



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

Îngrijiri antenatale pentru o experiență pozitivă în sarcină

Protocol clinic standardizat

Chișinău, 2025

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății
din 23.12.2024, proces-verbal nr. 4
Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al RM nr.357 din 18.04.2025
cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat „Îngrijiri antenatale pentru o
experiență pozitivă în sarcină”**

CUPRINS

Abrevierile folosite în document	3
SUMARUL RECOMANDĂRILOR.....	3
PREFAȚĂ 6	
Partea introductivă.....	6
A.1 Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic.	6
A.2 Utilizatorii.....	6
A.3 Scopul protocolului.....	7
A.4 Obiectivele protocolului	7
A.5 Data elaborării protocolului: 2025.....	7
A.6 Data revizuirii protocolului: 2030.....	7
A.7 Lista și informațiile de contact ale autorilor. Recenzenții. Structurile care au examinat, avizat și aprobat protocolul.....	7
A.8 Definițiile folosite în document	8
A.9 Informația epidemiologică.....	8
Capitolul i. Roluri, responsabilități și componente de management în ÎNGRIJIRILE antenatale.....	10
1.1. Roluri și responsabilități în îngrijirile antenatale.....	10
1.2. Componente de management în îngrijirile prenatale	11
1.2.1. Consilierea gravidei în cadrul îngrijirilor antenatale.....	11
1.2.2 Planul vizitelor antenatale.....	12
Capitolul II. asistența antenatală CONFORM VIZITELOR STANDARD (Vizita I-IX).....	14
Anexa 1. Programul de pregătire psihoemoțională a gravidelor (<i>realizat de instituția medicală în evidența căreia se află gravida</i>).....	21
Anexa 2. Supravegherea grupurilor de risc matern la nivelurile I, II și III de asistență perinatală.....	23
Anexa 3. Criteriile de spitalizare în Centrele Perinatale de nivelul I, II, III	25
Anexa 4. Screening-ul violenței domestice în rândul femeilor însărcinate	27
Anexa 5. Managementul sarcinii gravidelor sângerle cărora este examinat la prezența anticorpilor antieritrocitari incompleți (imuni).	28
Anexa 5A. Detectarea anticorpilor antieritrocitari incompleți (imuni) după sistemul AB0.....	28
Anexa 5B. Detectarea anticorpilor antieritrocitari incompleți (imuni) non-AB0, (inclusiv la Rh-factor).	29
Anexa 6. Factorii de risc pentru diabetul gestațional (NICE, 2020 [7])	30
Anexa 6.a Criterii de diagnostic pentru tulburările de glicoreglare la gravidă	30
Anexa 7. Examinarea USG în timpul sarcinii	31
Anexa 8. Factorii de risc pentru TEV (conform <i>PCN Tromboprofilaxia în timpul sarcinii, nașterii și postpartum</i>) 32	
Anexa 9. Investigații la marcheri infecțioși	34
Anexa 10. Evaluarea riscului de dezvoltare a preeclampsiei [12].....	35
Anexa 11. Gravidograma	37
Anexa 12. Factorii de risc pentru restricție de creștere a fătului (RCOG, 2024 [8]).....	38
Anexa 13.A. Screening-ul tulburărilor de anxietate.....	39
Anexa 13.B Screening-ul depresiei	40
Anexa 13.C. Scala Edinburgh pentru depresia postnatală	41
Anexa 14. Testul Fagerström pentru evaluarea dependenței de nicotină	42
Anexa 15. Testul AUDIT de evaluare a consumului riscant și nociv de alcool.....	43
Anexa 16. Activitățile de supraveghere a gravidelor cu evoluție fiziologică a sarcinii în condiții de ambulator	44
Anexa 17: Grade de recomandare și niveluri ale dovezilor.....	46
Anexa 18. Fișa standardizată de audit medical.....	47
BIBLIOGRAFIE	49

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ACOG	Colegiul American al Obstetricienilor și Ginecologilor
AMP	Asistența medicală primară
AMSA	Asistența medicală specializată de ambulator
AMS	Asistența medicală spitalicească
DG	Diabetul gestațional
EFW	Masa estimată a fătului
FIGO	Federația Internațională de Ginecologie și Obstetrică
HTA	Hipertensiunea arterială
HGMM	Heparine cu greutate moleculară mică
IFU	Înălțimea fundului uterin
IMC	Indicele masă corporală
LES	Lupusul eritematos sistemic
MS	Ministerul Sănătății
NICE	Institutul Național pentru Sănătate și Excelență în Îngrijire
OC	Operații cezariene
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PAPP-A	Pregnancy-associated plasma protein A
PPE	Pregătirea psiho-emoțională
RCF	Restricția de creștere a fătului
RCOG	Colegiul Regal al Obstetricienilor și Ginecologilor
RPPA	Ruptură prematură a pungii amniotice
TBC	Tuberculoza
TEV	Tromboembolismul venos
TOTG	Testul oral de toleranță la glucoză
TAS	Tensiunea arterială sistolică
TAD	Tensiunea arterială diastolică
USG	Examenul ultrasonografic

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

Intervenții nutriționale

- Consiliere privind o alimentație sănătoasă și menținerea activității fizice în timpul sarcinii, pentru a asigura o creștere adecvată a masei corporale și pentru a preveni creșterea excesivă în greutate, raportată la cea anterioară sarcinii (1A).
- Asigurarea suplimentării orale cu preparate de fier și Acidum folicum a tuturor gravidelor pentru prevenirea anemiei materne, sepsisului puerperal, greutății mici la naștere a nou-născutului și nașterii premature.
- Suplimentarea de rutină cu zinc, micronutrienți multipli și vitaminele A, B6, E, C, D nu este recomandată.
- Femeilor însărcinate cu aport zilnic ridicat de cofeină (peste 300 mg pe zi) li se recomandă reducerea consumului pe durata sarcinii, pentru a diminua riscul de pierdere a sarcinii și greutate mică la naștere a nou-născuților.

Evaluare maternă

- Cu acordul femeilor, măsurarea greutății și înălțimii acestora la prima vizită prenatală, calcularea indicelui de masă corporală (IMC) și oferirea de sfaturi cu privire la beneficiile menținerii unei creșteri

- ponderale sănătoase, în funcție de IMC-ul lor preconcepțional (1B).
- La fiecare vizită prenatală, asigurarea gravidelor oportunității de a fi cântărite, pentru a identifica o creștere ponderală insuficientă sau excesivă.
 - Măsurarea tensiunii arteriale la prima vizită prenatală și ulterior, la fiecare vizită (1B).
 - Efectuarea hemoleucogramei complete pentru screening-ul anemiei la toate gravidele, atât la prima vizită prenatală, cât și la 26 de săptămâni de sarcină (1 Consens).
 - Testarea de rutină pentru bacteriurie asimptomatică prin urocultură din jetul mijlociu la luarea în evidență antenatală și tratamentul gravidelor cu urocultură pozitivă (1A).
 - Screening-ul combinat în primul trimestru al anomaliilor cromozomiale (dublu test) la toate gravidele indiferent de vârstă sau de riscul estimat de anomalie cromozomială.
 - Evaluarea factorilor de risc pentru diabetul gestațional (DG) la toate gravidele, la luarea în evidență (preferabil în primul trimestru), dacă riscul nu a fost evaluat preconcepțional (1B) (Anexa 6).
 - Gravidele cu factori de risc pentru diabet trebuie testate la prima vizită antenatală pentru depistarea diabetului zaharat nediagnosticat anterior, prin măsurarea glicemiei à jeun și efectuarea TOTG.
 - Hiperglicemia detectată pentru prima dată în timpul sarcinii trebuie clasificată fie ca diabet zaharat gestațional, fie ca diabet zaharat în sarcină (1A) (Anexa 6).
 - Toate gravidele fără diabet cunoscut anterior, inclusiv cele cu rezultate normale la screening-ul din primul trimestru, trebuie să efectueze testul oral de toleranță la glucoză pentru screening-ul diabetului gestațional, între 24 și 28 de săptămâni de sarcină (1A).
 - Dacă femeia este eligibilă pentru screening-ul cancerului de col uterin și nu a efectuat un test citologic cervical (Pap-test) în ultimii doi ani, se recomandă prelevarea acestuia la prima vizită antenatală.
 - Se poate lua în considerare auscultarea cordului fetal prin Doppler fetal după 12 săptămâni de sarcină sau utilizând stetoscopul monoauricular Pinard după 28 de săptămâni de sarcină (2 Consens).
 - Examenul USG în timpul sarcinii se va efectua în scopul determinării vârstei gestaționale și confirmării viabilității sarcinii, detectării unei sarcini multiple, excluderii anembrioniei și a molei hidatiforme, identificării markerilor ecografici ai anomaliilor cromozomiale și a malformațiilor congenitale majore, evaluării localizării placentei, măsurării diametrului biparietal al capului fetal și efectuării fetometriei pentru monitorizarea creșterii fetale, depistării patologiilor obstetricale, evaluării circulației cordonului ombilical și a dezvoltării intrauterine a fătului.
 - Tuturor gravidelor li se va determina grupul sanguin după sistemele AB0 și Rhesus, în timpul primei vizite prenatale (1B).
 - În cazul unei gravide Rh negative, se recomandă determinarea Rh-ului partenerului de concepție (1 Consens).
 - În cazul când Rh-ul partenerului de concepție va fi determinat ca „Rh – negativ”, gravida va fi calificată fără factor de risc la formarea de anticorpi antieritrocitari imuni non-AB0 și managementul sarcinii va fi unul obișnuit.
 - În cazul când Rh-ul partenerului de concepție nu va fi posibil de determinat, gravida va fi calificată cu risc potențial de formare a anticorpilor antieritrocitari imuni non-AB0 și se va asigura managementul corespunzător (Anexa 5B).
 - Gravidei cu apartenență de grup sanguin 0, cu partener de concepție cu grup sanguin A, B, AB, i se asigură evaluarea probabilității unui sindrom de izoimunizare după sistemul AB0 și aplicarea managementului corespunzător (Anexa 5A).
 - Gravidei cu Rh negativ, cu partener de concepție Rh pozitiv, i se asigură evaluarea probabilității unui sindrom de izoimunizare Rh și detectarea anticorpilor antieritrocitari imuni (incompleți) non – AB0, (inclusiv anti-Rh), la prima vizită și la 26-28 săptămâni (1B) (Anexa 5).

- Gravidelor cu Rh negativ, cu anticorpi antieritrocitari imuni (incompleți) nedetecțați la 26-28 săptămâni de gestație, li se asigură administrarea unei doze de imunoglobulină anti-Rhesus la 28-30 de săptămâni de sarcină.
- Consilierea și testarea inițială pentru HIV și sifilis este o componentă de rutină a pachetului de îngrijiri antenatale (1B) (Anexa 9).
- Testarea pentru Hepatita virală B (prin aprecierea HbsAg) și pentru Hepatita virală C se asigură tuturor gravidelor.
- Gravidelor din grupul de risc (cu diabet zaharat, HIV, imunosupresie, alcoolism, tabagism etc.) li se asigură o atenție mai sporită în evaluarea epidemiologică a maladiilor transmisibile, în special TBC. Dacă gravidele prezintă simptome sugestive pentru TBC (febră/subfebrilitate mai mult de 3 săptămâni, tuse prelungită, transpirații și scădere ponderală) managementul cazului se asigură în conformitate cu PCN- 123 „*Tuberculoza la adult*”.
- Evaluarea violenței partenerului intim trebuie luată în considerare în cazul suspjecției de violență domestică și capacitatea de a oferi un răspuns de susținere (2C) (Anexa 4).
- În cazul identificării semnelor sugestive pentru anxietate sau prezența factorilor de risc, se recomandă screening-ul pentru depistarea anxietății pe parcursul sarcinii conform chestionarului TAG-7 (Anexa 13A).
- În cazul identificării semnelor sugestive pentru depresie sau prezența factorilor de risc, se recomandă screening-ul pentru depistarea precoce a depresiei pe parcursul sarcinii conform chestionarului PHQ-9 (Anexa 13B).
- Consiliere privind screening-ul depresiei postnatale cu utilizarea Scalei Edinburgh pentru depresia postnatală (Anexa 13C)
- Evaluarea consumului de tutun (în trecut și prezent) și expunerea la fumatul pasiv pentru inițierea precoce a intervențiilor de reducere a impactului. În cazul gravidelor fumătoare se va stabili gradul de dependență prin aplicarea Testului Fagerstrom pentru selectarea măsurilor de intervenție (Anexa 14).
- Evaluarea consumului de alcool și altor substanțe (în trecut și în prezent). În cazul gravidelor consumatoare de alcool, se va aplica testul AUDIT pentru selectarea măsurilor de intervenție precoce pentru reducerea impactului/dezvoltării tulburărilor alcoolice fetale (Anexa 15).

Evaluarea riscurilor

- La termenul 11-14 săptămâni de gestație, evaluarea riscului de a dezvolta preeclampsia prin: aprecierea factorilor de risc matern (demografici și anamneză), măsurarea tensiunii arteriale medii (TAM) și aprecierea ecografică a indicelui de pulsilitate a arterei uterine (Anexa 10).
- Evalua factorilor de risc pentru TEV tuturor gravidelor la începutul sarcinii sau înainte de sarcină (C) (Anexa 8).
- Evaluarea factorilor de risc pentru restricția de creștere a fătului (RCF) la prima vizită și la fiecare vizită antenatală ulterioară (Anexa 12).

Evaluarea fetală

- Măsurarea înălțimii fundului uterin (cu completarea Gravidogramei) pentru evaluarea creșterii fetale (Anexa 11).
- Gravidelor cu factori de risc pentru restricția de creștere fetală (RCF), li se asigură efectuarea evaluării ecografice în serie pentru monitorizarea dimensiunii și a bunăstării fetale.
- Gravidelor la care măsurarea înălțimii fundului uterin este inexactă (de exemplu: IMC > 35, fibroame mari, polihidramnios) li se asigură evaluarea USG în serie a dimensiunii fătului.
- Consilierea gravidei cu privire la tiparul obișnuit de mișcare a fătului, cu menționarea necesității de a contacta medicul/moașa dacă are vreo îngrijorare cu privire la scăderea sau absența mișcărilor

fetale (1 Consens).

- Cardiocotografia prenatală de rutină nu este recomandată gravidelor pentru a îmbunătăți rezultatele materne și perinatale.

Măsurile de profilaxie

- Gravidelor cu bacteriurie asimptomatică, cu un număr de colonii de 100.000 CFU/ml sau mai mare, li se recomandă antibiotice, timp de șapte zile, pentru a preveni bacteriuria persistentă, nașterea prematură și greutatea mică la naștere a fătului (1A).
- Consiliere cu privire la riscurile și nocivitatea fumatului, consumului de alcool, de droguri atât pentru făt, cât și pentru gravidă.

PREFAȚĂ

Asistența antenatală constituie un proces dinamic, complex, multidisciplinar de prestare a serviciilor medico-sociale de calitate, sigure, individualizate, orientate spre familie, având ca scop reducerea riscurilor de sănătate pentru mamă și nou-născut atât în timpul sarcinii, la naștere, cât și după nașterea copilului.

Îngrijirile în perioada antepartum includ un program structurat de observare, evaluare, intervenție, susținere și educație, activități care contribuie la menținerea și îmbunătățirea sănătății fizice și emoționale a femeii însărcinate.

