



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

26 iunie 2026

ORDIN
mun. Chișinău

Nr. *535*

Cu privire la aprobarea Standardului de supraveghere a creșterii și dezvoltării copiilor și adolescenților, ediția III

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate copiilor și adolescenților, în temeiul art. 18, alin. (5) din Legea nr. 264/2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic, precum și pct. 7, subpct. 1) și pct. 9, subpct. 11) din Regulamentul cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.148/2021,

ORDON:

1. Se aprobă Standardul de supraveghere a creșterii și dezvoltării copiilor și adolescenților, ediția III, conform anexei.

2. Prestatorii de servicii medicale vor asigura implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Standardului de supraveghere a creșterii și dezvoltării copiilor și adolescenților, ediția III.

3. Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Standardul de supraveghere a creșterii și dezvoltării copiilor și adolescenților, ediția III.

4. Compania Națională de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de prevederile Standardului de supraveghere a creșterii și dezvoltării copiilor și adolescenților, ediția III, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

5. Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Standardului de supraveghere a creșterii și dezvoltării copiilor și adolescenților, ediția III, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.

6. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul Mamei și Copilului, va asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Standardului de supraveghere a creșterii și dezvoltării copiilor și adolescenților, ediția III, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.

7. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Centrul de Excelență în Medicină și Farmacie „Raisa Pacalo” și colegiile de medicină vor asigura includerea Standardului de supraveghere a creșterii și dezvoltării copiilor și adolescenților, ediția III, în activitatea didactică a catedrelor respective.

8. Se abrogă:

- Anexa nr. 1 la Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 964/2019 cu privire la aprobarea Standardului de supraveghere a creșterii și dezvoltării copilului în condiții de ambulator și a Carnetului de dezvoltare a copilului (F 112/e);

- Anexa nr.4 la Regulamentul de organizare și funcționare a Cabinetului de Dezvoltare Timpurie a Copilului, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 672/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Cabinetului de dezvoltare a copilului.

9. Prezentul ordin intră în vigoare din 01.01.2027.

10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Secretarilor de stat.

Ministru



Emil CEBAN



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



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

STANDARDUL

de supraveghere a creșterii și dezvoltării

copiilor și adolescenților,

ediția III

Chișinău, 2026

**Aprobat în ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății
din 23 iunie 2026, proces verbal nr.2
Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 535 din 26.06.2026
cu privire la aprobarea Standardului de supraveghere a creșterii și dezvoltării
copiilor și adolescenților, ediția III**

CUPRINS

PARTEA INTRODUCTIVĂ

PREFAȚĂ

Utilizatorii standardului

Elaborat: 2026

Revizuire: 2031

Obiectivele standardului

Populația-țintă

Definiții și termeni-cheie

Autorii care au contribuit la elaborarea standardului

Lista structurilor/responsabililor care au examinat și avizat standardul

CAPITOLUL I. Screeningul neonatal

CAPITOLUL II. Activități de supraveghere a creșterii și dezvoltării copiilor și adolescenților efectuate de către medicul de familie, medicul pediatru și medicii specialiști

CAPITOLUL III. Activități de supraveghere a creșterii și dezvoltării copiilor cu vârsta 0-3 ani, efectuate prin vizite la domiciliu de către asistentul medical al medicului de familie

CAPITOLUL IV. Monitorizarea realizării serviciilor de supraveghere a creșterii și dezvoltării copiilor

ANEXE

BIBLIOGRAFIE

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMP	- Asistența medicală primară
AMSA	- Asistență Medicală Specializată de Ambulator
IMSP IMșiC	- Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul Mamei și Copilului
MS	- Ministerul Sănătății al Republicii Moldovei
OMS	- Organizația Mondială a Sănătății
USMF	- Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
GMDC	- Ghidul internațional de Monitorizare a Dezvoltării Copilului

PARTEA INTRODUCȚIVĂ

Prefață

Supravegherea creșterii și dezvoltării copilului reprezintă o prioritate majoră de sănătate publică, întrucât primii ani de viață sunt decisivi pentru sănătatea, bunăstarea și integrarea socială ulterioară a individului. Studiile epidemiologice internaționale confirmă că peste 80% din dezvoltarea neuropsihică are loc în primii cinci ani de viață, perioadă în care copilul este extrem de vulnerabil la factori biologici, sociali și de mediu.

În Republica Moldova, datele statistice naționale indică persistența unor provocări:

- rata mortalității infantile, deși în scădere constantă, se menține peste media Uniunii Europene;
- incidența anemiei feriprive și a rahitismului la copiii mici continuă să fie înregistrată la cote îngrijorătoare;
- accesul inegal la servicii medicale profilactice și de screening, în special în mediul rural;
- riscul crescut de expunere la factori socio-economici defavorabili (sărăcie, migrație, lipsa sprijinului parental).

La nivel internațional, Organizația Mondială a Sănătății și UNICEF promovează implementarea programelor integrate de dezvoltare timpurie a copilului (*Early Childhood Development*) și de monitorizare a sănătății copilului (*Child Health Surveillance*), subliniind importanța evaluărilor periodice standardizate, a vaccinării universale și a identificării precoce a tulburărilor de dezvoltare. Uniunea Europeană recomandă, prin strategiile sale de sănătate publică, aplicarea unor standarde unitare de monitorizare a copilului, cu accent pe profilaxie, echitate și reducerea inegalităților.

Acest Standard de supraveghere a creșterii și dezvoltării copiilor și adolescenților a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, care a inclus colaboratori ai Departamentului Pediatrie și Catedrei Medicină de familie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și specialiști din cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului și altor prestatori de servicii de AMP.

Standardul este elaborat în conformitate cu ghidurile de bune practici și recomandările internaționale actuale privind supravegherea creșterii și dezvoltării copiilor și include minimul obligatoriu de examinări profilactice pentru copiii cu vârsta de la 0 la 18 ani. Monitorizarea copiilor cu abateri de la dezvoltarea normală sau cu diverse maladii se va efectua în baza protocoalelor clinice naționale și a altor documente procedurale în vigoare, în funcție de starea de sănătate și de riscurile medico-sociale.

Utilizatorii standardului

- Prestatori de servicii de asistență medicală spitalicească (centre perinatale, maternități, secții de neonatologie și terapie intensivă neonatală, secții de ortopedie și traumatologie, ș.a.)
- Prestatori de servicii de asistență medicală primară (medici de familie, asistenți medicali de familie, medici pediatri, medici specialiști din cadrul CSPT)
- Prestatorii de servicii de asistență medicală specializată de ambulator (medici specialiști neuropediatri, oftalmologi, ortopezi-traumatologi, otorinolaringologi, audiologi, geneticieni, ș.a.)
- Finanțatorii serviciilor medicale
- Instituțiile de învățământ medical (USMF „Nicolae Testemițanu”, CEMF „Raisa Pacalo” și alte instituții de învățământ mediu de specialitate, cadre didactice, studenți, medici rezidenți).

Notă: Standardul, la necesitate, poate fi utilizat și de alți specialiști din sistemul de sănătate.

Elaborat: 2026

Revizuire: 2031 sau la necesitate

Scopul standardului

Asigurarea unui cadru național unitar pentru serviciile de supraveghere a creșterii și dezvoltării copiilor, prin implementarea unor intervenții standardizate, centrate pe copil și familie, menite să prevină îmbolnăvirile, să identifice precoce tulburările de dezvoltare și să promoveze sănătatea și bunăstarea copilului de la naștere până la vârsta de 18 ani.

Obiective

1. **Asigurarea accesului universal și echitabil** – garantarea accesului tuturor copiilor, indiferent de mediul socio-economic, la servicii de supraveghere medicală.
2. **Prevenirea și reducerea mortalității infantile și a copiilor sub 5 ani** – prin screening precoce, vaccinare completă și managementul adecvat al factorilor de risc.
3. **Creșterea calității serviciilor de sănătate** – prin aplicarea unor protocoale standardizate de supraveghere și prin integrarea bunelor practici europene și internaționale.
4. **Depistarea timpurie a tulburărilor de creștere și dezvoltare** – utilizând instrumente validate și asigurând referirea promptă către servicii specializate.
5. **Reducerea impactului bolilor transmisibile și netransmisibile** – prin profilaxie, consiliere și promovarea unui stil de viață sănătos.
6. **Consolidarea abordării transdisciplinare** – prin implicarea echipei medicale extinse (medic de familie, pediatru, asistent medical, specialiști) și cooperarea cu serviciile sociale și educaționale.
7. **Creșterea nivelului de educație pentru sănătate a părinților și comunității** – prin consiliere continuă, ghiduri anticipative și intervenții orientate spre familie.
8. **Monitorizarea și evaluarea rezultatelor** – prin aplicarea unui set de indicatori de performanță și prin raportarea sistematică a datelor la nivel național.

Populația-țintă

Standardul se aplică tuturor copiilor, de la naștere până la împlinirea vârstei de 18 ani.

Definiții și termeni-cheie

Pentru aplicarea unitară a prezentului standard, se definesc următorii termeni:

- *Supraveghere medicală* – proces sistematic și continuu de monitorizare a stării de sănătate și dezvoltării copilului, realizat prin examene clinice, investigații, screening-uri și consiliere, cu scopul de a preveni, depista precoce și gestiona problemele de sănătate.
- *Dezvoltare psihomotorie* – ansamblul progresiv de achiziții motorii, cognitive, limbaj, emoționale și sociale ale copilului, care reflectă maturizarea sistemului nervos central și integrarea acestuia în relația cu mediul.
- *Screening* – aplicarea unor metode standardizate de examinare clinică, teste sau instrumente validate pentru identificarea precoce a tulburărilor de sănătate sau a întârzierilor în dezvoltare, înainte de apariția manifestărilor clinice.
- *Ghidare anticipativă* – intervenție preventivă și educațională realizată de personalul medical, orientată spre informarea și pregătirea părinților pentru necesitățile de sănătate, creștere și dezvoltare ale copilului, corespunzător etapelor de vârstă și particularităților individuale ale acestuia.
- *Risc medico-social* – situație în care sănătatea copilului este afectată sau amenințată de factori biologici (prematuritate, malnutriție, boli cronice), psihologici (tulburări de dezvoltare, traumă emoțională) sau sociali (sărăcie, lipsa îngrijirii parentale, violență, migrație).
- *Bunăstare a copilului* – stare globală de sănătate fizică, psihică și socială, care include siguranța, dezvoltarea armonioasă și integrarea copilului într-un mediu familial și comunitar securizat și favorabil creșterii.

Lista persoanelor care au contribuit la elaborarea Standardului

Prenumele, numele	Funcția deținută, instituția
<i>Ninel Revenco</i>	Profesor universitar, șefă Departament Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”, membru al Comisiei de specialitate a MS în Pediatrie
<i>Ghenadie Curocichin</i>	Profesor universitar, șef Catedră medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”, președintele Comisiei de specialitate a MS în Medicina de familie
<i>Ala Holban</i>	Conferențiar universitar, Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”, membru al Comisiei de specialitate a MS în Pediatrie
<i>Olga Cîrstea</i>	Conferențiar universitar, Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”, membru al Comisiei de specialitate a MS în Pediatrie
<i>Adela Horodișteanu-Banuh</i>	Conferențiar cercetător, șef Serviciu monitorizare, evaluare și integrare a serviciilor de asistență medicală, IMSP Institutul Mamei și Copilului
<i>Larisa Chiriac</i>	Vicedirector medical, IMSP Centrul de Sănătate Cahul
<i>Elena Cumurciuc</i>	Specialist principal în asistența medicală mamei și copilului, IMSP Centrul de sănătate Fălești
<i>Angela Anisei</i>	Șef Direcție managementul calității serviciilor de sănătate, Ministerul Sănătății
<i>Dorina Savoschin</i>	Șef Serviciu sănătatea mamei și a copilului, Direcția generală politici în domeniul serviciilor medicale integrate, Ministerul Sănătății
<i>Luminița Avornic</i>	Șef Secție politici în domeniul asistenței medicale primare și comunitare, Ministerul Sănătății

Recenzenți:

Prenumele, numele	Funcția deținută, instituția
<i>Ina Palii</i>	dr. hab. șt. med., profesor universitar, Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”, președintă a Comisiei de specialitate a MS în pediatrie
<i>Larisa Crivceanschi</i>	dr. hab. șt. med., profesor universitar, Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”, președintă a Comisiei de specialitate a MS în neonatologie
<i>Svetlana Hadjiu</i>	dr. hab. șt. med., profesor universitar, Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”, membră a Comisiei de specialitate a MS în neurologie
<i>Anghelina Chiaburu</i>	dr.șt.med., conferențiar universitar, Catedra de otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, președintă a Comisiei de specialitate a MS în audiologie
<i>Argentina Sandrosean</i>	dr.șt.med., conferențiar universitar, Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu”, USMF „Nicolae Testemițanu”, membră a Comisiei de specialitate a MS în traumatologie
<i>Corina Magdei</i>	d.ș.m., medic oftalmolog, Secția oftalmologie, IMSP Institutul Mamei și Copilului, Clinica „Emilian Coțaga”, membră a Comisiei de specialitate a MS în oftalmologie
<i>Galina Leșco</i>	medic obstetrician-ginecolog, Director Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor „Neovita”

Lista structurilor/responsabililor care au examinat și avizat Standardul

Structura/instituția	Prenume, nume, funcția
Comisia Științifico-Metodică de profil „Pediatrie”	<i>Ninel Revenco</i> , președinta Comisiei, dr.hab.șt.med., profesor universitar
Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Ghenadie Curocichin</i> , șef Catedră dr.hab.șt.med., profesor universitar

Agenția Națională pentru Sănătate Publică	Nicolae Jelamschi , director
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Iuliana Albu , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Ion Dodon , director general
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	Valentin Mustea , director
Consiliul de Experți al MS	Aurel Grosu , președintele Consiliului, dr.hab.șt.med., profesor universitar

CAPITOLUL I.

SCREENINGUL NEONATAL

Screeningul neonatal universal constituie o intervenție importantă, orientată spre depistarea precoce a afecțiunilor congenitale și a tulburărilor de auz, văz, erorilor înnăscute de metabolism și a hiperbilirubinemiei¹, precum și inițierea screeningului displaziei de dezvoltare a șoldului, care pot afecta supraviețuirea, starea de sănătate, dezvoltarea neuropsihică și calitatea vieții copilului.

Examenul de screening neonatal trebuie oferit și efectuat tuturor nou-născuților, preferabil înainte de împlinirea vârstei de 72 de ore. Nu există o limită minimă de vârstă pentru realizarea examinării; totuși, în cazul nou-născuților externați precoce, examinarea trebuie efectuată cât mai aproape de momentul externării sau trebuie asigurată programarea unui consult suplimentar în cadrul centrului perinatal pentru efectuarea screeningului. Examinarea de screening neonatal este considerată „întârziată” dacă aceasta nu a fost finalizată până la vârsta de 72 de ore.

1.1. Screeningul deficiențelor de auz²

- Metoda de screening constă în **înregistrarea otoemisiilor acustice** la toți nou-născuții în primele 72 de ore de viață, cu excepția copiilor care prezintă malformații congenitale bilaterale ale urechii, inclusiv anotie și atrezie bilaterală a conductului auditiv extern.
- În cazul obținerii unui rezultat îndoielnic sau negativ la examinarea inițială prin otoemisiile acustice, se recomandă repetarea screeningului înaintea externării nou-născutului din maternitate.
- Dacă la două examinări consecutive se înregistrează rezultate negative sau neconcludente, copilul necesită referire către etapa a II-a a screeningului audiologic, pentru evaluare specializată la medicul otorinolaringolog din teritoriu sau în cadrul Centrului Republican de Audiologie, Protezare Auditivă și Reabilitare Medico-Pedagogică.

1.2. Screeningul anomaliilor oculare

- Metoda de screening include examinarea externă a ochilor, urmată de **testul reflexului roșu retinian** (Anexa 1.A) la toți nou-născuții în primele 72 de ore de viață, înainte de externare, efectuat de medicul neonatolog.
- În cazul grupurilor cu risc crescut (Anexa 1.B), sunt necesare investigații suplimentare, inclusiv examinarea retinei de către medicul oftalmolog.
- Toți copiii cu istoric familial de retinoblastom, cataractă (congenitală, infantilă sau juvenilă), glaucom sau anomalii ale retinei trebuie să fie referiți la specialistul oftalmolog pentru examen oftalmologic complet, indiferent de rezultatele testului reflexului roșu pupilar, până la împlinirea vârstei de 6 săptămâni de viață.

1.3. Screeningul fenilcetonuriei

- Metoda de screening constă în colectarea probei de sânge înainte de externarea nou-născutului.

1.4. Screeningul displaziei congenitale de șold

- Metoda de screening include aprecierea simetriei membrelor inferioare, evaluarea nivelului genunchilor în poziția de flexie bilaterală a șoldurilor și genunchilor și aprecierea limitării abducției șoldului și efectuarea separată a manevrelor Barlow și Ortolani pentru fiecare șold (Anexa 2):

¹ Universal newborn screening: Implementation guidance. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

² Standardul de screening audiologic la nou-născuți, ediția II (2025).

- manevra Barlow este utilizată pentru identificarea unui șold dislocabil, iar manevra Ortolani permite identificarea unui șold deja dislocat, care poate fi readus în poziția anatomică prin manevra de examinare.
- Screeningul pentru displazia de dezvoltare a șoldului este considerat negativ în condițiile absenței semnelor clinice sugestive și a factorilor de risc asociați.
- Excluderea probabilității dezvoltării bolii poate fi stabilită doar în cazul obținerii unor rezultate negative la efectuarea manevrelor Barlow și Ortolani în perioada neonatală și la evaluarea repetată obligatorie la vârsta de 6-8 săptămâni; precum și absenței factorilor de risc (Anexa 2).
- Rezultatul pozitiv al screeningului este definit prin prezența unei examinări clinice anormale a articulației șoldului, indiferent de asocierea factorilor de risc, și/sau prin identificarea factorilor de risc pentru displazia de dezvoltare a șoldului. Semnele clinice sugestive includ:
 - diferența de lungime a membrelor inferioare
 - asimetria nivelului genunchilor în poziție de flexie bilaterală
 - limitarea unilaterală a abducției șoldului cu o diferență de cel puțin 20°
 - limitarea bilaterală severă a abducției cu pierdere de minimum 30°
 - perceperea de către examinator a unui clic palpabil în timpul efectuării manevrelor Ortolani sau Barlow.

CAPITOLUL II.

ACTIVITĂȚI DE SUPRAVEGHERE A CREȘTERII ȘI DEZVOLTĂRII COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR EFECTUATE DE CĂTRE MEDICUL DE FAMILIE, MEDICUL PEDIATRU ȘI MEDICII SPECIALIȘTI

Personalul medical din asistența medicală primară reprezintă principalii furnizori de servicii orientate spre bunăstarea copilului, activitatea acestora fiind ghidată de principiile îngrijirii centrate pe copil și familie. Aceștia au un rol esențial în abilitarea părinților prin oferirea de informații și competențe privind îngrijirea corectă a copilului, precum și în coordonarea și integrarea serviciilor medicale destinate familiilor cu copii de diferite vârste. Totodată, contribuie activ la promovarea colaborării intersectoriale, în special în sprijinul familiilor aflate în situații de vulnerabilitate.

Supravegherea creșterii și dezvoltării copiilor și realizarea screeningului pentru diverse afecțiuni constituie componente fundamentale ale asistenței medicale primare. Acest proces este continuu, dinamic și cumulativ, având o importanță majoră în identificarea precoce, intervenția timpurie și reabilitarea copiilor cu întârzieri de dezvoltare sau tulburări comportamentale.

