

Norme COCA 2014

CURS DE DESCÂLCIRE

Intâi despre rețete, bilete și scrisorele

CHESTII PUNCTUALE... LA OBIECT

Prescriere medicamente

Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de:

- ◆ maximum 7 zile în afecțiuni acute,
- ◆ de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute,
- ◆ de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, cu excepția bolnavului cronic stabilizat.

Se mentine programarea...

ART. 16 Medicii de familie aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate acordă servicii medicale pe **baza unei programări**, în conformitate cu prevederile Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 44/53/2010 privind aprobarea unor măsuri de eficientizare a activității la nivelul asistenței medicale ambulatorii în vederea creșterii calității actului medical în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

UPU

- ♦ Medicii din unitatile si compartimentele de primire a urgentelor din cadrul spitalelor ce sunt finantate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu si fara contributie personala în tratamentul ambulatoriu numai pentru afectiuni acute, pentru **maximum 7 zile**.

CABINETELE DE MEDICINA SCOLARA SI / STUDENTESTI

- ◆ Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință, în caz de urgență medicală, **medicul din cabinetul școlar sau studentesc** poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru **maximum 7 zile**. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris.
- ◆ **Medicii dentiști** din cabinetele stomatologice **școlare și studentești** pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru **maximum 7 zile**.

Rp compensata pentru cronic...

- ◆ Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate si cu schema terapeutica stabila, medicii de familie si de specialitate din specialitatile clinice aflați în relatie contractuală cu casele de asigurari de sanatate, pot prescrie medicamente pentru o perioada de **pâna la 90/91/92 de zile**, perioada fiind stabilita de comun acord de medicul prescriptor si asiguratul beneficiar al prescriptiei medicale.

Asiguratii respectivi nu mai beneficiaza de o alta prescriptie medicala pentru boala cronica respectiva pentru perioada acoperita de prescriptia medicala.

- ◆ (4) Prescriptia medicala eliberata de medicii din spitale la externarea bolnavului - in urma unui episod de spitalizare continua/spitalizare de zi, cuprinde medicatia pentru **maximum 30/31 de zile**, cu respectarea prevederilor al 1 (boala Ac, Sa, Cr).

Reteta 0-700

Pensionarii trebuie sa prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie, actul de identitate, precum si o declaratie pe propria raspundere din care sa rezulte faptul ca realizeaza venituri numai din pensii de pâna la 700 lei pe luna, iar acesta va consemna în fisa medicala a pensionarului/în registrul de consultatii **numarul talonului si quantumul pensiei si va anexa la fisa medicala declaratia data pe propria raspundere de catre pensionar.**

În situatia în care la nivelul cabinetului medical nu exista declaratie data pe propria raspundere de catre pensionar anexata la fisa medicala (câte una pentru fiecare prescriptie eliberata de medic **sau aceeasi declaratie actualizata prin semnatura pensionarului si data - cu ocazia celorlalte prescriptii precum si înscrieri privind numarul talonului si quantumul pensiei (talon de pensie în original sau copie sau nu sunt consemnate în fisa pacientului / în registrul de consultatii numarul talonului si quantumul pensiei)** pentru prescriptie eliberata de medic, raspunderea revine **medicului prescriptor;**

0-700 - continuare

- ◆ În situația în care la nivelul cabinetului medical **exista** declarație dată pe propria răspundere de către pensionar anexată la fișa medicală (câte una pentru fiecare prescripție eliberată de medic sau aceeași declarație actualizată prin semnătura pensionarului și dată - cu ocazia celorlalte prescripții medicale eliberate de medic) precum și înregistrări privind numărul talonului și cuantumul pensiei (talon de pensie în original sau copie sau sunt consemnate în fișa pacientului / în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei) pentru prescripția eliberată de medic, dar se dovedește că declarația dată pe propria răspundere de către pensionar nu este conformă realității, **răspunderea nu revine medicului prescriptor ci asiguratului (pensionarului).**

SCRISOAREA MEDICALA din ambulatoriu/spital

- MODEL -

Denumire Furnizor
Medic
Contract/convenție nr.
CAS

SCRISOARE MEDICALĂ*)

Stimate(ă) coleg(ă), vă informăm că născut la data de, CNP/cod
unic de asigurare a fost consultat în serviciul nostru la data de
nr. F.O./nr. din Registrul de consultații

Motivele prezentării

Diagnosticul:

Anamneza:

- factori de risc

Examen clinic:

- general

- local

Exame de laborator:

- cu valori normale

- cu valori patologice

Exame paraclinice:

EKG

ECO

Rx

Altele

Tratament efectuat:

Alte informații referitoare la starea de sănătate a asiguratului:

Tratament recomandat

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- ☐ S-a eliberat prescripție medicală, caz în care se va înscrie seria și numărul acesteia
- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicală deoarece nu a fost necesar
- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicală

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- ☐ S-a eliberat concediu medical la externare, caz în care se va înscrie seria și numărul acestuia
- ☐ Nu s-a eliberat concediu medical la externare deoarece nu a fost necesar
- ☐ Nu s-a eliberat concediu medical la externare

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- ☐ S-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu
- ☐ Nu s-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu, deoarece nu a fost necesar

Se completează obligatoriu una din cele două informații:

- ☐ S-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu
- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicală pentru dispozitive medicale în ambulatoriu deoarece nu a fost necesar

(cu viza Unității județene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate județeană de diabet zaharat:	
Nr. înregistrare a asiguratului:	

Data Semnătura și parafa medicului

Calca de transmitere:

- prin asigurat
- prin poștă

*) Scrisoarea medicală se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația/serviciul în ambulatoriul de specialitate, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului;

Denumire Furnizor Medic

Contract/conventie nr.

CAS

SCRISOARE MEDICALA*)

Stimate(a) coleg(a), va informam ca, nascut la data de, CNP /cod unic de asigurare....., a fost consultat în serviciul nostru la data de nr. F.O./nr. din Registrul de consultatii

Motivele prezentarii

Diagnosticul:

Anamneza:

.....

- factori de risc

Examen clinic:

Examene de laborator si paraclinice:

Tratament efectuat:

Tratament recomandat

SM din ambulatoriu/spital

Se completeaza obligatoriu una din cele doua informatii:

- ☐ S-a eliberat prescripție medicala, caz în care se va înscrie seria si numarul acesteia
- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicala deoarece nu a fost necesar
- ☐ Nu s-a eliberat prescripție medicala

Se completeaza obligatoriu una din cele doua informatii:

- ☐ S-a eliberat **concediu medical** la externare, caz în care se va înscrie seria si numarul acestuia
- ☐ Nu s-a eliberat concediu medical la externare deoarece nu a fost necesar
- ☐ Nu s-a eliberat concediu medical la externare

SM din ambulatoriu/spital

Se completeaza obligatoriu una din cele doua informatii:

- ☐ S-a eliberat **recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu**/paliative la domiciliu
- ☐ Nu s-a eliberat recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/paliative la domiciliu, deoarece nu a fost necesar

Se completeaza obligatoriu una din cele doua informatii:

- ☐ S-a eliberat prescripție medicala pentru **dispozitive medicale în ambulatoriu**
- ☐ Nu s-a eliberat prescr pt dispozitive medicale în ambulatoriu deoarece nu a fost necesar (cu viza Unității județene de implementare a programului, pentru diabet)

Unitate județeană de diabet zaharat:	
Nr. înregistrare a asiguratului:	

Data

Semnătura și parafa medicului

.....

Calea de transmitere:

- prin asigurat
- prin poștă

SM din ambulatoriu/spital

*) Scrisoarea medicală se întocmește în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care a efectuat consultația/serviciul în **ambulatoriul de specialitate**, iar un exemplar este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate.

Scrisoarea medicală sau biletul de ieșire din spital sunt documente tipizate care se întocmesc la data externării, într-un singur exemplar care este transmis medicului de familie/medicului de specialitate din ambulatoriul de specialitate, direct ori prin intermediul asiguratului;

Daca spitalul scrie ca nu a eliberat...

In situatia în care în scrisoarea medicală / biletul de ieșire din spital **NU** există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevazute in scrisoarea medicală / biletul de iesire din spital.”

Pentru anumite medicamente, se scrie rp de catre mf si daca e internat...

În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera, prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din:

- ♦ programele naționale de sănătate,
- ♦ pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea casei,
- ♦ pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile **prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat.**

ADEVERINTA tip daca e internat...

Unitatea sanitară cu paturi

ANEXA 22 C

Nr. Contract încheiat cu casa de asigurări de sănătate.....

ADEVERINȚĂ

Nr. /data.....

Se adeverește prin prezenta că pacientul(nume prenume) CNP..... **este internat** începând cu data deîn secția.....cu FOCG nr.

Prezenta s-a eliberat în vederea prescrierii de medicamente cu și fără contribuție personală în ambulatoriu pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care a depus-o spitalul la contractare.

Semnătura, cod parafă

medic șef de secție

NOTĂ: se menționează în foaia de observație clinică generală numărul și data adeverinței.

La înlocuire..

- ◆ Din pacate, nu e legal sa foloseasca semnatura electronica a titularului..e legislatie generala, europeana pt semnatura electronica.
- ◆ “În desfasurarea activitatii, medicul înlocuitor utilizeaza parafa proprie, semnatura electronica proprie pentru prescrierea electronica de medicamente, registrul de consultatii al cabinetului în care medicul înlocuitor își desfasoara activitatea, formularele cu regim special ale medicului înlocuit, inclusiv prescriptiile medicale electronice ale medicului înlocuit, numarul de contract si stampila cabinetului medical al medicului înlocuit”.

Absentele ... se penalizeaza de prima data !

Perioadele de absenta motivata a medicului de familie se refera la:

- ◆ incapacitate temporara de munca, concediu de sarcina/lehuzie,
- ◆ concediu pentru cresterea si îngrijirea copilului până la 2 ani, respectiv a copilului cu handicap până la împlinirea de catre acesta a vârstei de 3 ani,
- ◆ vacanta pentru o perioada de maximum 30 de zile lucratoare
- ◆ studii medicale de specialitate si rezidentiat în specialitatea medicina de familie, perioada cât ocupa functii de demnitate publica

Medicul este obligat ca în cazul în care se afla în una din situatiile mentionate mai sus, cu exceptia perioadei de vacanta, sa depuna la sediul casei de asigurari de sanatate, documentul justificator

Absente...alte situatii..

- ◆ Citatii de la instantele judecatoresti sau alte organe care au dreptul, potrivit legii, de a solicita prezenta la institutiile respective, cu conditia numirii unui înlocuitor pe baza de conventie de reciprocitate sau conventie de înlocuire,
- ◆ Pentru obtinerea de credite de educatie medicala continua, în scopul realizarii punctajului necesar acreditarii de catre CMR. Pentru aceste situatii medicii de familie trebuie sa depuna la casa de asigurari de sanatate copia documentelor justificative.
- ◆ În cazul în care medicul titular al unui CMI are angajat medic /medici de familie, pentru perioadele de absenta prevazute anterior poate fi înlocuit de medicul de familie angajat.

Noile bilete de trimitere catre specialitatile clinice

- ◆ Până la tipărirea formularelor biletelor de trimitere/internare în formatul prevăzut se utilizează formularele biletelor de trimitere/internare actual, tipărit pe hârtie autocopiantă în 3 culori. Formularele biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice/de internare(actuale) se utilizează până la epuizarea stocului existent, dar nu mai târziu de 31 august 2014 inclusiv.

