



Protocol clinic standardizat pentru medicii obstetricieni-ginecologi

Hemoragia post-partum

A. Partea introductivă

| | | |
|-------------|-----------------------------|---|
| A. 1 | Diagnosticul | Hemoragia post-partum |
| A. 2 | Codul bolii (CIM 10) | O .72 |
| A. 3 | Utilizatorii | Medicii obstetricieni-ginecologi din maternitățile spitalelor raionale, municipale și republicane. |
| A. 4 | Scopul protocolului | Sporirea calității managementului lăuzelor cu hemoragii post-partum. |
| A. 5 | Data elaborării | 2020 |
| A. 6 | Data revizuirii | 2025 |
| A. 7 | Definiția | Hemoragia post-partum (HPP) - sângerarea în perioada post-partum care depășește 500 ml la o naștere pe cale naturală cu făt unic, sau mai mare de 1000ml în operația cezariană, sau hemoragie însoțită de semne/simptome ale hipovolemiei ca: scăderea TA și a diurezei; creștere Ps și FR ; paloare, amețeală, alterarea stării de conștiință. |

B. Partea generală

Nivel de asistență medicală spitalicească

| Descriere | Motive | Pași | | | | |
|---|--|--|------------------------------|----------------------------------|---|--|
| B.1. Asistența medicală urgentă | | | | | | |
| La locul unde a fost stabilit diagnosticul. | Hemoragia post-partum abundentă, șocul hemoragic. | <ul style="list-style-type: none"> Asistența medicală urgentă, măsuri de reanimare și terapie intensivă acordate de către echipa mobilă conform C.5. Transfer în alte secții sau instituții medicale numai după stabilizarea stării pacientei. | | | | |
| B. 2. Internarea | | | | | | |
| În secția de obstetrică sau ginecologică | Perioada a 3-a a nașterii, lăuzie precoce (2 ore), lăuzie tardivă (de la 2 ore până la 42 de zile) cu prezența factorilor de risc pentru hemoragia post-partum. C.1 | <ul style="list-style-type: none"> Evaluarea pacientei (aprecierea riscului). | | | | |
| B. 2. Diagnosticul | | | | | | |
| Stabilirea timpurie a diagnosticului și cauzei hemoragiei. C. 2 – C. 4 | Aprecierea severității procesului și determinarea tacticii de tratament adecvat. | <table border="1"> <tr> <td>Investigații clinice:</td> <td>Investigații paraclinice:</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Presiunea arterială și venoasă; Pulsul; FCC Diureza/oră. </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Grupa și Rh factor Hematocritul; Hemoglobina; Coagulograma; Test Lee White </td> </tr> </table> | Investigații clinice: | Investigații paraclinice: | <ul style="list-style-type: none"> Presiunea arterială și venoasă; Pulsul; FCC Diureza/oră. | <ul style="list-style-type: none"> Grupa și Rh factor Hematocritul; Hemoglobina; Coagulograma; Test Lee White |
| Investigații clinice: | Investigații paraclinice: | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Presiunea arterială și venoasă; Pulsul; FCC Diureza/oră. | <ul style="list-style-type: none"> Grupa și Rh factor Hematocritul; Hemoglobina; Coagulograma; Test Lee White | | | | | |
| B. 3. Tratamentul | | | | | | |
| C.5.1 - C.5.2 | Inițierea precoce a tratamentului va reduce riscul complicațiilor. | In orice situație de HPP este important sa: <ul style="list-style-type: none"> solicți ajutor aplici masca cu oxigen 100% menținerea cailor respiratorii abordul a 2 linii i/v cu cateter N16-18 și recoltarea unei probe de sânge pregătirea prealabilă a componentelor din sânge efectuarea masajului uterin bimanual | | | | |
| C. 5.2 – C.5.7 | Tratamentul cauzelor specifice. | <ul style="list-style-type: none"> Tratamentul medicamentos Manopere Tratamentul chirurgical | | | | |

C. Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor

| | | | |
|----------------|--|---|---------------------------------|
| C.1 | Factorii de risc | | |
| C.1.1 | Factori antenatali | Factorii intranatali | Intervenții chirurgicale |
| | HPP in anamneza (10% recurență în nașterile următoare) | Travaliu prelungat (insuficiența contracțiilor sau scremetelor) | Nașterile instrumentale |
| | Primiparitatea | Preeclampsie sau dereglări relatate | Operație cezariană |
| | Multiparitatea (> 5 nașteri) | Moartea antenatală a fătului | Epiziotomie |
| | Coagulopatiile (congenitale sau dobândite, iatrogene) | Inducerea sau suportul ocitocic al travaliului | |
| | Placentație anormală | Utilizarea magneziului sulfat | |
| Vârsta >30 ani | Corioamnionita | | |

| | | | |
|---------------|--|---|------------------|
| | Situații de hiperextensia uterului: sarcina multiplă, polihidroamnios, făt macrosom | Ruptură uterină: a uterului cicatriceal sau indemn; | |
| | Anemie | Inversiune uterină: placenta fundică aderentă, multiparitate. | |
| C.1.2 | Mnemonicul pentru cauzele specifice ale Hemoragiei post-partum - cele "4 T". | | |
| | 4 T | Cauza specifică | Frecvența |
| | Tonus | Atonie uterină | 70% |
| | Traumatismul | Lacerările, hematoamele, inversia uterului, ruptura uterului. | 20% |
| | Țesut | Resturi placentare, placenta invaziva | 10% |
| | Tulburări de coagulare | Coagulopatiile | 1% |
| C.2 | Examenul fizic: | | |
| | <p>Hemoragia se manifestă clinic prin sângerare genitală abundentă, rapidă și prin semnele șocului hipovolemic, manifestările acestuia fiind în corelație cu cantitatea de sânge pierdut:</p> <p><i>Grad I</i> - pierdere de 500-1000 ml de sânge (10-15% din masa circulantă): șoc compensat - nu apar modificări ale tensiunii arteriale, posibil palpitații, tahicardie, debit urinar >20-30ml/oră;</p> <p><i>Grad II</i> - pierdere de 1000-1500 ml de sânge (15-25% din masa circulantă): șoc ușor - apare o scădere ușoară a TA, cu maximă de 80-100 mm Hg, pacienta cu astenie, transpirații, tahicardie, debit urinar 20-30ml/oră;</p> <p><i>Grad III</i> - pierdere de 1500-2000 ml sânge (25-35% din masa circulantă): șoc moderat - scădere accentuată a TA, cu maxima de 70-80 mm Hg, pacienta este agitată, confuză, palidă, polipneică, oligurică, 10-20ml/oră;</p> <p><i>Grad IV</i> - pierdere de 2000-3000 ml (35-45% din masa circulantă): șoc sever - scădere severă a TA, cu maxima de 50- 70 mm Hg, pacienta este în colaps, dispneică, anurică (0-10 ml/oră).</p> | | |
| | <p>Simultan cu tratamentul de reechilibrare se încearcă descoperirea etiologiei hemoragiei prin evaluarea pacientei pe fotoliul ginecologic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - verificarea prezentei corpului uterin; - verificarea integrității părților moi; - suplimentarea investigațiilor necesare, prin recoltarea probelor de sânge; - anamneza minuțioasă a pacientei în scopul căutării unei deficiențe de coagulare. | | |
| C. 3 | <p>Monitoring-ul: Modificările valorilor TA pot fi uneori tardive. <u>Apariția unei tahicardii > 100 bătăi/minut constituie un semn de alarmă.</u> Cardiomonitoring – FCC, TA, SaO₂, tensiunea venoasă centrală, FR, diureza/oră, t°C corpului, hematocritul, hemoglobina, coagulograma.</p> | | |
| C. 4 | <p>Diagnosticul cauzei hemoragiei: Hipotoniiei: uter moale, neretractat și sângerări continue sau în valuri cu sânge roșu, fluid, coagulabil; Retenției de fragmente placentare: placenta prezintă lipsuri, sângerare activă (cu sânge roșu fluid), uterul prezintă faze alternative de contracție și de relaxare; Leziunii de părți moi: uter contractat sau moale și sângerări continue sau în valuri cu sânge roșu, fluid, coagulabil. Inspecție a canalului de naștere pe fotoliul ginecologic, sub o iluminare buna, utilizând valve, pentru evidențierea optimă a fundurilor de sac vaginale și a colului uterin pe întreaga sa circumferință; Tulburării de coagulare: în absența cauzelor de sângerare menționate anterior, dacă sângerarea continuă - în baza anamnezei, a antecedentelor pacientei și a explorării echilibrului fluidocoagulant.</p> | | |
| C. 5 | Tratamentul hemoragiei post-partum trebuie direcționat spre corecția cauzelor! | | |
| C. 5.1 | <p>Inițierea imediată a procedurilor de tratament:</p> <ul style="list-style-type: none"> -abordul de linii intravenoase cu debit mare; -administrarea de soluții electrolitice și coloide pe liniile venoase: ser fiziologic, soluție Ringer, Dextran, în ritm rapid, pentru a menține stabilă tensiunea arterială a pacientei; -administrarea de oxigen prin mască; -monitorizarea semnelor vitale. <p>Uterotonice: Administrarea Oxitocinei , i/v</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20 UI in 1000 ml ser fiziologic sau Ringer lactat - Infuzarea a 500 ml timp de 10 minute, ulterior câte 250 ml /oră | | |
| C. 5.2 | <p>Terapia de infuzie – se indică administrarea de soluții perfuzabile care să substituie cantitatea de sânge pierdut conform PCN -254 "Managementul transfuzional și de resuscitare volemică al hemoragiilor obstetricale masive" astfel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la o pierdere de până la 1500 ml sânge, se vor administra sub formă de infuzie rapidă cristaloide balansate (1ml de sânge pierdut/3 ml cristaloizi), Hidroxiethylamil; - la o pierdere mai mare de 1500 ml de sânge se vor administra soluții electrolitice, cristaloide și coloide cu componenți de sânge, în raport de 3:1. <p>Atenție:Rata volumului infuziei vor fi ajustate în funcție de evoluția clinică a pacientei. Soluțiile coloidale vor fi administrate cu precauție maximă, implica riscuri (agravarea coagulopatiei, leziune renală acută, reacții</p> | | |

