

616-053

P 92 DV

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE "NICOLAE TESTEMIȚANU"  
CURSUL DE GERIATRIE ȘI GERONTOLOGIE FECMF  
LABORATORUL ȘTIINȚIFIC DE GERONTOLOGIE

Negară Anatolie, Blaja-Lisnic Natalia,  
Lupașcu-Volentir Felicia, Șoric Gabriela, Coșciug Elena



**PRINCIPIILE**  
**EVALUĂRII GERIATRICE**  
**COMPLEXE**

*Indicații Metodice*

CHIȘINĂU 2013

216-003  
11

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
"NICOLAE TESTEMIȚANU"  
CURSUL DE GERIATRIE ȘI GERONTOLOGIE FECMF  
LABORATORUL ȘTIINȚIFIC DE GERONTOLOGIE

*Negară Anatolie, Blaja-Lisnic Natalia,  
Lupașcu-Volentir Felicia, Șoric Gabriela, Coșciug Elena*

# PRINCIPIILE EVALUĂRII GERIATRICE COMPLEXE

*Indicații Metodice*

737220

Universitatea de Stat de  
Medicină și Farmacie  
«Nicolae Testemițanu»

Biblioteca Științifică Medicală

20

12



## LISTA ABREVIERILOR

|       |  |
|-------|--|
| CNGG  | Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie  |
| DCU   | Dereglare Cognitivă Ușoară (Mild Cognitive Impairment - MCI)   |
| EGC   | Evaluare Geriatrică Complexă (Comprehensive Geriatric Assessment - CGA)  |
| GDS   | Geriatric Depression Scale (Scorul Geriatric de Depresie - SDG)  |
| IADL  | Instrumental Activities of Daily Living (Activități Instrumentale ale Vieții de Toate zilele)                        |
| MADRS | Montgomery and Asberg Depression Reiting Scale (Scorul Reitingului Depresiei Montgomery și Asberg – SRDMA)           |
| MMSE  | Mini Mental State Examination (Examinarea Statutului Mental – Mini Mental)   |
| SLUMS | Saint Louis University Mental Status Examination (Examinarea Statutului Mental aprobat de Universitatea Saint Louis) |
| USMF  | Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie  |
| VES   | Vulnerable Elders Scale (Scorul Vârstnicilor Vulnerabili - SVV)  |

# INTRODUCERE

Populația vârstnică reprezintă un component al societății, procentajul căruia este în continuă creștere și, respectiv, cu un număr majorat de spitalizări. Persoanele vârstnice au un risc sporit al dizabilității, declinului cognitiv sau admerii în instituții de îngrijire specializată. Necesitățile vârstnicilor sunt cu mult mai complexe și nu se limitează doar la necesitățile coexistente medicale, funcționale, psihologice și sociale.

Societatea și mai ales persoanele ce înconjoară vârstnicul – membrii familiei, rudele și nu în ultimul rând toată echipa personalului medical, duc răspundere morală pentru viața părinților, rudelor bătrâne, pacienților mai mari de 65 de ani.

În Republica Moldova, deja de 5 ani, serviciul geriatric este în plină dezvoltare. Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie (CNGG) își desfășoară activitatea practică, științifică, didactică, contribuind la introducerea și dezvoltarea tuturor aspectelor geriatriei contemporane conform modelului existent în țările dezvoltate cu experiență bogată în acest domeniu (Franța, Israel, România, Olanda).

Au fost deschise secțiile geriatrice și s-a majorat numărul de paturi de profil în toată republica, au fost adoptate și aprobate standardele în geriatrie și ordinul Nr. 619 cu privire la activitatea serviciului geriatric în Republica Moldova. Un număr esențial de medici de familie, terapeuți, geriatri și alți specialiști au trecut instruirea la CNGG, precum și studenții anului 6 ai USMF „N. Testemițanu” au însușit programul de introducere în geriatrie. Sunt progrese și în domeniul științific în ceea ce privește studiile epidemiologice ale morbidității la vârstnici, specificul patologiei cardiovasculare, dereglările cognitive la vârstnici.

Toate aceste activități sunt întreprinse pentru a atinge scopul propus de a majora longevitatea și de a ameliora calitatea vieții vârstnicilor din țară. Este important de a îmbunătăți și calitatea îngrijirii persoanelor ce au depășit vârsta de 65 de ani.

Acest ghid în Principiile Evaluării Geriatrice Complexe, corespunde întocmai necesităților activității medicilor specialiști în geriatrie și a medicilor de familie. Colectivul de autori speră că tematica propusă, va orienta persoanele ce acordă îngrijire medicală vârstnicilor în problemele majore geriatrice și în modalitatea de rezolvare a lor.

Primele teme din Indicațiile Metodice familiarizează cu problemele mari geriatrice și tactica de efectuare a Evaluării Geriatrice Complexe. Apoi urmează Extrasul din ordinul Nr.619 din 07/09/2010 cu privire la activitatea serviciului geriatric în RM. Fișa de Evaluare Geriatrică și Scorurile geriatrice, ce vor fi efectuate la pacienții vârstnici în mod imperativ de către medicul geriatru din secția de geriatrie, din cabinetul consultativ, precum și de către medicul de familie corespund *Anexei Nr. 10* din Ordin.

Pentru a înțelege motivele unei evaluări deosebite a vârstnicului este cazul de evidențiat unele momente ale procesului de îmbătrânire și aspectele patologice ale bătrâneții.

Procesul de îmbătrânire antrenează o serie de modificări morfologice funcționale ale organismului, care se desfășoară potrivit unui anumit program în timp. Unele dintre aceste modificări constituie indicatorii procesului de îmbătrânire și în baza lor se poate preciza vârsta biologică a unui subiect care, în condiții ideale se confundă cu vârsta cronologică – îmbătrânire normală sau ortogenă. Dacă vârsta biologică este mai mare decât cea cronologică se vorbește despre o **îmbătrânire accelerată**, iar în cazul când este mai mică – **îmbătrânire întârziată**.

Vârsta biologică și ritmul de îmbătrânire depind de:

- factorii genetici;
- factorii de mediu;
- factorii patologici (boli infecțioase, toxice, degenerative, posttraumatice).

Factorii patologici duc la o îmbătrânire *accelerată*, iar deoarece apar și modificări morfofuncționale noi generate de afecțiunea respectivă, îmbătrânirea în aceste cazuri este și **patologică**.

Indicatorii îmbătrânirii sunt numiți *marcheri* sau *criterii*.

Folosind aceste criterii s-au întocmit diferite scoruri (Tabelul 1) de evaluare a vârstei biologice. Se calculează scorul total acumulat ca rezultat al observării de către medic a schimbărilor din partea sistemelor de organe a pacientului și compararea ulterioară cu valorile standard ale scorului – vârsta cronologică față de cea biologică.

Pentru orice perioadă există „criterii” caracteristice. În etapa de pre-senescență punctajul este realizat în mare parte de schimbările tegumentelor și ale părului, apoi de cele ale aparatului cardiovascular, sistemului auditiv și al văzului. Pentru etapa de vârstnic (peste 65 de ani) punctajul se datorește modificărilor aparatului cardio-vascular, sistemului nervos și analizatorilor. Perioada de bătrânețe (senescentă – peste 75 de ani) este dominată de modificările sistemului nervos urmate de cele ale sistemului cardiovascular și osteoarticular. Printre criteriile de vârstă, unul dintre cele mai importante este apariția menopauzei la femei (în jur de 45 de ani).

Tabelul 1

Scorul de evaluare a vârstei biologice  
Valori standard ale scorului

| Vârsta normală | Vârsta biologică |
|----------------|------------------|
| 30-34          | 14               |
| 35-39          | 17               |
| 40-44          | 19               |
| 45-49          | 28               |
| 50-54          | 31               |
| 55-59          | 34               |
| 60-64          | 48               |
| 65-69          | 50               |
| 70-75          | 57               |
| 75 și peste    | 72               |



| Aparate și sisteme               | Criterii                                       | Intensitatea |   |    |     | Total |
|----------------------------------|--|--------------|---|----|-----|-------|
|                                  |  | 0            | + | ++ | +++ |       |
| I. Piele                         | Elasticitate scăzută                           | 0            | 2 | 3  | 4   |       |
|                                  | Umiditate scăzută                              | 0            | 2 | 3  | 4   |       |
|                                  | Riduri   | 0            | 1 | 2  | 3   |       |
|                                  | Pete senile                                    | 0            | 2 | 3  | 4   |       |
| II. Părul                        | Elasticitatea diminuată                        | 0            | 2 | 3  | 4   |       |
|                                  | Luciu diminuat                                 | 0            | 2 | 3  | 4   |       |
|                                  | Acromotrichie                                  | 0            | 1 | 2  | 3   |       |
|                                  | Calviție                                       | 0            | 1 | 2  | 3   |       |
| III. Unghii                      | Striații                                       | 0            | 1 | 2  | 3   |       |
|                                  | Grosime crescută                               | 0            | 2 | 3  | 4   |       |
|                                  | Friabilitate crescută                          | 0            | 2 | 3  | 4   |       |
|                                  | Deformații                                     | 0            | 3 | 4  | 5   |       |
| IV. Ochi                         | Acuitate vizuală diminuată                     | 0            | 7 | 8  | 9   |       |
|                                  | Strălucire diminuată                           | 0            | 3 | 4  | 5   |       |
|                                  | Gerontoxon                                     | 0            | 8 | 9  | 10  |       |
|                                  | Cataractă                                      | 0            | 7 | 8  | 9   |       |
| V. Organul auditiv               | Acuitate auditivă diminuată, tinnitus, acufene | 0            | 5 | 6  | 7   |       |
|                                  |  | 0            | 2 | 3  | 4   |       |
| VI. Țesutul celular (subcutanat) | Turgor diminuat                                | 0            | 2 | 3  | 4   |       |
| VII. Aparatul osteo-articular    | Artroză  | 0            | 2 | 3  | 4   |       |
|                                  | Spondiloză                                     | 0            | 3 | 4  | 5   |       |
|                                  | Deformații                                     | 0            | 4 | 5  | 6   |       |
| VIII. Aparatul digestiv          | Edentația                                      | 0            | 3 | 4  | 5   |       |
|                                  | Atrofia alveolară                              | 0            | 4 | 5  | 6   |       |
| IX. Aparatul urogenital          | Libido diminuat                                | 0            | 4 | 5  | 6   |       |
|                                  | Atrofie vulvară                                | 0            | 5 | 6  | 7   |       |
|                                  | Hipertrofia prostatică                         | 0            | 6 | 7  | 8   |       |

|                             |                               |                 |   |   |   |  |
|-----------------------------|-------------------------------|-----------------|---|---|---|--|
| X. Aparatul pulmonar        | Emfizemul pulmonar            | 0               | 4 | 5 | 6 |  |
| XI. Aparatul cardiovascular | Indurația arterială           | 0               | 5 | 6 | 7 |  |
|                             | Pulsația episternală a aortei | 0               | 5 | 6 | 7 |  |
|                             | Presiunea arterială crescută  | 0               | 3 | 4 | 5 |  |
| XII. Sistemul nervos        | Semnul Noica                  | 0               | 5 | 6 | 7 |  |
|                             | Reflexul palmo-mentonier      | 0               | 5 | 6 | 7 |  |
|                             | Sindrom pseudo-bulbar         | 0               | 5 | 6 | 7 |  |
|                             | Mersul alterat                | 0               | 3 | 4 | 5 |  |
|                             | Atenția diminuată             | 0               | 4 | 5 | 6 |  |
|                             | Memoria diminuată             | 0               | 5 | 6 | 7 |  |
| XIII. Starea fizică         | Mobilitatea dereglată         | 0               | 2 | 3 | 4 |  |
|                             | Autonomie redusă              | 0               | 5 | 6 | 7 |  |
| XIV. Capacitatea de muncă   | Fizică diminuată              | 0               | 2 | 3 | 4 |  |
|                             | Intelectuală diminuată        | 0               | 5 | 6 | 7 |  |
|                             |                               | Total punctaj   |   |   |   |  |
|                             |                               | Indice standard |   |   |   |  |



## PERSOANA VÂRSTNICĂ BOLNAVĂ

Diagnosticarea patologiei organice se bazează pe noțiunea de decompensare funcțională ce include:

1. Reducerea rezervelor funcționale legate de îmbătrânire și de maladiile cronice ce rezultă cu sindromul de fragilitate
2. Factorii acuți de decompensare care induc persoana într-o stare de insuficiență funcțională.

Sindromul de fragilitate se caracterizează printr-un risc permanent de decompensare funcțională, agravarea ulterioară a stării de sănătate și dependență.

Decompensarea funcțională este provocată de maladiile cronice și/sau acute pe un teren mai mult sau mai puțin fragilizat de îmbătrânire.

Conceptul de decompensare și de fragilitate poate fi explicat prin următoarele 3 caracteristici:

1. Efectele îmbătrânirii care reduc progresiv rezervele funcționale, ce de sine stătător niciodată nu vor duce la decompensare
2. Afecțiunile cronice supraadăugate care dereglează funcțiile.
3. Factorii de decompensare ce deseori sunt multipli și asociați la acelaș pacient: afecțiuni medicale acute, patologie iatrogenă și stres psihologic.

În pofida decompensării din partea unui organ, echilibrul persoanei este păstrat datorită capacităților de compensare din partea altor organe.

Îmbătrânirea funcțională este un proces heterogen variabil de la un individ la altul și de la un organ la altul. La majoritatea persoanelor îmbătrânirea se traduce prin diminuarea capacității maxime legate de reducerea rezervelor funcționale, responsabile de starea de fragilitate. Unele persoane însă păstrează chiar și la o vârstă înaintată capacități funcționale optime.

Rezerva funcțională pentru anumite organe ține de circumstanțe bine determinate: rezerva funcțională renală, coronariană, miocardică. În cazul creierului noțiunea de rezervă funcțională este discutabilă.



Diminuarea capacităților în absența unei maladii supraadăugate nu provoacă „insuficiență”, vârsta de sine stătător nefiind responsabilă de decompensarea unei funcții. Declinul fiecărei funcții este programat genetic, accelerat de patologii (de ex., hipertensiunea arterială accelerează îmbătrânirea cardiovasculară) și influențat de diverși factori: endocrini, nutriționali, exercițiu fizic etc.

Astfel, bătrânețea nu este o boală, dar reprezintă un teren favorabil pentru dezvoltarea bolilor.

În evaluarea unei persoane vârstnice limita dintre „normal” și „patologic” este mult mai dificil de determinat decât la un adult tânăr. Erorile se pot solda cu:

- supramedicalizarea – unele efecte ce țin de senescență sau consecințele ei sunt interpretate drept anormale sau patologice (dereglări benigne de memorie, starea de rău general etc), ceea ce poate duce la o medicalizare a bătrâneții, considerând-o drept boală incurabilă.
- submedicalizarea – survine din contra, din cauza fatalismului care banalizează simptomele observate atribuindu-le bătrâneții sau problemelor sociale, pe când acestea țin de o afecțiune curabilă.
- practici incompetente – pot agrava aceste 2 fenomene ignorând în cauza medicală sau în prescrierea medicamentoasă specificitatea persoanei vârstnice.

Frecvența bolilor cronice crește odată cu vârsta. Polipatologia este una din caracteristicile persoanei vârstnice. Bolile cronice (insuficiența cardiacă, poliartritoza, etc) sunt sursa de incapacitate și de dependență.

Conform studiului efectuat de către colaboratorii Laboratorului Științific de Gerontologie practic la fiecare persoană vârstnică din Republica Moldova se întâlnește una (în 36% cazuri) sau mai multe patologii somatice (în 64% cazuri), vârstnicii mai mari de 75 de ani având o tendință mai exprimată spre polipatologie. Patologia cardiovasculară este menționată drept boală de bază în 64% cazuri, interesând toate grupele de vârstă. Osteoartritoza deformantă cu o incidență de 54%, de asemenea este prezentă la toate grupele de vârstă.



Persoanelor cu vârsta cuprinsă între 65-74 ani (vârstnicii tineri) le este mai caracteristic infarctul miocardic vechi, hipertensiunea arterială sistolică izolată, hepatita, pielonefrita cronică, vârstnicilor peste 75 de ani – hipotensiunea arterială ortostatică, constipațiile, cistita, diabetul zaharat tip 2, persoanelor mai mari de 85 de ani – cardiopatia ischemică, dereglările de ritm, insuficiența cardiacă cronică, bronhopneumopatia cronică obstructivă, colita cronică, osteoartroza deformantă, osteoporoza, boala cerebrovasculară, dereglările cognitive.

Afecțiunile acute pot duce la decompensarea unei sau mai multor funcții, astfel că o patologie acută poate antrena după sine o serie de alte patologii. De exemplu, pneumonia poate induce decompensare cardiacă, care la rândul său provoacă insuficiență renală, sindrom confuzional. Suferă funcția cerebrală corticală (confuzia, depresia) și sub-corticală (regresia psiho-motorie), funcția cardiacă, funcția renală și funcția de alimentare (dehidratare, denutriție). Denutriția, prin efectul său imunosupresiv, majorează riscul infecției bronho-pulmonare care o agravează și mai mult prin anorexie. Concomitent denutriția reduce forța musculaturii respiratorii, eficacitatea tusei, respectiv crește riscul infecțiilor și a decompensării respiratorii.

### **VÂRSTNICUL FRAGIL**

Pacienții care sunt incapabili de a se adapta chiar și la un stres minim sunt în particular expuși unui risc al patologiilor în cascadă. Patru parametri de evaluare gerontologică permit de a depista starea de fragilitate:

- funcția musculară
- capacitatea aerobă
- starea nutritivă
- funcțiile cognitive și aptitudinile psihomotrice, anume cele posturale ale individului.

Noțiunea de pacient fragil a fost confirmată la 62% dintre vârstnicii spitalizați în secția de geriatrie din cadrul Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie.



**PARTICULARITĂȚI CLINICE**

La persoana vârstnică, **simptomele** caracteristice pentru o vârstă mai tânără sunt deseori atipice și chiar absente:

- durerea este absentă în 30% cazuri ai infarctului de miocard
- febra este inconstantă în infecții
- defansul muscular înlocuiește deseori contractura abdominală în peritonite
- confuzia deseori este unica manifestare clinică în cazul retenției de urină, fecalom, precum și a infecțiilor acute.

**Polipatologia** complică interpretarea simptomelor:

- apariția durerii acute la un pacient cu durere cronică
- confuzia mentală sau majorarea dereglărilor cognitive la un pacient dement
- dureri abdominale la o persoană vârstnică ce suferă de constipație cronică

**Semnele biologice** pot fi diferite:

- absența hiperleucocitozei în caz de infecție patentă la persoanele la care sistemele de apărare imună sunt reduse
- creatininemia „normală” la persoanele foarte vârstnice și greutate scăzută în prezența unei insuficiențe renale semnificative.