Exemplarul 3 (verde) și 2 (roz) rămân în carnet, la medicul care a făcut trimiterea, **iar exemplarul 1 (alb) se predă asiguratului**, care îl depune la furnizorul de servicii medicale care va stabili conduita de urmat. Furnizorul de servicii medicale va păstra exemplarul alb (originalul) pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Noile BT catre specialitatile clinice

- ♦ **câmpul «CID/CNP, CE, PASS»** corespunde codului numeric personal al pacientului/numărului cardului european/numărului pașaportului. Acest câmp va permite alocarea până la 20 de caractere și se completează astfel:
 - pentru cetățenii români se completează codul unic de asigurare sau, după caz, codul numeric personal al pacientului, format din 13 cifre, lăsând libere restul de 7 căsuțe. Se poate aplica și codul de bare aferent CNP-ului asiguratului beneficiar;
 - pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și ai Confederației Elvețiene se vor completa: numărul pașaportului/cărții de identitate pentru beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, respectiv toate cele 20 de căsuțe corespunzătoare numărului de identificare al cardului european de asigurări de sănătate (câmpul 8 de pe acesta) pentru titularii de card european;
 - pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se va completa numărul pașaportului. Pentru cetățenii străini menționați mai sus se va preciza cetățenia, prin selecția codului țării din Lista abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și statele membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și Confederația Elvețiană, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3.f) se va bifa cu «x» căsuța «Pachet de bază» sau «Pachet minimal», în funcție de tipul de asigurare a beneficiarului.

Noile BT catre specialitatile clinice

«Diagnostic prezumtiv»:

- ◆ - În biletele de trimitere emise de medicii de familie în cadrul **consultațiilor preventive din pachetul de bază**, prin care se recomandă servicii medicale clinice, codul de diagnostic completat va fi **999**

Noile BT catre specialitatile clinice

– Tip diagnostic:

- se va bifa cu «x»:

- ◆ **căsuța P** pentru servicii medicale clinice specifice pentru unele afecțiuni cuprinse în **programele naționale de sănătate**: diabetul și bolile de nutriție, precum și cele pentru **afecțiunile oncologice**;
- ◆ **căsuța A/S** pentru servicii medicale clinice pentru **afecțiunile acute/subacute/acute/acute** ale bolilor cronice;
- ◆ **căsuța C** pentru servicii medicale clinice pentru **bolile cronice**, altele decât cele incluse în programele naționale de sănătate: diabet și boli de nutriție, precum și cele pentru afecțiuni oncologice;
- ◆ **căsuța M** pentru efectuarea de servicii medicale clinice pentru cazurile la care se realizează **plan de management integrat pentru boli cronice** cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - **HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2/astmul bronșic/boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)/boala cronică de rinichi**;
- pentru stabilirea termenului de valabilitate a biletului de trimitere, conform prevederilor din contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

Noile BT catre specialitatile clinice

- ◆ Pentru biletele de trimitere emise de medicii de familie în cadrul consultațiilor preventive din pachetul de bază (**cod de diagnostic 999**), prin care se recomandă servicii medicale clinice, **nu se completează** niciuna dintre căsuțele de la câmpul «tip diagnostic».
- ◆ NOTĂ:În situațiile în care se utilizează formularele biletelor de trimitere tipărite pe hârtie autocopiantă în 3 culori (dar nu mai târziu de 31 mai 2014), medicii care fac recomandarea vor completa, pe verso-ul biletului de trimitere informațiile privind «tipul diagnosticului», aplicând totodată semnătura și parafa

Noile BT catre specialitatile clinice

«Numărul de consultații acordate»:

- În căsuță se va completa **numărul de consultații acordate pentru același episod** de boală acută / subacută / acutizări ale bolilor cronice.

Noile bilete de trimitere catre investigatii paraclinice

- ◆ Până la tipărirea formularelor biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice în formatul prevăzut se utilizează formularele biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice în formatul aprobat anterior intrării în vigoare a prezentului ordin (dar **nu mai târziu de 31 august 2014, inclusiv**), respectiv biletul de trimitere este tipărit pe hârtie autocopiantă în 3 culori.
- ◆ Exemplarul 3 (verde) și 2 (roz) rămân în carnet, la medicul care a făcut trimiterea, iar **exemplarul 1 (alb) se predă asiguratului**, care îl depune la furnizorul de servicii medicale paraclinice care va efectua investigațiile recomandate. Furnizorul de servicii medicale paraclinice va păstra exemplarul alb (originalul) și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Noile BT catre paraclinice

«Cod diagnostic»

- ♦ se vor completa căsuțele destinate codului de diagnostic corespunzător diagnosticului sau diagnosticelor cunoscute ori prezumtive pentru care se recomandă investigațiile, utilizând clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală;
 - pentru biletele de trimitere emise de medicii de familie prin care se recomandă investigații paraclinice în cadrul **consultațiilor preventive din pachetul de bază codul de diagnostic** completat va fi **999**.
- ♦ se va bifa cu «x»:
- ♦ **căsuța P** pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru unele afecțiuni cuprinse în **programele naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție, precum și cele pentru afecțiunile oncologice**;
- ♦ **căsuța A/S** pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru **afecțiunile acute/subacute**;
- ♦ **căsuța C** pentru efectuarea de investigații paraclinice specifice pentru **bolile cronice**, altele decât cele incluse în programele naționale de sănătate: diabet și boli de nutriție, precum și cele pentru afecțiuni oncologice;
- ♦ **căsuța M** pentru efectuarea de investigații paraclinice pentru cazurile la care se realizează **plan de management integrat** pentru boli cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2/astmul bronșic/boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)/boala cronică de rinichi;

pentru stabilirea termenului de valabilitate a biletului de trimitere, conform prevederilor din contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

Noile BT catre paraclinice

Data fiind perioada de valabilitate a biletului de trimitere, diferită pentru: afecțiuni acute/subacute; afecțiuni cronice; unele afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție, precum și afecțiunile oncologice, pe același formular de bilet de trimitere

nu se va combina

- ♦ tip diagnostic acut/subacut cu
- ♦ tip diagnostic cronic sau cu
- ♦ tip diagnostic pentru afecțiuni cuprinse în programele naționale de sănătate: diabetul și bolile de nutriție și afecțiunile oncologice.

Noile BT catre paraclinice

Pentru recomandarea de investigații paraclinice pentru cazurile la care se realizează plan de management integrat pentru boli cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2/astmul bronșic/boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)/boala cronică de rinichi, se va completa

bilet de trimitere distinct,

acesta având termen de valabilitate conform prevederilor din contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia.

Noile BT catre paraclinice

Pentru biletele de trimitere emise de medicii de familie prin care se recomandă investigații paraclinice în cadrul **consultațiilor preventive din pachetul de bază (cod de diagnostic 999)**

nu se completează

niciuna dintre căsuțele de la câmpul «tip diagnostic».

În situațiile în care se utilizează formularele biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice tipărite pe hârtie autocopiantă în 3 culori (dar nu mai târziu de 31 mai 2014), pentru cazurile la care se realizează plan de management integrat, medicul care face recomandarea va menționa «**management de caz**» pe formularul biletului de trimitere, aplicând totodată semnătura și parafa, fără a se completa vreuna dintre căsuțele: P; A/S; C.

Noile BT catre paraclinice

La momentul prezentării la furnizorul de investigații paraclinice din ambulatoriu pentru efectuarea investigațiilor, cu excepția examinărilor histopatologice și citologice, asiguratul va declara pe propria răspundere pe versoul biletului de trimitere **că a fost sau nu internat pe perioada de la data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigațiilor.**

**SI ACUM, DOAMNELOR ȘI
DOMNILOR...**

NORME

Date sintetice

- ◆ Toate serviciile din pachetul de bază contractate cu casa sunt gratuite și nu pot face obiectul unor plăți suplimentare sau servicii cu plata din partea asiguratului (coplată) indiferent de nivelul la care accesează sistemul
- ◆ Pachetul minimal, oferit tuturor cetățenilor români va fi redefinit și detaliat pentru 2015, ceea ce e acum pachet minimal rămâne pentru urgențe medico-chirurgicale, gravide neasigurate, planning familial, certificate de deces, boli endemoepidemice

Pachetul de servicii medicale...

...de bază în asistența medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

- ◆ **1.1 servicii medicale curative** pentru urgențe medico-chirurgicale, afecțiuni acute, subacute, acutizările unor afecțiuni cronice și pentru afecțiuni cronice
- ◆ **1.2 servicii medicale de prevenție și profilaxie**
- ◆ **1.3 servicii medicale la domiciliu**
- ◆ **1.4 servicii medicale adiționale**
- ◆ **1.5 activități de suport**

Noutati anexa 2

- ◆ Pentru cabinetele cu lista cuprinsa intre 2.200 si 3.000 persoane INSCRISE programul zilnic se majoreaza cu 1 ora iar pentru cei peste 3.000 programul zilnic se majoreaza cu 2 ore;
- ◆ Cabinetele care au peste 2.200 ASIGURATI INSCRISI :nu se mai face depunere in functie numarul de persoane asigurate inscrise ci in functie de punctajul realizat de aceste persoane; pentru medicii care au medic angajat cu norma intreaga, aceasta depunere se reduce la jumatate;

PC.....

- ◆ Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală
- ◆ Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare,
- ◆ Pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie și diabet zaharat tip 2; astmul bronșic; boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC); boala cronică de rinichi

PC...

- ◆ 1.2.4, Supraveghere (evaluarea factorilor ambientali, consiliere privind igiena alimentației) și
- ◆ depistare de boli cu potențial endemo-epidemic
- ◆ 1.2.5 Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

PC...

- ♦ **1.5 Activitățile de suport** sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente: concediu
- ♦ medical, bilete de trimitere, prescripții medicale, certificat medical constatator al decesului, scutiri medicale pt copii, acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului, documente medicale eliberate pentru copii solicitate la intrarea în colectivitate

PC....

Consultatiile curative care depasesc 20/24/zi, tinand cont ca:

- ♦ timpul mediu/consultație este de 15 minute;
- ♦ un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet,
- ♦ pentru un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical, se ia în calcul **o medie de 20 de consultații/zi calculată în cadrul unui trimestru**, dar nu mai mult de 40 de consultații/zi.
- ♦ maxim 3 consultații la domiciliu/zi dar nu mai mult de 21 consultații pe lună.

Cu alte cuvinte:

- ♦ tot ceea **ce depaseste o medie trimestriala** de 20 consultatii pe zi la 5 ore cabinet pentru un medic cu pana la 2.200 PERSOANE INSCRISE,
- ♦ 24 consultatii si 6 ore cabinet pentru cei cu 2.200-3.000 PERSOANE INSCRISE si
- ♦ 28 consultatii si 7 ore cabinet pentru cei cu peste 3.000 PERSOANE INSCRISE

INTRA IN PLATA PC.

SM...pachet minimal

1. Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală	1 consultație per persoană pentru fiecare situație de urgență	5,5 puncte/consultație
2. Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic	1 consultație per persoană pentru fiecare boală cu potențial endemoepidemic suspicionată și confirmată	5,5 puncte /consultație
3. Monitorizarea evoluției sarcinii și lehuzei		
a) luarea în evidență în primul trimestru	1 consultație	5,5 puncte /consultație
b) supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a.	1 consultație pentru fiecare lună	5,5 puncte /consultație
c) supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv;	2 consultații pentru fiecare lună	5,5 puncte /consultație
d) urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu;	1 consultație la domiciliu	15 puncte /consultație
e) urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere;	1 consultație	5,5 puncte /consultație

PS- pachet minimal

4. Servicii de planificare familială	2 consultații/an calendaristic/persoană	5,5 puncte /consultație
5. Eliberarea certificatului medical constatator al decesului	1 consultație la domiciliu	15 puncte /consultație

Pachet de baza...PS

1. Serviciile medicale preventive și profilactice acordate asiguraților cu vârsta 0-18 ani

a - la externarea din maternitate - la domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu
b - la 1 lună - la domiciliul copilului	1 consultație la domiciliu
c - la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 și 36 luni	1 consultație pentru fiecare din lunile nominalizate
d - de la 4 la 18 ani	1 consultație /an/asigurat

2. Monitorizarea evoluției sarcinii și lăuziei-idem P minimal

Preventie PS...

