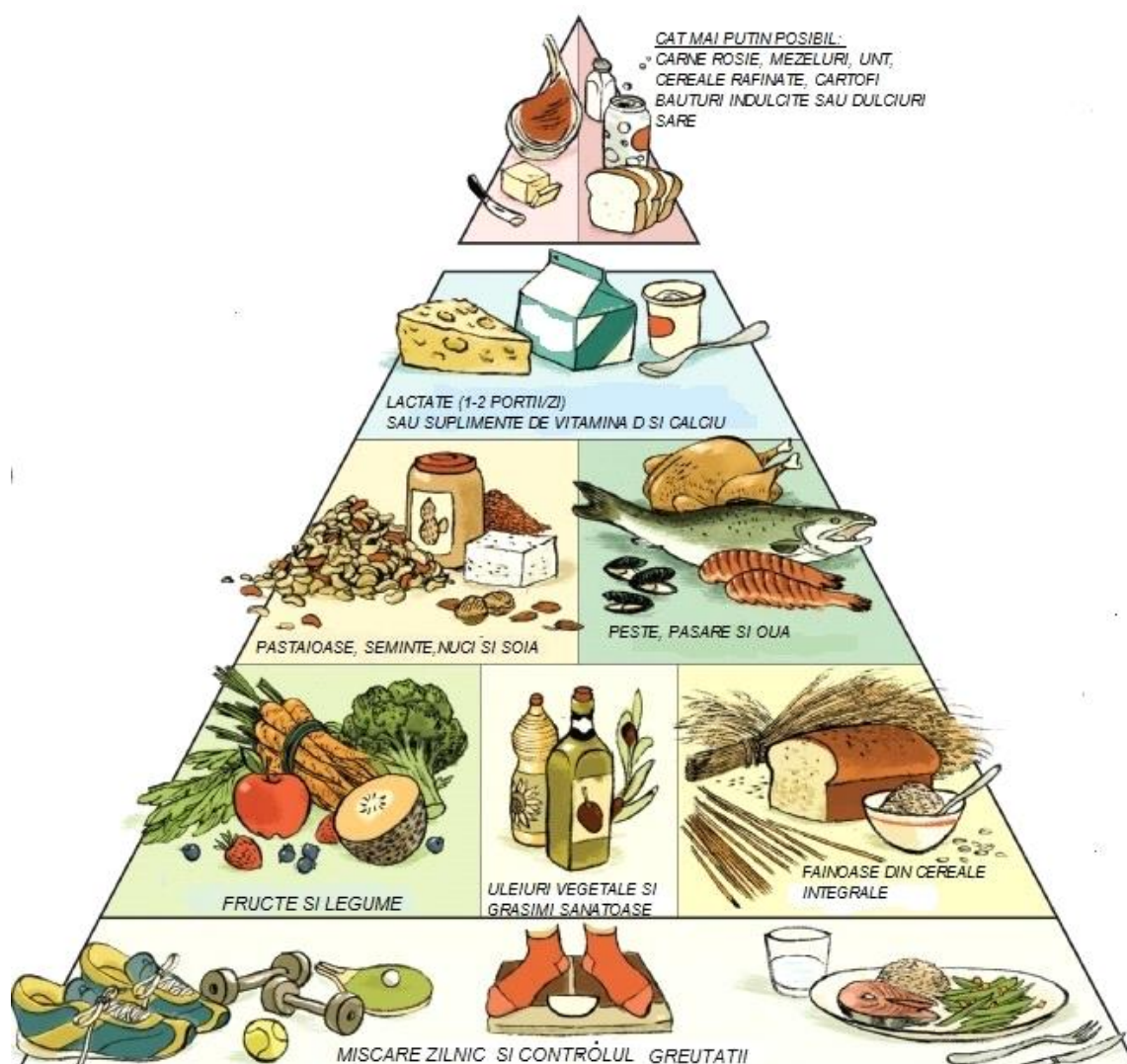
4. Produse lactate:

Toate felurile de lapte, incluzându-le pe cele delactozate sau cu conținut redus de lactoză și băuturile de soia fortificate; iaurturi; deserturi lactate; brânzeturi. Cele mai multe ar trebui să fie degresate sau cu conținut redus de grăsimi. Nu sunt incluse smântâna și frișca din cauza conținutului redus de calciu.

5. Alimente proteice:

Toate felurile de carne, pui, pește, ouă, nuci, semințe și produse de soia procesată. Carnea și puiul trebuie să fie slabe sau cu conținut redus de grăsimi. Boabele de fasole și mazăre sunt considerate parte a acestui grup, precum și a grupului legumelor, dar trebuie luate în considerare doar într-unul din grupuri.

2.2. PIRAMIDA ALIMENTAȚIEI SĂNĂTOASE



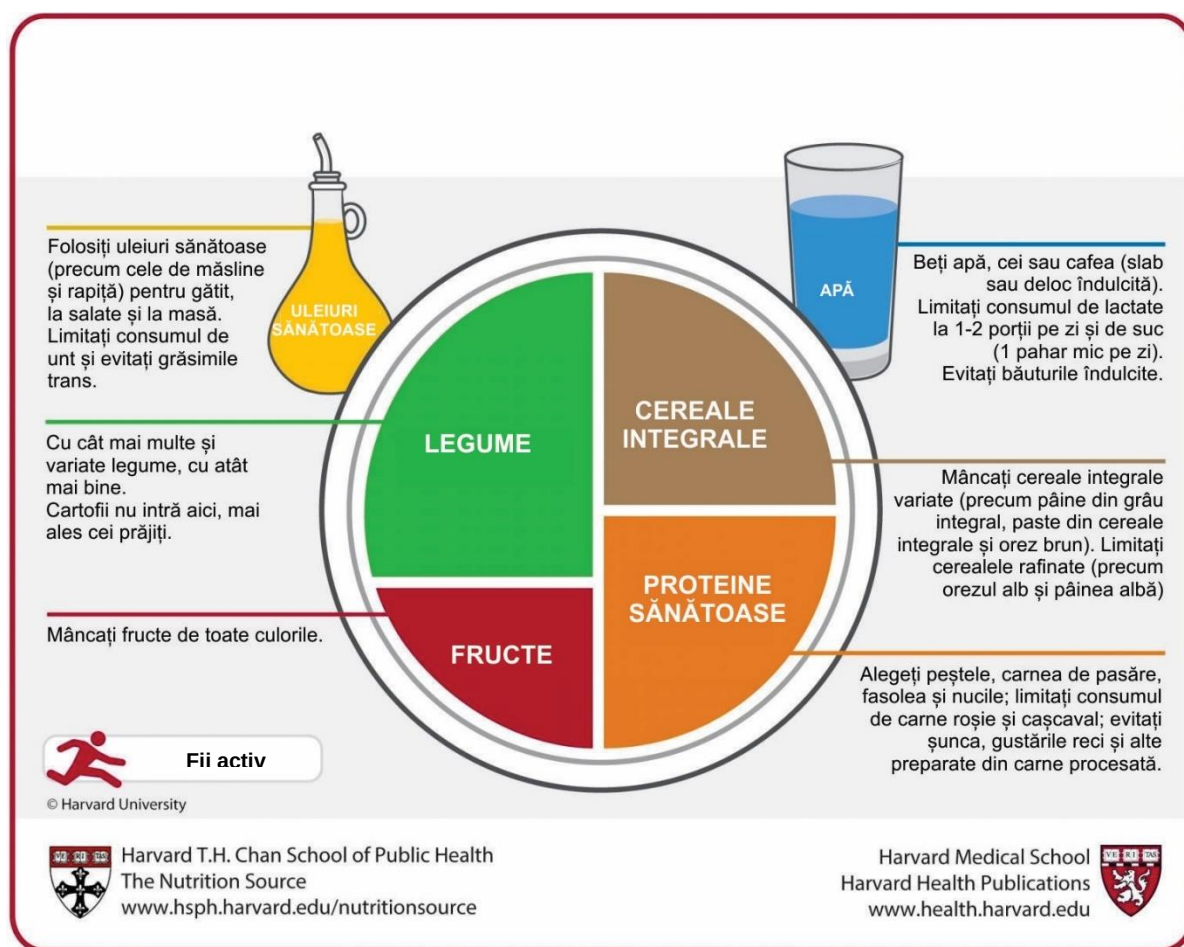
2.3. FARFURIA ALIMENTAȚIEI SĂNĂTOASE

Farfuria alimentației sănătoase (The Healthy Eating Plate) și piramida alimentației sănătoase (Healthy Eating Pyramid) summarizează cele mai bune informații nutriționale existente în prezent. Firește ca odată ce vor apare noi dovezi științifice, acestea se vor reflecta în variante adaptate ale acestor două instrumente.

O serie de studii au demonstrat ca respectarea ghidării Farfuriei alimentației sănătoase și celei a Piramidei alimentare poate duce la un risc mai mic de boala cardiacă și de moarte prematură.^{86, 87, 88}

Farfuria alimentației sănătoase (The Healthy Eating Plate) este un ghid vizual într-un format simplu ce oferă o schiță/ un plan pentru alcătuirea unei mese echilibrate și sanatoase- fie ca este servită pe o farfurie sau ambalată la pachet. A fost creată de către [Harvard School of Public Health](#).

Mărimea fiecărei secțiuni sugerează cu aproximație proporția relativă a fiecărei grupe alimentare ce ar trebui să se regăsească pe o farfurie cu mâncare sănătoasă. Farfuria și secțiunile ei nu reflectă număr de calorii sau porții zilnice din alimente, întrucât necesarul caloric zilnic și necesarul de nutrienți diferă în funcție de vârstă, sex, IMC și nivelul de activitate fizică.



Recomandările esențiale sugerate de imaginea farfuriei sunt:

- la alcătuirea unei mese, $\frac{1}{2}$ din alimente să fie fructe și legume. Încearcă să mănânci o varietate (“un curcubeu”) de fructe și legume. Cartofii, și mai ales cartofii prăjiți, nu sunt incluși aici.
- $\frac{1}{4}$ din farfurie să fie cereale integrale. Consumă o varietate de cereale integrale (grâu, ovăz, orz, quinoa, orez brun). Limitează cerealele rafinate (orezul alb și pâinea albă).
- $\frac{1}{4}$ din farfurie să fie alimente proteice (pește, pui, fasole și mazăre boabe, nuci; ele pot fi amestecate într-o salată sau servite cu garnitură de legume. Limitează carnea roșie și evită preparatele de carne procesate precum mezelurile, șuncă, etc)
- alege uleiuri vegetale sănătoase (de măsline, răpita, porumb, floarea-soarelui, arahide) pentru gătit și salate, și evită-le pe cele parțial hidrogenate care conțin grăsimi trans nesănătoase. Uleiurile trebuie consumate în cantități mici. Limitează untul. bea apă, ceai sau cafea, neîndulcitate. Limitează consumul de lactate la 1-2 porții/zi. Limitează consumul de sucuri de fructe 100% la 1 pahar/zi. Evită băuturile îndulcite.

2.4. CHESTIONARUL REAPS

Chestionar de Evaluare Rapidă a obiceiurilor alimentare (REAP)

Vă rugăm bifați căsuța ce reflectă cel mai bine situația Dvs!

Intr-o săptămână medie, cât de des:	De obicei/ Deseori	Uneori	Rareori/ Niciodata	Nu mi se aplică
1. Sari peste micul-dejun ?				
2. Obişnuiești să mănânci mâncare fast-food ?				
3. Mănânci <u>mai puțin de 3 porții</u> de legume (exceptând cartofii) pe zi ? <i>1 porție = 1/2 cană de legume sau 1 cană de frunze verzi</i>				
4. Mănânci <u>mai puțin de 2 porții</u> de fructe pe zi ? <i>1 porție = 1/2 cană sau 1 fruct de mărime medie sau 120ml de suc de fructe 100%</i>				
5. Mănânci <u>mai puțin de 3 porții</u> de <u>cereale integrale</u> pe zi ? <i>1 porție = 1 felie de pâine din cereale integrale 100%; 1 cană de cereale integrale, de cereale bogate în fibre, de fulgi de ovăz; 3-4 biscuiți sărați (crackers) din făină integrală; 1/2 de cană de orez sălbatic sau de paste din făină integrală.</i>				
6. Mănânci sau bei <u>mai puțin de 1 porție</u> de lapte, iaurt sau brânză pe zi ? <i>1 porție = 1 cană de lapte sau iaurt; aprox 45-60 g brânză</i>				
7. Mănânci peste 90-100 g carne gătită (inclusiv pui, curcan <u>pe zi</u>) ? <i>90 g de carne roșie sau pui este de mărimea: - unui pachet de cărți de joc sau una din următoarele: - mărimea și grosimea unui pod de palmă - cât un picior mic de pui</i>				
8 Mănânci pește (fructe de mare) mai puțin de 1-2 ori pe săptămână ?				
9. Mănânci carne roșie (de vită, porc, oaie, miel) <u>mai mult de două ori pe săptămână</u> ?				
10. Consumi carne procesată de tip: hamburgeri, cârnați, salam, cremvurști, slănină, kaiser etc ?				
11. Consumi alimente prăjite cum ar fi carne, pui, pește, chifteluțe, cartofi sau alte legume prăjite?				
12. Mănânci chipsuri de cartofi, porumb, etc, crackers, floricele de porumb cu adaos de grăsimi ?				
13. Mănânci <u>dulciuri</u> cum ar fi prăjituri, tort, biscuiți, napolitane, produse de patiserie, gogoși, briose, ciocolată și bomboane, înghețată, etc ?				
14. Bei sucuri dulci sau mai mult de 100 ml suc proaspăt din fructe ?				
15. Consumi produse <u>bogate în sare</u> cum ar fi murături, supe la plic, semipreparate congelate, semințe, chipsuri sărate etc ?				

16. Cât de dornic ești să faci schimbări în ceea ce privește alimentația, pentru a-ți îmbunătăți sănătatea?

Ft. dornic				Deloc
5	4	3	2	1

Chestionar adaptat după Rapid Eating Assessment for Patients - Varianta scurtă.
Institute for Community Health Promotion, Brown University, Providence, RI. All Rights Reserved.

2.5. CHESTIONARUL REAPS COMENTAT

Instrucțiuni pentru evaluare și interpretare

Intrebarea	Riscul alimentar	Evaluare/tratament	Consiliere/Informații
Patern alimentar cu/ fără mic dejun (MD) #1	Pacientul sare peste micul dejun	- Consideră riscul de subnutriție; - Explorează motivele comportamentului: afecțiuni medicale/psihiatrice, aspect socioeconomic, capacitatea de a-și pregăti hrana etc; - +/- tratament, BT după caz.	- Dacă: lipsă de resurse, trimite la primărie, NGO etc; - Lipsa sistematică a MD se corelează adesea cu obezitate; - Introducerea unui MD sănătos ar putea fi una dintre soluțiile pt. managementul greutateii.
Consum alimente fast-food #2	Pacienți care consumă frecvent produse fast-food	- Întreabă în legătură cu motivele pt. acest tip de consum; - Dacă: "lipsa timpului/ abilități pt. a găti, propuneți soluții la îndemână (fcție de resurse locale).	- Porțiile meniurilor fast-food sunt adesea supradimensionate și pot conduce la obezitate; - Alimentele fast-food sunt cel mai adesea bogate în grăsimi saturate și trans, sodiu, zahăr și pot contribui la dezvoltarea unor afecțiuni precum Hipercolesterolemia, HTA, obezitatea.
Fructe și legume # 3,4	Pacienți care consumă <3 porții de legume/zi și <2 porții de fructe/zi	- Întreabă despre motivele consumului redus (nu îi plac, nu îi plac gătit, nu știe să le gătească etc) - Consiliază în consecință: - metode de introducere a L&F în meniul fiecărei mese (vezi strategiile); - subliniază importanța consumului de L&F de toate culorile, inclusiv L cu frunze verzi, galbene și portocalii; a nu se uita de valoarea L crucifere (varza, conopida, brocoli).	- L&F sunt surse bogate în vitamine, minerale și fibre; - Unele studii arată că un consum crescut de L&F se asociază cu scăderea RCV și de cancer; L&F sunt bogate în K; dietele bogate în K (DASH) scad valorile TA; - L&F întregi, sunt preferate sucurilor de L&F; sucurile sunt sărace în fibre alimentare și au un conținut caloric și de zaharuri mai concentrat.
Cereale #4	Pacienți care consumă <3 porții de cereale integrale/zi	- Întreabă despre motivele consumului redus/ de evitare ale produselor din cereale integrale; - Consiliază în consecință: - metode de introducere a cerealelor integrale în meniul fiecărei mese (vezi strategiile).	- Produsele din cereale integrale fortificate/nu sunt bogate în folai și alte vit. și minerale; - Foliați pot reduce riscul de BCV și cc. colorectal și a defectelor de tub neural la copil (dacă consumă gravida); - Cerealele integrale sunt o bună sursă de fibre și vit. E; - Consumul de alimente bogate în fibre poate diminua riscul de cc. colorectal; - Un nivel crescut de vit. E previne apariția BCV și se asociază cu o rată mai scăzută a mortalității prin BCV.
Lapte și produse lactate # 6	Pacienți care consumă <1 porție de lactate/zi (la adult)	- Întreabă despre motivele consumului redus/ de evitare – inclusiv despre intoleranța la lactoză; - Dacă pacientul are intoleranță la lactoză sugerați produse sărace sau fără lactoză: produse nelactate bogate în calciu, (ex lapte de soia/orez fortificat) sau considerați suplimentare de calciu.	- Laptele și lactatele sunt bogate în calciu și vit. D - Un nivel adecvat de Ca și vit. D sunt importante pentru prevenția și tratamentul osteoporozei; - Consumul insuficient de lapte și lactate poate duce la creșterea RCV și R de DZ2. - Consumul a > 1 porție de lapte/zi se asociază cu reducerea riscului de cc colorectal. - Un nivel adecvat al aportului de calciu, mai ales în cazul pacienților sensibili la sare, ar putea avea efecte benefice la HTA.
Pește și derivate Fructe de mare # 7	Pacienți care consumă pește < 2 x/ săptăm.	- Întreabă despre motivele consumului scăzut/de evitare; - Consiliază în consecință: - metode de introducere a peștelui și produselor de pește/fructe de mare în alimentația săptămânală; - tipuri de pește care aduc beneficii;	- Peștele și fructele de mare sunt bogate în proteine dar și în acizi omega-3; varietățile de pește gras bogate în EPA și DHA sunt somonul, sardinele, heringul și macroul. - Consumul a 250 g pește/săpt. se asoc cu reducerea RCV, moartea subită și alte decese prin BCI.

		- rolul suplimentelor de omega-3.	- Consumul de pește >1 X/săpt se asoc cu reducerea R de demență la vârstnici;
Intrebarea	Riscul alimentar	Evaluare/tratament	Consiliere/Informații
Carne roșie sau derivate de carne roșie, produse procesate # 8,9,10	Pacienți care - consumă o cantitate de carne gătită > 90-100 g/zi (> 450 g/săpt.) - consumă carne roșie > 2x/ săptăm. - consumă deseori carne procesată	- Întrebă despre motivele consumului crescut; - Consiliază în consecință: - metode de introducere a altor surse proteice, discuția despre ouă; alte tipuri de carne; - metode de preparare a cărnii posibil mai puțin nocive.	- Dovezi suficiente și clare arată că, carnea procesată crește riscul de cc. colorectal; - Dovezi limitate arată că consumul de carne roșie în exces, cu atât mai mult dacă este pregătită la temperaturi înalte, poate crește riscul de cc. colorectal; - Consumul de produse proteice animale este asociat cu incidența crescută a cc. de prostată și renal. - Un ou de mărime medie aduce 3% din necesarul caloric (60Kcal din 2000) dar asigură 11% din rația proteică.
Grăsimi saturate, surse de grăsimi saturate: lactate, brânzeturi, carne roșie și grasă, # 8-11	Pacienți cu o dietă bogată în grăsimi și mai ales în grăsimi saturate: - lapte și derivate nedegresate; - carne grasă; - cantități mari de carne roșie; - alimente prăjite.	- Întrebă despre motivele consumului crescut; - Consiliază în consecință pt. înlocuirea surselor bogate în grăsimi saturate cu surse mai sărace sau bogate în grăsimi MUFA și PUFA: - Lapte și brânzeturi degresate sau parțial degresate; - Porții mai mici de carne roșie; - Carne roșie mai slabă/carne albă: pui fără piele sau curcan, iepure; - Pește; - Nuci și boabe ca surse alternative de proteine: soia, năut, fasole etc - Alternative de preparare: preferați fiertul, cuptorul în loc de fript, prăjit.	- Carne roșie este mai bogată în grăsimi saturate decât carne albă sau alse surse de proteine și poate crește RCV și nivelul de colesterol. - Înlocuirea unei porții de carne roșie/zi cu 15g nuci sau semințe, duce la reducerea RCV cu 19-30%. - Laptele și brânzeturile grase sunt bogate în grăsimi saturate ce pot crește riscul de BCV; - Dietele bogate în grăsimi aduc un aport caloric important și pot duce la obezitate; - Dietele bogate în grăsimi saturate se asociază mai frecvent cu Hcolesterolemia și unele tipuri de cancer.
Dulciuri, gustări, produse de uns pe pâine bogate în grăsimi saturate # 12-13	Pacienți care consumă o cantitate mare de grăsimi saturate sub formă de dulciuri, gustări, toppinguri etc	- Întrebă despre motivele consumului de deserturi/gustări de acest tip și: - Consiliază în consecință: - înlocuirea surselor bogate în grăsimi saturate cu surse mai sărace: ex înghețata poate fi înlocuită cu sorbeto (înghețată din iaurt cu fructe), sosurile pe bază de maioneză cu amestecuri ulei/oțet sau zeamă de lămâie; Untul, margarina pot fi înlocuite cu ulei; etc	Ca mai sus
Dulciuri cu conținut bogat în zahăr Băuturi îndulcite cu zahăr sau îndulcitori calorigeni. # 13, 14	Pacienți care consumă frecvent dulciuri sau băuturi îndulcite.	- Întrebă despre motivele consumului de deserturi/gustări de acest tip și: - Consiliază în consecință: - consumă porții mai mici; - consumă variante mai sărace în zahăr; - înlocuiește-le cu fructe; - în loc de sucuri îndulcite cu zahăr folosiți apă, ceaiuri de plante neîndulcite sau îndulcite cu stevia, sucuri naturale proaspete în cantități mici (< 100ml/zi)	- Dulciurile și băuturile îndulcite conțin zahăr și aduc un aport mare de calorii "goale" de substanțe nutritive; - Cofeina și fosfații din băuturile de tip cola pot diminua absorbția calciului.

Sodiu # 15	Pacienți cu istoric familial sau personal de HTA ce consuma multă sare.	- Întreabă despre motivele consumului crescut de sare: - Consiliază în consecință: - recomandă reducerea consumului de sare; - alegerea alimentelor cu conținut mai sărac în sodiu; - evitarea alimentelor procesate și bogate în sare; - recomandă alte condimente în locul sării; - recomandă creșterea consumului de L&F	- menținerea TA la valori normale reduce RCV, incidența ins. Cardiace și a bolii renale cronice); - se estimează că aprox 1/3 din populație este sensibilă la sare; - consumul crescut de sare de către cei sensibili la sare poate conduce la HTA; - adulții care ar beneficia de reducerea TA trebuie să consume dieta DASH cu aport redus de sodiu sub 5g de sare în total/zi; - un consum crescut de alimente bogate în K (legume și fructe) și Ca (lactate semi și degresate) poate scădea valorile TA.
---------------	---	---	--

2.6. CARACTERISTICI NUTRIȚIONALE ALE GRUPELOR ALIMENTARE

Grupa alimentară	Paine, cereale, orez, paste	Legume și vegetale	Fructe	Lapte și derivate	Ouă	Carne, pește
Principalii nutrienți	Carbohidrați Fier Vit. B1 Vit. E	Vitamine și minerale	Vitamine și minerale	Calciu Proteine	Proteine cu valoare biologică înaltă	Proteine Fier Acizi grași Omega 3
Alte componente nutritive		Fibre	Carbohidrați Fibre	Grasimi Carbohidrați Magneziu Zinc Vit. B2 Vit. B12 Sodiu Potasiu	Colesterol Fier Vit. B1, B12, A, D	Grasimi Niacină Vit. B12

2.7. VALOAREA CALORICĂ A ALIMENTELOR

Valoarea calorică	kcal/100 g	Alimente
Minimă	sub 5	Apă, apă minerală, ceai neîndulcit, supe clare
Scăzută	5-60	Fructe: mere, căpșuni, caise, piersici, prune, cirese, vișine, pepene, portocale, mandarine, grepfrut, mango, ananas. Legume: fasole verde, varză, conopidă, morcovi, pătrunjel, castraveți, usturoi, ceapă, salată, ciuperci, spanac, sparanghel, brocoli Lapte degresat, brânză proaspătă de vacă
Moderată	60-120	Fructe: pere, struguri, banane, fructe uscate, fructe glasate Legume: porumb, mazăre, soia, fasole boabe, cartofi fierți/copti Carne slabă, pui Ou, brânză telemea, pește Cereale simple, pâine Lapte integral, iaurt integral, iaurt cu fructe cu conținut redus de grăsime
Crescută	120-300	Înghețată, iaurt gras, smântână, cașcaval, brânză topită, carne grasă, salam, cârnați, paste cu sos, biscuiți, prăjituri, cereale îmbogățite, musli, sosuri
Foarte crescută	peste 300	Plăcintă cu carne, cartofi prăjiți, pui/pește/carne prăjit/prăjită, hamburger, pizza, dulciuri (prăjituri cu cremă, ciocolată, bomboane), margarină, unt, maioneză, alune, semințe

2.8. NECESAR CALORIC ESTIMAT PE ZI, SEX, VÂRSTĂ ȘI NIVEL DE ACTIVITATE FIZICĂ

Aport caloric necesar pentru menținerea echilibrului caloric pe cele două sexe, diferite vârste și trei niveluri de activitate fizică.

Sex/ Nivel de activitate ^b	Masculin sedentar	Masculin moderat sedentar	Masculin activ	Feminin sedentar	Feminin Moderat activ	Feminin activ
vârsta (ani)						
2	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
3	1,200	1,400	1,400	1,000	1,200	1,400
4	1,200	1,400	1,600	1,200	1,400	1,400
5	1,200	1,400	1,600	1,200	1,400	1,600
6	1,400	1,600	1,800	1,200	1,400	1,600
7	1,400	1,600	1,800	1,200	1,600	1,800
8	1,400	1,600	2,000	1,400	1,600	1,800
9	1,600	1,800	2,000	1,400	1,600	1,800
10	1,600	1,800	2,200	1,400	1,800	2,000
11	1,800	2,000	2,200	1,600	1,800	2,000
12	1,800	2,200	2,400	1,600	2,000	2,200
13	2,000	2,200	2,600	1,600	2,000	2,200
14	2,000	2,400	2,800	1,800	2,000	2,400
15	2,200	2,600	3,000	1,800	2,000	2,400
16	2,400	2,800	3,200	1,800	2,000	2,400
17	2,400	2,800	3,200	1,800	2,000	2,400
18	2,400	2,800	3,200	1,800	2,000	2,400
19–20	2,600	2,800	3,000	2,000	2,200	2,400
21–25	2,400	2,800	3,000	2,000	2,200	2,400
26–30	2,400	2,600	3,000	1,800	2,000	2,400
31–35	2,400	2,600	3,000	1,800	2,000	2,200
36–40	2,400	2,600	2,800	1,800	2,000	2,200
41–45	2,200	2,600	2,800	1,800	2,000	2,200
46–50	2,200	2,400	2,800	1,800	2,000	2,200
51–55	2,200	2,400	2,800	1,600	1,800	2,200
56–60	2,200	2,400	2,600	1,600	1,800	2,200
61–65	2,000	2,400	2,600	1,600	1,800	2,000
66–70	2,000	2,200	2,600	1,600	1,800	2,000
71–75	2,000	2,200	2,600	1,600	1,800	2,000
76+	2,000	2,200	2,400	1,600	1,800	2,000

Sursă: Britten P, Marcoe K, Yamini S, Davis C. Development of food intake patterns for the MyPyramid Food Guidance System. J Nutr Educ Behav 2006;38(6 Suppl):S78-S92.

2.9. PORȚII-STANDARD ZILNICE PE GRUPE ALIMENTARE ȘI NIVELURI DE APORT CALORIC

Consumul recomandat din subgrupele de legume și de alimente proteice este nivelul săptămânal.

Nivel caloric	1,000	1,200	1,400	1,600	1,800	2,000	2,200	2,400	2,600	2,800	3,000	3,200
Fructe	1 c	1 c	1½ c	1½ c	1½ c	2 c	2 c	2 c	2 c	2½ c	2½ c	2½ c
Legume	1 c	1½ c	1½ c	2 c	2½ c	2½ c	3 c	3 c	3½ c	3½ c	4 c	4 c
Verde-închis	½ c/ săptăm	1 c/ săptăm	1 c/ săptăm	1½ c/ săptăm	1½ c/ săptăm	1½ c/ săptăm	2 c/ săptăm	2 c/ săptăm	2½ c/ săptăm	2½ c/ săptăm	2½ c/ săptăm	2½ c/v
Roșii și portocalii	2½ c/ săptăm	3 c/ săptăm	3 c/ săptăm	4 c/ săptăm	5½ c/ săptăm	5½ c/ săptăm	6 c/ săptăm	6 c/ săptăm	7 c/ săptăm	7 c/ săptăm	7½ c/ săptăm	7½ c/ săptăm
Fasole și mazăre	½ c/ săptăm	½ c/ săptăm	½ c/ săptăm	1 c/ săptăm	1½ c/ săptăm	1½ c/ săptăm	2 c/ săptăm	2 c/ săptăm	2½ c/ săptăm	2½ c/ săptăm	3 c/ săptăm	3 c/ săptăm
amidonoașe	2 c/ săptăm	3½ c/ săptăm	3½ c/ săptăm	4 c/ săptăm	5 c/ săptăm	5 c/ săptăm	6 c/ săptăm	6 c/ săptăm	7 c/ săptăm	7 c/ săptăm	8 c/ săptăm	8 c/ săptăm
Alte legume	1½ c/ săptăm	2½ c/ săptăm	2½ c/ săptăm	3½ c/ săptăm	4 c/ săptăm	4 c/ săptăm	5 c/ săptăm	5 c/ săptăm	5½ c/ săptăm	5½ c/ săptăm	7 c/ săptăm	7 c/ săptăm
Cereale	90g-eq	120g-eq	150g-eq	150g-eq	180g-eq	180g-eq	210g-eq	240g-eq	270g-eq	300g-eq	300g-eq	300g-eq
integrale	45g-eq	60g-eq	75g-eq	90g-eq	90g-eq	90g-eq	100g-eq	120g-eq	135g-eq	150g-eq	150g-eq	150g-eq
îmbogățite	45g-eq	60g-eq	75g-eq	60g-eq	90g-eq	90g-eq	100g-eq	120g-eq	135g-eq	150g-eq	150g-eq	150g-eq
Alimente proteice/zi	60g eq	90g eq	120i-eq	150g/zi-eq	150g/zi-eq	165g/zi-eq	180g-eq	195g-eq	195g-eq	210g-eq	210g-eq	210g-eq
pește	90g/ săptăm	150g/ săptăm	180g/ săptăm	240g/ săptăm	240g/ săptăm	240g/ săptăm	270g/ săptăm	300g/ săptăm	300g/ săptăm	330g/ săptăm	330g/ săptăm	330g/ săptăm
Carne, pui, ou	300g/ săptăm	420g/ săptăm	570g/ săptăm	720g/ săptăm	720g/ săptăm	750g/ săptăm	800g/ săptăm	870g/ săptăm	870g/ săptăm	950g/ săptăm	950g/ săptăm	950g/ săptăm
Nuci, semințe, soia	15g nuci sau ¼ cană boabe / săptăm	30g nuci sau ½ cană boabe/ săptăm	45g nuci sau ¾ cană boabe/ săptăm	60g nuci sau 1 cană boabe/ săptăm	60g nuci sau 1 cană boabe/ săptăm	60g nuci sau 1 cană boabe/ săptăm	60g nuci sau 1 cană boabe/ săptăm	75g nuci sau 11/4 cană boabe/ săptăm	75g nuci sau 11/4 cană boabe/ săptăm	75g nuci sau 11/4 cană boabe/ săptăm	75g nuci sau 11/4 cană boabe/ săptăm	75g nuci sau 11/4 cană boabe/ săptăm
Lactate f	2 c	2½ c	2½ c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c
uleiuri g	15 g	17 g	17 g	22 g	24 g	27 g	29 g	31 g	34 g	36 g	44 g	51 g
Grăsimi solide și zaharuri, limita maximă, calorii (% din cal)	137 (14%)	121 (10%)	121 (9%)	121 (8%)	161 (9%)	258 (13%)	266 (12%)	330 (14%)	362 (14%)	395 (14%)	459 (15%)	596 (19%)

Note pentru tabelul de mai sus:

a). Toate alimentele sunt presupuse a fi în formele bogate în nutrienți, cu conținut scăzut în grăsimi și preparate fără adaos de grăsimi, zahăr sau sare. Grăsimile solide și zaharurile pot fi incluse până la limita maximă zilnică specificată în tabel

Echivalențele cantitative pentru fiecare grup alimentar sunt:

Cereale: 30g echivalent= o felie de pâine = 30g paste sau orez nefierte = ½ cană orez, paste sau cereale gătit= 1 tortilla (6" diameter); 1 clătită (5" diameter); 1 cană fulgi de cereale .

Legume și fructe: 1 cană echivalează cu: 1 cană de legume sau fructe crude sau gătit; ½ cană de legume sau fructe uscate; 1 cană de suc de legume sau fructe; 2 căni de frunze verzi de salată.

Alimente proteice: 30 g echivalent de alimente proteice=1 ou =30g carne slabă, pui pește= 1 lingură de unt de arahide= 15g nuci sau semințe=1/4 cană de fasole sau mazăre boabe gătită.

Lactate: 1 cană este echivalentă cu: o cană de lapte, iaurt sau băutură de soia îmbogățită; 40g brânză naturală, 60g brânză procesată.

c). Vezi tabelul cu necesarul caloric pe vârstă și sex. Paternul alimentar de 1000, 1200 și 1400 calorii întrunește necesarul caloric la copii între 2 -8 ani. Paternul de 1600 – 3200 calorii acoperă necesarul caloric la copii începând cu vârsta de 9 ani și la adulți. Dacă un copil de 8 ani necesită mai multe calorii și, prin urmare, urmează un patern cu 1600 calorii sau mai mult, cantitatea de lapte poate fi de 2si1/2 căni pe zi. Copiii în vârstă de 9 ani sau mai mult precum și adulții nu trebuie să urmeze diete cu 1000, 1200 sau 1400 calorii.

d). Alimentele din subgrupele legume și fructe precum și alimentele proteice se regăsesc în tabel sub formă de cantități recomandate săptămânal, pentru că ar fi dificil pentru consumator să aleagă zilnic alimente din fiecare subgrupă.

e). Cantitățile de cereale integrale recomandate în tabel reprezintă cantitățile minime recomandate, ele putând fi crescute odată cu reducerea cerealelor rafinate îmbogățite.

f). Uleiurile și margarinele ușoare includ uleiuri vegetale, nuci și ulei de pește, precum și margarine ușoare fără grăsimi trans.

g). Limitele calorice pentru grăsimi solide și zaharuri adăugate reprezintă kaloriile care rămân neacoperite după alegerea cantităților recomandate din fiecare din cele 5 grupe alimentare nutritive (variante degresate sau semidegresate și fără zaharuri adăugate). Cantitatea de grăsimi solide și zaharuri adăugate din paternurile cu 1200, 1400 și 1600 calorii este mai mică decât cea recomandată pentru paternul cu 1000 calorii datorită necesarului mai mare de alimente bogate în nutrienți la aceste categorii.

2.10. CONTABILIZAREA PORȚIILOR DE ALIMENTE DIN DIFERITE GRUPE ȘI SUBGRUPE ALIMENTARE ÎN COMBINAȚIILE DE ALIMENTE

Exemple practice

Sandwich cu carne de vită și salată	cereale	legume	fructe	lactate	Carne/ pește/ ouă/ semințe/ fasole	Uleiuri, margarină	Alimente cu restricție
Pâine 2 felii	2						
Carne de vită 65g					1		
Roșii 3 felii (40g)		$\frac{1}{2}$					
Castravete și marole $\frac{1}{4}$ cană		$\frac{1}{4}$					
Margarină 2 lg-te						1	
Total porții	2	$\frac{3}{4}$			1	1	

Pizza	cereale	legume	fructe	lactate	Carne/ pește/ ouă/ semințe/ fasole	Uleiuri, margarină	Alimente cu restricție
Faină $\frac{3}{4}$ cană	3						
Ulei O lingură						1	
Brânză 40g				1			
Roșii 38g		$\frac{1}{2}$					
Ciuperci, ceapă capsicum		$\frac{1}{4}$					
Ananas 75g			$\frac{1}{2}$				
Pui 40g					$\frac{1}{2}$		
Total porții	3	$\frac{3}{4}$	$\frac{1}{2}$	1	$\frac{1}{2}$	1	

2.11. CONȚINUTUL ESTIMAT DE ACIZI GRAȘI EICOSAPENTAENOIC (EPA), DOCOSAHEXAENOIC (DHA) ȘI DE MERCUR ÎN 110 G PEȘTE DE DIFERITE VARIETĂȚI

Varietăți de pește și fructe de mare	EPA+DHA mg/110 g pește gătit	Mercur (mcg/110g peste gătit)
Somon†: Atlantic *, Chinook *, Coho *	1,200–2,400	2
Anșoa *, †, Herring *, †, and Shad†	2,300–2,400	5–10
Macrou (nu regal)	1,350–2,100	8–13
Ton : Bluefin și Albacore (ton alb)	1,700	54–58
Sardine	1,100–1,600	2
Scoici	1,550	2
Păstrăv: Freshwater	1,000–1,100	11
Ton alb conservat	1,000	40
Mussels†,f: Blue *	900	NA
Somon: roz și Sockeye	700–900	2
Caracatiță	750	11
Pollock†: Atlantic * and Walleye *	600	6
Crab	200–550	9
Tuna: Skipjack and Yellowfin	150–350	31–49
Flounder *, †, Plaice†, and Sole *, † (Flatfish)	350	7
Clamsf	200–300	0
Ton: Light canned	150–300	13
Pisica de mare	100–250	7
Cod	200	14
Scallops†,f: Bay * and Șea *	200	8
Haddock *, † and Hake†	200	2–5
Crabi,g: Northern *, † American†	200	47
Crayfishf	200	5
Tilapia	150	2
creveți	100	0
Varietăți de pește și fructe de mare care NU trebuie consumate de femei gravide sau care alăptează		
Rechin	1,250	151
Tilefish *: Gulf of Mexico†,i	1,000	219
Swordfish	1,000	147
Macrou regal	450	110

U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service, Nutrient Data Laboratory, 2010, USDA Național Nutrient Database for Standard Reference, Release 23, Available at: <http://www.ars.usda.gov/ba/bhnrc/ndl>. U.S. Food and Drug Administration, “Mercury Levels în Commercial Fish and Shellfish,” Available at: [http://www.fda.gov/Food/FoodSafety/Product-Specific Information/Seafood/FoodbornePathogensContaminants/Methylmercury/ucm115644.htm](http://www.fda.gov/Food/FoodSafety/Product-Specific%20Information/Seafood/FoodbornePathogensContaminants/Methylmercury/ucm115644.htm). Național Marine Fisheries Service. “Național Marine Fisheries Service Survey of Trace Elements în the Fishery Resource” Report, 1978. Environmental Protection Agency. “The Occurrence of Mercury în the Fishery Resources of the Gulf of Mexico” Report, 2000.

2.12. ULEIURILE – COMPOZIȚIE, SURSE, EFECTE

Nume ulei	Tip de ulei	Sursa	Efect
Palmitic	Saturat	Grăsimi animale	aterogen
Oleic	Mononesaturat Omega-9	Ulei de măsline, de rapiță	antiaterogen
Linoleic Omega-6	Polinesaturat Omega-6	Ulei de soia, porumb, floarea soarelui	antiaterogen
Eicosapentanoic Omega-3	Polinesaturat Omega- 3	Ulei de pește	antiaterogen

2.13. NECESAR DE MICRONUTRIENȚI (MINERALE ȘI VITAMINE) PE GRUPE DE VÂRSTĂ ȘI SEX

Vârsta, sex/ Nutrient (unități)	sursa	copii 1-3		4-8 fete	4-8 băieți	9-13 fete	9-13 băieți	4-18 fete	14-18 băieți	19-30 fem	19-30 masc	31-50 fem	31-50 masc	51+ fem	51+ masc
Minerale															
Calciu (mg)	RDA	700		1,000	1,000	1,300	1,300	1,300	1,300	1,000	1,000	1,000	1,000	1,200	1,200
fier (mg)	RDA	7		10	10	8	8	15	11	18	8	18	8	8	8
Magneziu (mg)	RDA	80		130	130	240	240	360	410	310	400	320	420	320	420
Fosfor (mg)	RDA	460		500	500	1,250	1,250	1,250	1,250	700	700	700	700	700	700
Potasiu (mg)	AI	3,000		3,800	3,800	4,500	4,500	4,700	4,700	4,700	4,700	4,700	4,700	4,700	4,700
Sodiu (mg)	Ulg	<1,500		<1,900	<1,900	<2,200	<2,200	<2,300	<2,300	<2,300	<2,300	<2,300	<2,300	<2,300	<2,300
Zinc (mg)	RDA	3		5	5	8	8	9	11	8	11	8	11	8	11
Cupru (mcg)	RDA	340		440	440	700	700	890	890	900	900	900	900	900	900
Seleniu (mcg)	RDA	20		30	30	40	40	55	55	55	55	55	55	55	55
vitamine															
Vitamina A (mcg RAE)	RDA	300		400	400	600	600	700	900	700	900	700	900	700	900
Vitamina D (mcg)	RDA	15		15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Vitamina E (mg AT)	RDA	6		7	7	11	11	15	15	15	15	15	15	15	15
Vitamina C (mg)	RDA	15		25	25	45	45	65	75	75	90	75	90	75	90
Tiamina = vit B1 (mg)	RDA	0.5		0.6	0.6	0.9	0.9	1.0	1.2	1.1	1.2	1.1	1.2	1.1	1.2
Riboflavina (mg)	RDA	0.5		0.6	0.6	0.9	0.9	1.0	1.3	1.1	1.3	1.1	1.3	1.1	1.3
Niacina (mg)	RDA	6		8	8	12	12	14	16	14	16	14	16	14	16
Folați (mcg)	RDA	150		200	200	300	300	400	400	400	400	400	400	400	400
Vitamina B6 (mg)	RDA	0.5		0.6	0.6	1.0	1.0	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.5	1.7
Vitamin B12 (mcg)	RDA	0.9		1.2	1.2	1.8	1.8	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4
Colina (mg)	AI	200		250	250	375	375	400	550	425	550	425	550	425	550
Vitamina K (mcg)	AI	30		55	55	60	60	75	75	90	120	90	120	90	120

A Dietary Guidelines recommendations are used when no quantitative Dietary Reference Intake value is available; apply to ages 2 years and older.