Semnele clinice sunt cel mai des semnele generale nespecifice: astenie, anorexie, stare de rău general caracteristice unui număr semnificativ de patologii, pe când semnele funcționale sunt slab exprimate sau banalizate, fiind atribuite îmbătrânirii sau unei patologii cronice caracteristice.

Multitudinea problemelor majore geriatrice face ca evaluarea pacientului vârstnic să se deosebească de evaluarea medicală obișnuită.

Printre sindroamele mari geriatrice și problemele specifice care necesită o atenție deosebită la vârstnici sunt: malnutriția, sindromul căderilor, dereglarea cognitivă, dereglarea afectivă, confuzia, incontinența, dependența, iatrogenia, insomnia.



*Malnutriția* este o stare în care lipsa de proteine, energie și alți nutrienți cauzează efecte adverse importante asupra țesuturilor, formei și compoziției organismului, funcției organelor și evoluției clinice. Criteriile malnutriției se manifestă prin insuficiența aportului de energie, scădere ponderală (Indicele Masei Corporale – mai mic de 18,5 kg/m<sup>2</sup> și pierderea neintenționată a 10% din masa corpului timp de 3-6 luni), pierderea masei musculare, pierderea stratului de țesut celuloadipos subcutanat, acumulare localizată sau generalizată a lichidului, diminuarea statutului funcțional apreciat prin strângerea mâinii, hipoalbuminemia (< 3,5g/dl), hipocolesterolemia (< 160 mg/dl), hipoleucocitemia.

În fiecare an, un procent destul de important al populației vârstnice suferă ca rezultat al *căderilor*. Aproximativ o treime dintre persoanele vârstnice mai mari de 65 de ani și o jumătate din cei mai mari de 80 de ani cad în fiecare an. Pacienții care au căzut sau prezintă dereglare de echilibru au un risc major de pierdere ulterioară a independenței. Aprecierea riscului căderilor trebuie să fie inclusă în anamneză și examenul fizic al tuturor pacienților geriatrici. Deseori cauza este multifactorială și necesită o abordare multidisciplinară pentru evaluarea și tratamentul consecințelor, precum și pentru profilaxia unor căderi pe viitor. Acest sindrom la vârstnici poate fi definit ca un fenomen, care rezultă cu rămânerea neintenționată pe podea, iar motivul nu este o cauză majoră intrinsecă (ictus, de exemplu) sau un pericol. Alte definiții nu exclud nici cauzele intrinsece.

*Demența* reprezintă declinul raționamentului, memoriei, și a abilităților mentale (funcțiilor cognitive). Acest declin, eventual dereglează capacitatea de a se autodeservi și autoîngriji în activitățile sale de fiecare zi – spălatul, îmbrăcatul, alimentarea; lucrul prin casă; conducerea automobilului. Această stare reprezintă un sindrom geriatric major, care are tendință de progresare, însă, în unele cazuri, la o abordare adecvată, poate fi oprit sau chiar ameliorat.

Schimbările, ce deseori survin la o vârstă înaintată – pensionarea, decesul unui membru al familiei, izolarea, problemele medicale – pot duce la *depresie*. Odată ce survine această stare, persoana nu mai primește satisfacție de la viață așa ca înainte. Mai mult ca atât, depresia afectiază viața de toate zilele, energia, somnul, sănătatea fizică, pofta de mâncare, interesul față de lucru, hobby, și relațiile.

*Incontinența urinară* la vârstnici poate avea diferite forme. Unele persoane pot pierde ocazional urina, altele pot pierde constant cantități mici de urină, iar în cazuri mai grave este pierdut controlul asupra vezicii urinare și a intestinului. La vârstnici, cea mai frecventă este necesitatea urgentă de a se urina și pierderea de urină înainte de a ajunge la viceu.

Conform aceluiași studiu autohton au fost relevate sindroamele mari geriatrice la vârstnicii din Moldova. *Starea de subnutriție* – la 19 % de vârstnici, sindromul căderilor - în 26 % cazuri, mai caracteristic fiind pentru persoanele mai mari de 75 de ani. Printre *cauzele căderilor* primul loc îl ocupă *patologia cardiovasculară*, fiind urmată de *cauze iatrogene, neurologice, metabolice*, iar *traumatismele* înregistrate ca rezultat al căderilor sunt semnalate în 28%.

Multiplele probleme ortopedice (47%), bolile neurologice (39%), un șir de suferințe poliorganice (11%), precum și unele tulburări psihice (3%) contribuie la *imobilizarea pacientului vârstnic* care în 10,3 % este incompletă și în 2% totală, mai des întâlnită la pacienții mai mari de 85 de ani.

*Demența* este diagnosticată în 9% cazuri și *depresia* se înregistrează la 26% dintre persoanele studiate, mai caracteristică fiind pentru vârstnicii ce au depășit vârsta de 75 de ani.

*Incontinența de urină* a fost menționată de 17% bătrâni în marea majoritate aceștia fiind mai în vârstă de 85 de ani.

39% dintre persoanele examinate urmează tratament în condiții de ambulatoriu cu 3 și mai multe preparate medicamentoase, fiind supuși riscului *iatrogeniei*.

Este în proces de cercetare situația vârstnicilor din Moldova cu privire la *Dereglarea Cognitivă Ușoară* (DCU) (Mild Cognitive Impairment – MCI),



care în literatura de specialitate poate fi întâlnită sub diferite denumiri – Patologie Cognitivă Senescentă Subclinică, Dereglarea Memoriei Legată de Vârstă, Pre-Demență, Demență Minimă ș.a.

DCU reprezintă un stadiu intermediar dintre declinul cognitiv așteptat al îmbătrânirii normale și o dereglare cognitivă mai serioasă a demenței. Se poate manifesta prin dereglări de memorie, limbaj, judecată, care sunt mai pronunțate decât ar fi caracteristic pentru schimbări involutive ale vârstei. În general aceste modificări nu sunt atât de severe ca să intervină și să deterioreze activitățile vieții de toate zilele. DCU poate majora riscul de progresare ulterioară spre demență, cauzată de patologia Alzheimer sau alte patologii neurologice. Cu toate acestea, unele persoane cu dereglarea cognitivă ușoară niciodată nu progresează spre demență, mai mult ca atât, la depistare precoce și măsuri adecvate (medicamentoase și nemedicamentoase), starea lor se ameliorează.

O altă dereglare, ce este în proces de studiu, *anxietatea*, de asemenea ocupă un loc aparte în starea de sănătate a vârstnicului și reprezintă o stare psihologică și fiziologică ce constă din componentele somatic, emoțional, cognitiv și de comportament și este considerată o reacție normală la un factor stresant. Cu toate acestea, în cazul când, anxietatea este copleșitoare, ea se atribuie unei stări patologice.

Printre plângerile persoanei vârstnice deseori este menționată *durerea*. Cel mai des cauzele dureroase sunt induse de dureri musculare, articulare sau neuropate. Atât durerea acută, cât și durerea cronică reprezintă aspecte majore în patologia vârstei a treia, fiind recunoscută ca o boală în sine. Durerea cronică presupune un impact deosebit asupra calității vieții bolnavului vârstnic prin alterarea calității somnului, tulburări ale apetitului alimentar, pierdere în greutate, afectare cognitivă și limitarea activităților zilnice, cu creșterea gradului de dependență. Impactul este catastrofal asupra bolnavului, cu accentuarea fenomenelor anxioase, depresive, creșterea riscului de suicid, izolare socială, ceea ce duce la alterarea calității vieții, dar și la creșterea cazurilor, când se recurge la servicii de sănătate. Nu este de neglijat nici impactul pe care toate acestea îl au asupra familiei bolnavului cu durere cronică.

## SPECIFICUL ÎNGRIJIRII GERIATRICE

Particularitățile stării sănătății vârstnicului contribuie la prezentarea atipică a bolilor ceea ce cauzează înțelegerea neadecvată a situației și necesită o abordare specifică a îngrijirilor.

Unul din aspectele îngrijirii geriatrice moderne îl constituie Evaluarea Geriatrică Complexă (EGC), care mai este definită ca “proces diagnostic multidimensional interdisciplinar focusat asupra determinării persoanei vârstnice fragile și a capacităților ei funcționale, psihologice și a stării sănătății cu scop de a dezvolta un plan integru de tratament și de monitorizare de lungă durată”.

Astfel EGC reprezintă un proces atât diagnostic cât și terapeutic și convinge bolnavul, familia lui, medicul curant în faptul că problemele sunt identificate, cuantificate și abordate adecvat. Succesul multiplelor probleme ce necesită apreciere depinde de corectitudinea alegerii domeniilor de evaluare. Elaborarea planului terapeutic multilateral și promovarea independenței se bazează pe aprecierea stării sănătății persoanei, statutului funcțional, psihic și a situației sociale.

În geriatria contemporană există două **modele de limită ale EGC** la pacienții spitalizați.

*Primul model* este realizat în secțiile specializate în coordonare cu fiecare specialist al echipei multidisciplinare. Pacienții sunt admiși în secțiile specializate și evaluați de unul sau alt specialist din echipă care efectuează examinarea și reabilitarea. Aceste secții pot fi numite în mod diferit - Secția de Îngrijire Acută a Pacienților, Secția de Evaluare Geriatrică și Management sau secții de reabilitare.

*Cel de-al doilea model* reprezintă echipele mobile ce vizitează pacienții indiferent de locul aflării lor. Echipa va evalua pacientul și va întocmi recomandările necesare pentru terapeutul care va continua îngrijirea pacienților.

055787



# PARTICULARITĂȚILE EVALUARII GERIATRICE

Statutul geriatric așa ca dereglarea funcțională și demența este caracteristic și deseori nedignosticat la persoanele vârstnice. Identificarea unei sau altei diagnoze geriatrice prin EGC poate ajuta clinicianul să aprecieze această stare de sănătate și să prevină sau să îndepărteze complicațiile.

Cu toate că evaluarea geriatrică este un proces diagnostic, totuși se folosește deseori cu scop de evaluare și management. Evaluarea geriatrică primară se referă doar la examinarea de către o persoană (de obicei de medicul de familie, terapeut sau geriatru) și în alte cazuri este atribuită unui program multidisciplinar mai intensiv, cunoscut de asemenea ca Evaluarea Geriatrică Complexă (EGC) – *Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)*.

Este important de a stabili legătura de relație dintre persoana vârstnică și cei care o înconjoară pentru a preveni în continuare incompleanța pacientului și stările de decompensare ca rezultat al dependenței.

**În trecut EGC avea ca scop reabilitarea și recuperarea persoanei vârstnice (profilaxie terțiară), majoritatea programelor noi de evaluare se bazează pe măsuri de profilaxie primară și secundară.**

Ideal ar fi ca EGC să se facă în spital după o schemă special adaptată pentru aceste condiții. Conținutul evaluării variază în dependență de locul în care se efectuează (de exemplu – acasă, clinică, spital, casă de bătrâni). EGC nu este valabilă în toate cazurile și poate fi redusă sau amânată din cauza problemelor legate de timpul necesar pentru evaluare sau a necesității de coordonare cu specialiștii de profil îngust ș. a.

## CRITERII DE EVALUARE:

O Evaluare Geriatrică Complexă reușită se bazează pe identificarea adecvată a pacienților (de exemplu, excluderea pacienților care nu au probleme geriatrice sau a pacienților care sunt grav bolnavi). Nu s-au întocmit criterii de identificare a pacienților ce vor beneficia de EGC, cu toate acestea unele momente specifice, de care se ține cont, totuși există:

- Vârsta
- Patologii concomitente (insuficiență cardiacă severă, cancer)

737220

Universitatea de Stat de  
Medicină și Farmacie  
«Nicolae Testemițanu»

Biblioteca Științifică Medicală

- Afecțiuni psihologice (depresia, izolarea)
- Stări geriatrice specifice (demența, căderile, dizabilități funcționale)
- Îngrijire medicală de grad înalt efectuată în trecut sau prognozată
- Considerații cu privire la schimbarea condițiilor de trai (de exemplu, de la trai independent, la conviețuire cu persoana ce are grijă sau la casa de bătrâni)

#### **CONDIȚII DE EXAMINARE:**

La persoanele vârstnice examinate *în condiții de ambulatoriu* este important de a sistematiza multiplele probleme din toate sferile medicale în decursul scringului geriatic. Patologiile majore (ce necesită spitalizare sau majorarea ajutorului medical și funcțional la domiciliu) se vor precua de asemenea la EGC, în particular statutul funcțional, riscul căderilor, problemele cognitive și dereglările de dispoziție.

*În condiții de spital*, vor beneficia de EGC pacienții, internați cu diagnostic specific sau cu probleme chirurgicale (de exemplu fracturi, pneumonii recurente, escarii).

O altă categorie de persoane vor constitui pacienții peste o anumită vârstă (de exemplu – 85 ani), care se vor supune unui scring pentru precizarea necesității evaluării multidisciplinare.

#### **CRITERII DE EXCLUDERE:**

Majoritatea programelor EGC pentru pacienții din ambulatoriu va exclude pacienții care puțin probabil ar profita de rezultatele examinării, având în vedere bolile la stadiu terminal, demența severă, dependență funcțională completă și internarea inevitabilă în casele de bătrâni. Se vor exclude la fel persoanele vârstnice care sunt “prea sănătoase” pentru a beneficia, ca exemplu cele complet funcționale fără anumite comorbidități medicale.

**ECHIPA DE EVALUARE:**

Diversitatea specialiștilor înguști în domeniul sănătății publice ce activează în echipele de evaluare geriatrică variază în dependență de serviciile prestate de programele individuale de EGC.

În majoritatea cazurilor EGC este evaluată de echipa care constă din *geriatru*, *nursă* și *asistent social*, iar la necesitate este lărgită și include kinetoterapeutul, ergoterapeutul, nutriționistul, farmacistul, psihiatrul, psihologul, dentistul, audiologul, podiatrul și oftalmologul sau opticianul. Cu toate că acești specialiști sunt accesibili atât în condiții de spital, cât și în comunitate, totuși serviciile lor sunt limitate din anumite considerente. Astfel la EGC participă o echipă “virtuală”, în care membrii sunt incluși la necesitate, iar examinările pot fi făcute în diferite localuri și diferită perioadă, comunicarea dintre specialiști efectuându-se prin legătura telefonică sau internet. Nucleul echipei (geriatru, nursa și asistentul social), pot efectua inițial o evaluare scurtă sau orientată spre o anumită problemă. Ulterior evaluarea este completată de specialiștii invitați pentru un anumit motiv. De exemplu, nutriționistul este invitat pentru aprecierea aportului alimentar și întocmirea recomandărilor cu scop de optimizare a nutriției, sau audiologul poate fi necesar pentru aprecierea gradului de pierdere a auzului și evaluarea persoanei cu scop de acordare a ajutorului orientat asupra problemei.

**ETAPELE DE ÎNGRIJIRE:**

Procesul evaluării poate fi divizat în 6 etape:

- Colectarea datelor
- Discuții în echipă
- Elaborarea unui plan de tratament
- Implementarea planului terapeutic
- Monitorizarea răspunsului planului terapeutic
- Revederea planului de tratament

**Fiecare din aceste etape este esențială pentru atingerea stării de sănătate maximă și beneficii funcționale.**

**COMPONENTELE MAJORE ALE EGC:**

Examinarea vârstnicului este considerată reușită când se abordează toate aspectele (Tabelul 2):

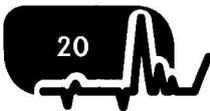
- Capacitatea funcțională
- Riscul căderilor
- Statutul cognitiv
- Statutul afectiv
- Suportul social
- Aspectele financiare
- Preferințele îngrijirii specifice

**Componentele suplimentare** care la fel pot fi incluse în evaluare sunt:

- Statutul nutrițional/schimbarea greutateii corpului
- Continența urinară
- Funcția sexuală
- Vederea/auzul
- Dentiția
- Condițiile de trai
- Conceptul spiritual

Principalele domenii ce țin de toate aspectele ale evaluării geriatrice complexe sunt: capacitatea funcțională, sănătatea fizică, sănătatea cognitivă și mentală precum și situația socială și de mediu. Există „instrumente” speciale standarde de evaluare (scoruri) accesibile și eficiente, care la fel facilitează comunicarea informației clinice printre persoanele care participă la îngrijirea sănătății vârstnicului și monitorizează schimbările ce apar pe parcurs (Tabelul 3).

*Statutul funcțional* se referă la capacitatea de a efectua activitățile necesare ale vieții de toate zilele și este influențat în mod direct de starea sănătății, particularitățile mediului ambiant și rețeaua de suport social. Schimbările în statutul social (de exemplu incapacitatea de a se scâldea de sine stătător) vor influența asupra evaluării diagnostice ulterioare și a intervenției. Aprecierea statutului funcțional va fi de folos în monitorizarea răspunsului la tratament și poate prevedea prognosticul esențial în planificarea îngrijirii de lungă durată.