| | |
|---------------|---|
| | alergice), nu va depăși volumul recomandat de producător. Dextranii nu vor fi utilizați. |
| C. 5.3 | <p>Terapia hipotoniei uterine:</p> <ul style="list-style-type: none"> - golirea vezicii urinare cu aprecierea ulterioară a diurezei pe oră; - masajul extern al uterului, masajul bimanual al uterului; - informarea serviciului anesteziologic și a medicului consultant; - excluderea leziunilor căilor moi și resturilor placentare, masajul bimanual al uterului; <p>Uterotonice</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oxitocina: 20UI/L, 500 ml în 10 minute, apoi 250 ml/ ora pe ser fiziologic sau Ringer lactat, doza de menținere 120 ml/oră; la necesitate de mărit cantitatea sau concentrația (de la 40 la 80 IU/L) - Carboprost: - 0,25 mg i/m sau intramiometru, fiecare 15 min până la 90 min, doza maximala poate fi 2,0 mg - Misoprostol: - In HPP acuta severa 600-800 mcg, efectul survine mai rapid; sau 800-1000 mcg rectal sau 600-800 mcg per os. - Metilergometrina: 0,2 mg i/v, i/m la fiecare 15 min (nu mai mult de 3 doze, contraindicate în preeclampsie, maladii cardiace, astm bronhic); - Ergometrina: 0,5 mg I/m - Tamponada uterului cu balon sau cu meșa. Metoda de tratament temporara, de obicei până la 24 ore. - tratament chirurgical. |
| C. 5.4 | <p>Terapia leziunilor traumatice ale tractului genital:</p> <ul style="list-style-type: none"> - revizia căilor de naștere în valve; - suturarea tuturor leziunilor identificate în condiții de analgezie/anestezie de scurtă durată; - în depistarea hematomului vaginului sau vulvei – evacuarea hematomului cu suturarea țesuturilor; - în leziuni vaginale când nu se poate stopa hemoragia prin suturare – tamponarea dublă a vaginului și rect cu meșe de tifon (timp de 24-48 ore). În rect se lasă un tub evacuator de gaze; <p>Inversia uterului</p> <ul style="list-style-type: none"> - de suspectat când apar semne de soc care nu sunt cauzate de hemoragie severa. - repunerea imediata a uterului - se administrează i/v Nitroglicerina sau relaxare sub anestezie generala - după repunere se indica de examinat reflexele vagale si utilizarea de uterotonice - în cazul suturării rupturilor adânci ori manipulării cu uter - antibioticoprofilaxie conform PCN „Antibioticoprofilaxia în obstetrică și ginecologie” |
| C. 5.5 | <p>Terapia retenției de fragmente placentare sau membrane:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticul se stabilește după excluderea traumei și atoniei - control uterin (manual sau instrumental cu o chiuretă boantă (Bumm)) în caz de suspiciune a unor lipsuri placentare sau de membrane (efectuarea controlului uterin în condiții de analgezie/anestezie de scurtă durată) - în cazurile când se suspecta invazia placentei, cazul se finisează de o echipa de medici calificați, fiind din timp pregătite și preparatele de sânge - masaj uterin; - antibioticoprofilaxie conform PCN „Antibioticoprofilaxia în obstetrică și ginecologie” |
| C.5.6 | <p>Etiologie coagulopatiilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preeclampsia, HELLP sindrom - ITP, TTP, Boala von Willebrand, hemofilia - Medicamentele (aspirina, heparina) - CID (cauzat de: hemoragie severa, embolia cu lichid amniotic, sepsis, DDPNI, moartea antenatala a fătului) <p>Terapia coagulopatiilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamentul maladiei de baza - Evaluarea statutului de coagulare - Monitorizarea coagulării - Acid tranexanic 1g bolus, 1g i/v fiecare 8 ore - Factorul de coagulare VII a - Suportul volumului intravascular - Substituirea factorilor de coagulare - Plasma proaspăt congelata (PPC) - în sindromul CID – se efectuează tratamentul prompt concomitent prin infuzii intravenoase a factorilor de coagulare consumați ai sistemului de hemostază (PPC, crioprecipitat, toate tipurile de concentrat eritocitar și concentrat de trombocite (plachete)); - tratamentul se efectuează în comun cu medicii reanimatori, hematologi. |
| C.5.7 | <p>Tratamentul chirurgical</p> <p>În prezența unei hemoragii severe se recurge la tratament chirurgical, care depinde de: posibilitățile tehnice ale unității medicale, experiența chirurgicală a obstetricianului, situația clinică particulară.</p> <ul style="list-style-type: none"> - în hemoragia 1200 ml, pacienta se ridică în sala de operație, unde adăugător se examinează căile de naștere, se precizează cauza hemoragiei, continuă tratamentul hemostatic. - în hemoragia care continuă și volumul căreia ajunge la 1500 ml imediat se recurge la stoparea chirurgicală a hemoragiei. |