În cadrul fiecărei consultații, medicul de familie trebuie să acorde o atenție deosebită preocupărilor și observațiilor exprimate de părinți referitoare la dezvoltarea copilului. Experiența parentală reprezintă o sursă valoroasă de informații, evidențiind semne sugestive de întârziere în dezvoltare, chiar și în absența conștientizării acestora ca problemă.

Perioada adolescenței este caracterizată prin transformări complexe, marcând tranziția către viața adultă. În acest context, este necesară o atenție sporită din partea personalului medical pentru identificarea precoce a comportamentelor de risc care pot afecta dezvoltarea fizică și emoțională a adolescentului.

Componentele supravegherii creșterii și dezvoltării copilului de la 0 la 18 ani

Procesul de supraveghere a dezvoltării include următoarele elemente esențiale:

- identificarea și abordarea preocupărilor exprimate de părinți;
- supravegherea continuă a dezvoltării copilului;
- examinarea clinică periodică;
- identificarea factorilor de risc ;
- realizarea screeningului la vârste-cheie;
- completarea și actualizarea documentației medicale.

PROGRAMUL EXAMINĂRILOR PROFILACTICE OBLIGATORII ALE COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR

		ÎN CENTRUL PERINATAL	La domiciliu		ÎN INSTITUȚIA MEDICALĂ																
		I. Primele 72 ore (în caz de întârziere, de finalizat până la vârsta de o lună în CP)	II. primele 3 zile după CP	III. 10-14 zile	IV. 1 lună	V. 2 luni	VI. 4 luni	VII. 6 luni	VIII. 9 luni	IX. 12-14 luni	X. 18 luni	XI. 22-24 luni	XII. 36 luni	XIII. 48 luni	XIV. 60 luni	XV. 6-7 ani	XVI. 8-10 ani	XVII. 11-13 ani	XVIII. 14-15 ani	XIX. 16-17 ani	
●	Legenda marcajelor:	Evaluarea clinică și paraclinică obligatorie a tuturor copiilor																			
▲		Investigații și/sau referire la specialist a copiilor din grupurile de risc																			
◆		Tematici obligatorii pentru consilierea îngrijitorilor																			
1. Periodicitatea examinărilor profilactice ale copiilor și adolescenților de către medicul de familie, medicul pediatru și medicii specialiști																					
Screeningul neonatal al deficiențelor de auz ¹		•																			
Screeningul neonatal al anomaliilor oculare ²		•																			
Screeningul neonatal al fenicetonuriei		•																			
Screeningul neonatal al displaziei congenitale de șold ³		•																			
Consultația medicului de familie			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Consultația medicului pediatru					•			•		•		•				•					
Consultația în CSPT																		•	•	•	
1. Evaluarea clinică și paraclinică a copiilor și adolescenților																					
Antropometria ⁴					•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Măsurarea circumferinței capului ⁴					•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•						
Examenul fizic al copilului ⁴			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Evaluarea dezvoltării psihomotorii a copilului ⁵					•	•	•	•	•	•	•	•	•								
Screeningul tulburărilor de spectru autist ⁶											•	•									
Evaluare riscului tulburărilor de vedere ⁷			•	•	•	•	•/▲	•/▲	•	•/▲	•	•	•/▲	•	•/▲	•/▲	•/▲	•/▲	•/▲	•/▲	
Evaluare riscului tulburărilor de auz ^{1,8}			•	•	•	•/▲	•	•/▲	•	•/▲	•	•	•/▲	•	•	•	•	•	•	•	
Evaluare riscului displaziei congenitale de șold ⁹			•	•	•/▲	•/▲															
Screeningul anemiei								•		•		•				•					
Screeningul anemiei la copiii din grupul de risc ¹⁰							▲				▲		▲		▲		▲		▲	▲	
Screeningul hipertensiunii arteriale ¹¹													•	•	•	•	•	•	•	•	
2. Evaluarea riscurilor privind bunăstarea copilului																					
Screeningul depresiei materne ¹²					•	•		•													
Evaluarea posibilelor semne de neglijare, abuz sau violență asupra copilului ¹³			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
Screeningul tulburărilor de comportament sau învățare la copii ⁴																	•	•	•	•	
3. Subiecte de consiliere în cadrul ghidării anticipative a familiei																					
Alimentația copilului ¹⁴			◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	
Profilaxia rahitismului ¹⁵			◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆									
Profilaxia anemiei ¹⁶					◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	
Igiena și îngrijirea copilului			◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	
Igiena orală și prevenirea cariilor dentare								◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	
Activitatea fizică, prevenirea sedentarismului și igiena somnului			◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	
Vaccinarea copilului ¹⁷			◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	
Prevenirea Sindromului Morții Subite a Sugarului ⁴			◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆											
Semnele de pericol pentru viața copilului ⁴			◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆						
Prevenirea accidentelor ⁴			◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆				
Educație sexuală și contracepție ⁴																		◆	◆	◆	
Riscurile consumului de tutun, alcool și droguri ⁴																		◆	◆	◆	

Referințe din tabel:

1. Sandardul de screening audiologic la nou-născuți, ediția II (2025).
2. Universal newborn screening: Implementation guidance. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. Protocol clinic național „Malformația luxantă a șoldului” (PCN-71)
4. Ghid pentru medicii de familie „Supravegherea dezvoltării copiilor și adolescenților” (sub redacția Ninel Revenco), 2021, 400 p. ISBN 978-9975-157-46-9
5. Fișa de monitorizare a dezvoltării copilului cu vârsta cuprinsă între 1 - 42 luni (anexele 3.A, 3.B, 3.C și 3.D).
6. Chestionar privind autismul la copii (modificat, rectificat, cu întrebări ulterioare) (M-CHAT-R/F)TM (anexa 2).
7. Copiii la care se constată un reflex roșu retinian anormal la examinarea clinică (*testul reflexului roșu retinian*) vor fi referiți către medicul specialist (anexele 1.A și 1.B), și în conformitate cu protocoalele clinice naționale aplicabile.
8. Copiii cu factori de risc pentru tulburări de auz (anexa 5.A), precum și copiii la care se identifică date sugestive pentru tulburări de auz în cadrul examinării clinice, inclusiv prin aplicarea chestionarului-test „Cum aude copilul în primul an de viață” (anexa 5.B), vor fi referiți către medicul specialist, în conformitate cu prevederile Standardului de screening audiologic la nou-născuți (ediția 2025) și ale protocoalelor clinice naționale aplicabile
9. Copiii identificați la naștere cu risc de displazie de dezvoltare a șoldului, precum și copiii la care se constată date sugestive în cadrul examinării clinice, inclusiv prin efectuarea manevrelor Barlow și Ortolani (anexa 2), vor fi referiți către medicul specialist, în conformitate cu prevederile protocoalelor clinice naționale aplicabile (PCN-71 „Malformația luxantă a șoldului”)
10. La copiii cu factori de risc pentru anemie (anexa 6), precum și la cei la care se identifică date sugestive pentru anemie în cadrul examinării clinice, se vor efectua hemoleucograma completă și determinarea nivelului feritinei serice, în conformitate cu prevederile protocoalelor clinice naționale aplicabile
11. Determinarea tensiunii arteriale se va efectua utilizând echipament pediatric adecvat; valorile obținute vor fi interpretate conform tabelelor de percentile în funcție de vârstă, sex și înălțime (anexa 7), în concordanță cu prevederile protocoalelor clinice naționale aplicabile (PCN-193 „Hipertensiunea arterială esențială la copil”)
12. Screeningul pentru depresia postpartum se va efectua utilizând Scala Edinburgh de Depresie Postpartum (anexa 8), în conformitate cu prevederile protocoalelor clinice naționale aplicabile (PCN-255 „Depresia”)
13. Se va realiza evaluarea riscurilor, urmată de aplicarea măsurilor prevăzute de cadrul normativ în vigoare, respectiv Hotărârea Guvernului nr. 270/2014 privind aprobarea Instrucțiunilor referitoare la mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului, precum și Ordinul Ministerului Sănătății nr. 445 din 09.06.2015 privind aprobarea Instrucțiunii metodice referitoare la intervenția instituțiilor medicale în aceleași situații.
14. Se va realiza în conformitate cu protocolul clinic național PCN-369 „Alimentația naturală”, utilizând Fișa de observare a tehnicii alăptării (anexa 9) și Ghidul pentru medicii de familie „Supravegherea dezvoltării copiilor și adolescenților” (sub redacția Ninel Revenco, ed. 2021)
15. Se va aborda profilaxia postnatală a rahitismului, în conformitate cu prevederile anexei 10 și ale protocolului clinic național PCN-105 „Rahitismul la copii”
16. Se va aborda profilaxia anemiei la copii, în conformitate cu prevederile din anexa 11 și ale protocolului clinic național PCN-111 „Anemia feriprivă la copii”
17. Se va realiza în conformitate cu prevederile Ghidului practic „Activitățile de imunizare în practica medicală” (aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 241 din 12.03.2024) și cu Programul Național de Imunizări în vigoare (aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 211 din 12.04.2023)

CAPITOLUL III.

ACTIVITĂȚI DE SUPRAVEGHERE A CREȘTERII ȘI DEZVOLTĂRII COPIILOR CU VÂRSTA 0-3 ANI, EFECTUATE PRIN VIZITE LA DOMICILIU DE CĂTRE ASISTENTUL MEDICAL AL MEDICULUI DE FAMILIE

Activitățile de supraveghere activă a stării de sănătate a copiilor cu vârsta 0-3 ani, realizate la domiciliu, sunt aliniate principiilor Strategiei globale a Organizației Națiunilor Unite privind sănătatea femeilor, copiilor și adolescenților. Acestea vizează implementarea unor intervenții preventive cu impact multiplu și durabil, cu accent pe identificarea precoce a riscurilor, sprijinirea părinților în îngrijirea copilului, asigurarea echității prin susținerea grupurilor vulnerabile și consolidarea rolului asistentului medical în promovarea sănătății în primii ani de viață.

Monitorizarea creșterii și promovarea unei nutriții adecvate constituie componente esențiale ale prevenției în pediatrie. Evaluarea creșterii permite atât confirmarea unei dezvoltări armonioase, cât și identificarea timpurie a unor eventuale tulburări de nutriție sau de sănătate.

Perioada intrauterină și primii doi ani de viață reprezintă o fereastră critică pentru dezvoltare. Deficiențele în această etapă pot avea consecințe pe termen scurt și lung, inclusiv scăderea imunității, afectarea dezvoltării cognitive și compromiterea creșterii staturale. În același timp, excesul nutrițional poate favoriza apariția obezității, diabetului zaharat și sindromului metabolic, precum și, ulterior, a bolilor cronice netransmisibile asociate stilului de viață, inclusiv afecțiuni cardiovasculare (hipertensiune arterială, boală coronariană).

Evaluarea creșterii reprezintă un indicator sintetic esențial, capabil să reflecte concomitent starea de sănătate și statusul nutrițional al copilului. În absența unor manifestări clinice evidente, parametrii de creștere pot orienta precoce asupra unor dezechilibre sau patologii subiacente și contribuie la conturarea unei imagini clinice globale.

Obiectivele supravegherii creșterii și dezvoltării copilului mic

Principalele obiective ale supravegherii creșterii și dezvoltării în primii ani de viață sunt:

- furnizarea unui instrument standardizat pentru evaluarea stării de sănătate și nutriție a fiecărui copil;
- identificarea precoce a deviațiilor de la traiectoria normală de creștere și dezvoltare și inițierea intervențiilor adecvate;
- creșterea nivelului de conștientizare a părinților privind factorii care influențează dezvoltarea copilului (nutriția, activitatea fizică, factorii genetici și patologia);
- stimularea implicării active a familiei și îmbunătățirea practicilor de îngrijire a copilului.

PROGRAMUL DE VIZITE OBLIGATORII LA DOMICILIU A COPIILOR CU VÂRSTA 0-3 ANI

CONȚINUT / ACTIVITATE	I vizită în primele 3 zile după extemare din CP	II vizită 10-14 zile de viață	III vizită 1-2 luni	IV vizită 3-4 luni	V vizită 5-6 luni	VI vizită 7-8 luni	VII vizită 9-11 luni	VIII vizită 15-17 luni	IX vizită 18-21 luni	X vizită 26-29 luni	XI vizită 30-35 luni	XII vizită 36-48 luni
1. Periodicitatea vizitelor la domiciliu												
Vârsta copilului la care se va realiza vizita asistentului medical al medicului de familie ¹	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
2. Examinarea copilului și identificarea factorilor de risc												
Antropometria ²	•	•	•									
Evaluarea riscului displaziei congenitale de șold ³	•	•	•									
Evaluarea dezvoltării psihomotorii a copilului ⁴			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Evaluarea alimentației copilului ⁵	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
3. Măsuri profilactice și consilierea familiei privind următoarele aspecte:												
Alimentația copilului ²	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Profilaxia rahitismului ²		•	•	•	•	•	•	•	•			
Profilaxia anemiei ²			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Igiena și îngrijirea copilului ²	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Igiena orală și prevenirea cariilor ²						•	•	•	•	•	•	•
Vaccinarea copilului ⁶	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Prevenirea Sindromului Morții Subite a Sugarului ²	•	•	•	•	•	•	•					
Semnele de pericol pentru viața copilului ²	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Prevenirea accidentelor casnice ²	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
4. Evaluarea riscurilor privind bunăstarea copilului												
Screening-ul depresiei postpartum ^{2,7}			•									
Evaluarea semnelor de violență sau abuz în familie ⁸	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Evaluarea bunăstării copilului de către asistentul medical de familie ⁹	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Referințe din tabel:

- Se va efectua o vizită suplimentară la domiciliu pentru monitorizarea bunăstării copilului în situația în care acesta nu este încadrat într-o instituție de educație timpurie, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr. 143 din 12.02.2018 privind aprobarea Instrucțiunii cu privire la mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului.
- Ghid de suport pentru aplicare practică: Vizite de monitorizare la domiciliu a copilului sănătos de vârstă mică (pentru asistente medicale de familie) (sub redacția Ninel Revenco), 2018, 242 p. ISBN 978-9975-129-42-8
- Copiii identificați la naștere cu risc de displazie de dezvoltare a șoldului, precum și copiii la care se constată date sugestive în cadrul examinării clinice, inclusiv prin efectuarea manevrelor Barlow și Ortolani (anexa 2), vor fi referiți către medicul specialist, în conformitate cu prevederile protocoalelor clinice naționale aplicabile (PCN-71 „Malformația luxantă a șoldului”)
- Fișa de monitorizare a dezvoltării copilului cu vârsta cuprinsă între 1 - 42 luni (anexele 3.A, 3.B, 3.C și 3.D)
- Evaluarea alimentației va include, în mod obligatoriu, utilizarea Fișei de observare a tehnicii de alăptare (anexa 9)
- Se va realiza în conformitate cu prevederile Ghidului practic „Activitățile de imunizare în practica medicală” (aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 241 din 12.03.2024) și cu Programul Național de Imunizări în vigoare (aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 211 din 12.04.2023)
- Screeningul pentru depresia postpartum se va efectua utilizând Scala Edinburgh de Depresie Postpartum (anexa 8)
- Se va realiza evaluarea riscurilor, urmată de aplicarea măsurilor prevăzute de cadrul normativ în vigoare, respectiv Hotărârea Guvernului nr. 270/2014 privind aprobarea Instrucțiunilor referitoare la mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului, precum și Ordinul Ministerului Sănătății nr. 445 din 09.06.2015 privind aprobarea Instrucțiunii metodice referitoare la intervenția instituțiilor medicale în aceleași situații.
- Se va efectua în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului nr.143 din 12.02.2018 privind aprobarea „Instrucțiunii cu privire la mecanismul de cooperare intersectorială pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului” și consemnarea în fișele de lucru aprobate prin ordinul comun al Ministerului Sănătății nr.1006, Ministerului Muncii și Protecției Sociale nr.96 și Ministerului Educației și Cercetării nr.1158 din 25.11.2022 „Cu privire la aprobarea Fișei de observare a bunăstării copilului, Fișei de evaluare a bunăstării copilului și a Fișei de planificare a acțiunilor pentru prevenirea primară a riscurilor privind bunăstarea copilului” (anexa 12.A, 12.B și 12.C)

CAPITOLUL IV.

MONITORIZAREA REALIZĂRII SERVICIILOR DE SUPRAVEGHERE A CREȘTERII ȘI DEZVOLTĂRII COPIILOR

Monitorizarea realizării serviciilor de supraveghere a creșterii și dezvoltării copiilor de la naștere până la 18 ani reprezintă un proces sistematic, continuu și standardizat de colectare, analiză și evaluare a datelor privind acoperirea, calitatea și eficiența intervențiilor. Acest proces are ca finalitate identificarea precoce a riscurilor pentru sănătate și dezvoltare și asigurarea unui management adecvat și oportun al acestora.

Scopul monitorizării constă în evaluarea respectării standardelor și protocoalelor clinice aplicabile, urmărirea gradului de acoperire a populației eligibile, aprecierea calității serviciilor furnizate, identificarea nevoilor suplimentare ale copilului și familiei, precum și asigurarea continuității îngrijirilor, inclusiv prin referirea către servicii specializate, după caz.

Procesul de monitorizare include analiza activităților desfășurate în cadrul consultațiilor ambulatorii, respectiv evaluarea periodică a creșterii și dezvoltării copilului, screeningul pentru afecțiuni prioritare, identificarea și gestionarea factorilor de risc medico-sociali, precum și corectitudinea documentării și raportării datelor medicale.

Monitorizarea se realizează în baza unui set de indicatori standardizați, care reflectă atât acoperirea serviciilor, cât și rezultatele clinice obținute. Aceștia includ:

- **indicatori de acoperire și proces:** proporția copiilor evaluați din punct de vedere al creșterii și dezvoltării, rata identificării factorilor de risc, proporția cazurilor referite către servicii specializate, precum și gradul de completare corectă a documentației medicale;
- **indicatori de rezultat clinic,** care permit evaluarea stării de sănătate și dezvoltare a copilului, inclusiv:
 - statusul nutrițional: malnutriție, deficit statural și supraponderalitate la vârsta de 12 luni; hipotrofie și obezitate la 60 luni;
 - dezvoltarea psiho-motorie la vârste-cheie (2, 4, 6, 14 și 24 luni), cu monitorizarea atât a cazurilor identificate, cât și a celor referite către servicii de abilitare, reabilitare sau intervenție timpurie;
 - identificarea tulburărilor din spectrul autist la vârsta de 22–24 luni și rata de referire către servicii specializate;
 - prevalența anemiei la diferite etape de vârstă (6 luni, 12 luni, 24 luni și 6–7 ani).

Procesul de monitorizare se bazează pe utilizarea unor instrumente specifice, inclusiv carnetul de dezvoltare a copilului (F112/e), registrele de evidență, fișele de evaluare a dezvoltării, sistemele informaționale medicale și rapoartele statistice periodice.

Responsabilitățile în procesul de monitorizare sunt distribuite astfel:

- **medicul de familie** coordonează și supraveghează procesul de evaluare în ambulator, validează datele raportate, dispune măsuri corective în cazul neconformităților și asigură continuitatea îngrijirilor;
- **conducătorul instituției medicale** organizează procesul de monitorizare la nivel instituțional, analizează periodic indicatorii și implementează măsuri de îmbunătățire a calității serviciilor.