Activitățile de fiecare zi – statutul funcțional al persoanei vârstnice poate fi apreciat prin trei aspecte:

- Activitățile de bază de fiecare zi (activities of daily living - ADL)
- Activitățile instrumentale sau intermediare de fiecare zi (instrumental or intermediate activities of daily living - IADL)
- Activitățile avansate de fiecare zi (advanced activities of daily living - AADL)

ADL includ următoarele însărcinări:

- Scăldatul/spălatul
- Îmbrăcatul
- Spălatul
- Toaleta de dimineață
- Menținerea continenței
- Menținerea igienei personale
- Procesul de alimentație
- Transferul

Tabelul 2

Criteriile de evaluare primară a pacientului vârstnic  
(American College of Physicians)

| <b>Domeniul</b>                            | <b>Criteriul</b>   |
|--|--|
| Capacitatea funcțională zilnică            | Gradul dificultății în timpul mâncării, îmbrăcatului, spălatului, transferului din pat pe scaun, folosirii toaletei, urinării, defecației.<br>Gradul dificultății la pregătirea mâncării, efectuarea lucrului prin casă, administrarea medicamentelor, efectuarea cumpărăturilor, distribuirea finanțelor, folosirea telefonului |
| Folosirea accesoriilor                     | Accesorii personale (bastonul, ambulatorul, oxigenul)<br>Accesorii din mediu (bare, paturi spitalicești)   |
| Necesitatea în persoanele ce acordă ajutor | Ajutorul persoanelor angajate (nurse, asistenți)<br>Ajutorul persoanelor neangajate (familia, prietenii, voluntarii)   |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Medicamente              | Denumirea medicamentelor prescrise<br>Denumirea medicamentelor neprescrise  |
| Nutriția                 | Înălțimea, masa<br>Stabilitatea masei (dacă pacientul a pierdut 4 - 5 kg în ultimele 6 luni fără a avea ca scop să slăbească)   |
| <b>Domeniul</b>          | <b>Criteriul</b>  |
| Măsurile preventive      | Regularitatea măsurărilor tensiunii arteriale, testul la sânge ocult în masele fecale, sigmoidoscopia, imunizările (vaccinul contra gripei, antipneumococic), evaluarea TSH, îngrijirea danturii, aprecierea cantității de calciu și vitamina D, regularitatea efortului fizic, folosirea detectorilor fumatului<br>Pentru femei, regularitatea testului Papanicolau și a mamografiei |
| Statutul mental          | Capacitatea de a-și aminti 3 obiecte peste 1 minut  |
| Afectivitatea            | Sentimentul tristeții, depresia, lipsa fericirii<br>Lipsa interesului sau a plăcerii în efectuarea diferitor activități   |
| Directive avansate       | Prezența dorinței de viață<br>Stabilirea eficacității îngrijirii de persoana împuternicită cu această sarcină   |
| Abuzul de substanțe      | Alcoolul, Fumatul, Cafeaua, Condimente alimentare   |
| Mersul, echilibrul       | Numărul căderilor în ultimele 6 luni<br>Timpul necesar pentru a se ridica de pe scaun, mersul la 3 m (10 pași), întoarcerea, revenirea și așezarea.<br>Extinderea maximă înainte la menținerea poziției verticale   |
| Capacitatea senzorie     | Capacitate de a reproduce 3 numere șoptite la 0,5 m (2 pași) distanță din spatele pacientului<br>Capacitatea de a vedea scala Snellen cu punctajul 20/40 sau mai bine (cu lentile de corecție la necesitate)  |
| Extremitățile superioare | Capacitatea de a încleșa mâinile după cap sau după spate  |



## Instrumentele utilizate la evaluarea geriatrică complexă

| <b>Instrumentul</b>  | <b>Metoda</b>   | <b>Scorul (de la jos la înalt)</b> | <b>Timpul (min)</b> |
|--|---|------------------------------------|---------------------|
| Scorul Katz<br>ADL (activities of daily living)            | Interogarea pacientului, a persoanei ce-l îngrijește sau a asistentului medical, sau îndeplinirea chestionarului de sine stătător | 0 - 12                             | 2 - 4               |
| Scorul Lawton IADL (instrumental activity of daily living) | Interogarea pacientului, a persoanei ce-l îngrijește sau a asistentului medical, sau îndeplinirea chestionarului de sine stătător | 0 - 16                             | 3 - 5               |
| Examinarea MMS   | Interogarea pacientului   | 0 - 30                             | 5 - 15              |
| Scorul geriatric de apreciere a Depresiei                  | Interogarea pacientului sau îndeplinirea chestionarului de sine stătător  | 15 - 0                             | 3 - 6               |
| Scorul Tinetti de evaluare a echilibrului și a mersului    | Observarea pacientului  | 0 - 14                             | 5 - 15              |

*IADL* se referă la capacitatea de a menține calitatea lucrului prin casă și în viața de toate zilele:

- Efectuarea cumpărăturilor
- Conducerea automobilului sau folosirea transportului public
- Folosirea telefonului
- Efectuarea lucrului prin casă
- Repararea casei
- Pregătirea mâncării
- Spălatul hainelor

- Administrarea medicamentelor
- Dirijarea finanțelor

AADL variază considerabil de la un individ la altul. Aceste activități avansate includ capacitatea de a-și menține rolul în societate și familie, precum și efectuarea activităților ocupaționale și de recreație.

Peste hotare au fost elaborate și validate scoruri care măsoară statutul funcțional la fiecare din aceste nivele. Scorul Vârstnicilor Vulnerabili – 13 (*Vulnerable Elders Scale-13* – VES-13) este screeningul ce constă din 13 indici și este bazat pe vârstă, sănătatea în propria interpretare și capacitatea de a efectua activitățile funcționale și fizice. Ca rezultat este evidențiată populația vârstnică din comunitate cu risc înalt al declinului funcțional sau deces în perioada de 5 ani. VES-13 poate fi efectuat de sine stătător sau de către personalul non-medical prin telefon sau în decursul vizitei medicului în mai puțin de 5 minute.

Unele AADL (de ex., exercițiul și activitatea fizică în timpul liber) pot fi apreciate prin instrumentele standardizate. Cu toate acestea AADL testate prin interogarea persoanelor despre faptul cum le trece o zi, pot fi utile în aprecierea funcției persoanelor vârstnice cu statutul medical mai preservat.

Persoanele mai mari de 70 de ani mai des prezintă accidente motorii și o mortalitate asociată majorată. Este imperativ de a evalua capacitatea persoanelor vârstnice și siguranța de a conduce automobilul.

Scorurile ADL și IADL sunt descrise în *Anexa 10 a Ordinului 619*.

**Viteza mersului** de sine stătător, precum și **echilibrul**, prezic declinul funcțional și mortalitatea timpurie la pacienții vârstnici. Aprecierea vitezei mersului în practica clinică poate identifica pacienții care necesită evaluare ulterioară cu privire la riscul căderilor. Pe lângă aceasta, viteza mersului poate ajuta la identificarea pacienților fragili care nu primesc tratament în cazul bolilor ce decurg asimptomatic, așa ca hipertensiunea. De exemplu, majorarea tensiunii arteriale la pacienții mai mari de 65 de ani este asociată cu mortalitatea crescută doar la persoanele ce prezintă viteza mersului  $\geq 0.8$  m/s (măsurată la mai mult de 6m sau 20 de pași). Testarea mersului



și a echilibrului se va face prin scorul Tinetti, prin aprecierea riscului următoarelor căderi (*Anexa nr.10 a Ordinului 619*).

**Statutul cognitiv** – incidența demenței crește odată cu avansarea în vârstă, mai ales la pacienții mai mari de 85 de ani. Mulți pacienți rămân nedignificați. Evaluarea funcției cognitive include o colectare minuțioasă a anamnezei, aprecierea prescurtată a statutului cognitiv, examinarea detaliată a statutului cognitiv, testarea neuropsihologică, testele de evaluare a condițiilor medicale care pot contribui la dereglarea cognitivă (de ex., B12, TSH), și/sau examinările radiografice (CT, RMN). Testul de bază ce se folosește la aprecierea declinului statutului cognitiv și diagnosticarea demenței (tip Alzheimer), este Mini Mental State Examination (MMSE) (*Anexa nr. 10 a Ordinului 619*). La necesitate, se continuă examinarea și prin alte scoruri pentru a se orienta în tipul dereglărilor cognitive: testul Orologiului (pacientului i se propune să deseneze cadranul ceasornicului cu aranjarea cifrelor corespunzător orelor și apoi să indice o oră anumită), proba de fluentă verbală (pacientul numește într-un minut animalele de care își aduce aminte sau toate cuvintele ce încep cu litera M), rezolvarea unei probleme aritmetice simple.

Dereglarea Cognitivă Ușoară este evaluată prin testele – Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Saint Louis University Mental Status Examination (SLUMS), Cognistat – toate fiind destinate aprecierii memoriei, orientării, atenției, limbajului, însușirilor practice, gândirii abstracte. Aceste teste sunt în proces de validare pentru aplicarea lor la pacienții din țară.

**Dereglări de dispoziție** – patologia depresivă la populația vârstnică joacă un rol important în starea sănătății și duce la suferință adăugătoare, dereglarea statutului funcțional, majorarea mortalității și recuregerea la folosirea excesivă a remediilor medicale (medicamente, accesorii). Depresia la sfârșitul vieții rămâne nedignificată și este inadecvat tratată. Depresia la vârstnici se poate prezenta atipic și poate fi mascată de dereglarea cognitivă. La nivelul examinării primare este de ajuns de a pune 2 întrebări pentru a presupune patologia depresivă și ulterior de a examina pacientul prin scoruri mai avansate cu scop de confirmare a diagnozei.

Întrebările sunt:

- În decurs de ultima lună, ați avut o dispoziție proastă, depresivă sau de pierdere a speranței?
- În decurs de ultima lună ați observat că nu primiți plăcere în executarea oricăror funcții (mai ales a celor care înainte le făceați cu plăcere)?

Aceste 2 întrebări sunt utile, dar nespecifice, de aceea, la pacienții ce au răspuns afirmativ adăugăm și alte scoruri mai desfășurate: Scorul de depresie Hamilton (*Anexa Nr. 10 din Ordinul Nr. 619*) și Scorul Hamilton prescurtat (15 întrebări), Scorul Brink și Zesavage a Depresiei Geriatrice, autochestionar de 30 de puncte, Scorul Reitingului Depresiei Montgomery și Asberg (MADRS), Scorul geriatric de depresie - Geriatric Depression Scale (GDS).

**Polifarmacia** – vârstnicilor deseori li se prescriu multiplele preparate de către diferiți specialiști, supunându-i riscului de interacțiune intermedicamentoasă și de efecte adverse. Datoria medicul de orice specialitate este de a revedea lista medicamentelor tuturor persoanelor vârstnice pe care le consultă înainte de a recomanda planul său de tratament. La necesitate, dacă pacientul nu poate prezenta o asemenea listă i se propune să aducă cutiile și sticlulele cu medicamente. De asemenea, vârstnicul este întrebat despre medicamentele pe care le consumă fără prescrierea medicului – vitamine, somnifere, analgice, ierburi, suplimente alimentare.

**Sprijinul social și financiar** – existența unei rețele puternice a suportului social în viața vârstnicului poate constitui frecvent factorul determinant în luarea deciziei cu privire la instituționalizare sau rămânerea acasă. Evaluarea rapidă a suportului social include colectarea anamnezei sociale și determinarea persoanei care va avea grijă de vârstnic în cazul unor boli sau decompensări. Identificarea timpurie a problemelor sociale și determinarea persoanei care va asista vârstnicul poate ajuta la planificarea și dezvoltarea la timp a managementului geriatric.



Persoanele care acordă ajutor periodic vor fi evaluate cu privire la simptomele depresiei și, în cazul prezenței lor, li se va acorda suport psihologic.

Este importantă evaluarea situației financiare a vârstnicului și acordarea ajutorului în dirijarea finanțelor.

**Asistența avansată** – medicul trebuie să discute cu pacientul despre preferințele tratamentului specific, în cazul când sunt păstrate capacitățile cognitive și pacientul poate lua decizii de sine stătător. De exemplu, pacientul care dorește să-și prelungească viața cât de mult posibil poate fi întrebat despre tactica medicală aleasă de pacient în caz de agravare a stării sănătății lui, conform recomandărilor medicului. Se discută preferința de a rămâne acasă sau internarea în instituția de îngrijire / în caz de dificultăți de a rămâne la domiciliu. Directivele avansate ajută la dirijarea tratamentului pacientului dacă el nu e în stare să vorbească într-o stare medicală sau alta și la luarea deciziilor.

### EVALUAREA CALITĂȚII VIEȚII VÂRSTNICULUI

Prima aplicație a evaluării calității vieții este de determinare a stării de sanatate și a necesității de asistență.

Calitatea vieții poate fi concepută chiar ca un rezultat dorit al practicii de promovare a sănătății sau ca un determinant al stării de sănătate în rândul vârstnicilor, făcând o diferențiere în ceea ce privește o funcționalitate patologica, normală sau optimă. Evaluarea calității vieții este un domeniu de interes pentru practica și planificarea în sănătatea publică (OMS, 1998).

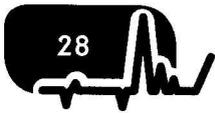
#### MODELUL CALITĂȚII VIEȚII

Calitatea vieții se definește prin gradul în care o persoană se bucură de posibilități importante ale vieții sale. Posibilitățile rezultă din oportunitățile și limitările pe care fiecare persoană le are în viața sa și reflectă interacțiunea dintre factorii personali și cei de mediu. Bucuria și plăcerea au doua componente: experiența unei satisfacții și posesiunea, așa cum sunt ilustrate de expresia “a se bucura de viață”.

*Profilul Calității Vieții* este o măsura generică a stării de sănătate și a stării de bine. În mod obișnuit, abordările calității vieții în domeniul sănătății se focalizează pe boală și incapacități. Se acordă o atenție limitată determinantilor de mediu ai stării de sănătate și ai stării de bine. Profilul Calității Vieții a fost dezvoltat pentru a furniza o măsură care va lua în considerație atât componentele cât și determinantii stării de sanatate și ai stării de bine.

OMS definește starea de sănătate ca “O stare completă de bine fizic, mental și social și nu numai absența bolii”. Este un concept influențat de starea de sănătate a persoanei, de starea psihologică, de credințele personale, de relațiile sociale și de relațiile cu mediul inconjurator (OMS, 1999).

Astfel, calitatea vieții nu poate fi egalată cu termenul de *stare de sănătate, stil de viață, satisfacție de viață, status mental* sau *bunăstare*. Ea este mai degrabă un concept multidimensional care încorporează percepția individuală a aspectelor vieții.



**Eficacitatea** EGC, conform numeroaselor metaanalize, inclusiv și studiilor efectuate la Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie, s-a dovedit a fi extrem de semnificativă. Ca rezultat al EGC este ameliorată detectarea și documentarea problemelor geriatrice. Cu toate acestea posibilitatea de a ameliora evoluția stării vârstnicului (de ex., reducerea spitalizărilor, internărilor în instituții de îngrijire și a mortalității) depinde de modelele specifice ale EGC și de localurile unde va fi implementată.

În literatura de specialitate se menționează despre evaluarea și recomandarea a 5 modele de EGC:

- Evaluarea geriatică la domiciliu
- Evaluarea geriatică în secțiile geriatrice acute
- Evaluarea geriatică la externare
- Consultația vârstnicilor în condiții de ambulatoriu
- Consultația pacienților internați

#### **EXAMENUL NEUROLOGIC**

Ca un compartiment al examinării fizice, medicul efectuează unele teste de bază ce indică integritatea funcționării cerebrale și a sistemului nervos în ansamblu. Aceste teste ar ajuta la depistarea semnelor neurologice ale bolii Parkinson, ictusului, tumorilor și altor stări medicale care pot deregla memoria și funcția fizică. Examenul neurologic include: determinarea reflexelor, mișcarea ochilor, mersul și echilibrul.

#### **PROBLEME SUPLIMENTARE**

Alte momente de care se ține cont la evaluarea vârstnicului sunt *durerea, insomnia, constipațiile*, care deseori sunt neglijate de vârstnic sau atribuite bătrâneții. Aceste dereglări de sine stătător prezintă cauza alterării generale la vârstnic.

O altă condiție este *confuzia*, care poate fi greșit interpretată drept demență sau cauza căreia (socială – instituționalizarea, pierderea unei rude; medicală – infecția, infarctul miocardic, ictusul; etc) e s t e neglijată sau nedagnosticată la timp.

**EXAMENUL DE LABORATOR**

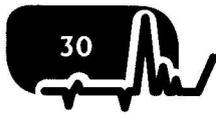
Colectarea sângelui și a urinei și efectuarea analizelor generale și biochimice poate ajuta la determinarea problemelor care afectează memoria, așa ca deficitul Vit. B12 sau funcția inadecvată a glandei tiroide, sau poate depista cauza confuziilor la vârstnici, de exemplu – un proces infecțios inflamator.

**PARTICULARITĂȚI ȘI SFATURI LA EXAMINARE**

Examenul unui pacient vârstnic este dificil ținând cont de dificultățile obișnuite cu care se confruntă persoanele în etate: hipoacuzia, diminuarea acuității vizuale, dereglări mnesticе, dereglări ale funcțiilor cognitive, problemele articulare, etc ... Ținând cont de aceasta se propun unele sfaturi practice ce ar facilita examinarea bolnavului vârstnic:

- se vorbește lent și distinct într-o încăpere liniștită și fără rezonanță
- în cazul când bolnavul poartă un dispozitiv pentru hipoacuzie, asigurați-vă că acesta funcționează
- vorbește o singură persoană în același timp
- se ia poziția în fața bolnavului, care ar putea înțelege cuvintele urmărind după buzele interlocutorului
- se alege „urechea normală” (presbiacuzia la vârstnic deseori este bilaterală, dar asimetrică)
- se evită zgomotul, agitația, panica
- se vorbește cu persoana adresându-i-se pe nume
- medicul se prezenta spunându-și numele
- tonalitatea vocii persoanei ce interoghează este calmă și rațională

*Semnificativ mai mulți vârstnici deja vor supraviețui spitalizarea și se vor întoarce acasă în caz dacă li se va efectua EGC în perioada spitalizării. Mai puțini vârstnici vor deceda sau se vor decompensa și mai mulți vor prezenta ameliorarea funcției cognitive. Aceste efecte ale programelor medicale geriatrice acute sunt prezentate consistent în trialurile efectuate în secțiile de geriatrie, dar nu sunt prezentate în cadrul efectuării consultațiilor în echipă în secțiile de profil general. Aceste beneficii sunt la fel și efective în planul costului.*



## EXTRAS DIN ORDINUL 619 DIN 07/09/2010

### *Cu privire la activitatea serviciului geriatric din Republica Moldova*

În scopul ameliorării asistenței medicale geriatrice și promovării politicilor eficiente pentru stimularea dezvoltării serviciului geriatric, în temeiul prevederilor punctului 8 al Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărîrea Guvernului Nr. 777 din 27 noiembrie 2009,

#### **ORDON:**

Se aprobă:

- 1) Regulamentul privind organizarea asistenței medicale geriatrice, indicațiile și contraindicațiile pentru spitalizarea pacienților vîrstnici în secția de geriatrie, conform anexei nr. 1.
- 2) Regulamentul de activitate a Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie, conform anexei nr.2.
- 3) Regulamentul de activitate a secțiilor geriatrie și boli interne cu paturi geriatrice, conform anexei nr. 3.
- 4) Regulamentul de activitate a cabinetului specializat de geriatrie al secției consultative, conform anexei nr. 4.
- 5) Fișa de post a medicului geriatru, conform anexei nr. 5.
- 6) Fișa de post a asistentului medical al serviciului geriatric, conform anexei nr. 6.
- 7) Fișa de post a nursei serviciului geriatric, conform anexei nr. 7.
- 8) Fișa de post a infirmierului serviciului geriatric, conform anexei nr. 8.
- 9) Standardul de evaluare a pacientului geriatric, conform anexei nr. 9.
- 10) Fișa de evaluare geriatrică, conform anexei nr. 10.