3. Evaluarea riscului individual la adultul asimptomatic

a. asigurați cu vârstă între 18 și 39 ani	2 consultații/asigurat odată la 3 ani pentru completarea riscogramei	5,5 puncte /consultație
b. asigurați cu vârstă între 18 și 39 ani - persoane simptomice depistate cu risc înalt	1-2 consultații/asig anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte /consultație
c. asigurați cu vârstă > 40 ani	1-2 consultații/asigurat anual pentru completarea riscogramei	5,5 puncte /consultație

Servicii curative in PS...

a. Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice	2 consultații pe asigurat pe episod	5,5 puncte /consultație pentru consultațiile care se încadrează în prevederile de la lit. b) *
b. Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice	1 consultație / asigurat / lună	5,5 puncte /consultație pentru consultațiile care se încadrează în prevederile de la lit. b) *

Domicilii.... PS

a. Urgență	1 consultație pentru fiecare situație de urgență	15 puncte /consultație
b. Episod acut/ subacut/ acutizări ale bolilor cronice	2 consultații/episod	15 puncte /consultație
c. Boli cronice	4 consultații/an/asigurat	15 puncte /consultație
d. Eliberarea certificatului de deces	1 consultație la domiciliu	15 puncte /consultație
6. Servicii medicale de consultații și diagnostic ce pot fi furnizate la distanță prin sisteme de telemedicină rurală: - care se încadrează în prevederile de la lit. b)*		

Litera “b)”

- ♦ *Lit b) Numărul total de puncte raportat pentru serviciile medicale acordate de medicii de familie cu liste proprii, corespunzător unui program de 35 ore/săptămână, nu poate depăși pentru activitatea desfășurată, numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:
- ♦ timpul mediu/consultație este de 15 minute;
- ♦ un program de lucru în medie de 5 ore/zi pentru consultații la cabinet, stabilit în conformitate cu prevederile art. 1 alin. (2) lit. a) pct. 4;

SERVICII CURATIVE

- ◆ Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- ◆ Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice;
- ◆ Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - pe bază de programare
- ◆ Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare

- ◆ Servicii medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
- ◆ Consultația în caz de boală pentru afecțiuni acute, subacute și acutizările unor afecțiuni cronice;
- ◆ Consultații periodice pentru îngrijirea generală a asiguraților cu boli cronice - pe bază de programare

◆ Consultații de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare

Conform normelor
contractului-cadru 2014

MANAGEMENT DE CAZ

Un nou tip de serviciu

1.1.4. Consultații de **monitorizare activă** prin **plan de management integrat** pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind:

- riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie, DZ tip 2
- astmul bronșic
- boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)
- boala cronică de rinichi

Un nou tip de serviciu

Alegerea afecțiunilor

- ◆ Frecvența
- ◆ Raspândirea bolii în populație: **prevalență, incidență**
- ◆ Severitate
- ◆ Impact **mortalitate, calitatea vieții, costuri sociale**
- ◆ Existența soluțiilor
- ◆ Disponibilitatea unor intervenții preventive cu **eficacitate dovedită**

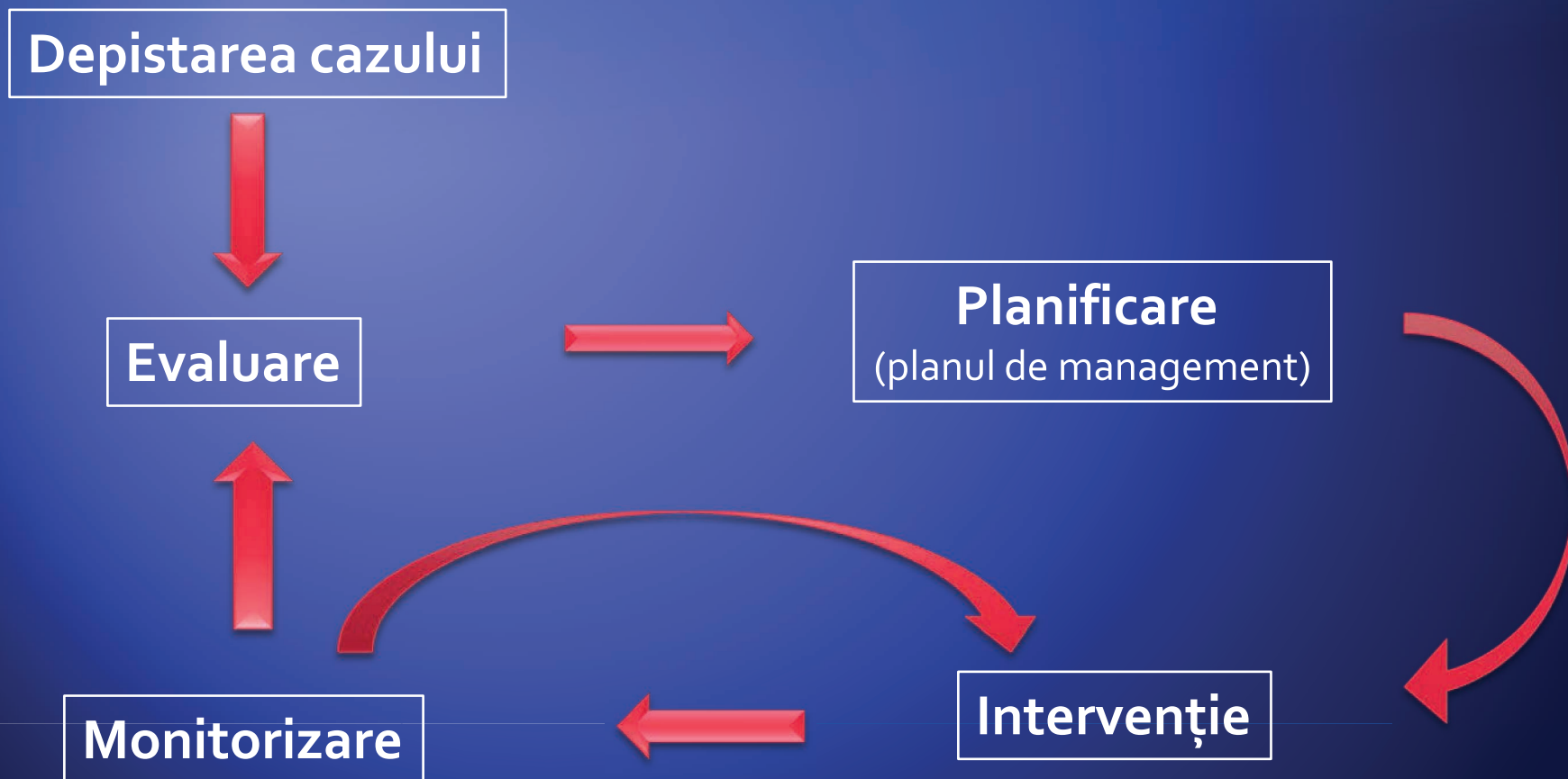
Un nou tip de serviciu

Ce este managementul de caz?

- ◆ Procesul de *planificare, coordonare, manageriere și reevaluare* a îngrijirilor bolilor cronice ale unui pacient.
- ◆ Țelul final este dezvoltarea de servicii coordonate cost-eficiente și care să modifice calitatea vieții pacientului (King's Fund 2004).
- ◆ Există diferite modele în managementul îngrijirilor cronice și se acceptă că nici unul nu este superior celuilalt.

Un nou tip de serviciu

Management de caz – Etape



Un nou tip de serviciu

Monitorizarea activă

Evaluarea inițială a cazului

- ◆ • screeningul complicațiilor,
- ◆ • inițierea și ajustarea terapiei până la obținerea răspunsului terapeutic preconizat,
- ◆ • educația pacientului;
- ◆ • investigații paraclinice;
- ◆ • consultații de specialitate

Monitorizarea pacientului

- ◆ • evaluarea controlului bolii,
- ◆ • screeningul complicațiilor,
- ◆ • educația pacientului,
- ◆ • investigații paraclinice
- ◆ • tratament

Un nou tip de serviciu

Monitorizarea activă

Evaluarea inițială a cazului

În primul trimestru după luarea
în evidență a unui caz nou

4 consultații la nivelul MF

Monitorizarea pacientului

- ◆ Trimestrial
- ◆ 1-3 consultații la nivelul MF

Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular

hipertensiune arterială

dislipidemie

diabet zaharat tip 2

HTA, dislipidemie, DZ tip 2

Evaluarea inițială

- evaluarea afectării organelor țintă;
- stratificarea nivelului de risc;
- stabilirea planului de management:
 - stabilirea obiectivelor clinice;
 - inițierea intervențiilor de modificare a riscului,
 - evaluarea răspunsului,
 - ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor țintă specifice cazului.

HTA, dislipidemie, DZ tip 2

Evaluarea inițială

- ◆ Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde:
 - ◆ • anamneza;
 - ◆ • examen clinic în cabinetul medicului de familie:
 - inspecție, auscultație și palpare (afectare organe țintă),
 - evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități care pot induce HTA secundară,
 - măsurarea circumferinței abdominale,
 - examinarea piciorului pentru pacienții cu DZ tip 2,
 - măsurarea TA;

HTA, dislipidemie, DZ tip 2

Evaluarea inițială

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde:

- ♦ bilet de trimitere pentru consultație de specialitate / investigații paraclinice în vederea efectuării:
 - hemoleucogramă completă
 - glicemie
 - profil lipidic complet
 - ionogramă serică
 - acid uric seric
 - creatinina serică
 - microalbuminurie
 - EKG

HTA, dislipidemie, DZ tip 2

Evaluarea inițială

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde:

- ◆ sfaturi pentru modificarea stilului de viață, fumat, dietă, activitate fizică;
- ◆ intervenții de reducere a factorilor de risc individuali la valorile țintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viață și /sau terapie medicamentoasă;
- ◆ educație pentru auto – îngrijire.

HTA, dislipidemie, DZ tip 2

Monitorizarea activă

Trimestrial

- bilanțul periodic al controlului terapeutic
- tratament/ajustarea medicației (**sau lunar**)

Semestrial

- evaluarea evoluției afecțiunii
 - screening-ul complicațiilor/ afectarea organelor țintă

NOTĂ: Pentru tratamentul și ajustarea medicației cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate/atestat în diabet, nutriție și boli metabolice.