Datele sunt raportate în conformitate cu cerințele actelor normative în vigoare, cu periodicitate lunară, trimestrială și anuală. Rezultatele monitorizării sunt utilizate pentru evaluarea performanței serviciilor, identificarea lacunelor în acoperire și calitate, planificarea intervențiilor de optimizare și fundamentarea deciziilor la nivel instituțional și național.

Asigurarea calității serviciilor se realizează prin aplicarea mecanismelor de control intern, desfășurarea auditurilor tematice, instruirea continuă a personalului și implementarea măsurilor corective în cazul neconformităților identificate.

**Indicatorii de realizare a serviciilor de supraveghere a
creșterii și dezvoltării copiilor și adolescenților**

	Indicatori (nr. abs/%)	Numărător/Numitor
1.	Rata copiilor cu vârsta de 12 luni diagnosticați cu malnutriție , definită prin raportul greutate/lungime < -2 scoruri Z	$= \frac{\text{numărul copiilor cu raportul greutate/lungime} < -2 \text{ scoruri Z la vârsta de 12 luni}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 12 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$
2.	Rata copiilor cu vârsta de 12 luni diagnosticați cu deficit statural , definit prin raportul lungime/vârstă < -2 scoruri Z	$= \frac{\text{numărul copiilor cu raportul lungime/vârstă} < -2 \text{ scoruri Z la vârsta de 12 luni}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 12 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$
3.	Rata copiilor cu vârsta de 12 luni diagnosticați cu supraponderalitate , definită prin raportul greutate/lungime > +2 scoruri Z	$= \frac{\text{numărul copiilor cu raportul greutate/lungime} > +2 \text{ scoruri Z la vârsta de 12 luni}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 12 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$
4.	Rata copiilor cu vârsta de 60 luni diagnosticați cu hipotrofie , definită prin Indicele Masei Corporale < -2 scoruri Z	$= \frac{\text{numărul copiilor cu Indicele Masei Corporale} < -2 \text{ scoruri Z la vârsta de 60 luni}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 60 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$
5.	Rata copiilor cu vârsta de 60 luni diagnosticați cu obezitate , definită prin Indicele Masei Corporale > +2 scoruri Z	$= \frac{\text{numărul copiilor cu Indicele Masei Corporale} > +2 \text{ scoruri Z la vârsta de 60 luni}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 60 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$
6.	Rata copiilor cu vârsta de 2 luni, identificați PRIMAR cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie , utilizând Fișa de Monitorizare a Dezvoltării Copilului ²	$= \frac{\text{numărul copiilor cu vârsta de 2 luni identificați primar cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 2 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$
7.	Rata copiilor cu vârsta de 2 luni referiți la serviciile de abilitare, reabilitare sau Intervenție Timpurie în Copilărie, din cei identificați primar cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie, utilizând Fișa de Monitorizare a Dezvoltării Copilului ²	$= \frac{\text{numărul copiilor cu vârsta de 2 luni care au fost referiți la serviciile de abilitare, reabilitare sau Intervenție Timpurie în Copilărie}}{\text{numărul copiilor cu vârsta de 2 luni identificați primar cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie}} \cdot 100\%$
8.	Rata copiilor cu vârsta de 4 luni, identificați PRIMAR cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie , utilizând Fișa de Monitorizare a Dezvoltării Copilului ²	$= \frac{\text{numărul copiilor cu vârsta de 4 luni identificați primar cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 4 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$
9.	Rata copiilor cu vârsta de 4 luni referiți la serviciile de abilitare, reabilitare sau Intervenție Timpurie în Copilărie, din cei identificați	$= \frac{\text{numărul copiilor cu vârsta de 4 luni care au fost referiți la serviciile de abilitare, reabilitare sau Intervenție Timpurie în Copilărie}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 4 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$

	primar cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie, utilizând Fișa de Monitorizare a Dezvoltării Copilului ²	$\frac{\text{numărul copiilor cu vârsta de 4 luni identificați primar cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 6 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$
10.	Rata copiilor cu vârsta de 6 luni, identificați PRIMAR cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie , utilizând Fișa de Monitorizare a Dezvoltării Copilului ²	$= \frac{\text{numărul copiilor cu vârsta de 6 luni identificați primar cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 6 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$
11.	Rata copiilor cu vârsta de 6 luni referiți la serviciile de abilitare, reabilitare sau Intervenție Timpurie în Copilărie, din cei identificați primar cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie, utilizând Fișa de Monitorizare a Dezvoltării Copilului ²	$= \frac{\text{numărul copiilor cu vârsta de 6 luni care au fost referiți la serviciile de abilitare, reabilitare sau Intervenție Timpurie în Copilărie}}{\text{numărul copiilor cu vârsta de 6 luni identificați primar cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie}} \cdot 100\%$
12.	Rata copiilor cu vârsta de 14 luni, identificați PRIMAR cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie , utilizând Fișa de Monitorizare a Dezvoltării Copilului ²	$= \frac{\text{numărul copiilor cu vârsta de 14 luni identificați primar cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 14 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$
13.	Rata copiilor cu vârsta de 14 luni referiți la serviciile de abilitare, reabilitare sau Intervenție Timpurie în Copilărie, din cei identificați primar cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie, utilizând Fișa de Monitorizare a Dezvoltării Copilului ²	$= \frac{\text{numărul copiilor cu vârsta de 14 luni care au fost referiți la serviciile de abilitare, reabilitare sau Intervenție Timpurie în Copilărie}}{\text{numărul copiilor cu vârsta de 14 luni identificați primar cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie}} \cdot 100\%$
14.	Rata copiilor cu vârsta de 24 luni, identificați PRIMAR cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie , utilizând Fișa de Monitorizare a Dezvoltării Copilului ²	$= \frac{\text{numărul copiilor cu vârsta de 24 luni identificați primar cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 24 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$
15.	Rata copiilor cu vârsta de 24 luni referiți la serviciile de abilitare, reabilitare sau Intervenție Timpurie în Copilărie, din cei identificați primar cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie, utilizând Fișa de Monitorizare a Dezvoltării Copilului ²	$= \frac{\text{numărul copiilor cu vârsta de 24 luni care au fost referiți la serviciile de abilitare, reabilitare sau Intervenție Timpurie în Copilărie}}{\text{numărul copiilor cu vârsta de 24 luni identificați primar cu reținere în dezvoltarea psiho-motorie}} \cdot 100\%$
16.	Rata copiilor cu vârsta de 22-24 luni, identificați PRIMAR cu Tulburare de Spectru Autist , utilizând chestionarul M-CHAT-R/F ³	$= \frac{\text{numărul copiilor cu vârsta de 22-24 luni identificați primar cu Tulburare de Spectru Autist}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 22-24 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$
17.	Rata copiilor cu vârsta de 22-24 luni referiți la serviciile de abilitare, reabilitare sau Intervenție Timpurie în Copilărie, din cei identificați	$= \frac{\text{numărul copiilor cu vârsta de 22-24 luni care au fost referiți la serviciile de abilitare, reabilitare sau Intervenție Timpurie în Copilărie}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 22-24 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$

	primar cu Tulburare de Spectru Autist, utilizând chestionarul M-CHAT-R/F³	<i>numărul copiilor cu vârsta de 22-24 luni identificați primar cu Tulburare de Spectru Autist</i>
18.	Rata copiilor cu vârsta de 6 luni diagnosticați cu anemie (hemoglobina sub 110 g/l)	$= \frac{\text{numărul copiilor diagnosticați cu anemie la vârsta de 6 luni}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 6 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$
19.	Rata copiilor cu vârsta de 12 luni diagnosticați cu anemie (hemoglobina sub 110 g/l)	$= \frac{\text{numărul copiilor diagnosticați cu anemie la vârsta de 12 luni}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 12 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$
20.	Rata copiilor cu vârsta de 24 luni diagnosticați cu anemie (hemoglobina sub 110 g/l)	$= \frac{\text{numărul copiilor diagnosticați cu anemie la vârsta de 24 luni}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 24 luni în perioada de raportare}} \cdot 100\%$
21.	Rata copiilor cu vârsta de 6-7 ani diagnosticați cu anemie (hemoglobina sub 110 g/l)	$= \frac{\text{numărul copiilor diagnosticați cu anemie la vârsta de 6-7 ani}}{\text{numărul copiilor care au atins vârsta de 6-7 ani în perioada de raportare}} \cdot 100\%$

EXAMINAREA REFLEXULUI ROȘU RETINIAN LA COPIL

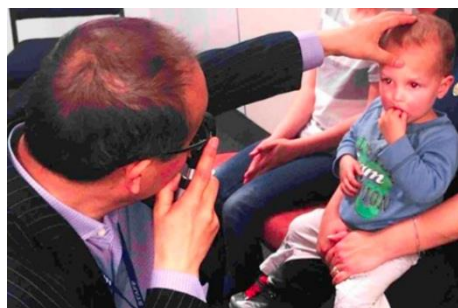
Testarea reflexului roșu retinian (sau reflexul fundului de ochi) este esențială pentru depistarea timpurie a dereglărilor de vedere și a anomaliilor care pot pune în pericol viața copilului precum cataracta, glaucomul, retinoblastomul, anomalii ale retinei, boli sistemice cu manifestări oculare și anomalii severe de refracție oculară.

Acest test nu necesită echipament specializat și poate fi efectuat cu ajutorul unui oftalmoscop direct. Testarea reflexului roșu retinian **nu necesită dilatarea medicamentoasă a pupilelor**.

Testul se bazează pe transmiterea fluxului luminos al oftalmoscopului prin structurile transparente ale ochiului copilului examinat, inclusiv filmul lacrimal, corneea, umoarea apoasă, cristalin și umoarea vitroasă. Ulterior, fluxul de lumină este reflectat de fundul de ochi, face o cale întoarsă prin structurile ochiului și, în final, după trecerea prin apertura oftalmoscopului, este proiectat în ochiul examinatorului. Orice factor care împiedică sau blochează această cale parcursă de fluxul de lumină va rezulta într-o modificare a reflexului roșu pupilar.

Reflexul roșu retinian anormal poate fi cauzat de prezența numeroșilor factori: mucus sau alte particule străine în filmul lacrimal, opacități corneene, opacități ale umorii apoase, anomalii ale irisului care afectează diafragma de deschidere a pupilei, cataractă, opacități ale umorii vitroase, anomalii ale retinei, inclusiv tumori sau coloboma corioretiniană. De asemenea, asimetria testului reflexului roșu retinian poate fi determinată de erorile de refracție și strabism.

Tehnica efectuării testului reflexului roșu retinian:



- I. Examinarea se efectuează într-o încăpăre slab iluminată sau întunecată.
 - În maternitate, în primele 72 de ore de viață ale copilului, testul va fi efectuat de medicul neonatolog.
 - În cadrul examinărilor profilactice în cadrul instituției de asistență medicală primară, testul va fi efectuat de medicul de familie și medicul pediatru la vârstele prevăzute de Standard.
- II. Se efectuează igiena mâinilor.
- III. Se pornește oftalmoscopul direct și se ajustează intensitatea luminii prin rotirea reostatului. Se reglează diafragma pentru a obține un cerc luminos mare. Puterea dioptrică se setează la „0”.
- IV. Examinarea se efectuează preferabil după alăptare, atunci când copilul este treaz și liniștit.
- V. Examinarea poate fi realizată în brațele îngrijitorului sau pe masa de examinare.
- VI. Dacă nou-născutul sau sugarul doarme, pleoapele pot fi deschise cu ajutorul degetelor sau îngrijitorul poate ține copilul cu capul ușor ridicat, astfel încât ochii să fie deschiși.
- VII. Personalul care efectuează screeningul poate sta în poziție șezândă sau în picioare la o distanță de aproximativ 40-50 cm de copil.

- VIII.** Lumina oftalmoscopului direct se focalizează spre fața copilului, după care fundul de ochi este vizualizat prin fereastra de examinare.
- IX.** Testul se efectuează **fără dilatarea pupilelor**. Dacă reflexul roșu nu poate fi vizualizat, examinarea trebuie repetată într-o cameră întunecată. Dacă reflexul continuă să nu fie vizibil, pupilele se dilată cu Tropicamidă 1% (se administrează câte o picătură de Tropicamidă 1% în fiecare ochi cu aproximativ 15 minute înaintea examinării).
NB: La nou-născuți se va utiliza soluție de Tropicamidă de 0,5%.
- X.** Se examinează bilateral, fie separat pentru fiecare ochi, fie simultan.

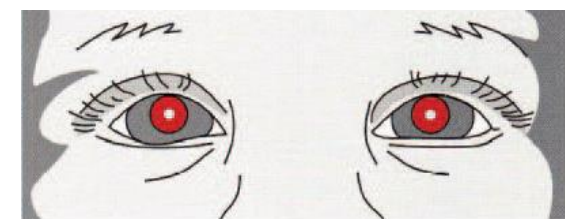
Interpretarea rezultatelor:

- reflexul roșu retinian **normal** se atestă atunci când refracția roșie emană din ambii ochi în mod egal și simetric;
- reflexul roșu retinian **patologic (anormal)** se atestă atunci când sunt prezente pete întunecate pe refracția roșie, o refracție roșie semnificativ diminuată, prezența unei refracții albe sau asimetria refracției roșii (reflexul Bruckner).

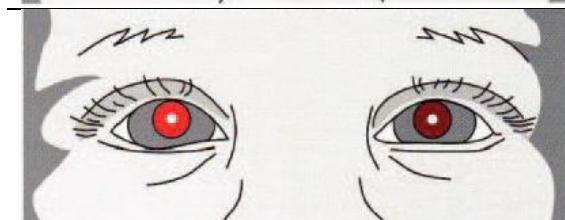
NB! Reflexul roșu retinian **patologic** este indicație pentru referirea la specialistul oftalmolog.

Excepție de la această regulă este prezența opacității tranzitorii cauzate de prezența mucusului în filmul lacrimal care este mobil și dispare complet după clipit.

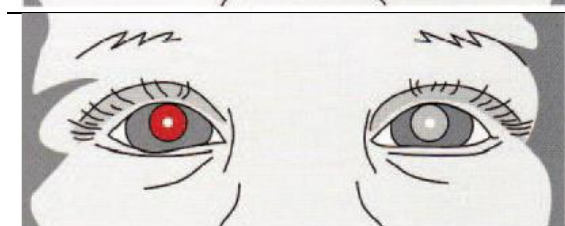
Exemple de reflex roșu pupilar:



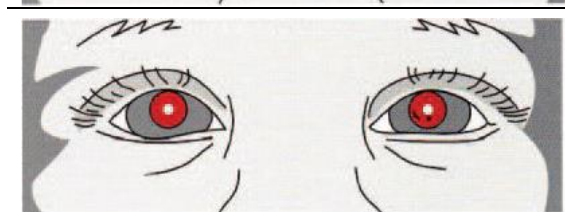
→ **NORMAL** – refracția roșie este egală la ambii ochi ai copilului care privește spre sursa de lumină



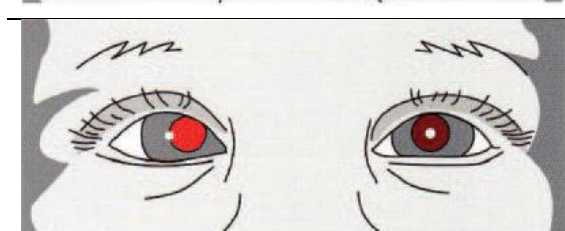
→ **REFRACTIE INEGALĂ** – refracția la un ochi este mai intensă (are culoare mai aprinsă) decât la al doilea ochi



→ **ABSENȚA REFRACTIEI sau LEUCOCORIA (CATARACTA)** – refracția este diminuată sau blocată de opacifierea mediului ocular de diferite cauze



→ **CORP STRĂIN/ ABRAZIUNE (CORNEEA STÂNGĂ)** – refracția roșie prin pupilă evidențiază defecte ale corneei sau corpi străini. Mișcarea capului examinatorului într-o direcție va conduce la devierea defectelor corneei în direcția opusă (efectul *parallax*)



→ **STRABISM** – refracția roșie este mai intensă la ochiul deviat

**FACTORI DE RISC PENTRU AFECTAREA VEDERII ȘI
DEZVOLTAREA PATOLOGIEI OFTALMOLOGICE LA COPII**

(Universal newborn screening: Implementation guidance. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.)
(PCN-226 „Retinopatia prematurului”)

Antecedente prenatale și perinatale	– prematuritate – greutate la naștere sub 2000 g – asfixie perinatală – sindrom de detresă respiratorie – ventilație mecanică prelungită, inclusiv oxigenoterapie de durată sau oscilații semnificative ale gazelor sanguine cu episoade de hipoxie și hiperoxie – hemoragii intraventriculare – hemotransfuzii repetate – infecții intrauterine și perinatale, inclusiv infecții TORCH, septicemie – complicații ale sarcinii și nașterii (preeclampsia, gestoza, decolarea prematură de placentă, hemoragiile perinatale severe)
Factori materni și expuneri în timpul sarcinii	– anemie maternă, diabet gestațional, patologii extragenitale materne (cardiace, reumatologice, nefrologice) – administrarea unor medicamente în perioada sarcinii, inclusiv antihistaminice și terapii cu modulatori ai regulatorului de conductanță transmembranară în fibroza chistică (CFTR) – expunerea la fumat, alcool, droguri, agenți infecțioși și alți factori nocivi – expunerea maternă la infecții virale în timpul sarcinii, inclusiv rubeolă și citomegalovirus
Afecțiuni congenitale, genetice și neurologice	– anomalii cromozomiale și sindroame genetice asociate cu afectare oculară și vizuală, inclusiv trisomia 21 (sindromul Down) – albinismul – hidrocefalia – leucomalacia periventriculară – retinopatia de prematuritate în orice stadiu (inclusiv cazurile cu regresie spontană) – malformațiile congenitale structurale, în special cele cranio-faciale și oculare (aniridia, colobomul, cataracta congenitală, glaucomul congenital, strabismul congenital, nistagmusul congenital)
Antecedente familiale	– rudă de gradul I cu afecțiuni oculare congenitale sau apărute în copilărie, inclusiv retinoblastom, cataractă congenitală bilaterală sau ereditară, glaucom congenital, aniridie, colobom, strabism congenital, nistagmus congenital, hipoacuzie neurosenzorială, precum și anumite boli metabolice sau genetice asociate cu deficiențe vizuale severe sau orbire
Alte condiții asociate	– pată vasculară congenitală de tip „port-wine stain” localizată la nivelul pleoapelor, asociată cu risc de glaucom – afecțiuni neurologice de dezvoltare – boli infecțioase congenitale sau dobândite, inclusiv toxoplasmoză – infecție cu citomegalovirus și herpes simplex – expunerea prematurului la iluminare intensă prelungită

DIAGNOSTICUL LUXAȚIEI ȘOLDULUI CU AJUTORUL MANEVRELOR BARLOW ȘI ORTOLANI

Surse:

[UK National Screening Committee. *Newborn and infant physical examination (NIPE) screening programme handbook*[Internet]. Updated 10 October 2025. London: GOV.UK; 2025. Disponibil la: <https://www.gov.uk/government/publications/newborn-and-infant-physical-examination-programme-handbook/newborn-and-infant-physical-examination-screening-programme-handbook>]

[Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022]

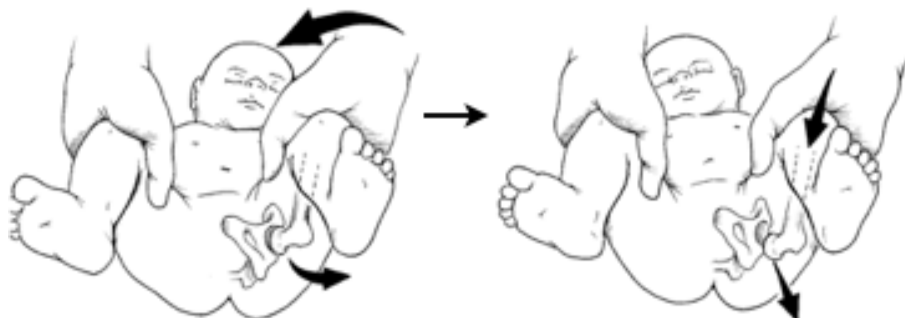
Grupurile de risc pentru displazia de dezvoltare a șoldului includ:

- nou-născuții cu prezentare pelviană la sau după 36 săptămâni de gestație, indiferent de modul nașterii sau de prezentarea la momentul nașterii, inclusiv în cazul versiunii cefalice externe reușite;
- nou-născuții cu prezentare pelviană între 28 săptămâni de gestație și termen;
- nou-născuții proveniți din sarcini multiple în care este prezent cel puțin un factor de risc sau în care unul dintre copii are un rezultat pozitiv la screeningul clinic al șoldurilor;
- nou-născuții cu antecedente familiale (rude de gradul I cu patologie de șold în copilăria timpurie, inclusiv cazuri care au necesitat tratament ortopedic prin ham, atelă sau intervenție chirurgicală).