1. Conducătorilor instituțiilor medico-sanitare publice: Spitale raionale, Centre ale Medicilor de Familie, Directorilor Direcției Sănătății a Consiliului municipal Chișinău, Direcției Sănătății și Protecției Sociale UTA Găgăuzia, Șefului Secției Sănătate a Primăriei municipiului Bălți:
  - 1) a asigura organizarea asistenței medicale geriatrice, în conformitate cu regulamentele de activitate aprobate;
  - 2) a asigura trimiterea pacienților la tratament în secțiile de geriatrie, ținând cont de indicațiile și contraindicațiile pentru spitalizarea pacienților vîrstnici.
2. Direcția politici în asistența medicală (dna Tatiana Zatic) și Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie (dl Anatolie Negară) vor acorda suportul consultativ metodic necesar, în vederea implementării prevederilor ordinului dat.
3. Direcția politici în managementul personalului medical (dl Nicolae Jelamschi) și rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” (dl Ion Ababii) vor asigura instruirea cadrelor medicale în domeniul geriatriei.
4. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 469 din 25.12.2007 „Cu privire la Regulamentul Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie” se abrogă.
5. Controlul executării prezentului ordin se atribuie dlui Octavian Grama, viceministru.

**Ministru**

**Vladimir HOTINEANU**

**REGULAMENTUL**

*privind organizarea asistenței medicale geriatrice, indicațiile și contraindicațiile pentru spitalizarea pacienților vîrstnici în secția de geriatrie*

**I. DISPOZIȚII GENERALE**

1. Asistența medicală geriatrică se acordă în condiții de ambulator de către cabinetele specializate de geriatrie și secțiile geriatrie sau boli interne cu paturi geriatrice, organizate în modul stabilit de Ministerul Sănătății, conform prevederilor anexei, la prezentul Regulament.
2. Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie coordonează și monitorizează activitatea serviciului geriatric spitalicesc și de ambulator din țară, promovând politica statului în domeniul ocrotirii sănătății aplicate pentru funcționarea eficientă a serviciului geriatric.
3. Misiunea serviciului geriatric este de a asigura accesul persoanelor vîrstnice la asistență medicală geriatrică de calitate în condiții de ambulator și spitalicesci, adecvată necesităților persoanelor vîrstnice.

**II. PRINCIPIILE DE ORGANIZARE A ASISTENȚEI MEDICALE GERIATRICE**

4. Cabinetele specializate de geriatrie asigură consultația pacienților vîrstnici cu patologia organelor interne și sindroamele geriatrice, în baza biletului de trimitere a medicului de familie, la adresările directe sau în cazuri de urgență – în modul stabilit de actele normative în vigoare.
5. În secțiile raionale, municipale și republicane de geriatrie se spitalizează pacienții vîrstnici de la 65 de ani cu polipatologii cronice ale organelor interne în acutizare și decompensate, cu sindroame geriatrice cu scop de evaluare geriatrică complexă,

stabilire a diagnosticului clinic, geriatric și social, tratament și recuperare geriatrică, conform indicațiilor și contraindicațiilor pentru spitalizare.

6. În secția geriatrie a Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie din cadrul Spitalului Clinic al Ministerului Sănătății vor fi spitalizați pacienții vîrstnici, cu dificultăți de evaluare în condițiile asistenței geriatrice raionale și municipale, pentru evaluarea geriatrică complexă și stabilirea diagnosticului și a tratamentului respectiv.
7. Pacienții vîrstnici vor fi spitalizați în secțiile de geriatrie conform biletului de trimitere eliberat de către medicul de familie, după consultația obligatorie a medicului geriatru din secția consultativă a spitalului raional sau municipal.
8. Pacienții vîrstnici dependenți imobilizați, dezorientați temporo-spațial pot fi internați în secțiile de geriatrie fiind însoțiți pe toată perioada de spitalizare de persoana care îi asistă.
9. Durata medie de aflare în secția de geriatrie va fi de 14 zile.
10. În secția de geriatrie a Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie din cadrul Spitalului Clinic al Ministerului Sănătății cu scop de realizare a Proiectului Instituțional științific în domeniul gerontologiei, pentru formarea grupelor de control în cadrul studiilor științifice, 15 % din totalul de pacienți vor constitui pacienții de vîrstă medie în baza îndreptărilor în calitate de pacienți tematici.
11. În secțiile de internare ale spitalelor raionale, municipale și ale Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie pacienții vîrstnici cu recomandările de internare în secția de profil geriatric vor fi internați prioritar, în afara rîndului general de așteptare.

### III. INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII PENTRU SPITALIZAREA PACIENȚILOR VÎRSTNICI ÎN SECȚIILE DE GERIATRIE RAIONALE, MUNICIPALE ȘI REPUBLICANE

12. Indicațiile și contraindicațiile pentru spitalizarea pacienților vîrstnici în secțiile de geriatrie raionale, municipale și republicane, în funcție de maladiile înregistrate, sînt următoarele:



## I. BOLILE SISTEMULUI CARDIOVASCULAR

### 1. Indicații:

- 1.1. Angor pectoral stabil cu ICC decompensată.
- 1.2. Cardiopatia ischemică postinfarctică.
- 1.3. Cardiomiopatiile.
- 1.4. Hipertensiunea arterială agravată.
- 1.5. Dereglări de ritm și conductibilitate, formele persistente și cronice cu tulburări hemodinamice.
- 1.6. Valvulopatiile nonreumatice cu ICC cu (sau fără) tulburări hemodinamice.
- 1.7. Polipatologii cardiace cronice în acutizări și decompensare.
- 1.8. Patologia cardiovasculară cronică decompensată asociată cu diabet zaharat, bronhopneumopatii cronice obstructive, boli gastrointestinale cronice, pielonefrite cronice și sindroame mari geriatrice.

### 2. Contraindicații:

- 2.1. Urgențe hipertensive majore cu afectarea organelor țintă.
- 2.2. Infarct miocardic acut.
- 2.3. Angor pectoral instabil.
- 2.4. Sindrom coronarian acut.
- 2.5. Dereglări de ritm și conductibilitate paroxistice.
- 2.6. Disecție de aortă.
- 2.7. Insuficiență cardiacă acută de diferită origine.
- 2.8. Miocardite și pericardite acute.
- 2.9. Endocardita infecțioasă.
- 2.10. Patologia cardiacă gravă cu stări de urgență a altor organe și sisteme.

## II. BOLILE APARATULUI RESPIRATOR

### 1. Indicații:

- 1.1. Pneumoniile.
- 1.2. Bronhopneumopatiile cronice obstructive în acutizare.

- 1.3. Astmul bronșic treapta I și II.
- 1.4. Cordul pulmonar cronic.

## **2. Contraindicații:**

- 2.1. Astmul bronșic treapta III și IV în acutizare severă.
- 2.2. Insuficiența respiratorie acută.
- 2.3. Pleureziile.
- 2.4. Pneumonii cu complicații severe.

### **III. BOLILE APARATULUI GASTROINTESTINAL**

#### **1. Indicații:**

- 1.1. Ulcerul gastric și duodenal.
- 1.2. Boala de reflux.
- 1.3. Enterocolita cronică nespecifică.
- 1.4. Pancreatita cronică în acutizare.
- 1.5. Hepatopatiile cronice compensate în acutizare.

#### **2. Contraindicații:**

- 2.1. Ciroza hepatică în stadiu avansat.
- 2.2. Pancreatita acută.
- 2.3. Colecistită acută.
- 2.4. Colită ulceroasă.
- 2.5. Litiază biliară.
- 2.6. Incontinența de mase fecale.

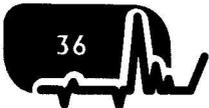
### **IV. BOLILE APARATULUI LOCOMOTOR**

#### **1. Indicații:**

- 1.1. Boală artrozică cu sindrom algic.
- 1.2. Osteoporoza senilă.
- 1.3. Afecțiuni degenerative ale coloanei vertebrale cu sindrom algic persistent.

#### **2. Contraindicații:**

- 2.1. Bolile de sistem.
- 2.2. Bolile osteoarticulare cu insuficiență funcțională de grad înalt și imobilizare totală.



## V. BOLILE APARATULUI ENDOCRIN

### 1. Indicații:

- 1.1. Diabet zaharat tip II tardiv asociat cu patologia cronică a organelor interne.

### 2. Contraindicații:

- 2.1. Patologia glandei tiroide .
- 2.2. Patologia sistemului hipotalamohipofizar-suprarenalelor.
- 2.3. Comele din cadrul diabetului zaharat, patologiei glandei tiroide.

## VI. BOLILE SISTEMULUI URINAR

### 1. Indicații:

- 1.1. Pielonefrita cronică.
- 1.2. Nefritele cronice fără insuficiență renală cronică avansată.

### 2. Contraindicații:

- 2.1. Insuficiența renală acută.
- 2.2. Insuficiența renală cronică avansată.
- 2.3. Nefropatiile acute.
- 2.4. Litiiza renală.
- 2.5. Incontinența majoră de urină.

## VII. PATOLOGIA SISTEMULUI NERVOS

### 1. Indicații:

- 1.1. Afecțiunile nervilor, a rădăcinilor și plexurilor nervoase.
- 1.2. Polinevritele și alte afecțiuni ale sistemului nervos periferic.
- 1.3. Boala cerebro-vasculară cronică fără disfuncția organelor pelviene.

### 2. Contraindicații:

- 2.1. Accident cerebro-vascular acut.
- 2.2. Pacienți imobilizați.
- 2.3. Disfuncția organelor pelviene.

- 2.4. Demența avansată.
- 2.5. Etilism cronic cu stări delirante.

### VIII. SINDROAMELE GERIATRICE

#### 1. Indicații:

- 1.1. Căderile (cu țel de stabilire a cauzei și a metodelor de tratament).
- 1.2. Depresiile.
- 1.3. Dereglări cognitive moderate.
- 1.4. Sindromul de fragilitate cu pierderea parțială a autonomiei.
- 1.5. Sindromul de incontinență de urină primar depistat pentru stabilirea cauzei.

#### 2. Contraindicații:

- 2.1. Pacienții vîrstnici ce necesită îngrijire paliativă.
- 2.2. Patologia oncologică stabilită anterior.

### IV. DISPOZIȚII FINALE

13. Problemele privind organizarea asistenței medicale geriatrice se soluționează de către Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie, Consiliile Medicale Consultative ale instituțiilor medico-sanitare publice.
14. Responsabili de organizarea asistenței medicale geriatrice, conform actelor normative în vigoare sînt conducătorii instituțiilor medico-sanitare publice.



**REGULAMENTUL**

*de activitate a Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie*

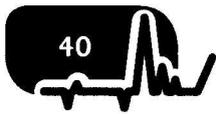
**I. DISPOZIȚII GENERALE**

1. Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie (CNGG) își desfășoară activitatea în cadrul Instituției Medico-Sanitare Publice „Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății”.
2. În activitatea sa Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie se conduce de actele legislative și normative în vigoare ale Republicii Moldova, Hotărârile de Guvern, ordinele și instrucțiunile Ministerului Sănătății și USMF „Nicolae Testemițanu”, ordinele și dispozițiile directorului Spitalului Clinic al Ministerului Sănătății referitor la activitatea Secției de Geriatrie și a Grupului de Monitorizare Evaluare și Integrare al Serviciului Geriatric, precum și de prezentul Regulament.
3. În funcție de director al Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie, prin ordinul Ministerului Sănătății, este numit specialistul cu pregătire în domeniul geriatriei și gerontologiei, cu competență în formarea și perfecționarea cadrelor medicale de specialitate și cu aptitudini manageriale.
4. În cadrul Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie activează 4 subdiviziuni:
  - a) secția de geriatrie fondată în baza IMSP „Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății”, cu un număr de 40 de paturi;
  - b) cursul de Geriatrie și Gerontologie al facultății de Educație Continuă în Medicină și Farmacie al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, pentru instruirea universitară și postuniversitară în domeniul dat;
  - c) laboratorul Științific de Gerontologie al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”;

- d) grupul de Monitorizare, Evaluare și Integrare a Serviciului Geriatric din Republica Moldova.
5. Cursul de Geriatrie și Gerontologie al Facultății de Educație Continuă în Medicină și Farmacie și Laboratorul Științific de Gerontologie al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” sînt subdiviziuni finanțate și subordonate USMF „Nicolae Testemițanu”.
  6. Șefii Cursului de Geriatrie și Gerontologie și al Laboratorului Științific de Gerontologie sînt numiți prin Ordinul Rectorului al USMF „Nicolae Testemițanu”.
  7. Șefii Secției de geriatrie și a Grupului de Monitorizare, Evaluare și Integrare a Serviciului Geriatric sînt numiți prin ordinul directorului Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății în comun acord cu directorul CNGG.

## II. ATRIBUȚIILE CENTRULUI

8. Centrul are următoarele atribuții de bază:
  - a) participă la elaborarea și promovarea politicii de stat în domeniul geriatriei și gerontologiei;
  - b) participă și contribuie la perfecționarea cadrului legislativ și aplicarea acestuia pentru realizarea obiectivelor Politicii Naționale de Sănătate, Legii ocrotirii Sănătății, reformelor sistemului asistenței medicale geriatrice spitalicești și de ambulator din Republica Moldova și altor acte legislative și normative în vigoare din domeniul geriatriei și gerontologiei;
  - c) evaluează necesitățile populației vîrstnice ale Republicii Moldova în servicii medicale geriatrice spitalicești și de ambulator, elaborează Regulamentele de activitate ale secțiilor de geriatrie, cabinetelor specializate de geriatrie ale secției consultative, fișele de post ale medicilor geriatri din sistemul spitalicesc și de ambulator, personalului medical mediu și inferior în domeniul dat;

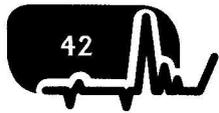


- d) coordonează activitățile curativ-profilactice atât ale sistemului geriatric de stat, cât și nonstatal a prestatorilor de servicii medicale geriatrice persoanelor vîrstnice;
- e) elaborează și implementează standardele de evaluare, diagnostic, tratament, recuperare, asistență socială și profilaxie a pacienților vîrstnici;
- f) evaluează și monitorizează starea sănătății a persoanelor vîrstnice cu elaborarea ulterioară a măsurilor de ameliorare;
- g) promovează politicile de asigurare cu echipament și utilaj performant a sistemului geriatric spitalicesc și de ambulator pentru implementarea tehnologiilor avansate de diagnosticare, tratament și recuperare a pacienților vîrstnici;
- h) implementează realizările științifice internaționale și naționale din domeniul geriatriei și gerontologiei în activitatea Centrului, sistemului medical geriatric spitalicesc și de ambulator din republică;
- i) asigură formarea și perfecționarea cadrelor medicale geriatrice pentru necesitățile sistemului geriatric din republică;
- j) contribuie la perfecționarea cunoștințelor în domeniul geriatriei și gerontologiei a medicilor de familie, terapeuți, cardiologi, neurologi, etc. pentru asigurarea unei asistențe medicale specializate eficiente pacienților vîrstnici;
- k) organizează și petrece seminare instructive, conferințe, simpozioane, congrese republicane în problemele geriatriei și gerontologiei;
- l) elaborează programe de conlucrare și colaborare cu instituțiile medicale și științifice de profil din țară și de peste hotare cu participare la lucrările seminarelor, conferințelor și congreselor internaționale în domeniu;
- m) acordă asistență consultativ-metodică sistemului medical geriatric, instituțiilor medico-sanitare din republică, medicilor căminelor pentru vîrstnici statale și nonstatale;

- n) asigură funcționarea mecanismului de interacțiune mulți și interdisciplinară în acordarea serviciilor medicale calitative pacienților vîrstnici prin dirijarea organizator-metodică și coordonarea activității serviciilor medicale implicate în activitatea de evaluare, diagnosticare, tratament, recuperare și profilaxie la persoanele vîrstnice;
- o) conlucrează cu mass-media întru promovarea modului sănătos de viață a persoanelor vîrstnice cu scop de încetinire a proceselor de senescentă și îmbunătățire a calității vieții vîrstnicului.

### III. DREPTURILE CENTRULUI

9. Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie este abilitat cu următoarele drepturi pentru exercitarea funcțiilor ce-i revin:
  - a) să solicite, conform legislației în vigoare, de la instituțiile medico-sanitare publice din republică, organele administrației publice locale, întreprinderi, instituții și organizații din republică, informațiile necesare pentru exercitarea funcțiilor;
  - b) să antreneze în examinarea și soluționarea problemelor ce țin de domeniul ocrotirii sănătății, prin acord mutual, reprezentanți ai ministerelor, departamentelor, altor organe ale administrației publice centrale și administrației publice locale;
  - c) să înainteze propuneri conducerii spitalelor, CMF, Ministerului Sănătății, Ministerului Muncii Protecției Sociale și Familiei, Guvernului și Parlamentului întru îndeplinirea sarcinilor prevăzute de prezentul regulament;
  - d) să participe la înaintarea și alegerea candidaturilor în funcție de medici geriatri, șefi ai secțiilor de geriatrie ale spitalelor raionale, CNGG, secțiilor consultative raionale și municipale și a medicilor căminelor pentru vîrstnici statale și nonstatale;
  - e) să participe la alegerea tematicii științifice a proiectelor științifice instituționale pentru înaintarea la Comisia de



concurs a AȘ RM, să ia parte la proiectele internaționale în domeniul geriatriei și gerontologiei;

- f) să colaboreze cu Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei în domeniul gerontologiei sociale pentru corelarea problemelor geriatrice cu acordarea asistenței sociale vîrstnicilor.

## V. RESPONSABILITĂȚILE CENTRULUI

- 10. Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie este responsabil de:
  - a) coordonarea și monitorizarea activității serviciului geriatric spitalicesc și de ambulator din țară;
  - b) promovarea politicii statului în domeniul ocrotirii sănătății aplicate pentru funcționarea eficientă a serviciului geriatric;
  - c) organizarea activității în baza principiilor de colegialitate în elaborarea deciziilor și de responsabilitate personală a colaboratorilor Centrului pentru deciziile luate în limitele competenței;
  - d) monitorizarea calității și veridicității informațiilor prezentate;
  - e) formarea cadrelor medicale geriatrice și activitatea științifică geriatrică și gerontologică.

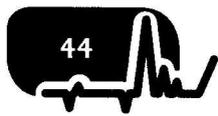
## VI. ORGANELE DE ADMINISTRARE ȘI DE CONTROL

- 11. Centrul are următoarele organe de administrare și de control:
  - a) directorul Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie;
  - b) directorul IMSP „Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății”;
  - c) șeful Laboratorului Științific de Gerontologie.