B Recommended Dietary Allowance, IOM.

C Acceptable Macronutrient Distribution Range, IOM.

D 14 grams per 1,000 calories, IOM.

E Dietary Guidelines recommendation.

F Adequate Intake, IOM.

G Upper Limit, IOM.

H 1 mcg of vitamin D is equivalent to 40 IU.

AT = alpha-tocopherol; DFE = dietary folate equivalents; RAE = retinol activity equivalents.

Sources: Britten P, Marcoe K, Yamini S, Davis C. Development of food intake patterns for the MyPyramid Food Guidance System. J Nutr Educ Behav 2006;38(6 Suppl):S78-S92. IOM. Dietary Reference Intakes: The essential guide to nutrient requirements. Washington (DC): The National Academies Press; 2006. IOM. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Washington (DC): The National Academies Press; 2010.

2.14. SURSE ALIMENTARE DE MICRONUTRIENȚI

Nutrient	Surse alimentare
Calciu	Lactate semi-/degresate, substitute de lapte îmbogățite cu calciu, brocoli, legume cu frunze verde-închis, sardine
Potasiu	Banane, cantalup, stafide, nuci, spanac și alte legume verde-închis, pește
Fibre	Legume boabe (fasole și mazăre uscate), alimente pe bază de cerele integrale, legume și fructe colorate, mere, căpșuni, morcovi, zmeură, semințe
Magneziu	Spanac, fasole boabe neagră, migdale, mazăre
Vitamina A	Ouă, lapte, ficat (retinol), morcovi, cartofi dulci, cantalup (betacaroten), caise, ardei, roșii
Vitamina C	Fructe și legume proaspete (Portocale, căpșuni, tomate, kiwi, brocoli, ardei roșii și verzi), măruntaie, cerele germinate și leguminoase
Vitamina E	Avocado, nuci, semințe, cereale integrale, spanac și alte legume verde-închis
Vitamina B12	Carne, ouă, lapte
Viț B1 tiamina	Germen de grâu, drojdie, măruntaie, leguminoase (fasole, linte, năut), legume verzi
Viț B2 riboflavina	Carne și produse lactate, legume cu frunze verzi, cereale și semințe (cânt mici)
Viț B3 niacina	Drojdie, produse animale, produse lactate, cereale, leguminoase, legume cu frunze verzi
Viț B6 piridoxina	Carne, cereale integrale, legume și nuci
Viț D	Pește de apă sărată (somon, hering, sardine, ulei de pește)- dar în cantități mici
Fier	Origine animală(absorbție mai bună) =Carne slabă, pui, pește Origine vegetală: fasole boabe albă, linte și spanac alimente îmbogățite cu fier: pâine și cereale
Seleniu	Produse animale, cereale, vegetale
Zinc	
Folați	Sparanghel, brocoli, varză de Bruxelles, varză, conopidă, spanac, mazăre, portocale, drojdia, ficatul

Dieta săracă în produse animale- aport scăzut de fier și zinc, calciu, vitamina A, vitamina B2 (riboflavin), vitamina B6 and vitamin B12.

Dieta săracă în legume și fructe – aport inadecvat de vitamina C, beta-carotene (provitamina A) și folați

Dieta bogată în cereale rafinate- aport insuficient de fier și zinc, vitamine B (ex. Thiamina, riboflavina, niacina) și folați .

Laptele mamelor care alăptează și care au o alimentație monotonă și săracă în nutrienți va priva sugarul de cantitățile optime de vitamina A (retinol), vitaminele B, iod și seleniu.

2.15. PRINCIPII ÎN ALIMENTAȚIA COPILULUI

Alimentația sănătoasă pentru copilul mai mare de 24 de luni implică respectarea unor principii de bază, și anume:

- a) asigurarea unei diversități alimentare, ceea ce înseamnă consumul pe parcursul unei zile de alimente din toate grupele și subgrupele alimentare
- b) asigurarea unei proporționalități între grupele și subgrupele alimentare, adică un aport mai mare de fructe, legume, cereale integrale, lapte și produse lactate, în detrimentul alimentelor cu un conținut crescut de grăsimi și de zahăr
- c) consumul moderat al unor produse alimentare, adică alegerea unor alimente cu un aport scăzut de grăsimi sature (unt, untură, carne grasă) și de zahăr adăugat

Alimentația copilului preșcolar trebuie să respecte următoarele reguli:

- a) Alimentația trebuie să cuprindă o varietate largă de alimente din grupele de bază: pâine, cereale, orez și paste făinoase, legume, fructe, lapte, brânză și iaurt, carne, pui, pește și ouă.
- b) Masa trebuie să se servească înainte de a-i fi foarte foame copilului, de a fi obosit sau iritat.
- c) Trebuie să se ofere câteva variante de alimente la alegere și cel puțin un aliment favorit.
- d) Pentru asigurarea rației zilnice de nutrienți, mesele principale vor fi completate cu gustări formate din cereale cu lapte, sandvișuri, fructe, sucuri de fructe, iaurt simplu sau iaurt cu fructe, brânză cu conținut scăzut de sare și grăsimi.
- e) Alimentele din meniu pot să aibă consistență și culori diferite, în vederea stimulării poftei de mâncare.
- f) Cantitatea de mâncare trebuie să fie adecvată vârstei copilului; o modalitate practică de stabilire a cantității de mâncare la copilul mic, în lipsa tabelelor și a graficelor, este de a-i servi o lingură din fiecare grup alimentar pentru fiecare an de vârstă al copilului.
- g) Masa trebuie să se încheie când copilul s-a săturat, devine neliniștit sau nu mai manifestă interes.

Alimentația copilului școlar trebuie să respecte cu precădere următoarele reguli:

- a) să asigure un necesar de calorii și micronutrienți conform vârstei și ritmului de creștere;
- b) să asigure un aport corespunzător de proteine/zi, prin consumul de carne, ouă, produse lactate, dar și din surse vegetale incluzând fasolea, linte, produse din soia,
- c) să asigure un aport de fier de 8 – 15 mg de fier/zi, prin consumul de carne de vacă, pasăre și porc, legumele – inclusiv fasole și alune, cerealele integrale sau fortificate, vegetale cu frunze verzi;
- d) gustarea să fie formată din fructe, lapte și produse lactate cu un conținut scăzut de grăsime;
- e) să asigure o hidratare corespunzătoare vârstei.

În alcătuirea meniului unui copil de peste 2 ani se va utiliza piramida alimentară, cuprinsă în Anexa 2.

- a) Piramida alimentară este alcătuită din grupe de alimente cu o repartitie a cantității recomandate a fi consumate sub denumirea de porție nutritivă.
- b) O porție nutritivă este recomandarea cantitativă a unui aliment exprimată în grame sau folosind ca unitate de măsură ceașca.
- c) În cadrul piramidei alimentare, numărul de porții nutritive dintr-o anumită grupă se stabilește în funcție de necesarul de calorii al copilului, care la rândul său depinde de vârstă, sex, dezvoltarea corporală și gradul de activitate.
- d) Se va evita asocierea alimentelor din aceeași grupă la felurile de mâncare servite (de exemplu, la micul dejun nu se va servi ceai cu pâine cu gem, ci cu preparate din carne sau cu derivate lactate; în schimb, se poate folosi lapte cu pâine cu gem sau cu biscuiți; la masa de prânz nu se vor servi felurile 1 și 2 preponderent cu glucide din cereale, de exemplu, supă cu găluște și friptură cu garnitură din paste făinoase, ci din legume).
- e) Se vor evita la cină mâncărurile care solicită un efort digestiv puternic sau care au efect excitant ori a căror combinație produce efecte digestive nefavorabile (de exemplu, iahnie de fasole cu iaurt sau cu compot).
- f) Mâncărurile gen tocături sunt acceptate numai dacă sunt prelucrate termic prin fierbere sau la cuptor. Ouăle se recomandă a fi servite ca omletă la cuptor și nu ca ochiuri românești sau prăjite.
- g) Meniul va fi îmbogățit cu vitamine și săruri minerale prin folosire de salate din crudități și adăugare de legume-frunze în supe și ciorbe.
- h) Se interzice folosirea cremelor cu ouă și frișcă, a maionezelor, indiferent de anotimp.

2.16. LISTA ALIMENTELOR NERECOMANDATE PREȘCOLARILOR ȘI ȘCOLARILOR

Alimente nerecomandate	Limita de la care alimentele devin nerecomandate	Exemple de categorii de alimente nerecomandate care prin conținut sau forma de prezentare pot fi nerecomandate
Alimente cu conținut mare de zaharuri	Peste 15 g zaharuri/100 g produs	Prăjituri, bomboane, acadele, alte produse similare
Alimente cu conținut mare de grăsimi	Peste 20 g grăsimi /100g produs din care, cumulativ: - grăsimi saturate peste 5 g/100 g produs - acizi grași trans peste 1 g/100 g produs	- hamburgeri . pizza, produse de tip patiserie. Cartofi prăjiți, alte alimente preparate prin prăjire - maioneze, margarină, brânză topită, brânzeturi tartinabile cu conținut de grăsime >20% - mezeluri grase alte produse similare
Alimente cu conținut mare de sare	Peste 1,5 g sare/100 g produs (sau peste 0,6 g sodiu/100 g produs)	- chipsuri, biscuiți sărați, covrigei sărați, sticksuri sărate, -snacksuri, alune sărate, semințe sărate, brânzeturi sărate, alte produse similare
Băuturi răcoritoare		orice tip de băuturi răcoritoare cu excepția apei potabile îmbuteliate sau a apei minerale îmbuteliate
Alimente cu conținut ridicat de calorii pe unitatea de vânzare	Peste 300 kcal pe unitatea de vânzare	- orice tip de aliment care, prin conținut, aduce un aport de calorii de peste 300 kcal pe unitate de vânzare
Alimente neambalate		-alimente vrac -sandvișuri neambalate
Alimente neetichetate		alimente care nu respectă prevederile HG nr. 106/2002 privind etichetarea alimentelor, cu modificările și completările ulterioare

* Fac excepție fructele și legumele proaspete.

** În incinta școlilor se va vinde numai apă potabilă sau minerală îmbuteliată, pentru a crea copiilor deprinderea de a o bea.

*** Se exceptează bananele și citricele.

**** Pentru crearea unor deprinderi nutriționale sanogene se recomandă etichetarea nutrițională.

2.17. TABEL SINTETIC CU ALIMENTAȚIA LA COPIL PE GRUPE DE VÂRSTĂ ȘI SEX, DETALIATĂ PE CELE 5 GRUPE ALIMENTARE SĂNĂTOASE

Cele 5 grupe alimentare							O porție- standard:
LEGUME	Porții pe zi						½ cană (125ml) de legume gătit (morcovi, spanac, porumb, etc)
		2-3 ani	4-8 ani	9-11	12-13	14-18 ani	½ cană suc de legume
	băieți	2 ½	4 ½	5	5 ½	5 ½	1 cană frunze verzi
	fete	2 ½	4 ½	5	5	5	1 roșie medie ½ cartof mediu
FRUCTE	Porții pe zi						1 fruct mediu : măr, pară, banană, portocală
		2-3 ani	4-8 ani	9-11	12-13	14-18 ani	2 fructe mici: caise, prune, kiwi
	băieți	1	1 ½	2	2	2	½ cană de fructe tăiate sau conservate
	fete	1	1 ½	2	2	2	Ocazional: ½ cană suc natural de fructe fără zahăr 30g fructe uscate (1 ½ lingură de stafide, 4 jumătăți de caisa)
CEREALE	Porții pe zi						1 felie (40g) pâine
		2-3 ani	4-8 ani	9-11	12-13	14-18 ani	½ cană orez, paste, mămligă, bulgur-fierte
	băieți	4	4	5	6	7	2/3 cană (30g) fulgi de cereale
	fete	4	4	4	5	7	½ cană terci de ovăz ¼ cană (30g) de musli
CARNE, PUI, PEȘTE, FASOLE ȘI MAZĂRE BOABE, SEMINȚE ȘI NUCI	Porții pe zi						30g carne slabă, pui sau pește=gătite
		2-3 ani	4-8 ani	9-11	12-13	14-18 ani	1 ou
	băieți	3-4	4-5	5-7	5-7	5-7	¼ cană fasole boabe, mazăre, linte, soia
	fete	3-4	4-5	5-7	5-7	5-7	15g nuci sau semințe
LACTATE DEGRESATE	Porții pe zi						1 cană (250 ml) de lapte, iaurt
		2-3 ani	4-8 ani	9-11	12-13	14-18 ani	40 g brânză (ex ceddar)
	băieți	1 ½	2	2	3 1/2	3 1/2	½ cană brânză de vaci
	fete	1 ½	1 ½	3	3 1/2	3 1/2	1 cană bautura din cereale (soia, orez, etc) îmbogățită cu calciu
Pentru a îndeplini nevoile energetice crescute, se pot adăuga porții suplimentare din cele 5 grupe alimentare sănătoase sau uleiuri nesaturate, sau alimente cu restricție la copiii mai înalți și care nu sunt supraponderali, la cei mai activi și la cei mai mari în grupa de vârstă respectivă.							Pot fi incluse uleiuri nesaturate pentru gătit precum și semințe, în următoarele cantități: 4-5g/zi la copii de 2-3 ani; 5-10g/zi la copii 3-12 ani 11-15g/zi la copii 12-13 ani 14-20g/zi la 14-18 ani

2.18. PATERN ALIMENTAR – ADAPTARE PENTRU VEGETARIENI

Pentru fiecare grupă sau subgrupă, cantitățile zilnice recomandate pe diferite niveluri calorice. Consumul recomandat din subgrupele de legume și de alimente proteice este nivelul săptămânal.

Nivel caloric	1,000	1,200	1,400	1,600	1,800	2,000	2,200	2,400	2,600	2,800	3,000	3,200
Fruite	1 c	1 c	1½ c	1½ c	1½ c	2 c	2 c	2 c	2 c	2½ c	2½ c	2½ c
Legume	1 c	1½ c	1½ c	2 c	2½ c	2½ c	3 c	3 c	3½ c	3½ c	4 c	4 c
Verde-închis	½ c/săpt	1 c/săpt	1 c/săpt	1½ c/săpt	1½ c/săpt	1½ c/săpt	2 c/săpt	2 c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt
Roșii și portocalii	2½ c/săpt	3 c/săpt	3 c/săpt	4 c/săpt	5½ c/săpt	5½ c/săpt	6 c/săpt	6 c/săpt	7 c/săpt	7 c/săpt	7½ c/săpt	7½ c/săpt
Fasole și mazăre	½ c/săpt	½ c/săpt	½ c/săpt	1 c/săpt	1½ c/săpt	1½ c/săpt	2 c/săpt	2 c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	3 c/săpt	3 c/săpt
Amidonoa se	2 c/săpt	3½ c/săpt	3½ c/săpt	4 c/săpt	5 c/săpt	5 c/săpt	6 c/săpt	6 c/săpt	7 c/săpt	7 c/săpt	8 c/săpt	8 c/săpt
Alte legume	1½ c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	3½ c/săpt	4 c/săpt	4 c/săpt	5 c/săpt	5 c/săpt	5½ c/săpt	5½ c/săpt	7 c/săpt	7 c/săpt
Cereale	90g-eq	120g-eq	150g-eq	150g-eq	180g-eq	180g-eq	210g-eq	240g-eq	270g-eq	300g-eq	300g-eq	300g-eq
integrale	45g-eq	60g-eq	75g-eq	90g-eq	90g-eq	90g-eq	100g-eq	120g-eq	130g-eq	150g-eq	150g-eq	150g-eq
rafinat	45g-eq	60g-eq	75g-eq	60g-eq	90g-eq	90g-eq	100g-eq	120g-eq	130g-eq	150g-eq	150g-eq	150g-eq
Alimente proteice /zi	60g-eq	90g-eq	120g-eq	150g-eq	150g-eq	165g-eq	180g-eq	195g-eq	195g-eq	210g-eq	210g-eq	210g-eq
ouă	1 ou/săpt	2 ouă/săpt	3 ouă/săpt	4 ouă/săpt	4 ouă/săpt	4 ouă/săpt	4 ouă/săpt	5 ouă/săpt	5 ouă/săpt	5 ouă/săpt	5 ouă/săpt	5 ouă/săpt
Legume boabe	¾ c/săpt 100g-eq/săpt	1 și ¼ c/săpt 150g-eq/săpt	1 și ¾ c/săpt 210g-eq/săpt	2 și ¼ c/săpt 270g-eq/săpt	2 și ¼ c/săpt 270g-eq/săpt	2 și ½ c/săpt 300g-eq/săpt	2 și ½ c/săpt 300g-eq/săpt	2 și ¾ c/săpt 330g-eq/săpt	2 și ¾ c/săpt 330g-eq/săpt	3 c/săpt 360g oz-eq/săpt	3 c/săpt 360g oz-eq/săpt	3 c/săpt 360g oz-eq/săpt
Produce din soia	1 c/săpt	1 și ½ c/săpt	2 c/săpt	2 și ½ c/săpt	2 și ½ c/săpt	2 și ¾ c/săpt	3 c/săpt	3 și ¼ c/săpt	3 și ¼ c/săpt	3 și ½ c/săpt	3 și ½ c/săpt	3 și ½ c/săpt
Nuci și semințe	75g/săpt	105g/săpt	150g/săpt	180g/săpt	180g/săpt	195g/săpt	225g/săpt	240g/săpt	240g/săpt	255g/săpt	270g/săpt	270g/săpt
Lactate	2 c	2½ c	2½ c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c
uleiuri	12 g	13 g	12 g	15 g	17 g	19 g	21 g	22 g	25 g	26 g	34 g	41 g
Grăsimi solide și zaharuri, limita max ima, calorii (% din cal)	137 (14%)	121 (10%)	121 (9%)	121 (8%)	161 (9%)	258 (13%)	266 (12%)	330 (14%)	362 (14%)	395 (14%)	459 (15%)	596 (19%)

Vezi și notele de la Anexa 9.

Cantitatea totală de legume boabe recomandată însumează cantitățile din categoria de legume și din categoria de alimente proteice.

Echivalențe alimente proteice: 30 g echivalent= 1 ou, ¼ cană de boabe fierte, 15 g nuci sau semințe

2.19. PATERN ADAPTAT VEGAN

Calorii	1,000	1,200	1,400	1,600	1,800	2,000	2,200	2,400	2,600	2,800	3,000	3,200
Grup aliment												
Fructe	1 c	1 c	1½ c	1½ c	1½ c	2 c	2 c	2 c	2 c	2½ c	2½ c	2½ c
Legume	1 c	1½ c	1½ c	2 c	2½ c	2½ c	3 c	3 c	3½ c	3½ c	4 c	4 c
Verde-închis	½ c/săpt	1 c/săpt	1 c/săpt	1½ c/săpt	1½ c/săpt	1½ c/săpt	2 c/săpt	2 c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt
Roșii și portocalii	2½ c/săpt	3 c/săpt	3 c/săpt	4 c/săpt	5 c/săpt	5 c/săpt	6 c/săpt	6 c/săpt	7 c/săpt	7 c/săpt	7½ c/săpt	7½ c/săpt
Fasole și mazăre	½ c/săpt	½ c/săpt	½ c/săpt	1 c/săpt	1½ c/săpt	1½ c/săpt	2 c/săpt	2 c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	3 c/săpt	3 c/săpt
amidonase	2 c/săpt	3 c/săpt	3 c/săpt	4 c/săpt	5 c/săpt	5 c/săpt	6 c/săpt	6 c/săpt	7 c/săpt	7 c/săpt	8 c/săpt	8 c/săpt
Alte legume	1½ c/săpt	2½ c/săpt	2½ c/săpt	3½ c/săpt	4 c/săpt	4 c/săpt	5 c/săpt	5 c/săpt	5½ c/săpt	5½ c/săpt	7 c/săpt	7 c/săpt
Cereale	90g-eq	120g-eq	150g-eq	150g-eq	180g-eq	180g-eq	210g-eq	240g-eq	270g-eq	300g-eq	300g-eq	300g-eq
integrale	45g-eq	60g-eq	75g-eq	90g-eq	90g-eq	90g-eq	100g-eq	120g-eq	130g-eq	150g-eq	150g-eq	150g-eq
rafinat	45g-eq	60g-eq	75g-eq	60g-eq	90g-eq	90g-eq	100g-eq	120g-eq	130g-eq	150g-eq	150g-eq	150g-eq
Alimente proteice	60g-eq	90g-eq	120g-eq	150g-eq	150g-eq	165g-eq	180g-eq	195g-eq	195g-eq	210g-eq	210g-eq	210g-eq
Legume boabe	1 și 1/2 c/săpt	1 și ¾ c/săpt	2 și ½ c/săpt	3 c/săpt	3 c/săpt	3 și ¼ c/săpt	3 și ¾ c/săpt	4 c/săpt	4 c/săpt	4 și ¼ c/săpt	4 și ¼ c/săpt	4 și ¼ c/săpt
Produse din soia	120 g-eq/săpt	150 g-eq/săpt	210 g-eq/săpt	270 g-eq/săpt	270 g-eq/săpt	300 g-eq/săpt	330 g-eq/săpt	330 g-eq/săpt	330 g-eq/săpt	360 g-eq/săpt	360 g-eq/săpt	360 g-eq/săpt
Nuci și semințe	180 g-eq/săpt	240 g-eq/săpt	330 g-eq/săpt	420 g-eq/săpt	420 g-eq/săpt	350 g-eq/săpt	510 g-eq/săpt	540 g-eq/săpt	540 g-eq/săpt	600 g-eq/săpt	600 g-eq/săpt	600 g-eq/săpt
Lactate (vegan) g	2 c	2½ c	2½ c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c	3 c
ulei	12 g	12 g	11 g	14 g	16 g	18 g	20 g	21 g	24 g	25 g	33 g	40 g
Grăsimi solide și zaharuri, limita maxima, calorii (% din cal)	137 (14%)	121 (10%)	121 (9%)	121 (8%)	161 (9%)	258 (13%)	266 (12%)	330 (14%)	362 (14%)	395 (14%)	459 (15%)	596 (19%)

Vezi și notele de la Anexa 9. Porții-standard zilnice pe grupe alimentare și niveluri de aport caloric

Cantitatea totală de legume boabe recomandată însumează cantitățile din categoria de legume și din categoria de alimente proteice.

Echivalențe alimente proteice: 30 g echivalent= ¼ cană de boabe fierte, 15 g nuci sau semințe

Exemplu: la 2000 calorii, cantitatea săptămânală de legume-boabe recomandată este 3 și ¼ căni + 1½ căni= aproape 5 căni de legume-boabe gătit.

“Produsele lactate” sunt reprezentate de băuturi îmbogățite cu calciu și alimente vegetale: lapte de soia îmbogățit cu calciu, lapte de orez mbogățit cu calciu, tofu și iaurt de soia îmbogățit cu calciu.

2.20. DIETA DASH

Grup alimentar	1200 calorii	1400	1600	1800	2000	2600	3100	Porție standard
Cereale	4–5	5–6	6	6	6–8	10–11	12–13	1 felie pâine, 30g fulgi de cereale, ½ cană de orez sau paste gătit
Legume	3–4	3–4	3–4	4–5	4–5	5–6	6	1 cană de frunze crude, ½ cană de legume crude sau gătit, ½ cană suc de legume
Fructe	3–4	4	4	4–5	4–5	5–6	6	1 fruct mediu, ¼ cană fructe uscate, ½ cană fructe proaspete, congelate sau conservate, ½ cană suc natural de fructe
Produse lactate semi-/degresate	2–3	2–3	2–3	2–3	2–3	3	3–4	1 cană de lapte sau iaurt, 40 g brânză
Carne slabă, pui, pește, ou	maxim 3	3–4 maxim	3–4 maxim	6 maxim	6 maxim	6 maxim	6–9	30 g carne, pui sau pește- gătit 1 ou
Nuci, semințe și boabe fasole	3/săpt	3 /săpt	3–4 /săpt	4 /săpt	4–5 /săpt	1	1	⅓ cană sau 45g nuci, 2 linguri de unt de arahide, 2 linguri (15g) de semințe, ½ cană de boabe de mazăre/fasole gătită
Grăsimi și ulei	1	1	2	2–3	2–3	3	4	1 linguriță de margarină, ulei vegetal, 1 lingură de maioneză , 1 lingură de sos de salată
Dulciuri și zaharuri adăugate	maxim 3 /săpt	max3 /săpt	max 3/săpt	max 5 /săpt	max 5 /săpt	< 2	< 2	1 lingură de zahăr, de jeleu sau de gem, ½ cană de sorbet, 1 cană de limonadă
Sodium maxim	2300 mg/zi	2300 mg/zi	2300 mg/zi	2300 mg/zi	2300 mg/zi	2300 mg/zi	2300 mg/zi	

Note pentru dieta DASH:

a. Paternul dietetic DASH pentru 1200 până la 1800 calorii întrunește necesitățile nutriționale pentru copiii în vârstă de 4 – 8 ani. Paternul dietetic DASH pentru 1600 până la 3100 calorii întrunește necesitățile nutriționale pentru copiii cu vârsta de la 9 ani în sus precum și pentru adulți.

b. Semificația dietei DASH și exemple din fiecare grup alimentar.

- cereale: sursă majoră de energie și fibre. Se recomandă să fie, în principal, sub formă de cereale integrale, ca o sursă de fibre și nutrienți. Exemple: pâine integrală, paste integrale, mufins, fulgi de cereale, orez brun, popcorn nesărat, pizza, ovăz,;
- legume : surse bogate de potasiu, magneziu și fibre. Exemple : brocoli, morcovi, mazăre verde, păstăi, cartofi, spanac, tomate,
- fructe : surse importante de potasiu, magneziu și fibre. Exemple : mere, caise, banane, smochine, struguri, portocale, pepene galben, piersici, ananas, stafide, căpșuni.
- lactate semi-/ degresate : surse majore de calciu și proteine. Exemple: lapte degresat, brânză degresată sau semidegresată, iaurt semi-/degresat.
- carne slabă, pui și pește: surse bogate de proteine și magneziu. Alege doar carne slabă; îndepărtează orice urmă vizibilă de grăsime; fierbe, frige, gătește la aburi; îndepărtează pielea de pe carnea de pui; limitează consumul de ouă la maxim 4/săptămână, albușul de la 2 ouă are același conținut de proteine precum 30 g carne.
- Nuci, semințe și legume-boabe: surse bogate de energie, magneziu, proteine și fibre. Exemple: migdale, nuci, alone de pădure și de copac, semințe de floarea-soarelui, unt de arahide, fasole boabe, linte.
- grăsimi și uleiuri: dieta DASH recomandă ca 27% din kaloriile zilnice să provină din grăsimi (conținute în alimente sau adăugate). Exemple: margarina light, ulei vegetal (rapița, porumb, măsline, șofran), maioneza cu conținut scăzut de grăsimi, dressing light pentru salate.
- dulciuri și zaharuri adăugate: dulciurile trebuie să fie sărace în grăsimi. Exemple: gelatine de fructe, jeleu, sorbet și înghețată, sirop de arțar, zahăr.

2.21. DIETA MEDITERANEANĂ

Caracteristici: (definite la Conferință internațională asupra Dietelor mediterneene din 1992)

- abundența de alimente vegetale (fructe, legume, pâine, cereale, legume boabe, nuci și semințe)
- alimente minim procesate, proaspete de sezon și de origine locală
- fructe proaspete ca desert tipic, iar dulciurile bazate pe nuci, ulei de măsline, zaharuri concentrate sau miere consumate în zilele festive
- uleiul de măsline reprezintă principala sursă de grăsimi din alimentație
- produse lactate (în principal brânză și iaurt) consumate în cantități mici spre moderate
- ouă maxim 3/ săptămână
- carne roșie consumată rar și în cantitate redusă
- pește în cantități moderate
- pui în cantități mici spre moderate
- vin consumat în cantități mici spre moderate, în general la mese

Recomandări de implementare a Dietei mediteraneene:

- fructe și legume
- încurajează consumul unei varietăți largi de fructe și legume, cel puțin 7-10 porții/zi
- limitează consumul de legume preparate în unt sau sosuri de smântână
- carbohidrați
- încurajează consumul de pâine, cereale și paste bogate în fibre, precum pâine și cereale integrale, tărate, orez brun
- limitează dulciurile, pâinea albă, biscuiți și alte alimente din cereale rafinate
- încurajează consumul de alimente proteice sărace în grăsimi saturate, precum carnea slabă (degresată) sau puiul fără piele, lactate cu conținut redus de grăsimi (lapte, iaurt degresat)
- încurajează consumul de pește cel puțin o dată pe săptămână (preferabil o varietate de soiuri de pește)
- limitează consumul de mezeluri, bacon, alte produse de carne procesată sau grasă, lapte sau brânzeturi grase, înghețată
- încurajează consumul de proteine vegetale (boabe de fasole, mazăre, soia și nuci)
- încurajează consumul de soia, linte, mazăre, fasole
- încurajează consumul de nuci de copac (de exemplu migdale, nuci, nuci pecan)
- limitează nucile foarte sărate sau caramelizate, sau nucile râncede
- grăsimi
- încurajează consumul de pește sau alte surse de acizi grași omega-3 de cel puțin 1-2 ori pe săptămână: somon, păstrăv, hering, ton, macrou, ulei de pește, mackerel, supliment ulei de pește, semințe de în, spanac, alune
- încurajează folosirea de uleiuri sănătoase pentru gătit, pentru salate sau alte întrebuințări: ulei de măsline extravirgin, ulei de rapiță, ulei de în
- uleiul de în este bogat în acid alpha-linolenic
- uleiul de floarea soarelui și de șofran, bogate în acid oleic pot fi o opțiune
- limitează uleiurile bogate în omega-6 (porumb, floarea-soarelui, șofran, soia, alone) și peștele prăjit (cu excepția prăjirii în foarte puțin ulei de măsline)
- evită grăsimile saturate și hidrogenate
- la abținere, încurajează consumul unei băuturi standard (un pahar de vin de 150 ml, o doză de bere de 330 ml sau 40 ml de tărie) la cină
- limitează consumul de alcool la maxim 1 băutura-standard/zi la femeie și 2 la bărbat.

2.22. STADIALIZAREA INTERVENȚIILOR ÎN OBEZITATE

Indicele de masă corporală (IMC) trebuie utilizat ca măsură a supraponderalității la adulți dar trebuie interpretat cu atenție deoarece nu este o măsură directă a adipozității.

Circumferința abdominală poate fi folosită, împreună cu IMC, la persoane cu IMC sub 35 kg/m².

Gradul de suprapondere sau obezitate la adulți se definește după cum urmează:

Clasificare	IMC (kg/m ²)
Greutate normală	18.5–24.9
Supraponderal	25–29.9
Obezitate I	30–34.9
Obezitate II	35–39.9
Obezitate III	40 și peste

Evaluarea riscului pentru sănătate asociat cu supraponderea și obezitatea la adulți se bazează pe IMC și circumferința abdominală, după cum urmează:

Clasificare IMC	Circumferința abdominală		
	Scăzută	Ridică	Foarte ridicată
Supraponderal	Fără risc crescut	Fără risc crescut	Risc înalt
Obezitate I	Risc crescut	Risc înalt	Risc foarte înalt
Obezitate II			
Obezitate III			

Pentru bărbați, circumferința abdominală sub 94 cm este scăzută, 94–102cm este ridicată și peste 102cm este foarte ridicată.

Pentru femei, circumferința abdominală sub 80cm este scăzută, 80–88cm este ridicată și peste 88cm este foarte ridicată.

Adulții trebuie informați despre clasificarea lor clinică a obezității și despre impactul pe care aceasta îl are asupra factorilor de risc pentru dezvoltarea altor probleme de sănătate, pe termen lung.

Nivelul de intervenție de discutat inițial cu pacientul ar trebui să fie următorul:

Clasificare IMC	Tipuri și nevelle de intervenție			
	Circumferința abdominală Scăzută	Circumferința abdominală Ridică	Circumferința abdominală Foarte ridicată	Comorbidități prezente
Supraponderal	1	2	2	3
Obezitate I	2	2	2	3
Obezitate II	3	3	3	4
Obezitate III	4	4	4	4

1. Sfaturi generale despre greutate și stil de viață sănătos
2. Dietă și activitate fizică;
3. Dietă și activitate fizică; de avut în vedere medicamente
4. Dietă și activitate fizică; de avut în vedere medicamente; de avut în vedere chirurgie

Sursa: Obesity – Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity în adults and children – NICE clinical guideline 43
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg43/resources/guidance-obesity-pdf>

2.23. JURNALUL ALIMENTAR

Este important ca acest jurnal să fie precis și reprezentativ pentru obiceiurile dvs. alimentare normale. De aceea este necesar să nu modificați deloc aceste obiceiuri acum și să înregistrați cu cât mai multă acuratețe fiecare aliment pe care îl consumați (incluzând apă, vitaminele, condimentele etc.) Pentru a face asta, trebuie să urmați câteva instrucțiuni simple (enumerate mai jos). Scopul este acela de a înregistra și cuantifica în mod corect aportul dvs. de hrană, nu de a-l judeca. Dacă vă schimbați obiceiurile alimentare în vreun fel acum, regimul zilnic nu va putea fi analizat corect. Procedura ar putea părea oarecum greoaie, dar nu uitați că, până la urmă, este vorba de doar trei zile.

INSTRUCȚIUNI

Asigurați-vă că aveți un pix și o foaie la îndemână tot timpul, pentru a nota ceea ce consumați, adică: aliment, cantitate și observații. Este esențial să procedați în acest fel, deoarece adesea luăm diverse gustări absolut întâmplător, iar dacă nu avem unde să le notăm repede, ne va fi imposibil să ținem un jurnal precis.

Folosiți un cântar mic de bucătărie dacă aveți unul sau utilizați metode standard de măsurare (linguri, căni gradate etc.) pentru a înregistra cât mai exact cantitățile consumate. Dacă nu mâncați tot alimentul (de exemplu, o porție de tocăniță făcută la repezeală, care părea delicioasă la început, dar s-a dovedit a nu fi așa), măsurați din nou cantitatea rămasă și notați diferența.

Înregistrați separat mâncărurile compuse din mai multe elemente (de exemplu: crenvurșt, corn și condimente) și includeți brandurile/numele mărcii alimentelor (notați conținutul mâncărurilor preparate în casă) ori de câte ori puteți.

În cazul alimentelor ambalate, ajutați-vă de etichetă pentru a determina cantitățile.

Alegeți pentru jurnal trei zile reprezentative pentru obiceiurile dvs. alimentare normale. Cu alte cuvinte, dacă în timpul săptămânii mâncați altceva decât în week-end, alegeți două zile lucrătoare și una liberă. La fel, dacă în zilele de luni, miercuri și vineri aveți un program diferit față de marți, joi, iar zilele de sâmbătă și duminică sunt diferite de toate celelalte, ar fi bine să alegeți câte o zi care să reprezinte fiecare dintre aceste programe.

JURNAL ALIMENTAR: ZIUA 1

ALIMENTE (inclusiv numele mărcii)	CANTITATE (g, ml, lingură – Lg, linguriță – lg, cană – c etc.)	OBSERVAȚII (inclusiv ingrediente și cantități ale preparatelor făcute în casă)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		

JURNAL ALIMENTAR: ZIUA 2

ALIMENTE (inclusiv numele mărcii)	CANTITATE (g, ml, lingură – Lg, linguriță – lg, cană – c etc.)	OBSERVAȚII (inclusiv ingrediente și cantități ale preparatelor făcute în casă)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		

EXEMPLU: JURNAL ALIMENTAR: ZIUA 1

ALIMENTE	CANTITATE	OBSERVAȚII
MIC DEJUN		
2 felii de pâine prăjită	2 buc.	
Margarină	1 lg.	
Suc natural de portocale	180 ml	
PRÂNZ		
Pizza mică	400 g	Pepperoni, ciuperci, cașcaval
CINĂ		
Pui	170 g	
Cartof copt	170 g	
Amestec de legume	o cană	Mazăre, morcovi, porumb

2.24. SUMARUL RECOMANDĂRILOR PRIVIND ACTIVITATEA FIZICĂ

1. Se recomandă evaluarea nivelului de activitate fizică, în medicina familiei, utilizând chestionarul GPPAQ (General Practice Physical Activity Questionnaire) **1C**
2. Pentru o dezvoltare sănătoasă a copiilor se recomandă încurajarea activității fizice, în special joaca supravegheată pe podea într-un mediu sigur **2C**
3. Se recomandă încurajarea desfășurării de activități fizice la copiii de 1-3 ani și preșcolarii 3-5 ani, cu durata de cel puțin 3 ore în fiecare zi, pe parcursul zilei **1B**
4. Mai multă activitate fizică furnizează beneficii mai mari **1A**
5. Se recomandă încurajarea efectuării de activități fizice moderate spre intense la copiii și tinerii cu vârsta între 5 și 17 ani.
6. Adulții sănătoși de orice vârstă trebuie să facă 2,5 - 5 ore săptămânal de activitate fizică sau exerciții aerobice măcar de intensitate moderată sau 1-2,5 ore pe săptămână de activitate fizică intensă. Sedentarii trebuie puternic încurajați să înceapă un program de exerciții ușoare **1A**
7. Activitatea fizică sau exercițiile aerobice ar trebui efectuate în mai multe reprize cu durata de ≥ 10 minute, răspândite uniform pe parcursul săptămânii, de exemplu 4-5 zile pe săptămână **2A**
8. Se recomandă activități de întărire a mușchilor în cel puțin 2 zile ale fiecărei săptămâni **1B**
9. Gravidele și lehuzele sănătoase care nu sunt active sau nu obișnuiesc să facă activități fizice intense, ar trebui să facă, pe perioada sarcinii și lăuziei, cel puțin 150 minute (2,5 ore) de activitate fizică aerobă de intensitate moderată pe săptămână. Activitatea fizică ar fi de preferat să fie răspândită de-a lungul săptămânii **2C**
10. Gravidele și lehuzele care sunt obișnuite să facă activitate fizică aerobă intensă sau care sunt intens active pot continua activitatea fizică pe perioada sarcinii și lăuziei cu condiția să rămână sănătoase și să discute cu medicul curant cum și când această activitate trebuie ajustată în timp **2C**
11. Se recomandă utilizarea sfatului scurt pentru creșterea nivelului de activitate fizică la adulții care nu sunt activi. **2B**
12. Pentru adulții supraponderali sau obezi cu factori de risc cardiovascular adițional, se recomandă oferirea sau trimiterea către consiliere comportamentală intensivă pentru promovarea unei diete sanogene și a activității fizice adecvate în scopul prevenirii afecțiunilor cardiovasculare **1B**
13. Se recomandă monitorizarea pacienților consiliați pentru mișcare **2C**

2.25. CHESTIONARUL GPPAQ – INDEXUL ACTIVITĂȚII FIZICE

Chestionar pentru calcularea indexului activității fizice

Data.....

Nume.....

1. Va rugăm să ne spuneți tipul și cantitatea de activitate fizică pe care o implica activitatea dvs profesională. Vă rugăm să bifați o singură casuță, cea mai reprezentativă pentru munca desfășurată de dvs în prezent:

		Va rugăm să marcați o singură casuță
a	Nu lucrez (de exemplu, pensionari, pensionari din motive de sănătate, șomaj, îngrijitor full-time, etc.)	
b	Majoritatea timpului am activitate la birou, pe scaun	
c	Îmi petrec cea mai mare parte a timpului în picioare sau mergând pe jos. Cu toate acestea, munca mea nu are nevoie de mult efort fizic intens (de exemplu, magazin asistent, coafor, agent de pază etc)	
d	Munca mea implică efort fizic, inclusiv manipularea unor obiecte grele și utilizarea de instrumente (de ex. instalator, electrician, tâmplar, curat, asistentă spital, grădinar, lucrători poștali etc.)	
e	Munca mea implică activitate fizică intensă, inclusiv manipularea unor obiecte foarte grele (de ex. schele, muncitor în construcții, vidanajor, etc.)	

2. În ultima săptămână, câte ore ați efectuat fiecare dintre următoarele activități?