Manevra de provocare **Barlow** permite evaluarea potențialului de dislocare a șoldului care inițial nu este dislocat (luxat).

Etapele de executare a manevrei Barlow:

1. examinați fiecare șold pe rând
2. flexați șoldurile și genunchii copilului sub un unghi de 90 de grade
3. efectuați mișcarea de **ADDucție** treptată și blândă a șoldului examinat, provocând luxația lui prin împingerea cu policele a femurului proximal spre lateral, totodată apăsând cu palma pe genunchi, pentru a împinge capul femural spre posterior.



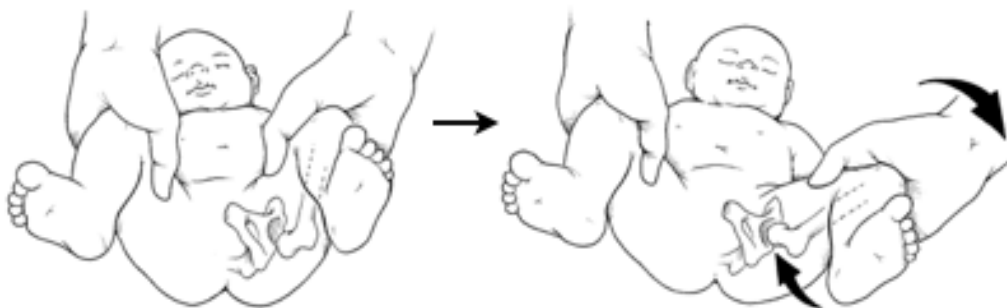
Semnul Barlow este **pozitiv** atunci când se aude clicul de ieșire (luxare) a capului femural din cotil (acetabulum). Odată cu încetarea împingerii proximale a femurului, se simte mișcarea de alunecare a lui înapoi în acetabulum.

Semnificația manevrei pozitive – șold luxabil din cauza hiperelasticității capsulare.

Manevra Ortolani este opusă manevrei Barlow, permițând reducerea șoldului dislocat (luxat) al copilului în repaus.

Etapele de executare a manevrei Ortolani:

1. examinați fiecare șold pe rând;
2. flexați șoldurile și genunchii copilului sub un unghi de 90 de grade și strângeți șoldul examinat cu policele și degetul arătător;
3. cu ajutorul degetelor 4 și 5 apăsați în direcția anterior și median trohanterul mare, efectuând simultan mișcarea de **ABducție** treptată și blândă a șoldului, astfel provocând reducerea capului femurului.



Semnul Ortolani este **pozitiv** atunci când se simte un clic delicat, când capul femural se plasează în cotil (acetabulum) și abducția devine majorată. De obicei, acest clic nu este audibil. Semnificația manevrei pozitive – șold luxat.

NB! Manevra trebuie să fie efectuată delicat, fără forțare.

Semnele pozitive Barlow și Ortolani, care se percep tactil, nu doar auditiv, trebuie diferențiate de clicurile auditive „inocente”, care apar din cauza vacuumului articular prin hiperelasticitate capsulară, pocniturile miofasciale care apar la trecerea tendonului mijlociu fesier peste trohanterul mare, pocniturile care apar în timpul subluxației rotuliene a genunchiului sau a meniscului discoid lateral, sau pocniturile ligamentare. Semnificația acestora rămâne controversată. În absența altor semne clinice sugestive sau a factorilor de risc asociați, clicurile izolate nu sunt considerate indicative pentru displazia de dezvoltare a șoldului, nu sunt clasificate drept rezultat pozitiv al screeningului și nu constituie indicație pentru efectuarea ecografiei de șold.

NB! Sugarii cu rezultat pozitiv la screeningul efectuat la vârsta de 6–8 săptămâni necesită referire urgentă către medicul ortoped pediatru și evaluare specializată până la vârsta de 10 săptămâni.

În lunile a doua și a treia de viață a copilului treptat crește tonusul muscular fiziologic și manevrele Ortolani și Barlow devin tot mai puțin sensibile.

De la vârsta de 3 luni și până la 1 an, semnele clinice ale luxației șoldului sunt determinate de ascensionarea postero-laterală a capului femural:

- limitarea abducției șoldului
- scurtarea aparentă a coapsei
- localizarea proximală a trohanterului mare
- asimetria pliurilor inghinale
- poziția anormală a membrului inferior în rotație externă, când șoldul și genunchiul sunt în extensie.

NB! După vârsta de 3 luni cel mai specific semn al luxației șoldului este **limitarea abducției**.

FIȘA DE MONITORIZARE A DEZVOLTĂRII COPILULUI CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 1 ȘI 14 LUNI

ÎNTREBĂRI DESCHISE	vârsta în luni împlinite						rezultatul evaluării
	1 - 2 luni	3 - 4 luni	5 - 6 luni	7 - 8 luni	9 - 11 luni	12 - 14 luni	
Secțiunea introductivă: „Este important de urmărit în continuu starea de sănătate, creșterea și dezvoltarea psihomotorie a [numele copilului], deoarece creierul copiilor se dezvoltă cel mai rapid în primii ani și este esențial să vedem dacă există domenii de dezvoltare, care necesită sprijin suplimentar. Părinții și îngrijitorii cunosc cel mai bine copilul. Să vorbim în minutele ce urmează despre cum [numele copilului] învață să vorbească, să înțeleagă, să se miște, să folosească mâinile și degetele, să interacționeze cu oamenii, să se joace, aude și vede”. 1. Preocupările îngrijitorului: „Ași dori mai întâi să vă întreb dacă vă îngrijorează ceva cu privire la dezvoltarea [numele copilului] în oricare dintre aceste domenii?” ☐ Nu ☐ Da preocupările îngrijitorului Ascultați care sunt preocupările îngrijitorului și spuneți-i că le veți discuta după ce veți primi informații cu privire la toate domeniile de dezvoltare. „Acum vă voi întreba cum se dezvoltă [numele copilului] în fiecare din aceste domenii. Vă rog să-mi dați exemple din viața de zi cu zi.”							
2. Limbajul expresiv: „În ce mod [numele copilului] vă atenționează că vrea ceva? Ce sunete, gesturi, cuvinte folosește?”	☐ Se relaxează când este ținut în brațe ☐ Emite sunete diferite când este bucuros, iritat, infometat	☐ Pronunță unele vocale („aa, uu”)	☐ Râde cu voce tare	☐ Pronunță combinații de vocale cu consoane („ga, de”) ☐ Folosește gesturi (clatină din cap în semn de protest, ridică mânuțele pentru a fi luat în brațe)	☐ Pronunță repetitiv silabe („da-da”)	☐ Spune primul cuvânt cu semnificație ☐ Folosește brațul sau mâna pentru a arăta spre oameni sau obiecte	2 2 3, 4 3, 4 3, 4 3, 4
3. Limbajul receptiv: „Cum copilul vă arată că înțelege când îi vorbiți? De exemplu, ce face când îi spuneți: „Unde-i tăticu? Unde-i minge? Vino aici!”	☐ Reacționează când i se vorbește, încetinește mișcările, ascultă, este implicat(ă) ☐ Privește fața îngrijitorului, atunci când acesta îi vorbește	☐ Răspunde emițând sunete atunci când îngrijitorii vorbesc	☒ Copilul ar trebui să fi atins reperul din coloana anterioară	☐ Înțelege numele unor persoane cunoscute („mami, tati, soră”)	☐ Înțelege verbe/cuvinte de acțiune („vino”, „ia”, „oprește-te”)	☐ Înțelege numele obiectelor (minge, jucărie)	2 2 3, 4 3, 4 3, 4 3, 4
4a. Mișcările mari (grosiere): „Povestiți despre mișcările copilului, de exemplu cum [numele copilului] ridică capul și-l ține ridicat, stă în șezut, merge.”	☐ Ridică capul când stă culcat pe burtă ☐ Întoarce capul (fiind culcat pe burtă) ☐ Mișcă în mod egal ambele brațe și picioare	☐ Își ține capul ferm și drept	☐ Fiind în decubitus ventral, susține bine capul (90°), sprijinindu-se pe brațele extinse ☐ Stă în șezut cu sprijin ☐ Stând sprijinit, își îndreaptă picioarele și se împinge cu călcăiele de suprafața de sprijin	☐ Se rostogolește de pe abdomen pe spate și de pe spate pe abdomen	☐ Stă în șezut nesporit	☐ Se trage în sus pentru a se ridica în picioare, ținându-se de obiecte ☐ Stă singur(ă) în picioare câteva clipe ☐ Face pași, ținându-se de obiecte	10 10 11, 12 11, 12 11, 12 11, 12 13
4b. Mișcările fine: „Cum copilul își folosește mâinile și degetele, de exemplu pentru a ține obiecte?”	☐ Ține pumniișorii desfăcuți perioade scurte de timp	☐ Aduce obiectele dintr-o mână în alta (la linia mediană)	☐ Ține pumniișorii desfăcuți majoritatea timpului ☐ Întinde mâinile spre obiecte ☐ Ține, mănuieste jucării/obiecte (nu reflector)	☐ Trece obiectele dintr-o mână în alta, folosind degetele și palma	☐ Ridică obiecte mici (cum ar fi bucăți de mâncare) apucând ca „în clește” (cu degetul mare și cel arătător) ajutat de alte degete	☐ Ridică obiectele mici, formând pensa „police - index”	17 17 18 19 19 19 20-22
5. Interacțiunea: „Cum [numele copilului] interacționează cu oamenii pe care îi cunoaște? Cum își manifestă interesul pentru ei? Ce face pentru a le atrage atenția? Cum stabilește contactul vizual? După ce îngrijitorul răspunde, întrebați: „Cum copilul interacționează cu străinii? Cum arată că înțelege că sunt străini?”	☐ Privește, urmărește fețele ☐ Zămbește îngrijitorului ca răspuns la intențiile jucăușe ale acestuia	☐ Menține contact vizual prelungit, semnificativ	☐ Manifestă dorința de a interacționa cu oamenii privind, zâmbind, atingând, vocalizând ☐ Arată preferința și faptul că recunoaște îngrijitorii, atingându-i, zâmbind, privindu-le fețele	☐ Reacționează când îngrijitorul pleacă, se relaxează când acesta revine	☐ Arată într-un anumit mod faptul că înțelege că o persoană este străină - se poate îndepărta de străini demonstrând anxietate, prudență, timiditate, frică sau poate să-l privească îndelungat	☐ Caută în mod spontan să împărtășească bucuria și interesul cu ceilalți (îmbrățișează îngrijitorul, îl sărută, cercetează împreună jucăria sau obiectul interesant)	24-26 24-26 24-26 27-28 27-28 27-28 27-28
6. Jocul: „Povestiți-mi cum [numele copilului] se joacă. Cum se joacă cu oamenii, obiecte sau jucării?” Dacă este necesar, întrebați: „Ce fel de jucării are? Cum se joacă cu ele?”	☐ Reacționează atunci când este abordat jucăuș de către îngrijitor (mișcă membrele)	☐ Emite sunete ca răspuns la joc	☐ Apucă jucăriile/obiectele cu interes (nu reflector) ☐ Aduce jucăriile/obiectele la gură ☐ Își examinează propriile mâini	☐ Răspunde la jocuri interactive precum „cucu-bau” ☐ Aruncă, lovește jucăriile/obiectele ☐ Scutură jucăriile/obiectele în joc	☐ Caută jucăriile/obiectele care dispar ☐ Inspectează jucăriile/obiectele cu curiozitate, se uită la unele detalii ☐ Imită gesturi în timpul jocului (bate din palme, face grimase)	☐ Inițiază jocul „cucu-bau” ☐ Inspectează modul în care funcționează jucăriile/obiectele (cum se rotește roțile, se mișcă păpușa, sună clopoțelul, se aprind luminile)	30 30 30 31-34 31-34 31-34 31-34
7. Deprinderi de autoîngrijire. „Ce face copilul singur, de exemplu, mănâncă?”	☒ Este posibil ca copiii din această categorie de vârstă să nu atingă reperele privind autoîngrijirea					☐ Mănâncă singur, folosind degetele (înțelege că este mâncare)	36

8. Îngrijire protectoare: „Vă mulțumesc că mi-ați povestit despre dezvoltarea copilului, îl cunoașteți atât de bine. Acum să vorbim despre viața de zi cu zi. Ce faceți Dvs. și alți membri ai familiei pentru a ajuta [numele copilului] să se dezvolte, să învețe, să comunice?” Ascultați ce vă spune îngrijitorul. Încurajați dezvoltarea subiectului, întrebând: „Ce activități fac cu copilul alți membri ai familiei și prietenii?” Sustineți îngrijitorii recunoscând și laudând toate eforturile lor. Dacă este cazul, oferiți idei din ghidul GMDC.

9. Factori de risc pentru dezvoltare: „Uneori, îngrijitorii se pot simți copleșiți de griji, stresați sau deprimați, pot exista probleme financiare sau de sănătate în familie. În aceste condiții poate fi dificil de susținut dezvoltarea copilului. Se confruntă familia Dvs. cu așa dificultăți?” Ascultați cu empatie și identificați factorii de risc psihosocial.

10. Planificarea intervențiilor și a monitorizării ulterioare: „Cum vă gândiți să sprijiniți dezvoltarea [numele copilului] în pofida acestor dificultăți? La această vârstă fragedă, când dezvoltarea este atât de importantă, ce ați putea face personal, membrii familiei, prietenii și comunitatea pentru a sprijini dezvoltarea copilului?” Sustineți eforturile îngrijitorilor. Dacă îngrijitorii nu au idei sau planuri, spuneți-le că doriți să le oferiți câteva recomandări. Utilizați ghidul GMDC pentru a oferi sfaturi de sprijin a dezvoltării și planificarea monitorizării ulterioare împreună cu îngrijitorul.

FIȘA DE MONITORIZARE A DEZVOLTĂRII COPILULUI CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 15 ȘI 42 LUNI

ÎNTREBĂRI DESCHISE	vârsta în luni împlinite						rezultatul evaluării	
	15 - 17 luni	18 - 21 luni	22 - 25 luni	26 - 29 luni	30 - 35 luni	36 - 42 luni		
Secțiunea introductivă: „Este important de urmărit în continuu starea de sănătate, creșterea și dezvoltarea psihomotorie a [numele copilului], deoarece creierul copiilor se dezvoltă cel mai rapid în primii ani și este esențial să vedem dacă există domenii de dezvoltare, care necesită sprijin suplimentar. Părinții și îngrijitorii cunosc cel mai bine copilul. Să vorbim în minutele ce urmează despre cum [numele copilului] învață să vorbească, să înțeleagă, să se miște, să folosească mâinile și degetele, să interacționeze cu oamenii, să se joace, aude și vede”. 1. Preocupările îngrijitorului: „Ași dori mai întâi să vă întreb dacă vă îngrijorează ceva cu privire la dezvoltarea [numele copilului] în oricare dintre aceste domenii?” ☐ Nu ☐ Da preocupările îngrijitorului Ascultați care sunt preocupările îngrijitorului și spuneți-i că le veți discuta după ce veți primi informații cu privire la toate domeniile de dezvoltare. „Acum vă voi întreba cum se dezvoltă [numele copilului] în fiecare din aceste domenii. Vă rog să-mi dați exemple din viața de zi cu zi.”								
2. Limbajul expresiv: „În ce mod [numele copilului] vă atenționează că vrea ceva? Ce sunete, gesturi, cuvinte folosește?” Dacă copilul folosește cuvinte: „Ce cuvinte folosește? Dar propoziții?”	☐ Folosește cel puțin 2 cuvinte cu semnificație 5, 6	☐ Folosește degetul arătător pentru a arăta ce dorește 5, 6	☐ Îngrijitorii înțeleg parțial comunicarea copilului 5, 6	☐ Folosește 6 cuvinte cu semnificație ☐ Folosește combinații de cuvinte și gesturi pentru a comunica ce dorește 5, 6	☐ Folosește propoziții cu două cuvinte precum „dă apă”, „mamă măr” 5, 6	☐ Folosește propoziții cu 3 cuvinte pentru a comunica ☐ Folosește pronume: eu, mie, tu ☐ Îngrijitorii înțeleg cea mai mare parte a comunicării copilului 7, 8	☐ Folosește propoziții din 4 cuvinte pentru a comunica ☐ Folosește timpul trecut ☐ Povestește o întâmplare sau un eveniment ☐ Îngrijitorii înțeleg toată comunicarea copilului 7, 8	
3. Limbajul receptiv: „Cum copilul vă arată că înțelege când îi vorbiți? Ce face când îi spuneți: „Unde-i tăticu? Unde-i mingea? Vino aici!” Dacă copilul înțelege comenzile: „Ce face când îi spuneți: Fă din mână la revedere! Adu-mi pantofii tăi!”	☐ Face semnul „pa” cu mâna sau folosește alt gest comun ca răspuns la comandă 5, 6	☐ Înțelege o comandă simplă (adu papucii) 5, 6	☐ Înțelege mai multe comenzi simple 5, 6	☐ Răspunde la întrebări simple precum „Mami este acasă?” -> „da” sau „nu” ☐ Cunoaște numele a mai mult de trei obiecte ☐ Ascultă istorioare scurte sau evenimente, povestite de îngrijitor 5, 6	☐ Cunoaște cel puțin 3 prepoziții: în (în cutie), pe (pe masă), sub (sub scaun) 5, 6	☐ Înțelege comenzi din două sarcini („mergi la bucatărie și adă-mi farfuria ta”, „mergi în odaia ta și adă mingea”) 7, 8	☐ Înțelege comenzi din două sarcini („mergi la bucatărie și adă-mi farfuria ta”, „mergi în odaia ta și adă mingea”) 7, 8	
4a. Mișcările mari (grosiere): „Povestii despre mișcările copilului, de exemplu cum [numele copilului] ridică capul și-l ține ridicat, stă în șezut, merge.”	☐ Merge singur(ă) 14	☐ Lovește mingea sau alte obiecte cu piciorul 15	☒ Copilul ar trebui să fi atins reperul din coloana anterioară					
4b. Mișcările fine: „Cum copilul își folosește mâinile și degetele, de exemplu pentru a ține obiecte?” Dacă poate să deseneze: „Cum ține creionul?”	☐ Ține în orice fel un creion sau un băț și mângălește pe hârtie sau pe pământ/podea 20-22	☒ Copilul ar trebui să fi atins reperul din coloana anterioară				☐ Ține cu degetele creionul sau bățul și desenează 20-22		
5. Interacțiunea: „Cum [numele copilului] interacționează cu oamenii pe care îi cunoaște? Cum își manifestă interesul pentru ei? Ce face pentru a le atrage atenția? Cum stabilește contactul vizual? După ce îngrijitorul răspunde, întrebați: „Cum copilul interacționează cu străinii? Cum arată că înțelege că sunt străini?”	☐ Imită comportamentele celorlalți (face din mână, mângălește, spală mâinile, aranjează hainele în imitație) 27-28	☐ Inițiază interacțiuni specifice cu oamenii: menține interacțiuni și arată preferința pentru adulții care îl îngrijesc și cu care este obișnuit prin expresii faciale, gesturi (zâmbeste, urmărește cu privirea, etc.) și mișcări corporale pentru a iniția interacțiuni sociale (atinge ușor cu palma pentru a atrage atenția, întinde mâinile pentru a fi luat în brațe); manifestă teama de separare prin plâns (când nu vede adulții cu care este obișnuit sau în prezența străinilor). 27-28	☒ Copilul ar trebui să fi atins reperul din coloana anterioară				☐ Vorbește despre oameni preferați/prietenii când nu sunt alături („Unde este bunicul?”) 27-28	
6. Jocul: „Povestii-mi cum [numele copilului] se joacă. Cum se joacă cu oamenii, obiecte sau jucării?” Dacă este necesar, întrebați: „Ce fel de jucării are? Cum se joacă cu ele?”	☐ Cercetează cum funcționează jucăriile/obiectele (ex. cum se mișcă roțile, sună clopoțelul, se aprind luminițele) 31-34	☐ Se joacă în joc simbolic simplu (hrănirea cuiva sau a păpușii, conducerea mașinii, călărire) 31-34	☐ Îi implica pe alții în joc 31-34	☒ Copilul ar trebui să fi atins reperul din coloana anterioară				☐ Se joacă singur sau cu alții în jocuri simbolice complexe (gătirea unei mese și hrănirea păpușilor; conducerea mașinii și alimentarea cu benzină) 31-34
7. Deprinderi de autoîngrijire. „Ce face copilul singur, de exemplu, mănâncă, se îmbracă, merge la toaletă?”	☒ Copilul ar trebui să fi atins reperul din coloana anterioară până la 14 luni			☐ Folosește o singură ustensilă pentru a mânca ☐ Bea din ceașcă 37	☐ Scoate o haină de pe sine ☐ Se spală pe mâini cu ajutorul unei persoane 37	☐ Merge la toaletă în timpul zilei ☐ Se spală pe dinți cu ajutorul unei persoane 38		

