



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



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

Înteruperea sarcinii în condiții de siguranță

Protocol clinic standardizat

Chișinău, 2026

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății
din 30.03.2026, proces-verbal nr.1
Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al RM nr.412 din 22.05.2026
cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat „Înteruperea sarcinii în condiții
de siguranță”**

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
SUMARUL RECOMANDĂRILOR.....	5
SUMARUL MODIFICĂRILOR	5
PREFAȚĂ.....	7
PARTEA INTRODUCȚIVĂ	7
A.1 Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic.....	7
A.2 Codul bolii (CIM 10).....	7
A.3 Utilizatorii.....	7
A.4 Scopul protocolului.....	7
A.5 Obiectivele protocolului:	7
A.6 Elaborat: 2026.....	8
A.7 Revizuire: 2031.....	8
A.8 Lista și informațiile de contact ale autorilor. Recenzenții. Structurile care au examinat, avizat, aprobat protocolul.	8
A.9 Definițiile folosite în document	9
A.10 Informația epidemiologică.....	9
MANAGEMENTUL CAZULUI CLINIC	10
CAPITOLUL I.....	10
1.1. Condiții privind organizarea activității de întrerupere voluntară a cursului sarcinii	10
1.2. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni de sarcină ...	11
1.3. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni de sarcină.....	12
CAPITOLUL II.	12
2.1 Examinarea pre-avort.....	12
2.2 Consilierea și decizia informată.	13
CAPITOLUL III.	19
3.1 Aspecte generale.....	19
3.2 Antibioticoprofilaxia preoperatorie.	19
3.3 Controlul durerii.	20
3.3.1 Suportul psihologic.	20
3.3.2 Folosirea substanțelor analgezice și/sau sedative în doze mici.....	20
3.3.3 Anestezia generală versus cea locală.	20
3.3.4 Anestezia locală. Blocada paracervicală.	20
3.4. Tehnica aspirației vacuum electrice sau manuale.	21
3.5. Examinarea țesuturilor aspirate. Conduita în caz de țesut insuficient sau lipsă.....	22
3.6. Îngrijirea după procedura chirurgicală de întrerupere a sarcinii. Contracepția.....	23
CAPITOLUL IV.....	24
4.1 Întreruperea sarcinii până la 12 săptămâni de amenoree.....	24
4.1.1 Aspecte generale.....	24
4.1.2 Etapele întreruperii de sarcină prin metoda medicamentoasă până la 12 săptămâni:	25
4.1.3. Stabilirea avortului medicamentos complet:	27
4.1.4 Tactica în cazul unui eșec al avortului medicamentos	28
4.1.5 Avortul medicamentos prin telemedicină	28
4.2. Întreruperea sarcinii după 12 săptămâni de gestație.....	29
CAPITOLUL V CONDUITA ÎN CAZUL UNOR COMPLICAȚII	30

5.1 Hemoragia:	30
5.2 Avortul incomplet:	30
5.3 Perforația:	31
5.4 Complicațiile după avort cu infecții asociate asistenței medicale (IAAM), inclusiv infecțiile tractului reproductiv:.....	31
CAPITOLUL VI.....	31
6.1 Monitorizarea și evaluarea calității serviciilor.....	31
ANEXE.....	33
Anexa nr. 1.....	33
Anexa nr. 2.....	36
Anexa nr. 3.....	37
Anexa nr. 4.....	39
Anexa nr. 5.....	40
Anexa nr. 6 A.....	42
Anexa nr. 6 B.....	43
Anexa nr. 7.....	44
Anexa nr. 8.....	45
Anexa nr. 9.....	46
Anexa nr. 10.....	48
Anexa nr. 11.....	49
BIBLIOGRAFIE	51

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMP	Asistența medicală primară
AMS	Asistența medicală spitalicească
AMSA	Asistența medicală specializată de ambulator
AMT	Asociația Medicală Teritorială
AVE	Aspirația vacuum electrică
AVM	Aspirația vacuum manuală
CIM	Clasificarea Internațională a Maladiilor
CSF	Centrul de Sănătate a Femeii
CSPT	Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor
CSR	Cabinetul de Sănătate a Reproducerii
CSRGM	Centrul Sănătatea Reproducerii și Genetică Medicală
DIU	Dispozitivul intra-uterin
FIGO	Federația Internațională de Obstetrică și Ginecologie
HCG	Gonadotropina Corionică Umană
i/v	Intra-venos
IAAM	infecțiile asociate asistenței medicale
IMC	Institutul Mamei și Copilului
IMS	Instituția medico-sanitară
ITS	Infecțiile cu transmitere sexuală
LMP	Data ultimei menstruații, last menstrual period
MS	Ministerul Sănătății
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
Rh-ul	Rhesus-factor

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

1. Asigurarea accesului echitabil, nediscriminatoriu și respectuos la serviciile de întrerupere a cursului sarcinii, fără bariere administrative nejustificate.
2. Ecografia de rutină atât înainte, cât și după întreruperea sarcinii nu este necesară, fiind indicată doar în cazurile de incertitudine privind vârsta gestațională, suspiciune de sarcină extrauterină sau avort incomplet.
3. Testările paraclinice extinse nu sunt necesare în absența indicațiilor clinice.
4. Profilaxia anti-D nu se administrează de rutină înainte de 12 săptămâni de sarcină.
5. Toate femeile, la solicitare, trebuie să beneficieze de controlul durerii: AINS ± Paracetamol, bloc paracervical sau sedare după necesitate.
6. Avortul medicamentos ≤12 săptămâni: Mifepristonum 200 mg PO + Misoprostolum 800 µg bucal/sublingual/vaginal la 24–48 ore.
7. Avortul chirurgical ≤12 săptămâni de sarcină se efectuează numai prin metoda de aspirație vacuum manuală sau electrică; chiuretajul cavității uterine nu se recomandă.
8. Întreruperea medicamentoasă a sarcinii în trimestrul II include administrarea Mifepristonum 200 mg + Misoprostolum, în doze repetate până la expulzie.
9. Vizita de rutină postavort nu este necesară; confirmarea rezultatului postavort se poate face prin autoevaluare și/sau dozare β-hCG („no-test approach”). Vizita postavort poate fi recomandată și utilă medical în primele 7-14 zile pentru evaluarea stării generale a pacientei și discutarea planificării familiale.
10. Toate femeile trebuie să primească consiliere și acces imediat la contracepție post-avort, inclusiv DIU sau implant.
11. După avortul medicamentos, alăptarea poate fi continuată; nivelurile de Mifepristonum/Misoprostolum în lapte sunt scăzute și nu afectează copilul.
12. Antibioprolaxia se recomandă pentru avortul chirurgical și nu este necesară de rutină în cazul avortului medicamentos.
13. În procesul consilierii preavort se asigură consimțământul informat, confidențialitatea și screeningul pentru violența domestică.
14. Implementarea controlului calității se realizează prin auditul medical intern, prin monitorizarea și evaluarea indicatorilor (complicații, rate de reintervenție, satisfacția pacientelor, ș.a.).

SUMARUL MODIFICĂRILOR

1. A fost inclusă informația privind asigurarea gratuită cu contraceptive a femeilor care au întrerupt sarcina, ele fiind una din cele 12 categorii de beneficiari eligibili pentru contraceptivele distribuite gratuit conform Regulamentului aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 555 din 16.06.2020 (secțiunea 1.1. Condiții privind organizarea activității de întrerupere voluntară a cursului sarcinii, pagina 10).
2. A fost inclusă recomandarea explicită a OMS, care recomandă evitarea utilizării ecografiei ca o condiție prealabilă pentru furnizarea serviciilor de avort și enumerate situațiile când examenul ecografic este necesar (secțiunea 2.1 Examinarea pre-avort, pagina 13).
3. A fost inclusă noua recomandare a OMS privind evitarea administrării imunoglobulinei anti-D atât pentru avortul medicamentos, cât și pentru cel chirurgical la termene de sarcină < 12 săptămâni (secțiunea 2.1 Examinarea pre-avort, pagina 13).
4. Pentru facilitatea consilierii femeii privind avantajele și dezavantajele metodelor de întrerupere a sarcinii, a fost inclus Tabelul 1. „Caracteristicile procedurilor de întrerupere a sarcinii” (paginile 15-16).
5. Au fost incluse informații mai detaliate privind riscurile și eficacitatea metodelor de întrerupere a sarcinii și contracepția post-avort (secțiunea 2.2 „Consilierea și decizia informată”, paginile 14-17).
6. A fost inclusă informație mai detaliată privind avantajele și dezavantajele pregătirii colului uterin înainte de avortul chirurgical, reactualizată lista situațiilor clinice când pregătirea

colului uterin este preferabil de efectuat (Capitolul III, Metoda chirurgicală de întrerupere a sarcinii. Secțiunea 3.1 Aspecte generale, pagina 19).

7. Pentru dilatarea colului uterin, a fost inclusă recomandarea de a utiliza de preferință dilatoarele conice, cum ar fi dilatoarele Pratt sau Denniston, față de dilatoarele neconice, cum ar fi dilatoarele Hegar (Capitolul III, Metoda chirurgicală de întreruperea a sarcinii. Secțiunea 3.1 Aspecte generale, pagina 19).

8. A fost inclusă recomandarea OMS privind oferirea de rutină a controlului durerii în timpul avortului medicamentos, o nouă opțiune (regim) de administrare a Ibuprofenum și recomandarea privind optimizarea controlului durerii prin co-administrarea Acetaminofenum (secțiunea 4.1.2 Etapele întreruperii de sarcină prin metoda medicamentoasă până la 12 săptămâni, pagina 25).

9. În același compartiment a fost inclusă recomandarea de a îndepărta DIU înainte de a efectua avortul medicamentos.

10. În conformitate cu noile recomandări ale OMS și FIGO, au fost reactualizate dozele și modul de administrare a Misoprostolum în Tabelul nr.3 „Recomandările pentru administrarea preparatelor pentru întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă”, pagina -26.

11. A fost specificată necesitatea utilizării unei doze suplimentare de Mifepristonum atunci când femeia vomită în decurs de o oră de la administrarea preparatului; a fost inclusă informația privind timpul de dizolvare și absorbție a comprimatului Misoprostolum (Secțiunea 4.1.2 Etapele întreruperii de sarcină prin metoda medicamentoasă până la 12 săptămâni, pagina 27).

12. A fost inclusă opțiunea utilizării nivelului seric a β -hCG pentru stabilirea avortului medicamentos complet (secțiunea 4.1.3. Stabilirea avortului medicamentos complet, pagina 28).

13. A fost inclusă calea vaginală de administrare a Misoprostolum ca una din opțiunile pentru avortul medicamentos de trimestru II (Secțiunea 4.2. Întreruperea sarcinii după 12 săptămâni de gestație, pagina 29).

14. A fost inclusă recomandarea de a administra Cabergolinum pentru stoparea lactației după întreruperea sarcinii tardive (secțiunea 4.2. Întreruperea sarcinii după 12 săptămâni de gestație, pagina 31).

PREFAȚĂ

Protocolul clinic standardizat (PCS) „Înteruperea sarcinii în condiții de siguranță” a fost elaborat pentru a uniformiza practica medicală în domeniul întreruperii sarcinii, bazându-se pe cele mai recente dovezi științifice și pe recomandările organizațiilor profesionale internaționale. Documentul oferă un cadru unitar pentru diagnostic, consiliere, alegerea metodelor de întrerupere a sarcinii, managementul complicațiilor, precum și pentru integrarea serviciilor de planificare familială post-avort.

Un element fundamental al acestui protocol este respectarea drepturilor femeii axat pe: accesul echitabil și nediscriminatoriu, consimțământul informat, confidențialitatea datelor, asigurarea confortului și oferirea contracepției imediată post-avort. În egală măsură, protocolul își propune să sprijine personalul medical prin algoritmi clari de conduită, adaptabili resurselor existente la nivel național, reducând riscul practicilor inadecvate și al variațiilor nejustificate în aplicarea procedurilor.

PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1 Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic

1. Sarcină 8⁺⁰ săptămâni de amenoree. SII NI. Avort medicamentos la dorința.
2. Sarcină 10⁺⁴ săptămâni de amenoree. SIII NI. AOC (1 a/m). Întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda AVM.
3. Sarcină 14⁺² săptămâni de amenoree. SIV NIII. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii la indicații sociale.

A.2 Codul bolii (CIM 10)

O04 Avort medical

A.3 Utilizatorii

- Prestatorii serviciilor de AMP (medici obstetricieni-ginecologi din cadrul Asociațiilor Medicale Teritoriale (AMT), Centrelor de Sănătate a Femeii (CSF), Cabinetelor de Sănătate a Reproducerii (CSR), Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor; medici de familie pentru oferirea consilierii pre-avort);
- Prestatorii serviciilor de AMSA (medici obstetricieni-ginecologi din cadrul Centrelor Perinatale);
- Prestatorii serviciilor de AMS (medici obstetricieni-ginecologi din cadrul secțiilor consultative, de ginecologie sau obstetrică-ginecologie); Centrul Sănătatea Reproducerii și Genetică Medicală, secția Sănătatea Reproducerii din cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului);
- Instituțiile de învățământ medical (USMF „Nicolae Testemițanu”, CEMF „Raisa Pacalo”, colegiile de medicină și farmacie / cadre didactice, studenți, medici rezidenți);
- **Notă:** Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști, în funcție de situația individualizată.

A.4 Scopul protocolului

Ameliorarea calității îngrijirii în avort pentru femeile din Republica Moldova, micșorarea morbidității și reducerea mortalității materne cauzate de avort.

A.5 Obiectivele protocolului:

1. Promovarea celor mai bune practici ale îngrijirii în avort, bazate pe dovezi științifice;
2. Promovarea principiilor și drepturilor esențiale ale femeii în îngrijirile în avort, astfel ca dreptul la consiliere, acord informat și calitate înaltă a serviciilor, la respectarea intimității și confidențialității, la metodele recomandate de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) de întrerupere a sarcinii: aspirației electrice, aspirației vacuum manuale și avortului

- medicamentos ca metode sigure de avort;
3. Asigurarea accesibilității universale a oricărei femei, care are o sarcină nedorită sau indicații medicale, sau sociale, la servicii de întrerupere sigură a sarcinii;
 4. Oferirea informației referitor la managementul optimal al complicațiilor legate de avort.

A.6 Elaborat: 2026

A.7 Revizuire: 2031

A.8 Lista și informațiile de contact ale autorilor. Recenzenții. Structurile care au examinat, avizat, aprobat protocolul.

Elaborat de colectivul de autori:

Prenumele, numele	Funcția, instituția
<i>Iurie Dondiuc</i>	- dr. hab. șt. med., conf. univ., Catedra de Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, președintele Comisiei de specialitate a Ministerului Sănătății în obstetrică și ginecologie
<i>Valentin Friptu</i>	- dr. hab. șt. med., prof. univ., Catedra de Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, membru al Comisiei de specialitate a Ministerului Sănătății în obstetrică și ginecologie
<i>Stelian Hodorogea</i>	- dr. șt. med., conf. univ., Catedra de Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, membru al Comisiei de specialitate a Ministerului Sănătății în obstetrică și ginecologie
<i>Zinaida Sârbu</i>	- dr. șt. med., conf. univ., Catedra de Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, membru al Comisiei de specialitate a Ministerului Sănătății în obstetrică și ginecologie
<i>Iurie Carauș</i>	- dr. șt. med., șef Centru perinatal, IMSP Institutul Mamei și Copilului, membru al Comisiei de specialitate a Ministerului Sănătății în obstetrică și ginecologie
<i>Rodica Comendant</i>	- dr. șt. med., conf. univ., Catedra de Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Irina Sagaidac</i>	- dr. șt. med., conf. univ., Catedra de Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Maria Cemortan</i>	- dr. șt. med., asist. univ., Catedra de Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți:

<i>Luminița Mihalcean</i>	- dr. șt. med., conf. univ., Catedra de Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Nadejda Codreanu</i>	- dr. șt. med., conf. univ., Catedra de Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost examinat, avizat și aprobat de:

Structura / instituția	Prenume, nume, funcția
Catedra de Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Olga Cernețchi</i> , dr.hab.șt.med, prof. univ., șef catedră
Comisia științifico-metodică de profil „Obstetrică și Ginecologie”, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Olga Cernețchi</i> , dr.hab.șt.med., prof. univ., președinte
Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Ghenadie Curocichin</i> , dr.hab.șt.med., prof.univ., șef catedră
Catedra de farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Nicolae Bacinschi</i> , dr.hab.șt.med., prof.univ., șef catedră
Catedra de medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Anatolie Vișnevschi</i> , dr.hab.șt.med., prof.univ., șef catedră

Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	<i>Iuliana Albu</i> , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	<i>Ion Dodon</i> , director general
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	<i>Valentin Mustea</i> , director
Agenția Națională pentru Sănătate Publică	<i>Nicolae Jelamschi</i> , director
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	<i>Aurel Grosu</i> , dr.hab.șt.med., prof .univ., președinte

A.9 Definițiile folosite în document

Conform OMS avortul este o procedură medicală sigură, atunci când este efectuat conform recomandărilor OMS, în condițiile unui acces universal la servicii de calitate și lipsă a oricărei stigmatizări a femeii, care are nevoie de acest serviciu (1, 2, 3, 4). În versiunea actualizată în anul 2022 a publicației OMS, Abortion Care Guidelines, **OMS recomandă următoarele metode de întrerupere a sarcinii:**

Vaccum-aspirația manuală sau electrică, tehnică recomandată de efectuare a **avortului chirurgical** până la 14 săptămâni de gestație. Procedură care nu trebuie să fie completată prin efectuarea chiuretajului de control cu chiureta ascuțită!!!

Metode medicamentoase: Metoda recomandată pentru avortul medicamentos, nechirurgical, este administrarea de Mifepristonum, urmată de administrarea de Misoprostolum.

Metodele de avort după 12 săptămână de sarcină sunt: cea medicamentoasă care constă în administrarea Mifepristonum, după care urmează doze repetate de prostaglandine - Misoprostolum, iar cea chirurgicală preferabilă este dilatarea colului uterin și evacuarea produsului de concepție cu utilizarea vacuum-aspirației și a pensei, după pregătirea prealabilă a colului uterin cu Misoprostolum.