Asistența medicală în perioada antenatală este o oportunitate de a oferi atât informații femeii, familiei, cât și sprijinului necesar în această etapă importantă din viața unei femei.

Obținerea de către femeie a experiențelor pozitive în timpul perioadei antenatale și naștere pot pune bazele unei maternități sănătoase.

Prezentul Protocol clinic standardizat este elaborat de către grupul de autori în baza Recomandărilor OMS privind îngrijirile antenatale pentru o experiență pozitivă a sarcinii (WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience) [1]. De asemenea, un șir de recomandări sunt preluate din alte ghiduri de bună practică internațională, bazată pe dovezi științifice [9, 10].

Evaluarea implementării Protocolului clinic standardizat „Îngrijiri antenatale pentru experiența pozitivă a sarcinii” se va efectua în baza Fișei standardizate de audit medical (Anexa16).

PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1 Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic.

1. Sarcină 34 săptămâni gestație.

A.2 Utilizatorii

- Prestatorii de servicii de AMP (medici de familie și asistenți/te medicali/e de familie, medicii obstetricieni-ginecologi, moașe);
- Prestatorii de servicii de AMSA (medici obstetricieni-ginecologi, asistenți/te medicali/e, mamoș/moașe);
- Prestatorii de servicii de AMS (Centrele Perinatale de nivelul I, II, III);
- Instituțiile de învățământ medical (USMF „Nicolae Testemițanu”, CEMF „Raisa Pacalo”, colegiile de medicină și farmacie / cadre didactice, studenți, medici rezidenți).

A.3 Scopul protocolului

Asigurarea suportului metodologic profesioniștilor din domeniul sănătății în managementul conduitei gravidelor pentru o experiență pozitivă a sarcinii și prevenirea complicațiilor sarcinii, nașterii și perioadei de lăuzie.

A.4 Obiectivele protocolului

1. Reducerea riscului complicațiilor sarcinii.
2. Îmbunătățirea calității îngrijirilor oferite de către prestatorii de asistență medicală primară și specializată de ambulator.
3. Creșterea numărului de gravide care au beneficiat de experiență pozitivă în perioada antenatală.

A.5 Elaborat: 2025

A.6 Revizuire: 2030

A.7 Lista și informațiile de contact ale autorilor. Recenzenții. Structurile care au examinat, avizat și aprobat protocolul.

Elaborat de colectivul de autori:

Prenumele, numele	Funcția, instituția
Olga Cernetchi	dr. hab. șt. med., profesor universitar, șef Departament Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”;
Uliana Tabuica	dr. șt. med., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”;
Dondiuc Iurie	dr. hab. șt. med., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”;
Zinaida Sarbu	dr. șt. med., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”;
Liudmila Stavinskaia	dr. șt. med., asistent universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”;
Virginia Șalaru	dr. șt. med., conferențiar universitar, Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”;
Irina Sagaidac	dr. șt. med., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”;
Corina Iliadi-Tulbure	dr. șt. med., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”;
Maria Cemortan	dr. șt. med., asistent universitar Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”;
Angela Marian-Pavlenco	dr. șt. med., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”;
Stelian Hodorozea	dr. șt. med., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”;
Corina Cardaniuc	dr. șt. med., conf. univ., Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Angela Anisei	șef Direcție managementul calității serviciilor de sănătate, Ministerul Sănătății, medic neonatolog, master în sănătate publică

Recenzenți:

Ghenadie Curocichin	dr. hab. șt. med., prof. univ., șef Catedră de Medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”;
Ion Bologan	dr. șt. med., conf. univ., Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”.

Protocolul a fost examinat, avizat și aprobat de:

Structura/instituția	Prenume, nume, funcția
Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Olga Cernetchi , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef departament
Comisia științifico-metodică de profil Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Valentin Friptu , dr. hab. șt. med., prof. univ., vicepreședinte
Comisia științifico-metodică de profil Medicină comunitară, USMF „Nicolae Testemițanu”	Gheorghe Plăcintă , dr. hab. șt. med., conf. univ., președinte
Catedra de Farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	Bacinschi Nicolae , dr. hab. șt. med., prof.univ., șef catedră
Catedra de Medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	Anatolie Vișnevschi , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Comisia de specialitate a Ministerului Sănătății în HIV/SIDA	Iurie Climașevschi , președinte
Comisia de specialitate a Ministerului Sănătății în dermatovenerologie	Mircea Bețiu , dr. șt. med., conf. univ., președinte
Comisia de specialitate a Ministerului Sănătății în ftiziopneumologie	Doina Rusu , dr. șt. med., conf. univ., președinte
Centrul Național de Transfuzie a Sângelui	Silvia Roșca , director
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Dragoș Guțu , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Ion Dodon , director general
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	Valentin Mustea , director
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	Aurel Grosu , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte

A.8 Definițiile folosite în document

Sarcina cu risc redus (fiziologică) este perioada fiziologică din viața unei femei, intervalul dintre concepție și naștere, în care produsul de concepție se dezvoltă în cavitatea uterină.

În condiții fiziologice, sarcina aduce schimbări fizice și psihice importante în organismul matern, modificări adaptive menite să asigure dezvoltarea optimă a produsului de concepție și pregătirea nașterii.

Sarcina cu risc crescut este sarcina în care probabilitatea apariției unui rezultat advers pentru mamă, copil sau ambii, ca urmare a intervenirii unor factori de risc, este mai mare decât în cazul unei sarcini fiziologice.

Îngrijirea antenatală este totalitatea serviciilor oferite de către personal medical calificat pentru a sprijini evoluția optimă a sarcinii și sănătatea gravidei.

A.9 Informația epidemiologică

Asigurarea stării de sănătate a gravidei și copilului este o prioritate a politicilor de sănătate în

Republica Moldova, gratuită și garantată de stat, fiind parte integrantă a Strategiilor de Sănătate.

Politicile Ministerului Sănătății privind sănătatea femeii și copilului includ intervenții în domeniul sănătății reproducerii, având ca teme prioritare planificarea familială, îngrijirea prenatală a gravidei, screeningul prenatal al bolilor genetice, profilaxia izoimunizării în sistemul Rhesus ș.a.

În pofida includerii acestor intervenții într-un program bine structurat, complex, derulat pe parcursul mai multor ani, rezultatele obținute sunt suboptimale în multe arii de acțiune, fapt reflectat de aspectul nefavorabil al indicatorilor epidemiologici relevanți: mortalitatea maternă, perinatală și infantilă, incidența sarcinii în adolescență, utilizarea serviciilor de asistență prenatală.

În prezent, maternitatea sigură este abordată dintr-o nouă perspectivă, care subliniază faptul că sarcina și nașterea nu reprezintă o boală, ci procese fiziologice normale, iar femeile trebuie să se implice activ în aceste procese pentru binele întregii umanități.

În Republica Moldova, de-a lungul ultimelor decenii, au fost implementate multiple inițiative pentru îmbunătățirea sănătății reproductive, inclusiv elaborarea și adoptarea unor acte legislative, precum și lansarea de programe și strategii naționale. Cu toate acestea, rata mortalității materne rămâne ridicată, accesul populației la serviciile de sănătate reproductivă nu este încă asigurat pe deplin, iar incidența afecțiunilor în rândul femeilor de vârstă reproductivă nu prezintă o tendință clară de scădere. Studiile demonstrează că, asigurarea îngrijirii prenatale contribuie semnificativ la reducerea morbidității și mortalității materne și perinatale. Acest lucru se realizează atât direct, prin identificarea și tratamentul complicațiilor legate de sarcină, cât și indirect, prin depistarea femeilor cu risc crescut de complicații la naștere și referirea acestora către un nivel superior de asistență medicală perinatală.

Capitolul I

ROLURI, RESPONSABILITĂȚI ȘI COMPONENTE DE MANAGEMENT

ÎN ÎNGRIJIRILE ANTENATALE

1.1. Roluri și responsabilități în îngrijirile antenatale

Procesul de îngrijire antenatală a femeilor gravide este în responsabilitatea echipei medicului de familie și medicului obstetrician-ginecolog din cadrul asistenței medicale primare, care se conduc în activitatea practică de actele normative ale Ministerului Sănătății, prevederile Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și Normelor metodologice de aplicare a Programului Unic, actele normative de standardizare a serviciilor de sănătate (ghiduri practice, protocoale clinice, standarde medicale, algoritmi de conduită medicală).

La nivel de sistem de sănătate, pentru a îmbunătăți calitatea îngrijirii antenatale, sunt implementate următoarele intervenții:

- **Asigurarea îngrijirii antenatale de către o echipă multidisciplinară în cadrul unui program standardizat al vizitelor antenatale.** Îngrijirea antenatală este oferită de către un grup de profesioniști calificați din domeniul sănătății (medicul de familie, asistenta medicală de familie, medicul obstetrician-ginecolog, moașă și alți specialiști din cadrul asistenței medicale primare și asistenței medicale specializate de ambulator). Minim nouă vizite antenatale sunt recomandate pentru supravegherea standard, care are ca scop evitarea complicațiilor materne și fetale și îmbunătățirea experienței gravidelor în sarcină.
- **Documentarea activităților în Fișa personală a gravidei și lăuzei și Carnetul medical perinatal.** Fiecare femeie însărcinată trebuie să dețină propriul Carnet medical perinatal, oferit de către medicul de familie la stabilirea în evidență medicală în legătură cu sarcina, în care se înscriu toate datele despre sarcină, pentru a îmbunătăți atât continuitatea și calitatea îngrijirii, cât și experiența acesteia în sarcină. Carnetul medical perinatal trebuie să se afle permanent la gravidă. Este în obligațiunea echipei medicului de familie să completeze la fiecare vizită Fișa personală a gravidei și lăuzei/Formularul nr. 111/e și Carnetul medical perinatal/Formularul nr. 113/e. Asistenta medicală de familie/moașa realizează evaluarea factorilor de risc, activitățile de screening, cu înregistrarea datelor, iar interpretarea rezultatelor este în responsabilitatea medicului de familie/medicului obstetrician-ginecolog.
- **Asigurarea serviciilor comunitare.** Facilitarea ciclurilor de instruire și acțiunilor participative cu grupuri de femei este recomandată pentru a îmbunătăți sănătatea mamei și a nou-născutului, în special în mediile rurale cu acces redus la servicii de sănătate. Grupurile participative de femei reprezintă o oportunitate pentru gravide de a discuta despre nevoile lor în timpul sarcinii, inclusiv barierele în calea accesului la îngrijire, având scop creșterea sprijinului pentru femeile însărcinate. Pachetele de intervenții care includ gospodăria și comunitatea, vizitele prenatale la domiciliu se recomandă în îngrijirea antenatală pentru îmbunătățirea rezultatelor sănătății perinatale, în special în mediile rurale cu acces redus la servicii de sănătate.
- **Reglementarea serviciului perinatal regionalizat pe nivele de acordare a asistenței antenatale** asigură un management al sarcinii corespunzător grupelor de risc, conform unui plan individual de conduită. În cazurile de prezență a factorilor de risc, medicul de familie în comun cu medicul obstetrician-ginecolog și alți specialiști, elaborează planul individual de conduită a sarcinii și asigură realizarea acestuia, cu referirea la necesitate a gravidei la etapele superioare de asistență medicală perinatală: pentru consultație – în secțiile Consultative ale Centrelor perinatale de nivel I-II-III (Anexa 2), investigații suplimentare de înaltă performanță (conform Anexei 5 la Normele

metodologice de aplicare a Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală) sau, dacă este necesar, tratament spitalicesc în Centrele Perinatale de nivel II-III (Anexa 3) și alte instituții medicale spitalicești în funcție de patologia prezentă la moment.

1.2. Componente de management în îngrijirile prenatale

1.2.1. Consilierea gravidei în cadrul îngrijirilor antenatale

Promovarea autonomiei și a deciziilor informate în îngrijirea antenatală este esențială pentru a asigura o experiență pozitivă și sigură pentru femeile gravide. Consilierea bazată pe dovezi și suportul personalizat sunt elementele cheie care permit gravidelor să își exprime preferințele și să participe activ la deciziile legate de sănătatea lor și a copilului.

Un aspect important al consilierii este furnizarea de informații clare și detaliate despre opțiunile disponibile, locul și momentul în care vor primi îngrijirea, precum și informații despre persoanele implicate în acest proces. Acest lucru contribuie la crearea unui mediu de încredere și respect reciproc între gravide și specialiști din domeniul sănătății.

Rolul consilierului, fie că este medic de familie, medic obstetrician-ginecolog, asistentă sau moașă, este de a facilita comunicarea eficientă și de a sprijini gravida în identificarea și prioritizarea nevoilor și dorințelor sale. Un consilier eficient trebuie să fie empatic, să asculte activ și să răspundă la întrebările și preocupările gravidei, asigurându-se că aceasta se simte susținută și încurajată să ia decizii informate.

Consilierea în sarcină contribuie la:

- implementarea opțiunilor personale ale gravidei pentru menținerea sănătății și nașterea unui copil sănătos, facilitând deciziile informate privind îngrijirea antenatală;
- oferirea posibilității gravidei de a-și exprima alegerile și de a le integra în procesul decizional legat de gestionarea sarcinii, reducând anxietatea și promovând decizii adecvate în situații problematice;
- creșterea satisfacției gravidei și a familiei sale cu privire la experiența sarcinii și nașterii, prin implicarea activă și respectarea preferințelor personale.

Integrarea consilierii bazate pe dovezi și respectul pentru alegerile gravidei în îngrijirea antenatală este esențială pentru a asigura o experiență pozitivă și centrată pe persoană.

Instruirea și consilierea în timpul sarcinii sunt esențiale pentru a asigura sănătatea mamei și a copilului. Acestea cuprind mai multe aspecte importante cu referire la:

1. **Igiena personală și alimentară:** Este important să se mențină o igienă riguroasă și să se adopte obiceiuri alimentare sănătoase. Femeile însărcinate trebuie să fie informate despre necesitatea spălării frecvente a mâinilor, igiena orală, precum și evitarea alimentelor care pot prezenta riscuri, cum ar fi cele nepasteurizate sau insuficient preparate termic.

2. **Regimul de lucru și odihnă:** Gravidele sunt sfătuite să își adapteze programul de muncă pentru a evita suprasolicitarea și să își asigure suficient timp pentru odihnă și relaxare. Somnul adecvat și pauzele regulate sunt esențiale pentru sănătatea lor.

3. **Prevenirea factorilor de risc pentru făt și mamă (fumatul, consumul de alcool și droguri).** Consilierea gravidelor cu privire la impactul factorilor de risc pentru sănătatea proprie și a fătului, precum și realizarea intervențiilor în vederea evitării/diminuării acțiunii acestora.

4. **Comportamentul sexual:** Este important să se discute despre menținerea unei vieți sexuale sănătoase și sigure în timpul sarcinii, luând în considerare eventualele recomandări specifice de la medicul curant.

5. **Identificarea urgențelor medicale:** Femeile însărcinate trebuie să fie informate despre semnele și simptomele care pot indica o urgență medicală, cum ar fi sângerările, durerile abdominale

severe sau scăderea mișcărilor fetale, și să știe când este necesar să contacteze imediat personalul medical.