8. Îngrijire protectoare: „Vă mulțumesc că mi-ați povestit despre dezvoltarea copilului, îl cunoașteți atât de bine. Acum să vorbim despre viața de zi cu zi. Ce faceți Dvs. și alți membri ai familiei pentru a ajuta [numele copilului] să se dezvolte, să învețe, să comunice?” Ascultați ce vă spune îngrijitorul. Încurajați dezvoltarea subiectului, întrebând: „Ce activități fac cu copilul alți membri ai familiei și prietenii?” Susțineți îngrijitorii recunoscând și laudând toate eforturile lor. Dacă este cazul, oferiți idei din ghidul GMDC.

9. Factori de risc pentru dezvoltare: „Uneori, îngrijitorii se pot simți copleșiți de griji, stresați sau deprimați, pot exista probleme financiare sau de sănătate în familie. În aceste condiții poate fi dificil de susținut dezvoltarea copilului. Se confruntă familia Dvs. cu așa dificultăți?” Ascultați cu empatie și identificați factorii de risc psihosocial.

10. Planificarea intervențiilor și a monitorizării ulterioare: „Cum vă gândiți să sprijiniți dezvoltarea [numele copilului] în pofida acestor dificultăți? La această vârstă fragedă, când dezvoltarea este atât de importantă, ce ați putea face personal, membrii familiei, prietenii și comunitatea pentru a sprijini dezvoltarea copilului?” Susțineți eforturile îngrijitorilor. Dacă îngrijitorii nu au idei sau planuri, spuneți-le că doriți să le oferiți câteva recomandări. Utilizați ghidul GMDC pentru a oferi sfaturi de sprijin a dezvoltării și planificarea monitorizării ulterioare împreună cu îngrijitorul

**REGULI DE UTILIZARE A
FIȘEI DE MONITORIZARE A DEZVOLTĂRII COPILULUI
CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 1 - 42 LUNI**

- mențineți contactul vizual cu îngrijitorul, demonstrați căldură, acceptare, interes sincer, compasiune
- adresați-vă copilului și membrilor familiei folosind numele lor
- puneți deoparte stiloul și evitați tot ceea ce poate să împiedice contactul vizual sau comunicarea cu îngrijitorul (de exemplu, masă sau calculator între dvs. și membrii familiei) nu codificați răspunsurile până nu faceți pauză după finalizarea primelor șapte întrebări!
- folosiți cuvinte, fraze, expresii pe care îngrijitorul le poate înțelege
- oferiți-i îngrijitorului posibilitatea de a vă adresa întrebări atât pe parcursul, cât și la sfârșitul administrării Fișei
- lăudați eforturile, creativitatea și creșteți încrederea îngrijitorilor în forțele proprii pe toată durata aplicării Fișei
- acordați-i atenție copilului și arătați-i căldură; observați relaționarea copilului cu dvs., cu familia și cu mediul înconjurător; lăudați abilitățile de interacționare ale copilului: „Vrea să vă arate atât de multe lucruri!”
- încurajați îngrijitorul să ofere jucării pentru a-l implica pe copil: „Am putea să-i dăm ceva cu care să se joace aici, în timp ce noi vorbim?”
- întrerupeți conversația în cazul în care copilul devine neliniștit sau plânge; încurajați îngrijitorul să-l liniștească pe copil; lăudați acțiunile îngrijitorului: „Chiar știți cum să-l calmați!”
- utilizați secțiunea introductivă pentru a atrage interesul îngrijitorului și a stimula parteneriatul cu familia
- explicați-i îngrijitorului noțiunea de „dezvoltare” – deseori părinții consideră că noțiunile „dezvoltare” și „creștere” sunt identice
- explicați importanța monitorizării și sprijinirii dezvoltării creierului în primii ani ai copilului și importanța identificării tulburărilor de dezvoltare cât mai precoce
- utilizați frazele din secțiunea introductivă a Fișei: „Este important de urmărit în permanență starea de sănătate, creșterea și dezvoltarea psihomotorie a copilului, deoarece creierul se dezvoltă cel mai rapid în primii ani. Este esențial să înțelegem dacă există domenii de dezvoltare care necesită sprijin suplimentar. Părinții și îngrijitorii cunosc cel mai bine copilul. Haideți să vorbim despre cum copilul învață să vorbească, înțelege, se mișcă, își folosește mâinile și degetele, interacționează cu ceilalți, se joacă, aude și vede”
- răspunsurile la întrebările pe care le adresați îngrijitorilor vă fac să înțelegeți mai bine cum văd ei progresele pe care le are copilul: există părinți care nu vorbesc despre îngrijorările lor sau nu înțeleg faptul că copilul lor întâmpină dificultăți de dezvoltare; mai mult ca atât, mama și tatăl copilului pot avea păreri diferite și este important să ajungeți la o înțelegere comună a acțiunilor de urmat
- înainte să adresați întrebările pe domeniile de dezvoltare, explicați că urmează să discutați despre abilitățile pe care le are copilul în prezent și cereți îngrijitorilor să vă povestească, oferind exemple din viața cotidiană: „Acum vă voi întreba cum se dezvoltă copilul în fiecare din domenii. Vă rog să-mi dați exemple din viața lui de zi cu zi”.
- nu memorizați, mereu verificați întrebările și reperele de dezvoltare în Fișă
- întrebați doar despre reperele potrivite vârstei (spre exemplu, nu vom întreba părintele unui copil de 6 luni dacă acesta rostește cuvinte sau merge singur)
- în timpul discuției, puteți să observați unele abilități ale copilului pe care îngrijitorul nu le-a menționat sau pe care nu le-a observat înainte; discutați cu îngrijitorul despre abilitățile observate, după care codificați acest reper cu „DA”; ajutați îngrijitorul să observe și să sprijine dezvoltarea acestor abilități în continuare
- puneți întrebările deschise numerotate de la 1 la 7 din Fișă, fără a le schimba ordinea sau conținutul
- adresați întrebări de clarificare corespunzătoare
- în cazul în care puneți întrebări de tip închis (la care răspunsul îngrijitorului se limitează la „Da” sau „Nu”), cereți exemple din viața de zi cu zi
- dacă îngrijitorul a răspuns afirmativ la prima întrebare, spuneți că veți reveni la îngrijorările acestuia după ce veți analiza toate domeniile
- după fiecare întrebare, ascultați cu atenție și cu interes real, nu fiți complet tăcuți; lăudați când este cazul: „Îmi spuneți atât de mult despre cum comunică copilul!”
- după întrebarea 7, cereți o pauză pentru a înregistra în Fișă abilitățile copilului despre care a vorbit îngrijitorul: „Vă rog, acordați-mi câteva minute să înregistrez ceea ce mi-ați spus.”

Codificarea răspunsurilor din Fișa de monitorizare a dezvoltării copilului pentru fiecare domeniu de dezvoltare psihomotorie

- Inițial se calculează vârsta copilului, exprimată în luni și zile (ex., 6 luni 30 de zile sunt 6 luni, iar 7 luni și 1 zi sunt 7 luni).
- Pentru copiii născuți prematur (înainte de 37 de săptămâni de gestație), până la vârsta de 25 de luni de viață, se calculează vârsta corectată a prematurului.
- Se înregistrează în Fișă toate abilitățile copilului despre care a vorbit îngrijitorul, indiferent de vârsta copilului: marcați cu litera „D” (DA) dacă îngrijitorul a spus că copilul a atins un reper de dezvoltare, iar cu litera „N” (NU) marcați abilitățile despre care îngrijitorul a spus că copilul încă nu le-a achiziționat.
- Reperele despre care îngrijitorul nu a vorbit, nu vor fi înregistrate în Fișă.
- Găsiți rubrica din tabelul fișei în care TOATE reperele de dezvoltare ale copilului au fost marcate cu DA și prima rubrică cu cel puțin un răspuns NU
- Pentru fiecare domeniu de dezvoltare, găsiți ultima rubrică (cea mai din dreapta), în care toate reperele au fost codificate cu DA; dacă următoarea rubrică are un reper marcat cu NU, nu adresați întrebări adăugătoare; dacă următoarea rubrică este goală, adresați întrebări de clarificare, până ajungeți la primul NU.
- Acum luați în considerare vârsta calculată a copilului – dacă rubrica cu TOATE răspunsurile DA este la vârsta calculată a copilului sau la o vârstă mai mare, copilul are o dezvoltare corespunzătoare vârstei în domeniul respectiv, notați rezultatul „Bine”; dacă rubrica cu TOATE răspunsurile DA este la o vârstă mai mică decât cea calculată a copilului, acesta are o întârziere și are nevoie de sprijin suplimentar pentru a se dezvolta în domeniul respectiv, notați rezultatul „Sprijin suplimentar”.
- Ascultați îngrijitorul cu interes real, respect și compasiune, și încurajați dezvoltarea subiectului.
- După întrebarea a opta lăudați toate eforturile familiei de a sprijini dezvoltarea copilului.
- Nu ezitați să adresați întrebarea a noua; întrebați despre depresie, sărăcie, violență, chiar dacă acestea sunt greu de adus în discuție; ascultați cu compasiune.
- Adresați întrebarea a zecea, pentru a afla despre punctele forte ale familiei (factorii de protecție pentru dezvoltarea copilului), modalitățile de a face față problemelor și resursele familiei.
- Dacă familia se confruntă cu dificultăți (răspunsul la întrebarea a noua este „Da”), adresați întrebarea a zecea așa cum este formulată în Fișă; lăudați eforturile familiei de a face față dificultăților; oferiți sfaturi de sprijin al dezvoltării copilului.
- Dacă familia nu se confruntă cu dificultăți (răspunsul la întrebarea a noua este „Nu”), formulați întrebarea a zecea după cum urmează: „Ce v-ar ajuta să faceți față dificultăților, dacă ați avea astfel de situații dificile precum depresia, sărăcia, violența?”
- Informați îngrijitorii despre faptul că îi puteți ajuta să acceseze și alte servicii comunitare, dacă este necesar.
- Informați familia cu privire la dezvoltarea copilului. Subliniați punctele forte specifice ale copilului. Dați exemple din ceea ce v-a spus îngrijitorul sau din ceea ce ați observat: „Dragoș are atât de multe puncte forte! Este atât de activ, fericit, interesat, curios, încrezător! etc.)”.
- Interpretați rezultatul evaluării din Fișă pentru fiecare domeniu. Repetați unul sau două dintre ultimele repere pe care copilul le-a atins, lăudându-l. Subliniați faptul că are o dezvoltare corespunzătoare vârstei în acest domeniu (sau că are nevoie de sprijin suplimentar): „Acum Nicoleta stă așezată fără sprijin, este minunat, dezvoltarea ei este corespunzătoare vârstei în ceea ce privește mișcările mari (grosiere)”.
- Subliniați domeniile în care copilul are nevoie de sprijin suplimentar. Dacă părintele are îngrijorări privind dezvoltarea copilului în aceste domenii, spuneți-i că este un bun observator și ca împreună veți putea găsi modalități de a sprijini dezvoltarea copilului: „Ați avut îngrijorări cu privire la faptul cum Ionel se joacă, îl cunoașteți atât de bine. Începe să joace „cucu-bau”, e minunat! Dar are nevoie de sprijin suplimentar în domeniul activităților de joacă. Haideți să ne gândim împreună cum putem să-l ajutăm”.

TRASEUL DE REFERIRE A COPILULUI CU TULBURĂRI DE DEZVOLTARE

Traseul de referire a copilului cu tulburări de dezvoltare prin aplicarea Fișei de Monitorizare a Dezvoltării Copilului reprezintă un set de recomandări, care descrie deciziile individualizate ce necesită a fi întreprinse cu privire la referirea copiilor cu vârsta sub 42 de luni și familiilor acestora către specialist/instituții pentru asistența precocă a tulburărilor de dezvoltare și a riscurilor de apariție a acestora.

Scopul traseului de referire este de a preciza pașii recomandați pentru oferirea de asistență personalizată în domeniul medical, social și psihopedagogic copiilor în funcție de grupul atribuit prin aplicarea Fișei în vederea eficientizării procesului de intervenție timpurie.

Un sistem eficient de intervenție timpurie pentru copii și familiile lor presupune o gamă extinsă de servicii medicale, sociale și educaționale, susținute de stat, care să dispună de resurse suficiente și care să aibă colaborare strânsă intersectorială și interdisciplinară între diverși parteneri:

- instituțiile medico-sanitare (de asistență medicală primară și specializată de diferit nivel), care intervin în cazul riscurilor legate de sănătatea copilului
- instituțiile de asistență socială, care intervin în cazul factorilor de risc psihosocial (probleme de sănătate mintală a îngrijitorului, dificultăți financiare ale familiei, sărăcie extremă, violență în familie, abuz de substanțe, neglijarea și/sau abuzul copilului)
- centrele de intervenție timpurie, care răspund la toate solicitările/referirile recepționate, ce prezintă îngrijorări privind dezvoltarea copiilor.

Acțiunile din cadrul traseului de referire se realizează prin cooperare intersectorială dintre specialiștii din cadrul instituțiilor/structurilor, în parteneriat cu părinții, îngrijitorii și alți reprezentanți legali ai copilului.

Aplicarea Fișei de Monitorizare a Dezvoltării Copilului permite identificarea întârzierilor în dezvoltare pe unul sau mai multe domenii, evaluarea mediului de îngrijire afectuoasă cu identificarea riscurilor de dezvoltare și abordarea/referirea individualizată a acestora, contribuie la consolidarea colaborării, abordarea factorilor de risc, a nevoilor nesatisfăcute ale copilului și familiei.

Deciziile privind referirea copilului identificat cu tulburări în dezvoltare se vor lua în funcție **de grupul de încadrare**, apreciat în baza rezultatului evaluărilor aplicând Fișei de Monitorizare a Dezvoltării Copilului cu vârsta de la 1 la 42 luni (prezența întârzierilor pe anumite domenii de dezvoltare, a factorilor de risc medical, psihosocial etc.):

Grup	Caracteristici
GRUPUL 1	încadrează copiii care nu prezintă întârzieri în dezvoltare sau anumite riscuri, în baza evaluării în baza Fișei
GRUPUL 2	încadrează copiii care în baza evaluării utilizând Fișa prezintă riscuri legate de sănătate – greutate mică la naștere (2500 g sau mai puțin), malnutriție, anemie, maladii cronice, copilul necesită asistență medicală și/sau reabilitare (de exemplu, boli cardiace, renale, pierderea auzului sau vederii etc.)
GRUPUL 3	încadrează copiii care în baza evaluării utilizând Fișa prezintă riscuri psihosociale – sprijin insuficient pentru dezvoltare (familia nu este capabilă să sprijine dezvoltarea copilului), de exemplu, îngrijitorii sunt deprimați, familia este în dificultate (sărăcie extremă, boală, violență în familie, abuz de substanțe, neglijarea și/sau abuzul copilului)
GRUPUL 4	încadrează copiii care în baza evaluării utilizând Fișa necesită sprijin suplimentar în unul sau mai multe domenii de dezvoltare psihomotorie (manifestă întârziere de dezvoltare)
GRUPUL 5	încadrează copiii care în baza evaluării utilizând Fișa necesită sprijin suplimentar în unul sau mai multe domenii de dezvoltare psihomotorie (manifestă întârziere de dezvoltare) și există riscuri legate de sănătate și/sau riscuri psihosociale

REFERIREA COPIILOR ÎN DEPENDENȚĂ DE GRUPUL DE ÎNCADRARE

- **Copiii încadrați în GRUPUL 2:**

- vor fi referiți de către medicul de familie, în funcție de problema de sănătate, la pediatru sau alți specialiști, sau instituții medicale relevante pentru asistență medicală specializată de ambulator sau spitalicească, conform reglementărilor în vigoare
- medicul de familie va indica și va monitoriza, de sine stătător sau cu suportul specialiștilor, tratamentul recomandat pentru anemie, boli cronice, malnutriție etc.