Către metodele nerecomandate de OMS se referă dilatarea și chiuretajul (raclajul), care este o metoda riscantă de avort. Incidența complicațiilor severe în urma chiuretajului depășește de 2-3 ori incidența complicațiilor cauzate de vacuum-aspirație. Chiuretajul trebuie înlocuit cu aspirarea vacuum și metode medicamentoase de avort.

A.10 Informația epidemiologică

La nivel mondial, întreruperea sarcinii reprezintă un fenomen frecvent întâlnit în sănătatea reproductivă. În perioada 2015–2019, anual s-au înregistrat aproximativ 73 de milioane de avorturi, ceea ce reprezintă circa 61% din totalul sarcinilor neintenționate. Datele Organizației Mondiale a Sănătății arată că aproape jumătate dintre aceste întreruperi de sarcină sunt realizate în condiții nesigure, ceea ce determină aproximativ 7 milioane de cazuri de complicații tratate anual în țările cu resurse limitate și aproape 39 de mii de decese materne. În pofida progreselor realizate în anii 1990–2000, rata globală a avortului a crescut din nou în ultimul deceniu, atingând în perioada 2015–2019 valoarea de circa 39 de avorturi la 1000 de femei cu vârste între 15 și 49 de ani.

În Republica Moldova, întreruperea sarcinii la cerere este permisă până la 12 săptămâni, iar ulterior doar în prezența unor indicații medicale sau sociale. Datele statistice arată că, în anul 2023, rata avortului a fost de 12,96 la 1000 de femei cu vârste între 15 și 49 de ani, raportul fiind de un avort la trei nașteri. Rapoartele naționale confirmă faptul că în ultimii ani nu au fost înregistrate decese materne asociate avortului.

Aceste date evidențiază faptul că, implementarea metodelor sigure de întrerupere a sarcinii, conform recomandărilor OMS, împreună cu extinderea accesului la contracepție post-avort, sunt esențiale pentru reducerea complicațiilor și pentru protejarea sănătății reproductive a femeilor din Republica Moldova.

MANAGEMENTUL CAZULUI CLINIC

CAPITOLUL I.

Organizarea prestării serviciilor de întrerupere a cursului sarcinii

1.1. Condiții privind organizarea activității de întrerupere voluntară a cursului sarcinii

1. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se efectuează conform prevederilor Legii nr.411/1995 ocrotirii sănătății (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1995, Nr.34, art. 373) și Legii nr.138/2012 privind sănătatea reproducerii (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2012, Nr. 205-207). Legea nr.138/2012 prevede, că Statul asigură fiecărei femei accesul la metode sigure de întrerupere a cursului sarcinii.

2. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se efectuează în instituțiile medico-sanitare autorizate sanitar și acreditate pentru prestarea acestui gen de servicii, la alegerea femeii gravide, indiferent de locul de trai sau viza de reședință. Totodată, alegerea instituției medicale trebuie să fie compatibilă cu starea de sănătate și gradul de risc medical. În dependență de severitatea maladiilor asociate și a factorilor de risc, femeile vor fi referite în instituțiile de nivelul II sau III.

3. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se efectuează de către medicii specialiști în obstetrică-ginecologie, instruiți în prestarea acestui serviciu. În localitățile în care medicul ginecolog nu este disponibil, consilierea și referirea pentru întreruperea sarcinii se efectuează de către echipa medicului de familie.

4. Medicii rezidenți în obstetrică-ginecologie pot efectua întreruperea voluntară a cursului sarcinii doar sub supravegherea responsabililor pentru instruirea și pregătirea lor.

5. Instituția medico-sanitară asigură accesul liber și nestingherit al femeilor gravide la serviciul de întrerupere voluntară a cursului sarcinii și efectuarea acestuia în condiții de confidențialitate.

6. Prestatorii de servicii din instituția medico-sanitară consiliază și informează fiecare femeie gravidă, care se adresează pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii, despre metodele, alternativele, precum și despre riscurile existente, conform prevederilor Legii nr.263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, Nr. 176-181, art. 867).

7. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare ce prestează servicii de întrerupere a sarcinii vor asigura prezența echipamentului și consumabilelor necesare pentru efectuarea avortului în condiții de siguranță, conform anexei nr. 5 la protocol și a personalului medical instruit în metodele sigure de avort (AVM, AVE și avortul medicamentos).

8. Instituțiile medico-sanitare vor oferi întreruperea sigură a sarcinii prin metoda aleasă de femeia gravidă sau o vor referi către altă instituție medico-sanitară care prestează astfel de servicii.

9. Instituția medico-sanitară afișează în loc vizibil și accesibil drepturile pacientului și tarifele intervențiilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni, conform actelor normative în vigoare.

10. Medicii obstetricieni-ginecologi, care efectuează întreruperea voluntară a cursului sarcinii, sunt obligați să urmeze cursuri de instruire în metodele sigure de întrerupere a sarcinii în cadrul rezidențiatului sau educației medicale continue, în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

11. Instituția medico-sanitară va menține evidența pacientelor în conformitate cu Fișa medicală de întrerupere a sarcinii (Formularul nr. 003-3/e).

12. Femeile gravide, care efectuează o întrerupere voluntară a cursului sarcinii, își vor exprima consimțământul înainte de procedură prin semnarea acordului informat (Anexele nr. 3 și 4), care se va anexa la Fișa medicală de întrerupere a sarcinii (Formularul nr. 003-3/e).

13. Consilierea pre- și post-avort în planificarea familiei și oferirea de contraceptive post-avort este obligatorie. Femeia după avort trebuie să părăsească instituția medicală cu contraceptivul ales de ea: COC, DIU, contraceptivul injectabil, implantul sau prezervativele. Acest fapt se documentează în Fișa medicală de întrerupere a sarcinii (Formularul nr. 003-3/e), cu semnătura de

confirmare a pacientei. Femeile după avort beneficiază de contracepție gratuită, ele fiind incluse în cele 12 categorii de beneficiari eligibili pentru contraceptivele distribuite gratuit conform Regulamentului cu privire la asigurarea populației din grupurile vulnerabile de vârstă reproductivă cu contraceptiv aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 555/2020.

14. Instituția, care efectuează întreruperea voluntară a cursului sarcinii, la necesitate, va elibera certificat de concediu medical pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii, conform Hotărârii Guvernului Nr. 667/2025 cu privire la constatarea incapacității temporare de muncă și eliberarea certificatului de concediu medical (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2025, Nr. 553-556 art. 709).

15. Despre complicațiile survenite în urma întreruperii voluntare a cursului sarcinii, medicul obstetrician-ginecolog curant, de comun cu șeful subdiviziunii, în mod de urgență anunță conducătorul instituției medico-sanitare, care informează Secția de evaluare, monitorizare și integrare a serviciilor medicale a IMSP Institutul Mamei și Copilului.

16. Instituția medico-sanitară întocmește Raportul statistic nr.13 „Privind întreruperea de sarcină” (aprobat prin Ordinul nr.106/2008 al Biroului Național de Statistică al Republicii Moldova), care se prezintă trimestrial, semestrial și anual către Agenția Națională pentru Sănătate Publică.

17. La externare medicul va completa și oferi pacientei Extrasul medical (Formularul nr. 027/e), cu menționarea diagnosticului, metodei efectuate pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii și recomandărilor la domiciliu.

18. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se codifică și se raportează după Clasificarea Internațională a Maladiilor (CIM) revizia a X OMS.

1.2. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni de sarcină

1. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni de sarcină, **la dorință sau la indicații medicale și sociale (Anexele nr. 1 și nr. 2)**, se efectuează în instituțiile medico-sanitare publice, departamentale și private prin următoarele metode: vacuum aspirarea manuală sau electrică sau avort medicamentos.

2. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda medicamentoasă, în perioada primelor 12 săptămâni, fără patologie asociată, se efectuează de către medicii obstetricieni-ginecologi, care au pregătirea necesară în efectuarea avortului medicamentos, obținută prin rezidențiat sau prin sistemul de Educație Medicală Continuă.

3. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda vacuum aspirării manuale sau electrice, în perioada primelor 12 săptămâni, fără patologie asociată, se efectuează de către medicii obstetricieni-ginecologi, care au pregătirea necesară în efectuarea vacuum aspirării manuale sau electrice, în Asociațiile Medicale Teritoriale, Centrele de Sănătate a Femeii, Cabinetele de Sănătate a Reproducerii, Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, Secțiile Consultative din cadrul Centrelor Perinatologice și în secția Sănătatea Reproducerii a IMSP IMC, dacă acestea dispun de condiții, ce corespund cerințelor actelor normative în vigoare.

4. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda vacuum aspirării manuale/electrice, sau metoda medicamentoasă la femeile cu patologie asociată (cu risc major pentru pacientă), se efectuează în instituțiile medico-sanitare ce oferă asistență medicală spitalicească (secții de ginecologie sau obstetrică-ginecologie).

5. Se interzice întreruperea sarcinii prin dilatare și chiuretaj, fiind o metodă mai riscantă pentru hemoragii, perforații și complicații întârziate!!!

6. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni prin aspirarea vacuum se efectuează obligatoriu cu anestezie locală sau generală, la alegerea pacientei, după informarea ei în cadrul consilierii, și exprimarea consimțământului prin semnarea acordului informat.

7. OMS nu recomandă anestezia generală de rutină pentru avortul din primul trimestru, fiind

mult mai riscantă; dacă pacienta optează pentru anestezia generală, ea este referită în instituțiile medico-sanitare ce oferă asistență medicală spitalicească specializată.

1.3. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni de sarcină

1. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni de sarcină se efectuează doar după consilierea și primirea acordului femeii, în instituțiile medico-sanitare publice, departamentale sau private, ce corespund cerințelor actelor normative în vigoare, prin metoda medicamentoasă sau chirurgicală (Capitolul IV).

2. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni de sarcină se efectuează la indicații medicale și sociale până la termenul de 22 de săptămâni (21 săptămâni și 6 zile) (Anexele nr.1 și 2 la protocol).

3. Instituția medico-sanitară, ce oferă asistență medicală specializată de ambulator prin intermediul medicilor obstetricieni-ginecologi, asigură:

a. perfectarea Fișei personale a gravidei și lăuzei (Formularul nr.111/e) și perfectarea îndreptării către Compania Națională de Asigurări în Medicină/Agentia teritorială pentru activarea statutului AOAM;

b. efectuarea investigațiilor, consultațiilor medicilor specialiști de profil în argumentarea indicațiilor și evidența cazurilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni;

c. aprobarea prin ordin intern al Comisiei Medicale Consultative în următoarea componență: vicedirectorul medical, șeful secției obstetrică, medicul curant specialist obstetrician-ginecolog, medicul specialist medicină internă, juristul din cadrul instituției medico-sanitare (în caz de indicații sociale).

4. Comisia Medicală Consultativă:

a. selectează indicațiile medicale sau sociale pentru fiecare caz aparte, în baza cererii femeii gravide, documentației juridice și/sau medicale prezentate, și consimțământul femeii gravide prin semnarea acordului informat;

b. eliberează Trimiterea-Extras (Formularul nr.027/e), ce servește bilet de trimitere pentru spitalizarea femeii gravide în staționarul obstetrical-ginecologic în termen de nu mai mult de 5 zile din momentul diagnosticării indicației medicale sau adresării femeii cu indicații sociale.

5. Instituția medico-sanitară ce oferă asistență medicală spitalicească specializată:

a. asigură perfectarea Fișei medicale a bolnavului de staționar (Formularul nr.003/e);

b. efectuează evidența fiecărei femei gravide pentru întrerupere voluntară a cursului sarcinii după primele 12 săptămâni în Registrul de evidență a internărilor bolnavilor și renunțărilor la spitalizare (Formularul nr.001/e) și Registrul de înregistrare a intervențiilor chirurgicale în staționar (Formularul nr.008/e);

c. efectuează intervenția de întrerupere a cursului sarcinii.

6. **În caz de diagnostic incert de malformații congenitale**, dar și pentru stabilirea conduitei de mai departe, femeia gravidă se va referi către IMSP Institutul Mamei și Copilului, pentru confirmarea diagnosticului, întreruperea sarcinii sau oferirea consilierii privind pronosticul și perspectivele postnatale în caz de continuare a sarcinii.

7. Decizia de a întrerupe sau a continua/păstra sarcina, îi aparține în totalitate femeii gravide, după consilierea ei și semnarea acordului informat.

CAPITOLUL II.

Examinarea pre-avort, consilierea și decizia informată.

2.1 Examinarea pre-avort.

1. Examinarea pre-avort va fi efectuată de către medicul obstetrician-ginecolog sau de alt profil cu competente în obstetrică-ginecologie.

2. Se ia cunoștință cu antecedentele medicale ale femeii și se înregistrează în Fișa medicală

de întrerupere a sarcinii (Formularul nr. 003-3/e).

3. Prezența sarcinii se confirmă prin efectuarea testului urinar de sarcină (la domiciliu sau în instituția medicală). Vârsta gestațională a sarcinii se confirmă și se consemnează în baza anamnezei personale (ultima menstruație) și examenului clinic (examenul vaginal).

4. Atât pentru avortul medicamentos, cât și pentru cel chirurgical, OMS recomandă evitarea utilizării ecografiei ca o condiție prealabilă pentru furnizarea serviciilor de avort. Examenul ultrasonografic înainte de avort este recomandat doar femeilor enumerate în punctul 5.

5. Instituțiile care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să efectueze sau să refere pacienta la examenul ultrasonografic, în mod special, în cazul când:

- a. diagnosticul de sarcină este incert;
- b. există o discordanță între vârsta gestațională cronologică și cea clinică;
- c. există suspiciunea de sarcină extrauterină;
- d. există patologie ginecologică asociată (exemplu: fibromatoză uterină, malformații uterine etc.);
- e. există incertitudinea prezenței unui dispozitiv intrauterin;
- f. post-avort, când există suspiciunea golirii incomplete a cavității uterine.

6. Semnele vitale (exemplu: tensiunea arterială, pulsul și temperatura) se urmăresc în mod obligatoriu.

IMPORTANT: Testele de laborator de rutină nu sunt o condiție prealabilă pentru furnizarea serviciilor de avort.

7. Determinarea hematocritului și a hemoglobinei se efectuează la femeile cu antecedente sau simptome de anemie.

8. Grupa sanguină și Rh-ul se vor determina la femeile care fac întrerupere de sarcină, în cazul în care nu sunt cunoscute și documentate. În avortul la termen mai mic de 12 săptămâni nu a fost demonstrată Rh-sensibilizarea. Din aceste confidențe, OMS recomandă evitarea administrării imunoglobulinei anti-D atât pentru avortul medicamentos, cât și pentru cel chirurgical la termene de sarcină < 12 săptămâni. Administrarea imunoglobulinei anti-resus pentru pacientele Rh – negative cu termenul de sarcină mai mare de 12 săptămâni (84 zile de amenoree) va fi recomandată și poate fi efectuată dacă aceasta este disponibilă (8);

9. Infecțiile aparatului genital se constată în baza simptomelor pacientei, semnelor clinice în timpul examenului în valve. La necesitate, pot fi efectuate testele de screening HIV, ale maladiilor sexual-transmisibile (sifilis, gonoree și chlamydioză) sau frotiul vaginal pentru diagnosticul infecțiilor vaginale (vaginoză bacteriană, trichomoniază), înainte de întreruperea voluntară a cursului sarcinii după explicarea necesității pacientei și primirea acordului informat.

10. În caz de depistare la femeia gravidă a proceselor inflamatorii acute și sub-acute de toate localizările și a bolilor infecțioase acute, operația de întrerupere a cursului sarcinii poate fi amânată până la tratarea lor sau se inițiază tratamentul antibacterian și se efectuează avortul (11,12). În cazul termenului – limită de 11-12 săptămâni de sarcină se inițiază terapia antibacteriană și se efectuează avortul.

11. Momentul întreruperii sarcinii poate reprezenta un prilej potrivit pentru evaluarea unei posibile patologii cervicale. Femeilor care au mai mult de 25 de ani și nu au efectuat un test citologic cervical în ultimii 3 ani li se efectuează un asemenea test. În cazul în care se efectuează un test citologic în momentul întreruperii de sarcină, este necesar de a comunica femeii rezultatul testului și de a urma prevederile actelor normative în vigoare.

12. La prezentarea pentru efectuarea întreruperii sarcinii, este necesar ca medicul să identifice și alte necesități de sănătate ale femeilor, în special legate de sănătatea reproducerii sau sociale (violența bazată pe gen, traficul, prezența maladiilor cu transmitere sexuală etc.) și să i se ofere femeii recomandări sau referire pentru tratamentul/asistență specializată de profil, întru rezolvarea acestora.

2.2 Consilierea și decizia informată.

1. Consilierea este discuția cu femeia care a solicitat avortul, despre sentimentele și

fricile ei și alte subiecte afiliate procedurii de avort cu scopul de a-i diminua neliniștea înainte de procedură și de a-i oferi informația necesară pentru luarea unei decizii informate.

2. Luarea unei decizii informate și libere de către pacientă este esențială pentru procesul de efectuare a întreruperii sarcinii.

3. Fiecare femeie care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să fie informată corespunzător în vederea luării unei decizii informate.

4. Informația oferită trebuie să fie veridică, obiectivă, să nu conțină informație personalizată și nebazată pe dovezi științifice.

5. Femeile ar trebui să fie asigurate:

a. că avortul este o procedură sigură pentru care complicațiile majore și mortalitatea sunt rare la toate termenele de gestație;

b. de lipsa asocierii avortului cu un risc crescut de infertilitate, cancer sau probleme de sănătate mintală;

c. că există un risc mic de eșec al întreruperii sarcinii (1 sau 2 din 100 de proceduri), necesitând o altă procedură și

d. că există un risc mic (de obicei mult mai mic de 5%) de necesitate a unei intervenții suplimentare, cum ar fi evacuarea chirurgicală.

6. Femeia gravidă este liberă să-și aleagă metoda de întrerupere a sarcinii și metoda de anestezie, în baza informației oferite în timpul consilierii (tabelul 1).