6. **Ameliorarea simptomelor fiziologice comune:**

- **Greață și vomă.** Ghimbirul, mușetelul, vitamina B6 și/sau acupunctura sunt recomandate pentru ameliorarea grețurilor la începutul sarcinii, în baza preferințelor femeii și opțiunile disponibile (1C).
- **Pirozis.** Se recomandă sfaturi privind alimentația și stilul de viață pentru a preveni și ameliora arsurile la stomac în timpul sarcinii. Se pot oferi preparate antiacide gravidelor cu simptome supărătoare, care nu sunt ameliorate prin modificarea stilului de viață (1C).
- **Crampe la membrele inferioare.** Opțiunile de tratament cu magneziu, calciu sau opțiunile non-farmacologice pot fi utilizate pentru ameliorarea crampelor la picioare în timpul sarcinii, pe baza preferințelor femeilor și opțiunilor disponibile (1C).
- **Durere lombară și pelviană:** Exercițiile fizice regulate pe toată durata sarcinii sunt recomandate pentru a preveni durerile lombare și pelvine. Printre opțiunile disponibile se numără kinetoterapia și acupunctura, acestea fiind aplicate în funcție de preferințele femeii și de resursele disponibile (1C).
- **Constipație.** Dacă simptomele nu cedează la modificarea alimentației, pot fi recomandate fibrele alimentare pentru a diminua constipația în timpul sarcinii (1 consens).
- **Vene varicoase și edeme ale membrelor inferioare.** Opțiuni non-farmacologice, cum ar fi ciorapii compresivi, ridicarea picioarelor și scufundarea în apă, pot fi utilizate pentru managementul edemelor în sarcină și venelor varicoase. Acestea vor fi aplicate bazat pe preferințele femeii și opțiunile disponibile (1C).

7. **Pregătirea psiho-emoțională pentru naștere:** Consilierea și suportul emoțional sunt cruciale pentru a ajuta gravidele să se pregătească mental și emoțional pentru naștere. Promovarea unei atitudini pozitive față de sarcină și naștere, alături de educarea privind tehnicile de gestionare a durerii, facilitează reducerea anxietății și stresului asociate acestor procese. (I, A3).

Programul de consiliere a gravidelor se realizează de către medicul de familie/asistentul medical de familie/medicul obstetrician-ginecolog în cadrul vizitelor antenatale (Anexa 1)

1.2.2 Planul vizitelor antenatale

Planul vizitelor antenatale și recomandările pentru investigații și consiliere sunt esențiale pentru asigurarea sănătății mamei și fătului pe parcursul sarcinii. Pentru femeile cu evoluție fiziologică a sarcinii sunt preconizate 9 vizite antenatale. În cazul în care gravida este încadrată într-un grup de risc pentru complicații perinatale sau apar astfel de complicații pe parcursul sarcinii, numărul vizitelor și consultațiilor de specialitate va fi ajustat în funcție de fiecare caz, conform reglementărilor și actelor normative de standardizare a serviciilor de sănătate în vigoare (ghiduri practice, protocoale clinice, standarde medicale, algoritmi de conduită medicală).

În timpul acestor vizite, este important ca gravidele să fie informate despre scopul fiecărei investigații, având dreptul de a accepta sau refuza orice procedură. Comunicarea clară a rezultatelor este crucială pentru a asigura o înțelegere corectă a stării de sănătate și a spori acceptabilitatea recomandărilor/prescrierilor medicale și complianța la tratament.

Un aspect important discutat în cadrul vizitelor antenatale este nutriția adecvată. O dietă variată și bogată în vitamine este esențială, iar suplimentarea cu Acidum folicum și preparate de fier joacă un rol cheie. Administrarea Acidum folicum înainte de concepție și în primele 12 săptămâni de sarcină poate reduce semnificativ riscul defectelor de tub neural, cum ar fi anencefalia și spina bifida. Doza recomandată este de **1 mg (1000 mcg), de Acidum folicum, administrată o dată la două zile, începând cu momentul luării la evidență la medicul de familie și pe tot parcursul sarcinii.** Doza

profilactică de Acidum folicum pentru gravidele cu diabet zaharat preexistent, epilepsie și antecedente de naștere a copiilor cu malformații congenitale ale sistemului nervos central este de 5 mg, zilnic, până la termenul de 12 săptămâni.

Suplimentarea cu preparate de fier este recomandată de OMS pentru toate gravidele, indiferent de nivelul hemoglobinei, în special în țările cu prevalență ridicată a anemiei, cum este Republica Moldova (I, A3). Astfel, se recomandă **administrarea a 100 mg de fier elementar, începând cu 12 săptămâni de sarcină, o dată la două zile, pentru a menține rezervele de fier necesare.**

Spre deosebire de gravidele sănătoase cu feți sănătoși, care pot fi monitorizate de medicul de familie și moașe, gravidele cu factori de risc necesită supravegherea medicului obstetrician-ginecolog și, la nevoie, a unei echipe interdisciplinare. De asemenea, acestea trebuie îndrumate pentru naștere în Centrele perinatale de nivelul II sau III, exceptând urgențele sau cazurile în care gravida nu poate fi transportată.

Monitorizarea continuă a sănătății gravidei și evoluției sarcinii, este efectuată conform unui plan standard pentru femeile sănătoase, fără factori de risc sau poate fi individualizat în cazul prezenței unor factori agravanți (III, B3).

Conform planului standard de vizite antenatale, gravida este consultată în dinamică (prin investigații de laborator și instrumentale, aprecierea adaosului ponderal, a tensiunii arteriale și înălțimii fundului uterin, consultul specialiștilor etc.) pentru a determina oportunitățile de la evoluția fiziologică a sarcinii și a depista unele stări patologice, inițial fără simptomatice evidente, dar care prezintă pericol cum ar fi stările hipertensive, restricția de creștere fetală etc.

Capitolul II

ASISTENȚA ANTENATALĂ CONFORM VIZITELOR STANDARD

2.1 PRIMA VIZITĂ ANTENATALĂ – până la 12 săptămâni de sarcină

Scopul, componentele vizitei și responsabilii:

- **Consultația echipei medicului de familie**
 - Confirmarea diagnosticului de sarcină
 - Luarea în evidență a gravidei
 - Evaluarea profilului și gradului de risc, factorii potențiali de risc (Anexa 2), în prezența oricăruia dintre ei, sarcina se va încadra în categoria sarcinii cu risc
 - Evaluarea violenței domestice (Anexa 4)
 - Screeningul probelelor de sănătate mintală, a consumului de alcool și fumat (Anexele 13a, 13b, 14, 15)
- **Consultația medicului obstetrician-ginecolog**
 - Determinarea factorilor cu risc de dezvoltare a complicațiilor în sarcină și la naștere, atât pentru mamă, cât și pentru făt
 - Evaluarea factorilor de risc pentru preeclampsie (Anexa 10) și diabetul gestațional (Anexa 6)
 - Evaluarea factorilor de risc pentru TEV (Anexa 8) și restricție de creștere a fătului (Anexa 12)
 - Reevaluarea/tratamentul maladiilor preexistente care pot întrerupe evoluția normală a sarcinii și pot avea efecte negative asupra mamei sau fătului
 - Planificarea conduitei individuale a sarcinilor asociate cu factori de risc
- **Examenul clinic**
 - **De către echipa medicului de familie**
 - Examenul clinic general pe sisteme
 - Măsurarea greutatei corporale și a taliei (determinarea indicelui masei corporale)
 - Măsurarea tensiunii arteriale la ambele mâini
 - Stabilirea termenului de sarcină
 - Colectarea datelor despre starea sănătății partenerului
 - **De către medicul obstetrician-ginecolog:**
 - Pelvimetria
 - Examenul glandelor mamare
 - Examenul în valva a colului uterin
 - Examenul vaginal al uterului
- **Examenul de laborator și ecografic/măsurii profilactice**
 - Testul de sarcină (după caz)
 - Determinarea apartenenței de grup sanguin după sistemul ABO și antigenul D în sistemul Rhesus
 - Detectarea anticorpilor antierytrocitari incompleți (imuni) (Anexa 5)
 - Hemoleucograma + VSH
 - Glucoza în sânge
 - Examenul bacteriologic al urinei (urocultura)
 - Urograma cu determinarea proteinei în urină
 - Testarea tuturor gravidelor la Hepatita virală B și Hepatita virală C, indiferent de statul de vaccinat
 - Testarea la sifilis, inclusiv a partenerului sexual la luarea în evidență (Anexa 9)
 - Testarea la marcherii virusului HIV, inclusiv a partenerului sexual la luarea în evidență
 - Examenul bacterioscopic al florei vaginale în cazul semnelor clinice de ITS
 - Testul citologic cervical (Pap-testul) – în cazul dacă femeia este eligibilă și nu a fost supusă

- screening-ului cervical în ultimii 3 ani
- Examenul USG la vârsta gestațională 11–13+6 săptămâni și, mai devreme, la indicații (Anexa 7)
- Dublu test
- **Măsuri profilactice:**
 - Prescrierea Acidum folicum
 - Prescrierea preparatelor de fier, din săptămâna a 12 de sarcină
- **Subiecte abordate în timpul consilierii gravidei (Anexa 1)**
 - Conținutul și scopul asistenței antenatale
 - Igiena, modul de viață, nutriția, activitatea fizică
 - Efectele fumatului
 - Efectele consumului de alcool asupra sarcinii/sindromul alcoolic fetal
 - Efectele consumului de substanțe
 - Semnele de alarmă în sarcină
 - Screening-ul prenatal
 - Disgravidia precoce și metodele de diminuare a acesteia
 - Fiziologia și evoluția sarcinii
 - Impactul alimentației asupra sănătății viitorului copil. Indexul masei corporale. Adaosul ponderal în timpul sarcinii
 - Informarea privind prima ședință a programului de pregătire psihoemoțională

2.2 VIZITA II (16 săptămâni de sarcină)

Scopul, componentele vizitei și responsabili:

- **Consultația echipei medicului de familie**
 - Evaluarea profilului și gradului de risc
- **Examenul clinic**
 - Examenul clinic general pe sisteme
 - Măsurarea greutateii corporale
 - Măsurarea tensiunii arteriale la ambele mâini
- **Examenul de laborator și ecografic/măsuri profilactice**
 - Triplu test (dacă nu s-a efectuat dublu test)
 - Interpretarea rezultatelor investigațiilor (de laborator și instrumentale)
- **Măsuri profilactice:**
 - Prescrierea Acidum folicum
 - Prescrierea preparatelor de fier
- **Subiecte abordate în timpul consilierii gravidei (Anexa 1)**
 - Igiena, modul de viață, comportamentul sexual, activitatea fizică
 - Diversificarea alimentației. Sursele alimentare de proteine, vitamine și minerale
 - Evoluția sarcinii, semnele privind iminența de naștere prematură
 - Efectele fumatului
 - Efectele consumului de alcool asupra sarcinii/sindromul alcoolic fetal
 - Efectele consumului de substanțe
 - Apariția primelor mișcări fetale
 - Semnele de alarmă în sarcină

2.3 VIZITA III (la 20 săptămâni de sarcină)

Scopul, componentele vizitei și responsabili:

- **Consultația echipei medicului de familie**
 - Evaluarea profilului și gradului de risc
 - Vizita asistentului medical de familie la domiciliu
- **Examenul clinic**
 - Examenul clinic general pe sisteme
 - Măsurarea greutateii corporale
 - Măsurarea tensiunii arteriale la ambele mâini
- **Examenul de laborator și ecografic/măsurii profilactice**
 - Ultrasonografia de screening
 - **Măsurii profilactice:**
 - Prescrierea Acidum folicum
 - Prescrierea preparatelor de fier
 - **Subiecte abordate în timpul consilierii gravidei (Anexa 1)**
 - Igiena, modul de viață, comportamentul sexual, activitatea fizică
 - Comportamentul alimentar și alegerea corectă a alimentelor
 - Evoluția sarcinii, semnele privind iminența de naștere prematură
 - Efectele fumatului
 - Efectele consumului de alcool asupra sarcinii/sindromul alcoolic fetal
 - Efectele consumului de substanțe
 - Screening-ul diabetului gestațional (testul de toleranță la glucoză, importanța lui, cum se pregătește femeia de acest test)
 - Semnele de alarmă în sarcină

2.4 Vizita IV (la 26 săptămâni de sarcină)

Scopul, componentele vizitei și responsabili:

- **Consultația echipei medicului de familie**
 - Evaluarea profilului și gradului de risc
 - Screening-ul depresiei și anxietății
- **Examenul clinic**
 - Examenul clinic general pe sisteme
 - Măsurarea greutateii corporale
 - Măsurarea tensiunii arteriale la ambele mâini
 - Măsurarea înălțimii fundului uterin cu înscrierea datelor în Gravidogramă
 - Auscultarea bătăilor cordului fetal (BCF)
- **Examenul de laborator și ecografic/ măsurii profilactice**
 - Detectarea anticorpi antierytrocitari incompleți (imuni) la femeile Rh-negative
 - Testul oral de toleranță la glucoză cu 75 gr. la 24-28 săptămâni sarcină (screening)
 - Hemoleucograma
- **Măsurii profilactice:**
 - Prescrierea Acidum folicum
 - Prescrierea preparatelor de fier
- **Subiecte abordate în timpul consilierii gravidei (Anexa 1)**
 - Igiena, modul de viață, comportamentul sexual, activitatea fizică

- Nutriția: substanțe alimentare fără valoare nutritivă, indezirabile sau dăunătoare
- Efectele fumatului
- Efectele consumului de alcool asupra sarcinii/sindromul alcoolic fetal
- Efectele consumului de substanțe
- Semnele de alarmă în sarcină
- Autoevaluarea mișcărilor fetale
- Informarea privind a doua ședință a programului de pregătire psihoemoțională

2.5 VIZITA V (la 30 săptămâni de sarcină)

Scopul, componentele vizitei și responsabili:

- **Consultația echipei medicului de familie**
 - Evaluarea profilului și gradului de risc
 - Eliberarea Certificatului de concediu medical pentru concediul de maternitate (la necesitate)
- **Examenul clinic**
 - Examenul clinic general pe sisteme
 - Măsurarea greutateii corporale
 - Măsurarea tensiunii arteriale la ambele mâini
 - Măsurarea înălțimii fundului uterin cu înscrierea datelor în Gravidogramă
 - Auscultarea bătailor cordului fetal
- **Consultația medicului obstetrician-ginecolog**
 - Auscultarea bătailor cordului fetal
 - Măsurarea înălțimii fundului uterin
 - Evaluarea profilului și gradului de risc
- **Examenul de laborator și ecografic/măsuri profilactice**
 - Urograma
 - Testarea la sifilis (RPR)
 - Testarea la markerii virusului HIV, în cazul când partenerul sexual al gravidei nu a fost testat sau a refuzat testarea la HIV sau prezența altor comportamente riscante pentru infectarea cu HIV
- **Măsuri profilactice:**
 - Prescrierea Acidum folicum
 - Prescrierea preparatelor de fier
- **Subiecte abordate în timpul consilierii gravidei (Anexa 1)**
 - Igiena, modul de viață, nutriția gravidei, comportamentul sexual, activitatea fizică
 - Efectele fumatului
 - Efectele consumului de alcool asupra sarcinii/sindromul alcoolic fetal
 - Efectele consumului de substanțe
 - Semnele iminenței de naștere prematură
 - Semnele de pericol în sarcină
 - Autoevaluarea mișcărilor fetale