**VII. ATRIBUȚIILE DE FUNCȚIE ALE DIRECTORULUI CENTRULUI**

12. Directorul Centrului are următoarele atribuții:

- a) programează, coordonează, monitorizează și verifică activitatea în corespundere cu responsabilitățile și drepturile atribuite Centrului;
- b) coordonează obligațiunile de funcție ale colaboratorilor Centrului;
- c) execută la timp și calitativ deciziile autorităților publice în problemele ce țin de competența sa;
- d) promovează profesionalismul, competența și spiritul de inițiativă, respectarea strictă a legilor și altor acte juridice conform legii, respectarea disciplinei, responsabilitatea personală a colaboratorilor Centrului pentru exercitarea atribuțiilor de serviciu;
- e) elaborează programul de perspectivă al dezvoltării și planurile anuale de activitate ale Centrului;
- f) elaborează dările de seamă privind activitatea Centrului;
- g) asigură folosirea eficientă și reproducerea bunurilor Instituției medico-sanitare publice;
- h) organizează și dirijează activitatea sistemului geriatric din Moldova, acordarea asistenței consultative lucrătorilor medicali din instituțiile medico-sanitare publice;
- i) organizează conlucrarea activă cu mass-media pentru promovarea asistenței medicale specializate;
- j) își aduce aportul la elaborarea programelor de colaborare cu instituțiile medicale de profil din țară și de peste hotare.



### **VIII. ATRIBUȚIILE DE FUNCȚIE ALE ȘEFULUI LABORATORULUI ȘTIINȚIFIC DE GERONTOLOGIE**

13. Șeful Laboratorului are următoarele atribuții:

- a) coordonează activitatea științifico-parctică a colaboratorilor Laboratorului Științific de Gerontologie;
- b) contribuie la elaborarea și desfășurarea proiectelor științifice cu participarea Centrelor Științifice Internaționale;
- c) contribuie la organizarea și petrecerea seminarelor, simpozioanelor, congreselor în problemele gerontologiei și geriatriei din republică;
- d) participă în comun cu cercetătorii științifici ai Laboratorului Științific de Gerontologie la conferințele și congresele internaționale din domeniul dat;
- e) dirijează implementarea metodelor noi de evaluare, diagnosticare, tratament, recuperare geriatrică și socială, profilaxie a pacienților vîrstnici bazate pe rezultatele cercetărilor științifice naționale și internaționale în domeniu.

### **IX. CONTROLUL ACTIVITĂȚII CENTRULUI NAȚIONAL DE GERIATRIE ȘI GERONTOLOGIE**

14. Controlul corespunderii activității Centrului se exercită de către Ministerul Sănătății, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și Academia de Științe a Republicii Moldova.
15. Pentru realizarea controlului activității Centrului organele abilitate sînt în drept să solicite toate documentele necesare, precum și explicațiile de rigoare de la persoanele împuternicite să conducă Centrul, precum și de la alți angajați ai acestuia.

**REGULAMENTUL**

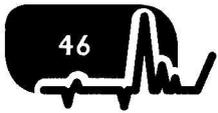
*de activitate a secției geriatrie și boli interne cu paturi geriatrice*

**I. DISPOZIȚII GENERALE**

1. Secția geriatrie sau boli interne cu paturi geriatrice constituie o subdiviziune structurală a spitalelor raionale, municipale și a Spitalului Clinic a Ministerului Sănătății.
2. În funcția de șef de secție sau medic curant al pacienților vîrstnici aflați la tratament pe paturile geriatrice desfășurate în cadrul secțiilor boli interne se numește specialistul cu pregătire (deținător de certificat de medic geriatru) sau stagiere în domeniul geriatriei și gerontologiei confirmată prin certificat cu dreptul de a practica specialitatea dată.
3. În activitatea sa secția geriatrie sau boli interne cu paturi geriatrice se conduce de Legile, Hotărârile de Guvern ale RM în vigoare, ordinele, instrucțiunile MS și ale Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie, Standardele Europene de evaluare a vîrstnicilor, protocoalelor clinice instituționale, precum și de prezentul Regulament.
4. În secția geriatrie sau boli interne cu paturi geriatrice în echipa de evaluare a pacientului vîrstnic activează echipa formată din medicul geriatru, asistentul medical și nurse, ce exercită îngrijirea pacientului conform principiilor geriatrice și a fișei sale de post.

**II. ATRIBUȚIILE SECȚIEI DE GERIATRIE SAU BOLI INTERNE CU PATURI GERIATRICE**

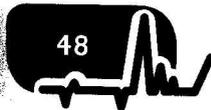
5. Secția de geriatrie sau boli interne cu paturi geriatrice are următoarele atribuții:
  - a) acordarea asistenței medicale specializate geriatrice spitalicești pacienților vîrstnici (de la 65 ani), cu respectarea drepturilor și responsabilităților pacienților;
  - b) asigurarea examinării medicale complete conform Standardului de evaluare a pacientului geriatric, aprobat conform anexei



nr. 9 și a investigațiilor minime a pacientului vîrstnic în ziua internării, asigurînd completarea Fișei medicale de staționar al pacientului (F 003/e) (datele de pașaport) și Fișei de evaluare geriatrică, aprobate conform anexei nr. 10, cel mai tîrziu pînă la sfîrșitul programului de lucru zilnic. În foaia de observație se va menționa obligatoriu planul terapeutic și tratamentul necesar începînd cu prima zi de internare cît și diagnosticul principal și cel (cele) secundar;

- c) efectuarea în cel mai scurt timp a investigațiilor necesare stabilirii diagnosticului. Pacienții cronici se vor interna după efectuarea anterioară în ambulator a tuturor investigațiilor specifice patologiei respective;
- d) asigurarea tratamentului medical complet (curativ, preventiv și de recuperare), individualizat și diferențiat, în raport cu starea bolnavului, cu forma și stadiul evolutiv al bolii, prin aplicarea diferitelor procedee și tehnici medicale;
- e) indicarea, folosirea și administrarea alimentației dietetice, medicamentelor, agenților fizici, balneari, climatici, a gimnasticii medicale, ergoterapiei, precum și a altor tehnologii de tratament și reabilitare;
- f) folosirea în tactica terapeutică a măsurilor de recuperare geriatrică, de monitorizare în plan nutrițional a pacientului și implicarea asistenței sociale la necesitate;
- g) implementarea în practica medicală a metodelor noi de profilaxie, diagnostic și tratament a pacienților vîrstnici;
- h) asigurarea în permanență a îngrijirii medicale necesare pe toată durata internării;
- i) asigurarea conform protocoalele clinice aprobate a medicației necesare pentru realizarea tratamentului indicat de medicul curant și a administrării corecte a acesteia;
- j) medicația va fi acordată integral de spital în funcție de disponibilul existent la acel moment în farmacie și va fi scrisă în foaia de observație de medicul curant sau medicul rezident (sub strictă supraveghere a medicului curant);

- k) asigurarea însoțirii pacientului în cazul în care trebuie supus unor explorări /investigații realizate în alte secții de către un cadru medical sau auxiliar;
- l) urmărirea ridicării continue a calității îngrijirilor medicale;
- m) asigurarea condițiilor necesare recuperării medicale precoce;
- n) asigurarea condițiilor pentru colectarea și centralizarea gradului de satisfacție a pacientului îngrijit în secție;
- o) asigurarea alimentației bolnavilor, în concordanță cu diagnosticul și stadiul evolutiv al bolii;
- p) desfășurarea unei activități care să asigure bolnavilor internați un regim rațional de odihnă și de servire a mesei, de igienă personală, de primire a vizitelor și păstrarea legăturii acestora cu familia;
- q) transmiterea concluziilor diagnostice și a indicațiilor terapeutice pentru bolnavii externați, 26 unităților sanitare ambulatorii sau medicului de familie;
- r) educația sanitară a bolnavilor și aparținătorilor;
- s) afișarea la loc vizibil a drepturilor și obligațiilor pacientului;
- t) asigurarea desfășurării practice a învățămîntului medical superior și mediu în conformitate cu reglementările în vigoare;
- u) efectuarea de studii și cercetări medicale în legătură cu aplicarea de metode noi de investigații și tratament.
- v) înaintarea problemelor pentru discuții în cadrul consiliului administrativ, consiliului medical, consiliului calității și auditului medical intern;
- w) coordonarea internării și externării pacienților vîrstnici în secție, conform indicațiilor și contraindicațiilor de spitalizare a vîrstnicilor;
- x) analiza cauzelor principale ale morbidității, mortalității și dependenței la pacienții vîrstnici;
- y) coordonarea acțiunilor reciproce și succesive între secție și celelalte subdiviziuni ale Spitalului și Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie;
- z) participarea la asigurarea regimului sanitar-antiepidemic în secția geriatrie și boli interne cu paturi geriatrice.



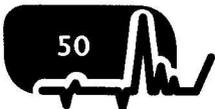
### III. RESPONSABILITĂȚILE

6. Secția de geriatrie sau boli interne cu paturi geriatrice este responsabilă pentru:
- analiza indicilor activității asistenței medicale geriatrice, cu elaborarea măsurilor de îngrijire pentru redresarea situației;
  - prezentarea raportului privind realizarea măsurilor programate asupra indicatorilor asistenței medicale geriatrice;
  - planificarea, organizarea, coordonarea și asigurarea controlului activității asupra volumului și calității serviciilor geriatrice acordate populației, conform prevederilor prezentului regulament.

### IV. NORMELE MINIME DE DOTARE A SECȚIILOR GERIATRIE ȘI BOLI INTERNE CU PATURI GERIATRICE

7. Normele minime de dotare sînt:
- mese, scaune la postul asistentelor medicale, în cabinetul medicilor;
  - rechizite de birou;
  - computere pentru înregistrarea fișelor medicale, medicamentelor; imprimante, scanere, xerox;
  - divane pentru examinări medicale în cabinetul medicilor;
  - scaune funcționale la recepționarea pacienților cu grad de dependență;
  - cîntar cu instalație pentru măsurarea înălțimii (antropometru);
  - dulapuri pentru păstrarea documentației medicale din secție;
  - bare fixe în culuarul secției ca suport la deplasarea pacienților vîrstnici;
  - instalații de suport a pacienților în camera de baie;
  - scaune cu oală;
  - cărucioare pentru deplasarea pacienților la proceduri și investigații;
  - paturi pe rotile pentru pacienți cu grad avansat de dependență;
  - aparat pentru ridicarea pacienților dependenți din pat în poziția verticală;

- o) aparate pentru telemetria pacienților cu probleme cardiace;
- p) sistemul de alarmă în saloanele pacienților;
- r) deambulator;
- s) bastoane;
- ș) cîrje;
- t) paturi funcționale în saloane;
- ț) dulapuri pentru păstrarea hainelor în saloanele pacienților;
- v) masă mobilă pe un picioruș destinată hrănirii pacienților ținuiți la pat;
- w) tonometre, fonendoscoape, ciocănașe neurologice, glucometre;
- x) înzestrarea a unui sau 2 saloane în secțiile de geriatrie specializate cu mobilier pentru pacienții dependenți.



**REGULAMENTUL**

*de activitate a cabinetului specializat de geriatrie al secției consultative*

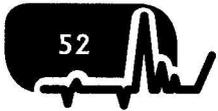
**I. DISPOZIȚII GENERALE**

1. Cabinetul specializat de geriatrie este o subdiviziune structurală a secției consultative din cadrul spitalelor raionale și AMT municipale.
2. În funcție de medic specialist geriatru al cabinetului de geriatrie se numește specialistul cu pregătire: specializare primară (secundariat clinic - geriatrie)/stagiere în domeniul geriatriei și gerontologiei, confirmată prin diplomă cu dreptul de a practica specialitatea dată.
3. Cabinetul specializat de geriatrie se conduce de [Legile, Hotărârile de Guvern ale RM în vigoare, ordinele, instrucțiunile MS, Standardele Europene de evaluare a vîrstnicilor, protocoalele clinice și instituționale, precum și de Regulamentul în cauză.

**II. ATRIBUȚIILE CABINETULUI SPECIALIZAT DE GERIATRIE AL SECȚIEI CONSULTATIVE:**

4. Cabinetului specializat de geriatrie al secției consultative are următoarele atribuții:
  - a) acordarea asistenței medicale specializate geriatrice de ambulator cu respectarea drepturilor și responsabilităților pacienților;
  - b) asigurarea consultației pacienților vîrstnici cu patologia organelor interne și sindroamele geriatrice, în baza biletului de trimitere a medicului de familie, la adresările directe sau în cazuri de urgență – în modul stabilit;
  - c) analiza volumului și calității actului medical de profil efectuat pacienților, întreprinderea măsurilor de ameliorare a situației;

- d) participarea la realizarea programelor naționale și teritoriale, asigurarea controlului executării lor și aprecierea problemele prioritare;
- e) organizarea și coordonarea deplasărilor la Oficiile Medicului de Familie, Centrele de Sănătate pentru consultațiile pacienților;
- f) organizarea și coordonarea deplasărilor pentru consultațiile la domiciliu a pacienților imobilizați și de comun cu asistenții sociali soluționarea problemei vizînd trimiterea vîrstnicilor singuratici în căminele pentru vîrstnici;
- g) supravegherea pacienților geriatrici și înaintarea recomandărilor de supraveghere a pacienților geriatrici în continuare de către medicul de familie;
- h) participarea la selectarea pacienților vîrstnici pentru spitalizare în cadrul spitalului raional, municipal și republican;
- i) participarea în activitățile Consiliului Medical Consultativ, pentru soluționarea problemelor ce țin de tratamentul pacienților, recuperării geriatrice, asistenței sociale;
- k) asigurarea aplicării în practică a metodelor noi de diagnostic și tratament, ridicarea nivelului profesional în domeniu al lucrătorilor medicali din sectorul medicinei primare, spitalicești, de urgență;
- l) analiza cauzelor determinante ale morbidității, dependenței și mortalității în domeniu și întocmirea rapoartelor;
- m) participarea la elaborarea Protocoalelor clinice instituționale și implementarea acestora;
- n) stabilirea unui plan de pregătire profesională continuă a personalului medical.



### III. RESPONSABILITĂȚILE

5. Cabinetul specializat de geriatrie al secției consultative este responsabil de:
- implementarea standardelor de evaluare, diagnostic, tratament, recuperare, asistență socială și profilaxie a pacienților vîrstnici;
  - calitatea serviciilor medicale specializate acordate persoanelor vîrstnice;
  - calitatea și veridicitatea informațiilor prezentate;
  - analiza indicilor activității asistenței medicale geriatrice.

### IV. NORMELE MINIME DE DOTARE A CABINETULUI SPECIALIZAT GERIATRIC DIN CADRUL SECȚIEI CONSULTATIVE

6. Normele minime de dotare sînt:
- computer;
  - imprimantă, scanner, xerox;
  - divan pentru examinări medicale;
  - tonometru, fonendoscop;
  - ciocănaș neurologic;
  - cîntar cu instalație pentru măsurarea înălțimii;
  - tabelul oftalmologic Shnelen (determinarea acuității vizuale);
  - dulap cu polițe pentru păstrarea scorurilor geriatrice și a actelor medicale;
  - masa medicului;
  - scaune (cel puțin 4);
  - dulap pentru haine;
  - rechizite de birou.

FIȘA DE POST A MEDICULUI GERIATRU

CAPITOLUL I

A. DISPOZIȚII GENERALE

Instituția \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Compartimentul \_\_\_\_\_

(secția geriatrie / secția consultativă)

Denumirea funcției: **medic geriatru**

Nivelul de salarizare: conform Hotărârii Guvernului nr. 1593 din 29.12.03 \_\_\_\_\_

(salariul de funcție este stabilit în baza coeficienților de multiplicare)

CAPITOLUL II

B. OBLIGAȚIUNILE MEDICULUI GERIATRU

*DESCRIEREA FUNCȚIEI*

1. Scopul general al funcției

- a) realizarea obiectivelor IMSP
- b) acordarea asistenței medicale calitative la timp și accesibile

2. Stipulări generale

- a) instrucțiunea de serviciu determină obligațiunile de serviciu, drepturile și responsabilitatea *funcțională* ale medicului-geriatru;
- b) în funcție de medic geriatru este numită persoana cu studii medicale superioare ce are studii postuniversitare la specialitatea Geriatrie;
- c) medicul geriatru este numit și eliberat din funcție prin ordinul directorului IMSP în conformitate cu legislația în vigoare a RM;
- d) medicul geriatru nemijlocit se supune șefului secției de geriatrie a IMSP sau a secției consultative a IMSP;

- e) medicul geriatru al secției consultative, efectuează evaluarea geriatrică, stabilește diagnosticul clinic, geriatric și social la pacienții geriatrici și selectează vîrstnicii pentru spitalizare în secțiile de geriatrie raionale, municipale, republicane;
- f) medicul geriatru din serviciul spitalicesc și de ambulator poate solicita asistență organizator-metodică și coordona activitatea curativ-profilactică cu Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie.

### 3. Sarcini de bază

Medicul geriatru trebuie să cunoască:

#### 3.1. Informația generală:

- a) bazele legislației Republicii Moldova cu privire la ocrotirea sănătății;
- b) actele normative și juridice, ordonanțele, dispozițiile Guvernului Republicii Moldova, ordinele, instrucțiunile, actele normative ale Ministerului Sănătății, dispozițiile Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie, ce reglementează activitatea instituțiilor care activează în domeniul ocrotirii sănătății și prestarea serviciilor geriatrice populației de la vârsta de 65 de ani;
- c) bazele organizării ajutorului curativ-profilactic în spitale și instituții de ambulator, ajutorului medical de urgență, serviciului sanitar-epidemiologic, asigurării cu medicamente a populației și a instituțiilor curativ-profilactice;
- d) bazele organizator-economice de activitate a instituțiilor de ocrotire a sănătății și a lucrătorilor medicali în condițiile medicinei de asigurare;
- e) bazele igienei sociale, a organizării și economiei ocrotirii sănătății, eticii medicale și a deontologiei;
- f) aspectele juridice ale activității medicale;
- g) principiile generale și metodele de bază ale diagnosticului clinic, instrumental și de laborator al stării organelor și sistemelor de organe ale vîrstnicului, particularitățile etiologiei, patogeniei, simptomatologiei clinice, evoluției, principiile farmacoterapiei

geriatrice în bolile de bază la pacienții vîrstnici cu polipatologii și sindroame geriatrice;

- h) regulile de iluminare sanitară;
- i) regulile de organizare internă a muncii;
- j) regulile și normele de protecție a muncii, a regimului sanitar și antiincendiar.

### 3.2. Conform specialității sale:

- a) metodele contemporane de profilaxie, diagnostic, tratament și recuperare a vîrstnicilor bolnavi;
- b) conținutul și compartimentele geriatriei ca disciplină clinică medicală specializată;
- c) sarcinile, organizarea, structura, statele și înzestrarea serviciului geriatric în Republica Moldova;
- d) documentele actuale normativ-juridice și instructiv-metodice în domeniul geriatriei;
- e) regulile de îndeplinire a documentației medicale;
- f) ordinea efectuării expertizei medico-sociale;
- g) principiile de planificare a activității și a dării de seamă a serviciului geriatric;
- h) metodele și ordinea controlului activității serviciului geriatric.