| | | | |
|---|---|------------------------|----------------------|
| | <p>Intervenția chirurgicală se efectuează prin laparotomie mediană. Manoperele chirurgicale de hemostază:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Devascularizare uterului prin legarea vaselor uterine și ovariene; - Compresia uterului prin aplicarea suturii modelul B-Lynch; - Devascularizarea organelor bazinului mic prin legarea arterelor iliace interne; - Hemostaza absolută prin histerectomie (subtotală sau totală). <p>În mod obligator - bilateral se drenează cavitatea abdominală, la histerectomia totală se drenează și bontul vaginal !!!</p> | | |
| C.6 | <p>Profilaxia HPP</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificarea pacienților cu factori de risc pentru HPP <ul style="list-style-type: none"> -Anemie -Obezitatea - In anamneza HPP - Aderarea patologica a placentei(increta, percreta, acreta) - Placenta praevia - Făt macrosom - Sângerări vaginale pe parcursul gravidității. ❖ Abordarea precoce a unui management specific fiecărei paciente cu risc înalt pentru HPP ❖ Reducerea atoniei uterine prin aplicarea Conduitei Active de decolare a placentei, la fiecare naștere , chiar si la cele care nu prezinta factori de risc. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Oxitocina 10 UI i/m sau i/v administrata înainte sau imediat după nașterea fătului. ➤ Misoprostol - 600 mcg per os după naștere, daca nu este Oxitocină ➤ Tracția continuă și controlată al cordonului ombilical -utilizarea manevrei Brandt și pensarea cordonului ombilical cu 1-3 minute după naștere nu duce la creșterea riscului pentru HPP și nici la efect nefast asupra nou-născuților. ➤ Masaj transabdominal al uterului după decolarea și degajarea placentei | | |
| Abrevierile folosite în document | | | |
| SCID | Sindromul coagulării intravasculare diseminate | SaO₂ | Saturația cu oxigen |
| FCC | Frecvența contracțiilor cardiace | t°C | Temperatura corpului |
| TA | Tensiunea arterială | i/v | Intravenos |
| FR | Frecvența respirațiilor | i/m | Intramuscular |