HTA, dislipidemie, DZ tip 2

Monitorizarea activă

- ◆ Consultațiile în cadrul monitorizării active includ:
 - ◆ • examen clinic în cabinetul medicului de familie;
 - ◆ • sfaturi igieno-dietetice și educație pentru auto – îngrijire
 - ◆ • bilet de trimitere specialități clinice (“management de caz”)
 - ◆ - cardiologie
 - ◆ - oftalmologie
 - ◆ - medicină internă
 - ◆ - nefrologie
 - ◆ - diabet zaharat, nutriție și boli metabolice
- ◆ **BT anual** – risc scăzut
- ◆ **BT semestrial** - risc mediu, înalt, foarte înalt

HTA, dislipidemie, DZ tip 2

Monitorizarea activă

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ:

- ♦ bilet de trimitere investigații paraclinice ("management de caz")
 - hemoleucogramă completă
 - profil lipidic complet
 - acid uric seric
 - dozare proteină urinară
 - EKG
 - glicemie
 - ionogramă serică
 - creatinină serică
 - microalbuminurie

BT anual – risc scăzut

BT semestrial - risc mediu, înalt, foarte înalt

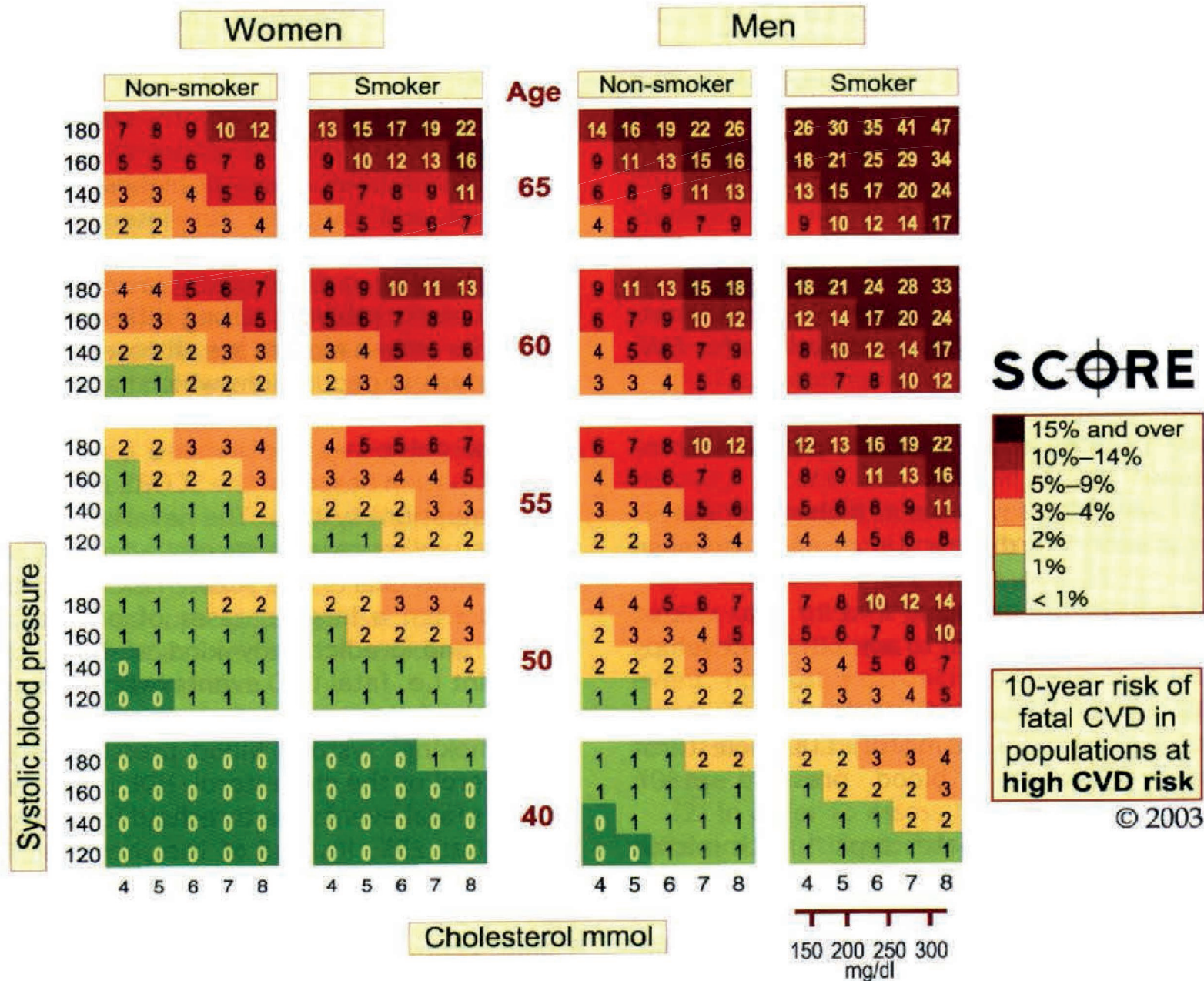


Fig. 1 Ten year risk of fatal CVD in high risk regions of Europe by gender, age, systolic blood pressure, total cholesterol and smoking status

I. Nivel de risc **scăzut**:

SCORE <1

+

155 < LDL-Colesterol <190 mg/dl

și/sau

140/90 < TA < 160/99

II. Nivel de risc **mediu**:

SCORE < 5

+

LDL-Colesterol > 70 mg/dl

și/sau

160/90 < TA < 179/109

și/sau

1-2 FRS

III. Nivel de risc **înalt și foarte înalt**:

SCORE >5

și/sau

LDL-Colesterol >100 mg /dl

și/sau

TA > 180/110

și/sau

Afectarea organelor țintă și/sau

Boală renală și/sau

Prezența concomitentă a DZ

și/sau

> 3 FRS

**Criterii de încadrare în
nivel de risc**

**HTA, dislipidemie,
DZ tip 2**

Fișa de monitorizare a pacientului hipertensiv sau/și diabetic

Ana:

Numele pacientului _____ Nr FO _____

Dg:

		Cons. 1	Cons. 2	Cons. 3	Cons. 4
Data consultației	Tinte teoretice	Tinte pacient	Data	Data	Data
Sfat interopere fumat	Interopere fumat				
Sfat scădere în greutate	IMC < 25 kg/m²				
Sfat exerciții fizice	30-45 minute/5 zile/săptămână				
Stabilire dietă					
Evaluare consum alcool	IMC < 25 kg/m²				
Măsurarea TA	< 140/90 mmHg dacă > 140/90 mmHg dacă > 160/100 mmHg dacă > 180/110 mmHg				
Circumferința abdominală	< 102 cm bărbați < 88 cm femei				
Inspecție picior diabetic*:					
Alte date ex clinic					
Automonitorizare Glic ag capilar la DZ*:	76-100 mg/dL < 100 mg/dL în postprandial				
Glicemia a jeun	< 126 mg/dL (100-125 mg/dL postprandial)				
HbA1c*	< 7%				
Cholesterol total	< 190 mg/dL dacă > 190 mg/dL < 170 mg/dL				
HDL colesterol	> 40 mg/dL B: > 60 mg/dL				
LDL colesterol	< 130 mg/dL dacă > 130 mg/dL < 100 mg/dL				
TG	< 150 mg/dL				
Creatinină	< 1.3 mg/dL (0.6-1.2 mg/dL)				
Potasiu serie	> 3.5 mmol/L (3.5-5.0 mmol/L)				
Acid uric	< 6.0 mg/dL				
Probe hepatice	Teste: ALT, AST, ALP, GGT, BIL, bilirubin, creatinină				
Microalbuminurie	< 30 mg/dL				
TTGO	< 140 mg/dL la 2h 50-100 mg/dL postprandial				
ECG					
Consult oftalmologic					
Consult diabetolog*					

Concluzie consultație 1:	Concluzie consultație 2:
Concluzie consultație 3:	Concluzie consultație 4:

Examen picior diabetic: Măsurări pe diagrama localizării leziunilor



Data: _____



Data: _____



Data: _____



Data: _____

Parametru	Tinta	1	2	3	4
Inspecția					
Examen complet: Sensibil, tactil, termic, dureros Monofilament					

Tratament medicamentos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Diur: DT/DTK/ DEK/DA												
BB												
BCC DHP/DHP												
IECA/BRA												
Statine/Fibrati												
Aspirina												
Bisfosfonat												
Sulfonilureice												
Tiazolidindione												
Metiglinide												
Alte												

DT: diuretic tiazidic; DA: diuretic de arad; DEK: diuretic economizator de K; BB: beta blocant; BCCNDHP: blocant de calciu dihidropiridinic; BCCNDHP: blocant de calciu non dihidropiridinic; IECA: inhibitor de enzimă de conversie; BRA: blocant de receptor de angiotensină; G: greutate; TA: tensiune arterială; IMC: indice de masa corporală

Bilet trimitere	Data trimitere	Data rezultat	Rezultat
Diabetolog - Semestrial (la diabetici)			
Oftalmolog- Anual/la nevoie			
Cardiolog - la complicații, HTA rezistentă la tratament			
Nefrologie - la atingere renală			
Neurologie - la atingere neurologică			

Observații:

Fișa de monitorizare a pacientului hipertensiv sau/și diabetic

Anul:

Numele pacientului _____ Nr FO _____

Dg:

			Cons. 1	Cons. 2	Cons. 3	Cons. 4
Data consultației	Ținte teoretice	Ținte pacient	Data	Data	Data	Data
Sfat întrerupere fumat	Interupere fumat					
Sfat scădere în greutate	IMC <25 kg/m ²	min 5% -7%				
Sfat exerciții fizice	30-45 min/zi, 150 mn/sapt					
Stabilire dietă						
Evaluare consum alcool	F/M: 1/2u /zi					
Măsurarea TA	<140/90 mmHG <80,>80 – 140-150/90 mm dacă DZ <140/85 mm Hg dacă BCR*Purie <130/80					
Circumferința abdominală	F<88cm; B<102cm					
Inspecție picior diabetic*:						
Alte date ex clinic						
Automonitorizare Glic sg capilar la DZ*.	70- 130 mg% < 180 la 1- 2 h postprandial					
Glicemia a jeune	< 126 mg% (100-125 mg% -prediabet)					
HbA1c*	<7%					
Colesterol total	< 190 mg%/ dacă DZ/BCV <175 mg%					
HDL colesterol	F > 50 mg% B > 40 mg%					
LDL colesterol	<115 mg% dacă DZ <100 mg% DZ+BCV <70 mg%					
TG	<150 mg%					

Managementul bolilor respiratorii cronice

Astm bronșic

Boală pulmonară obstructivă cronică

Astm bronșic, BPOC

Evaluarea inițială

- stratificarea nivelului de severitate
- întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat și inițierea terapiei

Astm bronșic, BPOC

Evaluarea inițială

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde:

- anamneză factori declanșatori, istoric personal și familial
- examen clinic în cabinetul MF:
 - inspecție, auscultație și palpare (afectare a organelor țintă)
 - evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități

Evaluarea inițială

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde:

- trimitere pentru investigații paraclinice/explorări funcționale:
 - hemoleucogramă completă
 - spirometrie
 - radiografie pulmonară
 - peak-flowmetrie
- trimitere pentru consultație de specialitate, după caz, la
 - pneumologie
 - pediatrie
 - alergologie
 - medicină internă

Astm bronșic, BPOC

Evaluarea inițială

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde:

- Inițierea intervențiilor terapeutice include sfaturi pentru modificarea stilului de viață (fumat, dietă, activitate fizica +/- consiliere suport specializat).
- Inițierea medicației la pacientul nou diagnosticat se face cu medicație de treapta II sau III, funcție de intensitatea simptomelor.