Vă rugăm să răspundeți dacă sunteți angajat sau nu

		Vă rugăm să marcați numai o căsuță pe fiecare rând			
		Deloc	Ceva, mai puțin de 1 ora	Între 1 și 3 ore	Peste 3 ore
a	Exerciții fizice, cum ar fi înot, jogging, aerobic, fotbal, tenis, antrenament la sală, gimnastică etc.				
b	Ciclism, inclusiv mers cu bicicleta la serviciu sau în timpul liber				
c	Mers pe jos, inclusiv mersul pe jos la locul de muncă, la cumpărături, plimbări etc.				
d	Gospodărie / Îngrijirea copiilor				
e	Grădinarit / bricolaj				

3. Cum ați descrie ritmul dvs de mers pe jos, de obicei? Vă rugăm să marcați doar un singur răspuns.

Ritm lent (mai puțin de 4 km/h)

Ritm alert

Ritm mediu constant

Ritm rapid (de exemplu peste 6 Km/h)

Instrucțiuni Chestionar GPPAQ

Chestionarul privind activitatea fizică în medicina generală (The General Practice Physical Activity Questionnaire - GPPAQ) a fost dezvoltat de Școală Londoneză de Igienă și Medicina Tropicală ca o metodă validată de măsurare a nivelului de activitate fizică. Scopul introducerii acestui instrument a fost acela de a permite medicilor de familie să răspundă recomandărilor serviciilor naționale de sănătate care statuează obligativitatea “echipelor din medicina primară de a evalua și înregistra factorii de risc modificabili inclusiv activitatea fizică”.

Chestionarul GPPAQ este un instrument validat pentru medicina primară care:

- se utilizează în evaluarea nivelului de activitate fizică al adulților cu vârste între 17 și 74 ani;
- clasifică pacienții în 4 categorii (PAI- Indexul activității fizice): activi, moderat activi, moderat inactivi și inactivi. Aceste categorii se corelează cu riscul cardiovascular;
- informează medicul când este necesară intervenția scurtă de creștere a nivelului de activitate fizică. Cu excepția pacienților categorisiți drept “activi”, tuturor celorlalți pacienți trebuie să li se ofere o intervenție scurtă de modificare a comportamentului pentru creșterea nivelului de activitate fizică;
- poate fi utilizat ca parte a programului național de evaluare a sănătății pentru cuantificarea riscului de boli cardiace, accident vascular cerebral, boala renală sau diabet.

Conform ghidului NICE, dacă se apreciază prin intermediul unui instrument validat precum GPPAQ ca un pacient nu este activ, medicul trebuie să-i ofere o scurtă intervenție care să includă următoarele recomandări:

- când sfătuiesc pacienții asupra nivelului recomandat de activitate fizică, medicii de familie trebuie să ia în considerare nevoile, preferințele și circumstanțele pacientului;
- medicii de familie trebuie să stabilească de comun acord cu pacientul obiectivele. Ei trebuie să furnizeze pacientului informații scrise asupra beneficiilor activității fizice și asupra posibilităților locale de a face mișcare;
- când consideră potrivit, medicii de familie trebuie să trimită pacienții la programe de kinetoterapie, dacă acestea sunt disponibile;
- medicii de familie trebuie să urmărească cazurile la fiecare 3-6 luni;
- pentru pacienții cu risc de boală cardiovasculară mai mare de 30% la 10 ani, GPPAQ trebuie completat anual.

Pacienții calificați drept “activi” trebuie să primească încurajări pentru a se menține la fel și pe viitor sau pentru a-și crește ușor nivelul de activitate fizică.

Deși chestionarul include mersul, activitatea casnică, activitățile fizice în mijlocul naturii acestea nu se reflectă în scorul final datorită supraevaluărilor observate pe perioada validării ceea ce necesită întrebări suplimentare cu privire la durata și intensitatea mersului.

GPPAQ conține:

- un chestionar scris care poate fi completat în afara consultației,

- chestionar în format electronic (EXCEL) care poate fi completat în cadrul consultației și care generează automat indexul de activitate fizica (PAI),
- algoritmul de codificare,
- codificarea conform sistemului de codificare Red Codes pentru PAI care pot fi utilizate în fisa pacientului

Algoritmul de codificare este parte integrală a chestionarului. Orice modificare neautorizată asupra algoritmului de codificare duce la invalidarea chestionarului.

INSTRUCȚIUNI DE UTILIZARE ÎN MEDICINA PRIMARĂ

- Cat de des se folosește: nivelul de activitate fizica trebuie înregistrat la toți pacienții peste 16 ani la fiecare 5 ani. Pacienții cu boala ocluzivă arterială sau risc de boala cardiovasculară mai mare de 30% peste 10 ani, nivelul de activitate fizica trebuie înregistrat anual.
- Excluderi: GPPAQ nu a fost evaluat pentru copiii sub 16 ani și adulții peste 74 ani. Aceștia ar putea necesita chestionare adaptate vârstei. Chestionarul nu este destinat măsurării nivelului de activitate fizică înainte și după o intervenție și nu este potrivit măsurării eficienței acesteia.
- Completarea chestionarului: durează cca 30 secunde. Sunt necesare 1-2 minute pentru a transfera răspunsurile în formatul electronic și analiza rezultatelor.
- Analiza indexului de activitate fizica (physical activity index - PAI): Sunt incluse întrebările privind mersul, îngrijirile casnice, grădăritul, îngrijirea copiilor. Totuși aceste activități nu au demonstrat suficientă fiabilitate în evaluarea nivelului general de activitate fizica și nu sunt incluse în calcularea PAI. Pacienții care afirmă că merg regulat și totuși nivelul de activitate nu este cel de "activ" necesită aprofundarea discuției cu privire la durata și intensitatea mersului. Aceasta ar trebui să clarifice dacă pacienții respectă recomandările ghidului.

Calcularea indexului de activitate fizica

Pacienții pot fi clasificați în 4 categorii conform GPPAQ:

INDICE ACTIVITATE FIZICA	CARACTERISTICI
INACTIV	munca sedentară și niciun exercițiu fizic sau mers pe bicicletă
MODERAT INACTIV	munca sedentară și sub o oră de exercițiu fizic si/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU munca în picioare și fără exerciții fizice sau mers pe bicicletă
MODERAT ACTIV	munca sedentară și 1-2,9 ore de exerciții fizice si/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU munca în picioare și sub o oră de exerciții fizice si/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU

	munca fizica și fără exerciții fizice si/sau mers pe bicicleta
ACTIV	munca sedentara și peste 3 ore de exerciții fizice si/sau mers pe bicicleta pe săptămână SAU munca în picioare și 1-2,9 ore de exerciții fizice si/sau mers pe bicicleta pe săptămână SAU munca fizica și sub o ora de exerciții fizice si/sau mers pe bicicleta pe săptămână SAU Munca fizica grea

Nota: au fost incluse întrebări privind mersul, activitățile casnice, îngrijirea copiilor, grădăritul pentru a permite pacienților sa-si inregistreze activitatea fizica, totuși aceste întrebări nu furnizează date suficient de valide pentru a contribui la caracterizarea generala a nivelului de activitate fizica. Așa cum s-a precizat și anterior sunt necesare întrebări suplimentare.

REZUMAT

Exerciții fizice sau mers pe bicicleta (ore/săptămână)	Munca sedentara	Munca în picioare	Munca fizica	Munca fizica grea
0	Inactiv	Moderat inactiv	Moderat activ	Activ
Sub 1 ora	Moderat inactiv	Moderat activ	Activ	Activ
1-2,9 ore	Moderat activ	Activ	Activ	Activ
Peste 3 ore	Activ	Activ	Activ	Activ

Elaborarea și validarea GPPAQ

În 2002 Ministerul Sănătății a însărcinat cercetătorii Școlii Londoneze de Igiena și Medicină Tropicală să elaboreze un instrument scurt de măsurare a activității fizice pentru a fi folosit de rutina în medicina generala. Scopul sau era să clasifice nivelul actual al activității fizice individuale în 4 nivele – indicele activității fizice (Physical Activity Index - PAI). Acest indice ar trebui utilizat pentru a decide când sunt necesare intervenții de creștere a nivelului activității fizice.

Dupa evaluarea literaturii și consultarea experților, au fost stabilite cerințele la care trebuia să răspundă instrumentul:

- Sa fie ușor de înțeles
- Sa poată fi aplicat adulților 18-74 ani (ulterior revizuit de la 16 ani la 74)
- Sa poată fi completat fără ajutor
- Sa poată fi completat într-un minut

- Categoriile trebuie să fie simple, fără calcule complicate
- Categoriile trebuie să corespundă sistemului standard de codificare utilizat în Marea Britanie
- Rezultatul chestionarului trebuie să permită practicienilor din medicina primară să ia decizia dacă pacientul trebuie sfătuit să fie mai activ sau dacă necesită o evaluare mai detaliată

Dintre instrumentele identificate, cel propus de European Prospective Investigation into Cancer (EPIC) întrunea cele mai multe dintre condiții, repetabilitatea și validitatea să fiind demonstrate la adulții englezi între 40 și 65 ani (Wareham et al, 2002). Acest chestionar a constituit baza de plecare a noului instrument. Un studiu pilot a fost întreprins în 3 grupuri de practică, asistentele administrându-i-l la 61 pacienți. GPPAQ a fost bine primit de asistente, pacienți și medici care au apreciat această metodă simplă și eficiența de a evalua nivelul de activitate fizică în mod standardizat.

Datorită rezultatelor pozitive ale pilotării, un nou studiu a fost realizat în 4 grupuri de practică (24 medici de familie cu 42950 pacienți) din Coventry pentru a examina acuratețea și siguranța GPPAQ în medicina primară. Un cercetător de la Universitatea Warwick a recrutat pacienții din sălile de așteptare – participanții la studiu au fost cei care în mod normal s-au programat la cabinet. 334 participanți au completat GPPAQ; din ei 258 l-au completat din nou după o săptămână. Categoria PAI alocată prin completarea celui de-al doilea GPPAQ a fost comparată cu datele obținute din înregistrarea activității aceluiași individ pe perioada săptămânii anterioare cu un senzor de mișcare Actigraph. Concluziile au fost:

- The GPPAQ are o validitate bună și este acceptabil pentru utilizarea în medicina generală
- Categoriile PAI sunt comparabile cu cele obținute prin alte metode
- Este repetabil
- Categoriile PAI sunt predictive pentru mortalitatea de toate cauzele și cardiovasculară la ambele sexe. Combinarea activităților fizice din timpul muncii cu cele din timpul liber au o asociere semnificativ crescută cu mortalitatea decât luate separate
- Instrument simplu și ușor de administrat pentru evaluarea nivelului de activitate în medicina primară. Cele 4 categorii PAI derivate din GPPAQ sunt potrivite pentru evaluarea oportunității intervenției

Evaluarea pacienților inactivi care relatează că merg măcar 3 ore pe săptămână

Pacienții care sunt în categoria “inactiv” dar care susțin că merg mult pe jos, ar putea necesita o scurtă intervenție care să clarifice ce înțeleg ei prin mers și ritmul de mers. Încurajați-i să continue pe cei care rămân încrezători că ating nivelul de activitate fizică recomandat pe baza duratei și intensității mersului.

Un exemplu de dialog cu un pacient “inactiv” ar putea începe astfel: “ Spui că mergi 3 sau mai multe ore pe săptămână. Ca să înțeleg mai bine când mergi pe parcursul unei zile tipice pentru tine ai putea să-mi povestești unde se integrează mersul de dimineață când te trezești până seara la culcare? Ai putea să-mi spui când ai mers în cursul zilei de ieri?”

Dacă pacientul insistă că ieri nu a fost o zi tipică, întrebați de alături dar evitați să mergeti mai departe deoarece informațiile își pot pierde din acuratețe. Sarcina medicului în

acest exercițiu este de a asculta fără a judeca ceea ce se spune. Acesta nu este pentru evaluarea pacientului ci scopul este de a face pacientul să vorbească despre comportamentul sau într-un mediu lipsit de amenințări (pericolul de a i se spune să se schimbe) în care medicul asculta și este interesat de situație.

Asigurați-vă ca evaluați intensitatea mersului pe care o puteți aprecia astfel:

0 = respirație ușoară, conversația este ușor de purtat

1 = respirație ușoară, conversația este ușor de purtat dar ritmul cardiac crește

2 = încă se poate conversa confortabil dar respirația e mai frecventă pe măsura ce organismul se încălzește

3 = respirație mai adâncă și zgomotoasă, vorbit cu dificultate

4 = respirație foarte dificilă cu lipsa de aer, conversația nu mai este posibilă.

0-1 corespund unei activități ușoare

2,3 = activitate moderată

4 = activitate intensă

Pentru a avea o relevanță în calcularea nivelului de activitate fizică, ar trebui ca mersul să fie măcar de intensitate moderată (manifestări specifice punctului 2 sau 3).

Odată ce pacientul a descris o zi tipică, medicul trebuie să adune informațiile privitoare la mers – durată, intensitate.

2.26. PLIANT MISCARE PENTRU PACIENTI

Mișcarea înseamnă sănătate!

Comunitatea științifică medicală a dovedit pe baza studiilor desfășurate că activitatea fizică are nenumărate beneficii. Activitatea fizică regulată reduce riscul de boală coronariană și accident vascular cerebral, diabet zaharat, hipertensiune arterială, cancer de colon, cancer de sân și depresie. Beneficiile activității fizice sunt extrem de importante, atât pentru îmbunătățirea sănătății sistemului muscular și osos, cât și pentru menținerea greutății corporale.



Sedentarismul va predispuce la toate aceste boli! Evitați să fiți inactivi încercând să folosiți orice prilej pentru a face mișcare, ca de exemplu:

- ✓ În desfășurarea treburilor casnice uzuale – cumpăraturile alimentelor, debarasarea deșeurilor – sau plimbarea câtelului, evitați utilizarea liftului și a deplasărilor cu mașina.
- ✓ Îngrijiți și curățați singuri casa, dar și gradina sau spațiile verzi din preajma locuinței.
- ✓ Alegeți plimbările în pas vior, drumețiile, jocurile sportive (fotbal, volei, tenis s.a.) în compania celor dragi, în locul meselor copioase de familie.
- ✓ Coborați din tramvai cu o stație înainte sau parcați mașina cât mai departe față de destinație; plecați din timp pentru a evita stresul întârzierilor.
- ✓ Invitați prietenii, nu la masa sau la un joc de table sau cărți, ci la o plimbare pe jos sau cu bicicletele, la un joc de fotbal sau volei, la înot.
- ✓ Cumpărați-vă sau oferiți cadou celor dragi un pedometrul – un dispozitiv simplu care măsoară numărul de pași efectuați pe zi. Un adult ar trebui să facă măcar 10.000 de pași pe zi pentru a avea beneficii pentru sănătate.
- ✓ Evitați hobby-urile care predispun la sedentarism: cusut sau croșetat, televizor, internet.

De câtă mișcare are nevoie un adult pentru a se menține sănătos?

Studiile au demonstrat că orice activitate fizică e benefică, cu cât mai multă, cu atât mai bine.

Recomandările actuale precizează că adulții sănătoși de orice vârstă trebuie să facă 2,5-5 ore săptămânal de activitate fizică (sau exerciții aerobice), măcar de intensitate moderată sau 1-2,5 ore pe săptămâna de activitate fizică intensă. Activitățile moderate sunt acelea care necesită efort sporit, dar permit menținerea unei conversații (mers în pas vior,



înot blând, jocul de tenis și activități casnice, precum aspiratul sau tunsul gazonului). Activitățile intense sunt cele care determină greutate în respirație - funcție de antrenamentul personal - cu imposibilitatea menținerii unei conversații (aerobic, jogging, competiții sportive, ciclism, înot).



Sedentarii trebuie să înceapă printr-un program de exerciții ușoare cu creșterea progresivă a intensității, duratei și frecvenței efortului fizic. Activitatea fizică sau exercițiile aerobice ar trebui efectuate în mai multe reprize cu durată de măcar 10 minute răspândite uniform pe parcursul săptămânii, de exemplu în 4-5 zile pe săptămâna. Se recomandă, de asemenea, activități de întărire a mușchilor în cel puțin 2 zile ale fiecărei săptămâni (ridicare de greutate, flotări, abdomene, săpatul grădinii).



Întrebați medicul de familie dacă sunteți suficient de activ fizic și cereți sugestii pentru îmbunătățirea condiției fizice!

Material realizat de CNSMF în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România" (2016)

2.27. CHESTIONARUL AUDIT

CHESTIONAR AUDIT DE EVALUARE A CONSUMULUI PERSONAL DE ALCOOL

Data: _____ Localitate: _____ Sex: _____ Varsta: _____

Stare civila: _____ Studii: _____ 1 băutură = 12 g alcool pur

Deoarece consumul de alcool poate afecta sanatatea si poate interfera cu anumite medicamente si tratamente, este important sa va punem cateva intrebari despre consumul dumneavoastra de alcool. Raspunsurile dvs vor ramane confidentiale, de aceea va rugam sa ne raspundeti cat mai exact posibil. Incercati sa raspundeti in termeni de "unitati de alcool", asa cum este explicat in imaginile de mai jos. Cereti lamuriri daca aveti nevoie.

O unitate de alcool inseamna:



Iata cate unitati de alcool contine fiecare bautura:



1. Cât de des beți o băutură conținând alcool?

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

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

- ☐ Una sau doua
- ☐ Trei sau patru
- ☐ Cinci sau șase
- ☐ Șapte sau nouă
- ☐ Zece 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 o dată 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 de așteptat 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 că 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 vinovație 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 alta 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

SCOR CHESTIONAR: _____

REZULTAT AUDIT: 0-7 Consum nepericulos pentru sanatate; 8-15 Consum riscant; 16-19 Consum nociv;

> 20 Consum extrem de nociv

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

2.28. CHESTIONARUL AUDIT - SCORURI

CHESTIONAR AUDIT DE EVALUARE A CONSUMULUI PERSONAL DE ALCOOL

Data: _____ Localitate: _____ Sex: M ___ F ___ Varsta: _____ Stare civila: _____
 Studii: _____ Operator chestionar: _____ 1 bautura = 12 g alcool pur =

1 bere (330 ml)  = 1 pahar vin (125 ml)  = 1 tarie (40 ml) 

1. Cat de des beti o bautura continand alcool? 1. Niciodata 0 2. Lunar sau mai rar 1 3. 2-4 ori pe luna 2 4. 2-3 ori pe saptamana 3 5. 4 sau mai multe ori pe saptamana 4 2. Cate bauturi consumati intr-o zi obisnuita, atunci cand beti? a. Una sau doua 0 b. Trei sau patru 1 c. Cinci sau sase 2 d. Sapte sau noua 3 e. Zece sau mai mult 4 3. Cat de des beti 6 sau mai multe bauturi de alcool la o singura ocazie? a. Niciodata 0 b. Lunar sau mai rar 1 c. Lunar 2 d. Saptamanal 3 e. Zilnic sau aproape zilnic 4 4. Cat de des ati constatat in ultimul an ca nu puteti sa va opriti din baut o data ce ati inceput? a. Niciodata 0 b. Lunar sau mai rar 1 c. Lunar 2 d. Saptamanal 3 e. Zilnic sau aproape zilnic 4 5. Cat de des in ultimul an nu ati reusit sa faceti ceea ce era de asteptat sa faceti din cauza bautului? a. Niciodata 0 b. Lunar sau mai rar 1 c. Lunar 2 d. Saptamanal 3 e. Zilnic sau aproape zilnic 4	6. Cat de des in ultimul an ati avut nevoie sa beti prima bautura de dimineata ca sa va reveniti dupa o betie zdravana? a. Niciodata 0 b. Lunar sau mai rar 1 c. Lunar 2 d. Saptamanal 3 e. Zilnic sau aproape zilnic 4 7. Cat de des in ultimul an ati avut un sentiment de remuscare sau de vinovatie dupa ce ati baut? a. Niciodata 0 b. Lunar sau mai rar 1 c. Lunar 2 d. Saptamanal 3 e. Zilnic sau aproape zilnic 4 8. Cat de des in ultimul an nu ati putut sa va amintiti ce s-a intamplat in noaptea trecuta din cauza ca ati baut? a. Niciodata 0 b. Lunar sau mai rar 1 c. Lunar 2 d. Saptamanal 3 e. Zilnic sau aproape zilnic 4 9. Dvs. sau altcineva a fost ranit ca rezultat al faptului ca ati fost baut? a. Nu 0 b. Da, dar nu in ultimul an 2 c. Da, in ultimul an 4 10. O ruda, un prieten, un doctor sau o alta persoana a fost ingrijorata de bautul dvs. sau v-a sfatuit sa-l reduceti? a. Nu 0 b. Da, dar nu in ultimul an 2 c. Da, in ultimul an 4
--	---

2.29. FIȘA PACIENT CU SCOR 1-7

FELICITARI! Rezultatul dvs. este între 0 și 7.

CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE ÎN LIMITELE RECOMANDATE, FĂRĂ RISCURI PENTRU SĂNĂTATE.

Pentru a rămâne sănătos, nu depășiți următoarele cantități:

Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 Unități/săptămână
Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână
Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi
Maxim 4 Unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere
GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU CONSUMĂ ALCOOL

UNITATEA DE ALCOOL = 10 gr de alcool pur

1U =  =  =  = 

Consumul problematic de alcool este unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Este implicat cauzal în peste 200 de boli și afecțiuni care sunt descrise în ICD-10 (OMS, 1992). Dintre acestea, peste 30 de afecțiuni diferite au alcoolul parte din denumirea acesteia, în sensul în care boala/afecțiunea nu ar exista în lipsa alcoolului.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru sănătate !!!

REFACEȚI TESTUL CEL PUȚIN ODATĂ LA 4 ANI !

MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4 %) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abținere la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarctul miocardic - atacul cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoolic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. Alcoolul omorâ prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente. Alcoolul determină atrofie cerebrală și demență.
Eu nu beau tărie, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

Dacă consumați în medie până la 2 Unități /zi la femei și până la 4 Unități/zi la bărbați
(ADICĂ DUBLU FAȚĂ DE RECOMANDĂRI)
riscul pentru următoarele boli CREȘTE FAȚĂ DE ABSTINENȚI CU:

RISC CRESCUT LA FEMEI

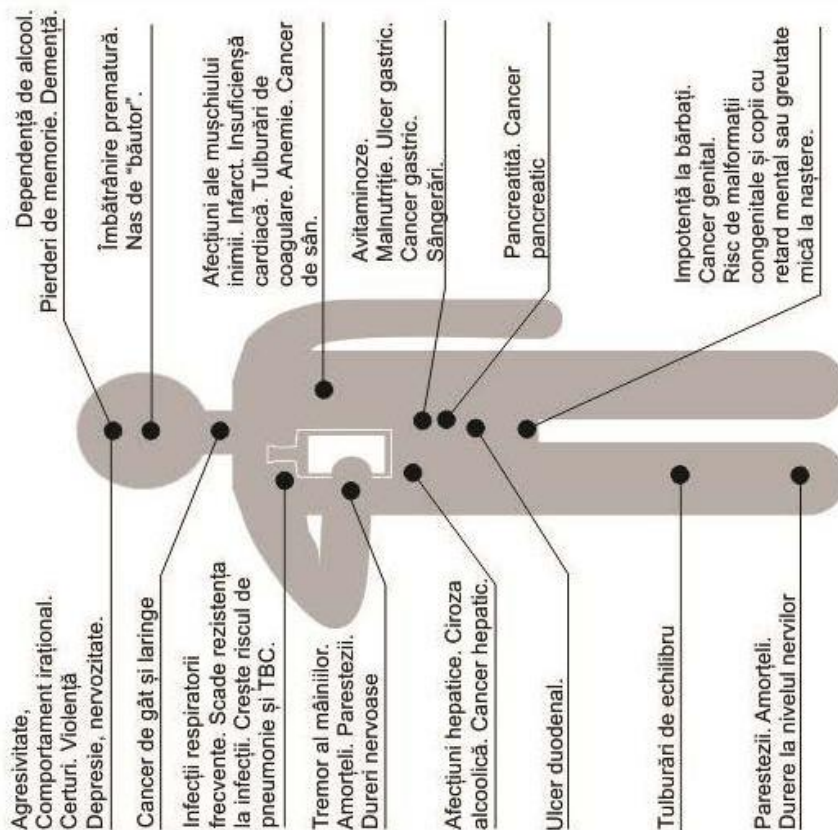
PENTRU:

EPILEPSIE	- 130 %
CIROZA	- 130 %
PANCREATITA	- 130%
DIABETUL ZAHARAT	- 90 %
CANCER AL GURII	- 150 %
CANCER DE FICAT	- 150 %
CANCER DE SAN	- 110 %
HIPERTENSIUNE	- 140 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR	
CEREBRAL	- 60 %
AVORT SPONTAN	- 120 %
GREUTATE MICA LA	
NASTERE	- 100 %
PREMATURITATE	- 90 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII	
INTRAUTERINE	- 100 %

RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 120 %
CIROZA	- 130 %
PANCREATITA	- 130%
DIABETUL ZAHARAT	- 60 %
CANCER AL GURII	- 150 %
CANCER DE FICAT	- 150 %
CANCER ESOFAGIAN	- 180 %
HIPERTENSIUNE	- 140 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR	
CEREBRAL	- 130 %
GREUTATE MICA LA	
NASTERE	- 100 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII	
INTRAUTERINE	-100 %



Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

2.30. FIȘA PACIENT CU SCOR 8-15

ATENȚIE!

CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE PESTE LIMITELE RECOMANDATE, FIIND RISCANT PENTRU SĂNĂTATE (8-15).

Discutați cu medicul de familie despre ce probleme psihologice sau de sănătate pot fi agravate sau la risc din cauza consumului de alcool și cum puteți face să îl scădeți.

Pentru a rămâne sănătos, nu depășiți următoarele cantități:

Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 Unități/săptămână

Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână

Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi

Maxim 4 Unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere

GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU CONSUMĂ ALCOOL

UNITATEA DE ALCOOL = 10 gr de alcool pur



RETINETI !!

Consumul problematic de alcool este unul din cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Este implicat cauzal în peste 200 de boli și afecțiuni care sunt descrise în ICD-10 (OMS, 1992). Dintre acestea, peste 30 de afecțiuni diferite au alcoolul parte din denumirea acestora, în sensul în care boala/afecțiunea nu ar exista în lipsa alcoolului.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru sănătate!!!

REFACEȚI TESTUL CEL PUȚIN ODATĂ LA 4 ANI !

MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4 %) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abținere la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarctul miocardic - atacul cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoolic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. Alcoolul omoară prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente. Alcoolul determină atrofia cerebrală și demența.
Eu nu beau tărie, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

Dacă consumați în medie până la 2 Unități /zi la femei și până la 4 Unități/zi la bărbați
(ADICĂ DUBLU FAȚĂ DE RECOMANDĂRI)
riscul pentru următoarele boli CREȘTE FAȚĂ DE ABSTINENȚI CU:

RISC CRESCUT LA FEMEI

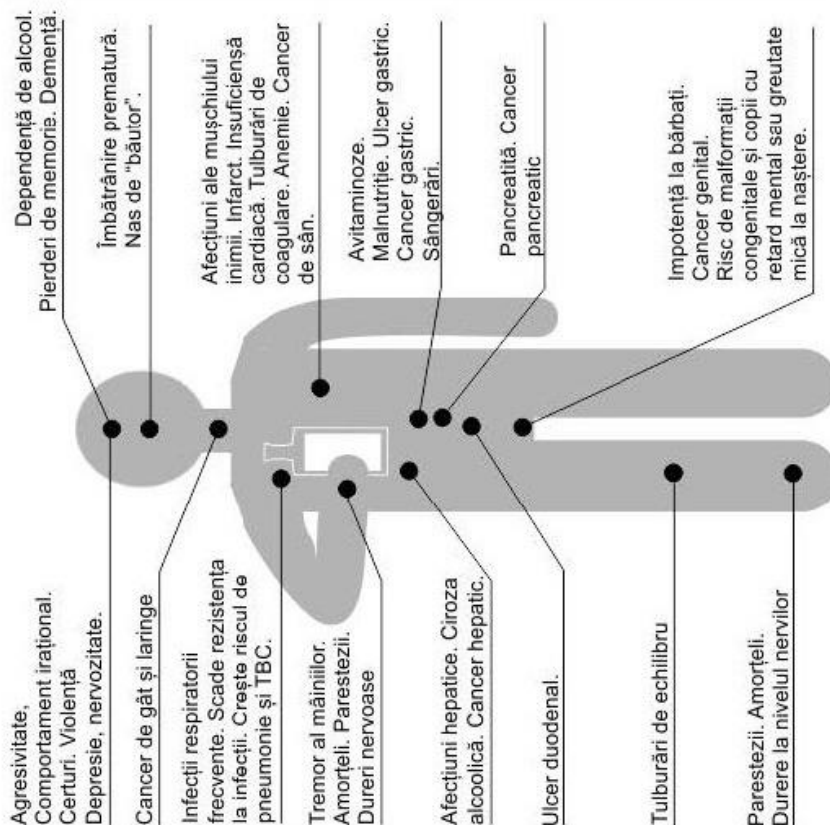
PENTRU:

EPILEPSIE	- 720 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 950 %
PANCREATITĂ	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 90 %
CANCER AL GURII	- 200 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER DE SAN	- 170 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR	
CEREBRAL	- 70 %
AVC RT SPONTAN	- 180 %
GREUTATE MICA LA	
NASTERE	- 140 %
PREMATURITATE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII	
INTRAUTERINE	- 170 %

RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 750 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 910 %
PANCREATITĂ	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 60 %
CANCER AL GURII	- 190 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER ESOFAGIAN	- 240 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR	
CEREBRAL	- 220 %
GREUTATE MICA LA	
NASTERE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII	
INTRAUTERINE	-170 %



Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

2.31. FIȘA PACIENT CU SCOR 16-19

ATENȚIE!

CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE PESTE LIMITELE RECOMANDATE, FIIND NOCIV PENTRU SĂNĂTATE (16-19).

VERIFICAȚI-VĂ SĂNĂTATEA FIZICĂ ȘI PSIHICĂ PENTRU A AFLA ȘI TRATA AFECȚIUNILE DETERMINATE SAU AGRAVATE DE ALCOOL.

PENTRU A REVENI LA STAREA DE SĂNĂTATE, TREBUIE SĂ VĂ ÎNCADRAȚI ÎN următoarele cantități:

Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 Unități/săptămână
Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână
Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi
Maxim 4 Unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere
GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU CONSUMĂ ALCOOL

UNITATEA DE ALCOOL = 10 gr de alcool pur

1U =  =  =  = 
10g alcool pur o bere 330ml un pahar vin 125ml un shot 40ml

RETINETI !!

Consumul problematic de alcool este unul din cei mai importanți factori de risc pentru morbiditate, invaliditate și mortalitate. Este implicat cauzal în peste 200 de boli și afecțiuni care sunt descrise în ICD-10 (OMS, 1992). Dintre acestea, peste 30 de afecțiuni diferite au alcoolul parte din denumirea acesteia, în sensul în care boala/afecțiunea nu ar exista în lipsa alcoolului.

Depășirea acestor limite se asociază cu creșterea riscurilor pentru sănătate!!!

Verificați afecțiunile din lista de mai jos și faceți o nouă programare în max. 1-2 săptăm.!

MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

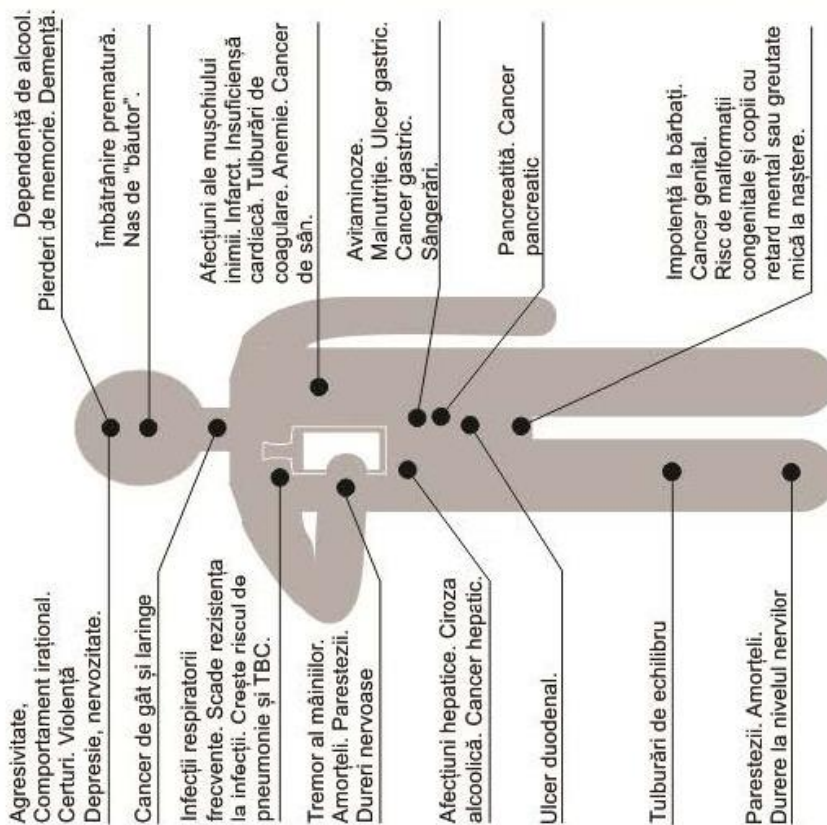
MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4 %) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abținere la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarctul miocardic - atacul cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoolic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. Alcoolul omorâ prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente. Alcoolul determină atrofie cerebrală și demență.
Eu nu beau tărie, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

EFECTELE NEGATIVE ALE ALCOOLULUI ȘI RISCUL ASOCIAT

RISC CRESCUT LA FEMEI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 720 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 950 %
PANCREATITĂ	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 90 %
CANCER AL GURII	- 200 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER DE SAN	- 170 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR	- 70 %
CEREBRAL	- 180 %
AVORT SPONTAN	- 140 %
GREUTATE MICA LA	- 140 %
NASTERE	- 140 %
PREMATURITATE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII	- 170 %
INTRAUTERINE	- 170 %



RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 750 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 910 %
PANCREATITĂ	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 60 %
CANCER AL GURII	- 190 %
CANCER DE FICAT	- 300 %
CANCER ESOFAGIAN	- 240 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 80 %
ACCIDENT VASCULAR	- 220 %
CEREBRAL	- 220 %
GREUTATE MICA LA	- 140 %
NASTERE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII	- 170 %
INTRAUTERINE	- 170 %

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

2.32. FIȘA PACIENT CU SCOR PESTE 20

ATENȚIE!

CONSUMUL DUMNEAVOASTRĂ DE ALCOOL ESTE PESTE LIMITELE RECOMANDATE, FIIND EXTREM DE NOCIV PENTRU SĂNĂTATE (20).

Cel mai probabil există deja tulburări fizice și psihice determinate de alcool (inclusiv dependența de alcool).

Verificați URGENT toate afecțiunile incluse în lista de mai jos ÎMPREUNĂ CU MEDICUL DE FAMILIE !
ESTE FOARTE PROBABIL SĂ FIE NEVOIE DE MULTIPLE ANALIZE ȘI ALTE EXAMENE LA MEDICI SPECIALIȘTI (medicină internă, gastroenterologie, cardiologie și psihiatrie) și controale repetate. Tulburările induse de alcool NU sunt un viciu, o slăbiciune sau o rușine, ci afecțiuni psihice TRATABILE în clinici specializate în adicții.

PENTRU A REVENI LA STAREA DE SĂNĂTATE, TREBUIE SĂ VĂ ÎNCADRAȚI ÎN următoarele cantități:

Bărbați ≤ 2 unități/zi, maxim 14 Unități/săptămână

Femei ≤ 1 unitate/zi, maxim 7 unități/săptămână

Persoane peste 65 ani ≤ 1 unitate/zi

Maxim 4 Unități/ocazie urmate de 2 zile de abținere

GRAVIDE, COPII ȘI PERSOANELE BOLNAVE - NU

CONSUMĂ ALCOOL

UNITATEA DE ALCOOL = 10 gr de alcool pur

1U =  =  =  = 
10g alcool pur o bere 330ml un pahar vin 125ml un shot 40ml

APELAȚI LA AJUTOR SPECIALIZAT!

MITURI ȘI ADEVĂRURI DESPRE ALCOOL

MIT	ADEVĂR
Consum și eu ca tot omul	Mai mult de o treime (32,4 %) din populația de peste 15 ani din România nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, iar rata de abținere la nivel mondial este de peste 60% (61,7%).
Sunt foarte rezistent la alcool, nu mă îmbăt niciodată.	Rezistența sau toleranța la efectele alcoolului este semn de dependență la alcool sau semnul unei predispoziții genetice către dependența de alcool.
Eu nu beau în fiecare zi, ci doar așa, la ocazii sau în weekend.	Consumul unor cantități de peste 6 unități de alcool/ocazie este la fel de dăunător ca și consumul zilnic, având efecte grave pentru inimă, crescând riscul de fibrilație și infarct.
Alcoolul e sănătate curată.	Consumul regulat de cantități mici, preponderent asociat alimentației (până în doza recomandată) are efect protectiv, scăzând riscul pentru: - infarctul miocardic - atacul cerebral ischemic dar peste aceste cantități, produce peste 200 boli.
Eu nu sunt alcoolic, pot să nu beau cu lunile fără probleme.	Dependența de alcool este doar una din consecințele consumului de alcool și nu este cea mai gravă. Alcoolul omoară prin afecțiuni hepatice, prin infarct, atac vascular cerebral, cancer sau accidente. Alcoolul determină atrofie cerebrală și demență.
Eu nu beau tărie, ci doar bere / Eu nu beau porcării, ci doar ce fac cu mâna mea sau vin de la țară.	Efectele dăunătoare ale alcoolului nu au legătură cu proveniența sa, ci doar cu cantitatea. Efectele negative sunt direct proporționale cu cantitatea consumată în medie. Alcoolul este o substanță care dă dependență, indiferent de proveniența sa sau de cine îl consumă.

EFECTELE NEGATIVE ALE ALCOOLULUI ȘI RISCUL ASOCIAT

RISC CRESCUT LA FEMEI

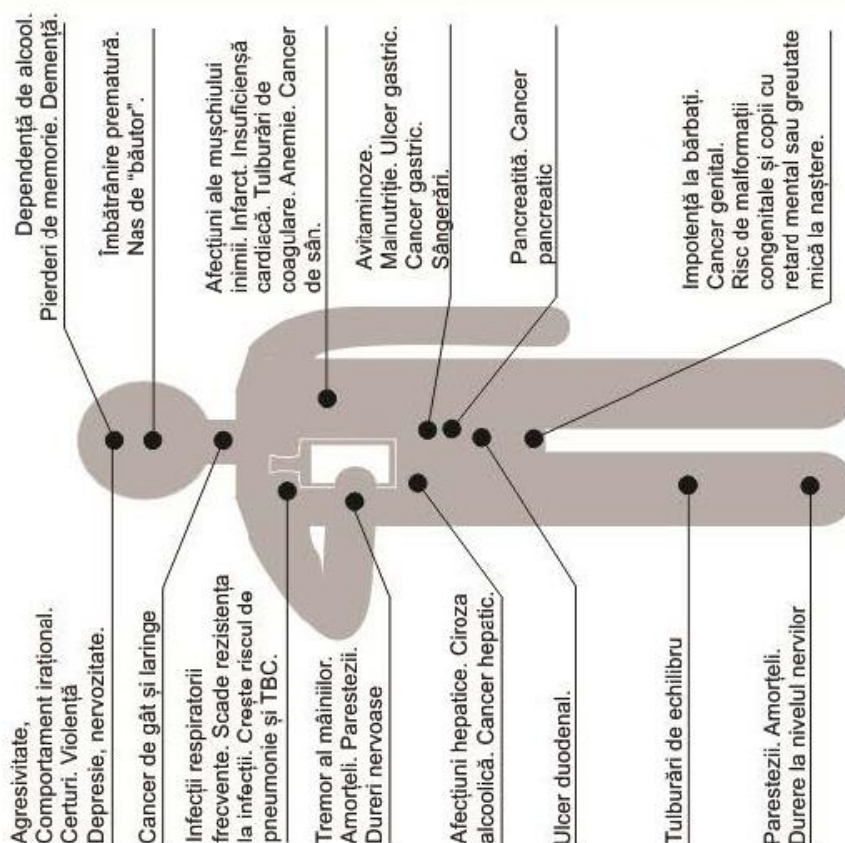
PENTRU:

EPILEPSIE	- 720 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 1300 %
PANCREATITĂ	- 180%
DIABETUL ZAHARAT	- 110 %
CANCER AL GURII	- 540 %
CANCER DE FICAT	- 360 %
CANCER DE SAN	- 170 %
HIPERTENSIUNE	- 200 %
INFARCT MIOCARDIC	- 110 %
ACCIDENT VASCULAR	
CEREBRAL	- 800 %
AVORT SPONTAN	- 180 %
GREUTATE MICA LA	
NASTERE	- 140 %
PREMATURITATE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII	
INTRAUTERINE	- 170 %

RISC CRESCUT LA BĂRBAȚI

PENTRU:

EPILEPSIE	- 680 %
DEPRESIE	- 350 %
CIROZA	- 1300 %
PANCREATITĂ	- 320%
DIABETUL ZAHARAT	- 70 %
CANCER AL GURII	- 540 %
CANCER DE FICAT	- 360 %
CANCER ESOFAGIAN	- 440 %
HIPERTENSIUNE	- 410 %
INFARCT MIOCARDIC	- 100 %
ACCIDENT VASCULAR	
CEREBRAL	- 240 %
GREUTATE MICA LA	
NASTERE	- 140 %
INTARZIEREA DEZVOLTARII	
INTRAUTERINE	-170 %



Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

2.33. JURNALUL SĂPTĂMÂNA AL CONSUMULUI DE ALCOOL

JURNAL SĂPTĂMÂNAL

	Ziua 1	Ziua 2	Ziua 3	Ziua 4	Ziua 5	Ziua 6	Ziua 7
Canitatea băută: • bere • vin • spirtoase							
Locul consumului: • acasă • acasă la alții • restaurant, bar • locul de muncă • altele							
Dorința de a bea: • mare • medie • mică							
Motivul (descrie):							
Sentimentul după băut: • veselie • tristețe • remușcare • indiferență • altele							
Transformarea în unități internaționale "DRINK"							

Nu modificați retroactiv ce ați menționat pentru zilele anterioare

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România", 2016

JURNAL SĂPTĂMÂNAL

	Ziua 8	Ziua 9	Ziua 10	Ziua 11	Ziua 12	Ziua 13	Ziua 14
Cantitatea băută: • bere • vin • spirtoase							
Locul consumului: • acasă • acasă la alții • restaurant, bar • locul de muncă • altele							
Dorința de a bea: • mare • medie • mică							
Motivul (descrie):							
Sentimentul după băut: • veselie • tristețe • remușcare • indiferență • altele							
Transformarea în unități internaționale "DRINK"							

Nu modificați retroactiv ce ați menționat pentru zilele anterioare

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România", 2016

2.34. JURNALUL SITUAȚIILOR DE RISC

JURNALUL SITUAȚIILOR DE RISC

Obiectivul meu este:

- ☐ Consum zero (abținere)
☐ Consum diminuat: maxim _____ unități / săptămână
☐ Încă nu am un obiectiv de schimbare

Ziua, ora	Situația de risc	Ce am făcut	Ce altceva aș fi putut să fac / aș putea face

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România", 2016

2.35. PLANUL PERSONAL ÎN CAZ DE URGENȚĂ

FIȘA PLANULUI PERSONAL ÎN CAZ DE URGENȚĂ

Aici vei completa acele lucruri pe care le poți face în caz de urgență. Urgență se referă la orice situație care îți pune în mare pericol obiectivul de schimbare pe care ți l-ai propus. Tot urgență este o situație în care ai avut un accident și ai început să consumi peste obiectivul tău.