Tabelul 1. Caracteristicile procedurilor de întrerupere a sarcinii (1)

< 12 SĂPTĂMÂNI DE GESTAȚIE		≥ 12 SĂPTĂMÂNI DE GESTAȚIE	
<i>AVORT MEDICAMENTOS</i>	<i>ASPIRAȚIE VACUUM</i>	<i>AVORT MEDICAMENTOS</i>	<i>DILATARE ȘI EVACUARE (D&E)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Evită intervenția chirurgicală • Imită procesul de avort spontan • Controlat de femeie și poate avea loc la domiciliu • Necesită timp (ore sau zile) pentru a obține avortul complet, iar momentul expulziei nu este întotdeauna previzibil • Femeile pot prezenta sângerări și crampe, precum și posibile efecte secundare (greață, vărsături) • Poate necesita mai multe vizite la clinică sau o monitorizare mai atentă decât aspirația vacuum <p>Poate fi preferat în următoarele situații:</p> <ul style="list-style-type: none"> • În cazul femeilor cu obezitate severă • În prezența malformațiilor uterine sau a fibroamelor • În cazul femeilor cu antecedente de chirurgie cervicală • În cazul femeilor care doresc să evite intervenția chirurgicală • Dacă examenul pelvin nu este posibil sau nu este dorit 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedură rapidă și finalizată într-un timp previzibil • Se desfășoară într-o IMS • Succesul avortului poate fi verificat ușor prin evaluarea conținutului uterin aspirat • Sterilizarea chirurgicală sau inserarea unui dispozitiv intrauterin (DIU) pot fi efectuate în același timp cu procedura • Risc foarte mic de lezare uterină sau cervicală • Necesită instrumentarea uterului • Momentul avortului este controlat de IMS și de personalul medical • Poate fi efectuată sub sedare <p>Poate fi preferată în următoarele situații:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dacă există contraindicații pentru avortul medicamentos • Dacă există constrângeri de timp pentru efectuarea avortului 	<ul style="list-style-type: none"> • Evită intervenția chirurgicală • Poate fi perceput ca un proces mai natural de unele femei • Se desfășoară într-o IMS • Necesită timp (ore sau zile) pentru a obține avortul complet, iar momentul expulziei nu este întotdeauna previzibil • Femeile pot prezenta sângerări și crampe, precum și posibile efecte secundare (greață, vărsături) • Femeile rămân în IMS până la expulzia completă a sarcinii • Femeile cu uter cicatricial au un risc foarte scăzut (0,28% sau aproximativ 1 la 350) de ruptură uterină în timpul avortului medicamentos între 12 și 24 de săptămâni <p>Poate fi preferat în următoarele situații:</p> <ul style="list-style-type: none"> • În cazul femeilor cu obezitate severă • În prezența malformațiilor uterine sau a fibroamelor • În cazul femeilor cu antecedente de chirurgie cervicală • În cazul femeilor care doresc să evite intervenția chirurgicală • În cazul femeilor care doresc să vizualizeze produsul de concepție • În cazul în care nu există lucrători medicali calificați pentru efectuarea 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedură rapidă și finalizată într-un timp previzibil • Se desfășoară într-o IMS • Succesul avortului poate fi verificat ușor prin evaluarea conținutului uterin • Sterilizarea chirurgicală sau inserarea unui dispozitiv intrauterin (DIU) pot fi efectuate în același timp cu procedura • Necesită pregătirea colului uterin înainte de procedură • Există un risc redus de lezare uterină sau cervicală • Necesită instrumentarea uterului • Momentul avortului este controlat de IMS și de personalul medical • Poate fi efectuată sub sedare <p>Poate fi preferată în următoarele situații:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dacă există contraindicații pentru avortul medicamentos • Dacă există constrângeri de timp pentru efectuarea avortului

		D&E	
CONTRAINDICAȚII		CONTRAINDICAȚII	
<ul style="list-style-type: none"> • Reacție alergică anterioară la unul dintre medicamentele utilizate • Porfirie ereditară • Insuficiență adrenală cronică • Sarcină ectopică confirmată sau suspectată (nici Misoprostolum, nici Mifepristonum nu vor acționa în cazul sarcinii ectopice) <p>Prudență și judecată clinică sunt necesare în următoarele cazuri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratament corticosteroid de lungă durată (inclusiv astm sever necontrolat) • Tulburări hemoragice • Anemie severă • Boală cardiacă preexistentă sau factori de risc cardiovascular • Prezența unui DIU (care trebuie îndepărtat înainte de începerea regimului) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nu există contraindicații absolute cunoscute <p>Prudență și judecată clinică sunt necesare în următoarele cazuri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prezența unui DIU (care trebuie îndepărtat înainte de începerea procedurii) 	<ul style="list-style-type: none"> • Reacție alergică anterioară la unul dintre medicamentele utilizate • Porfirie ereditară • Insuficiență adrenală cronică • Sarcină ectopică confirmată sau suspectată (nici Misoprostolum, nici Mifepristonum nu vor acționa în cazul sarcinii ectopice) <p>Prudență și judecată clinică sunt necesare în următoarele cazuri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratament corticosteroid de lungă durată (inclusiv astm sever necontrolat) • Tulburări hemoragice • Anemie severă • Boală cardiacă preexistentă sau factori de risc cardiovascular • Prezența unui DIU (care trebuie îndepărtat înainte de începerea regimului) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nu există contraindicații absolute cunoscute <p>Prudență și judecată clinică sunt necesare în următoarele cazuri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prezența unui DIU (care trebuie îndepărtat înainte de începerea procedurii)

7. Fiecărei femei care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să i se ofere posibilitatea de a fi consiliată voluntar (dacă acceptă acest lucru) despre decizia de a întrerupe sarcina și sentimentele aferente. Convingeți-vă că decizia de a întrerupe sarcina este una benevolă. Consilierea voluntară trebuie să aibă loc în condiții de intimitate și confidențialitate.

8. Informațiile oferite trebuie să includă:

- alternativele întreruperii sarcinii;
- suportul pe care femeile gravide îl pot obține potrivit legislației în vigoare;
- instituțiile care pot oferi acest suport;
- metodele de efectuare a întreruperii sarcinii, potențialele riscuri și beneficiile procedurii, inclusiv cele referitoare la anestezia utilizată;
- informații exacte despre durata, etapele și tehnica procedurii de aspirație vacuum electrică sau manuală, sau avortul medicamentos, dacă femeia a ales una din aceste metode;
- riscurile efectuării avortului prin dilatare și chiuretaj și ale anesteziei generale;
- complicațiile și sechelele posibile;
- opțiunile de contracepție imediată după avort;
- recunoașterea potențialelor complicații, efecte secundare și a altor motive medicale pentru a reveni pentru îngrijiri ulterioare, inclusiv complicații precum sângerări abundente prelungite sau febră;
- când, unde și cum pot fi accesate îngrijirile ulterioare sau serviciile suplimentare care pot fi dorite, cum ar fi diagnosticul și tratamentul BTS, serviciile pentru femeile care sunt victime ale constrângerii sexuale sau violenței domestice și alte servicii;
- când se pot relua activitățile normale, inclusiv actul sexual;

9. Avortul, constituie un moment oportun de consiliere a femeii în contracepție. Inițierea imediată a contracepției după avort s-a dovedit atât că îmbunătățește aderența, cât și că reduce riscul de sarcină nedorită. Consilierea despre contracepție trebuie efectuată înainte de efectuarea întreruperii sarcinii.

10. Informați toate femeile că, în urma unui avort, ovulația poate apărea chiar și la 8-10 zile după și, de obicei, în decurs de o lună, ceea ce le pune în pericol de sarcină, cu excepția cazului în care se utilizează o metodă contraceptivă eficientă cât mai curând posibil după avort, în prima lună.

11. Toate opțiunile contraceptive pot fi luate în considerare pentru utilizare după un avort fără complicații. DIU și implantul reprezintă 2 metode de contracepție reversibile de lungă durată care scad numărul sarcinilor nedorite în viitor și sunt cele mai indicate de a fi utilizate femeilor după naștere și după avort.

12. Dacă femeia a ales o metodă de contracepție, care nu îi poate fi oferită în instituția dată, ea urmează a fi referită la o altă instituție, unde poate obține acest serviciu.

13. Dacă problemele și necesitățile femeii se extind dincolo de scopurile și posibilitățile consilierii, femeia urmează a fi referită la serviciile oportune din comunitate - psiholog, asistent social, poliție etc.

14. Informațiile se expun femeii într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate.

15. Consilierea verbală trebuie însoțită de oferirea unor materiale/broșuri/pliante în format scris, cu informații corecte și imparțiale, pe care pacienta să le înțeleagă și care le poate lua cu sine, pentru a le citi ulterior.

16. Fiecare femeie, care efectuează o întrerupere a sarcinii, în mod obligatoriu, urmare a consilierii, trebuie să citească și să semneze înainte de efectuarea procedurii Acordul informat, specific procedurii de avort, ce atestă consimțământul ei despre faptul că înțelege procedura și alternativele existente, riscurile posibile, beneficiile și complicațiile, faptul că decizia luată este liberă și că este pregătită pentru întrerupere de sarcină. Acordul informat semnat de pacientă se atașează la Fișa de întrerupere a sarcinii (Formularul nr. 003-3/e).

17. Prestatorul de servicii medicale asigură elaborarea Acordurilor informat standardizate pentru femeile care au solicitat avortul.

18. În cazul femeilor cu dizabilități psiho-sociale și intelectuale, consimțământul informat se

obține prin procedură adaptată ce include garanții privind exprimarea liberă și conștientă a acordului, cu implicarea specialistului din cadrul Centrului Comunitar de Sănătate Mintală, după caz.

19. Obținerea acordului informat pentru persoanele cu dizabilități intelectuale se realizează conform „Principiilor pentru protecția persoanelor cu boli mintale și îmbunătățirea îngrijirii sănătății mintale” (<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-protection-persons-mental-illness-and-improvement>), consimțământul informat fiind un element cheie în protejarea drepturilor și autonomiei lor.

În instituțiile prestatoare de servicii de întrerupere a sarcinii trebuie să fie aprobată **Procedura operațională standard pentru obținerea acordului informat** pentru persoanele cu dizabilități intelectuale, respectând recomandările „Ghidului privind accesibilizarea informației” (https://egalitate.md/wp-content/uploads/2016/04/Ghidul-pentru-autoritati_print.pdf) și **formele de acord informat, adaptate persoanelor cu dizabilități intelectuale**.

Deținerea unui diagnostic nu înseamnă automat că sunt incapabile să își dea consimțământul; capacitatea trebuie evaluată individual pentru fiecare caz și decizie specifică.

Principii și criterii de bază pentru ca consimțământul să fie considerat valid:

- **Voluntaritate:** Absența constrângerii, înșelăciunii sau influenței nejustificate din partea personalului, familiei sau îngrijitorilor.
- **Informare:** Furnizarea de informații complete despre natura intervenției, riscuri, beneficii și alternative într-un limbaj accesibil.
- **Capacitate:** Persoana trebuie să fie capabilă să înțeleagă informațiile furnizate, să evalueze consecințele alegerii sale și să își exprime clar decizia.

Metode de asigurare a accesibilității

Pentru persoanele cu dizabilități intelectuale sau mentale, consimțământul informat trebuie să fie însoțit de „ajustări rezonabile” pentru a facilita înțelegerea:

Formate accesibile: Utilizarea de cuvinte simple, propoziții scurte, imagini, videoclipuri sau sistemul Easy Read.

Timp suplimentar: Acordarea de timp suficient pentru procesarea informațiilor și oportunitatea de a discuta decizia în mai multe etape.

Luarea deciziilor asistată: Implicarea unor persoane de încredere (familie, avocați, asistenți sociali) care ajută persoana să înțeleagă problema, dar nu iau decizii în locul ei.

Când o persoană este considerată incapabilă să își dea consimțământul

Dacă evaluarea clinică confirmă că pacientul este incapabil să ia o decizie chiar și cu sprijin:

- Numirea unui reprezentant legal: Se solicită consimțământul unui tutore, al unui reprezentant al asistenței medicale sau al unui membru al familiei, în conformitate cu ierarhia stabilită de lege.
- Luarea în considerare a opiniilor pacientului: Chiar dacă decizia legală este luată de un reprezentant, medicii trebuie să solicite „consimțământul” pacientului și să îi respecte dorințele și valorile.

20. În cazul minorilor cu vârsta până la 16 ani, consimțământul benevol pentru obținerea serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii este exprimat atât de minor, cât și de reprezentantul legal al acestuia. În cazul când este imposibil de a obține consimțământul reprezentantului legal al minorului și când serviciile medicale sânt indicate pentru a păstra viața și sănătatea acestuia, este suficient consimțământul său benevol. În această situație, decizia este luată în mod consultativ de către prestatorii de servicii, în interesul superior al minorei, în conformitate cu actele normative ale Ministerului Sănătății și Legea nr.138/2012 privind sănătatea reproducerii (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2012, Nr. 205-207 art. Nr:673). Această afirmație se referă implicit și la avortul în condiții de siguranță, deoarece este parte componentă a serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii.

21. În cazul unei situații medicale de urgență, când întreruperea sarcinii e necesară pentru a salva viața femeii gravide, atunci când aceasta nu-și poate exprima voința, iar consimțământul reprezentantului său legal nu poate fi obținut, personalul medical, abilitat în modul stabilit de

legislație, are dreptul de a lua decizia de a întrerupe sarcina în interesul femeii.

22. Deși pot fi abordate și alte riscuri posibile ale avortului, cel puțin următoarele riscuri trebuie incluse în formularul de Acord informat semnat de pacientă: 1) Hemoragie; 2) Infecție; 3) Continuarea sarcinii; 4) Deces. Pentru procedurile de avort chirurgical (aspirație uterină sau dilatare și evacuare), trebuie incluse riscurile suplimentare: 5) Perforație și 6) Leziuni ale organelor, inclusiv histerectomie

23. Confidențialitatea informației trebuie să fie respectată de către toți prestatorii de servicii implicați în oferirea avortului, luându-se toate precauțiile.

CAPITOLUL III.

Metoda chirurgicală de întreruperea a sarcinii.

3.1 Aspecte generale.

1. Metoda chirurgicală recomandată pentru întreruperea sarcinii în primele 12 săptămâni de sarcină este aspirația cu vacuum electrică sau manuală, cu sau fără dilatarea colului uterin.

2. Metoda dilatării și chiuretajului **este interzisă de a mai fi utilizată pentru întreruperea sarcinii**, comportând un nivel mai înalt de complicații (hemoragii, complicații infecțioase, perforații, sinechii intrauterine (sindromul Asherman) etc.).

3. Pregătirea colului trebuie oferită pentru avortul chirurgical până la 12 (14) săptămâni pentru a reduce riscurile de avort incomplet, sarcină în curs de desfășurare, insuficiență cervicală și naștere prematură și pentru a reduce necesitatea dilatației mecanice suplimentare. De asemenea, poate facilita procedura de avort pentru prestatorii de servicii medicale fără experiență. Cu toate acestea, pregătirea colului are și dezavantaje, inclusiv disconfort suplimentar pentru femeie, costuri și timpul suplimentar necesar pentru administrarea eficientă a acesteia.

4. Pregătirea colului este de preferat în special pentru femeile cu anomalii cervicale sau intervenții chirurgicale anterioare, în cazul pacientelor sub 18 ani, la primipare, la sarcinile mai mari de 9 săptămâni sau în orice alte situații, când medicul anticipează dificultățile posibile pe parcursul dilatării colului uterin. Pentru pregătirea colului se administrează Misoprostolum 400 mcg, intravaginal sau bucal, cu 2-3 ore înainte de intervenție sau 400 mcg intravaginal, cu 1-2 ore înainte de procedură.

5. Respectați precauțiile standard universale de prevenire și control al infecțiilor.

6. Este necesar de urmărit tehnica de neatingere pe parcursul procedurii: orice instrumente ori părți de instrumente, care intră în uter trebuie să fie sterile. Nu se permite ca vârful instrumentelor să se atingă de obiecte și suprafețe înainte de a fi introduse în col.

7. Colul uterin trebuie dilatat progresiv și grijuliu, utilizând dilatatoare din masă plastică sau metal. Se recomandă dilatatoarele conice, cum ar fi dilatatoarele Pratt sau Denniston. Dilatatoarelor neconice, cum ar fi dilatatoarele Hegar sunt mai riscante.

8. Examinarea țesutului aspirat cu ochiul liber după avort este obligatorie, deoarece permite identificarea tuturor părților produsului de concepție și ajută la prevenirea complicațiilor întreruperii sarcinii legate de retenția de țesut, permite suspectarea și diagnosticarea precoce a sarcinii ectopice sau molare.

9. Chiuretajul de control de rutina după aspirare **nu se recomandă de a fi efectuat!**

10. Conținutul uterin evacuat poate fi examinat patomorfologic în caz de suspiciune de sarcină molară.

11. Pacienta trebuie reevaluată atunci când țesutul aspirat (produsul de concepție) obținut este incomplet.

3.2 Antibioticoprofilaxia preoperatorie.

1. În timpul întreruperii de sarcină prin metoda chirurgicală pacientelor li se recomandă obligatoriu antibiotice, cu scop profilactic (2, 3, 6).

2. Regimurile recomandate pentru antibioticoprofilaxie sunt:

- a. Doxycyclinum 100 mg peroral, cu 60 minute înainte de procedură și 200 mg, 30 min după procedură SAU
 - b. Azithromycinum 500 mg peroral, înainte de procedură;
 - c. Profilaxia antibacteriană nu trebuie continuată după ziua efectuării procedurii (6);
3. La pacientele cu risc sporit pentru chlamydioză se va administra Doxycyclinum 100 mg, de 2 ori pe zi, timp de 7 zile, cu începere imediat după avort (12). Grupurile cu risc sporit de infecții cu transmitere sexuală, inclusiv chlamydioza includ (12):
- a. debutul precoce al activității sexuale;
 - b. practicarea sexului neprotejat și schimbarea frecventă a partenerului/parteneri sexuali multipli;
 - c. istoricul de ITS în ultimul an.