## 4. Obligațiunile de serviciu

- a) acordarea ajutorului medical calificat conform specialității sale, folosind metodele contemporane de profilaxie, diagnostic, tratament și recuperare, permise pentru aplicarea în practica medicală geriatrică;
- b) determinarea tacticii de conduită cu bolnavul vîrstnic în conformitate cu regulile stabilite și standardele geriatrice de evaluare, diagnostic și farmacoterapie;
- c) din cauza prezenței la pacienții vîrstnici a polipatologiilor și a sindroamelor geriatrice, elaborează un plan de tratament strict individual, conducîndu-se după principiile internaționale terapeutice în geriatric și luînd în considerație protocoalele naționale pe diferite nozologii la adulți, la externarea bolnavilor



- tratați indică recomandările respective pentru tratamentul de susținere și supraveghere de medicul de familie la domiciliu;
- d) este responsabil de folosirea în tactica terapeutică a măsurilor de recuperare geriatrică, de monitorizare în plan nutrițional și elaborează recomandări de caracter social pentru medicii de familie și implică asistența socială la necesitate;
  - e) stabilirea (sau confirmarea) diagnosticului clinic, geriatric și social, în baza observațiilor clinice, anamnezei, datelor cercetărilor clinice, de laborator și a investigațiilor instrumentale;
  - f) prescrierea și controlul tratamentului necesar în conformitate cu regulile stabilite și standardele geriatrice, organizarea sau efectuarea de sinestător a procedurilor și măsurilor diagnostice, curative, de recuperare;
  - g) medicul geriatru al secției consultative consultă pacienții vârstnici după solicitarea medicului de familie, efectuează evaluarea geriatrică complexă, stabilește diagnosticul clinic geriatric și social, indică tratamentul medicamentos, conlucrează cu asistenții sociali din teren, selectează pacienții vârstnici pentru spitalizare;
  - h) efectuarea zilnică a vizitelor și examinarea pacientului în staționar;
  - i) efectuarea schimbărilor în planul de tratament în dependență de starea pacientului și determinarea necesităților metodelor suplimentare de cercetare;
  - j) acordarea ajutorului consultativ medicilor din alte subdiviziuni ale IMSP conform specialității sale;
  - k) coordonarea lucrului personalului medical mediu și inferior ce i se supune (în cazul prezenței acestuia), contribuind la executarea obligațiilor de serviciu ale lor;
  - l) controlul corectitudinii efectuării procedurilor diagnostice și profilactice, a utilizării instrumentelor, aparatajului și utilajului medical, a folosirii raționale a reactivelor și preparatelor medicale, respectarea regulilor de securitate tehnică și a protecției muncii de către personalul medical mediu și inferior;
  - m) planificarea lucrului și analizarea indicilor activității sale;

- n) asigurarea îndeplinirii la timp și calitativ a documentației medicale în conformitate cu regulile stabilite;
- o) efectuarea lucrului de iluminare sanitară;
- p) respectarea regulilor de ordin interior, securității antiincendiară și a tehnicii de securitate, a regimului sanitar-epidemiologic;
- r) perfecționarea sistematică a calificării în domeniul geriatriei și gerontologiei.

### 5. Responsabilitățile

*Medicul geriatru poartă răspundere pentru:*

- a) executarea la timp și calitativ a obligațiilor sale de serviciu;
- b) organizarea lucrului său, executarea ordinilor și dispozițiilor conducerii la timp și calificat; actelor normativ-juridice cu privire la activitatea sa;
- c) respectarea drepturilor de ordin intern, securității antiincendiară și a tehnicii de securitate;
- d) completarea și îndeplinirea la timp și calitativă a documentației medicale și a altei documentații de serviciu, care este prevăzută de actele normativ-juridice în vigoare;
- e) prezentarea în ordinea stabilită a informației statistice și a altei informații conform activității sale;
- f) asigurarea respectării disciplinei executive și efectuarea obligațiilor sale de serviciu de către subalternii săi (dacă există);
- g) luarea măsurilor în mod operativ, inclusiv informarea la timp a conducerii cu privire la înlăturarea încălcărilor tehnicii de securitate, a regulilor antiincendiară și sanitare, ce amenință activitatea instituției de ocrotire a sănătății, lucrătorilor ei, pacienților și vizitatorilor.

*Pentru încălcarea disciplinei muncii, actelor legislative și normativ-juridice, medicul geriatru poate fi tras la răspundere disciplinară, materială, administrativă și penală în conformitate cu legislația în vigoare în dependență de gravitatea faptei.*



## 6. Drepturile

*Medicul geriatru are dreptul:*

### 6.1. în lucrul curativ:

- a) de a stabili de sinestătător diagnosticul conform specialității sale în baza observațiilor clinice, anamnezei, datelor clinice, de laborator și a investigațiilor instrumentale;
- b) de a determina tactica de evaluare a pacientului în conformitate cu regulile și standardele în geriatrie;
- c) de a indica metodele necesare pentru investigarea complexă a pacientului – pentru diagnostic instrumental, funcțional și de laborator;
- d) de a efectua proceduri de diagnostic, curative, de recuperare și profilactice cu folosirea metodelor permise de diagnostic și tratament;
- e) de a implica în anumite situații medici de alte specialități pentru consultații, examinare și tratamentul bolnavilor vârstnici;

### 6.2. de ordin organizatoric:

- a) de a înainta propuneri conducerii instituției cu privire la perfecționarea procesului curativ-diagnostic, la ameliorarea lucrului serviciilor administrativ-gospodărești și paraclinice, la întrebările de organizare și condițiile activității sale de muncă;
- b) de a controla și de a monitoriza lucrul subalternilor (dacă există), de a le da dispoziții în limitele obligațiilor lor de serviciu și a le cere executarea lor exactă, de a propune conducerii instituției remunerarea lor sau impunerea de sancțiuni;
- c) de a da indicații și dispoziții conform obligațiilor sale și cerințelor instituției unde activează și de a controla îndeplinirea lor;
- d) de a solicita, de a primi și de a folosi materialele informative și actele normativ-juridice, necesare pentru îndeplinirea obligațiilor sale de serviciu;
- e) de a viza, de a coordona documentația adaptată în instituția unde activează conform actelor normative ale Ministerului Sănătății

- f) de a lua parte la conferințele științifico-practice și la întrunirile, unde se examinează întrebările cu privire la activitatea sa;
- g) de a trece în termenii stabiliți atestarea cu dreptul de obținere a categoriei corespunzătoare de calificare;
- h) de ași majora calificarea la cursurile de perfecționare în domeniul geriatriei și gerontologiei;

**Medicul geriatru profită de toate drepturile muncii în conformitate cu codul muncii al Republicii Moldova și are dreptul să înștiințeze persoanele cărora li se subordonează despre încălcarea drepturilor sale morale și impedimentele apărute în timpul aflării la locul de lucru pentru luarea unor măsuri adecvate.**

#### 7. Ponderea ierarhică

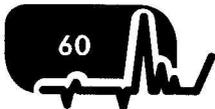
- a) *cui îi raportează titularul funcției:* șefului secției, medicilor și șefi adjuncți;
- b) *cine îi raportează:* asistentele medicale, personalul medical inferior;
- c) *cine îl substituie:* medicul internist cu specializare de competență în geriatrie;
- d) *pe cine îl substituie:* pe șeful secției, medicul geriatru din secția consultativă.

#### 8. Relațiile de colaborare

- a) *cooperarea internă:* cu colaboratorii IMSP; cu șefii subdiviziunilor; asistenta medicală șefă, asistentele medicale superioare;
- b) *cooperarea externă:* cu personalul administrativ din instituțiile contractate, specialiștii din CNGG.

#### 9. Mijloacele de lucru/echipament utilizat

- a) ordinele Ministerului Sănătății în vigoare;
- b) computer, imprimantă, telefon;
- c) internet/intranet;
- d) materiale metodice și instructive în domeniu.



## 10. Condițiile de muncă

- a) *regim de muncă*: timpul săptămânal de muncă 35 ore, durata zilnică 7ore;
- b) *program de muncă*: luni/vineri, repausul zilnic 30 min, de la 12.00 -12.30;

## CAPITOLUL III

## 11. Cerințele de calificare

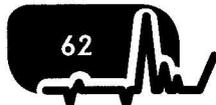
- a) *studii* – medicale universitare și postuniversitare în domeniul geriatriei;
- b) *experiența profesională* – stagiul de muncă și instruirea continuă în domeniul geriatriei;
- c) *cunoștințe* – în domeniul geriatriei și gerontologiei;
- d) *atitudini/comportamente* – reiese din cerințele și obligațiunile medicului geriatru caracteristice specificului domeniului geriatric.

**FIȘA DE POST A ASISTENTULUI MEDICAL AL SECȚIEI GERIATRIE  
ȘI SECȚIEI BOLI INTERNE CU PATURI GERIATRICE****I. DISPOZIȚII GENERALE**

1. Asistent medical al secției de geriatrie și al secției de boli interne cu paturi geriatrice (în continuare asistentul medical al serviciului geriatric) este absolvent al Colegiului de Medicină.
2. Asistentul medical al serviciului geriatric este subordonat șefului secției de geriatrie și activează în concordanță cu medicii geriatri, asistenții universitari.
3. Asistentului medical al serviciului geriatric i se subordonează infirmierele și nursele din secție.
4. Asistentul medical al serviciului geriatric își desfășoară activitatea în conformitate cu prevederile actelor legislative, normative, de directivă în vigoare ale MS la capitolul sănătății publice și asistenței medicale, prevederilor Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, ordinele, dispozițiile, indicațiile șefului de secție, a medicului geriatru, a asistentului universitar sau a conducerii spitalului.
5. Asistentul medical al serviciului geriatric este angajat și eliberat din funcție în conformitate cu legislația în vigoare, de către conducătorul instituției medico-sanitare unde activează.

**II. ATRIBUȚIILE ASISTENTULUI MEDICAL**

6. **Atribuțiile asistentul medical al serviciului geriatric sînt următoarele:**
  - a) acordarea asistenței medicale conform indicațiilor medicale înregistrate în fișa medicală a pacientului din secție, precum și cele verbale ale medicilor din secție și ale asistenților universitari. La necesitate (conform deciziilor luate în secție) – asistenții medicali



- acordă ajutor medical independent utilizând toate mijloacele disponibile, conștientizând limitele autonomiei în luarea unor decizii de sinestătător;
- b) competența în administrarea tratamentului medicamentos (compatibilitatea medicamentelor, mecanismele de interacțiune, efectele secundare posibile);
  - c) respectarea condițiilor de păstrare ale medicamentelor din dotare;
  - d) competența în cunoașterea aparatajului medical din dotare (electrocardiograf, glucometru și alt echipament prezent conform specificului secției) și posibilelor riscuri în utilizarea acestuia;
  - e) competența în efectuarea electrocardiografiei bolnavilor în caz de urgență;
  - f) competența în pregătirea bolnavului pentru diferite acte medicale conform indicațiilor medicului geriatru;
  - g) asistența medicală de urgență la necesitate;
  - h) respectarea planului operativ de măsuri în caz de depistare a bolnavului suspect de îmbolnăvire prin boli infecțioase, boli diareice acute, toxiiinfecții alimentare, inclusiv infecții deosebit de periculoase;
  - i) participarea sistematică la instruirii și cursuri de perfecționare, la întruniri practico-științifice;
  - k) însușirea deprinderilor practice în utilizarea echipamentului tehnic;
  - l) utilizarea în practica medicală a metodelor contemporane de profilaxie, diagnostic și tratament conform specificului geriatric;
  - m) respectarea normelor sanitaro-antiepidemice;
  - n) controlul administrării preparatelor medicamentoase de către pacienții din secție (ținând cont de schimbările de vîrstă, probleme ale memoriei, orientării);
  - o) efectuarea procedurilor medicale (preluarea analizelor de laborator, proceduri intravenoase, intramusculare, alimentarea prin sondă – în cazuri excepționale);
  - p) controlul vizitei specialiștilor de profil îngust, coordonarea indicațiilor și monitorizarea efectuării lor.

**III. DREPTURILE ASISTENTULUI MEDICAL****7. Asistentul medical al serviciului geriatric are dreptul să:**

- a) controleze activitatea nursing-urilor și a infirmierelor;
- b) contribuie cu propuneri referitor la perfectarea nivelului asistenței medicale geriatrice;
- c) participe la examinarea sugestiilor, cererilor, petițiilor ce țin de acordarea asistenței medicale geriatrice;
- d) apeleze în caz de necesitate la ajutorul consultativ de diagnostic și tratament al medicului geriatru, asistenților universitari, șefului de secție;
- e) înștiințeze persoanele cărora li se subordonează despre încălcarea drepturilor sale morale și impedimentele apărute în timpul aflării la locul de lucru pentru luarea unor măsuri adecvate.

**IV. RESPONSABILITĂȚI****8. Asistentul medical al serviciului geriatric este responsabil de:**

- a) volumul de asistență medicală geriatrică acordat pacienților din secție în conformitate cu principiile geriatrice;
- b) propriile decizii luate în cadrul activității, calitatea asistenței medicale, reieșind din atribuțiile de post și responsabilitățile sale;
- c) corectitudinea și promptitudinea realizării sarcinilor de muncă, calitatea activității desfășurate de către personalul subordonat, respectarea normelor de securitate și de protecție a muncii, precum și a normelor de etică și deontologie medicală;
- d) respectarea drepturilor pacientului;
- e) respectarea confidențialității actului medical;
- f) respectarea Regulamentului secției;
- g) realizarea deciziilor medicului geriatru și a specialiștilor de profil îngust ce consultă bolnavul în concordanță cu medicul curant și șeful de secție;
- h) asistarea pacientului în timpul anumitor proceduri medicale, de recuperare, în timpul efectuării analizelor de laborator și a investigațiilor instrumentale;

- k) primirea bolnavului la internare în secție cu completarea fișei bolnavului de staționar, la capitolul – date generale;
- l) completarea documentației medicale necesare după prescrierea tratamentului de către medicul geriatru;
- m) verificarea cantitativă a medicamentelor din dotare și valabilitatea acestora, precum și controlul prezenței în secție a medicamentelor necesare pentru acordarea ajutorului de urgență;
- n) informarea obligatorie a medicilor despre problemele observate la pacienții internați în secție.

## V. DISPOZIȚII FINALE

- 9. Asistentul medical al serviciului geriatric nu eliberează nici un fel de certificat medical, inclusiv certificat de concediu medical, aviz medico-legal, certificat de deces, nu prescrie solicitanților tratament programat.
- 10. Asistentul medical al secției de geriatrie respectă și îndeplinește decizia șefului de secție, a medicului geriatru, a asistentului universitar sau a conducerii spitalului.
- 11. Controlul asupra activității asistentului medical al secției de geriatrie se realizează în ordinea stabilită de către șeful de secție, directorul spitalului

**FIȘA DE POST A NURSEI SECȚIEI GERIATRIE ȘI SECȚIEI BOLI INTERNE CU PATURI GERIATRICE**

**I. DISPOZIȚII GENERALE**

1. Nursa secției de geriatrie și a secției de boli interne cu paturi geriatrice (în continuare nursa serviciului geriatric) e s t e persoana cu instruire în nursing, confirmată documentar.
2. Nursa serviciului geriatric este subordonată șefului secției de geriatrie și activează în concordanță cu medicii geriatri, asistenții universitari, asistenți medicali (exercitând atribuțiile sale în colaborare cu asistentul medical).
3. Nursa serviciului geriatric este asistată la necesitate de către infirmierele din secție.
4. Nursa serviciului geriatric își desfășoară activitatea în conformitate cu prevederile actelor legislative, normative, de directivă în vigoare ale MS la capitolul sănătății publice și asistenței medicale, prevederilor Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, ordinele, dispozițiile, indicațiile asistentului medical, șefului de secție, a medicului geriatru, a asistentului universitar sau a conducerii spitalului.
5. Nursa serviciului geriatric este angajată și eliberată din funcție în conformitate cu legislația în vigoare, de către directorul spitalului unde activează.

**II. ATRIBUȚIILE NURSEI****6. Atribuțiile nursei serviciului geriatric sînt următoarele:**

- a) primirea bolnavului la internare și ajutor la plasarea lui în salon;
- b) acordarea îngrijirii conform indicațiilor înregistrate în fișa medicală a pacientului din secție, precum și celor verbale ale medicilor din secție, asistenților universitari, asistenților medicali;
- c) efectuarea toaletei de dimineață a bolnavului cu participarea la maximum a pacientului, ținînd cont de gradul lui de dependență;
- d) ajutor la ridicare din pat, îmbrăcare, schimbarea hainelor, mers;
- e) îngrijirea cavității bucale prin prelucrare cu soluții antiseptice, hidratante, aplicarea gelurilor hidratante;
- f) asistența în pregătirea bolnavului de către asistentul medical pentru diferite acte medicale conform indicațiilor medicului geriatru;
- g) distribuirea mîncării la patul bolnavilor dependenți și hrănirea lor la necesitate;
- h) confortul bolnavului, inclusiv psihic și moral;
- i) ajutor în asistența medicală de urgență la necesitate;
- j) luarea pulsului, tensiunii, schimbarea pansamentelor necomplicate;
- k) respectarea normelor sanitaro-antiepidemice;
- l) asistență și recomandări infirmierelor cu privire la măsurile de salubritate în salonul bolnavului;
- m) observarea oricăror devieri de la normă apărute la pacientul care este îngrijit (comportament neadecvat, hiperemia tegumentelor, refuzul mîncării, oricare alte schimbări);
- n) supravegherea bolnavilor în timpul nopții;
- o) participarea sistematică la instruire și cursuri de perfecționare, la întruniri practico-științifice.

**III. DREPTURILE NURSEI****7. Nursa serviciului geriatric are dreptul să:**

- a) controleze activitatea infirmierelor;
- b) contribuie cu propuneri referitor la perfectarea nivelului asistenței medicale geriatrice;
- c) participe la examinarea sugestiilor, cererilor, petițiilor ce țin de acordarea asistenței medicale geriatrice;
- d) apeleze în caz de necesitate la ajutorul consultativ al asistenților medicali, medicului geriatru, asistenților universitari, șefului de secție;
- e) înștiințeze persoanele cărora li se subordonează despre încălcarea drepturilor sale morale și impedimentele apărute în timpul aflării la locul de lucru pentru luarea unor măsuri adecvate.