Exemple de lucruri pe care le poți face în aceste situații:

- OPREȘTE-te din ceea ce faci, privește în jur, PĂSTREAZĂ-ȚI CALMUL!
- Lasă să treacă gândurile de genul „Dacă tot am început, hai să merg până la capăt; Oricum, nu mai contează!”.

EFORTURILE TALE DE PÂNĂ ACUM ÎNSEAMNĂ MULT!

- Reamintește-ți OBIECTIVUL!
- Recitește BALANȚA DECIZIONALĂ!
- VARSĂ băutura / ARUNCĂ substanța!
- PĂRĂSEȘTE scena, ieși la o plimbare!
- Implică-te într-o altă ACTIVITATE satisfăcătoare!
- Fă un exercițiu scurt de RELAXARE!
- CERE AJUTOR. Sună un prieten, o rudă sau terapeutul!

Completează propriul tău plan de urgență. Îl poți decupa și purta în portofel, pentru a avea acces la el oricând!

În caz de urgență
Fac următoarele: _____

Un gând care mă poate ajuta: _____

Pe cine contactez: _____

2.36. BALANȚA DECIZIONALĂ

BALANȚA DECIZIONALĂ

Beneficii pe termen scurt	Efecte adverse pe termen scurt
Beneficii pe termen lung	Efecte adverse pe termen lung

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România", 2016

2.37. TESTUL FAGERSTROM PENTRU EVALUAREA DEPENDENȚEI DE NICOTINĂ

Testul Fagerstrom pentru evaluarea dependenței de nicotină

1. Când fumați prima țigară după trezire?		
a. În primele 5 minute	☐	3
b. 6-30 minute	☐	2
c. 31-60 minute	☐	1
d. Peste 60 minute	☐	0
2. Este dificil să nu fumați în locuri interzise?		
a. Da	☐	1
b. Nu	☐	0
3. La ce țigară renunțați mai greu?		
a. Prima	☐	1
b. La celelalte	☐	0
4. Câte țigări fumați pe zi ?		
a. Sub 10	☐	0
b. 10-20	☐	1
c. 21-30	☐	2
d. peste 30	☐	3
5. Fumați mai mult dimineața decât după-amiază?		
a. Da	☐	1
b. Nu	☐	0
6. Fumați când sunteți bolnav și trebuie să rămâneți la pat o zi întreagă?		
a. Da	☐	1
b. Nu	☐	0
Scor total:		

Scor:

- 1 - 2 = dependență scăzută
- 3 - 4 = dependență – scăzută spre moderat
- 5 - 7 = dependență moderată
- >8 = dependență crescută

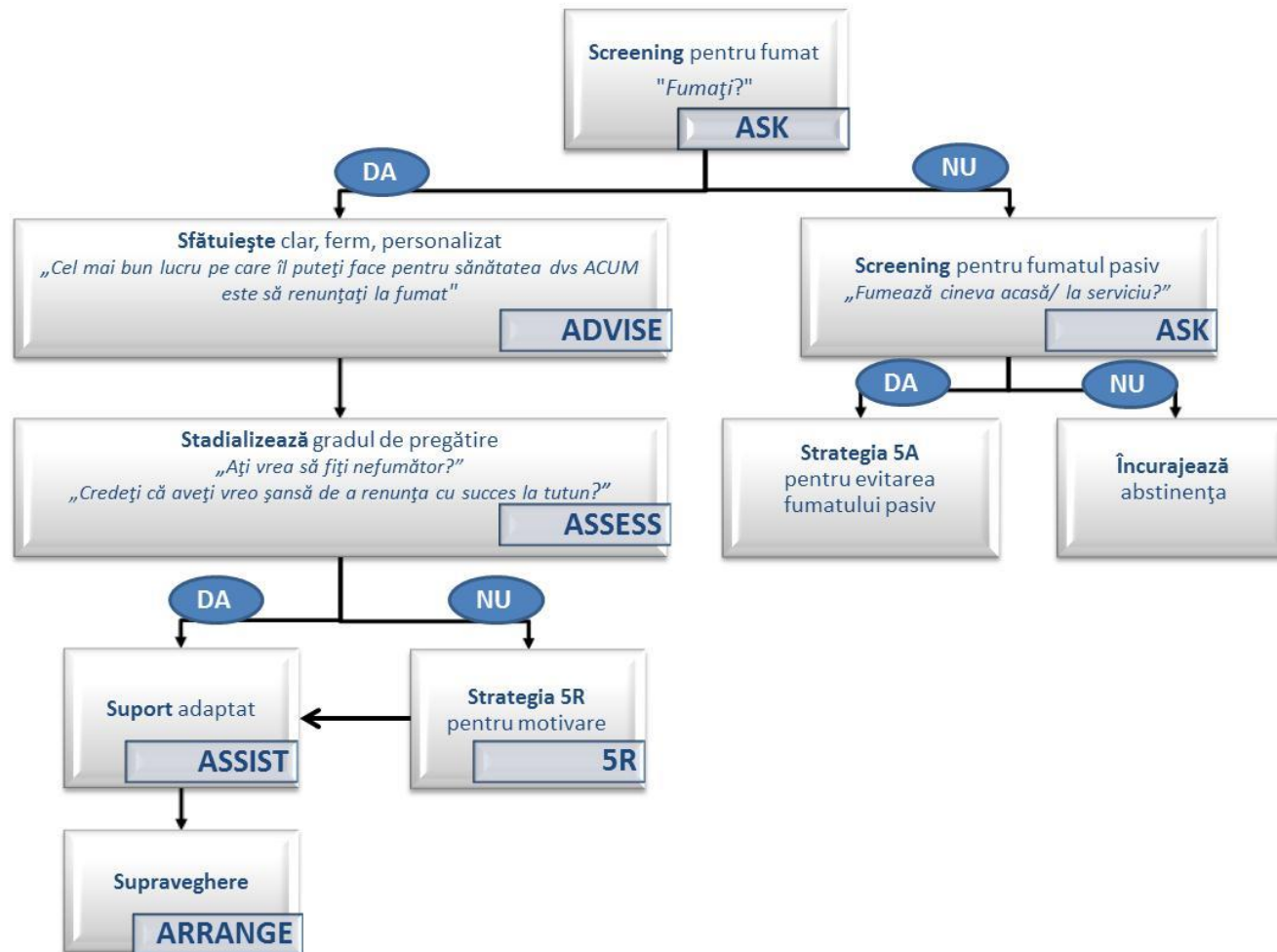
1 - 2 = dependență scăzută	3 - 4 = dependență – scăzută spre moderat	5 - 7 = dependență moderată	>8 = dependență crescută
Nu este nevoie de substituenți de nicotină	se pot oferi substituenți de nicotină	Terapie combinată de substituție (patch-uri + guma, tablete)	Terapie combinată de substituție (patch-uri + guma, tablete)

2.38. SCALA DORINȚEI DE RENUNȚARE LA FUMAT

Dorinta de a renunta in urmatoarele 6 luni:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

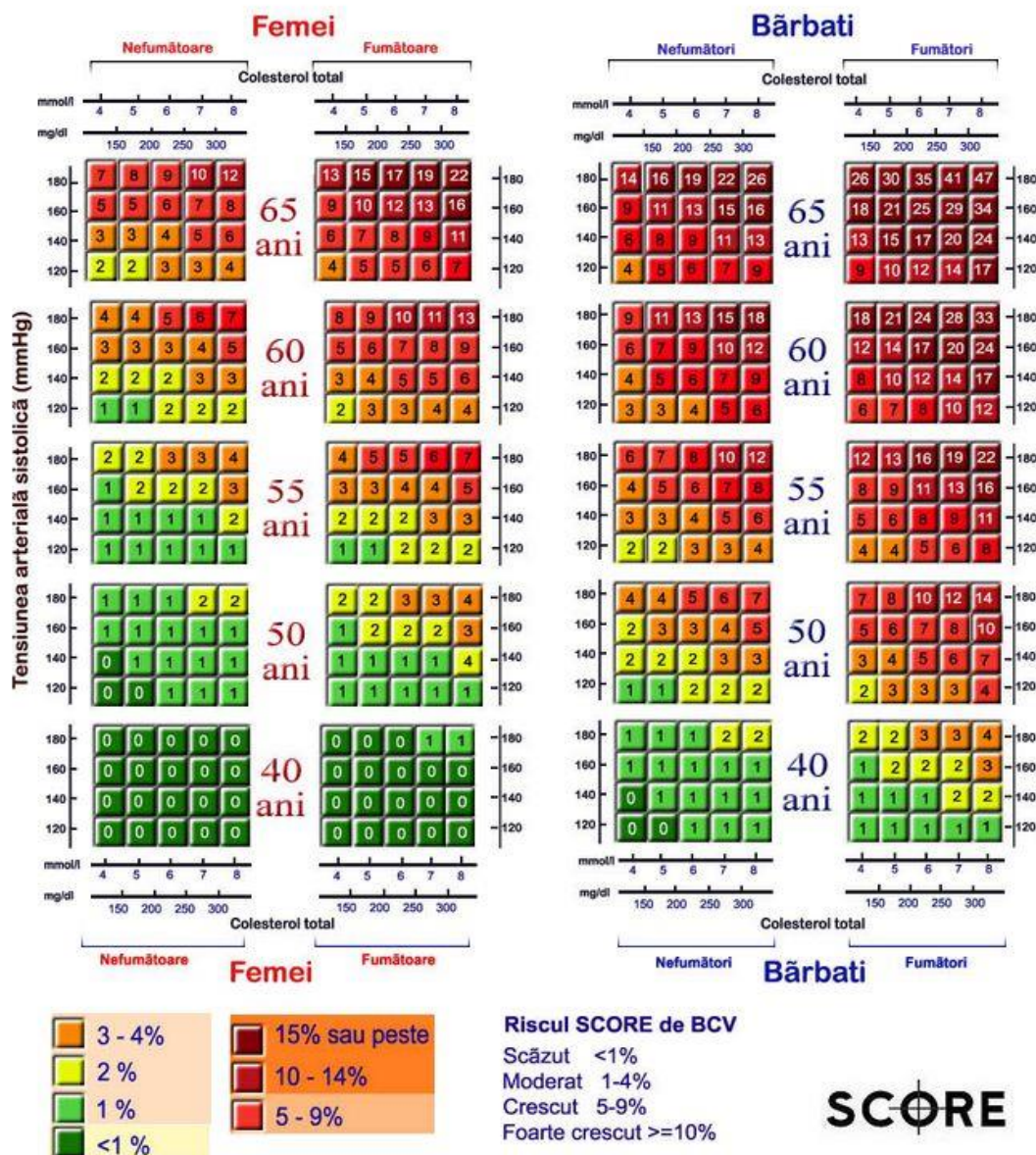
2.39. STRATEGIA 5A



2.40. DIAGRAMA SCORE

RISCUL DE BOALĂ CARDIOVASCULARĂ FATAȚĂ, LA 10 ANI, ÎN POPULAȚII CU RISC ÎNALT DE BOLI CARDIOVASULARE.

Cum sa calculezi Riscul Score

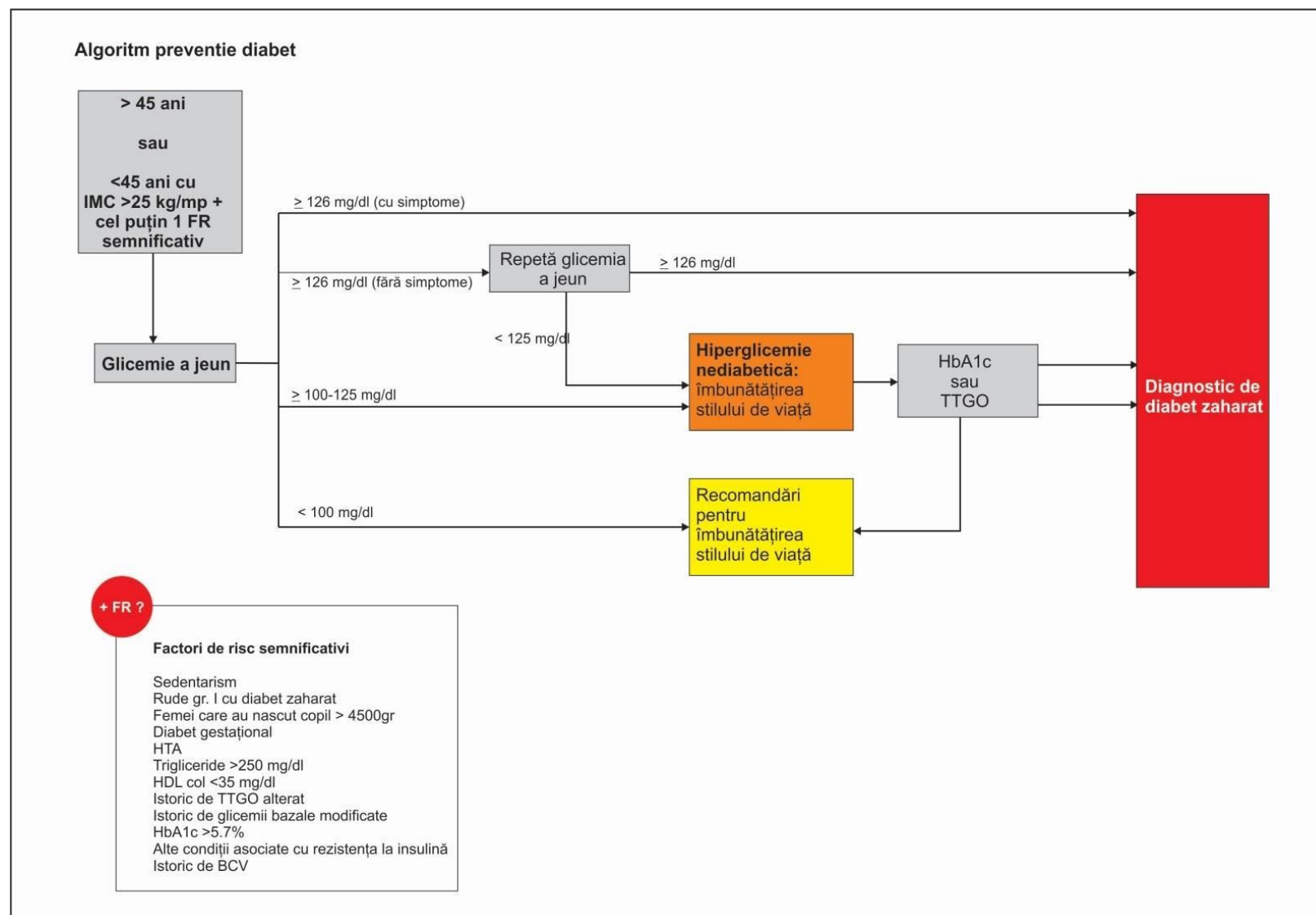


În urma evaluării riscului cardiovascular global, cifra rezultată care încadrează pacientul într-una din grupele de risc CV:

- foarte înalt: **SCORE** estimat ≥10%;
- înalt: **SCORE** calculat cuprins între ≥5% și <10%;
- moderat: **SCORE** cuprins între ≥1 și <5%;

scăzut: **SCORE** <1% fără factori de risc adiționali.

2.41. ALGORITM PREVENȚIE DIABET ZAHARAT



2.42. RISCUL CARDIOVASCULAR – PLIANT PENTRU PACIENȚI

RISCUL CARDIOVASCULAR

Ce înseamnă să fii la risc pentru o boală?

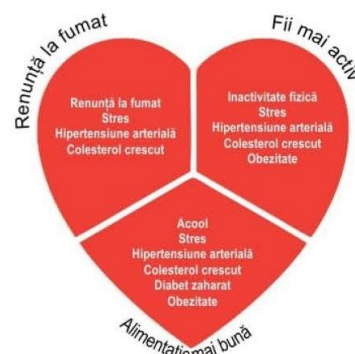
Noțiunea de risc de îmbolnăvire nu spune că ești bolnav acum, ci arată care este șansa de a te îmbolnăvi sau chiar de a deceda de o anumită boală, într-un interval de timp.

Fiind doar o estimare, bazată pe date statistice, poate purta un grad de imprecizie dar îți poate arăta ce poți schimba în felul cum trăiești, pentru a fi mai probabil o persoană sănătoasă.

Riscul poate să fie absolut și în această situație îți va arăta în procente (de ex. 10%) sau cifre (de ex. 1 din 10) care este probabilitatea de a te îmbolnăvi.

Riscul relativ este folosit pentru a te compara pe tine față de o persoană asemenea ție, care nu are factorii de risc la care tu ești expus.

Factorii de risc sunt cei care te expun la riscul de îmbolnăvire. Ei pot fi de exemplu legați de stilul de viață (fumat, sedentarism, consum de alcool), pot fi ereditari sau pot fi legați de anumite boli pe care le ai.



Ce este riscul cardiovascular?

Noțiunea de risc cardiovascular se definește ca fiind probabilitatea de a dezvolta un infarct de miocard sau un accident vascular cerebral într-o perioadă definită de timp, luând în considerație mai mulți factori de risc în mod simultan.

Care sunt factorii de risc cardiovasculari?

Sunt factori dovediți prin studii clinice că favorizează procesul de ateroscleroză. Ei sunt vârsta și sexul (peste 55 ani la bărbați, peste 65 de ani la femei), ereditatea (rude de gradul I care au suferit de infarct miocardic sau accident vascular cerebral la vârstă tânără), fumatul, sedentarismul, obezitatea, diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, nivelul crescut al colesterolului.



Cu cât sunt mai mulți factori de risc cardiovascular cu atât riscul este mai mare.



Cine trebuie să-și evalueze riscul cardiovascular?

Toate persoanele peste 40 de ani sunt sfătuite să-și evalueze riscul cardiovascular.

Dacă faci parte dintr-o familie în care rude de gradul I (bărbat sub 55 de ani sau femeie sub 65 de ani) au avut un infarct de miocard sau un accident vascular, trebuie să-ți evaluezi riscul cardiovascular și sub 40 de ani. În această situație vei cunoaște riscul tău relativ.

Dacă suferi deja de hipertensiune sau ai boli de inimă medicul te va urmări îndeaproape pentru aceste boli și evaluarea riscului nu se mai face ca la persoanele aparent sănătoase, ci mai detaliat.

Material realizat de CNSMF în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România" (2016)

Cum se evaluează riscul cardiovascular?

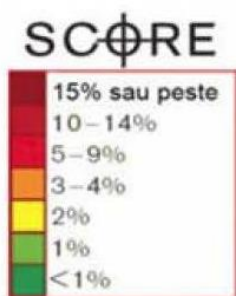
Dacă ai 40 de ani, vei fi invitat la cabinetul medical pentru evaluarea riscului cardiovascular. Vei fi întrebat de istoricul tău personal și de istoricul de familie, privind bolile importante. Medicul va decide atunci cât de aprofundată trebuie să fie evaluarea.

Îți vor fi măsurate greutatea, înălțimea, circumferința abdominală, tensiunea arterială și îți va fi determinat prin testare rapidă (pe loc), dacă este posibil, nivelul colesterolului seric.

Folosind diagrama SCORE medicul va putea estima riscul tău de a deceda de o boală aterosclerotică în următorii 10 ani.



Ce înseamnă rezultatul meu?



Riscul cardiovascular **sub 1%** înseamnă un risc mic de îmbolnăvire. Medicul te va putea sfătui cum să continui să trăiești sănătos.

Riscul cardiovascular **între 1-4%** reprezintă un risc mediu. Medicul te va putea sfătui asupra unor factori de risc, care în timp ți-ar crește riscul de boală.

Riscul cardiovascular **între 5-10%** reprezintă un risc cardiovascular crescut. În această situație medicul te va monitoriza îndeaproape în următoarea perioadă și îți va propune un plan de acțiune pentru modificarea factorilor de risc.

Riscul cardiovascular **peste 10%** reprezintă un risc foarte crescut. Mai probabil, ești deja bolnav și în această situație medicul va acorda toată atenția asupra bolii respective.

Ce am de făcut?

Este important să conștientizezi importanța prevenției și rolul tău esențial în gestionarea propriilor riscuri. Nu omite vizitele programate. Urmează recomandările și schimbă-ți stilul de viață.

Fii un partener activ în păstrarea / îmbunătățirea propriei sănătăți.

Cu ce voi începe schimbarea ? Bifați mai jos:

- ☐ Renunț la fumat (acesta este pasul cel mai important în reducerea riscului)
- ☐ Voi alege o alimentație mai sănătoasă
- ☐ Voi reduce grăsimile din dietă
- ☐ Voi face mai multe exerciții fizice
- ☐ Voi reduce aportul de sare
- ☐ Voi consuma mai puțin alcool
- ☐ Voi scădea în greutate
- ☐ Voi controla mai bine diabetul zaharat (zahărul din sânge)
- ☐ Îmi voi verifica mai des tensiunea arterială

Material realizat de CNSMF în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România" (2016)

2.43. MANAGEMENTUL RECOLTĂRII ȘI PREPARĂRII FROTIULUI BPN

1. Pregătirea pacientei

- se explică pacientei în ce constă examinarea și să fie asigurată asupra lipsei durerii sau riscurilor;
- este sfatuită să evite prezentarea pentru recoltarea frotiului în timpul ciclului menstrual și să nu utilizeze spălături vaginale, ovule, spermicide sau creme vaginale în cele 48 de ore care preced recoltarea;
- pacienta trebuie să urineze înainte de recoltare;
- contactul sexual în ziua precedentă nu contraindică în mod absolut colectarea mostrei, dar e preferabil să fie evitat

2. Se pregătește instrumentarul și se completează formularul FS1 care asigură efectuarea testării în cadrul Programului Național de Screening

3. Recoltarea frotiului BPN

- Tehnica cu cea mai mică variabilitate între recoltări implică utilizarea atât a unei spatule endocervicale cât și a unei periute endocervicale (sau a unui echivalent al celei din urmă);
- Colectarea testelor la femeile fără col dar cu un istoric de leziune intraepitelială scuamoasă (SIL), necesită recoltare din fundurile de sac vaginale;
- Anterior recoltării frotiului Papanicolaou se efectuează inspecția detaliată a vulvei, a orificiului extern al vaginului, a pereților vaginali și a colului;
- În cazul depistării la o inspecție atentă a vulvei, introitului, pereților vaginali și a colului, a unor anomalii macroscopice de tip tumoral, pacientei i se va recomanda efectuarea unui examen colposcopic fără a se aștepta rezultatul examenului citologic.

a. Instrumentele de prelevare a probelor

Screening-ul cervical are nevoie de probe endocervicale și exocervicale, prelevate cu instrumentele adecvate. Prelevarea materialului celular de la nivelul zonei de transformare se face cu ajutorul unei spatule din lemn sau plastic de diverse forme.

Se pot folosi:

- peria citologică (Cervex-brush, Rovers, Oss,);
- combinația: spatulă (cu un capăt Ayre și unul Aylesbury) pentru proba exocervicală și o periută endocervicală pentru proba endocervicală;
- doar spatula cu capete lățite.

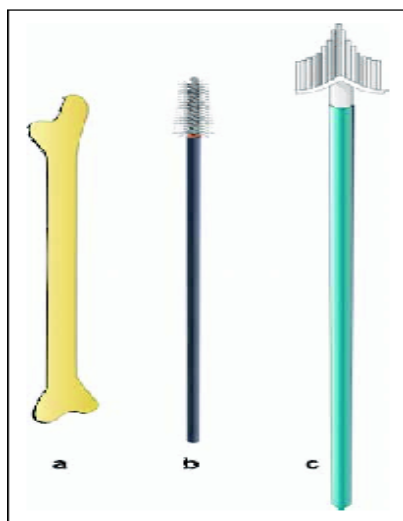


Figura 1

- a. spatula Aylesbury.
- b. periuța endocervicală
- c. peria cervicală

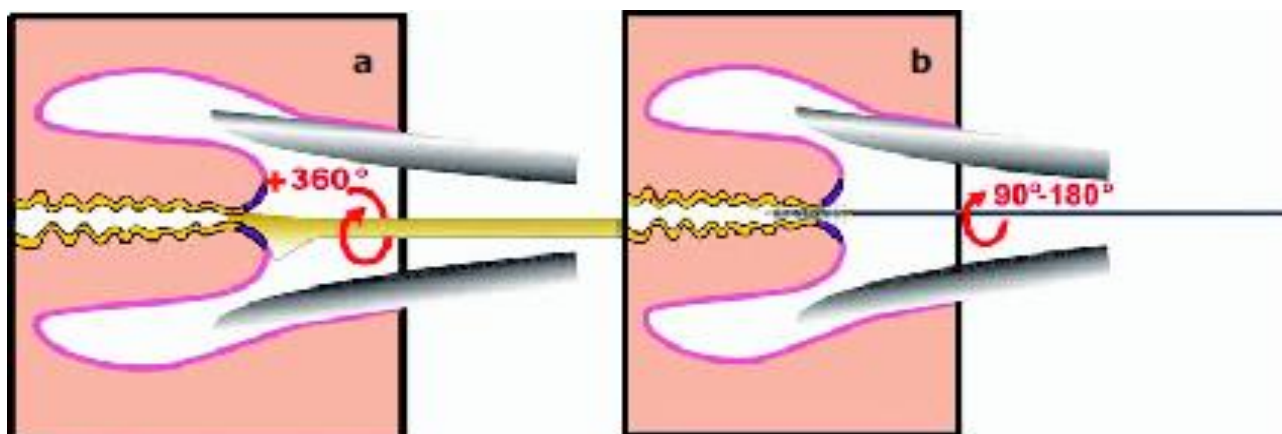


Figura 2 – prelevarea frotiului cito-vaginal

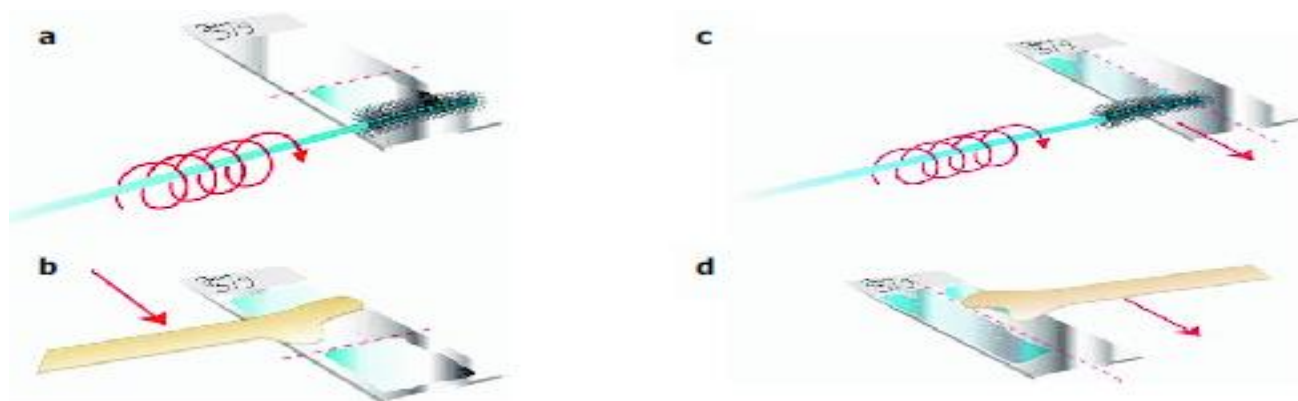
b. Prelevarea probelor și prepararea unui frotiu convențional

În prezent, cea mai utilizată în România este *peria cervicală*, care prezintă avantajul că celulele endo- și exocervicale sunt prelevate simultan. Perii mai lungi sunt poziționați în endocol și se realizează - rotația periei în sensul acelor de ceasornic, de cinci ori 360 grade, cu o ușoară apăsare, ținând mânerul între degetul mare și arătător. Peria se deplasează cu o ușoară frecare în lungul lamei. Pentru fixare se poate utiliza alcool etilic dar este preferabil spray-ul fixator (Figura 2a).

Tehnica de prelevare cu ajutorul *periuței endocervicale*: se inserează 2/3 din periuța endocervicală în canalul cervical, astfel încât perii distali să rămâna vizibili, după care se rotește ușor de la 90 la 180 grade (Figura 2b).

Transferul materialului cervical pe lamă se realizează prin rularea periuței pe treimea exterioară a lamei invers față de cum a fost colectată, dintr-o singură mișcare, fără a o apăsa. Apoi se va întinde materialul de pe spatulă în treimea mijlocie. Dacă se prelevează proba doar cu *spatula*, se va întinde materialul de pe o parte a acesteia pe o jumătate de lamă și de pe cealaltă parte pe a doua jumătate de lamă (Figura 3).

Figura 3 – Întinderea materialului recoltat pe lamă



Fixarea materialului celular pe lamă

Frotiul poate fi fixat prin inundarea lamei cu fixator picurat dintr-o sticlă, după care este imediat introdus într-un recipient cu fixator care trebuie să acopere în întregime suprafața lamei, timp de 10 minute, după care se scoate și se pune la uscat într-o cutie, pentru a fi transportat la laborator. În cazul utilizării spray-ului fixarea se face prin pulverizare de la o distanță de 20 cm. Este important ca frotiurile să fie fixate imediat pentru a preveni uscarea parțială, care va denatura arhitectura celulară. Frotiurile provenite de la femei în climax sau cele hemoragice se usucă foarte repede.

2.44. TESTUL HEMORAGIILOR OCULTE ÎN FECAL (THOF). INFORMAȚII PENTRU PACIENT

Alte denumiri pentru THOF: FOBT; Hemoccult; Frotiu cu guaiac; gFOBT; FOBT imunochimic; Imunotestare FOBT; iFOBT; FIT

De ce este necesar aceste test?

Pentru screening-ul sângerărilor gastrointestinale, care pot fi indicii ale prezenței cancerului colorectal

Când este necesară testarea?

Ca parte a examenului de rutină în screeningul pentru cancer de colon; multe organizații din sănătate recomandă efectuarea testului o dată pe an la persoanele de peste 50 de ani; atunci când medicul Dv. îl recomandă având în vedere istoricul Dv. familial.

Ce probă se recoltează?

Una sau mai multe probe de fecale.

Este necesară o pregătire prealabilă pentru test?

Medicul vă poate instrui să evitați să luați anumite medicamente și să respectați unele restricții dietare, timp de câteva zile înainte recoltarea probelor fecale.

Ce anume se testează?

Testul pentru hemoragie ocultă în fecale (THOF) verifică dacă există sânge ocult (care nu se vede cu ochiul liber) în materiile fecale. Cantitatea mică de sânge care se pierde, în mod normal, prin tractul gastrointestinal (GI) nu poate fi identificată prin THOF.

Un rezultat pozitiv la THOF indică faptul că o cantitate anormal de mare de sânge se pierde prin tractul gastrointestinal.

Cum se recoltează proba pentru acest test?

Există mai multe metode de testare pentru sânge ocult în sânge:

- metoda frotiului guaiac (gFOBT metoda standard);
- test rapid eliberat fără rețetă (OTC) cu reactiv pe tampon/țesut;
- metode imunochimice (iFOBT sau FIT).

Fiecare metodă are o abordare diferită pentru colectarea și testarea unei probe de fecale.

În cazul gFOBT (testul cu guaiac), medicul Dv. sau medicul de laborator vă va oferi una sau mai multe teste rapide (dispozitive asemănătoare unor carduri).

Dv. trebuie să colectați trei probe de fecale, din trei defecări diferite, de obicei în zile consecutive. Fiecare mostra de scaun trebuie să fie colectate într-un recipient curat, și nu trebuie să fie contaminate cu urină sau apă.

Pe test trebuie scris numele Dv. și data recoltării.

Cu un bețișor special ce face parte din test, aplicați un strat subțire de materie fecală pe zona indicată pe test și lăsați să se usuce. Odată ce s-a uscat, este stabil.

De obicei, colectați toate probele consecutive, fie pe un singur test ce are trei elemente separate, fie în trei ocazii diferite apoi duceți testele la medicul Dv./laborator.

Testul rapid eliberat fără rețetă (OTC) cu reactiv pe tampon/țesut îl veți folosi când mergeți la toaletă pentru a defeca. Plăcuțele testului conțin o substanță chimică ce produce o modificare a culorii materialului de reacție atunci când sângele este prezent în fecale. Verificați vizual dacă, după ce materiile fecale ajung pe plăcuță, apare schimbarea de culoare menționată în instrucțiunile de folosire a testului. Este posibil să vi se ceară să notați observațiile pe un formular, pe care să îl trimiteți medicului prin email. Acest test, la fel ca și gFOBT, se face de obicei pe probe de fecale recoltate în trei zile consecutive.

În cazul testelor imunochimice, metoda de colectare poate varia în funcție de producătorul testului. Abordarea generală este utilizarea unei perii speciale, cu mâner lung, sau a altui instrument, pentru a colecta proba de pe suprafața materiei fecale. Apoi, folosiți peria pentru a transfera o parte din fecale pe caseta specială de colectare. După ce fecalele s-au uscat, duceți testul la medicul Dv. sau la laborator.

Este necesară o pregătire prealabilă pentru testare?

Pentru metodele gFOBT și OTC, există restricții stomatologice, de dietă și de consum de medicamente. Testele gFOBT și OTC sunt capabile să detecteze orice sânge care apare în tractul digestiv. Prin urmare, măsurile pe care trebuie să le luați pentru a evita introducerea de sânge în tractul digestiv vor crește calitatea probei ce va fi testată.

Sângele care provine de la sângerarea gingiilor (în urma unor proceduri stomatologice sau unor boli ale gingiilor) vor contamina proba. Sângerările la nivelul stomacului, care pot fi declanșate de consumul de medicamente precum aspirina, vor fi, de asemenea, detectate de aceste teste. De aceea, vă sfătuim să evitați să luați aspirină sau și orice proceduri stomatologice cu până la trei zile înainte de a începe să colectați probe de fecale.

Testul standard pe bază de guaiac, și testele OTC se bazează pe o reacție chimică care schimbă culoarea benzii cu reactiv atunci când testul este pozitiv.

Alimentele cum sunt carnea roșie, broccoli, napii și hreanul, dar și medicamentele precum colchicina și cele oxidante (cum ar fi iodul și acidul boric) pot declanșa reacția chimică de colorare și vor face ca testul să dea rezultate fals pozitive – în absența sângelui provenit din surse interne.

Vitamina C, pe de altă parte, interferează cu reacția chimică și împiedică modificarea culorii ce ar trebui să apară atunci când este prezent sângele ocult (rezultat falsnegativ).

Medicului Dv. vă va da o listă cu alimente și medicamente pe care trebuie să le evitați, sau veți găsi instrucțiunile pentru efectuarea testului incluse în kitul de testare.

Înainte de a întrerupe tratamentele medicamentoase curente, discutați cu medicul Dv. pentru a vă asigura că puteți face aceasta în siguranță.

Pentru metodele imunochimice nu există restricții alimentare sau de medicamente și nu este nevoie să evitați procedurile stomatologice, deoarece aceste teste detectează numai sânge de la nivelul tractului gastrointestinal inferior (colon).

La ce folosește testul?

Principalul scop al testelor THOF este profilaxia cancerului de colon în fază incipientă. Sângele din fecale poate fi singurul simptom precoce al cancerului. În cazul în care cancerul este detectat devreme, șansa ca acesta să poată fi vindecat crește considerabil. Testele FOBT nu au valoare diagnostică pentru cancer, fiind necesară efectuarea altor teste și proceduri pentru a identifica sursa sângerării, deoarece prezența sângelui poate indica, de asemenea, prezența altor probleme gastrointestinale.

Scopul secundar al testelor FOBT este acela de a investiga cauzele anemiei, cum sunt pierderea de sânge datorată unui ulcer care sângerează. Dacă aveți simptome și semne de anemie, oboseală sau rezultate cu valori reduse ale hemoglobinei și hematocritului, și/sau scaune neobișnuit de închise la culoare, medicul Dv. va poate recomanda teste FOBT.

Când se recomandă?

Testele pentru sânge ocult în fecale sunt, cel mai adesea, parte a unui examen preventiv de rutină.

Testele sunt utilizate în principal ca un instrument profilactic (adică de prevenire) pentru depistarea precoce a cancerului de colon. Ele sunt recomandate cu frecvență anuală, începând cu vârsta de 50 de ani (recomandarea Societății Americane pentru Cancer și a altor organizații importante), sau la intervale decise de către medic în funcție de istoricul medical al familiei Dv. Cei mai mulți dintre cei care au făcut aceste teste sunt asimptomatici (nu prezintă simptome).

Medicul Dv. poate, de asemenea, să vă ceară să faceți teste FOBT în cazul în care suspectează că aveți o anemie inexplicabilă, care ar putea fi cauzată de hemoragii gastrointestinale.

Ce semnificație au rezultatele acestui test?

Testul FOBT este în mod normal negativ. Un rezultat pozitiv va indica medicului Dv. faptul că aveți sângerări anormale, care apar undeva în tractul gastrointestinal.

Această pierdere de sânge ar putea proveni din ulcere, diverticuloză, polipi hemoragici, ca efect al bolii inflamatorii a intestinelor, hemoroizilor, de la sângele înghițit din cauza sângerării gingiilor sau sângerării nazale, sau ar putea fi cauzată de tumori benigne sau canceroase. Orice formațiune care iese în relief în lumen (spațiul gol din interiorul intestinului) cum ar fi un polip sau o tumoră, de care se freacă materiile fecale care tranzitează intestinul are potențialul de a provoca sângerări intermitente.

Adesea, această cantitate mică de sânge este primul, și uneori singurul semn al cancerului incipient de colon, de aceea testul FOBT este un instrument de screening (profilactic) foarte valoros.

Ce altceva ar mai trebui să știu?

Sângerarea, în special de la polipi și tumori, este intermitentă, așa că sângele nu are distribuție uniformă în toate probele de fecale. Recoltarea a trei probe diferite, în trei zile consecutive crește șansele de a detecta sângerarea atunci când este intermitentă.

Întrebări frecvente

1. Testele rapide OTC și cele imunochimice sunt la fel de bune?

Cu toate că testele OTC, care se aruncă la toaletă atunci când defecați, sunt destul de sensibile, medicul Dv. ar putea prefera unul dintre testele standard gFOBT sau imunochimic.

Deoarece observarea modificărilor de culoare este supusă interpretării subiective a observatorului, testele trimise la un laborator profesional pot fi mai sigure (mai de încredere). Personalul de laborator are o experiență superioară celei a pacienților în interpretarea modificării culorii, care uneori este subtilă, și sunt mai familiarizați cu cauzele rezultatelor fals negative și fals pozitive.

2. Ce proceduri ar putea urma unui rezultat pozitiv la testul FOBT?

Un test FOBT pozitiv va fi urmat de un consult de specialitate gastro-enterologic care poate conține : **Sigmoidoscopie** (o examinare a rectului și a colonului inferior, cu un instrument luminos pentru a căuta anomalii, cum ar fi polipii, sau o **Colonoscopie** (o examinare mai amănunțită a rectului și a întregului colon;) si/sau Clismă cu bariu pentru o serie de radiografii ale colonului și rectului cu dublu contrast.

3. Există și alte tipuri de teste pentru depistarea cancerului colorectal, care să fie efectuate pe probe de fecale?

Da. Este disponibil un test ADN pentru fecale (sDNA). Testul poate detecta anumite modificări ale ADN-ului din celulele canceroase eliminate prin fecale.