3.3 Controlul durerii.

Întreruperea cursului sarcinii prin metoda chirurgicală, se efectuează doar cu anestezie. Pentru gestionarea durerii în cazul avortului chirurgical de prim trimestru, OMS recomandă ca minimum utilizarea blocului paracervical în combinație cu analgezice non-opioide iar, acolo unde este disponibilă sedarea conștientă, se sugerează că ar trebui oferită opțiunea de control combinat al durerii utilizând sedarea conștientă plus blocul paracervical.

3.3.1 Suportul psihologic.

Suportul psihologic, oferit prin consiliere înainte, în timpul și după procedură, ajută considerabil în reducerea anxietății, în special, în cazul în care se folosește anestezia locală fără sedative. Oferit corect, înainte de/pe parcursul și după procedură, suportul psihologic reduce frica și anxietatea femeii, dar și senzația ei de durere.

3.3.2 Folosirea substanțelor analgezice și/sau sedative în doze mici.

Folosirea sedativelor presupune o stare de conștientă inhibată, în care pacienta poate răspunde la stimulenți fizici și verbali, iar reflexele respiratorii rămân neafectate.

Se recomandă:

- a. Ibuprofenum 400-800 mg, oral, cu 30-60 minute înainte de operație CU/FĂRĂ
- b. Diazepamum 5-10 mg, oral, cu 30-60 minute înainte de operație.

3.3.3 Anestezia generală versus cea locală.

1. Pentru avortul din primele 12 săptămâni de sarcină se recomandă folosirea anesteziei locale, paracervicale cu Lidocainum, care este recomandată de OMS, fiind mai sigură, și cu mai puține riscuri.

2. Pe parcursul anesteziei locale femeia poate explica ceea ce simte, astfel diminuându-se riscul perforației uterine, scade durata perioadei de recuperare, ea poate părăsi clinica mai repede și fără persoană de suport, este capabilă să asculte și să recepționeze recomandările medicului.

3. În anestezia locală riscul de aspirație pulmonară, când femeia mănâncă sau bea înaintea procedurii, este mult mai diminuat.

4. Anestezia locală este mai puțin costisitoare.

5. Anestezia generală nu este recomandată deoarece comportă riscul crescut de hemoragii, perforații, leziuni cervicale și a complicațiilor respiratorii datorită efectului sistemic al agenților anestezici.

6. Anestezia generală, dacă aceasta a fost alegerea pacientei, va fi efectuată numai în condiții de staționar și doar după consultația medicului anesteziolog.

7. Dacă pacienta optează pentru anestezie generală, pe tot parcursul efectuării întreruperii sarcinii și a îngrijirii anestezice monitorizate, în sala în care se efectuează procedura trebuie să fie prezent personalul medical calificat în domeniul anesteziologiei.

8. Pe tot parcursul anesteziei generale și sedării, oxigenarea, ventilația, funcția cardiovasculară și temperatura corpului femeii trebuie evaluate continuu (accesul i/v, suportul respirator).

3.3.4 Anestezia locală. Blocada paracervicală.

1. Precauțiile pentru blocada paracervicală includ anamneză alergologică pentru alergia la

anestezicele locale și grija de a nu nimeri într-un vas sanguin, prin tragerea spre sine a pistonului seringii la fiecare introducere a acului.

2. Se utilizează Lidocainum de 0,5-1%, 15-20 ml.
3. Doza minimală toxică a Lidocainumului este de 200 mg, nu se admite depășirea acesteia.
4. Se injectează 1-2 ml din soluția pregătită, în submucoasă, la orele 12, unde va fi aplicată pensa de col. Pensa de col se aplică pe locul anesteziat.
5. Blocada paracervicală se efectuează în locul de trecere a epiteliului cervical la cel vaginal, în două locuri - la orele 4 și 8, avansând circa 3 cm în direcția orificiului intern al colului uterin.
6. Pentru a mări toleranța pacientei la durere:
 - a. la introducerea acului, femeii i se propune să tușească pentru a masca durerea;
 - b. după efectuarea blocadei, se așteaptă 1-2 minute până a începe intervenția.
7. Sunt posibile reacții toxice la Lidocainum, care sunt de 3 niveluri de gravitate:
 - a. *Ușoare*: gust metalic în gură, urechi astupate, amorțeală sau furnicături la nivelul buzelor sau în jurul gurii, neliniște
 - b. *Medii*: grețuri, amețeală, confuzie, tulburări de vedere
 - c. *Grave*: convulsii

În aceste situații se va întrerupe imediat administrarea preparatului; în caz de convulsii se va administra Sol. Diazepamum 5 mg/1ml intramuscular.

Pentru prevenirea reacțiilor toxice se recomandă respectarea strictă a dozei recomandate și a tehnicii de administrare (evitarea injectării intravenoase).

3.4. Tehnica aspirației vacuum electrice sau manuale.

1. Determinarea mărimii și poziției uterului prin examenul bimanual.
2. Alegerea canulei de diametrul potrivit (3):
 - a. poate fi utilizată canula cu diametrul mai mic decât termenul sarcinii (de la data ultimei menstruații). De exemplu: dacă pacienta a avut ultima menstruație cu 9 săptămâni în urmă, atunci diametrul canulei poate fi de la 5 până la 10 mm;
 - b. pot fi utilizate canule flexibile standarde de 6, 7, 8 mm, pentru toate termenele, până la a 10-a săptămână de gestație, fără a folosi dilatatoare rigide.

Tabelul nr.2. Alegerea dimensiunii canulei.

Mărimea aproximativă a uterului (săptămâni LMP)	Mărimea aproximativă a canulei
4-6 LMP	4-7 mm
7- 9 LMP	5-10 mm
9 - 12 LMP	8-12 mm
12-14 LMP	10-14 mm

3. Inserarea valvei pentru vizualizarea colului.
4. Inspecția colului pentru a determina dacă nu e dilatat și nu are semne de infecție, traumă, rupturi.
5. Badionarea regiunii cervicale cu o soluție antiseptică.
6. Injectarea unei cantități mici (1-2 ml) de anesthetic, în submucoasă, la orele 12, unde va fi aplicată pensa de col.
7. Fixarea colului pe loc cu un tenacul și aplicarea gentilă a unei mici tracțiuni pentru a îndrepta unghiul dintre colul și corpul uterin.
8. Aplicarea anesteziei paracervicale. Anestezia locală este efectuată de medicul obstetrician ginecolog.
9. Dilatarea colului (la necesitate). Dilatarea colului este necesară atunci, când gradul de deschidere a colului nu permite pasajul unei canule corespunzătoare mărimii uterului. Dilatarea se efectuează atent cu dilatatoare mecanice sau cu canule de mărimi crescânde, având grijă să nu se traumatizeze colul uterin.
10. Introducerea atentă a canulei prin col în cavitatea uterină până la trecerea nemijlocită de

colul uterin. Rotarea gentilă a canulei cu o mică presiune deseori înlesnește inserarea.

11. Atașarea seringii pregătite de canulă, susținând capătul canulei cu o mână, iar siringa cu alta. A se încredința că canula nu s-a mișcat înainte în uter în timpul atașării seringii.

12. Împingerea lentă a canulei în cavitatea uterină până se atinge de fundul uterin. Apoi se trage puțin canula înapoi.

13. Eliberarea valvelor seringii pentru a transfera vacuumul prin canulă în uter. Țesuturile, sângele și bulele vor începe a intra prin canulă în seringă.

14. Evacuarea conținutului uterului prin mișcare lentă și atentă a canulei înainte și înapoi în cavitatea uterină, rotind în același timp siringa. Este important a nu scoate aperturile canulei dincoace de vestibulul uterin, pentru că aceasta va face să se piardă vacuumul. Odată cu stabilirea vacuumului și introducerea canulei în uter, niciodată nu se apucă siringa de brațele pistonului pentru a fi sigur că brațele pistonului nu se vor mișca din poziția lor. Dacă pistonul lunecă accidental în seringă, aceasta poate împinge țesutul și aerul înapoi în uter.

15. Controlul semnelor de finisare a procedurii. Procedura se efectuează cu mult mai repede decât chiuretajul uterin și este completă atunci când sunt prezente următoarele condiții: în canulă se vede spumă roșie sau roză, fără țesuturi; la mișcarea pe suprafața uterului evacuat este o senzație de nisip; și uterul se contractă în jurul canulei.

16. Detașarea seringii.

17. Examinarea țesuturilor aspirate.

18. Înlăturarea tuturor instrumentelor după examinarea țesutului.

19. Dacă femeia a fost consiliată anterior și a ales DIU drept metodă de contracepție, dispozitivul poate fi inserat după ce au fost examinate țesuturile și medicul s-a convins că aspiratul conține tot produsul de concepție.

3.5. Examinarea țesuturilor aspirate. Conduita în caz de țesut insuficient sau lipsă.

1. Examinarea țesutului este efectuată obligatoriu când pacienta se află pe masa ginecologică în sala de operație, în caz că este nevoie de re-aspirare.

2. Eliberarea conținutului aspiratorului vacuum electric sau seringii pentru aspirație vacuum manuală printr-o strecurătoare.

3. Spălarea conținutului strecurătoarei cu apă rece, plasându-l apoi într-un vas transparent.

4. Evaluarea conținutului evacuat din uter se face cu ochiul liber; după plasarea lui în apă într-un container transparent. Iluminarea lui dedesubt facilitează identificarea produsului de concepție. Scopul examinării țesutului este identificarea prezenței sacului gestațional la vârsta de gestație sub 8 săptămâni și a prezenței tuturor părților embrionului după 8 săptămâni.

5. Dacă țesutul evaluat sau produsul de concepție este incomplet, se suspectează o aspirare incompletă și se respectă următoarele etape de asistență medicală și investigații:

a. evaluarea repetată a țesutului aspirat;

b. evaluarea pacientei;

c. reaspirarea;

d. efectuarea examenului ultrasonografic, în caz de suspecție de avort incomplet sau alte complicații.

6. Dacă aspiratul nu conține rezultatul așteptat al concepției (fragmente de trofoblast), trebuie de presupus o sarcină ectopică. Femeia este informată despre simptomele și pericolele sarcinii ectopice și se investighează în continuare:

a. prin examinare ecografică;

b. dacă cavitatea uterină este evaluată ca fiind vidă, trebuie efectuată determinarea HCG serologic cantitativ. Testul HCG serologic cantitativ se efectuează imediat după procedură și la 48 de ore după intervenție. Dacă există o scădere cu mai mult de 50%, nu mai este necesară o re-examinare pentru sarcina ectopică;

c. dacă testul HCG serologic cantitativ nu indică nici o schimbare sau indică o creștere sub-normală în valoare, trebuie instituite și documentate evaluarea pentru sarcina ectopică și tratamentul definitiv al acesteia, sau trebuie efectuată și documentată referirea pacientei către o

instituție de nivel mai înalt al asistenței medicale.

7. Femeia se monitorizează până când diagnosticul de sarcină ectopică nu este exclus sau documentată referirea adecvată.

8. După examinare, țesuturile după avort sunt deșeuri identificate cu codul 18 01 02 în Lista deșeurilor, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.99 din 30.01.2018 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2018, Nr. 33-39 art. 115) se gestionează conform Regulamentului sanitar privind gestionarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.696 din 11.07.2018 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2018, Nr. 295-308 art. 835).

9. Țesuturile anormale se examinează în mod obligatoriu de către medicul morfopatolog pentru a exclude mola hidatiformă sau chorionepitelioma.

3.6. Îngrijirea după procedura chirurgicală de întrerupere a sarcinii. Contracepția.

1. Accesibilitatea și calitatea serviciilor de îngrijire post-avort este o componentă importantă a serviciilor de întrerupere a sarcinii. Majoritatea complicațiilor severe în rezultatul avortului pot fi detectate în perioada imediată după avort.

2. Femeia se monitorizează în perioada de recuperare de către un medic sau o asistentă medicală/moașă instruită în acordarea îngrijirilor postoperatorii. Femeia poate părăsi instituția medicală imediat ce se simte bine.

3. După anestezie generală personalul medical din Serviciul Anesteziologie și Terapie Intensivă asigură, în perioada de recuperare, monitorizarea pacientei timp de 2-3 ore.

4. La externare starea pacientei trebuie să fie satisfăcătoare (cu tensiune și puls stabile, sângerarea și durerea cu descreștere în dinamică).

5. Femeia trebuie informată despre semnele perioadei de post-avort normale și simptomele posibilelor complicații postoperatorii, cât și despre revenirea fertilității în perioada post-avort.

6. Informația trebuie să includă:

a. Semnele restabilirii normale:

- unele crampe uterine pe parcursul următoarelor câteva zile, ce pot fi diminuate cu preparate antiinflamatorii non-steroidiene (Ibuprofenum 400-800 mg);
- unele sângerări, de tip menstrual, cu durata de până la 30 zile, cu diminuare în dinamică;

b. Instrucțiuni în scris pentru luarea oricăror medicamente prescrise și o listă a instituțiilor medicale unde poate apela în caz de urgență medicală.

Revenirea pentru o vizită de control nu este obligatorie, dar pacienta poate reveni oricând dacă are întrebări sau neclarități;

c. Informații despre igiena personală și reîntoarcerea la activitatea sexuală, revenirea menstruațiilor și planificarea familiei:

- pacienta nu trebuie să introducă nimic în vagin în timpul și câteva zile după avort (spălaturi, tamponi);
- o nouă menstruație va începe în 4-8 săptămâni;
- fertilitatea pacientei se va reîntoarce repede după procedură (10-14 zile), de aceea, dacă la moment sarcina nu e dorită, va fi nevoie de utilizarea contracepției sau de abținere
- se recomandă ca pacienta să se abțină de la relații sexuale pe durata sângerărilor.

d. Semnele și simptomele ce necesită atenție și adresare la medic imediată:

- hemoragie îndelungată și/sau mai abundentă decât cea menstruală (mai mult de 2 absorbante într-o oră, timp de două ore consecutiv);
- durere intensă sau în creștere;
- eliminări cu miros neplăcut;
- febră, frisoane;
- sincope (pierderi de cunoștință);

7. Pacientei i se explică sursele de ajutor medical urgent și modalitatea de contact cu instituția medicală 24 de ore din 24.

8. După întreruperea voluntară a cursului sarcinii pacientei i se eliberează:

- extras-trimitere (Formularul nr.027/e) despre mersul intervenției de întreruperea voluntară a cursului sarcinii;
- informație scrisă privind simptomele unor complicații postoperatorii;
- metoda aleasă de contracepție (după consilierea în planificarea familiei): DIU, anticoncepționale orale, Medroxyprogesteronum* etc., care se documentează în Fișa medicală de întrerupere a sarcinii (Formularul nr. 003-3/e), cu semnătură de confirmare a pacientei.

9. Femeia poate fi invitată pentru a efectua o vizită de evaluare peste 2 săptămâni după intervenția de întrerupere voluntară a cursului sarcinii, dar aceasta nu este obligatorie.

CAPITOLUL IV.

Întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă.

4.1 Întreruperea sarcinii până la 12 săptămâni de amenoree.

4.1.1 Aspecte generale

1. Metoda medicamentoasă este o metodă sigură și eficientă de întrerupere a sarcinii în condiții de ambulator. Eficacitatea metodei la termene de gestație mai mici de 10 săptămâni constituie 94-98%. La termene de gestație de 10-12 săptămâni, cu folosirea a 2-3 doze de Misoprostolum, eficacitatea metodei medicamentoase variază între 89-93%. Consilierea adecvată și informarea pacientei cresc siguranța și acceptabilitatea acestei metode (1, 6).

2. Pentru întreruperea sarcinii până la 12 săptămâni de amenoree prin metoda medicamentoasă este recomandată utilizarea Mifepristonum în combinație cu prostaglandine - Misoprostolum.

3. Mifepristonum și Misoprostolum pot fi administrate în instituția medicală sau la domiciliu, în funcție de decizia pacientei și termenul de gestație, după evaluarea riscurilor de complicații posibile.

4. Administrarea de Misoprostolum la domiciliu este sigură până la termenul de 10 săptămâni. La termene mai mari de 10 săptămâni aceasta necesită supraveghere medicală.

5. Preparatele pentru avortul medicamentos (Mifepristonum și Misoprostolum) se procură din farmacii, în baza rețetei, sau, dacă sunt disponibile, se eliberează din farmacia instituției medicale.

6. Contraindicațiile medicale pentru întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă sunt:

- a. anemia severă;
- b. dereglările de coagulare;
- c. tratamentul îndelungat cu glucocorticoizi;
- d. insuficiența suprarenală;
- e. dispozitivul intrauterin (necesită înlăturare în prealabil);
- f. sarcina extrauterină consemnată sau suspectă;
- g. alergiile cunoscute la Mifepristonum sau Misoprostolum;
- h. datele ce argumentează porfiriea în familie;
- i. maladii extragenitale în stare de decompensare.

7. În avortul medicamentos oferirea de rutină, profilactică, a antibioticilor nu se consideră necesară (8,11, 14), deoarece probabilitatea unei infecții severe este foarte scăzută, nu există dovezi pentru a susține profilaxia antibiotică de rutină pentru avortul medicamentos și există îngrijorări larg răspândite cu privire la efectele adverse și dezvoltarea rezistenței la antibiotice.

8. Instituția medicală trebuie să ofere posibilitatea de acces în caz de urgență 24 din 24 ore sau să refere pacienta în caz de complicații, pentru efectuarea aspirației cavității uterine.

9. Cine poate fi furnizorul de servicii de avort medicamentos în afară de medicul specialist ginecolog:

a. Pentru a asigura accesul la avortul medicamentos în primele 12 săptămâni, OMS recomandă implicarea personalului medical și medicilor de alte specialități. Echipa medicului de familie (medicul și asistenta medicală) poate consilia femeia înainte de avortul medicamentos și oferi sprijinul necesar pe parcursul lui prin oferirea răspunsurilor dacă femeia are întrebări sau

asigura diagnosticul și referirea în caz de complicații (1).

b. Femeile pot fi ele însele implicate în gestionarea anumitor componente ale avortului în afara instituției medicale. În cazul în care femeia a ales luarea preparatelor pentru avort medicamentos la domiciliu, ea are nevoie de acces la o sursă de informații exacte și la un prestator de servicii medicale, care o poate ghida de la distanță (1).