2.6 VIZITA VI (la 34 săptămâni de sarcină)

Scopul, componentele vizitei și responsabili:

- **Consultația echipei medicului de familie**
 - Evaluarea profilului și gradului de risc de către medicul de familie
- **Examenul clinic**

- Examenul clinic general pe sisteme
- Măsurarea greutății corporale
- Măsurarea tensiunii arteriale la ambele mâini
- Măsurarea înălțimii fundului uterin cu înscrierea datelor în Gravidogramă
- Auscultarea bătăilor cordului fetal
- **Măsuri profilactice:**
 - prescrierea Acidum folicum
 - prescrierea preparatelor de fier
- **Subiecte abordate în timpul consilierii gravidei (Anexa 1)**
 - Igiena, modul de viață, comportamentul sexual, nutriția gravidei, activitatea fizică
 - Efectele fumatului
 - Efectele consumului de alcool asupra sarcinii/sindromul alcoolic fetal
 - Efectele consumului de substanțe
 - Beneficiile alăptării
 - Trusa pentru naștere
 - Îngrijirea copilului
 - Informarea privind nașterea, privind a patra ședință a programului de pregătire psihoemoțională

2.7 VIZITA VII (la 36 săptămâni de sarcină)

Scopul, componentele vizitei și responsabili:

- **Consultația echipei medicului de familie**
 - Evaluarea profilului și gradului de risc
 - Vizita asistentului medical de familie la domiciliu
- **Examenul clinic**
 - Examenul clinic general pe sisteme
 - Măsurarea greutății corporale
 - Măsurarea tensiunii arteriale la ambele mâini
 - Măsurarea înălțimii fundului uterin cu înscrierea datelor în Gravidogramă
 - Auscultarea bătăilor cordului fetal
 - Aprecierea poziției fătului cu stabilirea părții prezentate și atitudinea ei către intrarea în bazinul mic
- **Consultația medicului obstetrician-ginecolog**
 - Auscultarea bătăilor cordului fetal
 - Măsurarea înălțimii fundului uterin
 - Aprecierea poziției fătului cu stabilirea părții prezentate și atitudinea ei către intrarea în bazinul mic
 - Evaluarea profilului și gradului de risc
- **Măsuri profilactice:**
 - Prescrierea Acidum folicum
 - Prescrierea preparatelor de fier
- **Subiecte abordate în timpul consilierii gravidei (Anexa 1)**
 - Igiena, modul de viață, comportamentul sexual, nutriția gravidei, activitatea fizică
 - Efectele fumatului
 - Efectele consumului de alcool asupra sarcinii/sindromul alcoolic fetal
 - Efectele consumului de substanțe
 - Semnele de pericol în sarcină

- Semnele nașterii și momentului adresării la maternitate
- Evoluția perioadei post-partum, beneficiile alăptării
- Depresia post-partum

2.8 VIZITA VIII (la 38 săptămâni de sarcină)

Scopul, componentele vizitei și responsabili:

- **Consultația echipei medicului de familie**
 - Evaluarea profilului și gradului de risc de către medicul de familie
- **Examenul clinic**
 - Examenul clinic general pe sisteme
 - Măsurarea greutății corporale
 - Măsurarea tensiunii arteriale la ambele mâini
 - Măsurarea înălțimii fundului uterin cu înscrierea datelor în Gravidogramă
 - Auscultarea bătailor cordului fetal
 - Aprecierea poziției fătului cu stabilirea părții prezentate și atitudinea ei către intrarea în bazinul mic
- **Măsuri profilactice:**
 - Prescrierea Acidum folicum
 - Prescrierea preparatelor de fier
- **Subiecte abordate în timpul consilierii gravidei (Anexa 1)**
 - Sarcina post-termen
 - Alimentația echilibrată în timpul alăptării
 - Efectele fumatului
 - Efectele consumului de alcool asupra sarcinii/sindromul alcoolic fetal
 - Efectele consumului de substanțe
 - Îngrijirea nou-născutului
 - Contracepția post-partum.
 - Vaccinarea nou-născutului
 - Repetarea informației privind semnele nașterii și momentului adresării la maternitate.

2.9 VIZITA IX (la 40 săptămâni de sarcină)

Scopul, componentele vizitei și responsabili:

- **Consultația echipei medicului de familie**
 - Evaluarea profilului și gradului de risc de către medicul de familie
- **Examenul clinic**
 - Examenul clinic general pe sisteme
 - Măsurarea greutății corporale
 - Măsurarea tensiunii arteriale la ambele mâini
 - Măsurarea înălțimii fundului uterin cu înscrierea datelor în Gravidogramă
 - Auscultarea bătailor cordului fetal (BCF)
 - Aprecierea poziției fătului cu stabilirea părții prezentate și atitudinea ei către intrarea în bazinul mic
- **Consultația medicului obstetrician-ginecolog**
 - Auscultarea bătailor cordului fetal
 - Măsurarea înălțimii fundului uterin

- Aprecierea poziției fătului cu stabilirea părții prezentate și atitudinea ei către intrarea în bazinul mic
- Evaluarea profilului și gradului de risc
- **Măsuri profilactice:**
 - Prescrierea Acidum folicum
 - Prescrierea preparatelor de fier
- **Subiecte abordate în timpul consilierii gravidei (Anexa 1)**
 - Sarcina prelungită, inclusiv referire pentru spitalizare în cazul atingerii termenului de 41 de săptămâni de gestație

NOTA: Conținutul Capitolului II, reflectat în tabel, se regăsește în Anexa nr.16.

Anexa 1. Programul de pregătire psihoemoțională a gravidelor (*realizat de instituția medicală în evidența căreia se află gravida*)

Scopul pregătirii psihoemoționale (PPE) este de a crea gravidelor convingerea că sarcina și nașterea sunt procese fiziologice, cu evoluție benefică, iar durerea la naștere și complicațiile pot fi diminuate.

Pregătirea către naștere va începe în perioada sarcinii, în formă de ședințe, atât cu gravida, cât și cu membrii familiei acesteia (sora, mama, prietena, soțul etc.) în cadrul instituției medicale în evidența căreia se află gravida.

Forma de organizare a instruirii: ședințe individuale și în grup.

Numărul total de ședințe: 4 (patru).

Durata unei ședințe: 1,5 - 2 ore.

Cursul de instruire este destinat întregii familii.

Instruirile în cadrul ședințelor individuale și în grup se vor organiza în corespundere cu termenul de gestație, utilizând Ghidul de suport pentru școala viitorilor părinți, conduita în perioada perinatală, în conformitate cu tematicile după cum urmează:

Ședința I: după luarea în evidență

1. Noțiunile generale despre sarcină.
2. Modificările fizice și psihoemoționale în timpul sarcinii.
3. Igiena, regimul de lucru și odihnă, comportamentul sexual, infecția HIV/SIDA, riscuri pentru sănătatea copilului, măsuri profilactice și deprinderi nocive în timpul sarcinii.
4. Problemele posibile și stările de urgență în timpul sarcinii.
5. Alimentația echilibrată în sarcină. Sfaturi privind nutriția gravidei, necesarul în nutrienți, micronutrienți și vitamine. Regimul alimentar în timpul sarcinii.
6. Recomandări privind activitatea fizică.
7. Efectele fumatului, consumului de substanțe, consumului de alcool/sindromul alcoolic fetal asupra sarcinii
8. Drepturile și responsabilitatea gravidei de propria sănătate și sănătatea copilului.
9. Metodele de relaxare în timpul sarcinii.
10. Carnetul medical perinatal.
11. Stabilirea contactului psiho-emoțional pozitiv între mamă și copil, în perioada prenatală.

Ședința II: 28-30 săptămâni de sarcină

1. Noțiunile despre nașterea -fiziologică, termenii de naștere.
2. Semnele debutului nașterii.
3. Perioadele nașterii.
4. Metodele de relaxare în naștere.
5. Metodele medicamentoase și nemedicamentoase de analgezie.
6. Problemele posibile și stările de urgență în timpul nașterii.
7. Riscurile nașterii premature.
8. Instruirea persoanei de suport.
9. Sfaturi privind activitatea fizică.

Ședința III: 32-33 săptămâni de sarcină

1. Conduita nașterii. Pozițiile în naștere și importanța comportamentului activ.
2. Instruirea persoanei de suport. Parteneriatul la naștere. Suportul partenerului.
3. Exercițiile respiratorii și de relaxare în timpul nașterii.
4. Contactul „piele la piele”.
5. Importanța contactului emoțional „mamă-copil”, în timpul nașterii.
6. Inițierea precoce a alimentației naturale, importanța pentru sănătatea mamei și copilului.

Ședința IV: 35-36 săptămâni de sarcină

1. Exercițiile de relaxare și respirație pentru naștere.
2. Igiena lăuzei, sexualitatea și contracepția.
3. Stările de urgență în perioada de lăuzie. Coordonatele personalului medical de contact.
4. Nutriția în perioada lactației. Alimentația echilibrată în lactație. Grupurile de produse alimentare. Sfaturi privind porțiile, nutrienții și restricțiile de consum pentru mamele care alăptează.
5. Îngrijirea nou-născutului și importanța vaccinării.
6. Alimentația naturală a nou-născutului. Grupurile și persoanele de suport a alimentației naturale.
7. Posibile probleme psihologice postnatale (depresia postpartum, atacurile de panică, stresul post-traumatic etc.).

Anexa 2. Supravegherea grupurilor de risc matern la nivelurile I, II și III de asistență perinatală

Sarcina poate fi influențată de diverse probleme de sănătate sau de stil de viață, cunoscute sub denumirea de factori de risc. Aceștia pot afecta atât mama, cât și fătul, crescând probabilitatea apariției complicațiilor.

O sarcină este considerată cu risc crescut atunci când există o probabilitate mai mare de apariție a problemelor, fie din cauza unor afecțiuni preexistente ale mamei, fie din cauza unor complicații care apar pe parcursul sarcinii sau nașterii.

Deși doar un număr redus de femei cu factori de risc dezvoltă complicații, nu toate problemele pot fi anticipate. Studiile arată că unul din cinci copii care se confruntă cu probleme serioase la naștere provine dintr-o sarcină în care factorii de risc nu au fost cunoscuți anterior.

Pentru a preveni complicațiile, este esențial ca riscurile să fie evaluate la fiecare vizită medicală. O gravidă fără factori de risc inițiali poate dezvolta afecțiuni precum preeclampsia pe parcursul sarcinii. Totodată, alte probleme, cum ar fi anemia, pot fi identificate din timp și gestionate eficient prin tratament, reducând astfel riscurile pentru mamă și copil.

Supravegherea gravidelor din grupurile de risc se efectuează la nivelurile I, II și III de asistență perinatală, asigurându-se astfel îngrijiri corespunzătoare în funcție de complexitatea fiecărui caz.

Grupul de risc minim (fără risc), care necesită supraveghere la nivelul I de asistență perinatală, include:

- Evoluția fiziologică a sarcinii.
- Anemia de gradul I, diagnosticată pentru prima dată în timpul sarcinii.
- Iminența întreruperii sarcinii în trimestrele I-II, cu răspuns favorabil la tratament.
- Disgravidii precoce, cu excluderea formelor severe.
- Izosensibilizarea Rh, fără titru detectabil de anticorpi.
- Patologii extragenitale confirmate prin consult de specialitate (distonie neurocirculatorie, HTA de gradul I, afecțiuni pulmonare nespecifice fără insuficiență respiratorie, afecțiuni ale tractului gastrointestinal, afecțiuni inflamatorii ale rinichilor și căilor urinare, diagnosticate pentru prima dată, fără afectarea funcției renale).

Grupul de risc moderat, care necesită supraveghere la nivelul II de asistență perinatală, include următoarele situații:

- Antecedente obstetricale complicate: prematuritate habituală, insuficiență cervicală, sterilitate, intervenții chirurgicale uterine, polihidramnios.
- Iminență a întreruperii sarcinii în trimestrele I-II, atunci când tratamentul la nivelul I al asistenței perinatale nu este eficient.
- Antecedente de deces fetal, ante- sau neonatal, ori naștere prematură, după consultarea medicului genetician.
- Evoluție medie a stărilor hipertensive în sarcină, cu răspuns pozitiv la tratamentul administrat.
- Istoric de boli genetice în familie, confirmat prin consult genetic și teste de screening efectuate la nivelul III.
- Creștere ponderală insuficientă, sub 4,5 kg până la 30 de săptămâni de gestație.
- Izosensibilizare Rh, fără titru detectabil de anticorpi.
- Risc de naștere prematură, cu răspuns favorabil la tratament.
- Sarcină multiplă.
- Poziție fetală anormală (transversală sau prezentație pelviană) după 36 de săptămâni.
- Placenta praevia.
- Anemie de gradul II.

- Boală hipertensivă de gradul I-II.
- Hipertensiune arterială fără complicații.
- Malformații cardiace compensate.
- Primipară cu vârsta peste 35 de ani, după consult genetic și teste de screening efectuate la nivelul III.
- Antecedente de intervenții obstetricale sau ginecologice uterine.
- Obezitate maternă, cu un exces ponderal de peste 20%.
- Fumat, cu dependență mică sau moderată (scor Fagerström ≤ 5 puncte).
- Consum de alcool la nivel riscant (scor AUDIT: 8-15 puncte).
- Utilizare constantă de medicamente pentru patologii concomitente cu impact negativ probabil asupra fătului.
- Afecțiuni respiratorii, cum ar fi pneumonie, astm bronșic, bronșectazie, bronșite cronice recidivante, boli pulmonare nespecifice fără insuficiență respiratorie.
- Afecțiuni hepatice compensate.
- Afecțiuni renale și ale căilor urinare, inclusiv glomerulonefrită și pielonefrite cronice recidivante.
- Infecții urogenitale specifice, precum chlamidioza, micoplasmoza, infecția cu CMV, herpes etc.

Grupul de risc înalt, care necesită supraveghere la nivelul III de asistență perinatală, include:

- Stări hipertensive severe, cu evoluție medie sau tratament ineficient la nivelul II (lipsa eficacității în 5-7 zile).
- Naștere prematură, în cazul ruperii membranelor înainte de 32 de săptămâni de sarcină.
- Sarcină cu Rh conflict, cu titru înalt de anticorpi.
- Fumat, cu grad mare sau foarte mare de dependență (scor Fagerström > 6 puncte).
- Consumul de alcool la un nivel dăunător (scor AUDIT ≥ 16 puncte).
- Utilizarea de droguri sau alte substanțe psihoactive.
- Administrarea de medicamente cu efect negativ demonstrat asupra fătului.
- Anemie de gradul III.
- Anomalii de dezvoltare fetală.
- Patologii ale sistemului feto-placentar, precum insuficiența placentară, anomaliile cantității de lichid amniotic, hipoxia fetală, retardul de dezvoltare intrauterină (sub percentila 10).
- Malformații congenitale severe la făt în antecedente.
- Afecțiuni extragenitale decompensate sau rezistente la tratamentul de la nivelul II.
- Intervenții chirurgicale majore la nivelul cordului, vaselor, plămânilor, ficatului, rinichilor sau intervenții plastice ginecologice.
- Boli cardiovasculare, cu sau fără insuficiență cardiacă.
- Afecțiuni renale și ale căilor urinare (glomerulonefrită, pielonefrite cronice recidivante sau alte maladii), fără răspuns la tratamentul de la nivelul II.
- Diabet zaharat, indiferent de formă.
- Afecțiuni endocrine cu manifestări clinice semnificative.