2.45. EXAMENUL CLINIC AL SÂNULUI

Discutați antecedentele pacientei.

Identificați factorii de risc pentru cancerul de sân.

Treceți în revistă importanța autoexaminării sânului.

Prezentați pe scurt tehnica de examinare.

Treceți în revistă alte semne și simptome comune descoperite în urma examinării.

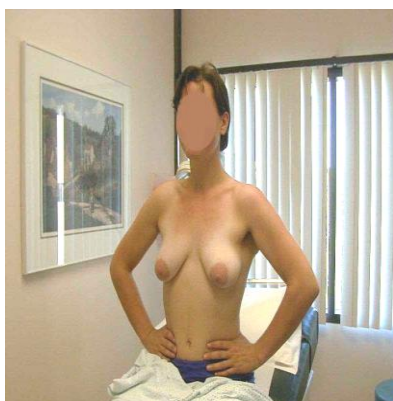
Începerea examinării

Rugați pacienta să se așeze la marginea canapelei de examinare.

Rugați-o să se dezbrace până la brâu.

Rugați pacienta să își pună mâinile în șolduri. Verificați:

- Simetria sânilor
- Umflături sau retracții ale pielii.
- Efectul de coajă de portocală al pielii



- Poziția mamelonului

Observați mișcarea sânilor atunci când pacienta:

- Își mișcă umerii;
- Își ridică ușor brațele peste nivelul sânilor;
- Se apleacă înainte cu mâinile pe genunchi (numai în cazul sânilor mari)
- Asigurați pacienta că până acum examenul este normal.

Mâna ca instrument

Utilizați buricele celor trei degete din mijloc

Mișcați mâna în traiectorii circulare pentru 1-2 secunde

Avansați cu o distanță de aproximativ un deget

În continuare...

Rugați pacienta să se culce în decubit dorsal și să își pună mâna (din partea sânelui examinat) sub cap.

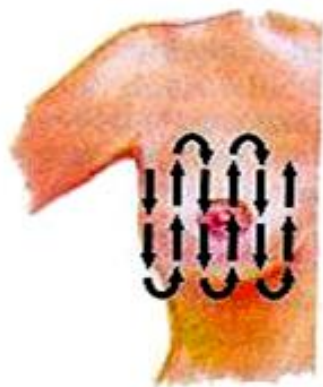
Apăsați țesutul sânelui spre cutia toracică cu mișcări circulare.

Palpați sânul în zonele de trecere. Acoperiți întreg sânul și zona axilară.

Palpați în jurul aureolei și a mamelonului. Apăsați ușor mamelonul pentru a pune în evidență existența scurgerilor. Utilizați degetul mare și indexul.

Coborâți brațul pacientei și palpați zona axilară.

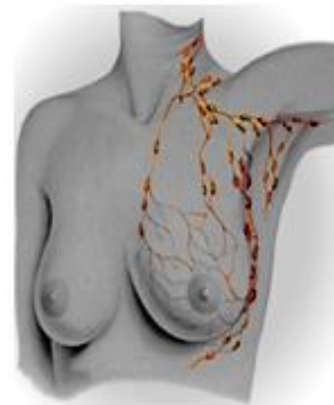
Verificați ganglionii pectorali, supraclaviculari și axilari. Urmăriți dacă sunt măriți, dacă prezintă mase



Benzi verticale



Circular pe sectoare



sau zone moi. Controlați toată axila

Anunțați pacienta înainte de a o atinge.

Asigurați pacienta că examenul este normal până acum.

Repetăți acum examenul pentru celălalt sân.

După încheierea examenului

Discutați rezultatele cu pacienta.

Asigurați pacienta că examenul a fost normal.

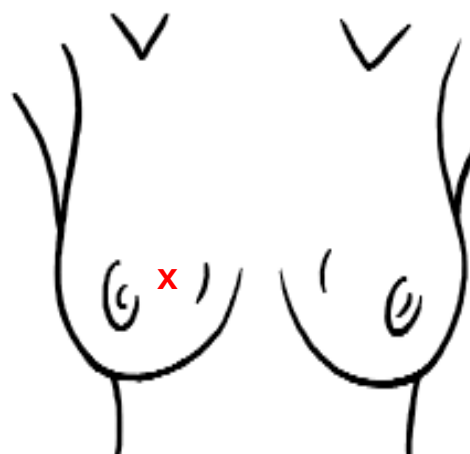
Treceți în revistă cu pacienta tehnicile de autoexaminare a sânelui.

Treceți în revistă simptomele asociate cu cancerul de sân.

Înregistrarea examenului

Descrieți sânul în cele patru cadrane (sau utilizați o fișă cu posibilități de reprezentare grafică)

- Descrieți rezultatele prin utilizarea analogiei cu orele ceasului.
- ex. O masă de 1 cm palpată în dreptul orei 2:00, în zona sfertului (cadranelui) din dreapta sus.



Primele simptome ale carcinomului	%
Nodul	61,7
Nodul și Retractivă tegument	28,3

Nodul și Secreție	3,6
Retracția tegument	2,4
Modificări mamelon	2,0
Secreție sanghinolentă	1,6
Adenopatia axilară	0,4

Analiza Nodulului mamar

Indice diagnostic clinic (Di Pietro – 1977)

v Variație de Volum		Mobilitate intramamara	
Ø Scădere	-1	Ø Evidentă	-1
Ø Stagnare	0	Ø Modesta	0
Ø Creștere	+1	Ø Redusă sau absentă	+1
v Consistența		v Proeminență	
Ø Moale	-1	Ø Inapreciabilă	-1
Ø Intermediară	0	Ø Palpatorie	0
Ø Dura	+1	Ø Vizibilă	+1
v Forma		v Durere	
Ø Rotunda	-1	Ø Prezentă	-1
Ø Nedefinibilă	0	Ø Redusă	0
Ø Neregulată	+1	Ø Absentă	+1
v Suprafață		v Secreție mamelonară	
Ø Netedă	-1	Ø Non sero-hemoragică	-1
Ø Granuloasă	0	Ø Absentă	0
Ø Neregulată	+1	Ø Sero hemoragică	+1
v Margini		v Adenopatie axilară	
Ø Nete și regulate	-1	Ø Absente (sau mici)	-1
Ø Nedefinite	0	Ø Prezente, dure, omolaterale	+1
Ø Neregulate sau infiltrante	+1	v Tegument	
		Ø Neted și mobil	-1
		Ø Retrăctat sau fixat	+1

Interpretare :

Suma algebrică Semnificație diagnostică

≤ -2 benignitate

$-1 - +1$ incertitudine

$\geq +2$ malignitate

Avantajele Examenului Clinic al Sânelui (ECS) sunt date de costurile scăzute și posibilitatea realizării sale în orice context.

Limitele sunt date de caracterul subiectiv și dificil de cuantificat și de sensibilitatea sa scăzută pentru formațiuni cu diametrul mai mic decât 1cm, care este limita de discriminare tactilă medie pentru majoritatea clinicienilor.

CODUL EUROPEAN ÎMPOTRIVA CANCERULUI



1. Nu fumați. Nu utilizați nicio formă de tutun.
2. Eliminați fumatul acasă. Sprijiniți politicile în favoarea interzicerii fumatului la locul de muncă.
3. Luați măsuri pentru a avea o greutate corporală sănătoasă.
4. Fiți activ fizic în viața de zi cu zi. Limitați perioadele de timp petrecute stând așezat.
5. Adoptați o dietă sănătoasă:
 - consumați din abundență cereale integrale, leguminoase, legume și fructe.
 - limitați alimentele bogate în calorii (alimente cu conținut crescut de grăsimi sau zahăr) și evitați băuturile îndulcite.
 - evitați carnea prelucrată; limitați carnea roșie și alimentele cu un conținut ridicat de sare.
6. În cazul în care consumați alcool de orice fel, limitați-vă consumul. Pentru prevenirea cancerului este mai bine să nu beți alcool deloc.
7. Evitați expunerea exagerată la soare, în special în cazul copiilor. Utilizați produse de protecție solară. Nu utilizați aparate de bronzat.
8. La locul de muncă, respectați instrucțiunile privind sănătatea și securitatea în muncă pentru a vă proteja de substanțele cancerigene.
9. Aflați dacă sunteți expuși iradierilor cu niveluri ridicate de radon natural în locuința dumneavoastră. Luați măsuri pentru a reduce nivelurile ridicate de radon.
10. Pentru femei:
 - alăptarea reduce riscul de cancer al mamei. Dacă puteți, alăptați-vă copilul.
 - Terapia hormonală de substituție (THS) crește riscul apariției anumitor tipuri de cancer. Limitați utilizarea THS.
11. Asigurați participarea copiilor dumneavoastră la programele de vaccinare pentru:
 - hepatita B (pentru nou-născuți)
 - virusul papiloma uman (HPV) (pentru fete).
12. Participați la programele organizate de screening pentru cancer:
 - colorectal (la femei și bărbați)
 - mamar (la femei)
 - de col uterin (la femei).

Codul european împotriva cancerului se axează pe măsurile pe care cetățenii le pot lua pentru a contribui la prevenirea cancerului. Prevenirea cu succes a cancerului necesită ca aceste măsuri individuale să fie sprijinite de politici și măsuri guvernamentale.

- ☐ fixare deficitară
- ☐ întindere pe lamă
- ☐ frotiu poluat cu hematii, leucocite, etc.
- ☐ alte

Rezultat ☐ Negativ pentru leziuni intraepiteliale sau malignitate

☐ Infecții ☐ Tricomonas Alte modificări non neoplazice ☐ inflamatorii

- ☐ Candida ☐ post radio/chimioterapie
- ☐ Cocobacili ☐ IUD
- ☐ Actinomyces ☐ celule glandulare post histerectomie
- ☐ Virusuri herpes simplex ☐ atrofie
- ☐ Gardnerella
- ☐ alte _____

☐ alte ☐ celule endometriale pt. femei ≥ 40 ani

☐ Anomalii ale celulelor epiteliale ☐ Anomalii ale celulelor glandulare

☐ ASC-US ☐ Atipii celulare endocervicale NOS

☐ ASC-H ☐ Atipii celulare endometriale NOS

☐ LSIL ☐ cu atipii HPV ☐ Atipii celulare glandulare NOS

☐ HSIL ☐ cu suspiciune de invazie ☐ Atipii celulare endocervicale FN

☐ Carcinom cu celule scuamoase ☐ Atipii celulare glandulare FN

☐ AIS

☐ Adenocarcinom ☐ endocervical

☐ endometrial

☐ extrauterin

☐ NOS

☐ Alte neoplasme

Indicații ☐ repetare imediată

☐ testare HPV

☐ repetare după tratament antiinflamator

☐ biopsie/colposcopie

☐ repetare la 3 - 6 luni

☐ chiuretaj bioptic

☐ repetare de rutina (ritm de examinare organizată obișnuită pentru depistare precoce)

Observații _____

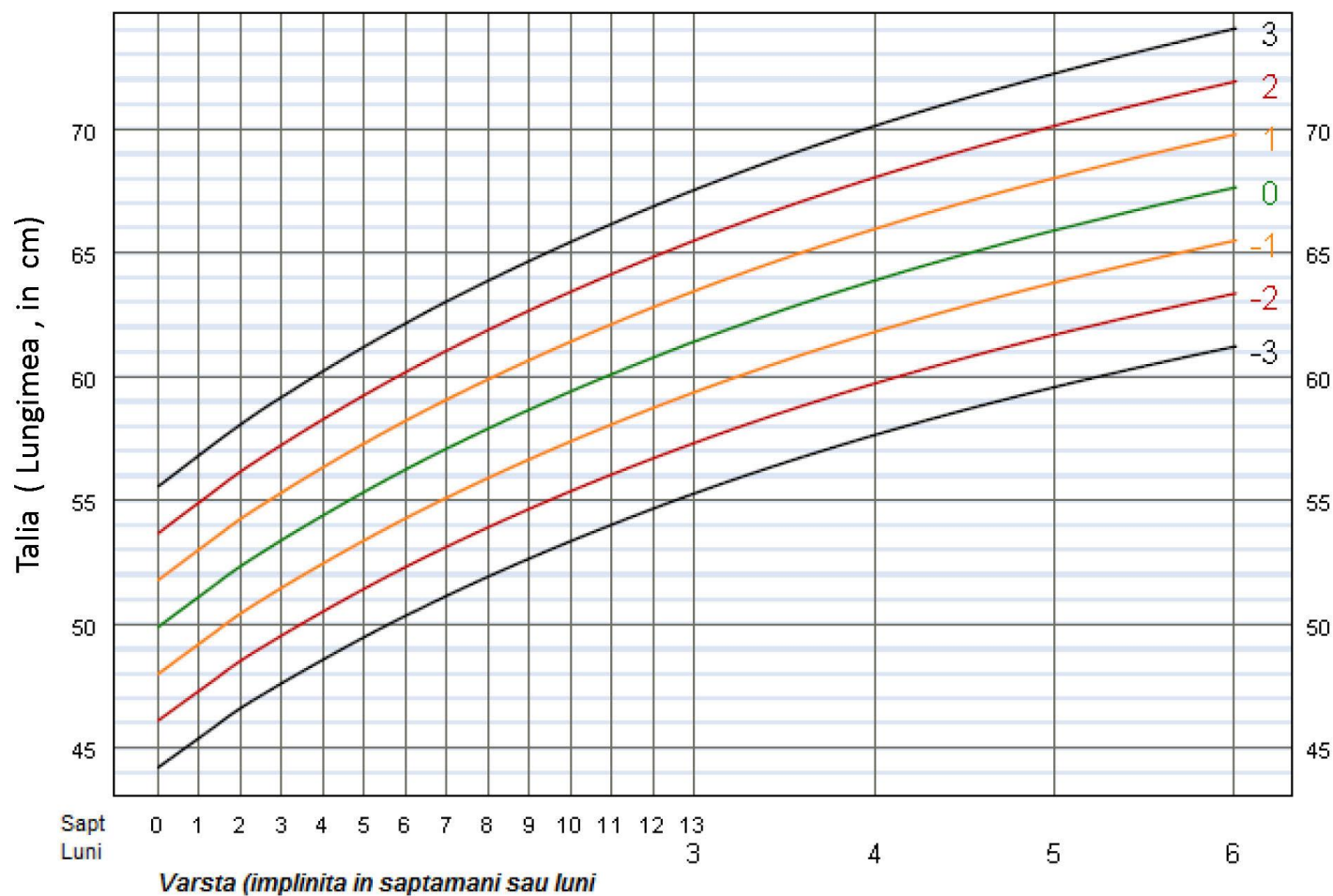
2.48. EVALUAREA CREȘTERII COPILULUI 0-5 ANI

(După Measuring Child s Growth WHO)

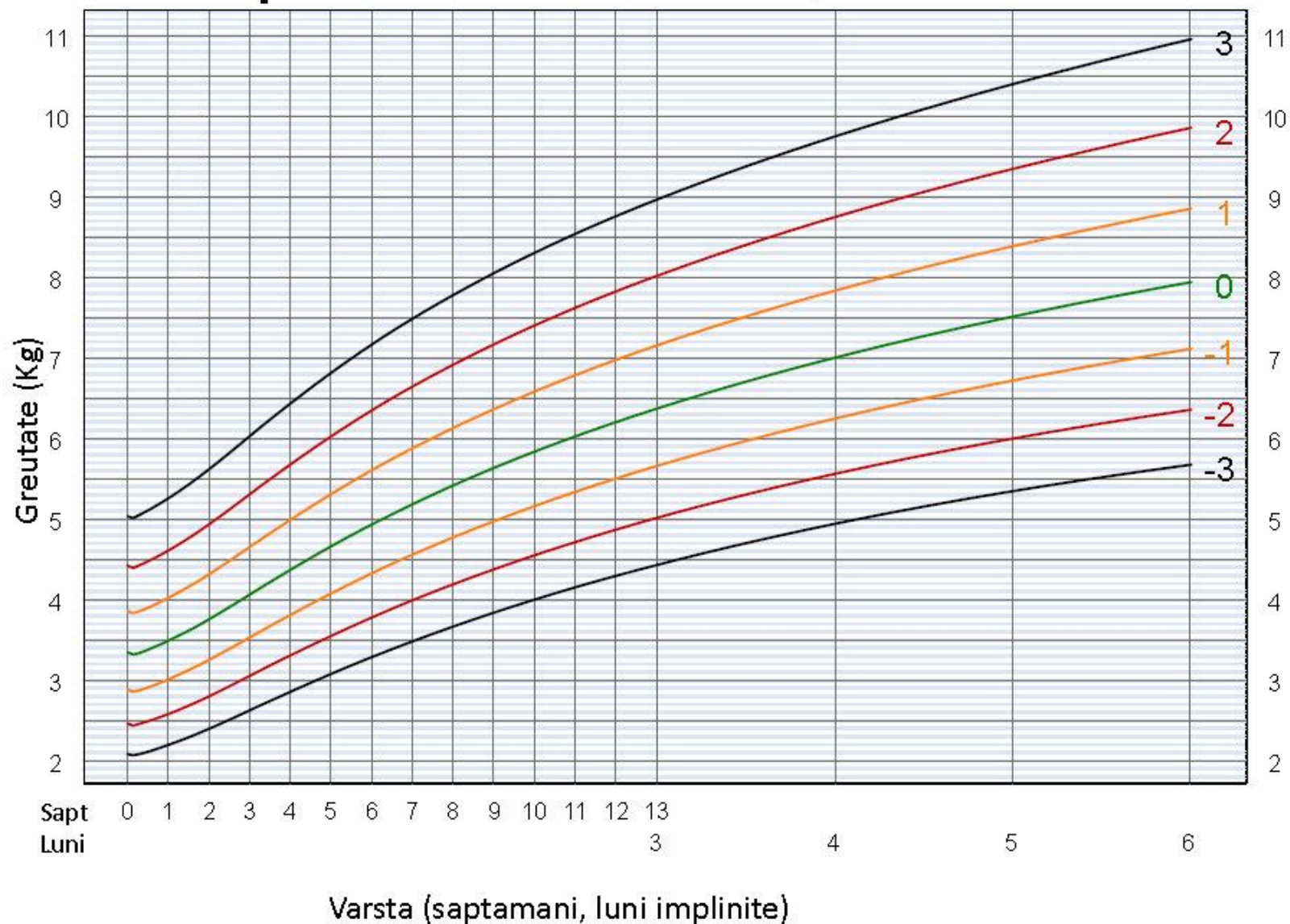
Stabilirea vârstei exacte				
- Copil sub 1 ani: se exprimă vârsta în luni. Luna se consideră împlinită doar după data de aniversare (luna împlinită) - Copil peste 1 an: ani plus luni împlinite (lună împlinită)				
Alegerea tipului de grafic adaptat vârstei și sexului copilului				
- Lungime/vârstă 0- 6luni 0-6 luni, 6 luni-2 ani, 0-2 ani, 2-5 ani, 0-5 ani - Greutate/vârstă 0-6 luni, 6 luni-2 ani, 0-2 ani, 2-5 ani, 0-5 ani - Greutate/lungime 0-2 ani, 2-5 ani, 0-5 ani - IMC/vârstă: 0-2 ani, 2-5 ani, 0-5 ani - Circumferința craniană/vârstă: 0-13 săpt, 0-2 ani, 0-5 ani				
Măsurarea greutății				
- Cântar calibrat - Exprimă în grame și kg				
Măsurarea lungimii/înălțimii				
- Sub 2 ani- culcat=lungime (dacă nu stă culcat măsoară în picioare și adaugă 0,7 cm) - Peste 2 ani- în picioare= înălțime (dacă nu stă în picioare măsoară culcat și scade 0,7 cm)				
Determină indicele de masă corporală (IMC)-peste 2 ani				
- Greutatea (Kg)/înălțimea (m) la pătrat				
Situează parametrii pe grafice				
Interpretează scorul Z				
Scor –Z *	INDICATORI DE CREȘTERE			
	Lungime/Talie-pentru vârstă	Greutate-pentru-vârstă	Greutate- pt Lungime/Talie	IMC pentru-vârstă
Peste 3	Înălțime excesiva	Posibilă problemă de creștere (pt interpretare. de corelat cu grafic Greutate pt lungime sau IMC	Obezitate	Obezitate
Peste 2	Normal		Supragreutate	Supragreutate
Peste 1			Posibil risc de supragreutate	Posibil risc de supragreutate
0 (mediana)	Normal			
Sub –1	Normal			
Sub –2	Deficit de creștere staturală	Deficit ponderal	Subnutrit	Subnutrit
Sub –3	Deficit statural sever	Deficit ponderal sever	Malnutriție severă	Malnutriție severă

2.49. GRAFICELE DE CREȘTERE ȘI DEZVOLTARE

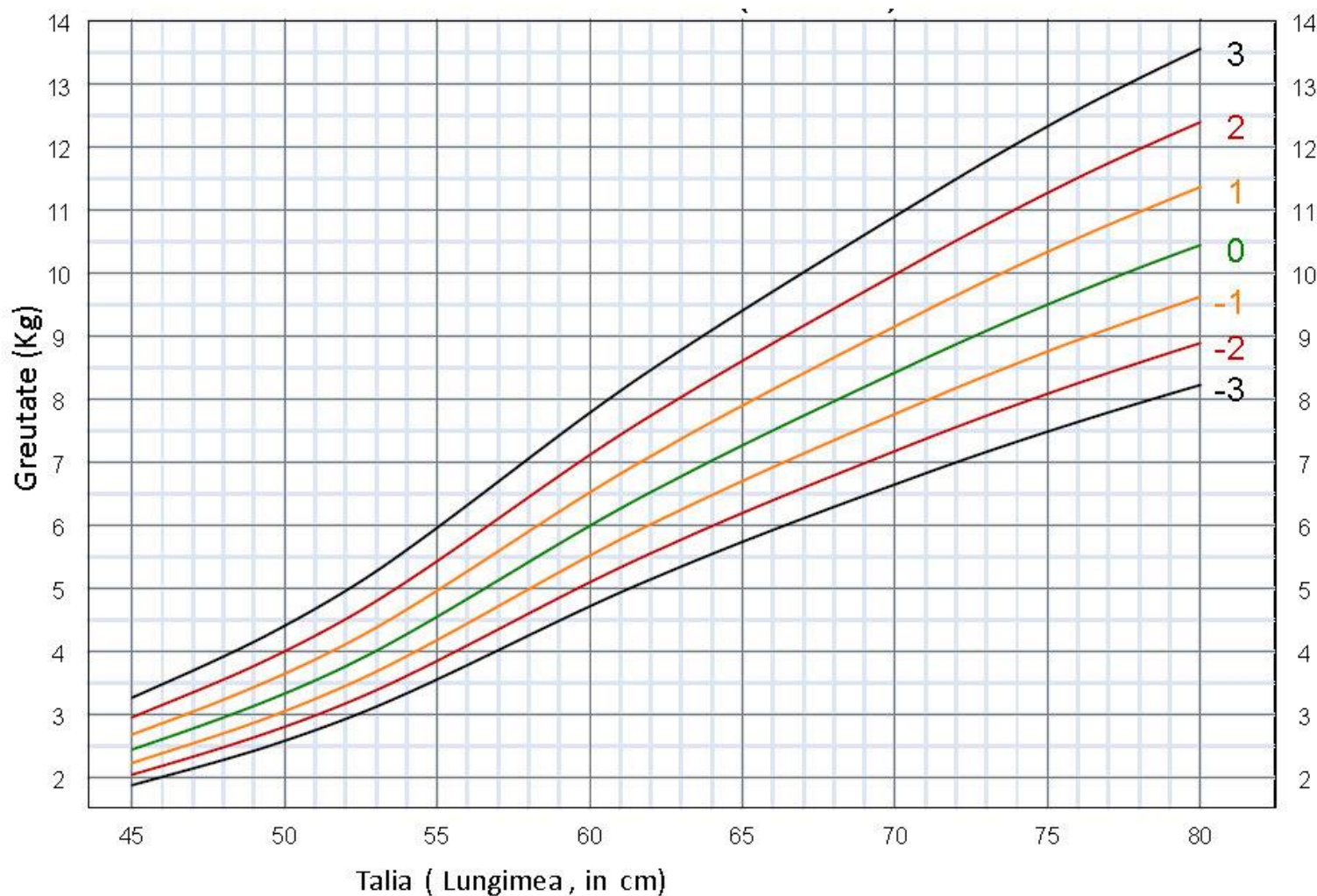
Talie pentru Varsta 0-6LUNI, BAIETI



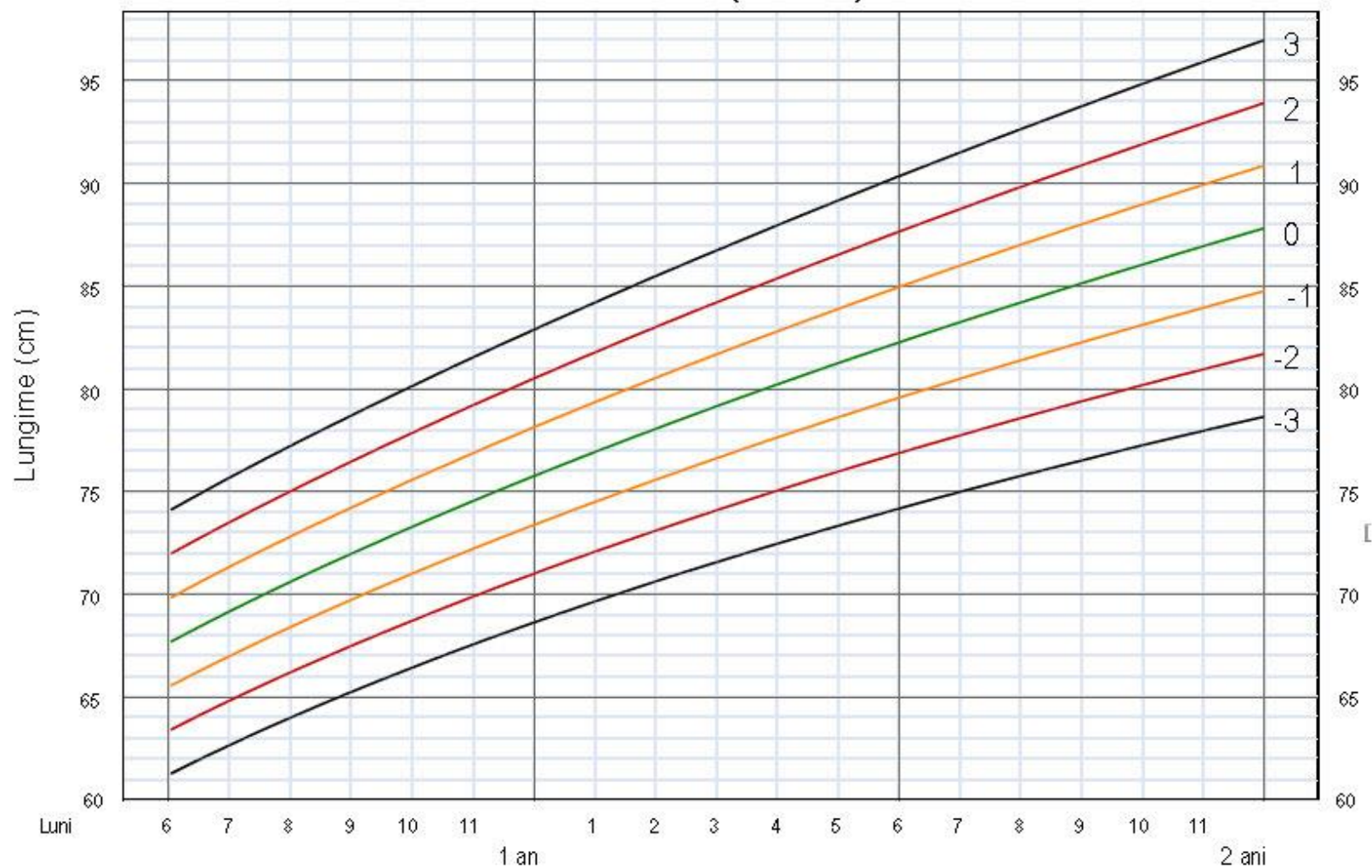
Greutate pentru Varsta - 0-6LUNI, BAIETI



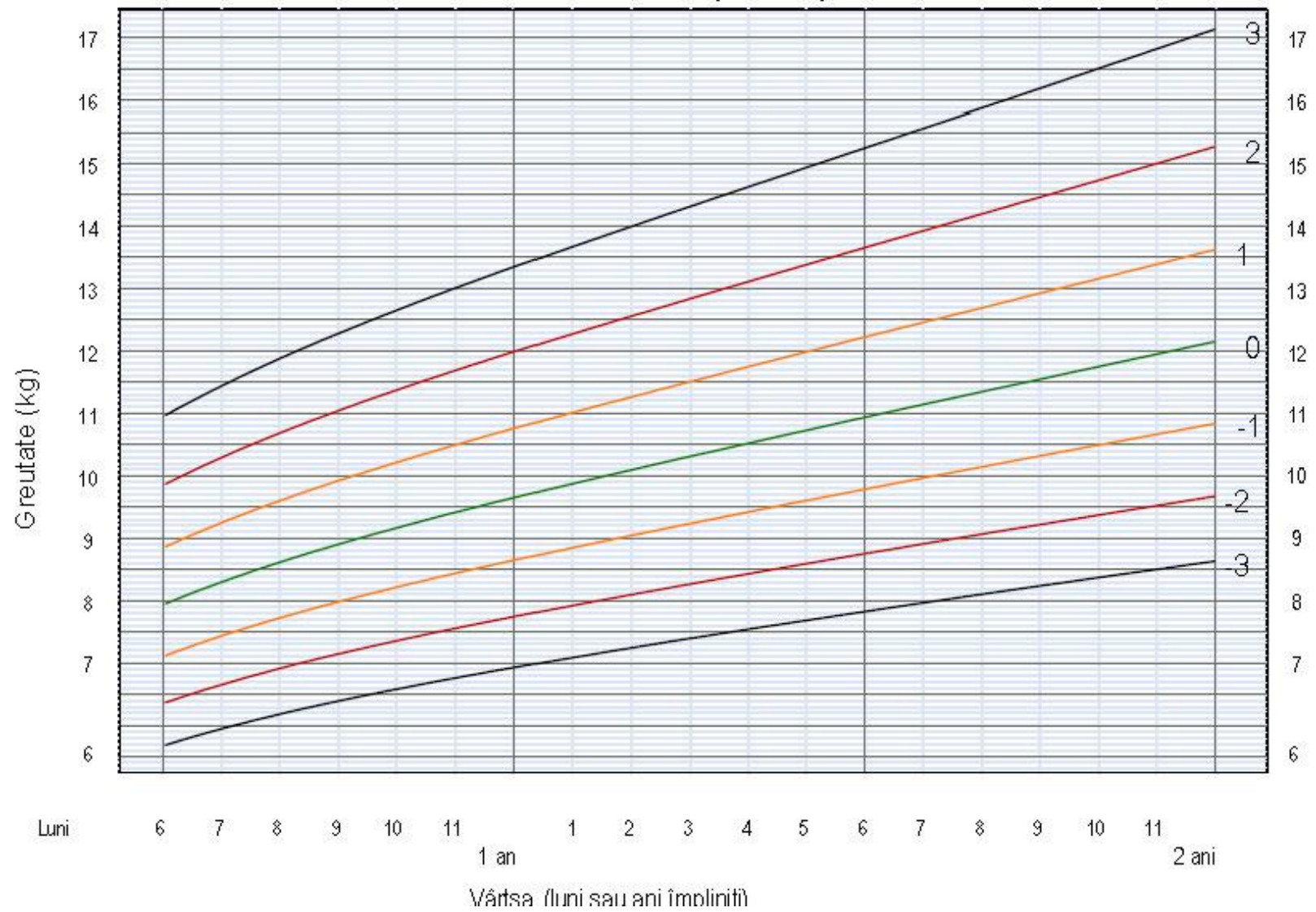
Greutate pentru Talie -BAIETI (0-6 LUNI)



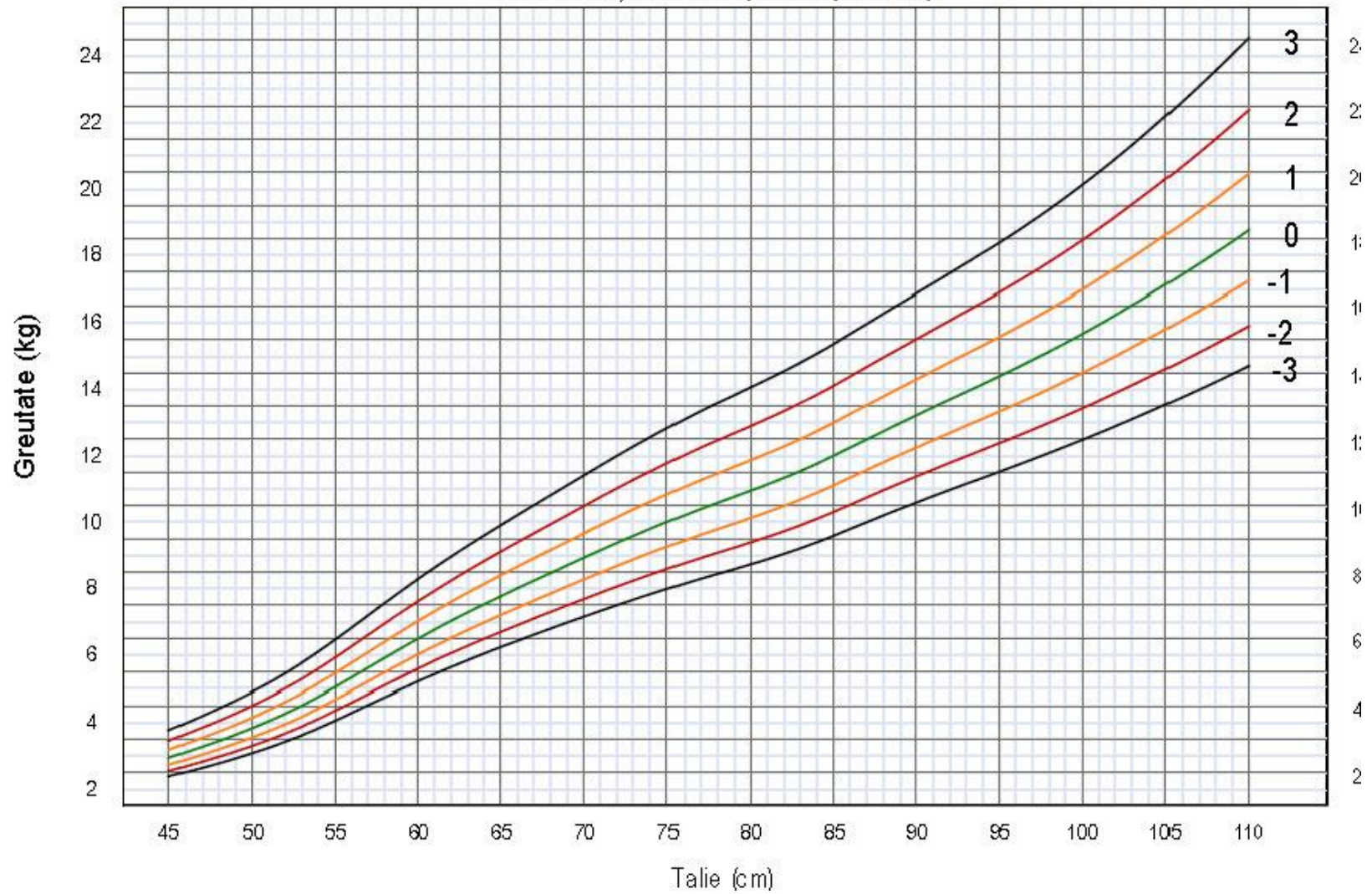
Talie-pt-vârstă Băieți 6 luni - 2 ani (Scoruri z)



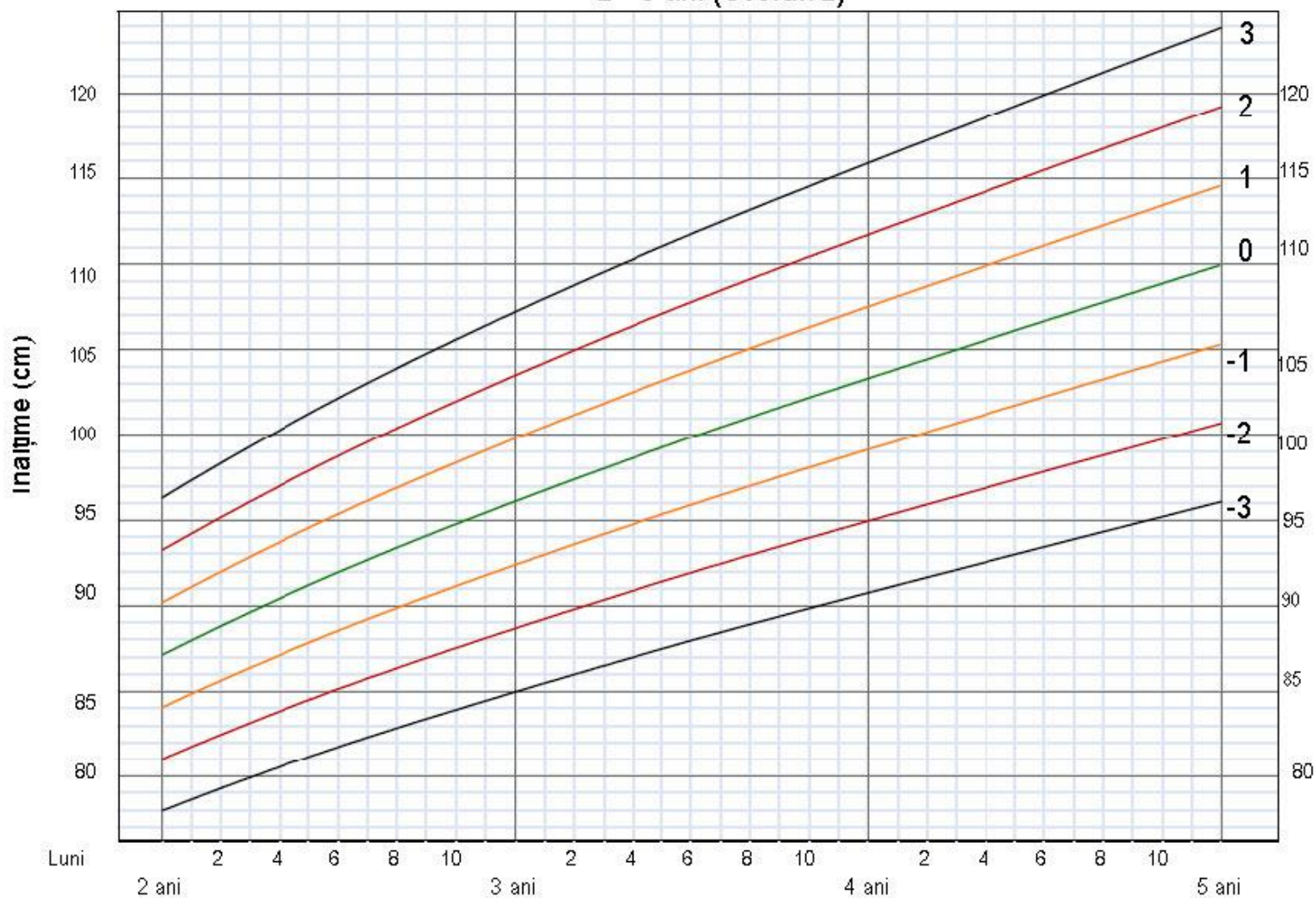
Greutate-pt-vârstă Băieți 6 luni - 2 ani (Scorul z)



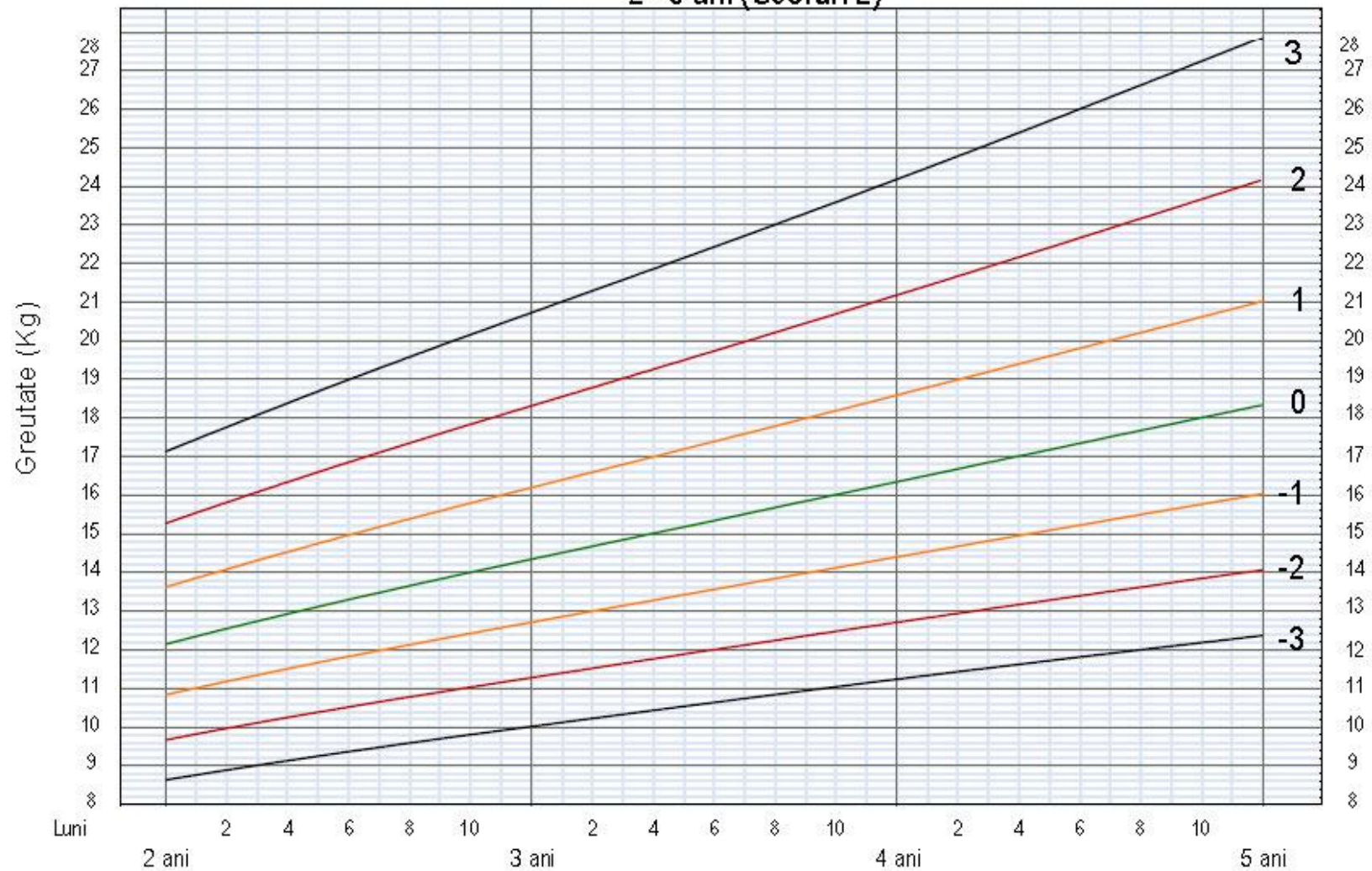
Greutate-pt-talie Băieți De la naștere la 2 years (Scor z)