Ținta terapeutică pentru astm bronșic = controlul simptomelor cu combinația farmacologică și în dozele cele mai mici posibile

Astm bronșic controlat

- limitarea simptomelor diurne
- limitarea consumului de beta2 agonist la nevoie în < 2 ocazii /săptămână,
- absența simptomelor nocturne,
- fără limitarea activității,
- funcție pulmonară normală,
- absența exacerbărilor;

Astm bronșic parțial controlat

- limitarea simptomelor diurne
- limitarea consumului de beta2 agonist la nevoie în > 2 ocazii/săptămână
- prezența simptomelor nocturne,
- funcție pulmonară $< 80\%$ din valoarea cea mai bună (sau prezisă),
- cu limitarea activității,
- cu una/mai multe exacerbări în ultimul an;

Astm bronșic necontrolat

- trei sau mai multe caracteristici de astm bronșic parțial controlat
- prezente în orice săptămână
- plus o exacerbare

Ținta terapeutică pentru BPOC = renunțarea la fumat + controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii

Toți pacienții:

- educație intensivă pentru renunțare la fumat
- evitarea altor factori de risc
- reguli de viață
- dietă
- activitate fizică
- vaccinare antigripală;

Pacienții **confirmați spirometric** și în **stadiu de severitate I - II cu dispnee**

→ **inițiere terapie**

- de linia I (bronhodilatator cu durată scurtă de acțiune – uneori)
sau
- de linia II (bronhodilatator cu durată lungă de acțiune – dacă este necesar)

Pacienții **confirmați spirometric** și în **stadiul de severitate III și IV**
sau/și

Pacienți cu **suspiciune de BPOC**, pentru confirmare diagnostică

→ **bilet de trimitere** la medicul de specialitate -
pentru inițiere terapie combinată respectiv oxigenoterapie

Monitorizarea activă

- **trimestrial**
 - reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii
 - identificarea eventualelor cauze de control inadecvat
- **semestrial**
 - educația pacientului privind boala, evoluția ei
 - înțelegerea rolului diferitelor clase de medicamente și a utilizării lor, rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii
 - sfatul pentru renunțarea la fumat
- **lunar/trimestrial**
 - evaluarea complianței la tratament
 - ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor

Monitorizarea activă

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ:

- ◆ anamneza, factori declanșatori, cauze de control inadecvat
- ◆ examen clinic în cabinetul medicului de familie:
 - inspecție, auscultație și palpare (afectare a organelor țintă)
 - evidențierea semnelor clinice pentru comorbidități
 - evaluarea riscului de exacerbare a BPOC

Consultația de monitorizare și biletele de trimitere se acordă

- ◆ **anual**, pentru nivelul de severitate scăzut (I și II)
- ◆ **semestrial**, pentru nivelurile de severitate III și IV

Monitorizarea activă

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ:

- bilet de trimitere paraclinic (“management de caz”)*
 - spirometrie,
 - hemoleucogramă completă
 - radiografie pulmonară (**dacă se suspectează complicații!**)
- bilet de trimitere specialități clinice (“management de caz”)*
 - pneumologie
 - pediatrie
 - alergologie
 - medicină internă, **după caz**

* în funcție de severitate

Monitorizarea activă

Consultațiile în cadrul monitorizării active includ:

- educația pacientului - sfaturi pentru modificarea stilului de viața
fumat, dietă, activitate fizică, +/- consiliere / vaccinare antigripală
- evaluarea complianței la recomandările terapeutice, cu atenție sporită la:
 - complianța la medicamente
 - verificarea la fiecare vizită a înțelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente
 - verificarea la fiecare vizită a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

Astm bronșic, BPOC

Monitorizarea activă

Ținta terapeutică pentru astm bronșic

- ♦ Renunțarea la fumat
- ♦ controlul simptomelor cu combinația farmacologica
- ♦ și în dozele cele mai mici posibile.

Ținta terapeutică pentru BPOC

- ♦ renunțarea la fumat
- ♦ controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii
- ♦ prevenirea exacerbărilor

Fișa de monitorizare - BPOC

Fișă de monitorizare a pacientului cu BPOC

Nume/Prenume		Data nașterii	
Alergiile la Me			
Status fumător	Actual	Da: Nr PA	Nu
	Fost	Da: Nr PA	Data renunțării
Pneumolog/Telefon			

A. Pacientul a fost diagnosticat cu BPOC având la fișă dovada: Da/Nu		Data dg
a. Spirometrie cu test bronhodilatator + sdr. obstructiv nereversibil (parțial reversibil)		FEV1
		FEV1/FVC
Data ultimei spirometrii:	FEV1/FVC: < 0.70	
	FEV1: ≥80% pred; 50%≤FEV1/80% pred; <50%; <30%	
Diagnostic (severitate)		

La fiecare vizită	Data	Data	Data	Data
Simptomatologie/severitate: De/T/E/N/Ci	De/T/E/W/Ci	De/T/E/N/Ci	De/T/E/W/Ci	De/T/E/W/Ci
Spirometrie: FEV1/FVC: < 0.70; FEV1:				
Data ultimă exacerbare: /ultim an/vizită				
Spitalizare /Prezentare la camera de gardă				
Cure de CSO				
Concluzie Severitate: I/II/III/IV				
Ex fizic				
FEV1 prezis				
I /G/IMC				
TAs /Tad/AV				
FR/T°C (subit)				
Ex pulmonar				
Ex cord + sm cord pulmonar?				
Medicație/tip/doză/ritm				
BADSA + salbutamol la nevoie				
BADLA formoterol/salmeterol				
CSI sau Combinații: CSI/BADLA				
Anticolinergic scurt Ipratropium				
Anticolinergic lung Tiotropium				
Teofilin				
CSO				
Antibiotic				
Adjuvant renunțare fumat: NIRT, Va, Bu, Consiliere				
Vaccin antigripal/Alte Me				
Aderența la tratament				
Educația pacient				
Tehnica inhalatorie/spacer				
Nivelul de control al Sy: De, toler efort, fr. exacerb				
Planul individual de tratament + efecte Me				
Plan renunțare la fumat:NIRT, Va, Bu, Consiliere				
Concluzie				
Trimitere				
Consult pneumolog				
Spirometrie				
Consult cardiologic				
Reabilitare pulmonară				
Lab: HLG/Rdgr plm/.....				

Fișa de monitorizare – Astm bronșic

Fișă de monitorizare a pacientului cu astm (AB)

Nume/Prenume		Data nașterii			
Triggeri	Praf Ex fizic	Mucegai Răceli	Polen	Animale	Fum
Alergii demonstrate la alergii la Me	Prat/scarieni	Mucegai	Polen	Animale	
Pneumolog/Telefon					

A. Pacientul a fost diagnosticat cu astm având la fișă dovada: Da/Nu	
a. Spirometrie cu test bronhodilatator	c. Monitorizare PEF la domiciliu
b. Măsurare PEF cu test bronhodilatator	d. Test de provocare pozitiv

La fiecare vizită	Data eval	Data	Data	Data	Data
Simptomatologie/severitate:Ts/e, D, Ci,W					
Sy diurne: s2, ≥3 ocazii/5					
Limitarea activității : Nu/Da					
Sy nocturne: Nu/Da					
BADSA la nevoie:s2, ≥3 ocazii/5					
PEF/VEMS (max din 3): I/ <80%max/prez					
Data ultimă exacerbare: 0/≥1/ultim an					
Spitalizare /Prezentare la camera de gardă					
Cure de CSO					
Concluzie Nivel de control: C/Pc/Nc					
Ex fizic					
PEF best personal/PEF prezis					
I /G/IMC					
Tas/Tad/AV					
T°C					
FR					
Folosire m. accesorii					
Ex pulmonar					
Alte					
Triggeri exacerbării actuale					
Medicație/tip/doză/ritm					
BADSA					
CSI sau Combinații: CSI/BADLA					
AL					
Teofilin/Anticolinergic					
CSO					
Adjuvant renunțare fumat: NIRT, Va, Bu, Cons					
Vaccin antigripal/Alte Me					
Aderența la tratament					
Educația pacient					
Verificare tehnica inhalatorie/spacer					
Verificare utilizare Pfmtru					
Me salvare/Me control					
Planul individual de tratament					
Triggeri					
Renunțare la fumat					
Concluzie					
Trimitere					
Consult pneumolog					
Spirometrie					
Consult alergolog					
Consult ORL					
Consult interne					
Consult cardiologie					
Alte					

Managementul bolii cronice de rinichi

Evaluarea inițială

- evaluarea gradului de risc în funcție de filtratul glomerular, albuminurie și boala renală primară;
- stabilirea obiectivelor terapeutice
- întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice)
- inițierea terapiei.

Evaluarea inițială

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde:

- anamneză
 - antecedente familiale și personale
 - expunere la nefrotoxice
 - istoric al afectării renale și al și co-morbidităților relevante
- examen clinic complet

Evaluarea inițială

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde:

- bilet de trimitere pentru investigații paraclinice:
 - creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG
 - examen sumar de urină
 - albumină/creatinină urinară
 - ecografie de organ – renală
- bilet de trimitere pentru consultație de specialitate – nefrologie
 - pacienți cu risc mediu/mare
 - raport albumină/creatinină peste 300mg/g
 - eRFG mai mic de 45mL/min
 - sau hematurie microscopică de cauză non-urologică)
 - pacienți cu hipertensiune arterială necontrolată

Evaluarea inițială

Consultația în cadrul evaluării inițiale cuprinde:

- Inițierea terapiei include:
 - consiliere pentru schimbarea stilului de viață
(renunțare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică)
 - tratament medicamentos vizând controlul:
 - presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual),
 - proteinuriei
 - declinului eRFG
 - dislipidemiei, după caz
 - educația pacientului pentru auto-îngrijire.

Monitorizarea activă

- bilanțul periodic al controlului terapeutic
 - presiune arterială,
 - raport albumină/creatinină urinară,
 - declin eRFG
- revizuirea medicației (medicamente, doze)
 - ◆ **anual** – la pacienții cu risc minim sau mic
 - ◆ **semestrial** – la pacienții cu risc mediu

Monitorizarea activă

- ♦ bilet de trimitere investigații paraclinice ("management de caz")
 - creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG
 - albumină/creatinină urinară **semestrial**
- ♦ bilet de trimitere specialități clinice ("management de caz")
 - nefrologie **semestrial**
- evaluarea aderenței la programul terapeutic (dietă, medicație)

SERVICII PREVENTIVE

- ◆ Consultațiile periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani
- ◆ Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare
- ◆ Consultații preventive de evaluare a riscului individual la **adultul asimptomatic**
- ◆ Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic
- ◆ Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială

◆ Consultațiile periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani

- ◆ Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare
- ◆ Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic
- ◆ Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic
- ◆ Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială

- ◆ creșterea și dezvoltarea;
- ◆ starea de nutriție și practicile nutriționale;
- ◆ depistarea și intervenția în consecință pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii pe grupe de vârstă și sex, conform Anexei 2 C la ordin (riscograme).

Frecvența efectuării consultațiilor se va realiza după cum urmează:

- ◆ la externarea din maternitate și la 1 lună - la domiciliul copilului;
- ◆ la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;
- ◆ o dată pe an de la 4 la 18 ani.

Instrumente necesare

- ◆ Cântar adaptat vârstei
- ◆ Taliometru adaptat vârstei
- ◆ Stetoscop, tensiometru (atenție manșeta pediatrică), centimetru flexibil
- ◆ Materiale de dat pacienților (vezi resurse disponibile) inclusiv schema națională de vaccinare
- ◆ Optotip adaptat vârstei
- ◆ Tabel IMC
- ◆ Scala Tanner (dezvoltare pubertară)
- ◆ Chestionar depresie > 12 ani



Formulare din kitul medicului de familie

- ◆ Chestionar tulburări de spectru autist
- ◆ Chestionar depresie pentru copiii mari
- ◆ Grafice de creștere (inclusiv IMC)
- ◆ Scala Tanner
- ◆ Test Denver
- ◆ Tabel dezvoltare a copilului (excel)
- ◆ Dezvoltarea copilului - tabel (forma scurtă)
- ◆ Tabel intervenții preventive copil 0 - 17 ani (excel) etc

Diversificarea alimentației

- ◆ Grafic, tehnici
- ◆ Dieta Minim Acceptabilă (OMS)

Atenție ! NOU !!!