- **Copiii încadrați în GRUPUL 3:**

- vor fi referiți către asistență socială comunitară în funcție de factorii de risc psihosociali constatați, utilizând prevederile reglementărilor în vigoare (HG nr. 1182/2010, HG nr. 270/2014, HG nr. 143/2018)

- **Copiii încadrați în GRUPUL 4:**

- vor fi referiți către un serviciu de abilitare, reabilitare sau intervenție timpurie dacă nu se obțin progrese în niciun domeniu după două luni de sprijin al dezvoltării în baza Ghidului internațional de Monitorizare a Dezvoltării Copilului (după evaluarea a 3-a), utilizând prevederile reglementărilor în vigoare (HG nr. 816/2016)

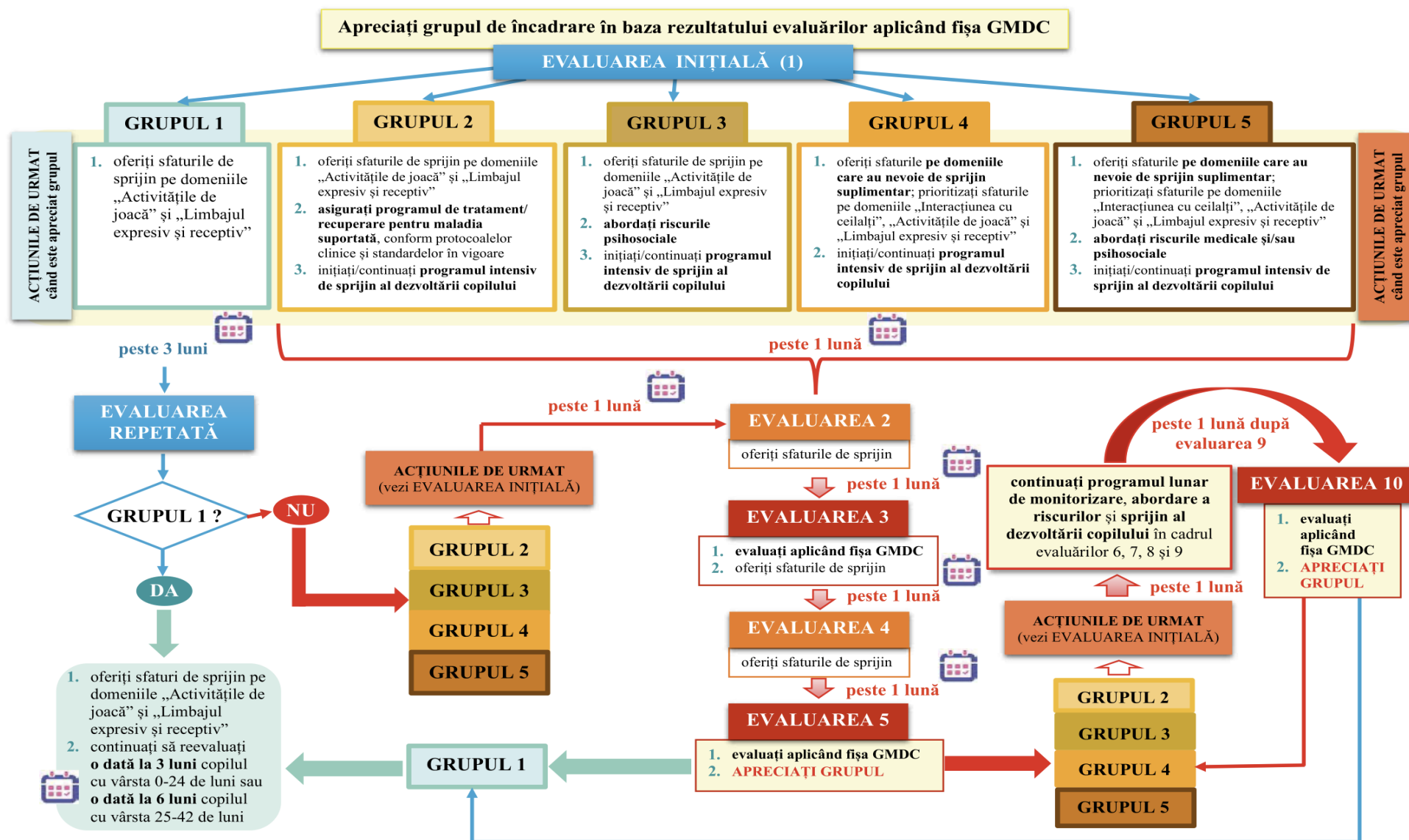
- **Copiii încadrați în GRUPUL 5:**

- vor fi referiți către un serviciu de abilitare, reabilitare sau intervenție timpurie dacă nu se obțin progrese în niciun domeniu după două luni de sprijin al dezvoltării în baza Ghidului internațional de Monitorizare a Dezvoltării Copilului (după evaluarea a 3-a) și către serviciile de asistență socială comunitară în funcție de factorii de risc psihosociali constatați, utilizând prevederile reglementărilor în vigoare (HG nr. 816/2016, HG nr. 1182/2010, HG nr. 270/2014, HG nr. 143/2018)

ATENȚIE:

- Dacă copilul întârzie în dezvoltare DOAR în domeniile „Autoîngrijire” și „Activitățile de joacă”, el nu va fi referit la serviciile de intervenție timpurie, ci se oferă sfaturi de sprijin suplimentar.
- În timpul întrevederilor repetate „de suport”, întrebați ce a făcut familia de la ultima evaluare pentru a sprijini dezvoltarea copilului și care sunt progresele lui. Întrebați despre noile riscuri. Lăudați toate eforturile îngrijitorilor. Reevaluați dezvoltarea copilului la necesitate. Pe toată durată monitorizării, consolidați-vă relația ca partener de încredere, prestator de servicii și resursă a familiei.
- Îngrijitorii pot fi sensibili și fragili emoțional atunci când au grijă de copii. Aceștia au nevoie de prestatori de servicii medicale cu adevărat interesați, respectuoși, care să le ofere sprijin și empatie. Nu au nevoie de mult timp, informații sau multe activități pentru a sprijini dezvoltarea. Susțineți-i prin observarea și încurajarea a ceea ce fac deja, ori de câte ori este posibil. Scopul este de a le dezvolta încrederea și creativitatea. Susținerea și aprecierea eforturilor depuse de părinți sunt uneori mai valoroase decât orice recomandare.

ALGORITMUL ACȚIUNILOR ÎN DEPENDENȚĂ DE GRUPUL DE ÎNCADRARE A COPILULUI, APLICÂND EVALUAREA CONFORM GHIDULUI INTERNAȚIONAL DE MONITORIZARE A DEZVOLTĂRII COPILULUI



CHESTIONAR PRIVIND AUTISMUL LA COPII, (modificat, rectificat, cu întrebări ulterioare) (M-CHAT-R/F)™

Chestionarul privind autismul la copii, rectificat, cu întrebări ulterioare (**M-CHAT-R / F**; Robins, Fein și Batler, 2009) este un instrument de observație în două etape pentru părinți, conceput pentru a evalua riscul tulburărilor de spectru autist (TSA).

M-CHAT-R poate fi folosit de medicii de familie, de medicii pediatri și de medicii specialiști sau de alți profesioniști pentru a evalua riscul de TSA.

Scopul principal al M-CHAT-R este de a maximiza sensibilitatea, adică detectarea cât mai multor cazuri de TSA. Cei care utilizează chestionarul trebuie să țină cont de faptul că, chiar și cu întrebările ulterioare, o mare parte de copii, cărora le poate fi stabilit un diagnostic pozitiv în baza M-CHAT-R, nu au TSA; totuși, acești copii prezintă un risc sporit de alte tulburări și întârzieri de dezvoltare, prin urmare, fiecare copil care a primit un rezultat pozitiv trebuie evaluat.

Datele obținute cu ajutorul M-CHAT-R pot fi calculate în mai puțin de două minute. la adresa <http://www.mchatscreen.com>.

Algoritmul de calculare.

- pentru toate compartimentele, cu excepția compartimentelor 2, 5 și 12, răspunsul "NU" indică un risc de TSA;
- pentru compartimentele 2, 5 și 12, răspunsul "DA" indică un risc de TSA.

Algoritmul de mai jos maximizează proprietățile psihometrice ale M-CHAT-R:

NIVEL JOS DE RISC: scorul total este 0-2; dacă copilul are mai puțin de 24 de luni, evaluați-l din nou după vârsta de doi ani. Dacă nu există risc de TSA, nu sunt necesare acțiuni ulterioare.

NIVEL MEDIU DE RISC: scorul total este de 3-7; sunt indicate întrebările ulterioare (etapa a doua M-CHAT-R/F) pentru a obține informații suplimentare referitoare la nivelul de risc.

Sunt necesare următoarele acțiuni: efectuarea unei evaluări diagnostice a copilului și a oportunității intervenției timpurii. Dacă scorul ulterior este de 0-1, rezultatul examinării este considerat negativ. Nu sunt necesare acțiuni ulterioare, în cazul identificării unui risc de TSA, dar în timpul vizitelor ulterioare copilul trebuie evaluat din nou.

NIVEL ÎNALT DE RISC: scorul total este de 8-20; se admite de a ignora întrebările ulterioare și de a trece imediat la evaluarea de diagnosticare și a oportunității intervenției timpurii.

M-CHAT-RTM

Răspundeți, vă rog, la aceste întrebări despre copilul dvs. Țineți cont de comportamentul obișnuit al copilului. Dacă ați văzut că s-a comportat într-un anumit mod de mai multe ori, dar acest comportament nu este normal pentru el, vă rugăm să răspundeți "nu". Răspundeți cu "da" sau „nu” la fiecare întrebare. Vă mulțumim!

M-CHAT-R cu întrebări ulterioare (M-CHAT-R/F)TM

1	Dacă indicați un anumit obiect din cameră, copilul se uită la el? (De exemplu, dacă indicați o jucărie sau un animal, copilul dvs. se uită la jucărie sau la animal?)	Da	Nu
2.	Nu v-ați gândit vreodată că copilul dvs. este surd?	Da	Nu
3.	Copilului dvs. îi place să se prefacă? (De exemplu, se prefacă că bea dintr-o ceașcă goală, că vorbește la telefon, că hrănește o păpușă sau o jucărie-animă?)	Da	Nu
4.	Copilului dvs. îi place să urce pe obiecte? (De exemplu, pe mobilă, pe terenul de joacă, pe scări?)	Da	Nu
5.	Copilul dumneavoastră face mișcări neobișnuite cu degetele lângă cap și ochi? (De exemplu, scutura degetele în jurul ochilor?)	Da	Nu
6.	Arată copilul dvs. cu degetul, dacă dorește să ceară ceva sau cere ajutor? (De exemplu, arată spre o gustare sau o jucărie la care nu poate ajunge?)	Da	Nu
7.	Copilul dvs. arată cu un deget spre un lucru interesant, pe care vrea să vi-l arate? (De exemplu, spre un avion care zboară sau un camion mare pe drum?)	Da	Nu
8.	Este copilul dumneavoastră interesat de alți copii? (De exemplu, copilul dvs. se uită la alți copii, le surâde sau se apropie de ei?)	Da	Nu
9.	Copilul vă aduce lucruri pentru a le vedea, vi le arată - nu pentru a-l ajuta, ci doar pentru a se împărtăși? (De exemplu, vă arată o floare, un animal-jucărie, un camion-jucărie?)	Da	Nu
10.	Copilul dvs. răspunde când îi spuneți numele? (De exemplu, se uită la dvs., vorbește sau gângurește, își oprește acțiunile, când își aude numele?)	Da	Nu
11.	Când îi zâmbiți copilului, vă zâmbește înapoi?	Da	Nu
12.	Copilul dvs. este deranjat de zgomotul cotidian? (De exemplu, țipă sau plânge ca răspuns la zgomotul unui aspirator sau al muzicii puternice?)	Da	Nu
13.	Copilul dvs. merge?	Da	Nu
14.	Copilul dvs. vă privește în ochi când vorbiți cu el, vă jucați sau îl îmbrăcați?	Da	Nu
15.	Copilul dvs. încearcă să copieze ceea ce faceți? (De exemplu, flutură din mână, bate din palme, strigă vesel după dvs.)	Da	Nu
16.	Dacă întoarceți capul pentru a vă uita la ceva, copilul dvs. se uita în jur pentru a vedea la ce vă uitați dvs.?	Da	Nu
17.	Copilul dvs. încearcă să vă facă să vă uitați la el? (De exemplu, copilul se uită la dvs. pentru a auzi laude, pentru a spune "privește" sau "privește la mine".)	Da	Nu
18.	Când îi spuneți să facă ceva, copilul înțelege? (De exemplu, dacă nu arătați spre obiect, poate copilul să înțeleagă cuvintele "pune cartea pe scaun" sau "adă-mi o plapumă"?)	Da	Nu
19.	Dacă se întâmplă ceva nou, copilul se uită la dvs. în față pentru a înțelege exact ce simțiți referitor la acest lucru? (De exemplu, dacă aude un zgomot straniu sau amuzant sau vede o jucărie nouă, se va uita la fața dvs.?)	Da	Nu
20.	Copilul iubește activitățile mobile? (De exemplu, atunci când este aruncat în sus sau legănat pe picioare?)	Da	Nu

FACTORI DE RISC PENTRU TULBURĂRILE DE AUZ LA COPII [7]

- Acuzele îngrijitorului cu privire la auz, vorbire, limbaj sau întârziere în dezvoltare.
- Antecedente familiale de pierdere permanentă a auzului în copilărie.
- Tratament intensiv neonatal de >5 zile sau oricare dintre următoarele, indiferent de durata internării: oxigenare extracorporală cu membrană, ventilație asistată, expunere la medicamente ototoxice (gentamicină și tobramicină) sau diuretice de ansă (furosemid/lasix) și hiperbilirubinemie care necesită transfuzie de schimb.
- Infecții intrauterine, cum ar fi citomegalovirusul, herpesul, rubeola, sifilisul și toxoplasmoza.
- Anomalii craniofaciale, inclusiv cele care afectează pavilionul auricular, canalul auditiv, lobul urechii, cavitatea urechii și osul temporal.
- Constatări fizice, cum ar fi o cărare albă, asociate cu un sindrom cunoscut pentru pierderea auzului senzorial sau conductiv permanent.
- Sindroame asociate cu pierderea auzului sau pierderea auzului progresivă sau cu debut tardivă, cum ar fi neurofibromatoza, osteopetroza și sindromul Usher (alte sindroame frecvent identificate includ Waardenburg, Alport, Pendred și Jervell și Lange-Nielson).
- Tulburări neurodegenerative, cum ar fi sindromul Hunter sau neuropatii senzoriale motorii, cum ar fi ataxia Friedreich și boala Charcot-Marie-Tooth.
- Infecții postnatale cu cultură pozitivă asociate cu pierderea auzului senzorial neurală, inclusiv meningita bacteriană și virală confirmată (în special virusul herpes și virusul varicela-zoster).
- Traumatisme craniene, în special fracturi ale bazei craniului sau ale osului temporal care necesită spitalizare.
- Chimioterapie în anamneză.
- Acuzele îngrijitorului cu privire la auz, vorbire, limbaj sau întârziere în dezvoltare.

Notă:

la fiecare vizită, în conformitate cu Standardul examinărilor profilactice, dacă copilul manifestă întârziere în dezvoltarea limbajului conform fișei de evaluare a dezvoltării copilului, sau dacă medicul sau îngrijitorul are îngrijorări cu privire la auz sau dezvoltarea limbajului, copilul trebuie referit imediat pentru evaluare suplimentară de către un audiolog și un logoped; odată ce pierderea auzului este diagnosticată la un copil, frații și surorile care prezintă un risc crescut de pierdere a auzului trebuie să fie trimiși la o evaluare audiologică.

CHESTIONARUL - TEST „CUM AUDE COPILUL ÎN PRIMUL AN DE VIAȚĂ”
(„Standardul de screening audiologic la nou-născuți”)

Întrucât în majoritatea cazurilor de dereglări a audierii părinții sunt primii care suspectează o deficiență de auz la copil, acest chestionar-test posibilitățile auditive ale copilului la o anumită vârstă.

La 0-3 luni copilul:

- face diverse mișcări din mânuțe, piciorușe în urma unui sunet puternic;
- se trezește din somn la zgomot;
- zâmbește, încearcă să emită sunete, reacționând la glasul mamei;
- încearcă să întoarcă capul, privirea spre sursa sonoră (jucării sunătoare, radiou etc).

La 4-6 luni copilul:

- reacționează la diverse sunete întorcând capul spre sursa sonoră;
- recunoaște vocea părinților;
- se sperie de sunete puternice necunoscute;
- reacționează la vocea supărată a părinților.

La 7-9 luni copilul:

- reacționează la chemare;
- încearcă să emită diverse sunete, silabe;
- întoarce capul spre un sunet slab, ce apare pe neașteptate;
- ascultă cu plăcere muzica, manifestând un interes față de sursa sonoră.

La 10-12 luni copilul:

- îndeplinește însărcinări simple;
- î-și știe numele, reacționează la chemare;
- imită vorbirea părinților, pronunță cuvinte simple;
- reacționează la sunete ce vin din odaia vecină, căutând sursa sonoră

FACTORI DE RISC PENTRU ANEMIE LA COPII

- Prematuritate
- Greutate mică la naștere
- Utilizarea amestecului lactat cu conținut redus de fier
- Introducerea timpurie în alimentație a laptelui de vacă (vârsta <1 an)
- Comorbidități asociate cu risc sporit de deficit de fier
- Dieta săracă în fier
- Factori de mediu
- Dieta săracă în fier
- Factori de mediu
- Testarea anuală a fetelor care prezintă factori de risc pentru deficit de fier (de ex., pierderi menstruale abundente sau alte pierderi de sânge, aport redus de fier sau un diagnostic anterior de anemie feriprivă)
- Factori de risc de mediu

EVALUAREA NIVELULUI TENSIUNII ARTERIALE LA COPII

(după Academia Americană de Pediatrie, 2017 și
PCN-193 „Hipertensiunea arterială esențială la copil”)

Hipertensiunea arterială sistemică reprezintă o problemă majoră de sănătate publică la adult, dar și pentru populația pediatrică, din moment ce copiii de azi vor deveni adulții de mâine. Definițiile nivelului tensiunii arteriale la copii după Academia Americană de Pediatrie include următoarele categorii (tabelele 1 și 2):

Tabelul 1

Definițiile nivelului tensiunii arteriale la copii

Definiții	Copiii cu vârsta 1 –<13 ani	Copiii cu vârsta ≥13 ani
TA* normală	< 90 percentile	<120/<80 mmHg
TA* înaltă	≥90 percentile è <95 percentile sau 120/80 mmHg è <95 percentile (oricare dintre acestea având valoare mai mică)	120/<80 è 129/<80 mmHg
Hipertensiune gradul 1	≥95 percentile è <95 percentile + 12 mm Hg sau 130/80 è 139/89 mmHg (oricare dintre acestea având valoare mai mică)	130/80 è 139/89 mmHg
Hipertensiune gradul 2	≥95 percentile + 12 mmHg sau ≥140/90 mmHg (oricare dintre acestea având valoare mai mică)	≥140/90 mmHg

* - tensiunea arterială

NB! Tabelul 1 nu include valorile TA pentru copiii adolescenți supraponderali și cu obezitate, al căror Indice de Masă Corporală este ≥85 percentile, astfel acestea reprezintă clasificarea TA la copiii cu greutate corporală normală.