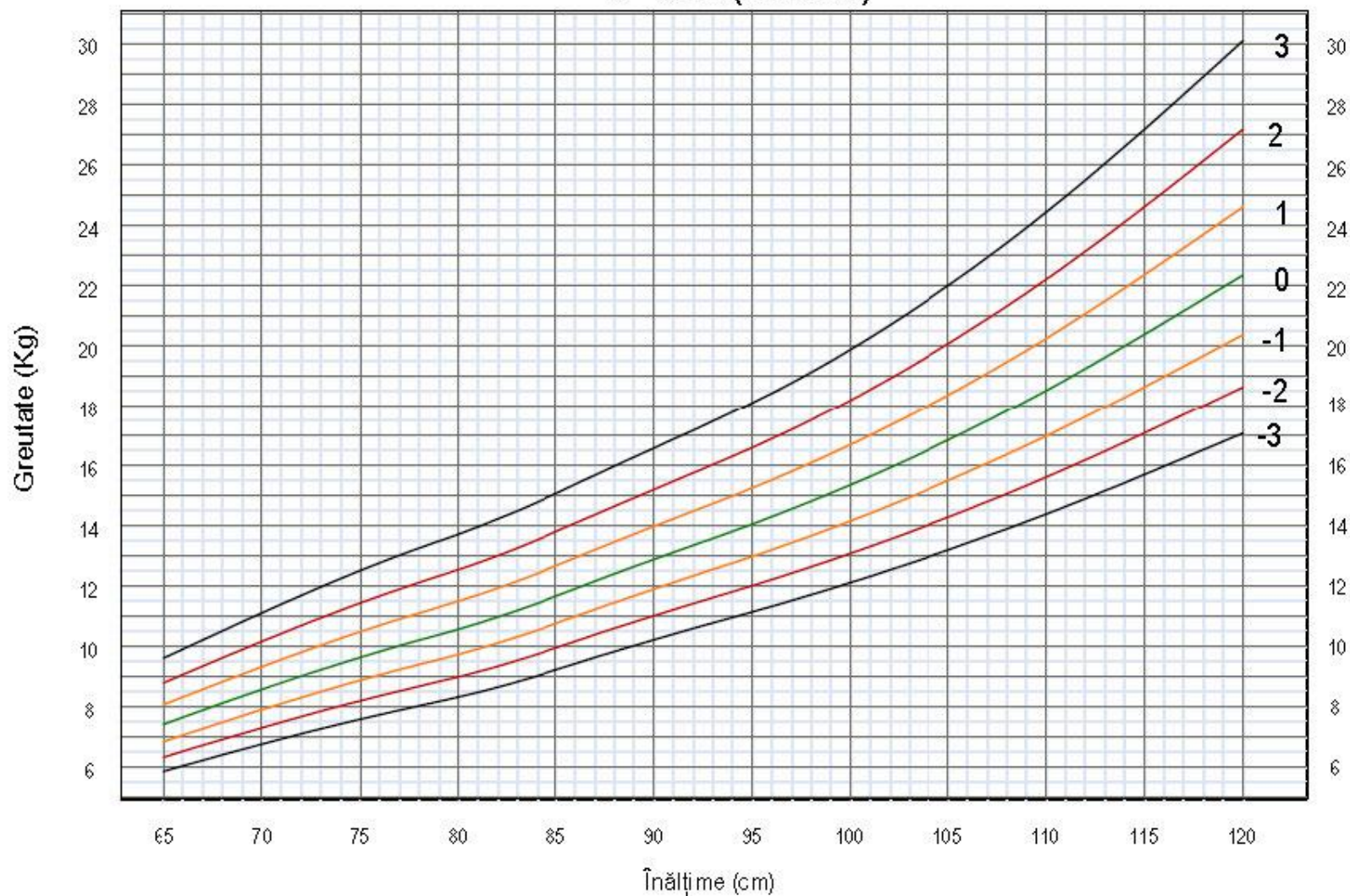
Înălțime-pt-vârstă Băieți 2 - 5 ani (Scoruri z)



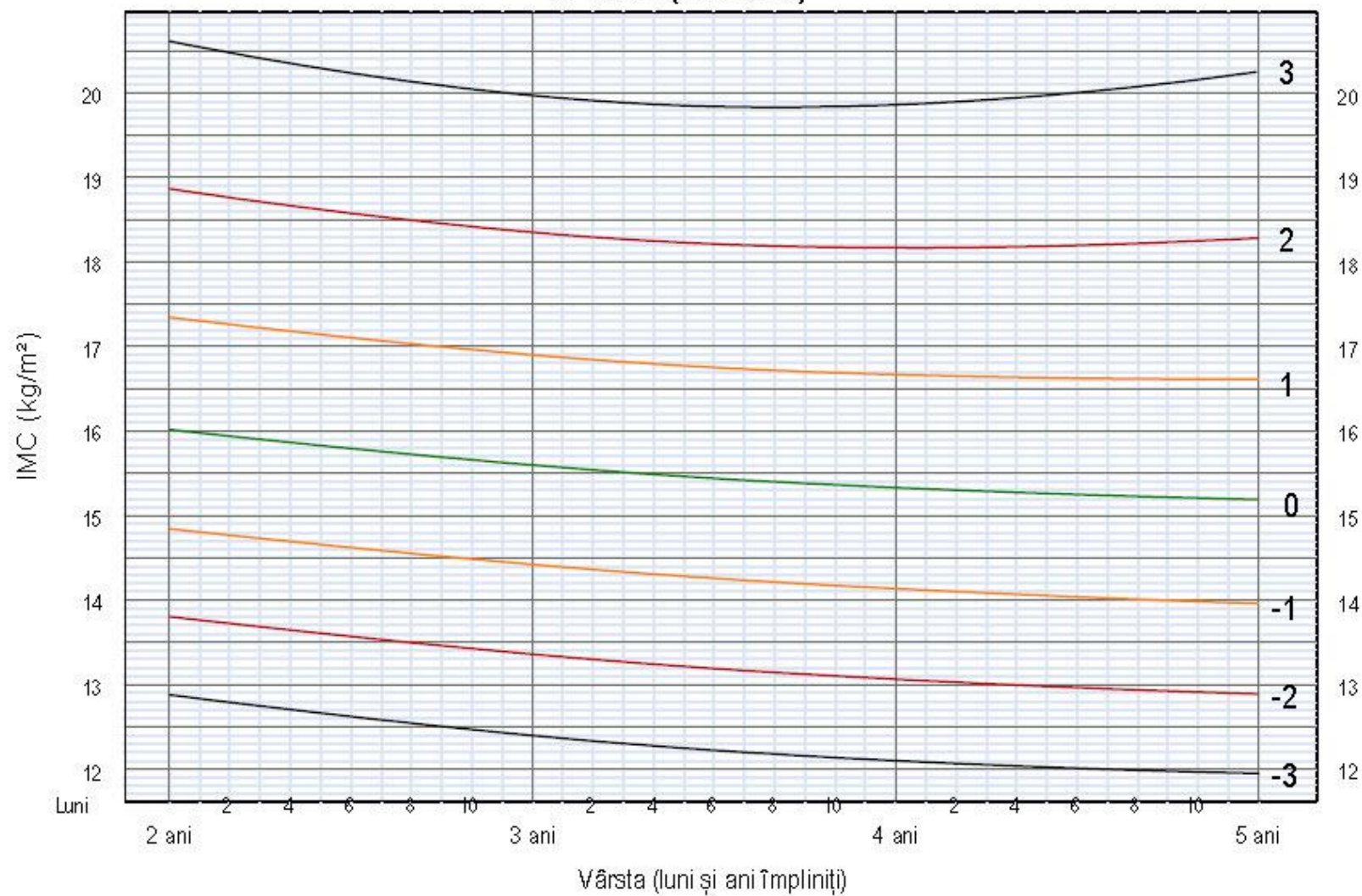
Greutate-pt-vârstă Băieți 2 - 5 ani (Scoruri z)



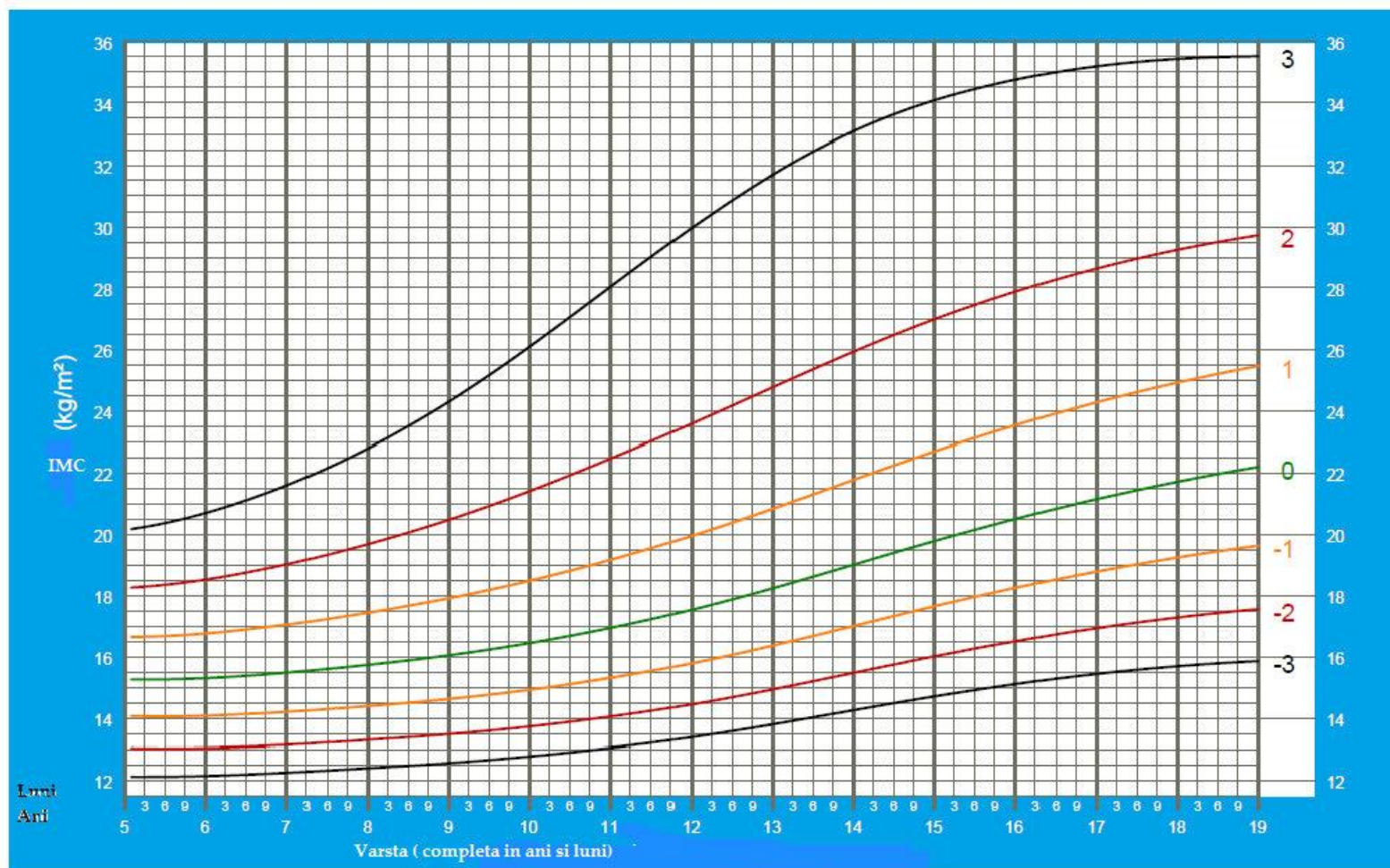
Greutatea-pt-înălțime Băieți 2 - 5 ani (Scoruri z)



IMC-pt-vârstă Băieți 2 - 5 ani (Scoruri z)

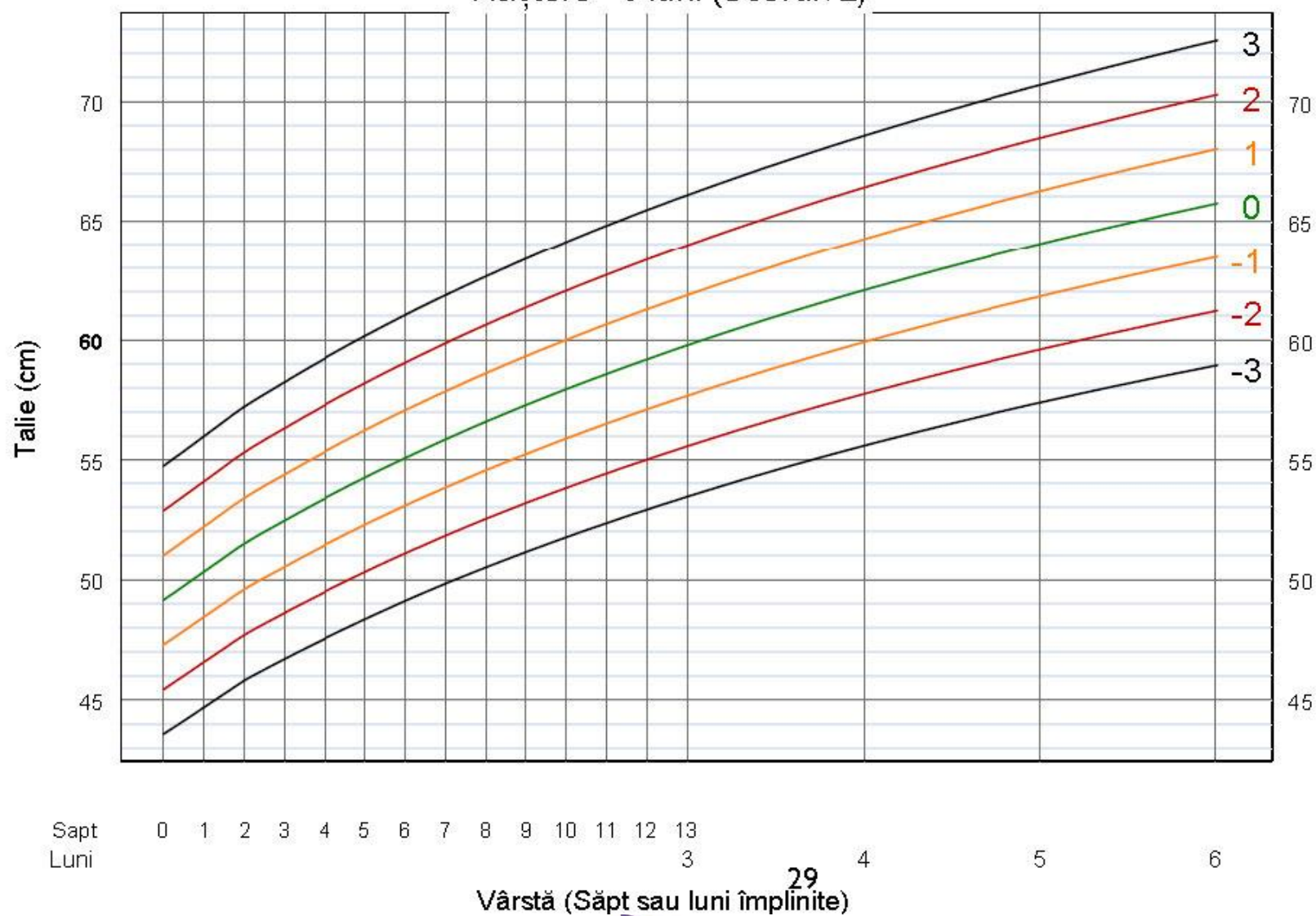


IMC pentru VARSTA – BAIETI (Scoruri z 5-19 ani)

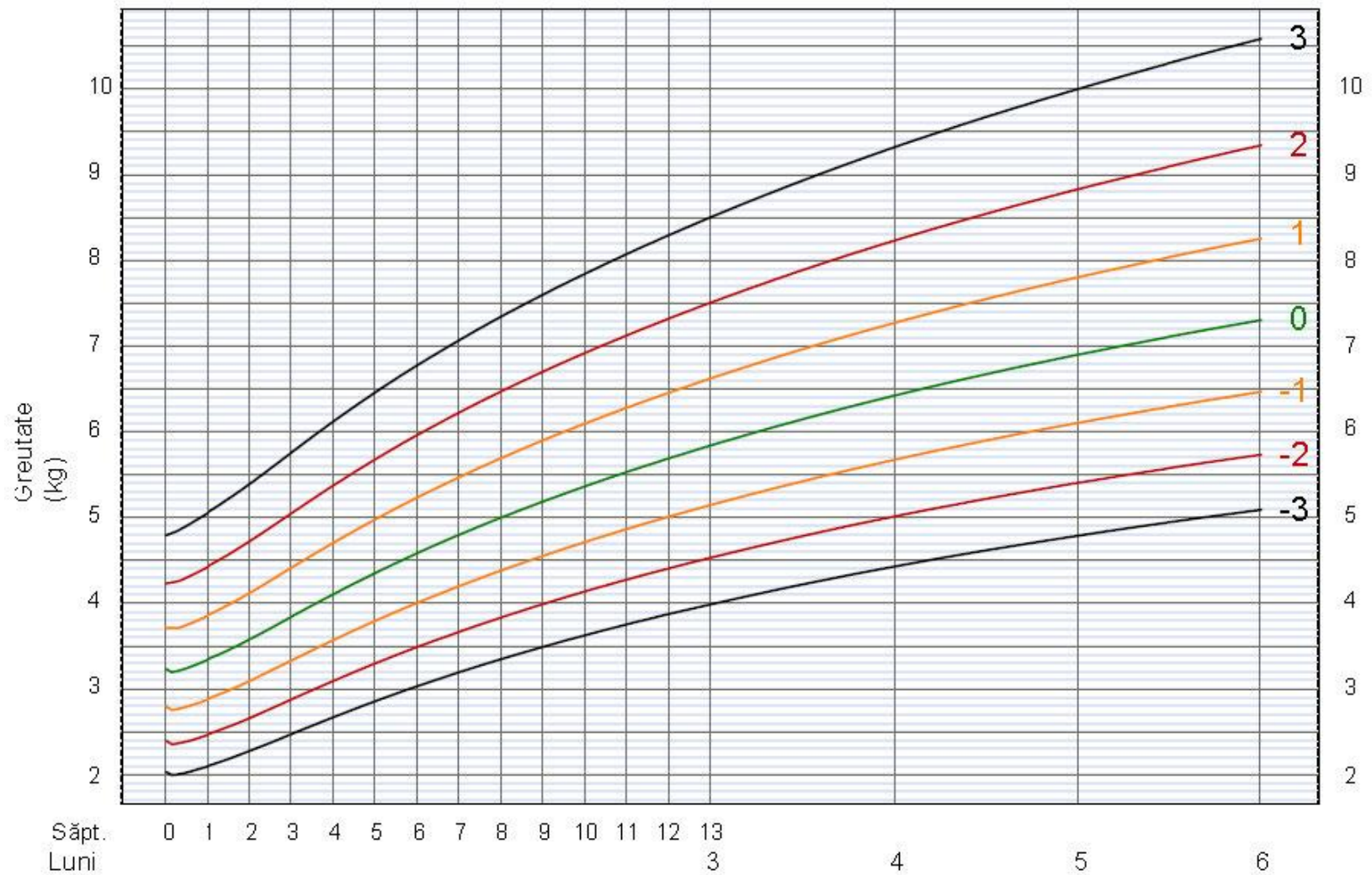


Talie-pt-vârstă FETE

Naștere - 6 luni (Scoruri z)

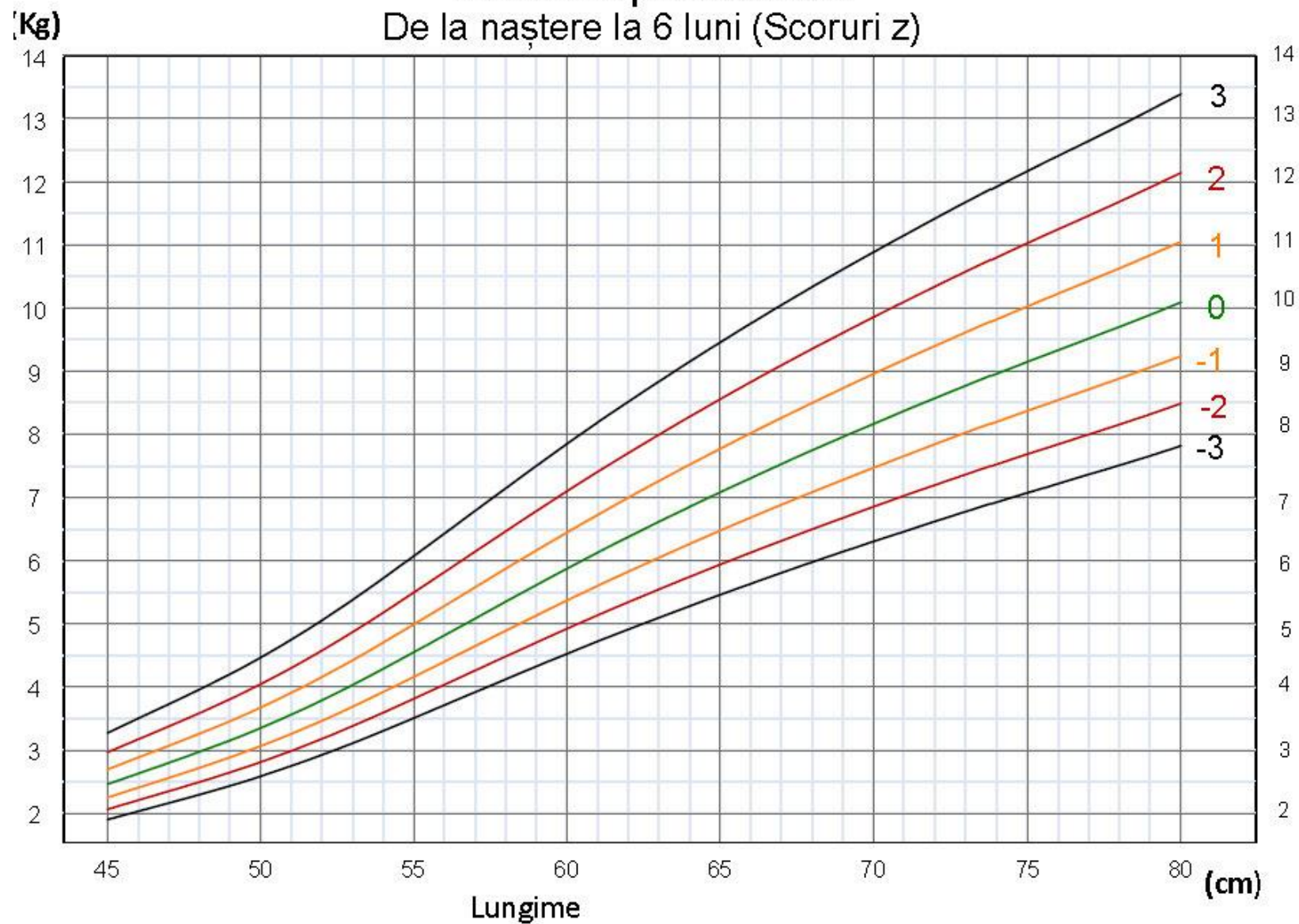


Greutate-pt-vârstă Fete De la naștere la 6 luni (Scoruri z)

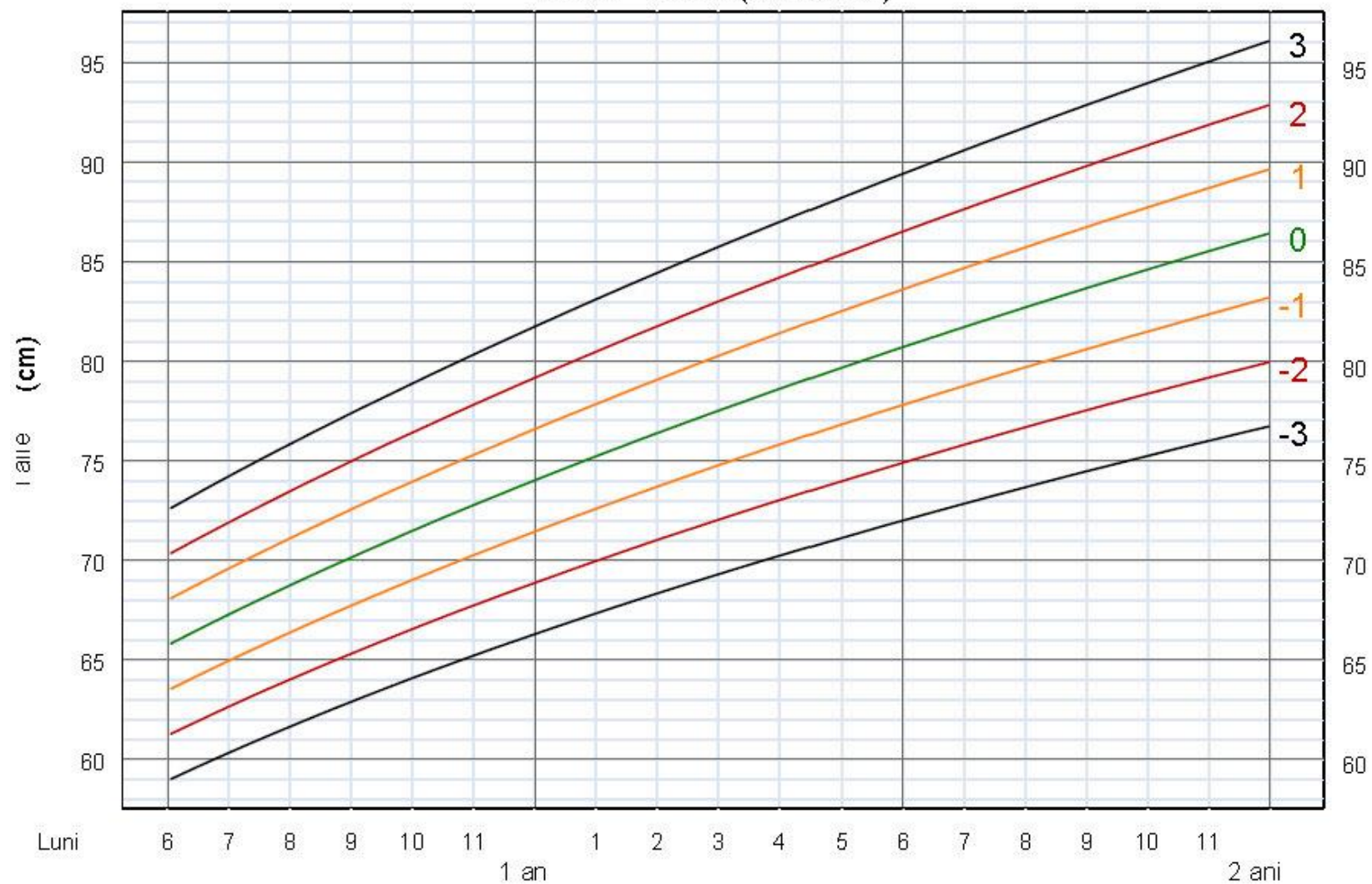


Greutate-pt talie Fete

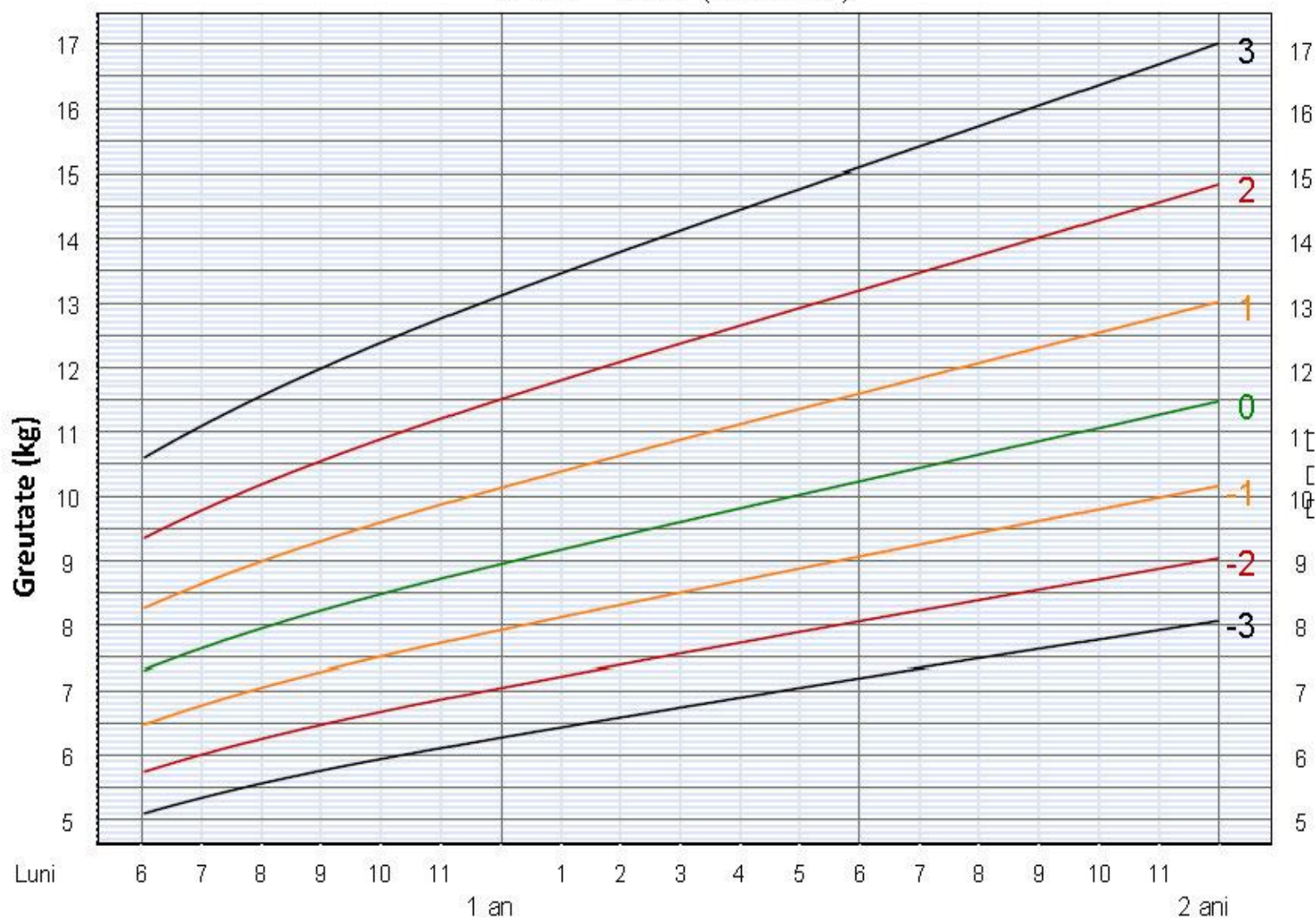
De la naștere la 6 luni (Scoruri z)



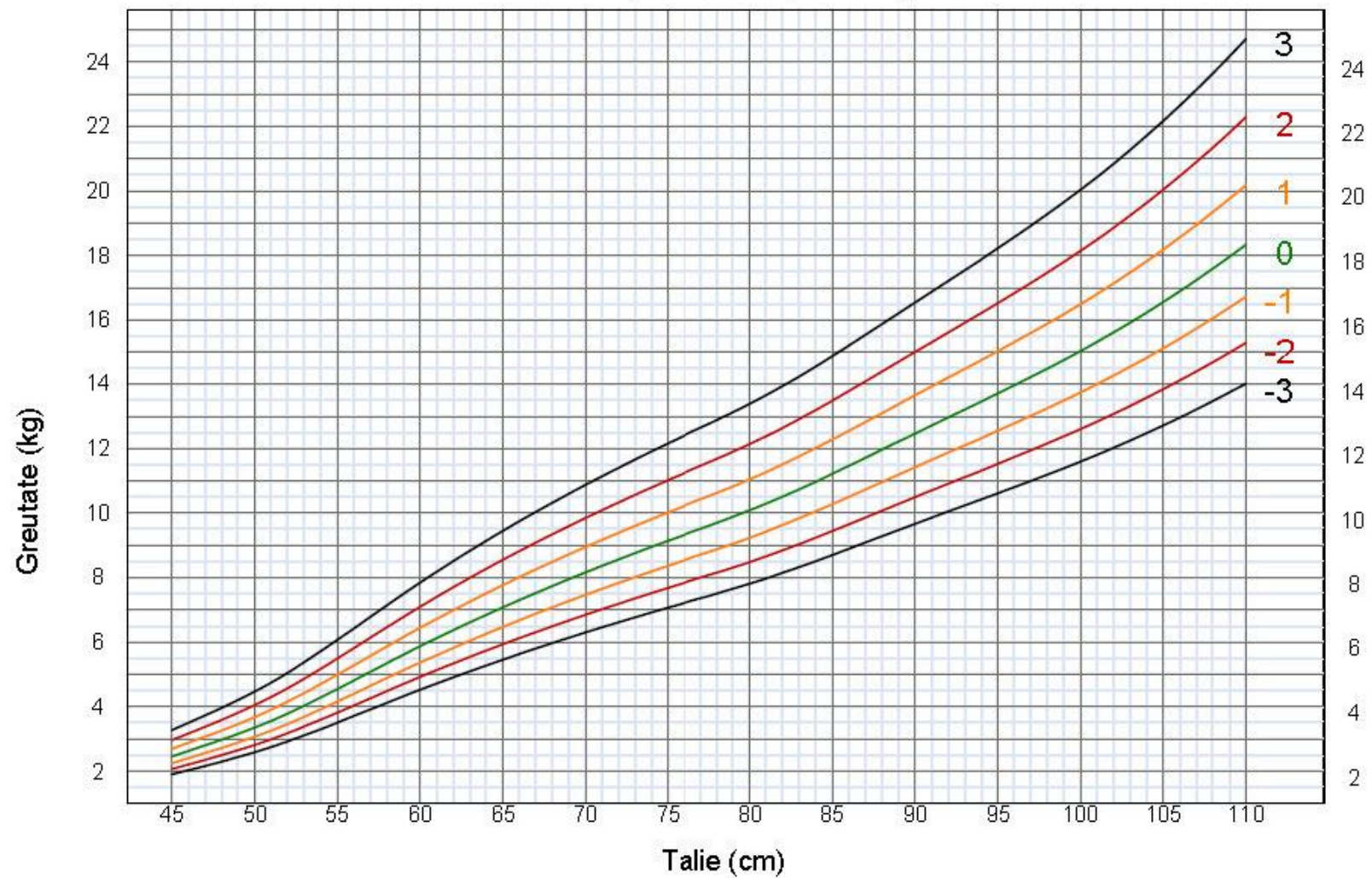
Talie-pt-vârstă Fete 6 luni – 2 ani (Scoruri z)



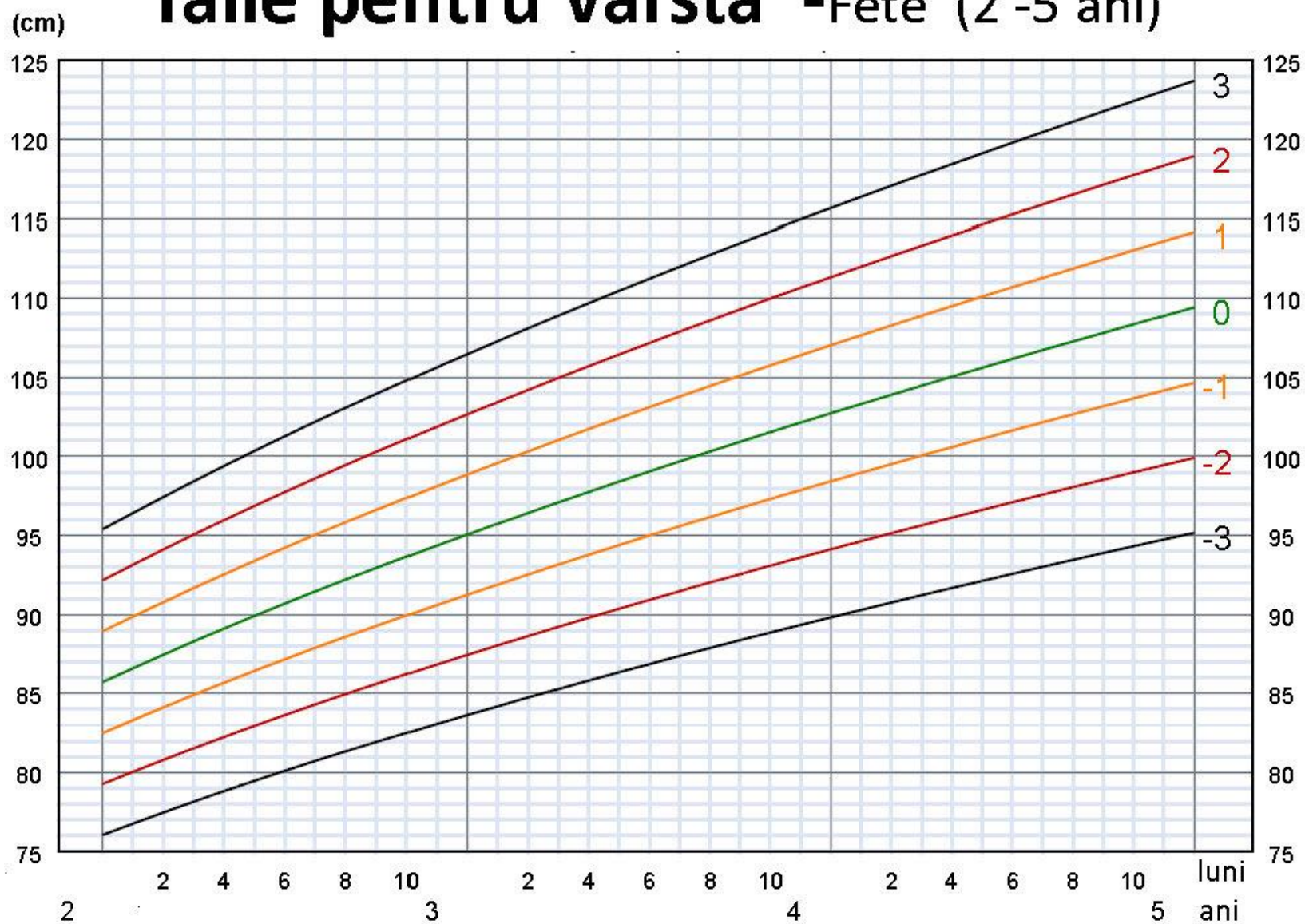
Greutate-pt-vârstă Fete 6 luni – 2 ani (Scoruri z)