**Prescrieți Fier si Vitamina D₃ pe rețetă gratuită,
pe cod 999**

Atât la sugar cât și la gravidă!!!

Atât la sugar cât și la gravidă!!!

Diversificarea alimentației

Dieta minim diversificată

- ◆ Se definește ca proporția copiilor care primesc alimente din 4 sau mai multe grupe alimentare. Aceste grupe sunt:
 - ◆ cereale, rădăcinoase, tuberculi;
 - ◆ legume, nuci;
 - ◆ produse lactate (lapte iaurt branză);
 - ◆ carne, pește, ficat de pasare /carne de la alte organe;
 - ◆ ouă;
 - ◆ legume și fructe bogate in vitamina A;
 - ◆ alte fructe și legume;

Frecvența minimă de mese

- ◆ Exprimă procentul copiilor alăptați și nealăptați cu vârsta cuprinsă între 6 - 23,9 luni care primesc alimente solide semi-solide sau moi, de un anumit număr de ori (diferit în funcție de vârstă), calculate pentru ziua precedentă. Numărul minim de mese este definit la :
 - ◆ 2 mese pentru copilul alăptat aparținând la segmentul de vârstă 6 - 8,9 luni
 - ◆ 3 mese pentru copilul alăptat aparținând la segmentul de vârstă 9 - 23,9 luni
 - ◆ 4 mese pentru copilul ne- alăptat aparținând la segmentul de vârstă 9- 23,9 luni
- ◆ “Masa” include și gustările.

Dieta minim acceptabilă este combinația celor două

Fișă examen de bilanț copil

- ◆ Folosiți tabelul de intervenții preventive pentru examenele periodice
- ◆ Completați datele solicitate conform vârstei
- ◆ Treceți vaccinurile cu toate datele inclusiv în carnetul de vaccinare
- ◆ Utilizați curbele de creștere pentru urmărire în dinamică

- ◆ Consultațiile periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani

◆ Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare

- ◆ Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic
- ◆ Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic
- ◆ Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială

Fișa gravidei rămâne neschimbata

NIMIC NOU!

- ◆ luarea în evidență în primul trimestru - o consultație;
- ◆ supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a - o consultație/lună.
 - ◆ În situația în care luarea în evidență a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidență a gravidei, nu și supravegherea;
- ◆ supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv - două consultații/lună;
- ◆ urmărirea lehuzei la externarea din maternitate - la domiciliu - o consultație;
- ◆ urmărirea lehuzei la 4 săptămâni de la naștere - o consultație.

În cadrul supravegherii gravidei se face și

- ◆ promovarea **alimentației exclusive la sân** a copilului până la vârsta de 6 luni și continuarea acesteia până la minim 12 luni,
- ◆ testare pentru HIV, **hepatită de etiologie virală cu virus B și C**, precum și consiliere pre și post testare HIV și lues a femeii gravide.
- ◆ Profilaxia anemiei feriprive la copil cu preparate de fier, pe rețetă gratuită, pe cod 999

NOTĂ: În conformitate cu programul de monitorizare, investigațiile paraclinice și tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidență de către acesta și până la 4 săptămâni de la naștere.

- ◆ Consultațiile periodice active oferite persoanelor cu vârstă între 0-18 ani
- ◆ Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare

◆ Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic

- ◆ Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic
- ◆ Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială

**Se acordă
la cabinetul medicului de
familie în mod activ adulților
din populația generală, fără
semne de boală!**

**Se va realiza după cum
urmează:**

- ◆ *Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani*
- ◆ – *o dată la 3 ani*, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea **riscogramei** - maxim 2 consultații/asigurat în anul în care se realizează evaluarea riscului individual.
- ◆ Pentru persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 și 39 ani depistate **cu risc înalt**, consultațiile preventive de evaluare se acordă **anual** - maxim 2 consultații/asigurat, anual.

Riscogramele - instrumente:



- ◆ Interviu (întrebări adresate pacientului)
- ◆ Stetoscop, tensiometru, cântar, taliometru
 - ◆ Definiție **pachete - an** la fumători
- ◆ Diagrama SCORE
- ◆ Analize de laborator: Col (mmol/l), Creat, Glu
- ◆ Chestionar pentru depistarea consumului problematic de alcool (testul AUDIT-C)
 - ◆ Definiție **unitate-alcool**
- ◆ Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei
- ◆ Bilete de trimitere către alți specialiști (intervenții)

Definiție pachete - an

- ◆ Nr. **pachete-an** = (nr de pachete de țigări fumate per zi) x (nr. de ani de **fumat**)
- ◆ Exemplu: pt un fumător care a fumat 10 țigări/zi timp de 20 ani. (Omul a fumat 0,5 pachete de țigări pe zi)
- ◆ $\text{nr.PA} = 0,5 \times 20 = 10\text{PA}$

Atenție la colesterol



Riscograma 18 - 39 ani

- Factori de risc
- Intervenție

Cuprinde:

- ◆ Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)
- ◆ Evaluare risc cardiovascular
- ◆ Evaluare risc oncologic
- ◆ Evaluare risc privind sănătatea mintală
 - ◆ Chestionar pentru depistarea consumului problematic de alcool (testul AUDIT-C)
 - ◆ Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei
- ◆ Identificarea unor riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii

Fișă riscogramă 18 - 39 ani

Disponibilă în kitul de
descărcare de pe
FormareMedicala.ro



SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINĂ FAMILIEI

Str. Ionel Perlea 10, Sector 1, București Cod poștal 010209

Tel./ Fax. 021/3154656, CUI: 7165839

IBAN: RO42 RNCB 0082 0441 8731 0001 BCR Sucursala Unirea

Web: www.snmf.ro, www.formaremedicala.ro, www.conferintemf.ro, www.edumedical.ro, www.vaccinologie.ro Email: office@snmf.ro

Riscograma adultului asimptomatic cu vârsta între 18 și 39 ani

Data _____ Nume _____ Prenume _____ CNP [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)

- Fumător DA ☐ NU ☐ Pachete/an
- Chestionar AUDIT - C _____ scor
- Activitate fizică DA ☐ NU ☐ tipul: _____
- Dietă _____
- Sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor DA ☐ NU ☐

Evaluarea Riscului Oncologic

- Factorii de risc:
 - AP și AHC de neo la rudele de gr.I - DA ☐ NU ☐
 - expunerea azbest, aniline, etc DA ☐ NU ☐
 - eligibil pentru screening în PN? DA ☐ NU ☐ (daca da, trimite)
 - persoană cu risc înalt pentru cancer mamar, colorectal, ovarian, etc? DA ☐ NU ☐ (daca da, trimite)
 - femeie 25 - 39 ani - data ultimului test PAP ____ / ____ / ____

Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV)

TA = ____ / ____ mm Hg IMC =

- dacă > 140/90 mm Hg

- dacă > 30

- dacă BGV în AHC < 55 ani la B < 65 ani la F și/ sau

- dacă AHC metabolism lipidic

Creat =

Col T =

Glu =

☐ SCORE < 1% - reevaluare la trei ani

☐ Score 1 - 5% - recomandări stil viață, evaluare anual

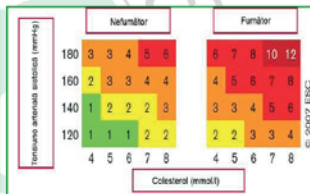
☐ Score ≥ 5% - merge la management de caz

Încadrare în grupă de risc dacă este cazul

Dacă există riscuri: schimbare a stilului de viață.

Atenție la excepții (BCV, BCR, DZ 1,2, Factori risc foarte înalți) -

direct management de caz



(* o băutură standard (BS) conține 12 g alcool pur și este echivalentă cu 1 doză de bere 330ml, 1 pahar vin a 125ml sau 1 pahar de țără a 40ml)

Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

Consumul problematic de alcool (testul AUDIT-C)

1. Cât de des consumați o băutură conținând alcool?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
- d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte
- e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte

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

- a. una sau două - 0 puncte
- b. trei sau patru - 1 punct
- c. cinci sau șase - 2 puncte
- d. șapte sau nouă - 3 puncte
- e. zece sau mai mult - 4 puncte

3. Cât de des beți 6 sau mai multe BS la o singură ocazie?

- a. niciodată - 0 puncte
- b. lunar sau mai rar - 1 punct
- c. lunar - 2 puncte
- d. săptămânal - 3 puncte
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte

SCOR: __ > 4 (B) și > 3 (F) = consum inadecvat

Screening-ul depresiei

1.V-ați pierdut interesul sau plăcerea pentru activitățile obișnuite în ultima lună ?

☐ DA ☐ NU

2. V-ați simțit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună ?

☐ DA ☐ NU

*Da la ambele - trimitere psihiatrie.

Sănătatea reproducerii

- intenția de sarcină DA ☐ NU ☐ (F)

- utilizarea unei metode de contracepție: DA ☐ NU ☐

- situația de cuplu (stabil, nou, relații multiple)

- consiliere în cabinet / planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate și nu folosesc nicio metodă contraceptivă;

- acid folic pentru femeile care planifică o sarcină

- ◆ *Toate persoanele asimptomatice cu vârstă > 40 ani,*
- ◆ **anual** - pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea **riscogramei** pentru grupa de vârstă și sex corespunzătoare conform Anexei 2 C la ordin.
- ◆ Se decontează maxim 2 consultații/asigurat, anual.

Riscograma > 40 ani

- Factori de risc
- Intervenție

Cuprinde:

- ◆ Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)
- ◆ Evaluare risc cardiovascular
- ◆ Evaluare risc oncologic
- ◆ Evaluare risc privind sănătatea mintală
 - ◆ Chestionar pentru depistarea consumului problematic de alcool (testul AUDIT-C)
 - ◆ Chestionarul standardizat cu 2 întrebări pentru screening-ul depresiei
- ◆ Identificarea unor riscuri semnificative legate de sănătatea reproducerii

Fișă riscogramă ≥ 40 ani

Disponibilă în kitul de
descărcare de pe
FormareMedicala.ro



SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINĂ FAMILIEI

Str. Ionel Perlea 10, Sector 1, București Cod poștal 010209

Tel./ Fax: 021/3154656, CUI: 7165839

IBAN: RO42 RNCB 0082 0441 8731 0001 BCR Sucursala Unirea

Web: www.snmf.ro, www.formaremedicala.ro, www.conferintemf.ro, www.edumedical.ro, www.vaccinologie.ro Email: office@snmf.ro

Riscograma adultului asimptomatic cu vârsta ≥ 40 ani

Data _____ Nume _____ Prenume _____ CNP

Evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătății (stilul de viață)

- Fumător DA ☐ NU ☐ Pachete/an
- Chestionar AUDIT - C scor
- Activitate fizică DA ☐ NU ☐ tipul: _____
- Dietă _____
- Sfat minimal pentru schimbarea comportamentelor DA ☐ NU ☐

Evaluarea Riscului Oncologic

- Factorii de risc:
 - AP și AHC de neo la rudele de gr.I - DA ☐ NU ☐
 - expunerea azbest, aniline, stil de viață, etc DA ☐ NU ☐
 - antecedente personale de testare screening pentru cancerle incluse în programele naționale de sănătate
- eligibil pentru screening în PN? DA ☐ NU ☐ (daca da, **trimite**)
- persoană cu risc înalt pentru cancer mamar, colorectal, ovarian, etc? DA ☐ NU ☐ (daca da, **trimite**)
- femeie 40 - 64 ani - data ultimului test PAP _____

Evaluarea Riscului Cardiovascular (RCV)

- TA = ___/___ mm Hg IMC = **Creat** = _____
- dacă > 140/90 mm Hg
- dacă IMC > 30
- deces BCV în AHC < 55 ani la B < 65 ani la F și/ sau
- dacă AHC dislipidemii familiale
- Col T = _____
Glu = _____
- ☐ SCORE < 1% - reevaluare la trei ani
☐ Score 1 - 5% - recomandări stil viață, evaluare anual
☐ Score ≥ 5% - merge la management de caz (monitorizare activă)

Încadrare în grupă de risc dacă este cazul
Dacă există riscuri: schimbare a stilului de viață.
Atenție la excepții (BCV, BCR, DZ 1,2, Factori risc foarte înalți) -
direct management de caz

Atenție!
Se va folosi
grila
SCORE
pentru risc
înalt!