**IV. RESPONSABILITĂȚILE****8. Nursa serviciului geriatric este responsabilă de:**

- a) volumul de îngrijire acordat pacienților din secție în conformitate cu principiile geriatrice;
- b) propriile decizii luate în cadrul activității, calitatea îngrijirii medicale, reieșind din atribuțiile de post și responsabilitățile sale;
- c) corectitudinea și promptitudinea realizării sarcinilor de muncă, calitatea activității desfășurate de către personalul subordonat, respectarea normelor de securitate și de protecție a muncii, precum și a normelor de etică și deontologie medicală;
- d) respectarea drepturilor pacientului;
- e) respectarea confidențialității actului medical;
- f) respectarea Regulamentului secției;
- g) respectarea condițiilor sanitaro-igienice, purtarea halatului sau costumului medical la locul de lucru;
- h) realizarea deciziilor asistenților medicali, medicului geriatru și a specialiștilor de profil îngust ce consultă bolnavul în concordanță cu medicul curant și șeful de secție;



- i) asistarea pacientului în timpul anumitor proceduri medicale, de recuperare, în timpul efectuării analizelor de laborator și a investigațiilor instrumentale;
- j) completarea documentației medicale necesare cu privire la îngrijirea bolnavului cu descrierea procedurii de îngrijire, observații cu privire la comportament, schimbări noi apărute, durere;
- k) informarea obligatorie a medicilor despre problemele observate la pacienții internați în secție;
- l) menținerea contactului cu rudele pacientului.

## V. DISPOZIȚII FINALE

- 9. Nursa serviciului geriatric nu eliberează nici un fel de certificat medical, inclusiv certificat de concediu medical, aviz medico-legal, certificat de deces, nu prescrie solicitanților tratament programat.
- 10. Nursa secției de geriatrie respectă decizia asistentului medical, șefului de secție, a medicului geriatru, a asistentului universitar sau a conducerii spitalului.
- 11. Controlul asupra activității nursei secției de geriatrie se realizează în ordinea stabilită de către șeful de secție, directorul spitalului republican, municipal, raional.

**FIȘA DE POST A INFIRMIERULUI SECȚIEI GERIATRIE  
ȘI SECȚIEI BOLI INTERNE CU PATURI GERIATRICE****I. DISPOZIȚII GENERALE**

1. Infirmierul secției de geriatrie și al secției de boli interne cu paturi geriatrice (în continuare infirmierul serviciului geriatric) este colaborator medical inferior, cu pregătire de bază minim în școala generală, cu instruire în prealabil cu privire la activitatea în secție, ținând cont de specificul geriatric.
2. Infirmierul serviciului geriatric este obligat să posede unele cunoștințe generale cu privire la particularitățile de conduită cu pacientul geriatric, problemele geriatrice, de îngrijire a bolnavilor, conform normelor în geriatrie.
3. Infirmierul serviciului geriatric este subordonat asistentului medical, medicului geriatru, șefului de secție, șefului spitalului.
4. Infirmierul serviciului geriatric își desfășoară activitatea în conformitate cu prevederile actelor legislative, normative, de directivă în vigoare ale MS la capitolul sănătății publice și asistenței medicale, prevederilor Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, ordinele, dispozițiile, indicațiile șefului de secție, a medicului geriatru, a asistentului universitar, asistentului medical sau a conducerii spitalului.
5. Infirmierul serviciului geriatric este angajat și eliberat din funcție în conformitate cu legislația în vigoare, de către directorul spitalului republican, municipal, raional unde activează.



## II. ATRIBUȚIILE INFIRMIERULUI

### 6. Atribuțiile infirmierului serviciului geriatric sunt următoarele:

- a) respectarea Regulamentului secției de geriatrie și a secției de boli interne cu paturi geriatrice;
- b) respectarea și îndeplinirea deciziilor luate în cadrul serviciului de către medicul geriatru și asistentul medical;
- c) cunoașterea gradului de risc posibil în utilizarea aparatajului medical, dispozitivelor, consumabilelor, care au tangență la realizarea fișei sale de post (inclusiv: soluțiile folosite pentru efectuarea lucrărilor de salubritate, tipurile de dezinfecție, antiseptice etc);
- d) starea sanitară adecvată a salonului, secției cu toate încăperile auxiliare, dezinfecția acestora, în conformitate cu cerințele sanitare-igienice și întreținerea continuă a ordinii;
- e) utilizarea tehnicilor specifice funcției ocupate;
- f) ajutor acordat, în caz de necesitate, medicilor, asistentelor medicale, nursingelor în îngrijirea bolnavului, asistență în caz de efectuare a unor proceduri medicale, investigații, însoțirea pacientului.

## III. DREPTURILE INFIRMIERULUI

### 7. Infirmierul serviciului geriatric are dreptul să:

- a) contribuie cu propuneri referitor la perfectarea nivelului asistenței medicale geriatrice, ameliorarea condițiilor de lucru ale colaboratorilor din secție, măsurile de menținere a ordinii în secție și îngrijire a bolnavilor;
- b) înștiințeze persoanele cărora li se subordonează despre încălcarea drepturilor sale morale și impedimentele apărute în timpul aflării la locul de lucru pentru luarea unor măsuri adecvate.

#### IV. RESPONSABILITĂȚILE

##### 8. Infirmierul serviciului geriatric este responsabil de:

- a) realizarea calitativă a activității conform funcției sale;
- b) îndeplinirea necondiționată a sarcinilor de muncă;
- c) efectuarea riguroasă a lucrărilor de salubritate în toate încăperile din secție în conformitate cu cerințele în vigoare;
- d) supravegherea și păstrarea bunurilor materiale ale secției: aparataj material, lenjerie;
- e) respectarea drepturilor pacientului;
- f) respectarea confidențialității activității desfășurate în secție;
- g) respectarea Regulamentului secției;
- h) respectarea normelor de securitate a muncii, precum și a principiilor de etică și deontologie medicală;
- i) manifestarea reacției adecvate și prompte la indicațiile personalului medical în subordonarea cărora se află;
- k) ajutor asistentului medical în asistarea pacientului în timpul anumitor proceduri medicale, de recuperare, în timpul efectuării analizelor de laborator și a investigațiilor instrumentale;
- l) efectuarea în comun cu nursele a toaletei bolnavului, însoțirea lui la proceduri, acte medicale;
- m) informarea obligatorie a medicilor despre problemele observate la pacienții internați în secție.

#### V. DISPOZIȚII FINALE

9. Infirmierul serviciului geriatric respectă decizia șefului de secție, a medicului geriatru, a asistentului universitar, asistentului medical sau a conducerii spitalului.
10. Controlul asupra activității infirmierului serviciului geriatric se realizează în ordinea stabilită de către șeful de secție, directorul spitalului.



## STANDARDUL DE EVALUARE A PACIENTULUI GERIATRIC

Conform criteriilor internaționale de evaluare a pacientului geriatric în instituțiile de profil geriatric, pacientul vîrstnic va fi examinat conform următoarelor principii:

1. Medicul geriatru al secției de geriatrie și secției consultative evaluează:
  - a) starea sănătății fizice a pacientului;
  - b) nivelul de autonomie în îmbrăcare, toaletă, transfer, alimentație, deplasare în interior și exterior;
  - c) starea analizatorilor (vizual, auditiv)
  - d) problemele de continență ;
  - e) statutul mental, orientarea în timp și spațiu;
  - f) coerența în comportament ;
  - g) prezența sindromului dolo;
  - h) posibilitatea de gestiune a bugetului, utilizare a telefonului, transportului ;
  - i) legăturile sociale.
2. Evaluarea are loc în echipă cu participarea geriatrului, psihologului, dieteticianului, asistentului social. Se colectează anamneza de la pacient și de la rudele pacientului. La necesitate se apelează la medicii specialiști – cardiolog, neurolog, oftalmolog, ș.a.
3. Ca rezultat al evaluării problemelor de sănătate fizică și a depistării problemelor mari geriatrice, se elaborează un plan individual de diagnostic în baza ipotezelor de diagnostic în conformitate cu examenul primar.

4. Ca rezultat al evaluării clinice, paraclinice și medico-sociale se stabilește un plan de tratament conform principiilor internaționale. Ținând cont de faptul că nu există protocoale și standarde în geriatria internațională ce țin de diagnostic și tratament al nozologiilor aparte la pacientul vîrstnic fragil, planul de tratament va fi strict individual luînd în considerație aspectul de polipatologie și multiple sindroame geriatrice la vîrstnic. Se vor lua în considerație protocoalele naționale pe diferite nozologii la adulți. Deasemenea se vor elabora recomandări în plan de asistență socială după externarea pacientului.
5. Conform cerințelor internaționale în geriatrie pe larg se vor utiliza metode de recuperare geriatică (medicală, kinetoterapie, ergoterapie, psihologică) și se vor face recomandări în plan nutrițional.
6. Diagnosticul pacientului vîrstnic va purta caracter medical, gerontologic specific, social. În secțiile de geriatrie diagnosticul se va stabili pe etape în formă de ipoteze diagnostice, avînd în vedere probabilitatea schimbărilor frecvente în starea generală a vîrstnicului fragil, astfel încît diagnosticul clinic definitiv va fi formulat la externarea pacientului.
7. La externare pacientul va primi extrasul din fișa medicală a bolnavului de staționar cu indicarea diagnosticului final (medical, gerontologic specific, social), rezultatelor analizelor de laborator și investigațiilor instrumentale, rezultatele scorurilor de evaluare geriatică, recomandări de tratament, conduită, recuperare, precum și de caracter social.



8. Datele și concluziile examinării geriatrice standardizate vor fi introduse în Fișa de Evaluare Geriatrică în staționar și în secțiile consultative, întocmite conform modelului din anexa nr. 10.
9. Conform recomandărilor experților în domeniul geriatriei și gerontologiei (Franța, Israel, SUA, România, Spania, Italia), este obligatoriu de a utiliza în Evaluarea Geriatrică Standardizată a pacientului vîrstnic a următoarelor scoruri internaționale, conform anexei nr. 10:
  - a) Scorul Katz (Activity of Daily Living) - evaluarea activității de fiecare zi;
  - b) Scorul Lawton (Instrumental Activities of Daily Living) - evaluarea activității instrumentale a vieții cotidiene;
  - c) Scorul de depresie Hamilton;
  - d) determinarea indicelui masei corporale;
  - e) factorii predictivi ai căderilor;
  - f) evaluarea statutului mintal.

**FIȘA DE EVALUARE GERIATRICĂ**

Nr. \_\_\_\_\_

**PACIENTUL**

**Vîrsta**

**Numele** \_\_\_\_\_

**Prenumele** \_\_\_\_\_

**Vîrsta** \_\_\_\_\_

**Data și ora internării** \_\_\_\_\_

**Medicul examinator** \_\_\_\_\_

**VIZITA PRIMARĂ**

**Acuzele**

**Istoricul bolii**

**Istoricul vieții**

*Studii*

*Profesia*

***Starea socială și condiții de trai***

***Deprinderi dăunătoare***

***Antecedente personale***

***Antecedente patologice (afecțiuni suportate în trecut)***

***Antecedente familiale***

***Alergie, reacții adverse***

**Tratamentul la internare**

*Prescris de medic*

*Administrat de sinestătător*

**Examenul obiectiv**

***Starea generală:*** gravă, de gravitate medie, satisfăcătoare



*Atitudinea bolnavului: activă, pasivă forțată*

*Starea de nutriție* \_\_\_\_\_

*Hidratarea*

*Edeme*

*Starea tegumentelor*

**EXAMEN NEUROLOGIC**

Dispoziție

Somn

Funcțiile cognitive

Limba

Comportament

Reflexe osteotendinoase

Reflexe patologice

Altele

**EXAMEN PSIHIATRIC**

Comentarii

Concluzii

**EXAMEN AL SISTEMULUI RESPIRATOR**

Inspecția:

torace conformat normal, patologic (de specificat dereglarea  
\_\_\_\_\_)

tip respirator: costal, costo-abdominal

amplitudinea respiratorie la cele două hemitorace \_\_\_\_\_

Palpația

Vibrații vocale – se transmit nemodificate pe întreaga arie  
pulmonară, se transmit modificate \_\_\_\_\_

Percuția

Sonoritate pulmonară \_\_\_\_\_

Auscultația

Murmur vezicular, murmur înăsprit, murmur diminuat (localizarea \_\_\_\_\_)

**EXAMEN AL SISTEMULUI CARDIOVASCULAR**Inspekția

modificări de formă a regiunii precordiale \_\_\_\_\_

Palpația

Șocul apexian se determină în spațiul intercostal \_\_\_\_\_, pe linia medioclaviculară, lateral de linia medioclaviculară cu \_\_\_\_\_ cm

Percuția

Limitele matității relative a cordului: dreapta – la nivelul coastei IV pe linia sternală dreaptă, depășește marginea dreaptă a sternului cu \_\_\_\_\_ cm; stânga – la nivelul spațiului intercostal V, cu 1,5 cm medial pe linia medioclaviculară stângă, lateral de linia medioclaviculară cu \_\_\_\_\_ cm.

Auscultația

Zgomotele cardiace sunt ritmice, aritmice \_\_\_\_\_, de sonoritate normală, diminuate \_\_\_\_\_, accentul zgomotului

Frecvența contracțiilor cordului pe minut \_\_\_\_\_, Ps \_\_\_\_\_ bătăi / minut

Tensiunea arterială: m. dr. \_\_\_\_\_, m. stg. \_\_\_\_\_

**EXAMEN AL SISTEMULUI DIGESTIV**Limba umedă, saburată cu depuneri albicioase, gălbui, brune, cu ulcerații \_\_\_\_\_, fără depuneri, altele \_\_\_\_\_

Abdomenul: de formă obișnuită, mărit în volum, retractat. La palpare este suplu, meteorizat, dolor

Garguiment intestinal \_\_\_\_\_

Ficatul: nu (se) palpează. Consistența \_\_\_\_\_

Proiemină sub rebordul costal cu \_\_\_\_\_ cm. Dimensiunile percutor după Kurlov \_\_\_\_\_

Splina: nu (se) palpează. E mărită cu \_\_\_\_\_ cm sub rebordul costal. Consistența \_\_\_\_\_

Scaunul: cu frecvența \_\_\_\_\_, consistența \_\_\_\_\_.

Diaree. Constipație.

#### **EXAMEN AL SISTEMULUI URINAR**

Micțiunile libere, dificile (cu dureri, arsuri). Frecvența \_\_\_\_\_ . La palpare bimanuală rinichii nu (se) palpează \_\_\_\_\_. Semnul percuziei lombare – negativ, pozitiv din dreapta, stânga, bilateral.

#### **EXAMEN AL SISTEMULUI ENDOCRIN**

#### **EXAMEN AL SISTEMULUI OSTEOLOCOMOTOR**

Starea aparatului articular

Starea sistemului muscular

Transferul

Mersul

## CONCLUZII ALE EXAMINĂRII GERIATRICE

### OBSERVAȚII

#### GRAD DE DEPENDENȚĂ

**Gradul IA** – persoanele care și-au pierdut autonomia mentală, corporală, locomotorie, socială și pentru care este necesară prezența continuă a personalului de îngrijire.

**Gradul IB** – persoane grabatate, lucide sau ale căror funcții mentale nu sunt în totalitate alterate și care necesită supraveghere și îngrijire medicală pentru marea majoritate a activităților vieții curente, noapte și zi.

**Gradul IC** – persoane cu tulburări mentale grave (demențe) care și-au conservat, în totalitate sau în mod semnificativ, facultățile lor locomotorii, cât și unele gesturi cotidiene pe care le efectuează numai stimulați.

Necesită supraveghere permanentă, îngrijiri destinate tulburărilor de comportament cât și îngrijiri regulate pentru unele din activitățile corporale.

**Gradul IIA** – persoane care și-au conservat autonomia mentală și parțial autonomia locomotorie, dar care necesită ajutor zilnic pentru unele activități de bază ale vieții de zi cu zi.

**Gradul IIB** – persoane care nu se pot mobiliza singure din poziția culcat în picioare, dar care, odată ridicate, se pot deplasa în interiorul camerei de locuit și necesită ajutor parțial pentru unele din activitățile de bază ale vieții de zi cu zi.



**Gradul IIC** – persoane care nu au probleme locomotorii, dar care necesită să fie ajutate pentru activitățile de igienă corporală și activitățile instrumentale.

**Gradul IIIA** – persoane care se deplasează singure în interiorul locuinței, se alimentează și se îmbracă singure dar necesită un ajutor regulat pentru activitățile instrumentale ale vieții de zi cu zi; în situația în care aceste persoane sunt găzduite într-un cămin pentru persoanele vârstnice se consideră independente.