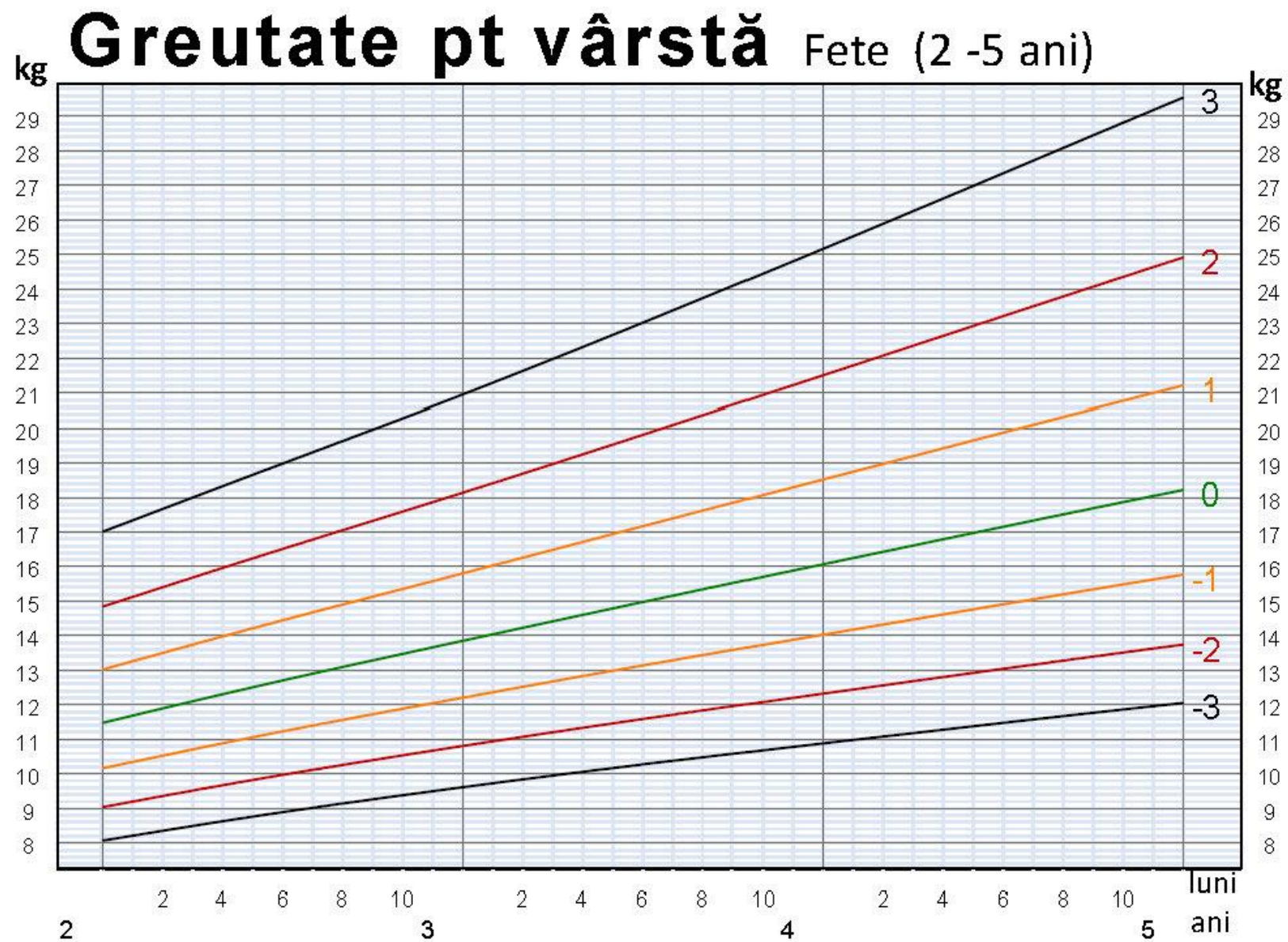


Greutate-pt-talie Fete De la naștere la 2 ani (scoruri z)

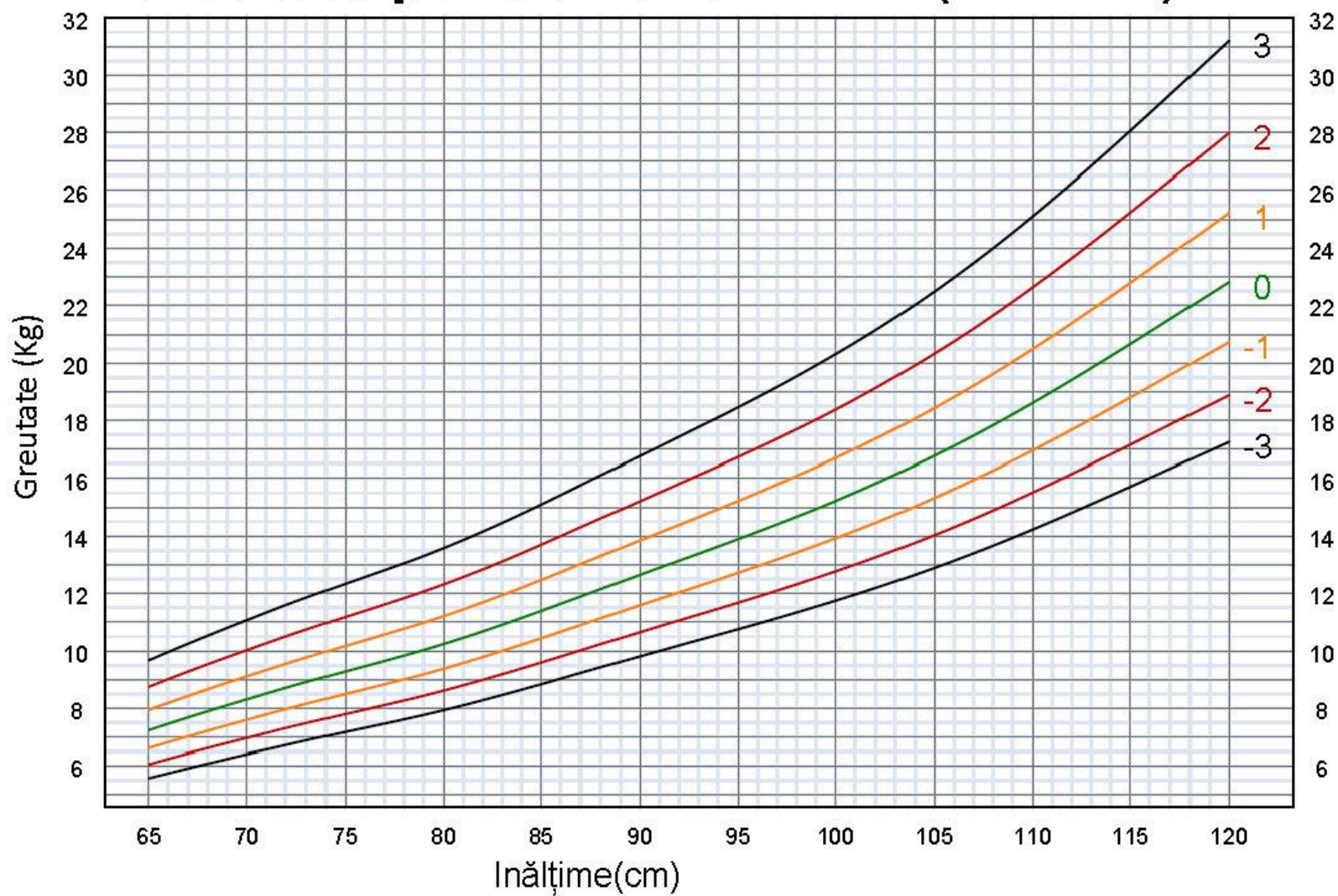


Talie pentru Varsta -Fete (2 -5 ani)

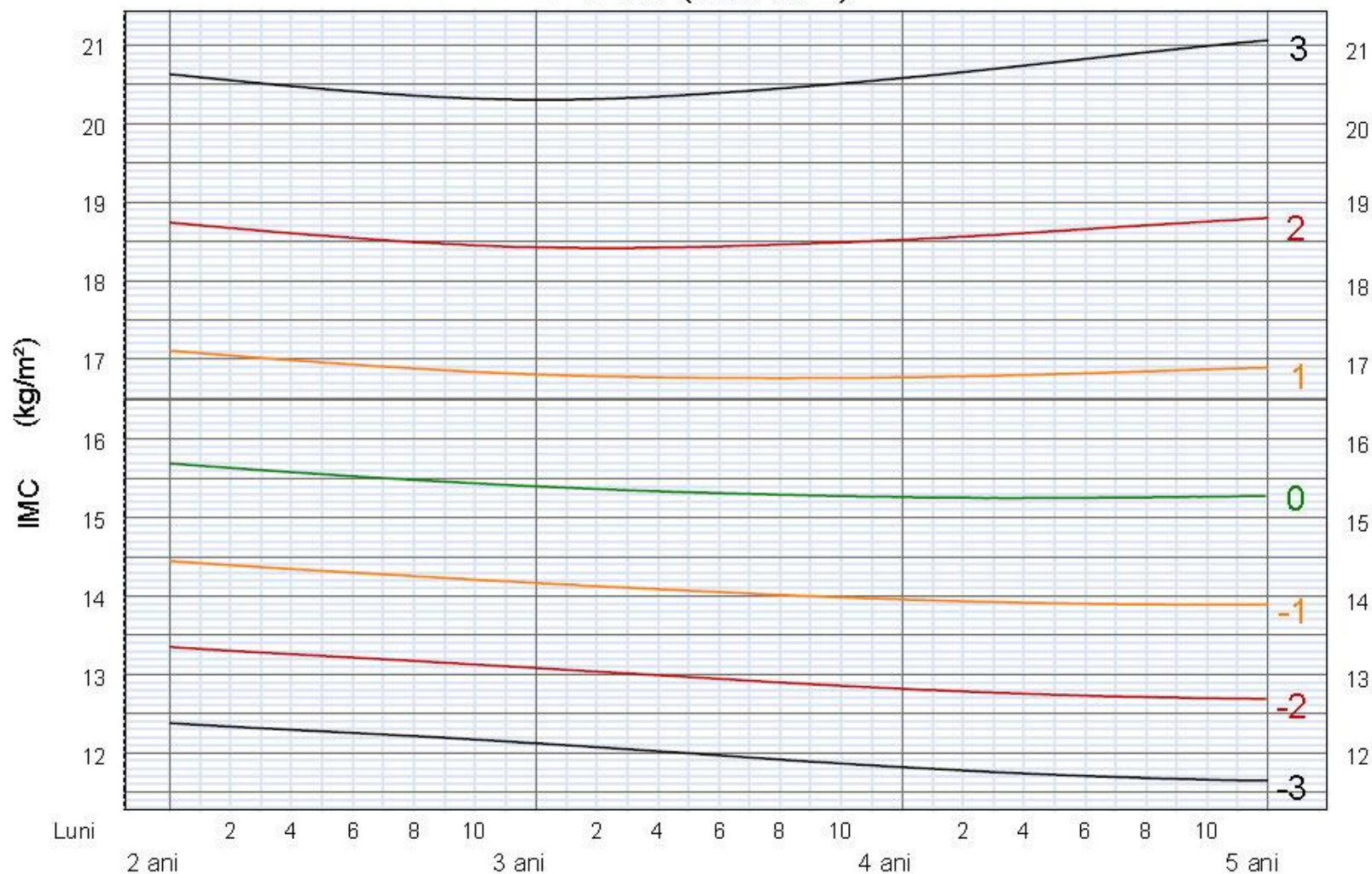




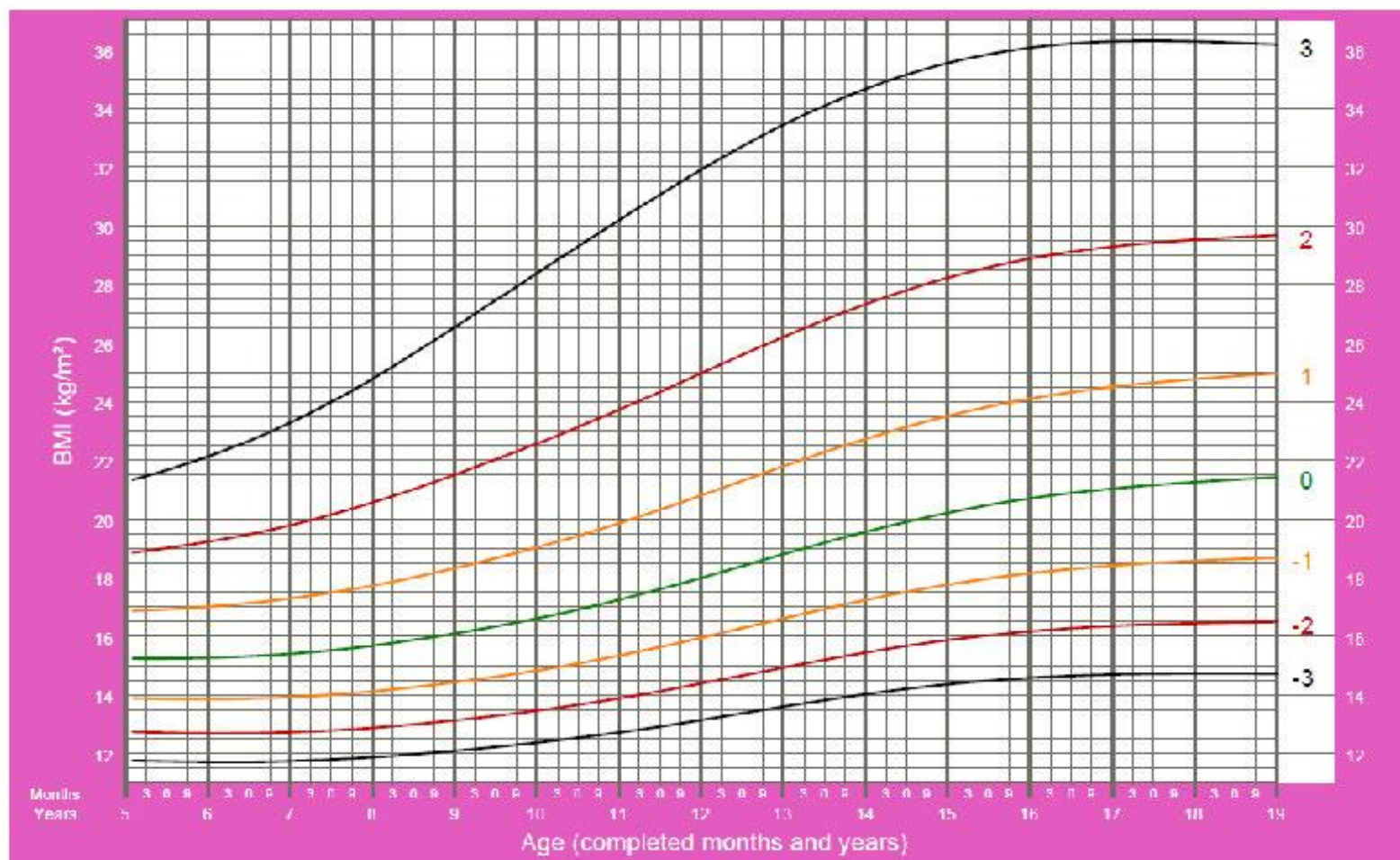
Greutate pentru Talie - Fete (2 -5 ani)



IMC-pt-vârstă Fete 2 - 5 ani (Scoruri z)



IMC pentru VARSTA – FETE (Scoruri z 5-19 ani)



2.50. URMĂRIREA DEZVOLTĂRII NEUROPSIHICE LA COPIII 0-5 ANI

Este un proces continuu, de-a lungul perioadei de creștere a copilului. Se face prin evaluare formală și neformală atât în cabinet, cât și la domiciliul copilului. Jaloanele achizițiilor pe vârste sunt orientative. Orice întârziere sesizată de către medic, asistentă sau părinți necesită orientarea copilului către servicii de specialitate.

Ariile de dezvoltare sunt: motorie, social afectivă, comunicare și vorbire, cognitivă (învățare, gândire, rezolvare de probleme)

Părinții sunt încurajați să completeze chestionare de evaluare care sunt discutate apoi cu medicul sau asistenta. Rezultatul se coroborează cu cel al evaluării medicale.

Vârsta	Abilități motorii	Social afectiv	Vorbire și comunicare	Cognitiv	Criterii de întârziere/patologice
Z4-5	Poziția: membrele inferioare și superioare egal flectate. Motilitatea: reflexă și involuntară Tonus și reflexe: Hipertonie fiziologică membre Susținut pe braț capul se ridică din când în când Reflexe arhaice	Se liniștește când este luat în brațe			Tonus flasc (leziune cerebrală) Iritabilitate (plâns cerebral)
L1	Ridică capul scurt timp	zâmbește	Poate gânguri		
L2	Ține capul drept și stabil Focalizează privirea Urmărește mișcarea cu privirea Tresare la zgomote puternice Ridică capul când e culcat pe burtă	Se calmează când e mângâiat Suge bine la sân	Gângurește Zâmbește ca răspuns		Nu răspunde la zgomote puternice Nu urmărește obiectele în mișcare Nu zâmbește persoanelor Nu duce mâinile la gură Nu poate susține capul atunci când este pe burtă
L4	Urmărește cu privirea o jucărie sau o persoană în mișcare Își susține capul când este sprijinit de piept sau de talie în poziție șezândă. Apucă un obiect când i se dă în mână Se rostogolește de pe spate pe burtă	Răspunde cu bucurie la o persoană prin mișcarea picioarelor, vocalize etc	Râde / zâmbește ca răspuns		Nu urmărește obiectele în mișcare Nu zâmbește persoanelor Nu susține capul Nu gângurește sau nu emite sunete Nu duce mâinile la gură Nu împinge cu picioarele când este sprijinit pe o suprafață dură Are dificultăți să miște unul sau ambii ochi în toate direcțiile

L6	Întoarce capul către un zgomot. Se întoarce de pe spate pe o parte. Stă în fund sprijinit (de ex. cu o pernă) Se întinde după/prinde obiecte prinde un obiect, îndoindu-și degetele	Vocalizează de plăcere sau neplăcere.	Emite sunete când vorbești cu el/ea.		Nu încearcă să apuce lucruri care sunt la îndemână Nu arată afecțiuni pentru persoana care îl îngrijește Nu răspunde la sunetele din jur Tonus flasc Nu emite sunete sub formă de grupuri de vocale Nu se rostogolește Nu rade, nu chițăie Pare foarte rigid
L9	Caută cu privirea un obiect ascuns. Atrage atenția prin sunete/gesturi. Stă așezat fără sprijin. Stă în picioare sprijinit. Prinde obiectele cu degetele opozante Părinții nu sunt îngrijorați	Joacă jocuri sociale (atingere nas, cucu bau) Plânge sau strigă pentru a capta atenția.	Scoate sunete diverse (de ex. mama, baba etc) Răspunde diferit la persoane diferite		Nu se sprijină pe picioare Nu stă în șezut Nu spune mama, tata Nu urmărește cu privirea obiectele arătate Nu transferă jucăriile dintr-o mână în alta
L12	Se târăște în 4 labe Încearcă să se ridice/să meargă atunci când e susținut de mâini	Se simte în primejdie când este despărțit de părinți.	Face cel puțin o combinație consoană/vocală. Spune cel puțin 3 cuvinte (nu trebuie să fie clare)	Înțelege întrebări simple (de ex. unde este mingea) Răspunde la propriul nume Vă urmărește privirea pentru a identifica un obiect la care vă uitați	Nu merge în 4 labe Nu poate sta în picioare când este susținut Nu caută lucrurile pe care le ascunzi Nu arată cu degetul Nu face gesturi precum strânsul mâinii sau la revedere Nu spune mama, tata A pierdut o abilitate anterior achiziționată
L15	Apucă și mănâncă alimentele care pot fi luate cu mâna. Merge sprijinit de mobilă Se catără pe scară câteva trepte Încearcă să se aplece (ghemuiască) pentru a ridica jucării de pe podea	Arată teamă de persoane sau locuri necunoscute	Spune cel puțin 5 cuvinte (nu trebuie să fie clare)		
L18	Merge singur Mănâncă singur cu lingurița (împrăștie puțin)	Comportamentul copilului poate fi ușor gestionat. Este interesat de alți copii. De obicei este ușor de liniștit. Vine la părinte când are nevoie de a fi liniștit. Încearcă să-ți atragă atenția pentru a-ți arăta ceva.	Arată cu degetul obiectele pe care le dorește. Privește spre obiecte când i se cere sau arată în acea direcție. Imită sunete sau gesturi Spune peste 20 de cuvinte (nu trebuie să fie foarte clare) Spune cel puțin 4 consoane (de ex. B D G H N V)	Arată corect diverse părți ale corpului Se întoarce sau răspunde când este chemat pe nume.	Nu arată cu degetul obiecte Nu poate merge Nu cunoaște utilitatea obiectelor familiare Nu imita Nu câștigă cuvinte noi Nu are cel puțin 6 cuvinte Nu remarcă sau nu îi pasă dacă cel care îl îngrijește pleacă Pierde abilități anterior achiziționate

2 ani	Folosește egal ambele mâini Merge înapoi 2 pași fără ajutor Încearcă să fugă Pune obiectele într-un recipient mic	Folosește jucării în activități imaginare (dă păpușii să bea)	Combină 2 sau mai multe cuvinte	Execută comenzi în 1-2 timpi	Nu știe ce să facă cu obiectele comune (perie, telefon, furculiță) Nu imita acțiuni sau cuvinte Nu urmează instrucțiuni simple Nu utilizează propoziții simple nu merge sigur Pierde achiziții pe care le-a avut
3 ani	Urcă treptele ținându-se de balustradă Răsuște capacele unor borcane sau butoane Dă foile unei cărți, pagină cu pagină	Joacă imaginară cu acțiuni și cuvinte (de ex. pretinde că gătește, că repară o mașină etc)	Face propoziții cu 5 sau mai multe cuvinte.	Execută comenzi în 2-3 timpi (de ex. ridică pălăria și pantofii și pune-i în dulap) Ascultă muzică sau povești cel puțin 5-10 minute.	Cade frecvent și are problem cu scăările Are vorbirea neclară Nu se poate juca cu jucării simple Nu înțelege instrucțiuni simple Nu realizează contactul vizual Nu vorbește în propoziții simple Nu dorește să se joace cu copiii sau cu jucării
4 ani	Desface nasturi și fermoare Urcă și coboară scările cu pași alternativi.	Încearcă să liniștească pe cineva care este supărat.	Pune și răspunde la o grămadă de întrebări (de ex. ce faci?)	Înțelege comenzi complexe (presupunând 3 timpi)	Nu poate sări pe loc Nu are interes în jocuri interactive Se opune îmbrăcatului și utilizării toaletei Nu poate reda o poveste Nu folosește corect eu și tu Nu înțelege noțiunile de același și diferit
5 ani	Aruncă și prinde o minge Sare într-un picior de mai multe ori Se îmbracă și se dezbracă cu puțin ajutor.	Colaborează cu adulții Se desparte ușor de părinți sau îngrijitori	Vorbește imitând adulții	Numără cu voce tare sau pe degete pentru a răspunde la întrebarea "Câte sunt..." Repovestește bucăți din povești.	Nu are o varietate de emoții Comportamente extreme- timid sau agresiv Nu poate deosebi între realitate și prefăcut Nu folosește pluralul și trecutul Nu-și cunoaște numele Nu desenează Are probleme de concentrare

Organizația Mondială a sănătății a dezvoltat o grilă de repere pentru dezvoltarea motorie care are jaloane de timp specificate: momentul când abilitatea poate fi cel mai devreme dobândită și momentul până la care este prea târziu să mai poată fi dobândită.

2.51. CRITERIILE DE EVALUARE A DEZVOLTĂRII MOTORII A COPILULUI - WHO



Stă în fund fără ajutor

Copilul a atins toate criteriile listate pentru acest jalon?

- Copilul stă în fund cu capul ridicat pentru cel puțin 10 secunde.
- Copilul nu-și folosește mâinile pentru a-și menține echilibrul



Stă în picioare cu sprijin

Copilul a atins toate criteriile listate pentru acest jalon?

- Copilul stă drept, pe ambele picioare, sprijinindu-se de un obiect stabil (de ex. masa) cu ambele mâini
- Corpul copilului nu se sprijină pe obiectul stabil iar picioarele suportă cea mai mare parte a greutateii
- Copilul stă doar cu asistență pentru cel puțin 10 secunde



Se târăște în mâini și genunchi

Copilul a atins toate criteriile listate pentru acest jalon?

- Copilul se mișcă alternativ în mâini și genunchi
- Abdomenul copilului nu se află în contact cu podeaua
- Copilul efectuează 3 mișcări continue și consecutive, cel puțin de 3 ori



Merge cu sprijin

Copilul a atins toate criteriile listate pentru acest jalon?

- Copilul în poziție verticală cu spatele drept
- Copilul pășește lateral sau înainte ținându-se de un obiect stabil (de ex. masă) cu una sau două mâini
- Un picior se mișcă înainte în timp ce greutatea corpului este susținută de celălalt picior
- Copilul face cel puțin 5 pași în acest mod



Stă în picioare fără ajutor

Copilul a atins toate criteriile listate pentru acest jalon?

- Copilul stă vertical pe ambele picioare (nu pe vârfuri) cu spatele drept
- Picioarele suportă întreaga greutate a corpului
- Nu există nici un contact cu persoane sau obiecte din jur
- Copilul stă în picioare singur cel puțin 10 secunde



Merge singur

Copilul a atins toate criteriile listate pentru acest jalon?

- Copilul face cel puțin 5 pași independent, în poziție verticală și cu spatele drept
- Un picior se mișcă înainte în timp ce greutatea este pe celălalt picior
- Nu există contact cu o persoană sau alte obiecte

2.52. CHESTIONAR SCREENING AUTISM

Elaborat și validat de către Comisia de Psihiatrie și psihiatrie pediatrică a Ministerului Sănătății din România.

Vârsta de debut a screening-ului recomandată de Center for Disease Control este 9 luni.

Reevaluări/ evaluări sunt indicate la 18 luni, 24 sau 30 de luni.

Evaluări precoce sau adiționale sunt recomandate pentru copiii cu risc crescut prin prematuritate, greutate mică la naștere sau alte motive.

US Preventive Services task force (USPSTF) are în curs de revizuire recomandarea de screening universal la vârsta de 18-30 luni a copiilor. Se are în vedere estimării raportului risc beneficii a procedurii. Corpul dovezilor existente este însă deocamdată insuficient pentru a se putea formula o recomandare pro sau contra.

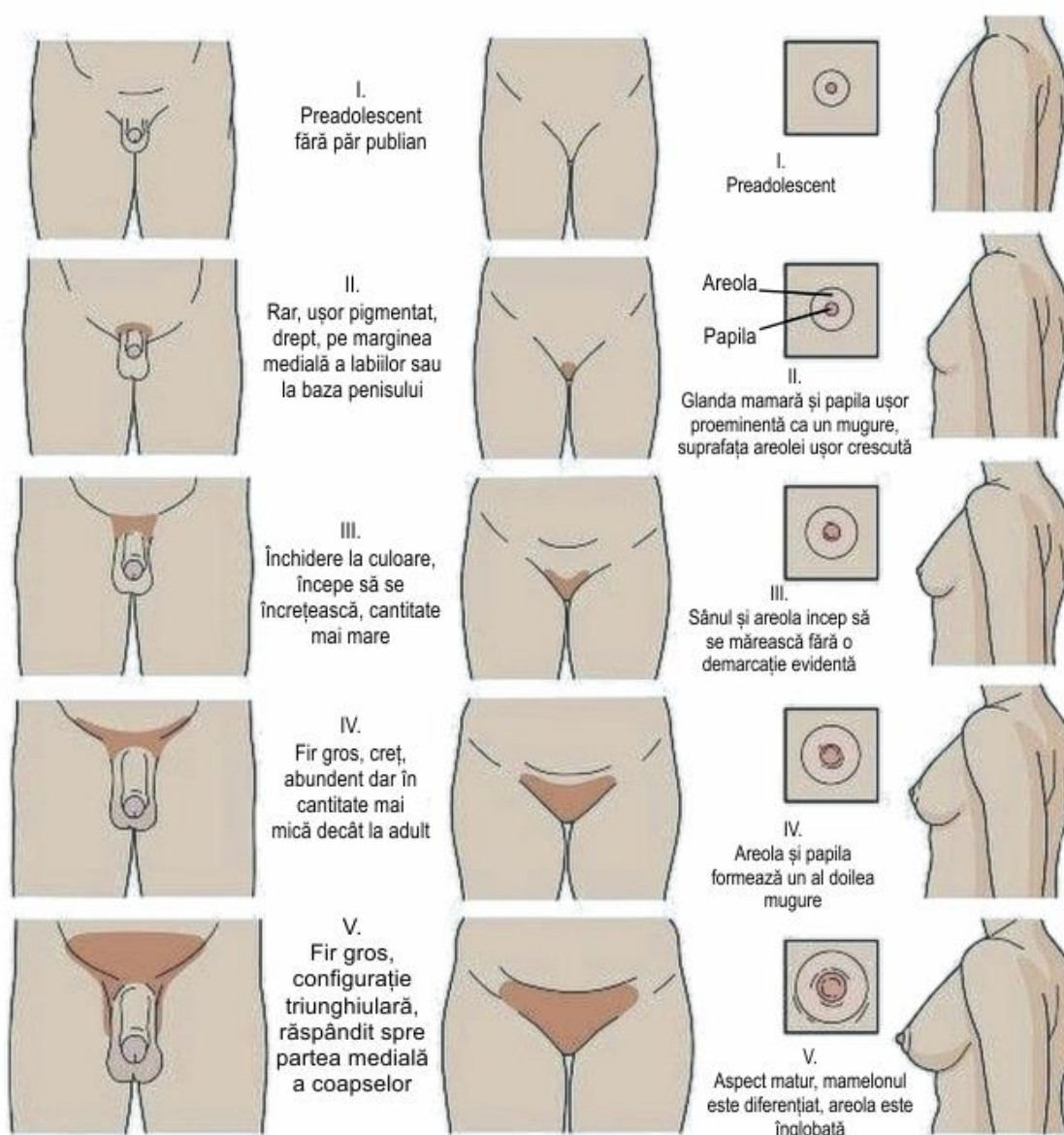
Intrebări adresate părintelui:	Da	Nu	Uneori
Copilul dvs vă privește în ochi când vorbiți cu el?	0	2	1
V-ați gândit că nu aude normal?	2	0	1
Copilul dvs este dificil la mâncare?/ Pare lipsit de apetit?	2	0	1
Întinde mâinile să fie luat în brațe?	0	2	1
Se opune când este luat în brațe de dvs?	2	0	1
Participă la jocul "cucu-bau"?	0	2	1
Zâmbește când dvs îi zâmbiți? – întrebare înlocuită la 24 luni cu întrebarea: Folosește cuvântul "mama" când vă strigă?	0	2	1
Poate să stea singur în pătuț când este treaz?	2	0	1
Reacționează întotdeauna când este strigat pe nume? Întoarce capul când este strigat?	0	2	1
Observațiile medicului de familie			
Evită privirea directă/ Nu susține contactul vizual	1	0	-
Evidentă lipsă de interes pentru persoane	1	0	-
După 24 de luni: Stereotipii motorii (flutura mâinile, țopăie, merge pe vârfuri, se învâрте în jurul propriei axe, posturi inadecvate, etc.)	1	0	-

Interpretare scor și atitudine

Scor	0-6	Risc minim	Nu este necesară monitorizarea ulterioară
	7-9	Risc mediu	Reevaluare peste 3 luni
	10-18	Risc sever	Trimitere către medicul specialist psihiatrie pediatrică / neuropsihiatrie pediatrică

2.53. SCALA MATURIZĂRII SEXUALE (TANNER)

Pubertatea – secvența principalelor evenimente		
Eveniment	Fete	Baieti
Debutul pubertății (telarha)	Media 10 ani (8 -14)	Media 12 ani (9 -15)
Primul semn	Mugure mamar	Mărirea testiculilor
Vârful vitezei creșterii staturale (VSC)	12 ani (coresp. Stadiilor Tanner 2-3)	14 ani (coresp. Stadiilor Tanner 3-4)
Vârful creșterii în greutate		6 luni după VSC
Finalul creșterii și dezvoltării (maturizarea sexuala)	16,5 ani	15 -18 luni mai târziu față de fete



Scala tanner de maturizare sexuala - fete

Stadiu	Pilozitatea pubiană	Sânii
1	Preadolescent	Preadolescent
2	Rar, ușor pigmentat, drept, pe marginea medială a labiilor	Glanda mamara și papilla ușor proeminentă ca un mugure, suprafața areolei ușor crescută
3	Închidere la culoare, începe să se încrețească, cantitate mai mare	Sânul și areola încep să se mărească fără o demarcație evidentă
4	Fir gros, creț, abundent dar în cantitate mai mică decât la adult	Areola și papilla formează un al doilea mugure
5	Fir gros, configurație triunghiulară, răspândit spre coapse – aspectul adult	Aspect matur, mamelonul este diferențiat, areola este înglobată în conturul general al sanului

Scala Tanner de maturizare sexuala - baieti

Stadiu	Pilozitatea pubiana	Penis	Testicule
1	Absenta	Preadolescent	Preadolescent
2	Rar, lung, ușor pigmentat,	Mică creștere	Mărite, scrot de culoare roz, textura modificata
3	Închidere la culoare, începe să se încrețească, cantitate mica	Lungimea mai mare	Creștere în dimensiune
4	Fir gros, creț, abundent dar în cantitate mai mică decât la adult	Lungimea mai mare, creștere în grosime, accentuarea glandului	Creștere în dimensiune, închidere la culoare a scrotului
5	Fir gros, distribuție caracteristică de adult, răspândit spre coapse – aspectul adult	Aspect adult	Aspect adult

2.54. SUPLIMENTAREA DIETEI CU FIER



Se recomandă administrarea de suplimente de fier, în doză de 2mg/kgcorp/zi, copiilor cu vârste între 6 și 23 de luni. Profilaxia va fi inițiată de la 2 luni pentru sugarii născuți cu greutate mică. 1A

Conform unui studiu descriptiv pe 2117 copii cu vârste între 0 și 24 de luni efectuat de Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului „Prof. Dr. Alfred Rusescu” (care a utilizat date din CSSDM), prevalența anemiei în rândul copiilor sub 5 ani era de 27% în România anilor 2010 și 2011³². Anuarul de statistică sanitară 2003-2010, din 16 județe ale țării, acoperind toate cele patru macroregiuni, a arătat că prevalența anemiei la copiii în vârstă de 6-12 luni este de 48%, mai scăzută față de anul de referință 1991 (52%); la copiii în vârstă de 12 luni este de 43,6%, mai mică decât în precedentele studii (48-54% în 1991 și 59,3% în 2004); la copiii în vârstă de 24 de luni s-a constatat aceeași evoluție favorabilă, prevalența anemiei fiind de 40,5% în 2010, față de 56,8% în 2004.³³

Sugarii au nevoi de fier mai mari față de alte grupe de vârstă, deoarece cresc foarte repede. Deși în mod normal se nasc cu depozite bune de fier, după 6 luni conținutul de fier din laptele matern nu mai este suficient pentru mulți dintre ei, iar alimentele complementare nefortificate au un conținut scăzut de fier. Așa apare deficitul de fier la această vârstă.

Sugarii cu greutate mică la naștere au depozite și mai mici de fier și sunt la risc mai mare de a dobândi deficit de fier, la o vârstă mai mică. În cazul în care dieta nu include alimente fortificate sau prevalența anemiei este de peste 40% la copiii în jurul vârstei de un an, se recomandă suplimente de fier în doză de 2mg/kgcorp/zi tuturor copiilor cu vârste între 6 luni și 23 de luni.¹²

Datele citate arată că prevalența anemiei la sugarii și copiii sub 2 ani din România face obligatorie intervenția de urgență în favoarea profilaxiei acesteia, prin alimentație complementară și suplimentare de fier.

O recenzie sistematică Cochrane citată de World Health Organization. *“Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition.”* (2013) a arătat că administrarea **intermitentă** de suplimente de fier la copiii cu vârste de 6 - 23 luni, a crescut eficient concentrația hemoglobinei și a împiedicat apariția anemiei, comparativ cu administrarea de placebo sau neintervenția. Totuși, copiii cu administrare intermitentă a fierului au fost mai susceptibili de a fi anemici la finalul intervenției decât cei care au luat fier zilnic având rate de aderență mai mari.

Copiii **născuți prematur** ar fi de dorit să primească un supliment de fier elementar de 2 mg / kg corp pe zi începând cu vârsta de 2 luni, administrarea continuându-se până la 12 luni.³⁴ Suplimentarea se va face fie sub formă de medicament, fie prin alimente complementare fortificate. Sugarii prematuri hrăniți cu o formulă pentru prematuri (14,6 mg de fier per L) sau cu o formulă pentru sugari la termen (12,0 mg de fier per L) vor primi aproximativ 1.8-2.2 mg / kg pe zi de fier (presupunând un aport de lapte formulă de 150 ml / kg pe zi). În ciuda utilizării de formule care conțin fier, 14% dintre copiii prematuri prezintă deficit de fier între 4 și 8 luni.³⁵ Astfel, unii nou-născuți prematuri hrăniți cu lapte formulă ar putea avea nevoie de fier suplimentar³⁴ deși nu există dovezi suficiente pentru a face o recomandare generală în acest sens. Ar putea fi exceptată de la suplimentarea cu fier a nou-născuților prematuri, copiii care au primit transfuzii multiple.

Sugarilor identificați cu o concentrație a hemoglobinei mai mică de 11,0 mg / dl sau cu risc semnificativ de deficit de fier sau anemie ca mai sus, le trebuie măsurate în plus față de nivelul concentrației Hb și nivelul concentrației feritinei serice (SF), a proteinei C reactive (CRP) sau numărătoarea reticulocitelor (CHR), pentru a crește sensibilitatea și specificitatea diagnosticului.³⁶

Se consideră că o formulă de lapte concentrat conținând 12mg/l de fier elementar, poate fi administrată sugarilor.

2.55. SUPLIMENTAREA DIETEI CU CALCIU



Până la vârsta de 1 an, se recomandă asigurarea unui aport adecvat de calciu din laptele matern, lapte formulă și alimente complementare; se ia în considerare un aport necesar estimat de 200 mg de calciu/zi la copiii până la 6 luni, și de 260 mg zilnic la copiii între 6 și 12 luni de viață. Între 1 și 3 ani necesarul mediu estimat de calciu (EAR) este de 500mg/zi, iar rația alimentară recomandată (RDA) este de 700mg/zi. 1A

Administrarea de calciu nu este necesară în profilaxia rahitismului la copilul care primește minimum 400 ml de lapte pe zi.

Sunt insuficiente date pentru a stabili necesarul mediu estimat de calciu (EAR) pentru copiii până la vârsta de 12 luni, iar aportul adecvat de calciu (AI) a fost estimat pe datele disponibile.³⁷ Se consideră că nevoile de calciu sunt îndeplinite de laptele matern la această vârstă. Pentru acest lucru au fost luate în considerare aportul de lapte matern în primul an de viață și conținutul de calciu al acestuia precum și absorbția și excreția calciului la aceste vârste.

Estimarea aportului adecvat de calciu la copiii cu vârste între 6 și 12 luni ia în considerare și aportul suplimentar de calciu din alimentele solide. Astfel, pentru copii alimentați cu formulă de lapte, valoarea medie a aportului de calciu din alimentele solide a fost estimată la 140 mg/zi. Presupunând că aportul de alimente solide pentru copiii alăptați natural după 6 luni este același cu cel al copiilor hrăniți cu lapte formulă și ținând cont de faptul avem un consum de lapte de 600 ml/zi la această vârstă este, aportul de calciu din lapte ar fi de 120mg/zi.

Adăugând 140 mg de calciu/zi din alimentele solide la 120 mg Ca/zi din laptele matern rezultă un aport estimat de 260 mg de calciu/zi.

Peste vârsta de 1 an, până la 3 ani, retenția de calciu este de 142 mg/zi, ceea ce a făcut să se considere că un aport optim de 474 mg/zi la această vârstă asigură această nevoie.

Alimentele bogate în calciu sunt brânza și iaurtul care pot fi pot fi administrate în timpul gustărilor ca și legumele cu frunze verzi, fasolea și fructele cu coaja lemnoasă (nuci, alune de pădure).

2.56. SUPLIMENTAREA DIETEI CU VITAMINA D



Se recomandă suplimentarea dietei copiilor cu vârsta până la 1 an a cel puțin 400 UI/Zi de vitamina D₃, iar a celor cu vârsta peste 1 an cu cel puțin 600 UI/zi de vitamina D₃. 1A



Doza de Vitamina D, recomandată în profilaxie, trebuie ajustată în funcție de particularitățile individuale ale copilului și de factorii de risc pentru rahitism identificați. 1B

Deficitul de vitamine la copiii alăptați poate fi atribuit deficitului acestora în dieta mamei. Îmbunătățirea dietei mamei și suplimentarea ei cu vitamine este mai eficace decât adăugarea de alimente complementare copilului.²⁶ Când expunerea la soare este redusă, copiii pot avea deficiență de vitamina D care ar putea fi prevenită prin administrare directă de vitamina D în picături copiilor.

Surse naturale de vitamina D din alimente sunt: uleiul de pește sau peștele gras (somon, macrou, hering, ulei de ficat de cod), ficatul, gălbenușul de ou și alimentele îmbogățite cu vitamina D (lapte, margarină, uleiuri vegetale, cereale pentru micul dejun).

Conform protocolului recomandat de IOMC (31), pentru evitarea apariției rahitismului la copil este important să se respecte următoarele principii:

- alăptarea exclusivă în primele 5-6 luni de viață;
- prelungirea alimentației la sân până după vârsta de un an, și chiar până la doi ani (recomandare OMS);
- alimentația sugarului cu „formule de lapte pentru sugari” în situația în care nu este posibilă alăptarea, cu evitarea laptelui de vacă și a laptelui praf industrial la sugarul până la vârsta de 12 luni;
- introducerea alimentelor complementare la sugar, cu precădere a alimentelor bogate în vitamina D (gălbenușul de ou, ficatul de vită, peștele) și cereale îmbogățite în vitamina D și Fe, în detrimentul celor fără adaos;
- alimentația mamei care alăptează trebuie să includă alimente bogate în vitamina D;
- facilitarea mișcărilor active ale copilului, chiar din primele ore de viață (îmbrăcarea în salopetă conferă avantaje în acest sens);
- expunerea la aer din prima săptămână de viață, ținând cont de greutatea copilului și de temperatura ambiantă.