10. Înregistrarea întreruperilor de sarcină prin metoda medicamentoasă este obligatorie. Ele se înregistrează în Fișa medicală de întrerupere a sarcinii (Formularul nr. 003-3/e).

11. Raportarea întreruperilor de sarcină prin metoda medicamentoasă se efectuează conform modalității stabilite de Ministerul Sănătății.

4.1.2 Etapele întreruperii sarcinii prin metoda medicamentoasă până la 12 săptămâni:

Se consemnează vârsta sarcinii pe baza primei zile ale ultimei menstruații. Ecografia poate fi recomandată, pentru a confirma și consemna vârsta sarcinii când examenul fizic și ultima menstruație nu oferă informație suficientă sau vin în contradicție, în caz de suspiciune de sarcină ectopică (dureri în partea de jos a abdomenului și eliminări sangvinolente după reținerea menstruației) sau dacă femeia are ciclul menstrual neregulat, sau nu ține minte când a avut ultima menstruație.

1. Anamneza pacientei se consemnează și se determină dacă pacienta este eligibilă pentru această metodă.

2. Pacienta se consiliază și se informează despre:

a. eficiența, efectele secundare și riscurile metodei, în special despre posibilitatea sângerării excesive și infecție;

b. modul de folosire a medicamentelor la domiciliu și ceea ce pot observa pacientele în funcție de termenul de gestație;

c. simptomele și efectele secundare așteptate, precum și simptomele complicațiilor avortului;

d. riscul teratogenic minim al Misoprostolum și despre faptul că în cazul eșecului metodei medicamentoase i se va recomanda repetarea procedurii sau întreruperea prin aspirarea vacuum, iar dacă va dori continuarea sarcinii – va fi referită pentru îngrijirea antenatală;

3. OMS recomandă ca controlul durerii să fie oferit de rutină în timpul avortului medicamentos.

a. antiinflamatoarele nesteroidiene, cum ar fi Ibuprofenum, sunt mai eficiente decât Acetaminofenum pentru controlul durerii.

b. o opțiune pentru controlul durerii este administrarea a 800 mg de Ibuprofenum, cu repetarea dozei peste 3 ore la necesitate; a doua opțiune – administrarea a 1600 mg de Ibuprofenum urmată de 400-600 mg, la 8 ore. Doza maximală fiind – 2400 mg, timp de 24 de ore.

c. controlul durerii poate fi optimizat prin administrarea de Paracetamolum (1000 mg de preparat, fiecare 4-6 ore, în doză maximală de 4000 mg) în asociere cu Ibuprofenum și cu un antiemetic, cu 30 de minute înainte de administrarea de Misoprostolum.

4. Consilierea în planificarea familiei și alegerea contracepției se oferă pacientei la momentul administrării de Mifepristonum. Dacă pacienta optează pentru contracepția orală combinată aceasta se administrează din ziua administrării de Mifepristonum sau a Misoprostolum.

5. DIU trebuie îndepărtat înainte de a se proceda la avortul medicamentos. Dacă un DIU nu poate fi îndepărtat fără a întârzia avortul medicamentos, pacientei trebuie să i se ofere întreruperea sarcinii prin aspirarea vacuum.

6. Alăptarea nu este o contraindicație pentru avortul medicamentos cu Mifepristonum și Misoprostolum. Mifepristonum practic nu trece în laptele matern și nu este necesară întreruperea alăptării după administrarea a 200 mg de Mifepristonum. Misoprostolum nimerește în cantități mici, dar lactația trebuie oprită pentru o perioadă scurtă de timp (până la 5 ore). Poate fi recomandată stoarcerea laptelui înainte de procedură pentru a hrăni sugarul și nu abținerea de la alăptare timp de 5 ore după administrarea de Misoprostolum (13). Pacientele trebuie informate că alăptarea poate continua neîntrerupt, fără preocupări de efectele secundare la sugari (8).

Tabelul nr. 3**Recomandările pentru administrarea preparatelor pentru întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă**

Recomandarea	Doza de Mifepristonum	Doza de Misoprostolum	Intervalul dintre Mifepristonum și Misoprostolum
Avortul medicamentos până la 9 săpt. (până la 63 de zile).	200 mg oral	800 µg bucal, sublingual sau intravaginal* Doze repetate la necesitate**	Nu mai puțin de 24 ore
Avortul medicamentos 9-12 săpt. (63-90 d zile) (8)	200 mg oral	800 µg bucal, sublingual sau intravaginal cu administrarea suplimentară a 400 - 800 µg, fiecare 3 ore, până la expulzare (7)	Nu mai puțin de 24 ore
Avortul incomplet ≤12 săpt. (7)	-	400 µg sublingual sau 600 µg oral sau 800 µg bucal, o doză	
Avortul incomplet 13-24 săpt. (7)	-	400 µg bucal sau sublingual, fiecare 3 ore, până la expulzare	
Avortul medicamentos ≥ 12 săpt. (1)	200 mg oral	400 µg bucal, sublingual sau intravaginal, fiecare 3 ore, până la expulzare	Nu mai puțin de 24 ore
Întreruperea sarcinii în moartea intrauterină a fătului 18-24 săpt. **** (7)	200 mg oral	400 µg bucal, sublingual sau intravaginal, fiecare 3 ore, până la expulzare	Nu mai puțin de 24 ore
Întreruperea sarcinii în moartea antenatală a fătului 25-27 săpt.*** (7)	200 mg oral	200 µg bucal, sublingual sau intravaginal, fiecare 4 ore, până la expulzare	Nu mai puțin de 24 ore
Întreruperea sarcinii în moartea intrauterină a fătului >28 săpt. **** (7)	200 mg oral	25-50 µg intravaginal la fiecare 4 ore SAU 50-100 µg oral la fiecare 2 ore	Nu mai puțin de 24 ore

* Femeile trebuie informate că, dacă administrează Misoprostolum pe cale sublinguală sau bucală, există o probabilitate mai mare de reacții adverse decât în cazul administrării vaginale.

**Dozele repetate de Misoprostolum pot fi luate în considerare atunci când este necesar pentru a obține succesul procesului de avort.

***Pentru termene mai mari de 21 -22 de săptămâni, OMS recomandă utilizarea feticidului, pentru a preveni nașterea unui făt viu cu malformații congenitale. O injecție intra-amniotică sau intra-fetală de 1 mg de Digoxinum poate fi administrată transabdominal sau transvaginal și poate provoca feticidul. Kalii chloridum sau Lidocainum intracardiac, în atrul fetal, pot fi la fel utilizate pentru aceasta (4).

**** FICO consideră că Misoprostolum este SIGUR sub 28 de săptămâni, chiar și la femeile cu antecedente de operație cezariană.

7. **La termene de gestație până la 9 săptămâni (<63 de zile)**, femeilor li se recomandă administrarea per os a unui comprimat, 200 mg de Mifepristonum, iar peste nu mai puțin de 24 ore 4 comprimate, 800 μg Misoprostolum bucal, sublingual sau intravaginal. Pacientele pot alege să administreze Misoprostolum la domiciliu sau în clinică. Conform studiilor utilizarea de Misoprostolum la domiciliu este sigura. Pot fi luate în considerare doze repetate de Misoprostolum când este necesar de a obține succesul procesului de avort.

8. **La termene 9 - 12 săptămâni (63-90 de zile)**, femeilor li se recomandă administrarea per os a unui comprimat, 200 mg de Mifepristonum, iar peste cel puțin 24 ore - 4 comprimate (800 μg) Misoprostolum bucal (câte 2 pastile sub fiecare falcă), sublingual sau intravaginal. Dacă expulzia nu a avut loc, fiecare 4 ore se administrează doze suplimentare de 4 comprimate (800 μg) de Misoprostolum bucal, sublingual sau intravaginal până la expulzare (7). La termene egale sau mai mari de 10 săptămâni, administrarea de Misoprostolum se va efectua în instituțiile medicale de tip ambulatoriu, care au condiții pentru aflarea pacientei timp de 4-12 ore pentru monitorizarea stării.

9. Se monitorizează starea sănătății femeii pe parcursul la 3 ore. În fisa de observație pentru întreruperea sarcinii se notează:

- data și ora administrării de Misoprostolum;
- timpul expulziei produsului de concepție (dacă a avut loc);
- efectele adverse observate sau raportate (dacă au fost înregistrate);
- timpul plecării la domiciliu.

10. Pentru procedura de avort medicamentos, femeilor li se vor oferi datele de contact ale instituției medicale de referință în caz de urgențe sau necesitate de a obține informație suplimentară. Femeile, de asemenea, vor fi informate privind semnele de pericol și necesitatea de adresare de urgență la instituțiile medicale și necesitatea prezentării la medic, la vizita de supraveghere.

11. Femeile care optează pentru administrarea de Misoprostolum **la domiciliu** vor fi instruite privind:

- modul de administrare a tabletelor și efectele adverse așteptate;
- necesitatea planificării unui repaus de câteva ore după administrarea de Misoprostolum;
- managementul durerii;
- datele de contact ale instituției medicale de referință în caz de urgențe sau necesitate de a obține informație suplimentară;
- semnele de pericol și necesitatea de adresare de urgență la instituțiile medicale;
- semnele de expulzie a produsului de concepție;
- necesitatea prezentării la medic, la vizita de supraveghere.

12. Dacă femeia vomită în decurs de o oră de la administrarea de Mifepristonum, trebuie sfătuită să se întoarcă la clinică pentru o doză repetată.

13. Femeile trebuie să fie conștiente de faptul că medicamentul activ din comprimatele de Misoprostolum se dizolvă în 20 de minute, că comprimatul rămas poate fi înghițit după 30 de minute și că acestea pot lăsa un gust neplăcut în gură.

4.1.3. Stabilirea avortului medicamentos complet:

1. Evaluarea pentru stabilirea unui avort medicamentos complet poate fi efectuată la 7-14 zile de la prima vizită, dar vizita în persoana a pacientei pentru aceasta nu este obligatorie.

2. Avortul complet poate fi confirmat:

- a. Prin chestionarea femeii prin telefon pe baza simptomelor:
 - dispariția semnelor sarcinii;
 - siguranța femeii ca nu mai este gravidă;
 - semnele clinice ale avortului medicamentos au parcurs fără devieri;
 - femeia a văzut expulzia sacului gestațional sau al embrionului.

b. Cu ajutorul unui examen ginecologic efectuat în timpul vizitei la 7-14 zile de la momentul administrării de Misoprostolum.

c. Examenul ecografic permite diagnosticarea unui avort complet sau a unei sarcini în curs de dezvoltare. Cu toate acestea, măsurarea grosimii endometrului, nu este informativă pentru diagnosticul avortului incomplet, poate duce la intervenții chirurgicale necorespunzătoare, de aceea nu se recomandă de rutină.

d. Prin efectuarea testului de sarcina cu sensibilitate înaltă (cele care sunt comercializate în farmacii): el va fi negativ peste 4 săptămâni după luarea preparatelor.

e. Dacă a fost determinat β -hCG în ser înainte de avort, o scădere a nivelului β -hCG cu peste 80% față de concentrația inițială exclude sarcina.

3. Nici Mifepristonum, nici Misoprostolum (nici ambele combinate) nu vor întrerupe o sarcină ectopică.

4. Absența sângerării după administrarea de Misoprostolum este cel mai probabil să indice un avort medicamentos eșuat, dar există posibilitatea ca acest lucru să semnifice faptul că sarcina este ectopică.

5. Chiar dacă o sarcină este ectopică, o femeie poate prezenta unele sângerări după administrarea de Mifepristonum și Misoprostolum, deoarece decidua poate răspunde la medicamente.

6. Evaluați femeia pentru o sarcină în curs de desfășurare, precum și pentru o sarcină ectopică dacă raportează semne sau simptome de sarcină continuă după avortul medicamentos.

7. Dacă s-a confirmat avortul complet se discută dacă femeia a inițiat metoda de contracepție și dacă nu - se discută toate opțiunile de planificare a familiei:

a. **dispozitivul intrauterin (DIU)** poate fi înserat la vizita de evaluare dacă aceasta este alegerea pacientei sau după prima menstruație;

b. **contracepția hormonală:** COC, inelul vaginal, pastilele contraceptive pot fi utilizate din ziua administrării de Mifepristonum;

c. prezervativul masculin poate fi utilizat oricând;

d. metoda calendarului poate fi utilizată nu mai devreme de trei cicluri menstruale.

4.1.4 Tactica în cazul unui eșec al avortului medicamentos

1. Dacă sarcina continuă și este viabilă (creșterea dimensiunii uterului de două săptămâni sau constatarea activității cardiace a embrionului la ultrasonografie), pacientei i se va propune repetarea procedurii de avort medicamentos sau intervenția de întrerupere voluntară a cursului sarcinii prin metoda chirurgicală de aspirare vacuum manuală sau electrică.

2. Dacă femeia dorește continuarea sarcinii, ea va fi referită pentru îngrijire antenatală, cu consultul unui genetician.

3. Dacă sarcina este stagnată sau avortul este incomplet, pacienta este stabilă hemodinamic și nu prezintă semne de pericol, pacientei i se vor recomanda următoarele opțiuni (WHO, 2022) (1):

- să i se administreze suplimentar Misoprostolum 400 μ g sublingual sau 600 μ g per os sau 800 μ g bucal;
- să i se ofere aspirarea vacuum manuală;
- să se utilizeze tactica expectativă și să se mai aștepte încă 7 zile, cu programarea unei vizite suplimentare.

4.1.5 Avortul medicamentos prin telemedicină

Avortul medicamentos poate fi efectuat prin **telemedicină (*medical abortion via telemedicine / telemedicine abortion*)**, care reprezintă un model de furnizare a serviciilor medicale în care îngrijirea este oferită de un lucrător medical calificat prin intermediul telecomunicațiilor (chat online, mesaje text, telefon sau videoconferință), în absența contactului fizic direct dintre prestator și pacientă. Telemedicina poate fi utilizată pentru toate etapele avortului medicamentos sau pentru anumite componente ale acestuia, de la etapa pre-avort până la cea post-avort.

Conform dovezilor științifice de înaltă calitate, serviciul de avort medicamentos furnizat la

distanță, prin telemedicină, este la fel de sigur și eficient ca și serviciul prestat în persoană (15-18, 22, 23). Această metodă este recomandată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), Federația Internațională de Ginecologie și Obstetrică (FIGO), precum și de numeroase organizații profesionale naționale și internaționale (2, 5, 6, 24, 25).

În situațiile în care pacienta nu prezintă contraindicații pentru avortul medicamentos și este eligibilă din punct de vedere medical, prestarea serviciului prin telemedicină contribuie la eliminarea barierelor de acces și la reducerea riscurilor asociate efectuării întreruperii sarcinii la vârste gestaționale mai avansate și/sau în condiții nesigure. Acest aspect este deosebit de relevant pentru anumite grupuri vulnerabile, inclusiv adolescentele, victimele violenței în baza de gen, femeile cu sarcini survenite în absența soțului/partenerului sau mamele cu copii mici.

Avortul medicamentos prin telemedicină poate constitui unica posibilitate de acces la servicii de întrerupere a sarcinii în situații excepționale, precum calamități naturale sau stare de război. De asemenea, în context epidemic, această modalitate de furnizare a serviciilor contribuie la diminuarea riscului de transmitere a infecțiilor atât în rândul pacientelor, cât și al lucrătorilor din domeniul sănătății.

Metodologia și etapele avortului medicamentos prin telemedicină vor fi descrise în detaliu în **Standardul operațional pentru furnizarea avortului medicamentos prin telemedicină**.

Până la aprobarea acestui Standard operațional, serviciile de întrerupere a sarcinii prin telemedicină se vor efectua, în mod prioritar, în instituțiile medico-sanitare autorizate și acreditate, prin metodele descrise în prezentul protocol, cu excepția situațiilor excepționale urgente, descrise mai sus.

4.2. Întreruperea sarcinii după 12 săptămâni de gestație

1. Întreruperea sarcinii după 12 săptămâni se efectuează doar în instituții medicale tip staționar, prin metoda medicamentoasă cu Mifepristonum și Misoprostolum. Eficacitatea acestei metode este de 92-97%.

2. Până la termenul de gestație de 14 săptămâni, sarcina poate fi întreruptă prin aspirația vacuum electrică sau manuală (OMS, 2022).

3. La termene mai mari de 14 săptămâni, metoda chirurgicală recomandată de OMS, dilatarea și evacuarea, se permite când este disponibil echipamentul corespunzător și personalul medical care posedă tehnica acestei operații. **Efectuarea dilatării și chiuretajului este interzisă!!!**

4. Schema de administrare a preparatelor pentru întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă după 12 săptămâni (tabelul 3, pagina 26):

- pacienta primește 200 mg Mifepristonum oral, în clinica sau acasă;
- peste 24-48 de ore se administrează 400 µg Misoprostolum bucal, sublingual sau vaginal, apoi fiecare 3 ore se administrează câte 400 µg Misoprostolum bucal, sublingual sau vaginal, până la expulzarea completă a fătului și placentei;

- Intervalul dintre Mifepristonum și Misoprostolum nu trebuie să fie mai mic de 24 de ore.

5. După fiecare doză de Misoprostolum, se monitorizează tensiunea arterială, temperatura, efectele adverse și hemoragia.

6. La necesitate, se oferă analgezie orală sau parenterală.

7. Dacă expulzia nu survine după 12-15 ore de la inițierea administrării de Misoprostolum, inducerea va fi oprită și repetată a doua zi, după 12 ore de repaus, numai cu Misoprostolum conform aceleiași scheme:

- fiecare 3 ore se administrează 400 µg Misoprostolum bucal, sublingual sau vaginal, până la expulzia fătului și placentei.

8. Dacă produsele de concepție sunt eliminate și sunt complete la examen (inclusiv placenta), nu vor fi făcute intervenții suplimentare, ca aspirarea vacuum manuală sau chiuretajul.

9. Dacă fătul este expulzat, dar placenta rămâne în uter 30 minute după expulzie, femeii i se vor oferi suplimentar 400 µg de Misoprostolum oral pentru a facilita expulzia placentei și se va aștepta încă șase ore pentru a expulza placenta de sine stătător (în lipsa hemoragiei și ale altor semne de pericol).

10. Dacă fătul sau orice porțiune de placentă au rămas în colul uterin, se va realiza un examen cu speculul și orice produse din vagin sau orificiu cervical vor fi eliminate.