Anexa 3. Criteriile de spitalizare în Centrele Perinatale de nivelul I, II, III

Centrele Perinatale de nivelul I

- Evoluția fiziologică a sarcinii, în lipsa antecedentelor obstetricale agravante și a patologiei extragenitale pentru nașterile spontane la termen (38-42 săptămâni de gestație)
- În Centrele perinatale de nivelul I **NU SE EFECTUIAZĂ**:
 - operații cezariene programate;
 - inducerea travaliului;
 - asistență în nașteri cu factori de risc (restricție de creștere a fătului, sarcină gemelară, oligo- sau polihidramnioză, Rh-conflict, preeclampsie ș.a.) și la termene < 37 săptămâni.

Centrele Perinatale de nivelul II

- Nașteri/operații cezariene cu risc moderat-înalt, cum ar fi:
 - OC cu complicații așteptate (intervenții chirurgicale obstetricale sau ginecologice pe uter, placenta previa fără operație cezariană anterioară, prezentație transversală);
 - Nașteri vaginale după OC, în prezentație pelviană, cu feți macrosomi;
 - Prezentație transversală;
 - Sarcină gemelară necomplicată;
 - Inducere a travaliului;
 - Anemie a gravidelor (de gradul I-II);
 - Hipertensiune gestațională și pre eclampsie ne severe;
 - Obezitate (exces ponderal peste 20%);
 - Patologii extragenitale compensate.
- Complicații ale sarcinii când se așteaptă nașterea între 32 și 37 săptămâni de gestație (transportarea „in utero” la naștere): travaliu prematur, RPPA, poli- sau oligoamnion sever, restricție de creștere a fătului, preeclampsie.
- Condiții când se așteaptă că nou-născuții vor necesita îngrijiri calificate (transportarea „in utero” pentru monitorizare și naștere):
 - sarcină cu Rh negativ cu izosensibilizare neseveră (titru <1:32);
 - restricție neseveră de creștere a fătului (flux diastolic patologic, dar pozitiv în artera ombilicală, masa probabilă a fătului >3 percentile);
 - preeclampsie severă >34 săptămâni, fără insuficiență de organ;
 - greutate estimată a fătului între 1500 și 2500 gr.
- Condiții medicale compensate care necesită monitorizare și tratament calificat:
 - hipertensiune arterială gestațională, preeclampsie;
 - iminență de întrerupere a sarcinii în trimestrul I-II;
 - disgravidie precoce severe;
 - anamneză obstetricală complicată (prematuritate habituală, insuficiență cervicală, deces fetal, ante- sau neonatal)
 - diabet zaharat, astm bronșic, hipertensiune cronică sau alte patologii extragenitale compensate, fără dereglarea funcției organului;
 - consum de băuturi alcoolice, tutun, droguri, alte medicamente.

Centrele Perinatale de nivelul III

- Complicații ale sarcinii sau maladii somatice severe când se așteaptă nașterea la termen ≤ 32 săptămâni de gestație (transportarea „in utero” la naștere): travaliu prematur, RPPA, poli- sau

- oligoamnion sever, patologie extragenitală decompensată, restricție severă de creștere a fătului, preeclampsie severă ș.a.
- Condiții când se așteaptă că noi-născuții vor necesita îngrijiri înalt-specializate (pentru monitorizare și naștere):
 - sarcină cu Rh incompatibilitate severă (titru > 1:32, hidrops fetal, dereglări ale circulației în artera cerebrală medie);
 - restricție severă de creștere a fătului (flux diastolic absent sau revers în artera ombilicală, masa probabilă a fătului < 3 percentile);
 - preeclampsie severă < 34 săptămâni;
 - greutate estimată a fătului sub 1500 g;
 - sarcină multiplă (mai mult de 2 feți);
 - sarcină gemelară complicată: monocorială-monoamniotică, sindromul transfuzor-transfuzat, moartea i/u a unui făt ș.a.
 - malformații congenitale la făt ce necesită intervenții chirurgicale după naștere.
 - Afecțiuni extragenitale severe la gravide cu/fără decompensare:
 - după intervenții chirurgicale pe cord, vase, plămâni, ficat, rinichi, operații plastice ginecologice etc.;
 - maladii cardiovasculare cu insuficiență cardiacă;
 - afecțiuni severe ale rinichilor (glomerulonefrite, insuficiență renală);
 - maladii endocrine decompensate;
 - hepatită și ciroză cu insuficiența hepatică;
 - boli hematologice sau autoimune severe;
 - tumori maligne în sarcină.
 - Complicații severe ale sarcinii sau nașterii care necesită îngrijiri în secția ATI înalt-specializată (ventilație mecanică, hemodializă/hemofiltrare etc)
 - preeclampsie severă / eclampsie cu insuficiență de organ;
 - tromboembolie;
 - degenerare grasă acută a ficatului;
 - coagulopatie;
 - cu/după șoc de orice formă (cu excepția șocului septic).
 - Suspiciune de placenta accreta/percreta sau placenta previa, în urma unei operații cezariene anterioare.

Anexa 4. Evaluarea violenței domestice în rândul femeilor însărcinate

Întrebări pentru evaluarea violenței fizice	Întrebări pentru evaluarea violenței psihologice
1. Ați primit vreodată palme?	1. V-a insultat vreodată soțul/partenerul folosind expresii jignitoare?
2. Au existat bătăi în timpul sarcinilor anterioare sau în timpul ultimei sarcini?	2. V-a ignorat sau a manifestat indiferență față de dumneavoastră?
3. Ați fost lovită cu pumnul sau cu piciorul în abdomen în timpul sarcinii?	3. V-a suspectat sau v-a acuzat de infidelitate soțul/partenerul?
4. Ați fost lovită cu alte obiecte care v-ar fi putut cauza durere?	
5. Ați fost strangulată sau arsă intenționat?	
6. Vi s-a amenințat viața cu un cuțit sau o altă armă?	
Un singur răspuns afirmativ la cele 6 întrebări indică prezența violenței fizice.	Un răspuns „da” în ultimele 12 luni sugerează posibilitatea unei forme de violență psihologică.

Anexa 5. Managementul sarcinii gravidelor sângerle cărora este examinat la prezența anticorpilor antieritrocitari incompleți (imuni).

Anexa 5a. Detectarea anticorpilor antieritrocitari incompleți (imuni) după sistemul AB0

Nr. d/o	Denumirea investigației imunohematologice	/condițiile și termenul de efectuare				
1.	Detectarea anticorpilor antieritrocitari imuni anti-A și/sau anti-B la gravida de grup sanguin 0, cu soț/partener cu grup sanguin A, B, AB.	- la a doua și ulterior la fiecare sarcină SAU - la indicația specialistului de profil (pentru sarcinile multiple în anamneză cu avorturi spontane și/sau nașteri cu nou-născuți diagnosticați cu boala hemolitică a nou-născutului) - la prima vizită antenatală (până la 12 săptămâni de sarcină) la luarea în evidență a gravidei de către medicul de familie și la vizita IV (la 26 săptămâni de sarcină).				
2.	Identificarea tipului de anticorpi antieritrocitari imuni (anti-A și/sau anti-B) în cazul dacă etapa de detectare a arătat faptul prezenței în ser a anticorpilor antieritrocitari imuni anti-A și/sau anti-B.	o singură dată, imediat după constatarea prin detectare a prezenței anticorpilor antieritrocitari imuni (incompleți)				
3.	Aprecierea titrului anticorpilor antieritrocitari imuni anti-A și/sau anti-B.	imediat după identificarea tipului anticorpilor antieritrocitari imuni, cu ulterioara monitorizare obligatorie a titrului de anticorpi antieritrocitari imuni, conform programului: <table border="1" data-bbox="930 1115 1527 1258"> <tr> <td data-bbox="930 1115 1294 1189">a) până la 36 săptămâni de sarcină</td> <td data-bbox="1294 1115 1527 1189">la fiecare 4 săptămâni</td> </tr> <tr> <td data-bbox="930 1189 1294 1258">b) după 36 săptămâni de sarcină</td> <td data-bbox="1294 1189 1527 1258">la fiecare 2 săptămâni</td> </tr> </table>	a) până la 36 săptămâni de sarcină	la fiecare 4 săptămâni	b) după 36 săptămâni de sarcină	la fiecare 2 săptămâni
a) până la 36 săptămâni de sarcină	la fiecare 4 săptămâni					
b) după 36 săptămâni de sarcină	la fiecare 2 săptămâni					

Anexa 5b. Detectarea anticorpilor antieritrocitari incompleți (imuni) non-AB0, (inclusiv la Rh-factor).

Nr. d/o	Denumirea investigației imunoematologice	Condițiile și termenul de efectuare					
1.	Detectarea anticorpilor antieritrocitari incompleți (imuni) non-AB0, (inclusiv la Rh-factor).	la prima vizită antenatală (până la 12 săptămâni de sarcină) la luarea în evidență a gravidei de către medicul de familie și la vizita IV (la 26 săptămâni de sarcină) la femeile Rh-negative.					
2.	Identificarea tipului de anticorpi antieritrocitari imuni în cazul dacă etapa de detectare a arătat faptul prezenței în ser a anticorpilor antieritrocitari imuni.	o singură dată, imediat după constatarea prin detectare a prezenței anticorpilor antieritrocitari imuni					
3.	Aprecierea titrului anticorpilor antieritrocitari imuni identificați.	imediat după identificarea tipului anticorpilor antieritrocitari imuni, cu ulterioara monitorizare obligatorie a titrului de anticorpi antieritrocitari imuni, conform programului: <table border="1" data-bbox="804 725 1495 873"> <tr> <td data-bbox="804 725 1177 801">a) până la 36 săptămâni de sarcină</td> <td data-bbox="1177 725 1495 801">la fiecare 4 săptămâni</td> </tr> <tr> <td data-bbox="804 801 1177 873">b) după 36 săptămâni de sarcină</td> <td data-bbox="1177 801 1495 873">la fiecare 2 săptămâni</td> </tr> </table>		a) până la 36 săptămâni de sarcină	la fiecare 4 săptămâni	b) după 36 săptămâni de sarcină	la fiecare 2 săptămâni
a) până la 36 săptămâni de sarcină	la fiecare 4 săptămâni						
b) după 36 săptămâni de sarcină	la fiecare 2 săptămâni						

Anexa 6. Factorii de risc pentru diabetul gestațional (NICE, 2020 [6])

- IMC peste 30 kg/m²
- Naștere anterioară a unui copil macrosom ($\geq 4,5$ kg)
- Diabet gestațional în sarcinile anterioare
- Antecedente familiale de diabet zaharat (rudă de gradul I cu diabet)
- Sindromul ovarelor polichistice

Pentru femeile cu factori de risc, se recomandă screening-ul DZ încă de la prima vizită antenatală, prin măsurarea glicemiei à jeun și efectuarea TOTG.

În cazul gravidelor fără diabet cunoscut anterior, inclusiv al celor cu rezultate normale la testul de screening din primul trimestru, se recomandă screening-ul pentru diabet gestațional între **24 și 28 de săptămâni de sarcină**.

Screening-ul se efectuează prin TOTG cu **75 g glucoză anhidră** dizolvată în apă, după un post de cel puțin **8 ore**.

Dacă realizarea TOTG nu este posibilă, se poate utiliza măsurarea glicemiei à jeun.

Anexa 6.a Criterii de diagnostic pentru tulburările de glicoreglare la gravidă

Criterii standard de diagnostic al tulburărilor de glicoreglare	Criterii standard de diagnostic al DZ	Criterii standard de diagnostic al DZ gestațional (DG) (testare la 24-28 săptămâni)
Glicemia à jeun 5,6-6,9 mmol/l (100-125 mg/dl)	Glicemia à jeun ≥ 7 mmol/l (126 mg/dl)	Glicemia à jeun. ≥ 5.1 mmol/l (92 mg/dl)
TOTG (cu 75 g glucoză) - Glicemia la 2ore: 7.8 - 11.0 mmol/l (140 mg/dL - 199 mg/dL)	TOTG (cu 75 g glucoză) - Glicemia la 2 ore: $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl)	TOTG (cu 75 g glucoză)- Glicemia la 1 oră: ≥ 10 mmol/l (180 mg/dl) Glicemia la 2 ore: $\geq 8,5$ mmol/l (153 mg/dl)
HbA1c: 5.7-6.4% (39-47 mmol/mol)	HbA1c $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol)	-----

TOTG - testul oral de toleranță la glucoză, Hb A1c - hemoglobina glicozilată, glicemia à jeun - glicemie plasmatică în condiții bazale (pe nemâncate >8 ore)

Anexa 7. Examinarea USG în timpul sarcinii

În primul trimestru	La femeile cu diagnostic incert de sarcină, sângerări vaginale de etiologie neclară și suspiciu la sarcină extrauterină se recomandă efectuarea examenului USG a organelor bazinului mic în trimestrul I de sarcină, pentru confirmarea sarcinii și calculul vârstei gestaționale*, determinarea localizării și viabilității sacului gestațional (2 Consens)
11-13+6 săptămâni de sarcină	Se recomandă efectuarea ecografiei la termenul de sarcină 11-13+6 săptămâni pentru calcularea (corecția) vârstei gestaționale**, efectuarea screening-ului de primul trimestru a aneuploidiilor, diagnosticul sarcinii multiple și măsurarea indicelui de pulsilitate al arterei uterine.
19-20+6 săptămâni	Se recomandă efectuarea ecografiei de morfologie fetală în trimestrul II de sarcină, între 19-20+6 săptămâni, pentru detectarea anomaliilor structurale (1B), determinarea localizării placentei și măsurarea lungimii colului uterin.
Trimestrul III de sarcină (după 24 săptămâni) – la indicații și la femeile cu factori de risc	Se recomandă efectuarea ecografiei de trimestru III, după 24 de săptămâni de sarcină în caz de suspectare a unei anomalii de poziție a fătului, de localizare a placentei (dacă s-a sugerat această situație în trimestrul II) și a tulburărilor de creștere și morfologie fetală (făt mic pentru vârsta gestațională, restricție de creștere fetală, macrosomie și malformații fetale) (1 Consens).

*dacă la termenul de gestație $\leq 8+6$ săptămâni diferența dintre vârsta gestațională determinată la examenul USG și cea calculată după prima zi a ultimei menstruații este mai mare de 5 zile, termenul de gestație se va stabili în baza examenului USG.

**dacă la termenul de gestație între 9 și 13+6 săptămâni diferența dintre vârsta gestațională determinată la examenul USG și cea calculată după prima zi a ultimei menstruații este mai mare de 7 zile, termenul de gestație se va stabili în baza examenului USG.