(* o băutură standard (BS) conține 12 g alcool pur și este echivalentă cu 1 doză de bere 330ml, 1 pahar vin a 125ml sau 1 pahar de țără a 40ml)

Evaluarea riscurilor privind Sănătatea Mintală

Consumul problematic de alcool (testul AUDIT-C)

1. Cât de des consumați o băutură conținând alcool?
- niciodată - 0 puncte
 - lunar sau mai rar - 1 punct
 - 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte
 - 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte
 - 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte
2. Câte BS* consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?
- una sau două - 0 puncte
 - trei sau patru - 1 punct
 - cinci sau șase - 2 puncte
 - șapte sau nouă - 3 puncte
 - zece sau mai mult - 4 puncte
3. Cât de des beți 6 sau mai multe BS la o singură ocazie?
- niciodată - 0 puncte
 - lunar sau mai rar - 1 punct
 - lunar - 2 puncte
 - săptămânal - 3 puncte
 - zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte
- SCOR: __ > 4 (B) și > 3 (F) = consum inadecvat

Screening-ul depresiei

1. V-ați pierdut interesul sau plăcerea pentru activitățile obișnuite în ultima lună?
☐ DA ☐ NU
2. V-ați simțit trist, demoralizat sau neajutorat în ultima lună?
☐ DA ☐ NU
- *DA la ambele - trimitere psihiatrie.

Sănătatea reproducerii

- intenția de sarcină DA ☐ NU ☐ (F)
- utilizarea unei metode de contracepție: DA ☐ NU ☐
- situația de cuplu (stabil, nou, relații multiple)
- consiliere în cabinet / planificare familială pentru femeile care nu doresc să rămână însărcinate și nu folosesc nicio metodă contraceptivă (40 - 44 ani);
- acid folic pentru femeile care planifică o sarcină

- ◆ Consultațiile periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani
- ◆ Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare
- ◆ Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic

◆ **Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic**

- ◆ Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială

Supraveghere de boli cu potențial endemo-epidemic :

- ♦ evaluarea factorilor ambientali,
- ♦ consiliere privind igiena alimentației

Depistare de boli cu potențial endemo-epidemic :

- ♦ examen clinic
- ♦ diagnostic prezumtiv
- ♦ trimitere către structurile de specialitate pentru investigații, confirmare, tratament adecvat și măsuri igienico-sanitare specifice, după caz).

- ◆ Se decontează **o singură consultație per persoană** pentru fiecare boală cu potențial endemo-epidemic suspicionată **și confirmată**.
- ◆ Bolile cu potențial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la H.G. nr. 1186/2000 pentru aprobarea listei cuprinzând urgențele medico-chirurgicale precum și bolile infecto-contagioase din grupa A pentru care asigurații beneficiază de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă fără condiții de stagiu de cotizare.

Boli cu potențial...

1. amibiaza (dizenterie amibiană);

2. antraxul;

3. bruceloza;

4. difteria;

5. febra butunoasă;

6. febra galbenă;

7. febrele paratifoide A, B, C;

8. febra Q;

9. febra recurentă;

10. febra tifoidă;

11. filarioza, dracunculoza;

12. **hepatita virală;**

1. holera;

2. infecția gonococică;

3. leishmaniozele;

4. lepra;

5. leptospiroza;

6. limfogranulomatoza inghinală benignă;

7. malaria;

8. meningita cerebrospinală epidemică;

9. morva, meiodoza;

10. pesta;

11. poliomielita și alte neuroviroze paralitice;

12. psitacoza-ornitoza;

1. **rabia;**

2. **RAA;**

3. **scarlatina;**

4. **sifilisul;**

5. **șancrul moale;**

6. **tetanosul;**

7. **tifosul exantematic;**

8. **tuberculoza (toate formele și localizările);**

9. **tularemia;**

10. **tusea convulsivă;**

11. **complicațiile postvaccinale;**

12. **infecția HIV.**

- ◆ Consultațiile periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0-18 ani
- ◆ Consultații în vederea monitorizării evoluției sarcinii și lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare
- ◆ Consultații preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic
- ◆ Supraveghere și depistare de boli cu potențial endemo-epidemic

◆ Consultații pentru acordarea serviciilor de planificare familială

Cuprinde:

- a) consilierea** femeii privind planificarea familială;
- b) indicarea unei metode** contraceptive la persoanele fără risc.

Consultația poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera **a)** sau serviciile prevăzute la literele **a) și b)**;

Se decontează **maxim două consultații pe an calendaristic, pe asigurat.**

NOU!!!!

- ♦ NOTĂ: În cadrul consultației preventive conform celor de mai sus, se pot elibera **bilete de trimitere** în ambulatoriu pentru specialitățile clinice, **bilete de trimitere pentru investigații** paraclinice și **prescripții medicale** pentru profilaxia anemiei la gravide și a rahitismului și anemiei la sugari, utilizând codul **999** din Clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală.

SERVICII LA DOMICILIU

- ◆ Sunt consultații acordate în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultațiile la domiciliu,
- ◆ maximum 21 de consultații pe lună
- ◆ nu mai mult de 3 consultații pe zi.
- ◆ se consemnează în **„caietul de consultații la domiciliu”**, care va conține:
 - ◆ data și ora consultației,
 - ◆ numele, prenumele, semnătura asiguratului sau aparținătorului după caz,
 - ◆ seria și numărul documentului eliberat, după caz (prescripție medicală, bilet de trimitere, bilet de internare)

◆ Se acordă:

- ◆ asiguraților nedeplasabili,
- ◆ copiilor 0 -1 an,
- ◆ copiilor cu vârsta 0-18 ani cu boli infecto-contagioase,
- ◆ lehuzelor
- ◆ persoanelor în vederea constatării decesului
- ◆ maxim 2 consultații pentru fiecare episod acut / subacut / acutizări ale bolilor cronice
- ◆ maxim 4 consultații/an pentru bolile cronice
- ◆ o consultație pentru fiecare situație de urgență

SERVICII ADIȚIONALE

- ◆ se oferă opțional în cabinetele medicilor de familie, exclusiv asiguraților de pe lista proprie
- ◆ numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare,
- ◆ iar medicul de familie are competență dobândită prin parcurgerea unui program educațional specific, certificat suplimentar, după caz
- ◆ Se referă la:
 - ◆ efectuare și interpretare EKG pentru monitorizarea bolilor cardiovasculare confirmate
 - ◆ ecografie generală - abdomen și pelvis
 - ◆ Dg în telemedicină

Condiții de contractare - adiționale

- ◆ Act adițional
- ◆ Decontare din fondul de paraclinic
- ◆ În limita fondurilor disponibile cf anexa 19
- ◆ Maximum 3 / oră

SERVICII DE SUPORT

Sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente:

- ◆ Concediu medical,
- ◆ bilete de trimitere,
- ◆ prescripții medicale,
- ◆ certificat medical constatator al decesului -cu excepția situațiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform prevederilor legale-,
- ◆ scutiri medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri,
- ◆ acte medicale necesare copiilor aflați în plasament din cadrul sistemului de asistență socială și protecția copilului,
- ◆ documente medicale eliberate pentru copii solicitate la intrarea în colectivitate conform prevederilor legale în vigoare.

NOTĂ: Activitățile de suport sunt consecință a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

DE PRIN ALTE ANEXE DE PRIN ALTE SEGMENTE

Ce vom fi in sistem?...



NOUTĂȚI LA PARACLINICE

ANEXA 17 – analize de laborator

- ◆ HLG completa
- ◆ VSH
- ◆ Determinare la gravida a gr.sg.ABO
- ◆ Determinare la gravida a gr.sg.Rh
- ◆ Timp Quick si INR
- ◆ Fibrinogenemie
- ◆ Proteine totale serice
- ◆ Electroforeza prot. serice
- ◆ Uree serica
- ◆ Acid uric seric
- ◆ Creatinina **serica (pentru management de caz in BCR inscris în BT, laboratorul inscrie pe buletin eRFG)**
- ◆ Bilirubina totala
- ◆ Bilirubina directa
- ◆ Glicemie
- ◆ Colesterol seric total

ANEXA 17 – analize de laborator

- ◆ HDL colesterol
- ◆ LDL colesterol
- ◆ Trigliceride serice
- ◆ TGP
- ◆ TGO
- ◆ Fosfataza alcalina
- ◆ Sodiu seric (nou!)
- ◆ Potasiu seric (nou!)
- ◆ Calciu seric total
- ◆ Calciu ionic seric
- ◆ Magneziemie
- ◆ Sideremie
- ◆ Examen complet de urina(sumar+sediment)
- ◆ Dozare proteine urinare (nou!)
- ◆ Microalbuminuria (management de caz)
- ◆ Dozare glucoza urinara

ANEXA 17 – analize de laborator

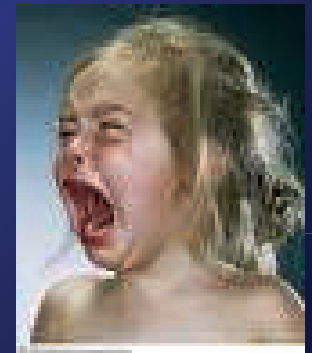
- ◆ Creatinina urinară (management de caz)
- ◆ TSH
- ◆ FT₄
- ◆ Anti HAV IgM (pentru gravide si contactii cazurilor diagnosticate de m.s.)
- ◆ Ag HBs (screening) - (pentru gravide si contactii cazurilor diagnosticate de m.s.)
- ◆ Anti HCV (pentru gravide si contactii cazurilor diagnosticate de m.s.)
- ◆ Testare HIV la gravida
- ◆ ASLO
- ◆ VDRL sau RPR
- ◆ Antigen H. Pylori (nou!)
- ◆ Proteina C reactivă

ANEXA 17 – analize de laborator

- ◆ Examen bacteriologic exudat faringian
- ◆ Examen fungic exudat faringian
- ◆ Urocultura
- ◆ Examen fungic urina
- ◆ Coprocultura (nou!)
- ◆ Ex. coproparazit. (3 probe)
- ◆ Depistare hemoragii oculte (nou!)
- ◆ Examen bacteriologic din secretii nazale (nou!)
- ◆ Examen fungic din secretii nazale (nou!)
- ◆ Examen Babes-Papanicolau

NU PUTEM PRESCRIE DECONTAT DE CAS:

- ◆ Hemoglobina glicozilata
- ◆ Gama GT
- ◆ PSA
- ◆ Examen din secretii vaginale



ANEXA 17

radiologie, imagistica, medicina nucleara si explorari functionale

- ◆ Ex. Radiologic craniu standard
- ◆ Ex. Radiologic cranian in proiectie sinusuri anterioare ale fetei (nou!)
- ◆ Ex. radiologic parti schelet in 2 planuri
- ◆ Radiografie de membre: membru superior (humerus, articulatia cotului, antebrat, pumn, mana) si membru inferior (articulatie coxo-femurala, articulatie sacro-iliaca, femur, genunchi, gamba, glezna, picior, calcaneu)

continuare-ANEXA 17

radiologie, imagistica, medicina nucleara si explorari functionale

- ◆ Ex. radiologie centura scapulara
- ◆ Ex. radiologic parti coloana dorsala
- ◆ Ex. radiologic parti coloana lombara
- ◆ Ex. radiologic coloana vertebrala completa, fara coloana cervicala
- ◆ Ex. radiologic coloana cervicala 1 incidenta
- ◆ Ex. radiologic torace ansamblu
- ◆ Ex. radiologic torace osos (sau parti) in mai multe planuri/Ex. radiologic torace si organe toracice

continuare-ANEXA 17

radiologie, imagistica, medicina nucleara si explorari functionale

- ◆ Ex.radiologic vizualizare generala a abdomenului nativ
- ◆ Ex.radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodeno-jelunal) cu substanta de contrast
- ◆ Ex.radiologic tract digestiv pana la regiunea ileo-cecala, cu substanta de contrast
- ◆ Mamografie in doua planuri/pentru un san
- ◆ Ecografie generala (abdomen+pelvis)
- ◆ Ecografie abdomen
- ◆ Ecografie pelvis

continuare-ANEXA 17

radiologie, imagistica, medicina nucleara si explorari functionale

- ◆ Ecografie de organ/articulatii/parti moi (nou!) - ecografie renală pentru BCR la asiguratii care au evidentiat pe BT pentru investigatii paraclinice “management de caz”
- ◆ Senologie imagistica- ecografie (nou!)
- ◆ EKG (nou!)
- ◆ Spirometrie (nou!)
- ◆ Peak-flowmetrie (nou!)

ANEXA 18

ART. 4 (1)

- ♦ BT pentru investigatii paraclinice- in 2 exemplare, valabil maxim 30 de zile calendaristice de la data emiterii.

EXCEPTIE:

- ♦ BT pentru efectuarea de investigatii paraclinice pentru afectiunile cuprinse in **PNS** (DZ, boli de nutritie, afectiuni oncologice)=**90 zile** calendaristice
- ♦ BT pentru celelalte boli cronice pentru investigatii paraclinice specifice = **60 zile** calendaristice
- ♦ BT pentru investigatii paraclinice recomandate de MF, care evidentiaza "**management de caz**"=**90 zile** calendaristice

NOUTĂȚI LA ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU

ANEXA 31-CONDITIILE acordarii serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu...

- ♦ ART 1.(2) **Recomandarea** pentru efectuarea serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu se face de catre ms din ambulatoriu, inclusiv **medicii de familie...** conform modelului din Anexa 31C, ca o **consecinta a actului medical propriu**, in concordanta cu diagnosticul stabilit si in **functie de patologia bolnavului si statusul de performanta ECOG** al acestuia, cu precizarea acestui status.
- ♦ Ms din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medicii de familie, recomanda ingrijiri la domiciliu numai ca o consecinta a **consultatiei medicale raportate la casa de asigurari** de sanatate. In functie de statusul de performanta ECOG, bolnavul poate fi :
 - ♦ ECOG₃
 - ♦ ECOG₄
- ♦ Recomandarea pentru IMD...se consemneaza in registrul de consultatii si fisa de observatie a pacientului.

ANEXA 31 - CONDITIILE acordarii serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu...

ECOG

Grad	Status de performanta ECOG (<i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>)
0	Complet activ, capabil sa duca la bun sfarsit activitatile desfasurate inainte de a se imbolnavii
1	Restrictii in indeplinirea activitatilor fizice solicitante, dar mobil si capabil sa desfasoare munci usoare sau sedentare (ex: munca de birou)
2	Mobil si capabil sa se ingrijeasca singur, dar incapabil sa munceasca; treaz si activ mai mult de 50% din timp
3	Partial capabil sa se ingrijeasca singur; imobilizat in scaun cu rotile sau la pat peste 50% din timp.
4	Imobilizat complet la pat sau in scaun; nu se poate ingriji singur.
5	Mort.

ANEXA 31-CONDITIILE acordarii serviciilor de ingrijiri medicale la domiciliu...

ART. 2

- ♦ (1) Lista serviciilor de IMD este prevazuta in Anexa 30 la Ordin.
- ♦ (3) **Durata** pentru care un asigurat poate beneficia de IMD **se stabileste de medicul** care a facut recomandarea, cu obligativitatea **precizarii ritmicitatii/periodicitatii** serviciilor, consemnate in formularul "recomandare pentru ingrijiri medicale la domiciliu" in ultimile (Anexa 31C), **dar nu mai mult de 90 zile de ingrijiri in ultimile 11 luni in mai multe etape** (episoade de ingrijire). **Un episod de ingrijire este de max. 30 zile** de ingrijiri. Fiecare episod de ingrijire se recomanda utilizand un nou formular de recomandare. In situatia in care, conform recomandarii pentru IMD, ingrijirile nu sunt acordate in zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/in ultimile 11 luni se iau in calcul numai zilele in care s-au acordat ingrijirile.

ART.7

- ♦ (1) Recomandarea pentru IMD se elibereaza in 3 exemplare...Termenul de valabilitate al recomandarii in vederea depunerii la CAS este de 5 zile lucratoare de la data emiterii recomandarii

ART.10

- ♦ (4) Termenul de valabilitate al deciziei pentru aprobarea acordarii IMD, in vederea depunerii acesteia la furnizorul de IMD este de 10 zile lucratoare de la data emiterii acesteia de catre CAS.

**ALTE PROBLEME MAI
VECHI SAU MAI NOI...**

ELIBERAREA CMCD IN ZILELE DE V., S., D. SI SARBATORI LEGALE

- ◆ Este reglementata in **Anexa 27** la Ordin –Consultatii de urgenta la domiciliu si activitati de transport sanitar neasistat, lit A Art.2, al.2.1 (pachet minimal) si lit.B Art.2, al 2.1(pachet de baza):
- ◆ Transportul sanitar neasistat include: transportul medicului dus-intors in vederea constatarii unui deces in zilele de vineri,sambata,duminica si in zilele de sarbatori legale pentru eliberarea CMCD in conditiile prevazute de lege.

NU UITAȚI!!!

- ♦ EXISTA INCA **ANEXA 13** CARE CUPRINDE AFECTIUNILE CARE PERMIT **PREZENTAREA DIRECTĂ** LA MEDICUL SPECIALIST DIN AMBULATORIUL DE SPECIALITATE. (fara bilet de trimitere! daca are stabilit un plan anual de monitorizare si tratament sau daca trebuie modificata schema terapeutica in functie de parametrii de monitorizare Nu va incarcati inutil lista de programari!)
- ♦ **EXCEPTIE!!!: bolile cronice pentru care se face management de caz**, cu precizarea pe BT “management de caz”.

NU UITATI!!!!!!: ANEXA 22

- ◆ Punctul B
- ◆ Lista serviciilor medicale spitalicești care nu necesită internare continuă (**spitalizare de o zi**)

ANEXA 7-servicii medicale acordate in ambulatoriul de specialitate pentru specialitati clinice

- ◆ B. Pachet de baza
- ◆ Al.10.3
- ◆ **Consultatiile de acupunctura** se acorda pe baza **biletului de trimitere de la medicul de familie** sau medicul specialist din ambulatoriul de specialitate.....Cel mult **doua cure/an**.

ANEXA 39-Modalitati de prescriere,procurare si decontare a dispozitivelor medicale...

- ♦ Art. 1 (7):
- ♦ (7) Pentru **dispozitivele de protezare stomii și incontinență urinară**, cu excepția cateterului urinar, **recomandarea se poate face și de către medicul de familie** pe lista căruia se află înscris asiguratul, aflat în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate unde este în evidență și asiguratul, **în baza scrisorii medicale/bilet de ieșire din spital transmisă de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate**. Prescripția medicală va conține în mod obligatoriu în acest caz și numele casei de asigurări de sănătate cu care medicul de specialitate, care a transmis scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital, se află în relație contractuală și numărul contractului încheiat de către acesta sau reprezentantul legal; biletul de ieșire din spital va conține obligatoriu și explicit toate elementele prevăzute în modelul de scrisoare medicala
- ♦ (8) În prescripția medicală **se va menționa obligatoriu că deficiența organică sau funcțională nu este ca urmare a unei boli profesionale sau a unui accident de muncă ori sportiv**. În acest sens, se solicită o declarație a asiguratului pe propria răspundere din care să rezulte că deficiența organică sau funcțională nu a apărut în urma unei boli profesionale, a unui accident de muncă sau sportiv; declarația ramane la medicul care întocmeste prescripția.

MODUL DE PRESCRIERE A MEDICAMENTELOR- ANEXA 36

Art.1 (9):

Pentru prescriptiile eliberate pentru pensionarii cu **pensii între 0-700** lei, mf va solicita la fiecare Rp

- ♦ ultimul CP
- ♦ copie CI
- ♦ **declaratie** pe propria raspundere ca are venituri numai din pensie.

MF consemneaza **in fisa/ registru Nr. de CP si** **cuantumul pensiei.**

MODUL DE PRESCRIERE A MEDICAMENTELOR- ANEXA 36- continuare

- ♦ Art. 2 (1): **Perioadele** pentru care pot fi prescrise medicamentele:
 - **boli acute 3-7 zile**
 - **boli subacute 8-10 zile**
 - **boli cronice 30-31 zile** (pentru cei stabilizati,cu schema terapeutica stabila **90/91/92 zile**)

MODUL DE PRESCRIERE A MEDICAMENTELOR- ANEXA 36- continuare

- ♦ ART. 5 (3) În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuti/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie/medicul din ambulatoriul de specialitate poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice și a restricțiilor de prescriere din protocoalele terapeutice

MODUL DE PRESCRIERE A MEDICAMENTELOR- ANEXA 36- continuare

Art. 5 (5): Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internațională (DCI), iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice, **prescrierea** se face **pe denumire comercială**, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internațională corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumire comercială, cu excepția produselor biologice, **justificarea medicală** va avea în vedere

- ♦ **reactii adverse raportate prin sistemul national de farmacovogilenta**
- ♦ **ineficacitatea altor medicamente** din cadrul aceleiași DCI sau
- ♦ **particularizarea schemei terapeutice pentru DCI – Combinatii.**
- ♦ **Produse biologice**

RECAPITULARE

Găsiți pe formaremedicala.ro:

- ◆ Această prezentare
- ◆ Înregistrarea acestei sesiuni
- ◆ Toate formularele de care aveți nevoie în activitate (download - kitul medicului de familie)
- ◆ Alte formulare dacă le solicitați pe mail

TEST DE EVALUARE:

- ◆ Ajunși la sfarsitul “CURSULUI DE DESCÂLCIRE”,
- ◆ cum credeți că vom fi la sfârșitul anului 2014:

VARIANTA A:



VARIANTA B:



Departamentul de comunicare al SNMF vă
mulțumește pentru răbdare și vă urează

SUCCES!