11. Dacă produsele sunt reținute în uter, ele vor fi eliminate în mod chirurgical, prin dilatare și evacuare sau prin vacuum aspirație, sub anestezie locală sau generală.

12. În mod alternativ, alte uterotonice (Oxytocinum) în afară de Misoprostolum pot fi oferite pentru evacuarea completă a uterului.

13. Pacientele trebuie să fie informate privind eventualele simptome mamare și lactația după un avort efectuat la termene avansate de sarcină. Cabergolinum, 1 mg oral x o doză, poate fi utilizat imediat după procedură pentru a reduce simptomele mamare și a stopa lactația la persoanele care doresc acest lucru.

CAPITOLUL V.

Conduita în cazul unor complicații.

1. Echipamentul funcțional și medicația curentă trebuie să fie la dispoziție pentru managementul urgențelor medicale și trebuie să includă: un sistem de furnizare de oxigen, instrumente pentru oxigenare orală, preparate uterotonice, soluții cristaloidice pentru administrare i/v, antagonice narcotice, glucocorticoizi, Epinephrinum și Diazepamum.

2. Instituția medicală asigură instruirea continuă a personalului pentru folosirea echipamentului de urgență, managementul urgențelor și recunoașterea indicațiilor pentru transportul de urgență.

3. Personalul medical trebuie să fie instruit în resuscitare cardio-pulmonară.

5.1 Hemoragia:

5.1.1 Sângerarea pre-operatorie:

1. Una dintre cele mai severe complicații în procedura de întrerupere a sarcinii este hemoragia. Recunoașterea imediată a sursei de hemoragie poate reduce morbiditatea și mortalitatea.

2. În cazul sângerării pre-operatorii trebuie luate în considerare posibilitatea unei sarcini ectopice, istmico-cervicale sau avortul spontan.

5.1.2 Sângerarea intra-operatorie:

În cazul în care există sângerare excesivă, medicul trebuie să întreprindă măsuri în vederea stabilirii cauzei sângerării și stopării hemoragiei.

5.1.3 Sângerarea întârziată:

1. Când femeia prezintă sângerare excesivă (umplerea a mai mult de un absorbant extern timp de o oră, pe parcursul a două și mai multe ore consecutive) după procedură, ea trebuie să fie sub observația aceleiași instituții medicale sau referită către o instituție de asistență medicală spitalicească.

2. Sângerarea excesivă în perioada pre-operatorie și post-operatorie este cauzată, de obicei, de hipotonia uterină, drept rezultat al evacuării incomplete a cavității uterine. Eforturile întreprinse trebuie orientate către evacuarea completă a cavității uterine și efectuarea examenului țesutului evacuat și administrarea utero-tonicilor.

5.2 Avortul incomplet:

1. Avortul incomplet se poate manifesta imediat prin hemoragie sau simptomele pot întârzia și apărea sub formă de hemoragie excesivă ori persistentă tardivă, cu dureri acute sub formă de crampe în partea inferioară a abdomenului. Diagnosticul se stabilește prin examenul clinic (uterul la palparea bimanuală este de consistență moale, mărit în dimensiuni) și ultrasonografic.

2. Cantități mici de țesuturi restante se pot elimina spontan și nu necesită intervenții medicale. Cantitățile mari de resturi pot cauza hemoragie și infecție. Tratamentul depinde de starea generală a pacientei, de gravitatea hemoragiei și variază de la conduita expectativă, la aspirația vacuum electrică sau manuală, sau administrarea a 400 μg Misoprostolum sublingual sau 600 μg per os sau 800 μg bucal și supravegherea pacientei timp de 2-3 ore. În lipsa semnelor de infecție, administrarea antibioticelor este opțională. **Antibioticele sunt necesare în caz de infecție manifestă!!!**

5.3 Perforația:

1. Perforația uterină este o complicație a întreruperii de sarcină care poate conduce la morbiditate sporită și mortalitate.
2. Când se suspectează perforația uterină și canula este introdusă în cavitatea uterină, aspirarea trebuie încetată imediat, înainte de retragerea canulei.
3. Suspiciunea de perforație uterină este indicație pentru internarea femeii în secție specializată.
4. În cazul suspiciunii de perforație uterină, laparoscopia este intervenția recomandată în scop de stabilire a diagnosticului.
5. Dacă perforația se suspectează, dar pacienta nu prezintă simptome, femeia trebuie supravegheată în condiții de staționar, cel puțin 48 ore.
6. Dacă perforația s-a efectuat în ambulatoriu, pacienta în mod obligatoriu trebuie transferată către o instituție de asistență medicală spitalicească.

5.4 Complicațiile după avort cu infecții asociate asistenței medicale (IAAM), inclusiv infecțiile tractului reproductiv:

1. IAAM după avort pot duce la morbiditate sporită.
2. Suspiciunea pentru IAAM este indicație pentru internarea femeii într-o instituție de asistență medicală spitalicească, în secție specializată.
3. Orice complicație prin IAAM necesită:
 - a. înscrierea în documentația medicală a pacientei (Fișa de consultație etc.);
 - b. înscrierea în Registrul de evidență a bolilor infecțioase (Formularul 60/e);
 - c. completarea Fișei de notificare urgentă despre depistarea cazului de boală infecțioasă, intoxicație, toxiinfecție alimentară și/sau profesională acută, reacție adversă după administrarea preparatelor imunologice (Formularul nr.58/e) și
 - d. notificarea în Sistemul electronic de supraveghere a bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică.

CAPITOLUL VI.

Managementul calității serviciilor de avort în siguranță.

6.1 Monitorizarea și evaluarea calității serviciilor

1. Monitorizarea calității prestării serviciilor de avort se va realiza în baza: colectării sistematice a indicatorilor statistici, analizei și evaluării periodice a acestora la nivel de instituție, în conformitate cu prevederile actelor normative ce reglementează activitatea sistemului instituțional de management al calității, auditului medical intern etc.
2. Monitorizarea va permite supravegherea procesului de asistență medicală, inclusiv supravegherea tendințelor în timp. Aceasta va ajuta managerii să identifice și să soluționeze problemele sau să le anticipeze. Monitorizarea adecvată va permite de a lua în considerare opinia prestatorilor de servicii medicale care poate furniza idei utile referitor la sporirea calității și siguranței asistenței medicale.
3. Procesele și mecanismele de monitorizare a activității instituțiilor vor include: examinarea foii de observație clinică, registrelor, supravegherea activității personalului, utilizarea fișelor standardizate, precum și efectuarea auditului medical intern sau a mortalității materne. Toate aceste acțiuni vor contribui la îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de avort oferite.
4. Monitorizarea sistematică se va baza pe următoarele aspecte:
 - a. supravegherea consilierii și a asistenței clinice pentru evaluarea calității comunicării cu femeia pe parcursul întregului proces;
 - b. asigurarea înzestrării constante și adecvate cu echipamente și consumabile;
 - c. colectarea sistematică a datelor și expedierea lor la instituțiile ierarhic superioare;
 - d. evaluarea progresului în vederea lichidării neajunsurilor depistate în timpul monitorizării.

5. Evaluarea calității serviciilor de avort va include o revizuire periodică a serviciilor și se va axa pe analiza relevanței, eficienței și impactului serviciilor acordate, în baza datelor statistice care reflectă specificul serviciilor de avort, colectarea cărora se efectuează în procesul monitorizării pentru a afla în ce măsură se reușește realizarea obiectivelor trasate.

6. Evaluarea se va efectua, de asemenea, prin interviuarea personalului medical și a femeilor, pentru a afla opinia acestora despre serviciile obținute, accesul la ele, eventualele cerințe față de servicii (anexele 4 și 5).

7. Evaluarea va include instrumente atât cantitative, cât și calitative: sondaje sau interviuri cu factori de decizie, manageri, membri ai comunității, furnizorii de servicii și femeile - beneficiari de servicii și va servi ca model de comparație în evaluarea progresului și calității serviciilor de avort.

Indicațiile medicale pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii

1. Stările în urma tratamentului chirurgical cu înlăturarea unui organ vital important.
2. Maladiile sau stările patologice care pun în pericol sănătatea și viața femeii gravide (Tabelul 4).
3. Maladiile /stările patologice rare care pun în pericol sănătatea și viața femeii gravide neincluse în tabelul 4.
4. Malformațiile fetale, severe sau incompatibile cu viața/incurabile (Tabelul 4).

Tabelul 4. Maladiile sau stările patologice care servesc drept indicații pentru întreruperea cursului sarcinii

Nr d/o	Denumirea bolii. Forma. Severitatea
Capitolul I. Bolile infecțioase și parazitare.	
1	Tuberculoza. Toate formele active. Tuberculoza aparatului respirator, cu confirmare bacteriologică și histologică. Tuberculoza sistemului nervos. Tuberculoza altor organe. *Remarcă: Meningită tuberculoasă contraindicată la întreruperea sarcinii. Tuberculoza miliară este contraindicație pentru întreruperea sarcinii.
2	Sifilisul. Sifilisul recent (primar, secundar). Sifilisul tardiv. Alte forme de sifilis, fără precizare.
3	Hepatita virală. Formele grave.
4	Rubeola. Primele 3 luni de sarcină. După suportarea altor boli infecțioase în primele 3 luni de sarcină problema întreruperii sarcinii se rezolvă în mod individual.
5	Bolile prin virusul de imunodeficiență umană.
Capitolul II. Tumori maligne	
Capitolul III. Bolile sângelui, ale organelor hematopoietice și unele tulburări ale mecanismului imunitar. *Orice formă și localizare a patologiilor de mai jos	
1	Aplaziile medulare.
2	Anomalia de coagulare, purpură și alte afecțiuni hemoragice.
Capitolul IV. Bolile endocrine, de nutriție și metabolism (des recidivante).	
1	Afecțiunile glandei tiroide. Sindromul insuficienței tiroide congenitale. Tireotxicoza (hipertiroidia).
2	Diabetul zaharat (Decompensat, Forme medii și severe, Forma Severă) Diabetul zaharat insulinodependent. Diabetul zaharat la ambii soți.
3	Hipoparatiroidia. Hiperparatiroidia și alte boli ale glandei paratiroide.
4	Tulburările glandei suprarenale.
5	Fenilcetonuria clasică.
6	Amiloidoza.
Capitolul V. Tulburări mentale și de comportament*. *Obținerea acordului femeii este obligatoriu, dacă este imposibil se va obține acordul reprezentantului său legal	
1	Tulburările mentale organice. Faze organice.
2	Tulburările mentale și de comportament legate de utilizarea de substanțe psiho active.
3	Schizofrenia, tulburările schizotipale, tulburările delirante.

4	Tulburările afective.
5	Tulburările specifice ale personalității.
6	Retardul mintal.
7	Alcoolismul.
8	Narcomania.
Capitolul VI. Bolile sistemului nervos.	
1	Bolile inflamatorii ale sistemului nervos central. * Cazurile severe
2	Meningita bacteriană. Meningita în cursul unor boli bacteriene clasate la alte locuri. Meningita în cursul altor boli infecțioase și parazitare clasate la alte locuri. Meningita datorită altor cauze neprecizate.
3	Encefalita, mielita și encefalomielita. Encefalita, mielita și encefalomielita în cursul unor afecțiuni clasate la alte locuri.
4	Cisticercoza.
5	Atrofiile primare sistemice afectând în special sistemul nervos central. Coreea Huntington.
6	Ataxia ereditară. Amiotrofia spinală și sindroamele înrudite.
7	Afecțiunile degenerative sistemice afectând în principal sistemul nervos central în cursul unor afecțiuni clasice la alte locuri. Alte afecțiuni degenerative ale sistemului nervos.
8	Sindroamele extra piramidale și tulburările motricității. (Toate formele) Boala Parkinson. Sindromul Parkinson secundar. Alte boli degenerative ale nucleilor centrali cenușii.
9	Bolile demielinizante ale sistemului nervos central. Afecțiunile episodice și paroxistice.
10	Polinevritele și alte afecțiuni ale sistemului nervos Neuropatia ereditară și idiopatică. Afecțiunile musculare și neuromusculare. Paraliziile cerebrale și alte sindroame paralitice.
Capitolul VII. Bolile ochiului și anexelor sale.	
1	Afecțiuni ale sclerotice, corneei, irisului și corpiilor ciliari. Cheratita.
2	Cicatrice și capacități corneene.
3	Afecțiunile orbitei și ale retinei. Chorioretinita.
4	Dezlipirea și ruptura retinei.
5	Glaucomul.
6	Afecțiunile nervului și căilor optice. Nevrita optică. Alte afecțiuni ale nervului și căilor optice.
7	Afecțiunile nervului și căilor optice în cursul unor boli clasate la alte locuri. Tulburări de vedere și cecitate (La ambii ochi mai puțin de 0,05).
Capitolul VIII. Bolile urechii și apofizei mastoide.	
1	Bolile urechii interne.
2	Otoscleroza.
3	Afecțiunile funcției vestibulare.
Capitolul IX. Bolile aparatului circulator.	
1	Reumatismul articular acut. Cardiopatia reumatismală cronică. Bolile reumatismale ale valvei mitrale. Bolile reumatismale ale valvei aortice. Bolile reumatismale ale valvei tricuspide.
2	Bolile multiple valvulare.
3	Boala hipertensivă (Hipertensiune renală).
4	Boala ischemică a inimii.
5	Cardiopatia pulmonară și bolile vaselor pulmonare. Stadiul II- III. Alte forme de cardiopatii.

6	Pericardita acută. Alte boli ale pericardului.
7	Miocardita acută. Miocardita în bolile clasate la alte locuri.
8	Blocul .atrio-ventricular și al ramurii stângi a fascicolului. Alte tulburări de conducere.
9	Stopul cardiac.
10	Tahicardia paroxistică. Fibrilația atrială, flutterul.
11	Insuficiența cardiacă Anevrismul și disecția aortică. Embolia și tromboza arterială. Alte afecțiuni ale arterelor și arteriolelor.
Capitolul X. Bolile aparatului respirator.	
1	Sindromul de suferință respiratorie la adulți. Insuficiența respiratorie neclasată la alte locuri.
Capitolul XI. Bolile aparatului digestiv.	
*Cu stenoză și hemoragie cu diastaza peretelui abdominal	
1	Ulcerul gastric. Ulcerul duodenal. Ulcerul peptic, cu localizare neprecizată. Ulcerul gastro-jejunal
2	Hernia abdominală. Hernia diafragmatică. Alte hernii abdominale. (Forme grave)
3	Colita ulceroasă. Alte gastro-enterite și colite neinfecțioase.
4	Boala alcoolică a ficatului. Boala toxică a ficatului. Insuficiența hepatică. Hepatita cronică
5	Fibroza și ciroza ficatului
6	Litiaza biliară
7	Pancreatita acută
8	Malabsorbția intestinală
Capitolul XIII. Bolile pielii și țesutului celular subcutanat.	
1	Pemphigusul. Pemfigoidul
Capitolul XIII. Bolilor sistemului osteo-articular ale mușchilor și țesutului conjunctiv.	
1	Artropatiile infecțioase. Poliartropatiile inflamatorii.
2	Artrita reumatică seropozitivă. Alte artrite reumatoide.
3	Afecțiunile diseminate ale țesutului conjunctiv.
4	Spondilartrita anchilozantă Osteopatiile și chondropatiile.
Capitolul XIV. Bolile aparatului genito-urinar.	
1	Glomerulopatiile. Cu insuficiență renală.
2	Bolile renale tubulointerstițiale.
3	Insuficiența renală.
4	Fistulele tractului genital la femeie gravidă.
Capitolul XV. Sarcina, nașterea, lăuzia.	
1	Mola hidatiformă.
2	Hipertensiunea gestațională cu proteinurie importantă.
3	Voma incoercibilă în cursul sarcinii.
Capitolul XVI. Malformațiile congenitale, deformațiile și anomaliile cromozomiale.	
1	Bolile ereditare
2	Nașterea copiilor cu aceeași anomalie.
3	Existența la un copil din familie a unei boli ereditare

Indicațiile sociale pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii până la sfârșitul săptămânii 21-a de sarcină

1. Vârsta femeii gravide sub 18 ani și peste 40 ani;
2. Sarcina survenită în urma violului, incestului sau a traficului cu ființe umane;
3. Divorțul în timpul sarcinii;
4. Decesul soțului în timpul sarcinii;
5. Privăriunea de libertate sau decăderea din drepturi părintești a unuia sau a ambilor soți;
6. Femeile gravide aflate în procesul de migrație;
7. Femeile gravide cu 5 și mai mulți copii;
8. Femeile gravide care au în grija sa:
 - a. un copil mai mic de 2 ani;
 - b. unul sau mai mulți membri ai familiei cu dizabilitate severă, care necesită îngrijire, conform concluziei Consiliului de Expertiză Medicală a Vitalității.
9. Asocierea a minim 2 circumstanțe:
 - a. lipsa domiciliului,
 - b. lipsa surselor financiare de existență,
 - c. abuzul de alcool sau/și droguri,
 - d. acte de violență domestică,
 - e. vagabondaj.

Acordul informat pentru intervenția de aspirație vacuum electrică sau manuală

Vacuum aspirația este intervenția prin intermediul căreia conținutul cavității uterine este evacuat prin o canulă specială folosind presiunea negativă produsă de aspiratorul vacuum electric sau de o sursă manuală de aspirație vacuum. Canula este moale, flexibilă, nu atinge pereții uterului și, din această cauză, vacuum aspirația este mai puțin traumatică.

Avantajele aspirației vacuum electrice sau manuale:

- Prin această metodă se reduce esențial traumatizarea colului uterin și a endometriului:
 - până la termenul de 7 săptămâni canula poate fi introdusă în uter fără dilatarea colului uterin;
 - chiuretajul de control al cavității uterine nu este necesar.
- Examinarea imediată a aspiratului obținut permite de a confirma evacuarea completă a conținutului din uter.
- Intervenția durează mult mai puțin decât chiuretajul și poate fi efectuată sub anestezie locală.
- Multiple studii științifice arată că numărul complicațiilor severe și a sterilității este mult mai redus în vacuum aspirație față de chiuretaj.