Anexa 8. Factorii de risc pentru TEV (conform PCN Tromboprofilaxia în timpul sarcinii, nașterii și postpartum)

Factori de risc preexistenți	Scor
TEV anterior (cu excepția unui eveniment unic legat de o intervenție chirurgicală majoră)	4
TEV anterioară provocată de o intervenție chirurgicală majoră	3
Trombofilie cu risc crescut cunoscută	3
Comorbidități medicale de ex: cancer, insuficiență cardiacă, lupus eritematos sistemic activ, poliartropatie inflamatorie sau boală inflamatorie intestinală, sindrom nefrotic, diabet zaharat tip I cu nefropatie, anemie falciformă, consum de droguri intravenoase	3
Istoric familial de TEV neprovocată/nelegată de estrogeni, la o rudă de grad I	1
Trombofilie cu risc scăzut cunoscută (fără TEV)	1a
Vârsta (> 35 ani)	1
Obezitate	1 sau 2b
Paritate ≥ 3	1
Fumătoare	1
Vene varicoase proeminente	1
Factori de risc obstetricali	
Preeclampsie în sarcina curentă	1
FIV/tehnici de reproducere asistată (numai antenatal)	1
Sarcină multiplă	1
Operație cezariană urgentă în naștere	2
Operație cezariană electivă	1
Naștere instrumentară cavitară/rotațională	1
Travaliu prelungit (>24 ore)	1
HPP (>1000 ml sau transfuzie)	1
Naștere prematură <37 săptămâni în sarcina curentă	1
Deces antenatal în sarcina curentă	1
Factori de risc tranzitorii	
Orice intervenție chirurgicală în timpul sarcinii sau puerperiului, cu excepția reparației imediate a perineului (de ex. apendicectomie, sterilizare postpartum)	3
Hiperemeză gravidică	3
Hiperstimulare ovariană (doar primul trimestru)	4
Infecție sistemică actuală	1
Imobilizare, deshidratare	1
Covid -19	
Total:	

a - Dacă trombofilia cu risc scăzut este cunoscută la o femeie cu antecedente familiale de TEV la o rudă de grad 1, tromboprofilaxia postpartum trebuie continuată timp de 6 săptămâni.

b - IMC ≥ 30 = 1; IMC ≥ 40 = 2

Calcularea riscului de TEV, RCOG 2015, [10].

- **Dacă scorul total antenatal ≥ 4** , se va lua în considerație tromboprofilaxia din primul trimestru de sarcină și se va continua 6 săptămâni postpartum.
- **Dacă scorul total antenatal = 3**, se va lua în considerație tromboprofilaxia de la 28 săptămâni, și se va continua 6 săptămâni postpartum.
- **Dacă scorul total postnatal ≥ 2** , se va lua în considerație tromboprofilaxia pentru cel puțin 10 zile.
- **Dacă scorul total postnatal > 3** , tromboprofilaxia va fi prelungită până la 6 săptămâni postpartum.
- Se va lua în considerație tromboprofilaxia la orice internare în staționar.
- În caz de internare prelungită (≥ 3 zile) sau reinternare în perioada postpartum, se va lua în considerație tromboprofilaxia.
- În caz de hiperemeză gravidică, tromboprofilaxia se va iniția pe toată durata hiperemezei.
- În caz de sindrom de hiperstimulare ovariană, tromboprofilaxia va fi prelungită până la sfârșitul primului trimestru de sarcină

Pentru pacientele cu risc identificat de sângerare, se va discuta echilibrul dintre riscul de sângerare și tromboză cu un hematolog specializat în tromboză la gravide

Notă! Factorii de risc multipli măresc riscul de TEV. În perioada antenatală, riscul de TEV este maxim în al treilea trimestru de sarcină. Ca abordare pragmatică a femeilor cu factori de risc (cu excepția TEV în antecedente), se recomandă tromboprofilaxia cu HGMM pe toată perioada sarcinii dacă există patru sau mai mulți factori de risc, inițierea tromboprofilaxiei de la 28 săptămâni dacă există cel puțin trei factori de risc și tromboprofilaxiei postnatale dacă sunt prezenți doar doi factori de risc.

Anexa 9. Investigații la marcheri infecțioși

Testarea la sifilis	<ul style="list-style-type: none">- la prima vizită antenatală (inclusiv partenerul sexual)- la 30 săptămâni de sarcină
Testarea la marcherii virusului HIV	<ul style="list-style-type: none">- la prima vizită antenatală (inclusiv partenerul sexual)- la 26-30 săptămâni (în cazul când partenerul sexual al gravidei nu a fost testat sau a refuzat testarea la HIV sau prezența altor comportamente riscante pentru infectarea cu HIV)
Testarea tuturor gravidelor la Hepatita virală B și Hepatita virală C, indiferent de statul de vaccinat	<ul style="list-style-type: none">- la prima vizită antenatală

Anexa 10. Evaluarea riscului de dezvoltare a preeclampsiei [11]

- Calcularea riscului de dezvoltare a preeclampsiei este efectuată la termenul 11-14 săptămâni de gestație utilizând calculatorul on-line:
<https://fetalmedicine.org/research/assess/preeclampsia/first-trimester> (calculatorul este plasat pe site-ul web al Fetal Medicine Foundation și este disponibil și ca aplicație prin App Store) și constă din două etape:
 - Medicul de familie va efectua calcularea riscului în baza criteriilor clinice și a valorilor tensiunii arteriale medii (TAM).** Determinarea unui risc $\leq 1:100$ impune supravegherea sarcinii de către medicul specialist obstetrician-ginecolog, recomandarea unor vizite antenatale suplimentare celor de rutină după a 28-a săptămână de sarcină (o dată în două săptămâni) și administrarea profilactică a 150 mg de Acidum acetylsalicylicum.
 - Gravidele la care se va determina un grad de risc intermediar de PE (1:101-150), **vor fi referite la medicul specialist obstetrician-ginecolog**, care va efectua a doua etapă de calculare a riscului prin incorporarea în calculatorul on-line a valorilor UTPI.
 - În sarcina multifetală, calcularea riscului o va efectua medicul specialist obstetrician-ginecolog.
- Pașii de calculare a riscului PE în baza criteriilor clinice și valorilor TAM**
 - Accesați link-ul: <https://fetalmedicine.org/research/assess/preeclampsia/first-trimester>
 - Completați chestionarul după cum urmează:

Pregnancy type (tipul sarcinii) Singleton or twins (<i>monofetală sau gemelară</i>)	<input type="text" value="Singleton"/> - se va selecta „Singleton”
Pregnancy dating (determinarea termenului) Fetal crown-rump length (<i>distanța cranio-caudală</i>)	<input type="text" value="mm"/> - se va include valoarea distanței cranio-caudale în mm
Examination date (<i>data examinării</i>)	<input type="text" value="dd-mm-yyyy"/> - se indică data, luna și anul
Maternal characteristics (datele privind gravida) Date of birth (<i>data nașterii</i>)	<input type="text" value="dd-mm-yyyy"/> - se indică data, luna și anul nașterii
Height (<i>înălțimea</i>)	<input type="text" value="cm"/> - se indică în cm
Weight (<i>greutatea</i>)	<input type="text" value="kg"/> - se indică în kg
Racial origin (<i>rasa</i>)	<input type="text" value="White"/> - se indică „White” (albă)
Smoking during pregnancy (<i>fumatul în sarcină</i>)	<input type="radio"/> Yes (Da) <input type="radio"/> No (Nu)
Mother of the patient had PE (<i>mama gravidei a avut PE?</i>)	<input type="radio"/> Yes (Da) <input type="radio"/> No (Nu)
Conception method (<i>metoda de concepere</i>)	<input type="text" value="Spontaneous"/>

	- se indică „Spontaneous” (spontană) sau „Ovulation drugs” (inducția ovulației) sau „In vitro fertilization” (fertilizare in vitro)
Medical history (anamnesticul medical) Chronic hypertension (<i>HTA cronică</i>) Diabetes type I (<i>diabetul tip I</i>) Diabetes type II (<i>diabetul tip II</i>) Systemic Lupus erythematosus (<i>LES</i>) Anti-phospholipide syndrome (<i>sindrom antifosfolipidic</i>) Obstetrical history (anamnesticul obstetrical) <input type="radio"/> Nuliparous (<i>nu a avut sarcini ≥ 24 săptămâni</i>) <input type="radio"/> Parous (<i>cel puțin o sarcină ≥ 24 săptămâni</i>)	<input type="radio"/> Yes (Da) <input type="radio"/> No (Nu) <input type="radio"/> Yes (Da) <input type="radio"/> No (Nu) <input type="radio"/> Yes (Da) <input type="radio"/> No (Nu) <input type="radio"/> Yes (Da) <input type="radio"/> No (Nu) <input type="radio"/> Yes (Da) <input type="radio"/> No (Nu)
Biophysical measurements (<i>parametrii biofizicali</i>) Mean arterial pressure (tensiunea arterială medie – TAM) Mean uterine artery PI (indicele PI mediu la DAU) Date of measurement (<i>data măsurării</i>)	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">mm Hg</div> - se indică valorile TAM (2 măsurători diferite concomitente ale TAS și TAD) – Caseta 3 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div> - se indică valoarea PI în artera uterină dreaptă și stângă (de către specialistul obstetrician-ginecolog) <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">dd-mm-yyyy</div>

3. După includerea tuturor datelor în tabel, pentru a calcula riscul – faceți clic pe:

Calculate risk

- a. Dacă se determină un risc $\leq 1:100$ (risc înalt de dezvoltare a PE), gravida va fi referită pentru supravegherea sarcinii la medicul obstetrician-ginecolog și îi va fi recomandată administrarea profilactică a 150 mg de Acidum acetylsalicylicum.
- b. Dacă se determină un risc între 1:101 și 1:150 (risc intermediar) – riscul va fi recalculat utilizând valorile medii ale PI DAU
- c. Se va lua în considerație includerea valorii PIGF în calcularea riscului PE.

Anexa 11. Gravidograma

Gravidograma este reprezentarea grafică a creșterii intrauterine a fătului și evoluției sarcinii. Începând cu săptămânile 24-25 de sarcină, se recomandă măsurarea înălțimii fundului uterin. Această măsurătoare se efectuează la fiecare vizită prenatală, dar nu mai frecvent decât o dată la două săptămâni. Pe baza datelor obținute, se construiește un grafic al variației înălțimii fundului uterin în timpul sarcinii, adică o reprezentare grafică a înălțimii fundului uterin în funcție de termenul sarcinii – *gravidograma*.

Interpretarea rezultatelor

Este important ca linia IFU măsurată și notată pe grafic să fie paralelă cu liniile percentililor.

Valori normale:

Dacă toate valorile IFU se află între percentila 10 și percentila 90 și se observă o dinamică de creștere, dezvoltarea fătului este normală

Valori sub percentila 10:

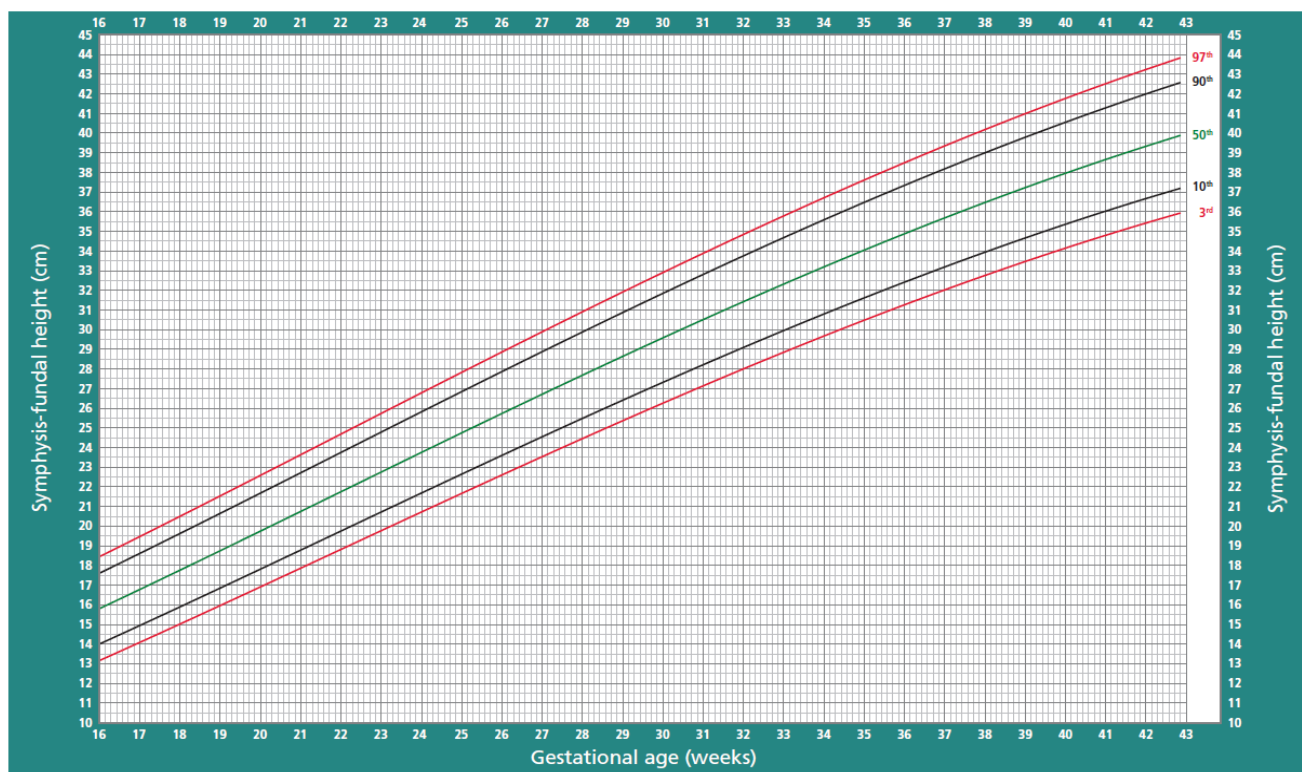
Dacă valoarea IFU la prima măsurare este sub linia percentilei 10 sau coboară sub linia percentilei 10 la orice altă măsurare efectuată pe parcursul sarcinii, gravida va fi referită la un examen USG pentru a determina dimensiunile și bunăstarea fătului (a confirma sau exclude făt mic pentru vârsta gestațională și/sau RCF).

Valori peste percentila 90:

Dacă curba valorilor IFU se află peste percentila 90, este posibil ca termenul de sarcină să fi fost determinat incorect, să fie o sarcină gemelară, să existe polihidramnios sau un făt mai mare pentru vârsta gestațională, cazuri în care sunt necesare investigații suplimentare.

Lipsa creșterii IFU:

Dacă nu se observă o creștere a IFU pe parcursul a 2-3 săptămâni de monitorizare dinamică, iar graficul de creștere IFU intersectează liniile gravidogramei, trebuie suspectată RCF și efectuat examenul USG.



GRAVIDORGRAMA [13, 14]

Anexa 12. Factorii de risc pentru restricție de creștere a fătului (RCOG, 2024 [8])

Factorii de risc pentru restricție de creștere fetală (FIGO).