Tabelul 2

Definițiile nivelului tensiunii arteriale la copii

Definiții	Copiii cu vârsta <16 ani	Copiii cu vârsta ≥16 ani
TA* normală	<90 percentile	<130/<85 mmHg
TA* normal înaltă	≥90 percentile è <95 percentile	130/85 è 140/90 mmHg
Hipertensiune stadiul 1	≥95 percentile è <99 percentile+ 5 mm Hg	140/90 è 159/99 mmHg
Hipertensiune stadiul 2	≥99 percentile + 5 mmHg	160/100 è 179/109 mmHg

* - tensiunea arterială

Valorile normale ale tensiunii arteriale la copil, între 1-17 ani, sunt definite în funcție de înălțime, deoarece copiii mai înalți au în mod normal valori medii ale TA mai mari în comparație cu cei mai scunzi de aceeași vârstă. În funcție de înălțimea copilului, exprimată în percentile, sexul și vârstă sunt stabilite valorile tensiunii arteriale care sunt divizate în conformitate cu percentilele 50, 90, 95 și 99 (tabelele 3a și 3b). Aceste tabele sunt obligatorii pentru evaluarea nivelului tensiunii arteriale la copii și trebuie să fie utilizate la fiecare măsurare a acesteia:

**VALORILE TENSIUNII ARTERIALE PENTRU BĂIEȚI
ÎN FUNCȚIE DE PERCENTILELE PENTRU VÂRSTĂ ȘI TALIE**

Vârsta (ani)	Percentil e TA	TA sistolică (mm Hg)							TA diastolică (mm Hg)						
		Percentile ale înălțimii sau înălțimea măsurată							Percentile ale înălțimii sau înălțimea măsurată						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	Înălțimea (cm)	77.2	78.3	80.2	82.4	84.6	86.7	87.9	77.2	78.3	80.2	82.4	84.6	86.7	87.9
	50	85	85	86	86	87	88	88	40	40	40	41	41	42	42
	90	98	99	99	100	100	101	101	52	52	53	53	54	54	54
	95	102	102	103	103	104	105	105	54	54	55	55	56	57	57
	95 + 12	114	114	115	115	116	117	117	66	66	67	67	68	69	69
2	Înălțimea (cm)	86.1	87.4	89.6	92.1	94.7	97.1	98.5	86.1	87.4	89.6	92.1	94.7	97.1	98.5
	50	87	87	88	89	89	90	91	43	43	44	44	45	46	46
	90	100	100	101	102	103	103	104	55	55	56	56	57	58	58
	95	104	105	105	106	107	107	108	57	58	58	59	60	61	61
	95 + 12	116	117	117	118	119	119	120	69	70	70	71	72	73	73
3	Înălțimea (cm)	92.5	93.9	96.3	99	101. 8	104. 3	105. 8	92.5	93.9	96.3	99	101. 8	104. 3	105. 8
	50	88	89	89	90	91	92	92	45	46	46	47	48	49	49
	90	101	102	102	103	104	105	105	58	58	59	59	60	61	61
	95	106	106	107	107	108	109	109	60	61	61	62	63	64	64
	95 + 12	118	118	119	119	120	121	121	72	73	73	74	75	76	76
4	Înălțimea (cm)	98.5	100. 2	102. 9	105. 9	108. 9	111. 5	113. 2	98.5	100. 2	102. 9	105. 9	108. 9	111. 5	113. 2
	50	90	90	91	92	93	94	94	48	49	49	50	51	52	52
	90	102	103	104	105	105	106	107	60	61	62	62	63	64	64
	95	107	107	108	108	109	110	110	63	64	65	66	67	67	68
	95 + 12	119	119	120	120	121	122	122	75	76	77	78	79	79	80
5	Înălțimea (cm)	104. 4	106. 2	109. 1	112. 4	115. 7	118. 6	120. 3	104. 4	106. 2	109. 1	112. 4	115. 7	118. 6	120. 3
	50	91	92	93	94	95	96	96	51	51	52	53	54	55	55
	90	103	104	105	106	107	108	108	63	64	65	65	66	67	67
	95	107	108	109	109	110	111	112	66	67	68	69	70	70	71
	95 + 12	119	120	121	121	122	123	124	78	79	80	81	82	82	83
6	Înălțimea (cm)	110. 3	112. 2	115. 3	118. 9	122. 4	125. 6	127. 5	110. 3	112. 2	115. 3	118. 9	122. 4	125. 6	127. 5
	50	93	93	94	95	96	97	98	54	54	55	56	57	57	58
	90	105	105	106	107	109	110	110	66	66	67	68	68	69	69
	95	108	109	110	111	112	113	114	69	70	70	71	72	72	73
	95 + 12	120	121	122	123	124	125	126	81	82	82	83	84	84	85
7	Înălțimea (cm)	116. 1	118	121. 4	125. 1	128. 9	132. 4	134. 5	116. 1	118	121. 4	125. 1	128. 9	132. 4	134. 5
	50	94	94	95	97	98	98	99	56	56	57	58	58	59	59
	90	106	107	108	109	110	111	111	68	68	69	70	70	71	71
	95	110	110	111	112	114	115	116	71	71	72	73	73	74	74
	95 + 12	122	122	123	124	126	127	128	83	83	84	85	85	86	86
8	Înălțimea (cm)	121. 4	123. 5	127	131	135. 1	138. 8	141	121. 4	123. 5	127	131	135. 1	138. 8	141
	50	95	96	97	98	99	99	100	57	57	58	59	59	60	60
	90	107	108	109	110	111	112	112	69	70	70	71	72	72	73
	95	111	112	112	114	115	116	117	72	73	73	74	75	75	75
	95 + 12	123	124	124	126	127	128	129	84	85	85	86	87	87	87
9	Înălțimea (cm)	126	128. 3	132. 1	136. 3	140. 7	144. 7	147. 1	126	128. 3	132. 1	136. 3	140. 7	144. 7	147. 1
	50	96	97	98	99	100	101	101	57	58	59	60	61	62	62
	90	107	108	109	110	112	113	114	70	71	72	73	74	74	74
	95	112	112	113	115	116	118	119	74	74	75	76	76	77	77
	95 + 12	124	124	125	127	128	130	131	86	86	87	88	88	89	89
10	Înălțimea (cm)	130. 2	132. 7	136. 7	141. 3	145. 9	150. 1	152. 7	130. 2	132. 7	136. 7	141. 3	145. 9	150. 1	152. 7
	50	97	98	99	100	101	102	103	59	60	61	62	63	63	64
	90	108	109	111	112	113	115	116	72	73	74	74	75	75	76
	95	112	113	114	116	118	120	121	76	76	77	77	78	78	78
	95 + 12	124	125	126	128	130	132	133	88	88	89	89	90	90	90

11	Înălțimea (cm)	134.7	137.3	141.5	146.4	151.3	155.8	158.6	134.7	137.3	141.5	146.4	151.3	155.8	158.6
	50	99	99	101	102	103	104	106	61	61	62	63	63	63	63
	90	110	111	112	114	116	117	118	74	74	75	75	75	76	76
	95	114	114	116	118	120	123	124	77	78	78	78	78	78	78
	95 + 12	126	126	128	130	132	135	136	89	90	90	90	90	90	90
12	Înălțimea (cm)	140.3	143	147.5	152.7	157.9	162.6	165.5	140.3	143	147.5	152.7	157.9	162.6	165.5
	50	101	101	102	104	106	108	109	61	62	62	62	62	63	63
	90	113	114	115	117	119	121	122	75	75	75	75	75	76	76
	95	116	117	118	121	124	126	128	78	78	78	78	78	79	79
	95 + 12	128	129	130	133	136	138	140	90	90	90	90	90	91	91
13	Înălțimea (cm)	147	150	154.9	160.3	165.7	170.5	173.4	147	150	154.9	160.3	165.7	170.5	173.4
	50	103	104	105	108	110	111	112	61	60	61	62	63	64	65
	90	115	116	118	121	124	126	126	74	74	74	75	76	77	77
	95	119	120	122	125	128	130	131	78	78	78	78	80	81	81
	95 + 12	131	132	134	137	140	142	143	90	90	90	90	92	93	93
14	Înălțimea (cm)	153.8	156.9	162	167.5	172.7	177.4	180.1	153.8	156.9	162	167.5	172.7	177.4	180.1
	50	105	106	109	111	112	113	113	60	60	62	64	65	66	67
	90	119	120	123	126	127	128	129	74	74	75	77	78	79	80
	95	123	125	127	130	132	133	134	77	78	79	81	82	83	84
	95 + 12	135	137	139	142	144	145	146	89	90	91	93	94	95	96
15	Înălțimea (cm)	159	162	166.9	172.2	177.2	181.6	184.2	159	162	166.9	172.2	177.2	181.6	184.2
	50	108	110	112	113	114	114	114	61	62	64	65	66	67	68
	90	123	124	126	128	129	130	130	75	76	78	79	80	81	81
	95	127	129	131	132	134	135	135	78	79	81	83	84	85	85
	95 + 12	139	141	143	144	146	147	147	90	91	93	95	96	97	97
16	Înălțimea (cm)	162.1	165	169.6	174.6	179.5	183.8	186.4	162.1	165	169.6	174.6	179.5	183.8	186.4
	50	111	112	114	115	115	116	116	63	64	66	67	68	69	69
	90	126	127	128	129	131	131	132	77	78	79	80	81	82	82
	95	130	131	133	134	135	136	137	80	81	83	84	85	86	86
	95 + 12	142	143	145	146	147	148	149	92	93	95	96	97	98	98
17	Înălțimea (cm)	163.8	166.5	170.9	175.8	180.7	184.9	187.5	163.8	166.5	170.9	175.8	180.7	184.9	187.5
	50	114	115	116	117	117	118	118	65	66	67	68	69	70	70
	90	128	129	130	131	132	133	134	78	79	80	81	82	82	83
	95	132	133	134	135	137	138	138	81	82	84	85	86	86	87
	95 + 12	144	145	146	147	149	150	150	93	94	96	97	98	98	99

Tabelul 4

**VALORILE TENSIUNII ARTERIALE PENTRU FETE
ÎN FUNCȚIE DE PERCENTILELE PENTRU VÂRSTĂ ȘI TALIE**

ârst a (ani)	Percentil e TA	TA sistolică (mm Hg)							TA diastolică (mm Hg)						
		Percentile ale înălțimii sau înălțimea măsurată							Percentile ale înălțimii sau înălțimea măsurată						
		5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%	5%	10%	25%	50%	75%	90%	95%
1	Înălțimea (cm)	75.4	76.6	78.6	80.8	83	84.9	86.1	75.4	76.6	78.6	80.8	83	84.9	86.1
	50	84	85	86	86	87	88	88	41	42	42	43	44	45	46
	90	98	99	99	100	101	102	102	54	55	56	56	57	58	58
	95	101	102	102	103	104	105	105	59	59	60	60	61	62	62
	95 + 12	113	114	114	115	116	117	117	71	71	72	72	73	74	74
2	Înălțimea (cm)	84.9	86.3	88.6	91.1	93.7	96	97.4	84.9	86.3	88.6	91.1	93.7	96	97.4
	50	87	87	88	89	90	91	91	45	46	47	48	49	50	51
	90	101	101	102	103	104	105	106	58	58	59	60	61	62	62
	95	104	105	106	106	107	108	109	62	63	63	64	65	66	66
	95 + 12	116	117	118	118	119	120	121	74	75	75	76	77	78	78
3	Înălțimea (cm)	91	92.4	94.9	97.6	100.5	103.1	104.6	91	92.4	94.9	97.6	100.5	103.1	104.6
	50	88	89	89	90	91	92	93	48	48	49	50	51	53	53
	90	102	103	104	104	105	106	107	60	61	61	62	63	64	65
	95	106	106	107	108	109	110	110	64	65	65	66	67	68	69
	95 + 12	118	118	119	120	121	122	122	76	77	77	78	79	80	81

4	Înălțimea (cm)	97.2	98.8	101.4	104.5	107.6	110.5	112.2	97.2	98.8	101.4	104.5	107.6	110.5	112.2
	50	89	90	91	92	93	94	94	50	51	51	53	54	55	55
	90	103	104	105	106	107	108	108	62	63	64	65	66	67	67
	95	107	108	109	109	110	111	112	66	67	68	69	70	70	71
	95 + 12	119	120	121	121	122	123	124	78	79	80	81	82	82	83
5	Înălțimea (cm)	103.6	105.3	108.2	111.5	114.9	118.1	120	103.6	105.3	108.2	111.5	114.9	118.1	120
	50	90	91	92	93	94	95	96	52	52	53	55	56	57	57
	90	104	105	106	107	108	109	110	64	65	66	67	68	69	70
	95	108	109	109	110	111	112	113	68	69	70	71	72	73	73
	95 + 12	120	121	121	122	123	124	125	80	81	82	83	84	85	85
6	Înălțimea (cm)	110	111.8	114.9	118.4	122.1	125.6	127.7	110	111.8	114.9	118.4	122.1	125.6	127.7
	50	92	92	93	94	96	97	97	54	54	55	56	57	58	59
	90	105	106	107	108	109	110	111	67	67	68	69	70	71	71
	95	109	109	110	111	112	113	114	70	71	72	72	73	74	74
	95 + 12	121	121	122	123	124	125	126	82	83	84	84	85	86	86
7	Înălțimea (cm)	115.9	117.8	121.1	124.9	128.8	132.5	134.7	115.9	117.8	121.1	124.9	128.8	132.5	134.7
	50	92	93	94	95	97	98	99	55	55	56	57	58	59	60
	90	106	106	107	109	110	111	112	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	111	112	113	114	115	72	72	73	73	74	74	75
	95 + 12	121	122	123	124	125	126	127	84	84	85	85	86	86	87
8	Înălțimea (cm)	121	123	126.5	130.6	134.7	138.5	140.9	121	123	126.5	130.6	134.7	138.5	140.9
	50	93	94	95	97	98	99	100	56	56	57	59	60	61	61
	90	107	107	108	110	111	112	113	69	70	71	72	72	73	73
	95	110	111	112	113	115	116	117	72	73	74	74	75	75	75
	95 + 12	122	123	124	125	127	128	129	84	85	86	86	87	87	87
9	Înălțimea (cm)	125.3	127.6	131.3	135.6	140.1	144.1	146.6	125.3	127.6	131.3	135.6	140.1	144.1	146.6
	50	95	95	97	98	99	100	101	57	58	59	60	60	61	61
	90	108	108	109	111	112	113	114	71	71	72	73	73	73	73
	95	112	112	113	114	116	117	118	74	74	75	75	75	75	75
	95 + 12	124	124	125	126	128	129	130	86	86	87	87	87	87	87
10	Înălțimea (cm)	129.7	132.2	136.3	141	145.8	150.2	152.8	129.7	132.2	136.3	141	145.8	150.2	152.8
	50	96	97	98	99	101	102	103	58	59	59	60	61	61	62
	90	109	110	111	112	113	115	116	72	73	73	73	73	73	73
	95	113	114	114	116	117	119	120	75	75	76	76	76	76	76
	95 + 12	125	126	126	128	129	131	132	87	87	88	88	88	88	88
11	Înălțimea (cm)	135.6	138.3	142.8	147.8	152.8	157.3	160	135.6	138.3	142.8	147.8	152.8	157.3	160
	50	98	99	101	102	104	105	106	60	60	60	61	62	63	64
	90	111	112	113	114	116	118	120	74	74	74	74	74	75	75
	95	115	116	117	118	120	123	124	76	77	77	77	77	77	77
	95 + 12	127	128	129	130	132	135	136	88	89	89	89	89	89	89
12	Înălțimea (cm)	142.8	145.5	149.9	154.8	159.6	163.8	166.4	142.8	145.5	149.9	154.8	159.6	163.8	166.4
	50	102	102	104	105	107	108	108	61	61	61	62	64	65	65
	90	114	115	116	118	120	122	122	75	75	75	75	76	76	76
	95	118	119	120	122	124	125	126	78	78	78	78	79	79	79
	95 + 12	130	131	132	134	136	137	138	90	90	90	90	91	91	91
13	Înălțimea (cm)	148.1	150.6	154.7	159.2	163.7	167.8	170.2	148.1	150.6	154.7	159.2	163.7	167.8	170.2
	50	104	105	106	107	108	108	109	62	62	63	64	65	65	66
	90	116	117	119	121	122	123	123	75	75	75	76	76	76	76
	95	121	122	123	124	126	126	127	79	79	79	79	80	80	81
	95 + 12	133	134	135	136	138	138	139	91	91	91	91	92	92	93
14	Înălțimea (cm)	150.6	153	156.9	161.3	165.7	169.7	172.1	150.6	153	156.9	161.3	165.7	169.7	172.1
	50	105	106	107	108	109	109	109	63	63	64	65	66	66	66
	90	118	118	120	122	123	123	123	76	76	76	76	77	77	77
	95	123	123	124	125	126	127	127	80	80	80	80	81	81	82
	95 + 12	135	135	136	137	138	139	139	92	92	92	92	93	93	94

15	Înălțimea (cm)	151.7	154	157.9	162.3	166.7	170.6	173	151.7	154	157.9	162.3	166.7	170.6	173
	50	105	106	107	108	109	109	109	64	64	64	65	66	67	67
	90	118	119	121	122	123	123	124	76	76	76	77	77	78	78
	95	124	124	125	126	127	127	128	80	80	80	81	82	82	82
	95 + 12	136	136	137	138	139	139	140	92	92	92	93	94	94	94
16	Înălțimea (cm)	152.1	154.5	158.4	162.8	167.1	171.1	173.4	152.1	154.5	158.4	162.8	167.1	171.1	173.4
	50	106	107	108	109	109	110	110	64	64	65	66	66	67	67
	90	119	120	122	123	124	124	124	76	76	76	77	78	78	78
	95	124	125	125	127	127	128	128	80	80	80	81	82	82	82
	95 + 12	136	137	137	139	139	140	140	92	92	92	93	94	94	94
17	Înălțimea (cm)	152.4	154.7	158.7	163.0	167.4	171.3	173.7	152.4	154.7	158.7	163.0	167.4	171.3	173.7
	50	107	108	109	110	110	110	111	64	64	65	66	66	66	67
	90	120	121	123	124	124	125	125	76	76	77	77	78	78	78
	95	125	125	126	127	128	128	128	80	80	80	81	82	82	82
	95 + 12	137	137	138	139	140	140	140	92	92	92	93	94	94	94

NB! Screeningul anual al tensiunii arteriale este **obligatoriu** tuturor copiilor cu vârsta ≥ 3 ani și este **recomandabil** copiilor cu vârsta ≤ 3 ani care suferă de patologii asociate cu HTA.

Recomandările pentru screeningul TA la copii și adolescenți:

- în caz de suspecție a HTA, toate valorile inițiale ale TA trebuie confirmate prin cel puțin trei măsurări la oficiul medicului de familie
 - pentru estimarea corectă a valorilor tensionale este importantă măsurarea TA în condiții standard
 - TA trebuie verificată la fiecare vizită la medic copiilor și adolescenților dacă ei suferă de obezitate, administrează medicamente care majorează TA, suferă de afecțiuni renale, au fost diagnosticați cu obstrucția arcului aortic sau coarctatație de aortă, sau diabet zaharat
 - pentru screeningul TA la copii și adolescenți pot fi utilizate dispozitive oscilometrice automate și semi-automate, însă obligator validate clinic pentru copii; dacă este suspectată TA înaltă, este necesar de confirmat HTA prin metoda auscultatorie (prin monitorizarea sunetelor Korotkoff)
- Pentru confirmarea diagnosticului de HTA, **obligatoriu** se vor efectua:
- măsurarea repetată a TA în condiții standard la toți copii suspecți ca hipertensivi;
 - aprecierea factorilor de risc;
 - anamneza;
 - examenul clinic cu identificarea semnelor clinice sugestive pentru hipertensiunea secundară; - investigații paraclinice de laborator și instrumentale pentru confirmarea diagnosticului;
 - estimarea indicațiilor pentru consultul specialistului.