Trebuie să fiți conștientă de faptul, că în toate intervențiile chirurgicale, medicale și de diagnosticare există unele riscuri pentru infecție, dereglarea coagulării sângelui, hemoragie, șoc, reacții alergice și chiar moarte.

Riscurile aspirației vacuum electrice sau manuale:

- Hemoragie, care poate cere dilatare și chiuretaj pentru a înlătura cheagurile sau resturile din uter.
- Avort incomplet sau continuarea sarcinii, care poate necesita o intervenție suplimentară.
- Infecție a uterului, trompelor și a ovarelor.
- Sterilitate sau incapacitate de a naște copii.
- Stenoză cervicală cu necesitate de re-dilatare.
- Eșec al revenirii la ciclul menstrual.
- Formare a țesutului cicatrizant intrauterin.
- Perforare a uterului cu vătămarea uterului, ovarelor, altor organe vecine, care pot necesita intervenție abdominală și operație de restabilire a intestinului, a vezicii urinare, uterului sau a vaselor sangvine, sau histerectomia (înlăturarea) uterului.
- Complicații grave ale anesteziei, ce pot duce la deces.

Aceste complicații, însă, sunt extrem de rare în aspirarea vacuum electrică sau manuală.

- **Anestezia** implică riscuri și pericole suplimentare, dar aplicarea mijloacelor anestetice este necesară pentru ușurare și protecție de durere în timpul intervențiilor prevăzute și a celor suplimentare. Anestezia, posibil, va trebui să fie modificată fără ca să primiți explicații în timpul intervenției. În urma folosirii oricărui mijloc anestetic pot surveni probleme respiratorii, reacții la medicamente, paralizii, afectare a creierului și chiar deces, însă aceste complicații sunt **extrem de rare** și specifice mai mult **anesteziei generale**.

La alegerea Dumneavoastră se aplică anestezia generală sau locală. Avantajele anesteziei locale:

- Sunteți în contact cu medicul, vă puteți exprima propriile emoții;
- În caz de complicații diagnosticul este pus imediat, ceea ce este dificil în caz de anestezie generală;
- Sunteți scutită de riscurile anesteziei generale;

- Hemoragia în timpul intervenției este mai mică;
- După intervenție sunteți în conștiință, nu este nevoie de timp ca să reveniți la normal de la starea de somnolență care survine după anestezia generală.

În caz de anestezie locală în timpul intervenției aspirației vacuum electrice sau manuale veți simți atingerile, dar durerea va lipsi. Poate să persiste senzația de durere moderată în partea de jos a abdomenului (comparabilă cu aceea pe care o aveți în timpul menstruației, când ultima este dureroasă), de o intensitate mai mare sau mai mică, dar aceste crampe sunt absolut suportabile, mai ales că intervenția este de scurtă durată.

Fiind informată despre riscurile și beneficiile anesteziei locale sau generale eu aleg:

Anestezie locală

Anestezie generală

Trebuie să știți, că în săptămânile care urmează după avort aveți aceleași șanse să deveniți gravidă ca și după o menstruație obișnuită. De aceea este strict necesar să **discutați cu medicul și să alegeți chiar acum o metodă de contracepție.**

Numele, prenumele pacientei/ reprezentantului legal _____

Semnătura _____ Data _____

Confirmarea prestatorului

Eu confirm că am explicat completamente scopul și natura investigațiilor și riscul implicit.

Numele, prenumele medicului _____

Semnătura _____ Data _____

**Acordul informat
pentru avortul medicamentos**

Avortul medicamentos este o modalitate de întrerupere a sarcinii folosind comprimate administrate oral. Eu înțeleg că o altă opțiune de întrerupere a sarcinii pentru mine este un avort chirurgical.

Eu înțeleg că dacă aleg această metodă, eu voi administra 200 mg Mifepristonum (1 tabletă) pe cale orală. Eu înțeleg că va trebui să administrez 800 µg Misoprostolum (4 tablete) pe cale sublinguală (sub limbă) sau bucală timp de 20 minute peste 24 ore, la domiciliu. Eu înțeleg că va trebui să contactez prestatorul de servicii medicale peste o săptămână pentru a evalua succesul avortului. Eu îl pot, de asemenea, contacta sau veni la instituția medicală oricând, dacă am careva întrebări sau preocupări. Eu înțeleg că pot solicita și beneficia de avort chirurgical în orice moment la instituția medicală.

Eu înțeleg că unele femei pot avea unele efecte adverse de la regimul de inducere a avortului medicamentos utilizat. Eu pot avea grețuri, pot vomita sau avea diaree. Eu înțeleg că probabil voi avea dureri abdominale sau crampe abdominale și sângerare. Hemoragia poate fi mai mare decât cea pe care o am de obicei în timpul menstruației. Eu înțeleg că toate aceste efecte adverse sunt temporare, trec de la sine, fără vre-o intervenție. Eu înțeleg că acestea sunt semnele și simptomele ce necesită adresare imediată la medic:

- hemoragie îndelungată și/sau mai abundentă decât cea menstruală (mai mult de 2 absorbante într-o oră, timp de două ore consecutiv); durere intensă sau în creștere; sincope (pierderi de cunoștință);
- eliminări cu miros neplăcut, febră cu o durată mai mult de 4 ore după administrarea Misoprostolului, frisoane, dureri puternice în partea de jos a abdomenului.

Eu înțeleg că regimul de inducere al avortului medicamentos poate eșua. Eu am fost informată că aceasta se întâmplă în două până la opt procente de cazuri.

Există câteva raportări ale anomaliei fetale de la femeile gravide care au administrat Misoprostolum și apoi au decis să ducă sarcinile până la termen. Prin urmare, dacă tratamentul eșuează, eu înțeleg că pot alege să repet schema de administrare sau să fiu supusă unui avort chirurgical. Dacă eu optez pentru continuarea sarcinii, eu înțeleg că pot beneficia de asistența prenatală standard oferită în țară. Eu înțeleg că pot avea un avort incomplet (pana la 2-3% de cazuri). În așa caz pot alege tactica expectativă, administrarea suplimentară a Misoprostolului sau evacuarea chirurgicală a cavității uterine.

Eu înțeleg că informația despre acest avort va fi păstrată respectând confidențialitatea.

Dacă am o urgență medicală în rezultatul intervenției efectuate de întrerupere a sarcinii sau careva preocupări privind studiul, eu pot apela

- la medicul _____
- la numărul de tel. _____

Eu _____ sunt de acord să efectuez avortul medicamentos. Eu am făcut cunoștință cu și înțeleg informația din acest formular de Acord informat. Eu am primit răspuns la toate întrebările mele și am primit numele persoanei și numărul de telefon la care pot apela în caz de urgență.

Semnătura pacientei/reprezentantului legal _____

Data _____

Confirmarea prestatorului. Eu confirm că am explicat completamente scopul și natura investigațiilor și riscul implicit.

Numele, prenumele medicului _____

Semnătura _____ Data _____

**Echipamentul și consumabilele
minimum necesare pentru instituțiile în care se efectuează aspirarea vacuum electrică sau manuală**

Instituțiile medico-sanitare publice sau private, autorizate de a presta servicii de întrerupere a sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni, trebuie să dispună de încăperi separate: sală mică de operații cu sală preoperatorie și ecluză și salon cu paturi sau fotolii pentru recuperarea pacienților după procedura de întrerupere a sarcinii conform „Regulamentului sanitar privind condițiile de igienă pentru prestatorii de servicii medicale, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.4 din 14.01.2026 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2026, Nr. 92-95 art. 74)”.

Înainte de a începe procedura de aspirare vacuum electrică sau manuală, încredințați-vă că în sala de manopere este disponibil următorul echipament și consumabile, în stare funcțională de lucru:

Echipament:

- 1) Masă de examinare ginecologică.
- 2) Sursă puternică de lumină (lampă).
- 3) Scaun pentru medic.
- 4) Masă de lucru și sterilă.
- 5) Dulap pentru medicamente
- 6) Lampă bactericidă
- 7) Echipament/consumabile pentru curățarea/dezinfecția/ambalarea și sterilizarea instrumentarului medical și materialului moale sau contractarea serviciilor respective

Seturi de instrumente sterile:

- 1) Valve vaginale.
- 2) Pense de col.
- 3) Pensa port-tampon (pensă fenestrată).
- 4) Dilatatoare mecanice (Hegar, sau conice tip Pratt sau Denniston).
- 5) Dilatatoare osmotice dacă sunt disponibile (tip Dialapam, Lamicel).
- 6) Canule de plastic Karman sau Easy Grip, de diferite dimensiuni.

Consumabile:

- 1) Mănuși sterile
- 2) Echipament personal de protecție (costum chirurgical, halat, șorț de o singură folosință, mănuși, ecran, ciupici lavabili)
- 3) Consumabile necesare pentru colectarea separată a fiecărui tip de deșeu produs.
- 4) Detergenți, produse biocide și pentru dezinfecția instrumentarului/echipamentelor/suprafețelor și mâinilor înregistrate în Republica Moldova
- 5) Echipament/consumabile necesare pentru igiena mâinilor (dozatoare pentru săpun lichid, antiseptic pentru mâini, suport pentru ștergere de unică folosință, ștergere de unică folosință)
- 6) Vată, tifon.
- 7) Soluție antiseptică (preferabil non-alcoolică).
- 8) Seringă de 10 ml și ac spinal mărimea 22 pentru blocul para-cervical (opțional).
- 9) Ustensile pentru dereticarea curentă și generală a încăperilor.

Pentru aspirarea vacuum electrică sau manuală:

- 1) Aspirator vacuum electric sau seringă pentru aspirație vacuum manuală.
- 2) Adaptoare (pentru canule Karman flexibile).
- 3) Canule Ipas de plastic flexibile Karman sau semirigide Easy Grip.

- 4) Silicon pentru lubrifierea seringilor.

Pentru inspecția țesutului:

- 1) Dispozitiv pentru filtrare (metalic, din plastic sau tifon).
- 2) Vas transparent.
- 3) Sursă de lumină.
- 4) Soluție fixativă.
- 5) Receptacol conform cerințelor laboratorului morfopatologic.

Pentru resuscitarea de urgență:

- 1) Echipament pentru perfuzii i/v și fluide.
- 2) Sac Ambu cu oxigen.
- 3) Conductă de aer (oxigen)

Medicamente:

- 1) Pentru analgezie (Ibuprofenum 400 mg).
- 2) Anxiolitice (ex: Diazepamum).
- 3) Anestezice locale (Lidocainum 0,5 – 1 %).
- 4) Preparate pentru antibiotico-profilaxia pre-avort.
- 5) Uterotonice (Oxytocinum, solutie injectabila 5UI/ml, Misoprostolum).
- 6) Pentru stările de urgență (Atropinum, Norephinephrinum, Diazepamum, glucocorticoizi – Dexametazonum, Prednizolonum).
- 7) Pentru facilitarea dilatării colului uterin (Misoprostolum 200 μg).
- 8) Soluții i/v (ser fiziologic, ringher lactat).
- 9) Anticoncepționale orale, Medroxyprogesteronum*, Levoplant, DIU, preservative (pentru distribuirea gratis pacientei la alegerea ei la plecarea din instituția medicala)

*Produsul medicamentos nu este inclus în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor, dar recomandat de Ghidurile internaționale bazate pe dovezi.

Ghidul pacientei pentru întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă

După ce luați Misoprostolum, dvs. ați putea avea: crampe, grețuri, vomă, diaree, eliminări sanguinolente gen menstruale, febra până la 38 de grade timp de 4 ore.

Trebuie să planificați ca să vă odihniți timp de câteva ore.

În caz de senzații dureroase puteți folosi: Ibuprofenum 400mg, cu repetarea dozei peste 3 ore.

Trebuie de contactat imediat medicul dacă:

1. Au apărut dureri puternice în abdomen, care nu se ameliorează după administrarea de Ibuprofen;
2. Aveți febră peste 38⁰C, care persistă mai mult de 24 ore, frisoane (friguri);
3. Aveți o sângerare prea puternică - se elimină cheaguri mari de sânge sau sunteți nevoită să folosiți peste 2 absorbante într-o ora, timp de 2 ore consecutive;
4. Nu ați avut nici o sângerare timp de 24 de ore după luarea Misoprostolului;
5. Au apărut eliminări vaginale purulente sau cu miros neplăcut;
6. Aveți slăbiciuni puternice, ați pierdut cunoștința (leșin), aveți respirație îngreunată;
7. Menstruația nu a apărut după 4 - 8 săptămâni după procedură.

Administrarea **Mifepristonului**: data _____ ora _____

Administrarea **Misoprostolului**: data _____ ora _____

Reveniți la **vizita programată**: data _____ ora _____

Prescripții

Antibiotice: _____

Contracepție: _____

Combaterea durerii: _____

Medicul _____ Tel. _____
(nume, prenume)

Semnătura _____

După avort: ce trebuie să cunoască pacienta.

1. După întreruperea sarcinii, timp de 2-3 săptămâni, este normal să aveți dureri sub formă de spasme în partea de jos a abdomenului și o sângerarea ușoară.
2. Majoritatea femeilor pot reveni la activitățile lor obișnuite practic imediat.
3. Puteți deveni gravidă imediat după avort, fără ca să apară o menstruație. Din aceste considerente este foarte important să folosiți o metodă eficientă de contracepție.

Ghidul pacientei după întreruperea sarcinii prin metoda aspirației vacuum electrice sau manuale**Ce trebuie să cunoască pacienta.**

1. După întreruperea sarcinii, timp de 2 săptămâni, este normal să aveți dureri sub formă de spasme în partea inferioară a abdomenului și o sângerare ușoară.
2. Majoritatea femeilor pot reveni la activitățile lor obișnuite practic imediat după aspirație.
3. Puteți deveni gravidă imediat după avort, fără ca să apară o menstruație. Din aceste considerente este foarte important să folosiți o metodă eficientă de contracepție.
4. Puteți reveni la medic pentru un control de rutină peste 2 - 3 săptămâni după avort, dar nu este obligatoriu.
5. Avortul se poate complica cu o infecție.

Trebuie de adresat imediat la medic dacă:

- a. au apărut dureri puternice în abdomen;
- b. aveți febră peste 38°C , frisoane (friguri);
- c. aveți o sângerare prea puternică – se elimină cheaguri mari de sânge sau ești nevoită să folosiți peste 2 pachete igienice timp de 2 ore;
- d. au apărut eliminări vaginale purulente sau cu miros neplăcut;
- e. aveți slăbiciuni puternice, ați pierdut cunoștința (leșin), aveți respirație îngreunată;
- f. menstruația nu a apărut după 4 - 8 săptămâni de la procedură.

Data efectuării procedurii: _____**Metoda:** _____**Prescripții**

Antibiotice: _____

Contracepție: _____

Combaterea durerii: _____

Medicul _____ **Tel.** _____
(nume, prenume)**Semnătura** _____

**Chestionar privind evaluarea gradului de satisfacție a pacienților despre calitatea serviciilor de
întrerupere a sarcinii**
(Chestionar de anchetare anonimă)

Stimate Doamnă, în scopul îmbunătățirii calității și siguranței serviciilor acordate în instituția noastră,

efectuăm un sondaj de opinie cu privire la nivelul Dvs. de satisfacție privind serviciile medicale acordate. Rugăm să indicați/subliniați răspunsului considerat potrivit pentru Dvs. sau, după caz, să completați. Completarea chestionarului va dura circa 2-5 minute. Răspunsurile Dvs. vor fi confidențiale. Mulțumim mult pentru contribuția Dvs. la îmbunătățirea calității și siguranței serviciilor medicale oferite în instituția noastră!

1. Până la procedură, ați fost informată de către personalul medical despre esența și etapele procedurii de întrerupere a sarcinii?

Da, Nu, Nu țin minte (de subliniat)

2. V-a fost oferită informație despre decurgerea perioadei post-avort și semnele complicațiilor posibile (de exemplu, ce trebuie de făcut în caz de dureri abdominale, febră sau hemoragie abundentă; de evitat raporturile sexuale până la încetarea sângerării)?

Da, Nu, Nu țin minte (de subliniat)

3. Au asistat alte persoane în timpul consilierii sau procedurii?

Da, Nu, Nu țin minte (de subliniat)

4. Ați discutat cu personalul metodele de contracepție după avort?

Da, Nu, Nu țin minte (de subliniat)

5. În opinia Dvs., a fost prea lungă perioada de la adresare în clinică până la efectuarea procedurii?

Da, Nu, Nu țin minte (de subliniat)

6. În opinia Dvs., este acceptabil costul acestei proceduri?

Da, Nu, (de subliniat)

7. Dacă o să aveți nevoie de altă întrerupere a sarcinii, o să reveniți în această instituție medicală ori o să preferați alta? Veți recomanda instituția respectivă și procedura prietenelor?

Da, Nu, Nu am decis încă (de subliniat)

Comentarii:

Vă mulțumim pentru colaborare.