Factorii de risc moderat

Anamneza obstetricală

- Făt mic pentru vârsta gestațională în sarcinile anterioare
- Deces antenatal cu masa normală a fătului
- Naștere prematură/avort în trimestrul II (cauzate de patologie placentară)

Factori din sarcina actuală

- Fumatul
- Utilizarea drogurilor/consumul nociv de alcool*
- Vârsta ≥ 40 ani
- IMC < 18.5 kg/m² și alți factori predispozanți (ex. tulburări de alimentație, patologii intestinale cronice care provoacă pierderea în greutate)
- Chirurgie de bypass gastric

Factori de risc înalt

Factori medicali

- Maladii cronice preexistente (boală cronică renală, HTA cronică, maladii autoimune așa ca (LES, sindrom antidosfolipidic), maladii cardiace severe)

Anamneza obstetricală

- Restricție de creștere a fătului
- HTA în sarcinile preexistente
- Deces antenatal cu făt mic pentru vârsta gestațională

Sarcina actuală

- PAPP-A < 5 -ea percentilă
- Inhibina A (trimestrul II) > 2 MoM
- α FP (trimestrul II) > 2 MoM
- Intestinul ecogen
- Hemoragie antepartum
- EFW (masa estimată a fătului) < 10 -ea percentilă
- Arteră ombilicală unică
-

NOTĂ: Pentru RM, conform rezultatelor Studiului STEPS, consumul de alcool, este un factor de risc*

Anexa 13.A. Screening-ul tulburărilor de anxietate

La nivel de AMP, evaluarea se realizează prin intermediul **Scalei din 7 elemente pentru Tulburarea de Anxietate Generalizată (TAG-7)**

Pe parcursul ultimelor 2 săptămâni, cât de des v-ați simțit deranjat/ă de următoarele probleme?	Deloc	Câteva zile	Mai mult de jumătate din zile	Aproape în fiecare zi
1. Te-ai simțit nervoasă, anxioasă sau încordată	0	1	2	3
2. Nu ai putut să te oprești din a-ți face griji	0	1	2	3
3. Ți-ai făcut prea multe griji pentru diverse lucruri	0	1	2	3
4. Ți-a fost dificil să te relaxezi	0	1	2	3
5. Ai fost atât de agitat(ă) încât ți-a fost greu să stai liniștit(ă)	0	1	2	3
6. Te-ai enervat ușor sau ai fost iritabil(ă)	0	1	2	3
7. Simțeai frică că vi s-ar putea întâmpla ceva groaznic	0	1	2	3
Scor total	Interpretare			
≥10	Posibilă diagnoză de tulburare generalizată de anxietate; de confirmat printr-o evaluare ulterioară			
5	Anxietate ușoară			
10	Anxietate moderată			
15	Anxietate severă			

Anexa 13.b Screening-ul depresiei

La nivel de AMP, screening-ul depresiei se realizează prin intermediul **Chestionarului pentru Sănătate a Pacientului - PHQ-9**

Depistarea precoce a depresiei la persoanele care prezintă acuze prin adresarea următoarelor întrebări pentru **Prima orientare:**

- ✓ Dispoziție proastă („Aveți dispoziție proastă? / Sunteți tristă?”)
- ✓ Lipsa interesului sau a satisfacției în viața generală („Nu aveți plăcere de la ceea ce faceți de zi cu zi?”)

Dacă la ambele întrebări răspunsul este „Nu” → **nu este depresie !**

Pentru clarificare aplicați următorul Chestionar

Întrebări	Lipsește	Câteva zile	Mai mult de jumătate din zile	Aproape în fiecare zi
1. Ați avut un interes sau plăcere redusă de a face ceva				
2. V-ați simțit indispus, deprimat sau fără speranță				
3. Ați avut dificultăți în a adormi, ați dormit prea puțin sau ați dormit prea mult				
4. Vă simțiți obosit sau lipsit de energie				
5. Ați avut poftă scăzută sau excesivă de mâncare				
6. Gândiți rău despre sine – credeți că sunteți un ratat ori că ați permis căderea dvs. ori a familiei				
7. Aveți probleme de concentrare asupra lucrurilor, așa ca citirea ziarelor sau vizionarea televizorului				
8. Vă mișcați sau vorbiți atât de lent, încât persoanele din jur au remarcat acest lucru. Sau dimpotrivă - sunteți atât de neastâmpărat sau agitat, încât vă mișcați mult mai mult, decât de obicei				
9. Vă vin gânduri că mai bine ați muri sau de auto-vătămare				
Adăugați scorul coloanelor <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>				
(Pentru a interpreta TOTALUL, utilizați Fișa de scoruri)		TOTAL:		
10. Dacă ați bifat anumite probleme, în ce măsură aceste probleme au făcut <i>dificilă</i> realizarea lucrului, preocuparea de lucrurile de acasă sau relațiile cu alte persoane		Deloc dificil _____ Întrucâtva dificil _____ Foarte dificil _____ Extrem de dificil _____		

FIȘA DE SCORURI PHQ-9 pentru evaluarea severității depresiei

Calcularea scorului – adăugați toate casetele marcate în PHQ-9

Pentru fiecare bifare (↓): Lipsește = 0 puncte; Câteva zile = 1 punct;

Mai mult de jumătate din zile = 2 puncte; Aproape în fiecare zi = 3 puncte.

Interpretarea scorului total

Scor total	Severitatea depresiei	Acțiunea
0 - 4 puncte	Lipsește depresia	Nu necesită tratament
5 - 9 puncte	Ușoară	Tratament în funcție de durata simptomelor și afectarea activității zilnice
10 - 14 puncte	Moderată	
15 - 19 puncte	Moderat severă	Tratament cu antidepresive, psihoterapie și/sau o combinație de tratamente
20 - 27 puncte	Severă	

Anexa 13.C. Scala Edinburgh pentru depresia postnatală

Scala Edinburgh pentru depresia postnatală

Dacă ești însărcinată sau ai născut în ultimul an, este important să fii atentă la starea ta emoțională. Chestionarul de mai jos (cunoscut sub numele de scala Edinburgh pentru depresia postpartum) a fost dezvoltat pentru a te ajuta să te autoevaluezi, periodic, astfel încât să fie depistate rapid semnele depresiei postpartum.

Bifează căsuța care exprimă cel mai bine modul în care te-ai simțit în ULTIMELE 7 ZILE, nu doar în ziua în care răspunzi chestionarul. Nu uita să-l refaci periodic, mai ales dacă te simți mai rău decât de obicei. Depresia postpartum poate apărea și la un an după naștere.

1 . Am fost capabilă să râd și să văd partea amuzantă a lucrurilor

- La fel de mult ca alte dăți
- Nu la fel de mult ca alte dăți
- Evident mai puțin ca alte dăți
- Deloc

2 . Am putut să privesc viitorul cu bucurie

- La fel de mult ca alte dăți
- Nu la fel de mult ca alte dăți
- Evident mai puțin ca alte dăți
- Deloc

3* . M-am învinovățit pe nedrept atunci când lucrurile au mers prost

- Da, majoritatea timpului
- Da, destul de mult
- Nu foarte des
- Niciodată

4 . Am fost anxioasă și îngrijorată fără motive temeinice.

- Foarte rar
- Da, uneori
- Da, foarte des
- Deloc

5* . Am fost speriată și panicată pentru lucruri mici

- Da, mult
- Da, uneori
- Nu, rar
- Deloc

6* . M-am simțit depășită de situație

- Da, majoritatea timpului nu am fost capabilă să depășesc problemele
- Da, uneori nu m-am descurcat așa de bine ca înainte
- Nu, majoritatea timpului m-am descurcat destul de bine
- Nu, am fost capabilă să depășesc momentele dificile.

7* . Am fost atât de nefericită, încât am dezvoltat probleme cu somnul.

- Da, majoritatea timpului
- Da, uneori
- Nu foarte des
- Nu, deloc

9* . Am fost atât de nefericită încât am plâns

- Da, majoritatea timpului
- Da, destul de des
- Numai ocazional
- Nu, niciodată

10* . Mi-a trecut prin cap ideea de a-mi face rău

- Da, destul de des
- Uneori
- Foarte rar
- Niciodată

Evaluare

Punctajul maxim este de 30 de puncte.

Pentru întrebările 1,2 și 4 (adică cele fără *), se acordă punctajul 0, 1, 2 sau 3, de sus în jos, astfel încât prima căsuță are punctajul 0 și ultima 3.

Pentru întrebările 3 și 5-10 (adică cele cu *), se acordă același punctaj 0, 1, 2 sau 3, dar de jos în sus, astfel încât prima căsuță are punctajul 3 și ultima 0

Dacă ai adunat 10 sau mai multe puncte, se poate să ai depresie postpartum. Te rugăm să vorbești cu partenerul, persoanele apropiate, sau cu medicul tău pentru a cere sprijin și investigații suplimentare.

Acordă mereu atenție întrebării numărul 10, deoarece semnaleză gândurile suicidale. Dacă ai astfel de gânduri, halucinații sau ți-a trecut prin minte posibilitatea de a face rău bebelușului, te rugăm să-ți contactezi de urgență medicul.

Anexa 14. Testul Fagerström pentru evaluarea dependenței de nicotină

1.	Cât de repede după ce vă treziți fumați prima țigară?		
	Mai puțin de 5 minute	3	
	6-30 minute	2	
	31- 60 minute	1	
	Mai mult de 60 de minute	0	
2.	Vi se pare dificil să vă abțineți de la fumat în locurile unde acesta este interzis (de exemplu, biserică, cinematograful, tren, restaurant etc.)?		
	DA	1	
	NU	0	
3.	La care țigară v-ar fi cel mai greu să renunțați?		
	La prima țigară de dimineață	1	
	La celelalte	0	
4.	Câte țigări pe zi fumați?		
	Mai puțin de 10	0	
	11-20	1	
	21-30	2	
	Mai mult de 30	3	
5.	Fumați mai frecvent în primele ore după trezire decât în restul zilei?		
	DA	1	
	NU	0	
6.	Continuați să fumați chiar și atunci când sunteți foarte bolnav, imobilizat la pat în mare parte a zilei?		
	DA	1	
	NU	0	
Punctaj:			
0-2 puncte	- dependență foarte mică	6-7 puncte	- dependență mare
3-4 puncte	- dependență mică	8-10 puncte	- dependență foarte mare
5 puncte	- dependență medie		
Rezultate: Dacă gradul de dependență este mare sau foarte mare, se va folosi terapia de substituție a nicotinei.			

Anexa 15. Testul AUDIT de evaluare a consumului riscant și nociv de alcool

1. Cât de des consumați produse ce conțin alcool?				
(0) Niciodată (treceți la Întrebarea 9-10)	(1) O dată în lună sau mai rar	(2) 2-4 pe lună	(3) 2-3 ori pe săptămână	(4) 4 sau > pe săptămână
2. Câte băuturi alcoolice standard consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?				
(0) Una sau două	(1) Trei sau patru	(2) Cinci sau șase	(3) Șapte sau nouă	(4) Zece sau mai mult
3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi standard la o singură ocazie?				
(0) Niciodată	(1) Mai rar decât o dată în lună	(2) Lunar	(3) Săptămânal	(4) Zilnic sau aproape zilnic
4. Cât de des ați constatat în ultimul an că nu puteți să vă opriți de consumat alcool odată ce ați început?				
(0) Niciodată	(1) Mai rar decât o dată în lună	(2) Lunar	(3) Săptămânal	(4) Zilnic sau aproape zilnic
5. Cât de des în ultimul an nu ați reușit să faceți ceea ce era de așteptat să faceți din cauza consumului de alcool?				
(0) Niciodată	(1) Mai rar decât o dată în lună	(2) Lunar	(3) Săptămânal	(4) Zilnic sau aproape zilnic
6. Cât de des în ultimul an ați avut nevoie să beți alcool de dimineață ca să vă reveniți după o beție?				
(0) Niciodată	(1) Mai rar decât o dată în lună	(2) Lunar	(3) Săptămânal	(4) Zilnic sau aproape zilnic
7. Cât de des în ultimul an ați avut un sentiment de remușcare sau de vinovăție după ce ați consumat alcool?				
(0) Niciodată	(1) Mai rar decât o dată în lună	(2) Lunar	(3) Săptămânal	(4) Zilnic sau aproape zilnic
8. Cât de des în ultimul an nu ați putut să vă amintiți ce s-a întâmplat în ziua trecută din cauză că ați băut alcool?				
(0) Niciodată	(1) Mai rar decât o dată în lună	(2) Lunar	(3) Săptămânal	(4) Zilnic sau aproape zilnic
9. Dvs. sau altcineva a fost rănit ca rezultat al faptului că ați consumat alcool?				
(0) Nu	(2) Da, dar nu în ultimul an		(4) Da, în ultimul an	
10. O rudă, un prieten, un medic sau altcineva a fost îngrijorat că consumați alcool și v-a sfătuit să-l reduceți?				
(0) Nu	(2) Da, dar nu în ultimul an		(4) Da, în ultimul an	
SCOR CHESTIONAR _____				
Interpretare rezultate: 1-7 p. Risc scăzut pentru sănătate 8-15 p. Consum riscant 16-19 p. Consum nociv, dăunător 20> Consum extrem de nociv, posibil dependență				

Anexa 16. Activitățile de supraveghere a gravidelor cu evoluție fiziologică a sarcinii în condiții de ambulator

CONȚINUT/ACTIVITATE		I vizită luarea la evidență (până la 12 săpt. de sarcină)	II vizită 16 săpt. de sarcină ⁴	III vizită 20 săpt. de sarcină	IV vizită 26 săpt. de sarcină ⁴	V vizită 30 săpt. de sarcină ⁴	VI vizită 34 săpt. de sarcină	VII vizită 36 săpt. de sarcină	VIII vizită 38 săpt. de sarcină	IX vizită 40 săpt. de sarcină
Vizite și consultații ale femeii gravide										
1.	Consultația medicului de familie	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2.	Consultația medicului obstetrician-ginecolog ⁷	+				+		+		+
3.	Vizita asistentului medical de familie la domiciliu							+		
Examinarea și investigarea gravidei și a fătului										
4.	Examenul clinic	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5.	Pelvimetria	+								
6.	Măsurarea greutateii corporale, calcularea IMC la luarea la evidență	+	+	+	+	+	+	+	+	+
7.	Măsurarea tensiunii arteriale la ambele mâini	+	+	+	+	+	+	+	+	+
8.	Măsurarea înălțimii fundului uterin cu înscrierea datelor în Gravidogramă				+	+	+	+	+	+
9.	Auscultarea bătăilor cordului fetal (BCF)				+	+	+	+	+	+
10.	Aprecierea poziției fătului și stabilirea părții prezentate și atitudinii ei către intrarea în bazinul mic							+	+	+
11.	Determinarea apartenenței de grup sanguin după sistemul ABO și antigenul D în sistemul Rhesus	+								
12.	Detectare anticorpi antieritrocitari incompleți imuni ⁵	+			+					
13.	Hemoleucograma +VSH	+			+					
14.	Glucoza în sânge	+	în factori de risc pentru DZ - TOTG		+	TOTG la 24- 28 săpt.				
15.	Examenul bacteriologic al urinei (urocultura)	+								
16.	Urograma cu determinarea proteinei în urină	+				+				
17.	HBsAg tuturor gravidelor, indiferent de statul de vaccinat	+								
18.	Testarea la hepatita C a tuturor gravidelor	+								
19.	Testarea la sifilis, inclusiv a partenerului sexual	+					Testul RPR la gravidă			
20.	Testarea la marcherii virusului HIV, inclusiv a partenerului sexual	+				+26-30 săpt.				