SORT: Recomandări-cheie pentru practică

| Recomandări Clinice | Gradul de evidență |
|---|---------------------------|
| Conduita activă a perioadei a III-a de naștere trebuie efectuată pentru scăderea riscului HPP, riscului anemiei materne < 9mg/dL și scăderea necesității de decolare manuală a placentei. | A |
| Pensarea întârziată a cordonului ombilical în 1-3 minute după naștere, scade riscul anemiei neonatale și nu crește riscul HPP. | A |
| Oxitocina este preparatul de elecție în profilaxia HPP, fiind mai efectiv și cu mai puține efecte adverse decât alcalozii de ergot sau prostaglandinele. | A |
| Misoprostolul este avantajos de administrat pentru profilaxia HPP în țările în curs de dezvoltare, deoarece el este efectiv (NNT=18), este ieftin, stabil la căldură și simplu de administrat. | A |
| Misoprostolul este mai puțin efectiv în profilaxia HPP decât oxitocina și posedă mai multe efecte adverse. | A |
| Efectuarea training-urilor cu participarea echipelor multidisciplinare de personal medical, a demonstrat rezultate bune în ceea ce privește acordarea asistenței medicale. | B |
| <p>Puterea taxonomiei recomandărilor</p> <p>A • Recomandare bazată pe dovezi consistente și de bună calitate, orientate spre pacienți. B • Recomandare bazată pe dovezi inconsecvente sau de calitate redusă la pacienți. C • Recomandarea bazată pe consens, practică, opinii, dovezi orientate spre boală sau serii de cazuri pentru studii de diagnostic, tratament, prevenire sau screening.</p> <p>Dovezile orientate pe pacient măsoară rezultatele care contează pentru pacienți: morbiditate, mortalitate, ameliorarea simptomelor, costuri reducerea și calitatea vieții. Dovezile orientate asupra bolilor măsoară intermediare, fiziologice, puncte de final care nu reflectă îmbunătățirea rezultatelor pacientului (de exemplu, tensiunea arterială, chimia sângelui, funcția fiziologică, observații patologice).</p> <p>NNT = numărul necesar pentru tratare; PPH = hemoragie post-partum. From Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. Am Fam Physician. 2004;69(3):548-556</p> | |

Bibliografie:

1. Quantitative blood loss in obstetric hemorrhage. ACOG Committee Opinion No. 794. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2019;134:e150–6.
2. Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin No. 183. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;130:e168–86.
3. Goffman D, Ananth CV, Fleischer A, D’Alton M, Lavery JA, Smiley R, et al. The New York State Safe Motherhood Initiative: early impact of obstetric hemorrhage bundle implementation. Safe Motherhood Initiative Obstetric Hemorrhage Work Group. *Am J Perinatol* 2019. DOI: 10.1055/s-0038-1676976. Epub 2019 January 4.
4. Driessen M, Bouvier-Colle MH, Dupont C, Khoshnood B, Rudigoz RC, Deneux-Tharoux C. Postpartum hemorrhage resulting from uterine atony after vaginal delivery: factors associated with severity. Pithagore6 Group. *Obstet Gynecol* 2011;117:21–31.
5. Cunningham F.G. “Cap. 35 Obstetrical Hemorrhage” Williams Obstetrics - 22nd ed., 2005, pag. 809-855
6. Shields LE, Smalarz K, Reffigee L, Mugg S, Burdumy TJ, Propst M. Comprehensive maternal hemorrhage protocols improve patient safety and reduce utilization of blood products. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:368.e1–8.
7. Royal College of Obstetricians and Gynecologists Green-top Guideline 52: Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage. 2009. [Accessed November 28, 2016]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gt52postpartumhaemorrhage0411.pdf>.
8. Gulmezoglu AM, Forna F., Villar J. “Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage, Cochrane Database Syst Rev. 2002;(3):CD000494
9. The National Institute for Health and Care Excellence Intrapartum care for healthy women and babies. 2014. [Accessed November 28, 2016]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190?unlid=105541892016715182537>.
10. McDonald S, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour (Review) Cochrane Database Syst Rev. 2007 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
11. Gizzo S, Patrelli TS, Di Gangi S, et al. Which uterotonic is better to prevent the postpartum hemorrhage? Latest news in terms of clinical efficacy, side effects, and contraindications a systematic review. *Reprod Sci.* 2013;20(9):1011–1019. [PubMed] [Google Scholar]
12. Gallos ID, Williams HM, Price MJ, et al. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *The Cochrane Library*; 2015. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
13. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labor (Review) Cochrane Database Syst Rev. 2000;3:CD000007. [PubMed] [Google Scholar]
14. Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, Joseph KS. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol.* 2013;209(5):449, e1–e7. [PubMed] [Google Scholar]
15. Dunn TS, Heinrichs GA, Lynch AM. Predicting postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):28S. [Google Scholar]
16. Siassakos D, Fox R, Crofts JF, Hunt LP, Winter C, Draycott TJ. The management of a simulated emergency: better teamwork, better performance. *Resuscitation.* 2011;82(2):203–206. [PubMed] [Google Scholar]
17. Wilkinson H. Saving mothers’ lives. Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–2008. *BJOG.* 2011;118(11):1402–1403. [PubMed] [Google Scholar]
18. Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labor to prevent postpartum hemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;10:CD001808. [PubMed] [Google Scholar]
19. Zwart JJ, Dupuis JRO, Richters A, Öry F, van Roosmalen J. Obstetric intensive care unit admission: a 2-year nationwide population-based cohort study. *Intensive Care Med.* 2010;36(2):256–263. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Elaborat de:

Cernețchi O., d.h.ș.m., prof.univ., șef Departamentul Obstetrică-Ginecologie, USMF „N.Testemițanu”
Victor Ciobanu, d.ș.m., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „N.Testemițanu”;
Victor Petrov, d.ș.m., conferențiar universitar, șef Laborator Științific Obstetrică al IMSP IMC
Liudmila Stavinskaia, asistent universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „N.Testemițanu”;
Uliana Tabuica, d.ș.m., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „N.Testemițanu”;

Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr.838 din 19.09.2020
„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat Hemoragia postpartum”.