2.57. FIȘA DE OBSERVARE A TEHNICII DE ALĂPTARE

FIȘĂ DE OBSERVARE A TEHNICII DE ALĂPTARE

Numele mamei: _____

Data: _____

Numele copilului: _____

Vârsta copilului: _____

Semne care indică faptul că alăptarea merge bine

Mamă

- ☐ Mama are aspect sănătos
- ☐ Mama e relaxată și se simte confortabil
- ☐ Sunt semne de legătură între mamă și copil

Copil

- ☐ Copilul are aspect sănătos
- ☐ Copilul este calm și relaxat
- ☐ Copilul caută sau atinge sânul când este flămând

Sâni

- ☐ Sâni au aspect sănătos
- ☐ Nu există durere sau disconfort
- ☐ Sâni sunt bine susținuți cu degetele, la distanță de mamelon
- ☐ Mamelonul este format înafară și e protractil

Poziția copilului

- ☐ Capul și corpul copilului sunt aliniate
- ☐ Copilul e ținut aproape de corpul mamei
- ☐ Tot corpul copilului e susținut
- ☐ Copilul se apropie de sân cu nasul, în dreptul mamelonului

Atașamentul copilului la sân

- ☐ O parte mai mare a areolei se vede deasupra buzei superioare a copilului
- ☐ Gura copilului este larg deschisă
- ☐ Buza inferioară a copilului este răsfrântă înafară
- ☐ Obrazul copilului atinge sânul

Supt

- ☐ Încet, adânc, cu pauze
- ☐ Obrajii sunt rotunjiți atunci când sugă
- ☐ Copilul lasă sânul atunci când termină
- ☐ Mama prezintă semne de reflexe oxitocinice*

Semne de posibilă dificultate

Mamă

- ☐ Mama nu are aspect sănătos sau e deprimată
- ☐ Mama e tensionată și nu se simte confortabil
- ☐ Mama și copilul nu se uită unul la celălalt

Copil

- ☐ Copilul e somnolent sau arată bolnav
- ☐ Copilul este neliniștit și plânge
- ☐ Copilul nu caută sau nu atinge sânul

Sâni

- ☐ Sâni au aspect roșiatic, sunt umflați sau iritați
- ☐ Sânul sau mamelonul sunt dureroși
- ☐ Sâni sunt susținuți cu degetele la nivelul areolei
- ☐ Mamelonul este plat, nu e protractil

Poziția copilului

- ☐ Capul și gâtul copilului sunt strâmbe la supt
- ☐ Copilul e ținut la distanță de corpul mamei
- ☐ Doar capul și corpul copilului sunt susținute
- ☐ Copilul se apropie de sân cu buza inferioară sau obrazul în dreptul mamelonului

Atașamentul copilului de sân

- ☐ O parte mai mare a areolei se vede sub buza inferioară a copilului
- ☐ Gura copilului nu este larg deschisă
- ☐ Buzele copilului sunt ținute sau răsfrântă în interior
- ☐ Obrazul copilului nu atinge sânul

Supt

- ☐ Copilul sugă cu înghițituri mici, rapide
- ☐ Obrajii copilului se adâncesc atunci când sugă
- ☐ Mama nu mai ține copilul la sân
- ☐ Mama nu prezintă semne de reflexe oxitocinice*

* Reflex oxitocinic – prezent mai ales în primele zile după naștere manifestat prin contracția dureroasă a mușchiului uterin determinând eliminarea bruscă a unei cantități de sânge prin vagin, în timp ce mama alăptează copilul

Material realizat de CNSMF în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România" (2016)

2.58. ÎNDRUMAR PENTRU ALIMENTAȚIA COPILULUI 6 LUNI - 2 ANI

ÎNDRUMAR PENTRU ALIMENTAȚIA COPILULUI ÎNTRE 6 LUNI ȘI 2 ANI		
ÎNTREBARE	Practica ideală	Explicație
Este creșterea adecvată?	Urmăriți linia curbelor de creștere pe graficele completate la cabinetul medicului de familie. Arată o creștere sănătoasă?	
Copilul este alăptat ?		Alăptarea până la 2 ani contribuie mult la creșterea și dezvoltarea sănătoasă a copilului Copilul nealăptat trebuie să primească formula de lapte până la 12 luni.
Câte mese de consistență groasă a primit copilul ?		Alimentele care sunt suficient de consistente ca să nu curgă din linguriță oferă mai multă energie copilului. Alimentele pasirate care curg prin tetina biberonului sunt de asemenea excesiv de diluate.
A primit ieri copilul vreun aliment de origine animală? (carne, pește, ficat, ou)		Alimentele de origine animală sunt esențiale pentru creșterea și dezvoltarea copiilor la minte și trup. Sunt principala sursă de fier după vârsta de 6 luni.
A primit ieri copilul vreun aliment lactat?		Alimentele de origine animală sunt esențiale pentru creșterea și dezvoltarea copiilor la minte și trup.
A primit ieri copilul legume păstăioase sau nuci/semințe? (mazăre, fasole, linte, alune, nuci, etc)		Aceste alimente conțin proteine necesare creșterii și dezvoltării
A primit ieri copilul vreo legumă/ fruct cu frunze verzi/ pulpă galbenă (spanac, praz, salata verde, varză, dovleac, piersică, caisă etc)		Legumele/ fructele cu frunze verzi/ pulpa galbenă ajută copii să aibă vederea bună și să fie mai rezistenți la infecții
A primit ieri copilul un număr suficient de mese pentru vârsta pe care o are?		Un copil în creștere are nevoie de 2 – 4 mese /zi plus 1 – 2 gustări (dacă dorește): oferiți o varietate de alimente.
Cantitatea de alimente consumate ieri la mesele principale este adecvată pentru vârsta copilului ?		Un copil în creștere are nevoie de cantități tot mai mari de energie
Mama îl ajută pe copil să mănânce la toate mesele?		Copilul mic trebuie să învețe să mănânce: încurajează-l și ajută-l....cu multă răbdare!
A primit copilul vitaminele și mineralele suplimentare necesare?		Explicați de ce și cum trebuie folosite suplimentele de vitamine și minerale
Este copilul bolnav sau convalescent?		Încurajați copilul să bea și să mănânce în timpul bolilor și oferiți-i să mănânce mai mult în perioada de convalescență pentru o recuperare rapidă.

ÎNDRUMAR PENTRU ALIMENTAȚIA COPILULUI ÎNTRE 6 LUNI ȘI 2 ANI

ÎNTREBARE	Practica ideală	Explicație
Este creșterea adecvată?	Urmăriți linia curbilor de creștere pe graficele completate la cabinetul medicului de familie. Arată o creștere sănătoasă?	
Copilul este alăptat ?	DA.	Alăptarea până la 2 ani contribuie mult la creșterea și dezvoltarea sănătoasă a copilului Copilul nealăptat trebuie să primească formula de lapte până la 12 luni.
Câte mese de consistență groasă a primit copilul ?	3 mese Așa DA  Așa NU 	Alimentele care sunt suficient de consistente ca să nu curgă din linguriță oferă mai multă energie copilului. Alimentele pasirate care curg prin tetina biberonului sunt de asemenea excesiv de diluate.
A primit ieri copilul vreun aliment de origine animală? (carne, pește, ficat, ou)	Alimentele de origine animală trebuie consumate zilnic	Alimentele de origine animală sunt esențiale pentru creșterea și dezvoltarea copiilor la minte și trup. Sunt principala sursă de fier după vârsta de 6 luni.
A primit ieri copilul vreun aliment lactat?	Oferiți zilnic lactate (brânză, iaurt natur) Laptele de animal nu se va da decât după 1 an.	Alimentele de origine animală sunt esențiale pentru creșterea și dezvoltarea copiilor la minte și trup.
A primit ieri copilul legume păstăioase sau nuci/semințe? (mazăre, fasole, linte, alune, nuci, etc)	În cazul în care nu primește zilnic carne/ou, trebuie să primească zilnic păstăioase/nuci împreună cu alimente bogate în Vit. C (de ex patrunjel, ardei roșii, dovlecel, etc) <i>Alunele /nucile crude se prăjesc în cuptor fără ulei și se macină ca o făină</i>	Aceste alimente conțin proteine necesare creșterii și dezvoltării
A primit ieri copilul vreo legumă/ fruct cu frunze verzi/ pulpă galbenă (spanac, praz, salata verde, varză, dovleac, piersică, caisă etc)	În fiecare zi trebuie consumată o legumă/ un fruct cu frunze verzi/ pulpă galbenă, care constituie surse valoroase de Vit. A	Legumele/ fructele cu frunze verzi/ pulpa galbenă ajută copii să aibă vederea bună și să fie mai rezistenți la infecții
A primit ieri copilul un număr suficient de mese pentru vârsta pe care o are?	6 – 8 luni: 2 – 3 mese ± 1 – 2 gustări 9 – 23 luni: 3 – 4 mese ± 1 – 2 gustări	Un copil în creștere are nevoie de 2 – 4 mese /zi plus 1 – 2 gustări (dacă dorește): oferiți o varietate de alimente.
Cantitatea de alimente consumate ieri la mesele principale este adecvată pentru vârsta copilului ?	• 6 – 8 luni: crește progresiv până la cca ½ de cană (cca 120 ml) la fiecare masă • 9 – 11 luni: cca ½ de cană (cca 120 ml) la fiecare masă • 12 – 23 luni: cca ¾ – 1 cană (180 - 240 ml) la fiecare masă	Un copil în creștere are nevoie de cantități tot mai mari de energie
Mama îl ajută pe copil să mănânce la toate mesele?	Da, îl ajută să învețe să mănânce (are răbdare să lase copilul să folosească singur lingurița/ cănița)	Copilul mic trebuie să învețe să mănânce: încurajează-l și ajută-l....cu multă răbdare!
A primit copilul vitaminele și mineralele suplimentare necesare?	Da, copilul a primit toate suplimentele de vitamine și minerale pentru nevoile neacoperite de alimentație.	Explicați de ce și cum trebuie folosite suplimentele de vitamine și minerale
Este copilul bolnav sau convalescent?	Asigurați-vă că micuțul/micuța continuă să mănânce și să bea în timpul situațiilor de boală și convalescență	Încurajați copilul să bea și să mănânce în timpul bolilor și oferiți-i să mănânce mai mult în perioada de convalescență pentru o recuperare rapidă.

2.59. CHESTIONARUL “MAJOR DEPRESION INVENTORY” (MDI)

Chestionarul “Major Depression Inventory” MDI

În ultimele 2 săptămâni, cât de des ...		Tot timpul	De cele mai multe ori	Mai mult de jumătate din timp	Mai puțin de jumătate din timp	Uneori	Niciodată
1.	V-ați simțit indispus sau trist?	5	4	3	2	1	0
2	V-ați pierdut interesul pentru activitățile zilnice?	5	4	3	2	1	0
3.	V-ați simțit lipsit de energie și putere?	5	4	3	2	1	0
4.	V-ați pierdut încrederea de sine?	5	4	3	2	1	0
5.	Ați avut sentimente de culpabilitate sau vină?	5	4	3	2	1	0
6.	Ați simțit că viața nu merită trăită?	5	4	3	2	1	0
7.	Ați avut dificultăți de concentrare ca de exemplu atunci când citiți sau vă uitați la televizor?	5	4	3	2	1	0
8a.	V-ați simțit foarte obosit?	5	4	3	2	1	0
8b.	V-ați simțit abătut?	5	4	3	2	1	0
9.	Ați avut tulburări de somn?	5	4	3	2	1	0
10a.	V-a scăzut apetitul?	5	4	3	2	1	0
10b.	V-a crescut apetitul?	5	4	3	2	1	0

Interpretare chestionar MDI

Criteriul A – prezența simptomelor mai mult de 2 săptămâni, în cea mai mare parte a timpului (răspunsuri punctate cu 4 sau 5)

Criteriul B – răspunsuri pozitive la întrebările I1-3

Criteriul C - răspunsuri pozitive la întrebările I4-10

Criteriul A	A. Simptome ce durează de ≥ 2 săptămâni	F32.0 Depresia ușoară	F32.1 Depresia moderată	F32.2 Depresia severă
Criteriul B	B1 = I1 B2 = I2 B3 = I3	2 Da	2 Da	3 Da
Criteriul C	C1 = I4 C2 = I5 C3 = I6 C4 = I7 C5 = I8 a sau b C6 = I9 C7 = I10 a sau b	2 Da	4 Da	5 Da
	Scor chestionar	16-20	24-30	32-40

2.60. INSTRUMENTUL FRAX DE ESTIMARE A RISCULUI DE FRACTURI CAUZATE DE OSTEOPOROZĂ. FACTORI DE RISC.

Se completează cu Da sau Nu prezența riscurilor de mai jos. Vârsta	Modelul acceptă vârste cuprinse între 40 și 90 de ani. Dacă scorul este calculat pentru vârste sub 40 sau peste 90, calculul se face pentru 40 și 90 de ani.
Sex	Bărbat sau femeie
Greutate	În kilograme
Înălțime	În centimetri.
Fraktură în APP	O fractura anterioară se referă la o fractură anterioară în viața de adult, care a apărut spontan, sau o fractură care rezultă din traume minore, care la o persoană sănătoasă nu ar fi produs fractura. Da sau Nu
Fraktură de șold a unui părinte	Fraktură de șold a unui părinte – mama sau tatăl Da sau Nu
Status fumător (în prezent)	Da sau Nu
Glucocorticoizi	Se va completa Da, dacă persoana este în tratament cu un Glucocorticoid, sau a luat un GC mai mult de 3 luni, la o doză echivalentă de prednisolon de cel puțin 5 mg/zi. (sau alt GC la o doză echivalentă).
Artrită reumatoidă	Se va completa Da, dacă persoana are un diagnostic confirmat de PAR
Osteoporoză secundară	Se va completa Da, dacă persoana are un diagnostic asociat cu osteoporoză secundară: - DZ1, osteogeneza imperfectă la adult, hipertiroidism vechi netratat, hipogonadism sau menopauză prematură (sub 45 de ani), malnutriție cronică, malabsorbție, boală cronică de ficat.
Alcool peste 2 unit/zi	Se va completa Da, dacă pacientul consumă în mod current, mai mult de 3 unit de alcool/zi. 1US – 8-10 g/alcool
Densitatea minerală osoasă	- La pacienți cu test DEXA efectuat, se introduce valoarea z pt șold. - La pacienți fără test DEXA efectuat, se lasă câmpul liber

Clarificări

Fraktură în istoricul personal

Fracturile simptomatice de șold sau vertebrale, sunt factori de risc majori. Valoarea FRAX calculată pt cei cu astfel de fracturi, sau pentru cei cu fracturi multiple, poate să fie subestimată. Fractura depistată cu ocazia unei radiografii ocazionale, la nivel vertebral, are valoarea unei fracturi simptomatice.

Fumatul, consumul de alcool, administrarea de glucocorticoizi

Relația dintre osteoporoză și factorii de risc de mai sus este una directă – doză dependentă.

În calculul actual se ia în considerare un nivel mediu de expunere. Pentru expunerile mici sau mari se va folosi judecata clinică (se va lua în calcul micșorarea sau augmentarea scorului calculat obținut).

Artrita reumatoidă (PAR)

PAR este un factor de risc pentru fracturi. Osteoartrita este factor de protecție. Din acest motiv, nu se va lua în considerare decât diagnosticul de PAR bine documentat.

Densitatea minerală osoasă (DMO)

DXA de referință este la nivelul colului femural.

CAPITOLUL 3.

TEHNICI DE CREȘTERE A MOTIVAȚIEI PACIENȚILOR, CU APLICABILITATE ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

„Atunci când un pacient nu pare motivat să realizeze o schimbare sau să asculte sfatul de bun simț al unui specialist, presupunem cel mai adesea că ceva este în neregulă cu acel pacient și că nu prea mai este nimic de făcut în acest caz. Aceste presupuneri sunt de obicei false. Nicio persoană nu este complet nemotivată. [...] Felul în care vorbești cu pacienții despre starea lor de sănătate poate să influențeze în mod substanțial motivația lor spre realizarea unei schimbări de comportament.”

Stephen Rollnick, William R. Miller, Christopher C. Butler, *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*, 2008

În domeniul dependențelor de substanțe și în domeniul mai larg al schimbării comportamentelor nesănătoase, motivația joacă un rol extrem de important și stă la baza numeroaselor decizii de schimbare a comportamentului luate de pacienți.

Mult timp, s-a considerat că tratamentul poate să fie aplicat cu rezultate doar acelor clienți gata motivați, respectiv clienților pregătiți să facă schimbarea și să accepte intervențiile propuse de medici (Miller, 2005). Această viziune a dus la excluderea și persecutarea a numeroși consumatori care erau etichetați drept nemotivați și, deci, incapabili „să fie vindecați”. Mai mult, unii autori au postulat existența unui anumit tip de personalitate ca fiind specifică adicțiilor. *Mitul personalității adictive*, deși nu a fost confirmat (Miller, 2000), continuă să fie destul de răspândit printre specialiști și contribuie la pesimismul acestora față de rezultatul intervențiilor la această categorie de pacienți, ceea ce influențează negativ succesul intervențiilor realizate. Deși conceptualizarea dependenței de substanță ca boală a creierului, mai exact a sistemelor de recompensă și auto-control, cu influențe genetice și de mediu (psiho-sociale) pare a fi tot mai răspândită, reflexele sociale punitive, acuzatoare la adresa persoanelor dependente rămân în continuare foarte puternice așa cum dovedește legislația în domeniu care pedepsește consumatorii cu închisoarea și starea extrem de precară a sistemului de tratament (Hyman SE, 2005; Kosten TR, 1998).

O concepție nouă asupra motivației și capacității de schimbare (vezi *Tabel 1*) a prins contur, o dată cu elaborarea teoriilor lui Miller și Rollnick privind *strategiile de creștere a motivației* și fundamentarea *Interviului Motivațional* ca un stil de interacțiune între terapeut și client. Răspândirea acestuia a determinat o schimbare profundă a paradigmei terapeutice în adicții (Sellman D., 2010) și în alte domenii de îngrijire a sănătății cum ar fi dieta și exercițiul fizic, renunțarea la fumat, aderența la tratamentul administrat cronic, reducerea comportamentelor riscante cum ar fi contactul sexual neprotejat, managementul pacientului diabetic, cu astm, hipertensiune și hiperlipidemie (Resnicow K et al., 2002; Dunn, C, 2001; Knight, K. M., 2006; Van Dorsten, B., 2007; R.K. Martins, 2009).

Tabel 1. Ce este și ce nu este motivația (după Miller, 2000)

MOTIVAȚIA	
ESTE	NU ESTE
capacitatea de a iniția și menține o schimbare; o cheie a procesului schimbării; multidimensională; o stare dinamică și fluctuantă; o funcție a relației dintre client și alte persoane; o stare care poate fi influențată și modificată; determinată în parte de stilul de lucru al clinicianului; în parte, responsabilitatea terapeutului care poate, prin intervențiile sale, să crească motivația clientului său.	o trăsătură de caracter sau o caracteristică personală; stabilă și nemodificabilă în timp; capacitatea de a pune automat în practică ceea ce recomandă terapeutul.

Ce este interviul motivațional?

Interviul motivațional (IM) este un stil terapeutic directiv, centrat pe nevoile clientului (Miller, 2009) prin care clinicianul încearcă să-l ajute pe acesta să-și exploreze și să-și rezolve starea de ambivalență (vezi mai jos) cu privire la comportamentul problematic, având grijă să evite confruntarea directă cu rezistențele pacientului.

“Spiritul” Interviului Motivațional în comparație cu un stil autoritar-confruntativ

Interviu Motivațional	Autoritar-Confruntativ		
Colaborare. O relație de colaborare activă, un parteneriat între medic și pacient și un proces de luare a deciziilor împreună.	<i>“Ce doriți să faceți în legătură cu consumul dumneavoastră de alcool?”</i> <i>“Vă propun să construim împreună un plan pentru a vă îndeplini obiectivul de a vă lăsa de fumat”</i>	O relație inegală de putere, în care medicul-expert direcționează un pacient pasiv, spunându-i ce să facă.	<i>“Trebuie să vă lăsați de băut și mâine să mergeți la spitalul de psihiatrie pentru dezalcoolizare”</i>
Evocarea resurselor pacientului. Înțelegerea perspectivei pacientului, evocarea propriilor motivații și resurse pentru schimbare	<i>“Care sunt beneficiile consumului dumneavoastră de alcool?”</i> <i>“Ce anume vă face să vă gândiți că poate a venit timpul să schimbați ceva legat de felul cum vă alimentați?”</i>	Oferirea “de-a gata” a soluțiilor, metodelor, informațiilor în vederea schimbării	<i>“Va trebui să slăbiți 10 de kg și să începeți să faceți sport cel puțin de 3 ori pe săptămână.”</i>
Respectul pentru autonomia pacientului. Respectarea deciziei pacientului cu privire la comportamentele sale	<i>“Eu sunt aici să vă ajut să puneți în practică decizia pe care o luați cu privire la alcool.”</i> <i>“Dacă hotărâți să slăbiți sau nu este în totalitate responsabilitatea dumneavoastră”</i>	Coerciție, manipulare, a-i spune pacientului ce “trebuie” să facă	<i>“Lasă-te, de băut, nu ți-e rușine să bei în halul ăsta, să îți bați joc de familie?”</i>

Interviul motivațional nu este o paradigmă nouă, ci, mai degrabă, un melanj de teorii și practici mai vechi, printre care terapia centrata pe persoană (Rogers C., 1961) și teoria ciclului schimbării a lui Prochaska și DiClementi (1992).

Ca stil de relaționare, terapeutul **IM** își ghidează clientul spre schimbare, o acțiune descrisă ca fiind la mijloc între stilul directiv, care impune, conduce, prescrie comandă pacientului acțiunile de urmat (foarte obișnuit în consultul medical) și, respectiv, stilul mai pasiv de urmărire, observare, înregistrare, reflectare a deciziilor pacientului, caracteristic psihoterapiilor de lungă durată (fig. 1).

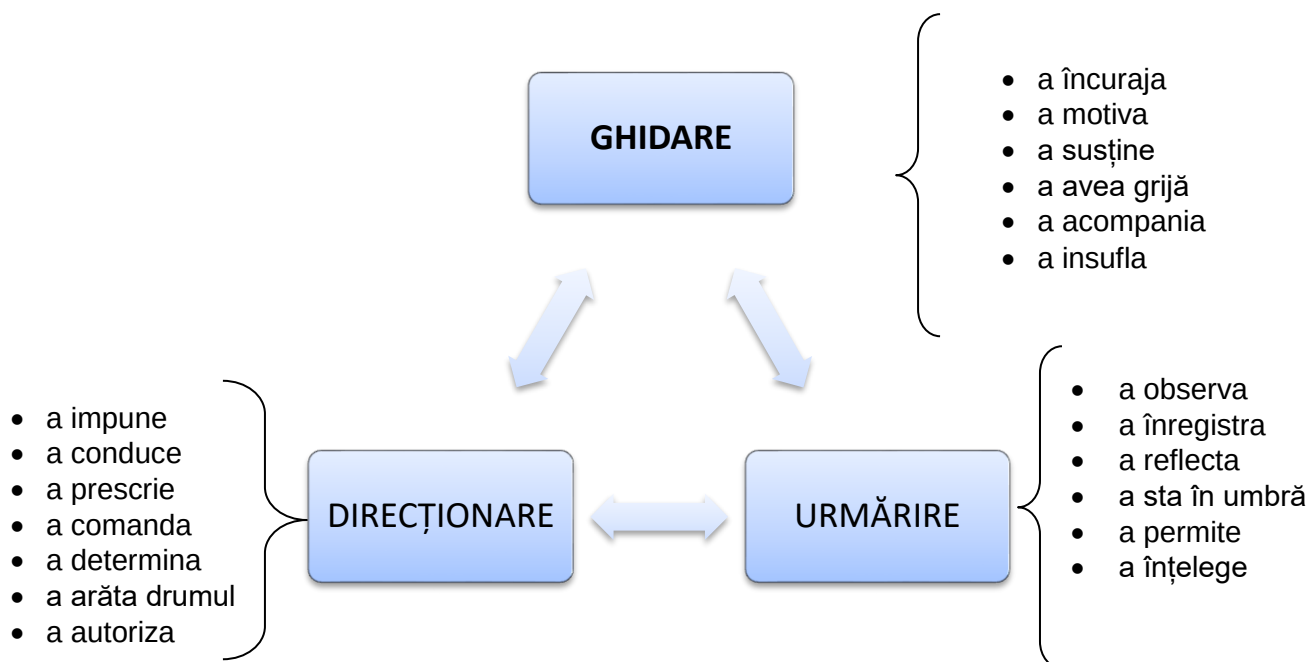


Figura 1. Stilul Interviuului Motivațional se regăsește la mijlocul unui continuum între stilul directiv (specific consultației medicale obișnuite) și cel pasiv-reflexiv (asociat de obicei cu psihoterapiile psihodinamice) . După Rollnick, Miller și Butler (2008)

Un element central pentru majoritatea persoanelor care manifestă comportamente problematice (consum de substanțe, dar și alte comportamente care se asociază cu un risc la adresa sănătății) este **ambivalența**, tendința de a apăra poziții contrare – “știu că fumatul îmi face rău, dar trebuie să am și eu micile mele plăceri” sau “poate că ar fi bine să nu mai joc la cazino, dar simt că nu mă pot opri”.

Într-o discuție cu cineva care favorizează unul dintre brațele ambivalenței, pacientul va apăra poziția contrară, în încercarea de a menține status-quo-ul. Adesea, medicii bine intenționați vor declanșa la pacient un discurs pro-consum prin aducerea în discuție a argumentelor contrare continuării consumului (“Ar fi bine să te lași de alcool, sănătatea ta e în pericol! - Eh, de ceva tot trebuie să murim!”).

Pentru a preveni acest efect, practica **IM** recomandă medicilor următoarele 4 principii directoare:

3.1. REZISTAȚI SĂ DAȚI GLAS REFLEXULUI DE CORECTARE

Reflexul de corectare este tendința de a da sfaturi bune, de a corija, de a îndrepta un comportament pe care îl considerăm nociv. Profesioniștii în sănătate (medici, psihologi, asistenți medicali și sociali) sunt în special predispuși la a avea un răspuns de corectare atunci când se confruntă cu comportamente nocive. Partenerii de viață și alte rude sau persoane apropiate ai pacientului pot avea, de asemenea, o atitudine de corectare. Pentru că reflexul de corectare tinde să accentueze unul din brațele ambivalenței (“trebuie să slăbești, dacă vrei să ții diabetul sub control”), adesea răspunsul pacientului se va situa pe brațul opus al ambivalenței (“și ce să mănânc toată ziua, doamna doctor, salată?!”). Deși poate fi dificil pentru unii medici să se abțină de la a formula sfaturi, recomandări (este calea rapidă, ușoară și, până la urmă, este ceea ce se așteaptă de la un medic), este important de realizat că de cele mai multe ori pacienții știu că “fumatul cauzează cancer” și au auzit deja nenumărate sfaturi bune spuse pe tonuri mai mult sau mai puțin răspicate. Ceea ce au primit mai rar sunt cele descrise în continuare.

3.2. ÎNCERCAȚI SĂ ÎNȚELEGEȚI ȘI SĂ EXPLORAȚI PROPRIILE MOTIVAȚII ALE PACIENTULUI

IM consideră că ceea ce stă la baza schimbării comportamentului este discursul în favoarea schimbării exprimat de pacient, nu motivele enunțate de doctor. De aceea, este nevoie să încercăm să determinăm pacientul să exprime propriile motivații cu privire la consumul de substanță și propriile argumente în favoarea schimbării. Iată câteva exemple de întrebări care favorizează acest proces:

- “Spuneți-mi câte ceva despre ce vă place la fumat”;
- “În ce fel este alcoolul o problemă pentru dumneavoastră acum?”;
- “Cum considerați că ați putea să ieșiți din această situație?”;
- “Ce fel de ajutor ați avea nevoie din partea mea?”.

Chiar dacă pare că acest gen de întrebări (numite întrebări deschise, pentru că adresează o invitație deschisă pacientului de a se exprima liber, spre deosebire de cele închise unde răspunsul este scurt, cu da sau nu sau altă informație punctuală) nu își au locul în orarul de consultații al unui medic, ele nu înseamnă neapărat o invitație la confesiuni îndelungate, ci un mod de a ocoli conflicte și rezistențe care în ele însele sunt consumatoare de timp. O opțiune este să setați de la început orizontul de timp: “”Avem 15 minute să purtăm o scurtă conversație despre motivele care vă fac să continuați să beți în ciuda efectelor negative asupra sănătății dumneavoastră, sunteți de acord?”

3.3. ASCULTAȚI CU EMPATIE

Capacitatea de a asculta pe o perioadă mai îndelungată de timp presupune capacitatea de a tăcea, de a încerca să înțelegem ce spune pacientul, de a desprinde un înțeles și de a selecta din comunicarea sa un element pe care să-l reflectăm înapoi, avansând astfel discuția și, în plus, transmițând mesajul că am receptat ceea ce ni s-a comunicat. Această capacitate de a reflecta înapoi este esențială pentru construirea unei relații de încredere și colaborare.

Pacientul: “Soția mea mă tot bate la cap să vin să vorbesc cu dumneavoastră, zice că beau prea mult și că nu-mi face bine la ulcer, dar eu nu beau chiar așa de mult. Sunt alții la serviciu care beau și mai mult decât mine și nu au probleme, nu au scandal în casă.”

Medicul: “Pare că soția se îngrijorează de starea dumneavoastră de sănătate, dar dumneavoastră nu considerați că ar fi vreo problemă.”

sau

Medicul: “Înțeleg că vă gândiți că pentru că alții beau mai mult decât beți dumneavoastră, sunteți ferit de riscuri.”

sau

Medicul: “Înțeleg că vă deranjează felul în care consumul de alcool afectează relația dumneavoastră cu soția.”

Reflectarea mesajelor pacientului este și o modalitate de a păstra focusul discuției pe problema legată de consum sau alte probleme conexe, dar și de a ne plasa în afara unui potențial conflict cu pacientul. În momente cheie, putem reflecta o bucată mai mare din discursul pacientului, construind un mic rezumat care poate fi și o concluzie a întâlnirii sau premiza unei noi etape.

“Aș vrea să verific dacă am înțeles corect ce am discutat până acum. Înțeleg că beți alcool de mai mulți ani, dar că în ultimul timp au apărut probleme acasă cu soția care susține că beți prea mult, deși ați constatat că sunt în jurul dumneavoastră oameni care consumă la fel sau chiar mai mult decât dumneavoastră. Înțeleg că vă doriți foarte mult să restabiliți pacea în relația dumneavoastră de cuplu. Am înțeles corect? (alternativ, ce ați fi dispus să faceți în legătură cu asta?)”

2.1.4. ÎNCURAJAȚI PACIENTUL, INSUFLÂNDU-I SPERANȚĂ ȘI OPTIMISM

Este aproape de neconceput un pacient care vine în fața medicului fără să aibă niciun element pozitiv în comportamentul său. Însuși faptul că se află în consultație și este dispus să vorbească despre ce trăiește este un merit în sine („Apreciez faptul că îmi acordați încredere să vorbim despre aceste lucruri, mă gândesc că este un subiect destul de complicat și de inconfortabil de dezbătut”). Este important să susținem prin declarații tot ceea ce considerăm a fi elemente încurajatoare spre schimbare (“Înțeleg că nu ați mai consumat nimic de două zile. Felicitări, e un început bun!”).

Pacientul trebuie încurajat și ca agent al propriei sale schimbări (“eu sunt aici ca să vă ajut și eventual să vă ghidez, dar cel care hotărăște ce vrea să facă și care va pune aceste lucruri în practică sunteți dumneavoastră”), ca expert în ceea ce funcționează și ce nu funcționează în cazul lui (“În trecut, când ați avut de depășit un obstacol important în viața dumneavoastră, cum ați procedat?”).

Probabil că nu există nimic mai descurajator în “cariera” unei persoane cu o problemă legată de consumul de substanțe decât recăderea, reluarea consumului după o perioadă de schimbare (abstinență sau reducere a consumului). Aici, încurajarea pacientului constă în înțelegerea faptului că niciun lucru cu adevărat important nu se obține ușor și că orice eșec este un prilej de învățare pentru o mai bună pregătire în viitor.

Într-o elaborare recentă, Miller (2009) avansează ipoteza pe care o susține empiric că la baza eficienței IM s-ar afla o combinație între relația de empatie care se stabilește între medic și pacient (factori de proces) și formularea de către pacient (și întărirea de către medic) a motivațiilor proprii pentru schimbare (factori de conținut). Astfel, profesioniștii care lucrează cu pacienți cu comportamente problematice sunt instruiți ca în loc să exprime ei înșiși motivele pentru schimbare (“trebuie să te lași de băut, ca altfel o să rămâi fără slujbă și familie”) să asculte cu atenție discursul pacientului și să întărească propriul discurs spre schimbare (change talk) al pacientului. Elementele care construiesc acest tip de discurs sunt descrise mai jos.

6 tipuri de discurs pentru schimbare

Întrebări care evocă discurs de schimbare la pacient

Dorința de schimbare <i>“mi-ar plăcea să nu mai tușesc așa mult”</i> <i>“îmi doresc să mă înțeleg mai bine cu soția”</i> <i>“aș vrea să slăbesc”</i>	<i>“de ce ți-ai dori să te lași de fumat, de fapt?”</i> <i>“ce ai avea de câștigat, dacă ai bea mai puțin?”</i> <i>“ce ai fi dispus să faci ca să ai niște analize mai bune?”</i>
Capacitatea de a realiza schimbarea <i>“aș putea să vin să mai vorbim despre asta, dacă sunteți de acord”</i> <i>“aș putea să beau și eu mai puțin”</i> <i>“am făcut eu altele și mai grele, o s-o fac și pe asta”</i>	<i>“cu ce ți-aș putea fi de ajutor în acest moment?”</i> <i>“ce ai fi dispus să faci ca să se îndrepte lucrurile acasă?”</i> <i>“crezi că poți să faci o asemenea schimbare?”</i>
Motivele pentru schimbare <i>“dacă o să continui să consum, o să ajung ca prietenii mei, la pușcărie”</i> <i>“dacă beau mai puțin, o să ne certăm mai rar”</i> <i>“ar fi bine să slăbesc, dacă vreau să îmi văd nepoții mari”</i>	<i>“de ce ai vrea să te oprești din consum?”</i> <i>“care ar fi beneficiile, dacă bei mai puțin?”</i> <i>“care e motivul pentru care vrei să slăbești tocmai acum?”</i>
Nevoia de schimbare <i>“trebuie să fac ceva, că nu mai pot continua în felul ăsta”</i> <i>“am nevoie să mă simt mai în formă, să pot să mă mișc mai ușor”</i>	<i>“cât de important este pentru dumneavoastră să începeți să slăbiți?”</i>
Angajamentul în vederea schimbării <i>“o să mă gândesc la asta”</i> <i>“o să încerc timp de 1 săptămână, să văd cum merge”</i> <i>“o să fac asta”</i> A lua măsuri în vederea schimbării <i>“n-am mai băut de când ne-am văzut ultima oară”</i> <i>“am fumat maxim 10 țigări pe zi în ultima lună și mă simt foarte bine”</i>	Aceste două categorii de afirmații spre schimbare survin ca o consecință a primelor și apar după o perioadă de aplicare a stilului motivațional de lucru cu pacientul! Eventual, în încheierea unei întâlniri, medicul poate formula: <i>“având în vedere cele discutate azi, ce vă gândiți să faceți?”</i>

O dată obținut angajamentul în vederea schimbării, medicul este în măsură să invite pacientul să-și formuleze un obiectiv de schimbare care să fie SMART (specific, măsurabil, acceptabil, realist și delimitat în timp) sau să-l ajute să-și rafineze obiectivul dacă pacientul și-a stabilit deja unul (de exemplu, de la “aș vrea să slăbesc un pic” la “aș vrea să slăbesc 5 kg în următoarele 2 luni”). În acest sens, pot fi folosite (fie împreună cu pacientul, fie date acestuia ca temă pentru acasă) instrumente precum balanța decizională, jurnalul de consum sau lista situațiilor de risc și a strategiilor de a face față (incluse în materialul de training).

În concluzie, în cadrul interviului motivațional profesionistul caută să creeze o atmosferă pozitivă schimbării. Când această abordare se aplică în mod adecvat, pacientul este cel care prezintă argumentele pentru schimbare și nu terapeutul.

Studii și meta-analize de eficiență a IM	Rezultate
Dunn, DeRoo, and Rivara (2001) – 29 de studii în care IM a fost aplicat în domenii diverse	Rezultate semnificative statistic în tratamentul abuzului de substanță, dietă și exercițiu fizic, oprirea fumatului și reducerea riscului de infectare cu HIV (cele mai bune rezultate în domeniul dietei și exercițiului fizic, iar cele mai proaste în oprirea fumatului)
Burke et al. (2003) – meta-analiză care a inclus 30 de studii controlate în domeniile tratamentului pentru abuz de alcool, dependență de droguri, oprirea fumatului, dietă și exercițiu fizic și reducerea riscului de contractare HIV	IM a fost găsit a fi la fel de eficient ca alte tratamente și mai eficient decât placebo în domeniile abuzului de alcool, dependenței de droguri, dietă și exerciții și mai puțin eficient în oprirea fumatului și reducerea comportamentelor sexuale riscante.
VanWormer and Boucher (2004) – meta-analiză care a inclus 4 studii în domeniul modificării dietei folosind IM	3 din 4 studii au găsit efect, chiar și în intervenții scurte, deși intervențiile mai frecvente se asociau cu efecte mai însemnate.
Rubak, Sandbaek, Lauritzen, and Christensen (2005) – meta-analiză care a inclus 72 de studii controlate în domeniile dietă și exercițiu fizic, diabet și abuz de substanțe	74% din studiile incluse au raportat efect semnificativ pentru intervențiile IM. Autorii sugerează că efectul corelează cu un număr mai mare de ședințe și cu o perioadă de follow up mai îndelungată.
Van Dorsten, B. (2007) – analiză pe 8 studii care au evaluat eficiența IM în domeniul scăderii în greutate și practicării exercițiului fizic	IM este semnificativ eficient în îmbunătățirea dietei și adoptării exercițiului fizic, aderența la dietă și scăderea în greutate.

BIBLIOGRAFIE

1. Borsari B, Carey KB. Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers J Consult Clin Psychol. 2000 Aug;68(4):728-33.
2. Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, 843–861.
3. Committee on Addictions of the Group for the Advancement of Psychiatry. Responsibility and Choice in Addiction. Psychiatric Services, 53:707–713, 2002
4. Dunn, C., DeRoo, L., Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from MI across behavioral domains: A systematic review. Addiction, 96, 1725–1743
5. Hriscu E, Ioan M (2004), Prevenirea recăderilor în tulburările legate de conumul de substanțe, Infomedica, București
6. Hyman S.E., Addiction: A Disease of Learning and Memory. Am J Psychiatry 2005; 162:1414–1422
7. Kosten T.R., Addiction as a Brain Disease. Am J Psychiatry 155:6, June 1998
8. Knight, K. M., McGowan, L., Dickens, C., & Bundy, C. (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. British Journal of Health Psychology, 11, 319–332
9. Martins R.K., McNeil D.W. Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. Clinical Psychology Review 29 (2009) 283–293
10. Miller, W. R. (Ed.) (1999). Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.
11. Miller RW, Rolnick S, "Interviul Motivational. Pregătirea pentru schimbare", ed. Agentia Nationala Antidrog, Bucuresti, 2005
12. Miller, William R.; Rose, Gary S. Toward a theory of motivational interviewing. American Psychologist, Vol 64(6), Sep 2009, 527-537
13. Prelipceanu D, Victor V (ed.) (2004), Abuzul și dependența de substanțe psihoactive, Infomedica, București
14. Prochaska JO, Diclemente CC, Norcross JC, In search of how people change: applications to addictive behaviors. American Psychologist 1992, 47(9): 1102 – 1114
15. Resnicow K, Dilorio C, Soet JE, Ernst D, Borrelli B, Hecht J. Motivational interviewing in health promotion: it sounds like something is changing. Health Psychol. 2002 Sep;21(5):444-51.
16. Rogers C. (1961, 2008). A deveni o persoana. Ed. Trei, Bucuresti
17. Rosenblum A, Foote J, Cleland C, Magura S, Mahmood D, Kosanke N. Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioral therapy. Am J Drug Alcohol Abuse. 2005;31(1):35-58.

18. Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305–312.
19. Sellman D., The 10 most important things known about addiction. *Addiction*. 2010 Jan;105(1):6-13
20. Stephen Rollnick, William R. Miller, Christopher C. Butler, *Motivational interviewing in health care : helping patients change behavior* 2008 The Guilford Press New York
21. Van Dorsten, B. (2007). The use of motivational interviewing in weight loss. *Current Diabetes Reports*, 7, 386–390
22. VanWormer, J. J., & Boucher, J. L. (2004). Motivational interviewing and diet modification: A review of the evidence. *The Diabetes Educator*, 30, 404–416

Material realizat în cadrul proiectului RO19.04 "Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România" finanțat prin Mecanismul Financiar Norvegian 2009-2014, în cadrul Programului RO19 "Inițiativa în sănătatea publică".
Iunie 2016, București

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor Norvegiene 2009-2014.
Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor prezentate revine inițiatorilor.
Pentru informații oficiale privind granturile norvegiene accesați
www.norwaygrants.org, www.norwaygrants.ro și www.initiativeinsanatate.ms.ro.

www.cnsmf.ro
www.edu-cnsmf.ro
ghidurimedicale.ro
www.insp.gov.ro