CONȚINUT/ACTIVITATE		I vizită luarea la evidență (până la 12 săpt. de sarcină)	II vizită 16 săpt. de sarcină ⁴	III vizită 20 săpt. de sarcină	IV vizită 26 săpt. de sarcină ⁴	V vizită 30 săpt. de sarcină ⁴	VI vizită 34 săpt. de sarcină	VII vizită 36 săpt. de sarcină	VIII vizită 38 săpt. de sarcină	IX vizită 40 săpt. de sarcină
21.	Examen bacterioscopic al florei vaginale în cazul semnelor clinice de ITS	+								
22.	Pap-test	+								
23.	Ultrasonografia (USG)	+		+						
24.	Dublu test	+								
25.	Triplu test (dacă nu a fost efectuat dublu test)		+							
26.	Date despre starea sănătății soțului	+								
Masuri profilactice și consiliere în nutriție										
27.	Prescrierea Acidului folic	1 mg (1000 mcg), o data la doua zile, începând cu luarea la evidență la medicul de familie și pe tot parcursul sarcinii								
28.	Prescrierea preparatelor de fier	100 mg de fier elementar, de la 12 săptămâni de sarcina, o data la doua zile, pe tot parcursul sarcinii								
29.	Consilierea gravidei ²	+	+	+	+	+	+	+	+	+
30.	Screening-ul anxietății conform chestionarului TAG-7 ⁶	+			+					
31.	Screening-ul depresiei conform chestionarului PHQ-9 ⁶	+			+					
32.	În cazul gravidelor fumătoare, testul Fagerstrom ⁶	+								
33.	În cazul gravidelor consumatoare de alcool, testul AUDIT ⁶	+								
34.	Violența domestică ⁶	+								
35.	Evaluarea profilului și gradului de risc ¹	+	+	+	+	+	+	+	+	+
36.	Interpretarea rezultatelor investigațiilor (de laborator și instrumentale)	+	+	+	+	+	+	+	+	+

¹ Obligator la luarea la evidență se vor determina factorii de risc pentru preeclampsie (Anexa 10) și diabet gestațional (Anexa 6); la luarea la evidență și la fiecare vizită antenatală – factorii de risc pentru restricție de creștere a fătului (Anexa 12) și TEV (Anexa 8). Femeile gravide din grupul de risc vor fi supravegheate/investigate în conformitate cu protocoalele clinice, cu elaborarea de către medicii specialiști a unui Plan individualizat de asistență medicală.

² Se efectuează în conformitate cu programul recomandat de consiliere a gravidei.

³ ± 2-3 zile

⁴ În cazul când partenerul sexual al gravidei nu a fost testat sau a refuzat testarea la HIV sau prezența altor comportamente riscante pentru infectarea cu HIV.

⁵ Managementul gravidelor în sângele cărora s-a detectat prezența anticorpilor anti-eritrocitari se va efectua în conformitate cu prevederile stipulate în Anexa 5.

⁶ Se efectuează la luarea la evidență și la necesitate dacă se identifică careva suspexii.

⁷ Consultația medicului obstetrician-ginecolog se va efectua, la orice termen al sarcinii, la indicația medicului de familie, în funcție de necesitate.

NOTĂ: Asistenta medicală/moașa realizează evaluarea factorilor de risc, activitățile de screening, cu înregistrarea datelor, iar interpretarea rezultatelor este în responsabilitatea medicului de familie/medicului obstetrician-ginecolog.

Anexa 17: Grade de recomandare și niveluri ale dovezilor

Tabel 1. Clasificarea gradelor de recomandare

Standard	Standardele sunt norme care trebuie aplicate rigid și trebuie urmate în cvasitotalitatea cazurilor, excepțiile fiind rare și greu de justificat.
Recomandare	Recomandările prezintă un grad scăzut de flexibilitate, nu au forța standardelor, iar, atunci când nu sunt aplicate, acest lucru trebuie justificat rațional, logic și documentat.
Opțiune	Opțiunile sunt neutre din punctul de vedere al alegerii unei conduite, indicând faptul că mai multe tipuri de intervenții sunt posibile și că diferiți medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire și nu necesită justificare.

Tabel 2. Clasificarea puterii gradelor de recomandare

Grad A	Necesită cel puțin un studiu randomizat și controlat ca parte a unei liste de studii de calitate publicate pe tema acestei recomandări (niveluri de dovezi Ia sau Ib).
Grad B	Necesită existența unor studii clinice bine controlate, dar nu randomizate, publicate pe tema acestei recomandări (niveluri de dovezi IIa, IIb sau III).
Grad C	Necesită dovezi obținute din rapoarte sau opinii ale unor comitete de experți sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu (nivelurile de dovezi IV). Indică lipsa unor studii clinice de bună calitate aplicabile direct acestei recomandări.
Grad E/PBP	Punct de bună practică/Recomandări de bună practică bazate pe experiența clinică a grupului tehnic de elaborare a ghidului.

Tabel 3. Clasificarea nivelurilor de dovezi

Nivel Ia	Dovezi obținute din metaanaliza unor studii randomizate și controlate.
Nivel Ib	Dovezi obținute din cel puțin un studiu randomizat și controlat, bine conceput.
Nivel IIa	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine conceput.
Nivel IIb	Dovezi obținute din cel puțin un studiu cvasiexperimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare.
Nivel III	Dovezi obținute de la studii descriptive, bine concepute.
Nivel IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau experiență clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu.

**Anexa 18. Fișa standardizată de audit medical
pentru evaluarea implementării Protocolului clinic standardizat
„Îngrijiri antenatale pentru experiența pozitivă a sarcinii”**

Nr.	Domenii/aspecte evaluate	Criterii pentru evaluare ce rezultă din protocol / Codificare
1.	Denumirea IMS auditate	denumirea oficială
2.	Mediul de reședință a gravidei	urban=1; rural=2
3.	Locul primei vizite (până la 12 săpt. de sarcină)	medicul de familie (luarea la evidență)=1; medicul obstetrician-ginecolog=2; necunoscut=9
4.	PRIMA VIZITĂ ANTENATALĂ – până la 12 săpt. de sarcină	consultul medicului de familie=1; consultul medicului obstetrician-ginecolog=2; examenul clinic și pelvimetria =3; măsurarea greutateii corporale, calcularea IMC=4; măsurarea TA= 5; determinarea apartenenței de grup sanguin după sistemul ABO și antigenul D în sistemul Rhesus=6; determinarea anticorpilor antieritrocitari incompleți imuni=7; hemoleucograma= 8; glucoza în sânge (la gravidele cu factori de risc-TOTG)= 9; examen bacterioscopic al florei vaginale în cazul semnelor clinice de ITS=10; urocultura=11; urograma cu testarea proteinei în urină=12; HBsAg tuturor gravidelor, indiferent de statutul de vaccinat=13; testarea tuturor gravidelor la HVC=14; testarea la sifilis, inclusiv partenerul sexual=15; testarea la marcherii virusului HIV, inclusiv partenerul sexual=16; USG=17; Pap-test*=18; dublu-test=19; date despre starea sănătății soțului=20; determinarea factorilor de risc pentru preeclampsie=21; determinarea factorilor de risc pentru DZ =22; determinarea factorilor de risc RCF=23; determinarea factorilor de risc pentru TEV=24; evaluarea violenței domestice=25; evaluarea consumului de tutun=26, testul Fagerstrom*=27; evaluarea consumului de alcool=28, testul AUDIT*=29; testul PHQ9*=30; testul TAG 7*=31; prima ședință a PPE=32; măsuri profilactice**=33; consiliere=34
5.	VIZITA A II (16 săpt. de sarcină)	consultul medicului de familie=1; examenul clinic=2; măsurarea greutateii corporale =3; măsurarea TA=4; triplu test (dacă nu a fost efectuat dublu test)=5; determinarea factorilor de risc pentru RCF=6; determinarea factorilor de risc pentru TEV=7; măsurile profilactice**=8; consilierea=9
6.	VIZITA III (la 20 săpt. de sarcină)	consultul medicului de familie=1; examenul clinic=2; măsurarea greutateii corporale=3; măsurarea TA= 4; USG=5; consilierea despre screening-ul DZ gestațional=6; determinarea factorilor de risc pentru RCF=7; determinarea factorilor de risc pentru TEV=8; măsurile profilactice**=9; consilierea=10
7.	VIZITA IV (la 26 săpt. de sarcină)	consultul medicului de familie=1; examenul clinic=2; măsurarea greutateii corporale=3; măsurarea TA=4; măsurarea înălțimii fundului uterin cu înscrierea datelor în Gravidogramă=5; auscultarea BCF=6; determinarea anticorpilor antieritrocitari incompleți imuni (la femeile Rh-negative)=7; hemograma=8; glucoza în sânge (TOTG la 24-28 săpt.)=9; testarea la marcherii ai virusului HIV, inclusiv partenerul sexual=10; a doua ședință a programului de pregătire psihoemoțională=11; determinarea factorilor de risc pentru RCF=12; determinarea factorilor de risc pentru TEV=13; măsurile profilactice**=14; consilierea=15 screening-ul anxietății=16; screening-ul depresiei=17
8.	VIZITA V (la 30 săpt. de sarcină)	consultul medicului de familie=1; consultul medicului obstetrician-ginecolog=2; examenul clinic=3; măsurarea greutateii corporale=4; măsurarea TA= 5; măsurarea înălțimii fundului uterin cu înscrierea datelor în Gravidogramă=6; auscultarea BCF=7; urograma cu testarea proteinei în urină=8; testarea la sifilis, inclusiv partenerul sexual=9; testarea la marcherii ai virusului HIV, inclusiv partenerul sexual=10; a treia ședință a programului de pregătire psihoemoțională=11; determinarea factorilor de risc pentru RCF=12; determinarea factorilor de risc pentru TEV=13; măsurile profilactice**=14; consilierea=15
9.	VIZITA VI	consultul medicului de familie=1; examenul clinic=2; măsurarea greutateii

Nr.	Domenii/aspecte evaluate	Criterii pentru evaluare ce rezultă din protocol / Codificare
	(la 34 săpt. de sarcină)	corporale=3; măsurarea TA=4; măsurarea înălțimii fundului uterin cu înscrierea datelor în Gravidogramă=5; auscultarea BCF=6; a patra ședință a programului de pregătire psihoemoțională=7; determinarea factorilor de risc pentru RCF=8; determinarea factorilor de risc pentru TEV=9; măsurile profilactice**=10; consilierea=11
10.	VIZITA VII (la 36 săpt. de sarcină)	consultul medicului de familie=1; consultul medicului obstetrician-ginecolog=2; vizita asistentului medical de familie la domiciliu=3; examenul clinic=4; măsurarea greutateii corporale=5; măsurarea TA=6; măsurarea înălțimii fundului uterin cu înscrierea datelor în Gravidogramă=7; auscultarea BCF=8; aprecierea poziției fătului și stabilirea părții prezentate și atitudinii ei către intrarea în bazinul mic=9; determinarea factorilor de risc pentru RCF=10; determinarea factorilor de risc pentru TEV=11; măsurile profilactice**=12; consilierea=13; inclusiv privind semnele nașterii și momentului adresării la maternitate=14
11.	VIZITA VIII (la 38 săpt. de sarcină)	consultul medicului de familie=1; examenul clinic=2; măsurarea greutateii corporale=3; măsurarea TA=4; măsurarea înălțimii fundului uterin cu înscrierea datelor în Gravidogramă=5; auscultarea BCF=6; aprecierea poziției fătului și stabilirea părții prezentate și atitudinii ei către intrarea în bazinul mic=7; determinarea factorilor de risc pentru RCF=8; determinarea factorilor de risc pentru TEV=9; măsurile profilactice**=10; consilierea=11; inclusiv privind semnele nașterii și momentului adresării la maternitate=12
12.	VIZITA IX (la 40 săpt. de sarcină)	consultul medicului de familie=1; consultul medicului obstetrician-ginecolog=2; examenul clinic=3; măsurarea greutateii corporale=4; măsurarea TA=5; măsurarea înălțimii fundului uterin cu înscrierea datelor în Gravidogramă=6; auscultarea BCF=7; aprecierea poziției fătului și stabilirea părții prezentate și atitudinii ei către intrarea în bazinul mic=8; determinarea factorilor de risc pentru RCF=9; determinarea factorilor de risc pentru TEV=10; măsurile profilactice**=11; consilierea=12; inclusiv privind semnele nașterii și momentului adresării la maternitate=13
13.	NOTĂ	<p>* Dacă gravida este eligibilă</p> <p>**Măsuri profilactice:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescrierea Ac. folic - 1 mg (1000 mcg), o data la doua zile, începând cu momentul luării la evidență la medicul de familie și pe tot parcursul sarcinii; - prescrierea preparatelor de fier - 100 mg de Fe elementar, de la 12 săpt. de sarcină, o data la două zile, pe tot parcursul sarcinii; - tromboprofilaxia cu HGMM pe toată perioada sarcinii daca există patru sau mai mulți factori de risc; inițierea tromboprofilaxiei de la 28 săptămâni daca există trei factori de risc.

BIBLIOGRAFIE

1. Ghidul OMS „*WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*, WHO, 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
2. Anemia in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 233. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. *Obstet Gynecol.* 2021;138(2)
3. <https://www.uptodate.com/contents/anemia-in-pregnancy#H1831177979>
4. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00051880.htm>
5. Clinical Knowledge Summaries (NICE): Scenario: Asymptomatic bacteriuria in Pregnancy. Revised March 2023. <https://cks.nice.org.uk/topics/urinary-tractinfection-lower-women/management/asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy/>
6. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. NICE guideline [NG3]Published: 25 February 2015 Last updated: 16 December 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3/chapter/Recommendations#gestational-diabetes>
7. R. Katie Morris, Edward Johnstone, Christoph Lees, Victoria Morton, Gordon Smith, the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Investigation and Care of a Small-for-Gestational-Age Fetus and a Growth Restricted Fetus (Green-top Guideline No. 31). *BJOG.* 2024;131:e31–e80. First published: 13 May 2024 <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17814>
8. Australian Pregnancy Care Guidelines - Australian Living Evidence Collaboration. https://files.magicapp.org/guideline/3aa6b881-4be5-4806-bb3e-e7c53b5b0bbf/published_guideline_7933-2_0.pdf
9. Antenatal care. NICE guideline [NG201]Published: 19 August 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/resources/antenatal-care-pdf-66143709695941>
10. Reducing the Risk of Thrombosis and Embolism during Pregnancy and the Puerperium (Green-top Guideline No. 37a). https://www.rcog.org.uk/media/m4mbpjwi/gtg-no37a-2015_amended-2023.pdf
11. Protocolul clinic național 202 „Stările hipertensive în timpul sarcinii”, ediția II, 2024.
12. Protocolul clinic național 255 „Depresia”, ediția II, 2023.
13. Protocolul clinic național 278 „Tulburările de anxietate”, ediția II, 2023.
14. Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie PEN nr.1 „Prevenirea atacului de cord accidentului vascular cerebral și bolilor renale prin intermediul managementului integrat al DZ și HTA”, 2023
15. Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie PEN nr.2 „Educația pentru sănătate și consilierea cu privire la conduita sănătoasă”, 2022
Ghidul A Național de Perinatologie „Principii de organizare și acordare a asistenței perinatale”, ediția II,2006.
16. International standards for symphysis-fundal height based on serial measurements from the Fetal Growth Longitudinal Study of the INTERGROWTH-21st Project: prospective cohort study in eight countries. *BMJ* 2016;355: i5662. <https://www.bmj.com/content/355/bmj.i5662>
17. International Symphysis-Fundal Height Standards, 2019. https://media.tghn.org/medialibrary/2019/08/GROW_SFH_ext_ct_en_-_New.pdf
18. Standardul de supraveghere a gravidelor cu evoluție fiziologică a sarcinii în condiții de ambulator, 2023