SUMARUL**cerințelor pentru IMS prestatoare de servicii de întrerupere a sarcinii în condiții de siguranță****GENERALE:**

- Acces liber (fără îndreptare)
- Medici instruiți în vacuum aspirație electrică sau manuală și avort medicamentos
- Personal mediu instruit în consilierea pentru vacuum aspirație electrică sau manuală și avort medicamentos
- Fișă medicală de întrerupere a sarcinii
- Prezența standardelor și protocoalelor locale: De prevenire și control al infecției; Asigurare cu contraceptive Administrare rațională a antibioticelor (Stewardship Programme); Administrare a anesteziei ;Procedurii de întrerupere a sarcinii
- Legătură telefonică 24 ore
- Posibilitatea oferirii tuturor metodelor de anestezie
- Serviciu de urgență
- Test la sarcină disponibil
- Posibilitatea efectuării ultrasonografiei
- Facilități de laborator (grupa, Rh, frotiul citologic)
- Materiale educaționale disponibile pentru paciente

CONSILIEREA:

- Efectuată în încăpere izolată
- Discutarea deciziei
- Discutarea riscurilor
- Prezentarea metodelor de întrerupere și alegerea celei potrivite
- Descrierea tehnicii
- Discutarea și alegerea metodei de anestezie
- Discutarea necesității aplicării metodelor de contracepție
- Consimțământ informat
- Intervalul dintre consiliere și procedură mai puțin de o oră

PREVENIREA ȘI CONTROLUL INFECȚIEI:

- Spălarea dezinfectia igienică și chirurgicală a mâinilor de fiecare dată conform celor 5 momente ale OMS
- Purtarea echipamentului personal de protecție de către personal de fiecare dată în corespundere cu riscul evaluat
- Igiena mediului spitalicesc conform procedurilor operaționale instituționale (fotoliul, masa și încăperea după fiecare pacientă – prelucrate)
- Tehnica gestionării instrumentarului steril non-contact respectată în timpul avortului
- Decontaminarea, sterilizarea, ambalarea instrumentelor (valva, dilatatoare, containere ale pompei, seringă, canulele), păstrarea și utilizarea conform procedurilor operaționale instituționale
- Colectarea separată pe categorii a deșeurilor generate direct la sursă, ambalarea, etichetarea, păstrarea, transportarea, tratarea lor conform protocoalelor operaționale instituționale

CONDUITA POST AVORT:

- Salon de recuperare
- Evaluarea semnelor vitale cel puțin o dată
- Asigurarea cu instrucțiuni scrise
- Discutarea perioadei normale de după avort
- Discuția semnelor complicațiilor posibile
- Consilierea privind administrarea de contraceptive
- Disponibilitatea contraceptivelor
- Oferirea numărului de telefon 24 de ore din 24
- Planificarea vizitei de supraveghere

Prelucrarea instrumentelor pentru aspirație vacuum manuală

Descrierea aspiratoarelor

Există două modele de aspiratoare:

- ▶ Ipas MVA Plus
- ▶ aspirator cu o singură valvă.

Fiecare aspirator este format dintr-un cilindru, un piston și valve. Majoritatea aspiratoarelor vin curate, nesterile.

Canulele Karman Flexibile, care necesită adaptoare

Canulele Easy Grip, semirigide

Prelucrarea instrumentelor

ATENȚIE. Risc de expunere la risc: atingerea instrumentelor nedecontaminate cu mâinile fără mănuși. Folosiți mănușile!

Aspiratoarele Ipas MVA Plus și cele cu o singură valvă fac parte din instrumentele reutilizabile. Aceste instrumente după fiecare utilizare/procedură necesită curățarea și dezinfectie pentru eliminarea agenților infecțioși, iar înainte de utilizare trebuie sterilizate prin autoclavare sau sterilizare chimică. În lipsa posibilității efectuării sterilizării se va asigura minimul efectuarea dezinfectiei de grad înalt.

Canula Ipas EasyGrip poate fi reutilizată după curățare, dezinfectie și sterilizare.

Canula flexibilă Karman și canula de 3 mm sunt de unică folosință. După utilizare, acestea se consideră deșeuri infecțioase (18 01 03*).

ATENȚIE. Metodele de procesare, nespecificate în aceste instrucțiuni pot cauza deteriorarea și / sau decolorarea dispozitivului.

I. Înmuiera într-o soluție dezinfectantă

După procedură, aspiratoarele, canulele Ipas EasyGrip și adaptoarele reutilizabile trebuie plasate într-un vas special destinat cu o soluție până la curățare (Exemplu soluție de cloramină 0,5%). Dacă dispozitivele se usucă, toată contaminarea va fi dificil de eliminat.

II. Curățarea

Aspiratoarele trebuie dezamblate înainte de curățarea și procesarea ulterioară. În timpul acestui lucru, de asemenea, trebuie să eliminați inelul de etanșare a pistonului. Adaptoarele detașabile trebuie scoase din canulele flexibile Karman și spălate cu grijă toate suprafețele în apă caldă cu detergent. Mai bine de folosit detergent decât săpun, deoarece după săpunul poate să rămână pe instrumente.

ATENȚIE. Nu folosiți obiecte ascuțite pentru curățarea pieselor sau detașarea inelului. Se poate deteriora dispozitivul și duce la incapacitatea acestuia de menținere a vacuumului.

III. Dezinfectia și sterilizarea

După curățare, Ipas MVA Plus, sau aspiratoarele cu o singură supapă, canulele Ipas EasyGrip, adaptoarele (dacă sunt utilizate) trebuie dezinfectate utilizând produse biocide/dispozitive medicale înregistrate în Republica Moldova cu acțiune virulicidă conform instrucțiunilor de utilizare de la producător. După dezinfectie urmează de efectuat clătirea, uscarea, ambalarea și sterilizare/dezinfectia de grad înalt.

ATENȚIE. Important este să urmați instrucțiunile pentru realizarea corectă a prelucrării precum și evitarea deteriorării instrumentarului.

Opțiuni de sterilizare

- ▶ Pentru aspiratorul Ipas MVA Plus, canula Ipas EasyGrip și adaptoarele:

1. Nu așezați în autoclavă aspiratorul cu o singură valvă!
2. Sterilizați cu abur într-un autoclav cu abur la un regim de temperatura 121° C (250 ° E), presiunea 1,1 Atm, durata de 45 minute.
3. Plasați aspiratorul dezasamblat Ipas MVA Plus pe țesătură, hârtie Kraft sau alte ambalaje adecvate pentru autoclave cu indicator chimic. Este necesar de procesat cu abur toate suprafețele. Piesele nu trebuie să se atingă și trebuie amplasate astfel încât găurile să nu fie blocate pentru scurgerea apei. Canulele Ipas EasyGrip, mai ales cele de dimensiuni mici, se pot distruge în autoclavă. Pentru a reduce acest lucru, se ambalează câte una în hârtie, pânză sau alte ambalaje potrivite pentru autoclavă cu indicator chimici adecvați regimului de sterilizare și plasați-le de-a lungul peretelui sau în partea de jos a autoclavei. Asigurați-vă că locația altor obiecte nu va cauza curbarea canulei.

Opțiuni de dezinfecție de grad înalt pentru adaptoare Ipas MVA Plus, canula Ipas EasyGrip și pentru toate dispozitivele reutilizabile:

1. Scufundați complet piesele dezasamblate într-o soluție de produse etichetate de producător și înregistrate în Republica Moldova pentru dezinfecția de nivel înalt. Articolele trebuie scufundate complet.
2. Eliminați soluția în conformitate cu recomandările producătorului sau mai rapid dacă soluția este tulbură.
3. !!! După dezinfecție de grad înalt tot instrumentarul trebuie clătit bine de substanțe chimice dezinfectante în apă sterilă.

► Substanțele chimice sunt periculoase, la procesare instrumentelor luați măsurile necesare de siguranță. Pentru utilizarea în siguranță, citiți instrucțiunile de siguranță ale producătorului.

Reasamblați aspiratorul respectând măsurile de asepsie.

1. În Ipas MVA Plus introduceți corpul seringii la loc în interiorul valvei, aliniind proeminențele interne. Închideți valvele până face clic. Fixați capacul la sfârșitul supapei.
2. Împingeți cilindrul în baza valvei. Nu rotiți cilindrul în supapă la asamblare, deoarece acest lucru poate duce la o deplasare a căptușelii și dispozitivul va funcționa defectuos.
3. Puneți inelul de cauciuc al pistonului și ungeți-l, distribuind o picătură de silicon sterilizată pe inel pentru o funcționare corectă. Unsoarea de silicon este furnizată (non-sterilă).

Depozitarea instrumentelor

1. Depozitați instrumentele sterilizate prin autoclavare în ambalajul de sterilizare cu respectarea termenilor de valabilitate.
2. Instrumentarul dezinfectat de grad înalt, după clătire trebuie uscat la temperatura camerei într-un container/dispozitiv cu mediu curat și uscat lipsit de contaminare, mediul în care nivelul necesar de sterilitate corespunde normelor. Dacă o astfel de depozitare este imposibilă, repetați dezinfecția de grad înalt și clătirea înainte de următoarea utilizare.

Grade de recomandare și niveluri ale dovezilor

Tabelul 5. 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.

Tabelul 6. Clasificarea 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.

Tabelul 7. 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.

**Fișa standardizată de audit medical
pentru evaluarea implementării Protocolului clinic standardizat
„Întreruperea sarcinii în condiții de siguranță”**

Denumirea IMS auditate (denumirea oficială)	
Localitate / Raion	
Tipul IMS	AMP=1; AMSA=2; AMS=3; Privat=4
Perioada auditului (de la – până la)	
Eșantion audit (nr. fișe/cazuri analizate)	
Auditor(i) / Funcția	

Codificare generală: Da=1; Nu=0; Necunoscut/Neaplicabil=9.

Metodă: Avort medicamentos=1; Aspirație vacuum manuală (AVM)=2; Aspirație vacuum electrică (AVE)=3;

D&E/altă intervenție chirurgicală=4; Necunoscut=9.

Tip prezentare: voluntară la cerere=1; indicații medicale=2; indicații sociale/alte=3; necunoscut=9.

Nr.	Domenii/aspecte evaluate	Criterii pentru evaluare ce rezultă din protocol / Codificare	Observații / neconformități / recomandări
1	Identificare caz	Vârsta pacientei (ani) / necunoscut=99	
2	Identificare caz	Mediul de reședință: urban=1; rural=2; necunoscut=9	
3	Identificare caz	Vârsta gestațională confirmată (săpt.+zile) / necunoscut=99	
4	Identificare caz	Tip prezentare: la cerere=1; medical=2; social/alte=3; necunoscut=9	
5	Acces și respectarea drepturilor	Confidențialitate asigurată (spațiu, discuție privată, date protejate) (1/0/9)	
6	Acces și respectarea drepturilor	Consimțământ informat semnat înainte de procedură (1/0/9)	
7	Consiliere pre-avort	Consiliere documentată: opțiuni, risc/beneficii, semne de alarmă (1/0/9)	
8	Consiliere pre-avort	Consiliere privind contracepția post-avort (metode, inițiere imediată) (1/0/9)	
9	Evaluare clinică inițială	Anamneză și examen clinic documentate (1/0/9)	
10	Evaluare clinică inițială	Excluderea/confirmarea sarcinii ectopice (clinic/USG/alte) documentată (1/0/9)	
11	Evaluare paraclinică	Determinarea grupului sanguin/Rh documentată (1/0/9)	
12	Profilaxie Rh	Dacă Rh negativ: profilaxie anti-D administrată conform indicațiilor (1/0/9)	
13	Alegerea metodei	Metoda aleasă și justificarea (vârsta gestațională, preferință, indicații/contraindicații) documentate (1/0/9)	
14	Alegerea metodei	Metodă utilizată (1-4/9): Avort medicamentos=1; AVM=2; AVE=3; altă=4; necunoscut=9	

Nr.	Domenii/aspecte evaluate	Criterii pentru evaluare ce rezultă din protocol / Codificare	Observații / neconformități / recomandări
15	Avort medicamentos (până la 12 săpt.)	Schema (mifepriston + misoprostol) documentată (doze/cale/timp) (1/0/9)	
16	Avort medicamentos	Instrucțiuni pentru administrarea misoprostolului și situații speciale (ex. vomă după mifepriston) documentate (1/0/9)	
17	Avort medicamentos	Evaluarea completitudinii avortului (clinic/USG/ β -hCG – dacă aplicabil) documentată (1/0/9)	
18	Avort medicamentos >12 săpt.	Protocol de inducere documentat (doze/cale/interval) (1/0/9)	
19	Avort medicamentos >12 săpt.	Măsuri pentru management lactație după întrerupere tardivă (dacă aplicabil) (1/0/9)	
20	Aspirație vacuum	Verificare pre-procedură: indicarea, pregătirea, antisepsie, instrumentar complet (1/0/9)	
21	Aspirație vacuum	Anestezie/analgizie documentată (tip, doză, monitorizare) (1/0/9)	
22	Aspirație vacuum	Examinarea imediată a aspiratului pentru confirmarea evacuării complete (1/0/9)	
23	Prevenirea infecțiilor	Măsuri IPC documentate (sterilizare, câmpuri sterile, echipament, deșeuri) (1/0/9)	
24	Prevenirea infecțiilor	Profilaxie antibiotică/antibioterapie conform indicațiilor, documentată (1/0/9)	
25	Monitorizare peri-procedurală	Semne vitale monitorizate înainte/în timpul/după (TA, puls, sângerare) (1/0/9)	
26	Îngrijire post-avort	Informații scrise/orale oferite (îngrijire acasă, semne de alarmă, contact medic) (1/0/9)	
27	Îngrijire post-avort	Contracepție oferită/inițiată imediat post-avort (metoda) documentată (1/0/9)	
28	Îngrijire post-avort	Plan/indicație de control post-avort (2–3 săpt. sau după necesitate) comunicat (1/0/9)	
29	Complicații	Complicații evaluate și consemnate (hemoragie, infecție, avort incomplet, reacții) (1/0/9)	
30	Complicații	Managementul complicațiilor conform algoritmilor, documentat (1/0/9)	
31	Documentare	Fișa medicală completată integral (date, diagnostic, procedură, semnături) (1/0/9)	
32	Raportare/monitorizare	Date raportate către nivel ierarhic superior conform cerințelor (1/0/9)	
33	Feedback pacientă	Chestionar satisfacție aplicat (Anexa relevantă) / sau mecanism de feedback (1/0/9)	
34	Calitate și siguranță	Audit medical intern efectuat periodic / discutarea cazurilor în Consiliul calității (1/0/9)	

Notă: În coloana „Observații” se înscriu neconformitățile, cauzele probabile și recomandările de îmbunătățire.

La final se poate calcula procentul de conformitate pe domenii și per total (nr. criterii „Da” / nr. criterii aplicabile).

BIBLIOGRAFIE

1. Clinical practice handbook for quality abortion care. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369488/9789240075207-eng.pdf?sequence=1>
2. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf>
3. Clinical Guideline for Abortion Care: An evidence-based guideline on abortion care in Australia and Aotearou New Zealand (2025). RANZCOG - The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Melbourne, Australia. <https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/Clinical-Guideline-Abortion-Care.pdf>.
4. FIGO updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. Mifepristone & Misoprostol and Misoprostol Only Dosing Charts 2023. https://www.figo.org/sites/default/files/2024-01/FIGO-MifeMiso-Chart-11-2023-FINAL_0%20%281%29.pdf
5. Abortion care. NICE guidelines NG140, Published: 25 September 2019, Last updated: 27 May 2025. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/resources/abortion-care-pdf-66141773098693>
6. Clinical Policy Guidelines for Abortion Care 2024. National Abortion Federation, USA. <https://prochoice.org/wp-content/uploads/2024-CPGs-FINAL-1.pdf>
7. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. ISBN: 978 92 4 154926 4. World Health Organization, 2015
8. WHO Ghidul Consolidat de auto-ingrijire, 2019 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325480/9789241550550-eng.pdf>
9. RCOG, Coronavirus (COVID-19) și ingrijirile în avort <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-01-coronavirus-covid-19-infection-and-abortion-care.pdf>
10. Elizabeth G, Raymond A, Daniel G, Mark A, Ushma D. Upadhyay, Gillian Dean, Mitchell D. Creinin, et al, No-Test Medication Abortion: A Sample Protocol for Increasing Access During a Pandemic and Beyond, Contraception. 2020 Apr 16 doi: 10.1016/j.contraception.2020.04.005
11. What are the recommendations for breastfeeding after a medical termination of pregnancy? <https://www.pharmaceutical-journal.com/learning/learning-article/what-are-the-recommendations-for-breastfeeding-after-a-medical-termination-of-pregnancy/11080485.article?firstPass=false>
12. Castleman Laura, and Carol Mann. 2002. *Manual vacuum aspiration (MVA) for uterine evacuation: Pain management*. Chapel Hill, NC, Ipas.
13. Strategia Națională în Sănătatea Reproducerii în Republica Moldova pentru anii 2005- 2015
14. Breitbart V. (2000) Counseling for medical abortion. American Journal of Obstetrics and Gynecology 183(Suppl 2):S26-S33.
15. Endler M, Lavelanet A, Clevee A, Ganatra B, Gomperts R, Gemzell-Danielsson K. Telemedicine for medical abortion: a systematic review. BJOG 2019;126:1094–1102.
16. Leonardo Cely-Andrade, Karen Cárdenas-Garzón, Luis Carlos Enríquez-Santande, Biani Saavedra-Avendano and Guillermo Antonio Ortiz Avendaño. Telemedicine for the provision of medication abortion to pregnant people at up to twelve weeks of pregnancy: a systematic literature review and meta-analysis. Reproductive Health (2024) 21:136. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01864-4>
17. Upadhyay, U.D., Koenig, L.R., Meckstroth, K. et al. Effectiveness and safety of telehealth medication abortion in the USA. Nat Med 30, 1191–1198 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41591-024-02834-w>
18. Best practice in telemedicine for abortion care, 2022. Published by the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 10–18 Union Street, London, SE1 1SZ, UK.
19. Mia Schmidt-Hansen, Sharon Cameron, Jonathan Lord, Elise Hasler. Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;99:451–458.
20. Evidence-based guidelines that set the standards for abortion care in North America, 2020. <https://5aa1b2xfmfh2e2mk03kk8rsx-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020-CPGs-Final-for-web.pdf>

21. NICE, Sexually transmitted infections and under-18 conceptions: prevention Public health guideline [PH3]. Published date: 28 February 2007. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph3/chapter/2-Publichealth-need-and-practice>.
22. Comendant R, Cook C, Hodorogea S, Sagaidac I, Bubulici C, Platais I. Medical abortion via telemedicine for women and adolescents: experience from Moldova. *Reprod. Female Child Health*. 2022;1-8. doi:10.1002/rfc2.3. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/rfc2.3>
23. Cleeve A, Lavelanet A, Gemzell-Danielsson K, Endler M. The use of telemedicine services for medical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2025, Issue 6. Art. No.: CD013764. DOI: 10.1002/14651858.CD013764.pub2. Accessed 22 December 2025. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013764.pub2/full>
24. FIGO Statement: FIGO endorses the permanent adoption of telemedicine abortion services. <https://www.figo.org/FIGO-endorses-telemedicine-abortion-services>
25. Best practice in telemedicine for abortion care. RCOG's global initiative to advocate for women's health. 2022 The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. <https://www.rcog.org.uk/media/f32nniuk/abortion-care-telemedicine-best-practice-paper-2022.pdf>