Pentru screeningul inițial al copiilor pot fi utilizate valorile simplificate ale nivelului TA (tabelul 4). Aceste valori ale tensiunii arteriale prezintă un instrument simplu de screening care pot fi utilizate doar pentru identificarea copiilor și adolescenților care necesită măsurări repetate ale tensiunii arteriale și investigare diagnostică ulterioară:

Valorile tensiunii arteriale care necesită investigarea ulterioară copilului

Vârsta, ani	Tensiunea arterială. mm Hg			
	Băieți		Fete	
	TA sistolică	TA diastolică	TA sistolică	TA diastolică
1	98	52	98	54
2	100	55	101	58
3	101	58	102	60
4	102	60	103	62
5	103	63	104	64
6	105	66	105	67
7	106	68	106	68
8	107	69	107	69
9	107	70	108	71
10	108	72	109	72
11	110	74	111	74
12	113	75	114	75
≥ 13	120	80	120	80

Pentru adolescenții cu vârsta mai mare de 13 ani valoarea de limită a TA este egală cu 120/80 mm Hg atât la fete cât și băieți, în scopul ajustării la ghidurile pentru managementul hipertensiuni arteriale la adulți.

SCALA EDINBURGH DE EVALUARE A DEPRESIEI POSTNATALE (EPDS)
(PCN-255 „Depresia”)

Instrucțiuni: 1. Respondenta este rugată să sublinieze răspunsul care este cel mai aproape de felul cum s-a simțit în ultimele 7 zile. 2. Trebuie să se răspundă la toate cele 10 întrebări. 3. Trebuie să se evite ca respondenta să discute cu alții cum să răspundă la întrebări. 4. Respondenta trebuie să răspundă ea însăși la întrebări chiar dacă are dificultăți în citirea și înțelegerea textului. 5. Scala EPDS poate fi utilizată pentru screening-ul femeilor la 6-8 săptămâni după naștere.	Răspunsurile sunt evaluate cu 0, 1, 2 și 3 în funcție de creșterea severității simptomului. Întrebările marcate cu asterix sunt cotate în ordine inversă (de ex. 3, 2, 1 și 0). Scorul total este calculat prin adunarea scorurilor tuturor întrebărilor.
--	---

Nume: _____

Adresa: _____

Vârsta copilului: _____

Noi am vrea să știm cum vă simțiți acum când tocmai aveți un copil. Vă rog să subliniați răspunsul cel mai potrivit cu starea dvs. Din ultimele 7 zile, nu numai cum vă simțiți în acest moment.

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

Tot atât de mult ca și altădată

Nu chiar așa de mult

Evident mai puțin

Deloc

2. Am căutat să mă bucur de toate.

Tot atât de mult ca și altădată

Nu chiar așa de mult

Evident mai puțin

Deloc

3. * M-am acuzat pe nedrept atunci când lucrurile mergeau rău.

Da, majoritatea timpului

Da, destul de mult

Nu foarte des

Niciodată

4. Am fost anxioasă și îngrijorată fără motive temeinice.

Deloc

Foarte rar

Da, uneori

Da, foarte des

5. * Am fost înfricoșată și panicată pentru lucruri mici.

Da, mult

Da, uneori

Nu, rar

Nu, deloc

6. * Lucrurile m-au depășit.

Da, majoritatea timpului am fost capabilă să depășesc problemele

Da, uneori nu m-am descurcat așa de bine ca înainte

Nu, majoritatea timpului m-am descurcat destul de bine

Nu, am fost capabilă să depășesc problemele

7. * Am fost așa de nefericită că am avut probleme să dorm.

Da, majoritatea timpului

Da, uneori

Nu foarte des

Nu, deloc

8. * M-am simțit tristă, supărată și nefericită.

Da, majoritatea timpului

Da, uneori

Nu foarte des

Nu, deloc

9. * Am fost așa de nefericită că am plâns.

Da, majoritatea timpului

Da, destul de des

Numai ocazional

Nu, niciodată

10. * Mi s-a întâmplat să mă gândesc să-mi fac ceva rău.

Da, destul de des

Uneori

Foarte rar

Niciodată

FIȘA DE OBSERVARE A TEHNICII DE ALĂPTARE
(PCN-369 „Alimentația naturală”)

BIFAȚI (!) CELE PREZENTE

Semne care indică faptul că alăptarea merge bine	Semne de posibilă dificultate
Mamă	Mamă
– mama are aspect sănătos – mama e relaxată și se simte confortabil – sunt semne de legătură între mamă și copil	– mama nu are aspect sănătos sau e deprimată – mama e tensionată și nu se simte confortabil – mama și copilul nu se uită unul la celălalt
Copil	Copil
– copilul are aspect sănătos – copilul este calm și relaxat – copilul caută sau atinge sânul când este flămând	– copilul e somnolent sau arată bolnav – copilul este neliniștit și plânge – copilul nu caută sau nu atinge sânul
Sâni	Sâni
– sâni au aspect sănătos – nu există durere sau discomfort – sâni sunt bine susținuți cu degetele, la distanță de mamelon – mamelonul este format înafară și e protractil	– sâni au aspect roșiatic, sunt umflați sau iritați – sânul sau mamelonul sunt dureroși – sâni sunt susținuți cu degetele la nivelul areolei – mamelonul este plat, nu este protractil
Poziția copilului	Poziția copilului
– capul și corpul copilului sunt aliniate – copilul e ținut aproape de corpul mamei – tot corpul copilului e susținut – copilul se apropie de sân cu nasul, în dreptul mamelonului	– capul și gâtul copilului sunt strâmbe la supt – copilul e ținut la distanță de corpul mamei – doar capul și corpul copilului sunt susținute – copilul se apropie de sân cu buza inferioară sau obrazul în dreptul mamelonului
Atașamentul copilului la sân	Atașamentul copilului la sân
– o parte mai mare a areolei se vede deasupra buzei superioare a copilului – gura copilului este larg deschisă – buza inferioară a copilului este răsfrântă înafară – obrazul copilului atinge sânul	– o parte mai mare a areolei se vede sub buza inferioară a copilului – gura copilului nu este larg deschisă – buzele copilului sunt țuguiate sau răsfrânse în interior – obrazul copilului nu atinge sânul
Supt	Supt
– încet, adânc, cu pauze – obraji sunt rotunjiți atunci când sugă – copilul lasă sânul atunci când termină – mama prezintă semne de reflexe oxitocinice*	– copilul sugă cu înghițituri mici, rapide – obraji copilului se adâncesc atunci când sugă – mama nu mai ține copilul la sân – mama nu prezintă semne de reflexe oxitocinice*

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

FACTORII DE RISC ÎN DEZVOLTAREA RAHITISMULUI (PCN „Rahitismul la copii”)

- Predispoziție familială: rahitism familial.
- Vârsta sugarului și copilului mic –fenomenele rahitismale sunt caracteristice organismului în perioada de creștere intensivă.
- Prematuritate - imaturitatea multor procese implicate în metabolismul vitaminei D, astfel că suplimentarea cu vitamina D nu soluționează integral starea carențială.
- Anotimpul rece - perioade reduse de timp însorit, zone climatice temperate (transformarea insuficientă a provitaminei D din piele în metabolit activ antirahitic).
- Maladii ale sistemului gastro-intestinal - maladii diareice trenante, diaree cronică, sindrom de malabsorbție (dereglarea absorbției vit. D, Ca, P), disfuncții biliare cu reducerea eliminării sărurilor biliare (absorbție insuficientă a vit. D).
- Afecțiuni renale - insuficiența renală cronică cu dereglarea proceselor de sinteză a metaboliților activi antirahitici.
- Tulburări endocrine - tratamente cu corticosteroizi.
- Tratatament cu Fenobarbital în perioada neonatală și a sugarului (demineralizare osoasă rahitică la aport normal de vit. D, care este inactivat de Fenobarbital).
- Îngrijirea defectuoasă

PROFILAXIA POSTNATALĂ A RAHITISMULUI

Măsurile nespecifice:

- regim corect al copilului: maxim plimbări la aer curat, efort asupra sistemului osos, masaj, igienă perfectă;
- alimentație la sân, la necesitate produse lactate adaptate, diversificare corectă a rației alimentare.

Profilaxia specifică:

- vitamina D - 500-700 UI pe zi, de la a 7-a-10-a zi de viață a copilului, pe o durată de 24 luni;
- vitamina D - 800-1000 UI pe zi pentru copii din grupul de risc – 1 lună, apoi se reia cu 500 UI pe zi:
 - Prematuritate.
 - Dismaturitate.
 - Malnutriție congenitală.
 - Traumă intranatală, asfixie în naștere, hipoxie cronică intrauterină.
 - Convulsii de orice origine.
 - Septicemie.
 - Icter neonatal prelungit.
 - Malformații congenitale gastro-intestinale, bronho-pulmonare.
 - Diaree de etiologie diferită.
 - Copii cu condiții sociale precare, din instituții rezidențiale.
 - Sugarii alimentați mixt sau artificial.
- vitamina D - 1000-1200 UI pe zi, pe parcursul a 24 luni, la copilul născut prematur;
- vitamina D prin metoda stoss - 200 000 UI per os la 2-4, 6, 9, 12-24 luni (în cazuri excepționale, când nu este posibilă administrarea zilnică orală a vitaminei D)

PROFILAXIA PRIMARĂ SPECIFICĂ POSTNATALĂ A ANEMIEI LA COPII

- Copiilor prematuri în dependență de gradul prematurității se administrează preparate perorale de fier în doză 3-5 mg/kg corp de la a 4-a săptămână de viață.
- Copiilor alimentați artificial și celor din grupul de risc se vor recomanda amestecuri adaptate îmbogățite cu fier începând cu vârsta de 3-5 luni de viață, iar pentru
- prematuri începând de la 1,5-2 luni de viață. Conținutul de fier în amestecuri va fi de 3-5-8 mg/l amestec în I jumătate a primului an de viață și de 10-14 mg/l amestec în a II jumătate a primului an de viață.
- Copiilor din grupul de risc (prematuri alimentați natural sau care nu au primit amestecuri adaptate îmbogățite cu fier, copii din sarcina multiplă, cu masa corporală mare la naștere, cu creștere accelerată) li se recomandă administrarea profilactică a preparatelor de fier. Doza zilnică de fier activ va constitui 2-3 mg/kg corp cu o durată de 1 lună și cu verificarea indicilor sanguini.

PROFILAXIA SECUNDARĂ

- Alimentație rațională
 - alimentație naturală
 - evitarea introducerii precoce (sub 4-5 luni) a alimentelor solide, cu efect nefavorabil asupra absorbției Fe
 - când alimentația naturală nu e disponibilă, alimentația artificială - cu preparate de lapte praf îmbogățite cu Fe
 - diversificarea cu preparate de carne (rata de asimilare a Fe de 20 de ori mai bună decât din vegetale), cereale, pireuri de fructe și legume îmbogățite cu Fe
 - evitarea excesului de fitați, fosfați și săruri de calciu, cu efect inhibant asupra absorbției Fe
- Petrecerea timpului la aer liber
- Supravegherea la medicul de familie

I. Fișa de observare a bunăstării copilului
se completează de către asistentul medical de familie (Persoana desemnată)

1. Date despre copil								
Numele, prenumele: _____								
Data nașterii: ____ / ____ / ____								
Adresa unde locuiește copilul, inclusiv nr. tel.: _____								
Persoana desemnată (numele, prenumele, funcția, organizația): _____								
2. Bifați domeniile de bunăstare care prezintă îngrijorare:								
Data	Siguranță	Sănătate	Realizare	Îngrijire cu afecțiune	Activism	Respect	Responsabilitate	Incluziune
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

II. Fișa de evaluare a bunăstării copilului <i>se completează de către asistentul medical de familie (Persoana desemnată)</i> <i>pentru copilul în cazul căruia a apărut îngrijorarea/îngrijorările</i>
--

1. Data completării fișei de evaluare

2. Bifați opțiunile pe fiecare domeniu de bunăstare		Da	Nu
Siguranță	Copilul se află într-un mediu sigur (fără pericole) acasă, la grădiniță, la școală, în comunitate	☐	☐
	Copilul este protejat de orice formă de abuz, neglijare sau vătămare (în familie, la grădiniță, la școală, în comunitate)	☐	☐
Sănătate	Copilul crește într-un mediu care contribuie la sănătatea lui (din punct de vedere al alimentației, igienei)	☐	☐
	Copilul este luat la evidența medicului de familie și primește tratamentele medicale la necesitate	☐	☐
Realizare	Copilul are condiții adecvate pentru dezvoltare și învățare	☐	☐
	Copilul are progrese în dezvoltare (cognitivă, senzorială, motorie, de personalitate)	☐	☐
Îngrijire cu afecțiune	Copilul este îngrijit, are parte de afecțiune/dragoste din partea celor apropiați și este acceptat așa cum este el	☐	☐
	Părinții/persoana în grija căreia se află copilul cunosc și răspund dragoste necesităților și așteptărilor copilului	☐	☐
Activism	Copilul comunică și participă la diferite activități (conform vârstei) în familie, la grădiniță/școală, în comunitate	☐	☐
Respect	Copilul are format sentimentul de identitate, apartenență și autorespect	☐	☐
	Alegerile și opiniile copilului sunt auzite și luate în considerație de către părinți/persoana în grija căreia se află copilul	☐	☐
Responsabilitate	Copilul învață și îndeplinește diferite responsabilități în familie, la grădiniță/școală, potrivite vârstei și nivelului său de dezvoltare	☐	☐
	Copilul este susținut de adulți în asumarea și realizarea responsabilităților, conform vârstei	☐	☐
Incluziune	Copilul comunică cu copiii din comunitate, frecventează grădinița/școala	☐	☐
	Părinții/persoana în grija căreia se află copilul relaționează/comunică cu rudele, membrii comunității, apelează la specialiști, organizații, structuri din comunitate	☐	☐

Oferiți detalii pentru îngrijorarea/îngrijorările confirmate:

--

3. Constatări privind:
Creșterea și dezvoltarea copilului
Capacitatea părinților/persoanelor în grija cărora se află copilul de a asigura bunăstarea copilului
Rețeaua de suport din comunitate, grădiniță, școală

4. Bifați domeniile de bunăstare la care au fost confirmate sau constatate îngrijorări în rezultatul evaluării							
Siguranță	Sănătate	Realizare	Îngrijire	Activism	Respect	Responsabilitate	Incluziune
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Decizia luată în rezultatul evaluării:
Îngrijorarea/îngrijorările nu s-a confirmat ☐
Planificarea acțiunilor pentru asigurarea bunăstării copilului (se trece la Fișa de planificare) ☐

III. Fișa de planificare a acțiunilor pentru asigurarea bunăstării copilului <i>se completează de către asistentul medical de familie (Persoana desemnată)</i> <i>cu suportul medicului de familie (Coordonator)</i>				
1. Acordul părintelui/persoanelor în grija cărora se află copilul privind schimbul de informații cu alți specialiști despre situația copilului și familiei (la necesitate)				
	Numele, prenumele	Data	Semnătura	
2. Ce pot face eu și instituția mea pentru a-l ajuta pe acest copil? <i>se completează de către asistentul medical de familie (Persoana desemnată)</i>				
	Acțiune	Termen	Rezultat	
3. Ce acțiuni cu implicarea altor specialiști sunt necesare pentru a-l ajuta pe acest copil <i>se completează cu suportul medicului de familie (Coordonator)</i>				
	Acțiune	Responsabil	Termen	Rezultat
4. Opinii despre acțiunile planificate:				
Opinia părintelui/persoanei în grija căreia se află copilul				
5. Specialiștii implicați în procesul de planificare și realizare a acțiunilor planificate				
Numele, prenumele	Organizația, funcția	Nr. telefon	Semnătura	
6. Rezultatul implementării acțiunilor planificate:				
a) îngrijorarea/îngrijorările față de bunăstarea copilului au fost înlăturate – copilul este re-inclus în procesul de observare sistematică ☐				
b) este necesară revizuirea acțiunilor din Fișa de planificare – Coordonatorul, în cooperare cu Persoana desemnată, convoacă echipa multidisciplinară ☐				
c) îngrijorarea/îngrijorările față de bunăstarea copilului nu au fost înlăturate – Coordonatorul referă cazul spre soluționare asistentului social comunitar ☐				
Data referirii				

Coordonatorul (medicul de familie)	
Numele, prenumele	Semnătura

BIBLIOGRAFIE:

1. Chiaburu A. Diagnosticul surdității sensoroneurale la copiii de vârstă fragedă cu patologie perinatală a SNC. În : Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2001, nr.1, p.85-86.
2. Chiaburu A. Surditatea la copii. În: Cronica medicinei preventive. Buletin informativ al Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice. Chișinău, 2010, nr.5, p.28-32.
3. Chiaburu-Chiosa D., Maniuc M., Chiaburu A. The role of newborn hearing screening in diagnosing sensorineural hearing loss in children. The medical surgical journal. p. 140-141. București, România, 2019. ISSN 0048-7848.
4. Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition. Geneva: World Health Organization; 2018. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/025436d5-3a7e-4766-b2fa-7fe97ebe317b/content>
5. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: World Health Organization; 2019. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/60a1cbaa-2bef-4251-9557-e52ce22112b3/content>
6. Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M., Eds. (2017). *Bright Futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed.). American Academy of Pediatrics.
7. Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057622>
8. Protocol Clinic Național „Alimentația naturală” (PCN-369)
9. Protocol clinic național „Anemia fierodeficitară la copii” (PCN-111)
10. Protocol clinic național „Cataracta la copil” (PCN-52)
11. Protocol clinic național „Hipertensiunea arterială esențială la copil” (PCN-193)
12. Protocol clinic național „Implantul cohlear” (PCN-425)
13. Protocol clinic național „Malformația luxantă a șoldului” (PCN-71)
14. Protocol clinic național „Rahitismul la copii” (PCN-105)
15. Protocol clinic național „Retinopatia prematurului” (PCN-226)
16. Protocol clinic național „Tulburări de spectru autist la copil și adult” (PCN-348)
17. Protocolul Clinic Național 255 „Depresia”, ediția II, 2023
18. Revenco, N., Cîrstea, O., Horodișteanu-Banuh, A., et al. Vizite de monitorizare la domiciliu a copilului sănătos de vârstă mică: Ghid de suport pentru aplicare practică: (pentru asistente medicale de familie). Chișinău: [s. n.], 2018, 240 p. ISBN 978-9975-129-42-8.
19. Revenco, N., Hadjiu, S., Cîrstea, O., Horodișteanu-Banuh, A., et al. Evaluarea dezvoltării, sprijin individualizat și referirea copiilor de vârstă mică cu tulburări de dezvoltare. Îndrumar practic. Chișinău: Print-Caro, 2025, 60 p. ISBN 978-5-85748-139-4.
20. Revenco, N., Horodișteanu-Banuh, A., Holban A., Cîrstea, O., Savoschin D., et al. Supravegherea dezvoltării copiilor și adolescenților: Ghid pentru medicii de familie. Chișinău: [s. n.], 2020, 400 p.
21. Standardul de screening audiologic la nou-născuți, ediția II, 2025
22. Universal newborn screening: Implementation guidance. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2024. <https://iris.who.int/items/baaabbba-0833-4001-b1a7-0c864f20b73e>
23. WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age. Geneva: World Health Organization; 2023. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5abca011-4db2-4cf1-b959-45b756f7b600/content>
24. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MCA/17.07). <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e3ae29ae-a7f2-47f8-b1ce-bed3e3b2a971/content>
25. World Health Organization resources on adolescent health. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
26. World Health Organization resources on child growth standards. <https://www.who.int/tools/child-growth-standards>