**Gradul IIIB** – persoane care nu și-au pierdut autonomia și pot efectua singure activitățile vieții cotidiene.

**RISCU**

**IPOTEZE DE DIAGNOSTIC**

---

---

---

---

**DIAGNOSTIC PEVENTIV LA INTERNARE**

---

---

---

---

**DIAGNOSTIC CLINIC DEFINITIV**

*(Este stabilit înainte de ziua externării)*

---

---

---

---



## INVESTIGAȚII INSTRUMENTALE

### **ECG**

ARGUMENTAREA INDICAȚIEI

REZULTAT

### **RADIOGRAFIA PULMONARĂ**

ARGUMENTAREA INDICAȚIEI

REZULTAT

### **ULTRASONOGRAFIA ORGANELOR INTERNE**

ARGUMENTAREA INDICAȚIEI

REZULTAT

### **REOENCEFALOGRAFIA**

ARGUMENTAREA INDICAȚIEI

REZULTAT

### **ECHOENCEFALOGRAFIA**

ARGUMENTAREA INDICAȚIEI

REZULTAT

### **FIBROGASTROSCOPIA**

ARGUMENTAREA INDICAȚIEI

REZULTAT

### **BRONHOSCOPIA**

ARGUMENTAREA INDICAȚIEI

REZULTAT

### **INVESTIGAȚII INSTRUMENTALE SPECIALIZATE EFECTUATE ÎN BAZĂ DE CONTRACT CU ALTE INSTITUȚII MEDICALE**

ARGUMENTAREA INDICAȚIEI

REZULTAT

CONSULTAȚIILE SPECIALIȘTILOR  
CONSULTAȚIA NEUROLOGULUI  
CONSULTAȚIA UROLOGULUI  
CONSULTAȚIA ENDOCRINOLOGULUI  
CONSULTAȚIA CARDIOLOGULUI  
CONSULTAȚIA OFTALMOLOGULUI  
CONSULTAȚIA ORL (SURDOLOGULUI)  
CONSULTAȚIA FIZIOTERAPEUTULUI  
INDICAȚII FIZIOTERAPIE  
EVIDENȚA PROCEDURILOR FIZIOTERAPEUTICE

**REZULTATELE EVALUĂRII GERIATRICE**

*(conform scorurilor geriatrice de evaluare generală și specială)*

EVALUAREA ACTIVITĂȚII FUNCȚIONALE

Scorul KATZ (activitatea fizică de fiecare zi)

Scorul LAWTON (activitatea instrumentală de fiecare zi)

EVALUAREA STATUTULUI COGNITIV

Minimental Status Test

EVALUAREA DEPRESIEI

EVALUAREA ECHILIBRULUI ȘI A MERSULUI

Alte scoruri



**EPICRIZA DE EXTERNARE**

PACIENTUL \_\_\_\_\_

INTERNAT \_\_\_\_\_

EXTERNAT \_\_\_\_\_

MEDICUL CURANT \_\_\_\_\_

DIAGNOSTIC LA EXTERNARE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EVOLUȚIA BOLII

INVESTIGAȚII EFECTUATE

EVALUARE GERIATRICĂ SPECIALIZATĂ

(REZULTATELE SCORURILOR GERIATRICE)

RECOMADĂRI

ÎN PLAN SOCIAL

ÎN PLAN DE CONDUITĂ

ÎN PLAN DE TRATAMENT

OBSERVAȚII

**SCORUL KATZ***(Activity of Daily Living)**Evaluarea activității de fiecare zi*

| <b>Activitatea</b>                               | <b>Criterii</b>   | <b>Scorul</b> |
|--|---|---------------|
| Mănîncă  | Mănîncă fără ajutor   | 2             |
|  | Necesită ajutor doar la tăierea cărnii și la ungera pâinii cu unt   | 1             |
|  | Necesită ajutor la mîncare sau este hrănit intravenos   | 0             |
| Se îmbracă                                       | Se îmbracă fără ajutor  | 2             |
|  | Necesită ajutor doar la legarea șireturilor la încălțăminte   | 1             |
|  | Necesită ajutor la îmbrăcare sau rămâne parțial dezbrăcat   | 0             |
| Se spală<br>(spălare cu buretele, duș, săponire) | Se spală fără ajutor  | 2             |
|  | Necesită ajutor doar la spălarea unei părți a corpului (de ex. spatele)                                   | 1             |
|  | Necesită ajutor la spălarea mai multor părți ale corpului sau nu este apt de a se spăla de sine stătător. | 0             |
| Transferul                                       | Se transferă în pat și de pe pat sau scaun fără ajutor (dar poate folosi bastonul sau deambulatorul)      | 2             |
|  | Necesită ajutor la transferul în pat și de pe pat sau scaun   | 1             |
|  | Nu se deplasează din pat  | 0             |



|            |   |   |
|------------|---|---|
| Toaleta    | Merge la baie, folosește toaleta, se îngrijește de sine înseși, aranjează hainele și revine în cameră fără ajutor (dar poate folosi bastonul sau deambulatorul pentru sprijin, poate folosi oala noaptea) | 2 |
|            | Necesită ajutor pentru a merge la baie, folosi toaleta, a se îngriji pe sine înseși, a aranja hainele și a reveni.  | 1 |
|            | Nu merge la baie  | 0 |
| Continența | Își controlează funcția intestinului și a vezicii urinare complet (fără accidente ocazionale)   | 2 |
|            | Ocazional pierde controlul asupra intestinului sau a vezicii urinare  | 1 |
|            | Necesită supraveghere pentru a controla funcția intestinului și a vezicii urinare, necesită cateter sau este incontinent  | 0 |

### SCORUL LAWTON

*(Instrumental Activities of Daily Living)*

*Evaluarea activității instrumentale a vieții cotidiene*

| Activitatea  | Criterii   | Scorul |
|--|--|--------|
| Sunteți în stare să vă preparați de sine stătător mâncare?                         | Fără ajutor  | 2      |
|  | Cu un ajutor oarecare sau                            | 1      |
|  | Sunteți complet inapt de a vă pregăti mâncare?       | 0      |
| Sunteți în stare să efectuați de sine stătător lucrul prin casă sau lucrul manual? | Fără ajutor  | 2      |
|  | Cu un ajutor oarecare sau                            | 1      |
|  | Sunteți complet inapt de a efectua lucrul prin casă? | 0      |
| Sunteți în stare să vă spălați de sine stătător hainele?                           | Fără ajutor  | 2      |
|  | Cu un ajutor oarecare sau                            | 1      |
|  | Sunteți complet inapt de a vă spăla hainele?         | 0      |

|  |   |   |
|--|---|---|
| Vă administrați sau sunteți în stare de a administra medicamentele prescrise?  | Fără ajutor (adică doze corecte și la timp adecvat)   | 2 |
|  | Cu un ajutor oarecare (adică cineva vă pregătește medicamentele sau vă amintește să le luați) sau | 1 |
|  | Sunteți complet inapt de a administra medicamente fără ajutor?                                    | 0 |
| Sunteți în stare să reveniți la locul de pornire după ce ați făcut o plimbare? | Fără ajutor   | 2 |
|  | Cu un ajutor oarecare sau   | 1 |
|  | Sunteți complet inapt de a călători cu toate că toate momentele de călătorie sunt prevăzute       | 0 |
| Sunteți în stare să mergeți la cumpărături?                                    | Fără ajutor   | 2 |
|  | Cu un ajutor oarecare sau   | 1 |
|  | Sunteți complet inapt de a merge la cumpărături?  | 0 |
| Sunteți în stare să vă gestionați banii?                                       | Fără ajutor   | 2 |
|  | Cu un ajutor oarecare sau   | 1 |
|  | Sunteți complet inapt de a vă gestiona banii?   | 0 |
| Sunteți în stare să folosiți telefonul?  | Fără ajutor   | 2 |
|  | Cu un ajutor oarecare sau   | 1 |
|  | Sunteți complet inapt de a vă folosi de telefon?  | 0 |

Unele întrebări sunt specifice pentru genul feminin sau masculin

Scorul maxim este de 16, cu toate că scorul se apreciază pentru fiecare pacient



## DETERMINAREA INDICELUI MASEI CORPORALE (QUETELET)

$$IMC = m \text{ (kg)} / h \text{ (m)}^2$$

*Interpretarea indicelui de masă corporală*

| IMC                  | Interpretare         |
|----------------------|----------------------|
| sub 18,5             | subponderal          |
| între 18,51 si 24,99 | greutate normală     |
| între 25,00 si 29,99 | supraponderal        |
| între 30,00 si 34,99 | obezitate (clasa I)  |
| între 35,00 si 39,99 | obezitate (clasa II) |
| peste 40             | obezitate morbidă    |

### FACTORII PREDICTIVI AI CĂDERILOR

- Numărul căderilor anterioare
- Timpul pierdut pe podea mai mult de 3 ore
- Scorul testului Tinetti < 20 de puncte (*evaluat la necesitate după ce au fost semnalate episoade de căderi*)
- Execuția testului cronometrat **Get up and go** în mai mult de 20 de secunde
- Menținerea poziției într-un picior mai puțin de 5 secunde
- Dereglarea reacției de adaptare posturală: reacția de echilibrare și reacția para-cădere (*la dereglarea echilibrului pacientul cade în partea unde este împins de către examinator*)
- Oprirea din mers în timp ce examinatorul inițiază convorbirea cu persoana testată

## TESTUL DE RIDICARE DE PE SCAUN AL LUI MATHIAS

*(get up and go test)**versiunea cronometrată (timed up and go)*

Etapale:

- ✓ ridicarea de pe scaun,
- ✓ mersul înainte la 3 metri,
- ✓ efectuarea unui semicerc,
- ✓ revenirea la scaun,
- ✓ așezarea după un cerc efectuat în jurul scaunului.

Testul ce a durat mai mult de 20 de secunde mărturisește despre fragilitatea posturală a individului și riscul căderii ulterioare.

## EVALUAREA STATUTULUI MENTAL

Numele, prenumele pacientului

Vârsta \_\_\_\_\_

**Orientare în timp**

Correct

Incorect

În ce dată suntem?

În ce lună suntem?

În ce an suntem?

În ce zi suntem?

În ce anotimp suntem?

Total: \_\_\_\_\_

**Orientare în spațiu**

În ce local suntem?

În ce cameră suntem?

În ce oraș suntem?

În ce țară suntem?

În ce regiune suntem?

Total: \_\_\_\_\_



### **Memorie imediată**

Întrebați dacă puteți testa memoria pacientului. Apoi spuneți “minge”, “steag”, “copac” clar și rar. După ce ați pronunțat toate cele 3 cuvinte, rugați pacientul să le repete – prima repetare determină scorul (0-3):

Minge

Steag

Copac

Total: \_\_\_\_\_

### **Atenția**

A) Rugați persoana ca începând cu 100 să scadă din fiecare cifră obținută ca rezultat al scăderii cite 7. Vă opriți după 5 scăderi.

Apreciați scăderea corectă .

93

86

79

72

65

Total: \_\_\_\_\_

B) Rugați persoana să numească pe litere cuvântul ”POPOR” începând cu sfârșitul cuvântului. Se apreciază fiecare literă numită în ordine corectă.

R

O

P

O

P

Total: \_\_\_\_\_

### **Memorizare verbală întârziată**

Rugați persoana să vă numească cele 3 cuvinte amintite anterior.

Minge

Steag

Copac

Total: \_\_\_\_\_

**Aprecierea vizuală**

Arătați-i persoanei un ceas și stilou și întrebați ce vede.

Ceas

Stilou

Total: \_\_\_\_\_

**Repetare**

Rugați persoana să repete:

“Nu dacă, și, sau dar”

**Ordonare în 3 etape**

Dați-i persoanei, o foaie de hârtie și rugați: “Luați foaia în mâna Dvs, îndoiți-o în 2, și aruncați-o pe podea.”

Apucare

Îndoiere

Aruncare

Total: \_\_\_\_\_

**Citire**

Dați-i persoanei o foaie de hârtie și propuneți-i să citească ceea ce e scris și să repete întocmai însărcinarea propusă. “ÎNCHIDEȚI OCHII”

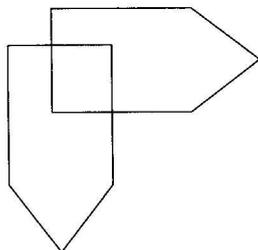
**Scriere**

Rugați persoana să scrie o propoziție care să conțină părțile principale ale propoziției și să fie cu sens:

**Copiere**

Dați-i persoanei o foaie de hârtie cu un desen din 2 figuri și propuneți-i să-l copieze întocmai.

Se apreciază cu un punct dacă copierea este corectă. Trebuie să fie prezente toate unghiurile figurilor, și figura trebuie să aibă un unghi ce se suprapune.



Scorul total: \_\_\_\_\_

### **Apreciere**

Scorul maxim al testului de evaluare a statutului mental este 30.

Categoriile posibile:

24 – 30: scor normal

20 – 23: dereglare cognitivă ușoară sau posibil stadiul incipient / ușor al maladiei Alzheimer

10 – 19: stadiu mediu sau moderat al maladiei Alzheimer

0 – 9: stadiu tardiv / sever al maladiei Alzheimer

**SCORUL DE DEPRESIE HAMILTON****1. Dispoziție depresivă**

**0** = Absență.

**1** = Această afirmație este indicată doar la interogare.

**2** = Această afirmație este indicată spontan.

**3** = Starea este redată fără comunicare verbală – expresia feței, postura, tendința de a plânge

**4** = Pacientul relatează virtual doar despre aceste stări depressive prin comunicare verbală și non-verbală.

**2. Lucrul și activități**

**0** = Fără dificultăți.

**1** = Gânduri și senzații de incapacitate, fatigabilitate sau slăbiciune atribuită activităților, lucrului, hobby-ului.

**2** = Pierderea interesului față de activități, hobby și lucru – fie relateate direct de pacient, fie observate prin prezența apatiei, indiciziei, ezitării (senzație de a fi impus de sine însuși să lucreze sau să activeze).

**3** = Reducerea timpului de efectuare a activităților și scăderea productivității muncii. În condiții de spital, în caz dacă pacientul nu petrece cel puțin 3 ore în activitatea sa zilnică (lucrul la spital sau hobby) exclusiv treburi gospodărești.

**4** = Stoparea lucrului din cauza patologiei prezente. În condiții de spital – dacă pacientul refuză sau nu este în stare să îndeplinească sarcinile ce țin de persoana sa, chiar fiind ajutat de personal.

**3. Interpretare sociologică**

**0** = Contactează cu alte persoane ca de obicei.

**1** = Este mai puțin interesat de a cotacta cu oamenii.

**2** = Interacționează mai puțin cu alte persoane în diferite situații sociale (opționale).

**3** = Interacționează mai puțin cu alte persoane în situații de lucru sau familie. (adică dacă este necesar).

**4** = Excluderea din participarea la viața de familie și activitate profesională.



#### **4. Simptome genitale**

**0** = Absente.

**1** = Ușoare.

**2** = Severe.

#### **5. Simptome somatice - GI**

**0** = Niciunul.

**1** = Scăderea poftei de mâncare, dar mănâncă dacă se insistă. Senzații de disconfort ușoare în abdomen..

**2** = Dificultatea de a mânca fără ca să se insiste. Necesită laxative sau medicație pentru ameliorarea funcției intestinale.

#### **6. Scăderea masei corporale**

**0** = Nu este.

**1** = Pierdere probabilă asociată cu patologii preexistente.

**2** = Conform spuselor pacientului – pierdere certă a masei corporale.

#### **7. Adaos în masa corporală**

**0** = Nu este.

**1** = Adaos probabil datorită depresiei recente.

**2** = Conform spuselor pacientului adaos cert ca rezultat al simptomatiei depresive.

#### **8. Creșterea poftei de mâncare**

**0** = Nu este majorată.

**1** = Dorința de a mânca ușor majorată în comparație cu cea obișnuită.

**2** = Dorința de a mânca majorată în comparație cu cea obișnuită.

**3** = Dorința de a mânca exagerat majorată în comparație cu cea obișnuită.

#### **9. Creșterea aportului de produse alimentare**

**0** = Nu mănâncă mai mult decât de obicei.

**1** = Mănâncă puțin mai mult decât de obicei.

**2** = Mănâncă mai mult decât de obicei.

**3** = Mănâncă cu mult mai mult decât de obicei.

#### **10. Schimbarea preferințelor gustative**

**0** = Nu este schimbarea preferințelor gustative.

**1** = Dorința majorată sau consumul mai frecvent al dulciurilor decât anterior.

2 = Dorința majorată sau consumul cu mult mai frecvent al dulciurilor decât anterior.

3 = Dorința irezistibilă și consumul exagerat al dulciurilor.

### 11. Insomnia timpurie

0 = Nu sunt dificultăți în adormire.

1 = Plângeri sau dereglări ocazionale în adormire mai mult de 1/2 oră.

2 = Plângeri la insomnie nocturnă.

### 12. Insomnia - Ușoară

0 = Nu sunt dificultăți.

1 = Pacienții acuză fatigabilitate și insomnie nocturnă.

2 = Treziri nocturne – mai mult de 2 ridicări din pat (excepție - nicturia).

### 13. Insomnia tardivă

0 = Nu sunt dificultăți.

1 = Treziri matinale, dar cu adormire ulterior.

2 = Imposibilitate de a adormi odată ce s-a ridicat din pat.

### 14. Hipersomnia

0 = Nu este majorată perioada somnului.

1 = Cel puțin 1 oră în surplus.

2 = 2 ore +.

3 = 3 ore +.

4 = 4 ore +.

### 15. Simptome somatice - Generale

0 = Nu sunt.

1 = Greutate în membre, spate, cap. Lumbalgii, cefalee, mialgii.

Pierdere de energie, fatigabilitate.

2 = Intensificarea simptomelor.

### 16. Fatigabilitatea

0 = Nu se simte mai oboist decât de obicei.

1 = Se simte cu mult mai oboist decât de obicei dar funcționalitatea generală nu este perturbată.

2 = Cu mult mai oboist decât de obicei – cel puțin 1 oră pe zi, cel puțin 3 zile pe săptămână.



3 = Oboseală în marea majoritate a zilei .

4 = Oboseală aproape permanentă.

### **17. Sentimentul culpabilității**

0 = Absent.

1 = Autoacuzare, vinovat de faptul că a ofensat pe cineva.

2 = Idei de vinovăție în toate situațiile întâmplate.

3 = Patologia prezentă este o pedeapsă. Iluzia de vinovăție.

4 = Halucinații auditive și vizuale cu caracter de acuzare.

### **18. Suicidul**

0 = Absent.

1 = Sentimentul că viața nu e demnă de trăit .

2 = Dorința de a muri.

3 = Idei suicidale cu tentative de suicid.

4 = Tentative serioase de suicid (cel puțin 4).

### **19. Anxietate - psihică**

0 = Nu este.

1 = Tensiune subiectivă, iritabilitate.

2 = Îngrijorare față de mărunțișuri.

3 = Atitudine de îngrijorare în timpul conversațiilor.

4 = Exprimarea fricii fără a fi interogat.

### **20. Anxietate - Somatică**

0 = Absentă.

1 = Ușoară.

2 = Moderată.

3 = Severă.

4 = Incapacitate.

### **21. Hipocondrii**

0 = Absente

1 = Inglobarea în sindroame (bodily).

2 = Preocupare de sănătate.

3 = Plângeri frecvente, apel de ajutor, etc.

4 = Deluzii hipocondriace.

### **22. Negare**

0 = De accord că este bolnav și depresiv.

**1** = De accord că este bolnav dar din cauza alimentației proaste, climei, suprasolicității, virozei, etc.

**2** = Neagă boala.

### **23. Retard motric**

**0** = Gândire și vorbire normală.

**1** = O ușoară întârziere la intervieware.

**2** = Întârziere evidentă la intervieware.

**3** = Intervieware dificilă.

**4** = Stupor complet.

### **24. Agitație**

**0** = Nu este.

**1** = Ușoară.

**2** = Se joacă cu părul, mâinile, etc.

**3** = Se mișcă fără sens.

**4** = Ridicarea mâinilor, ticuri.

**Numele, prenumele pacientului** \_\_\_\_\_

**Vârsta** \_\_\_\_\_

**TOTAL:** \_\_\_\_\_

(maximum = 15)

**0 - 4** normal, în dependență de vârstă, educație, acuze

**5 - 8** ușoară

**8 - 11** moderată

**12 - 15** severă



## BIBLIOGRAFIE

1. Corpus de Gériatrie // France, Malestroit, Tome 1,2, 2000, 188p.
2. Curaj Aurelia / Considerații asupra Calității Vieții la persoanele vârstnice de peste 70 de ani/ teză de doctorat / București, România, 2007
3. Graham Ellis, David Robinson / Comprehensive geriatric assesement for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials / BMJ 2011,343, p. 1-10
4. Jeffrey B. Halter, Jozeph G. Ouslander, Marz E. Tinetti, Stephanie Studenski, et al / Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, 6th edition / Frailty/ p.631
5. Katherine T Ward, David B Reuben / Comprehensive geriatric assesement / 2012 / <http://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment>
6. Mark H. Beers, The Merck Manual of Geriatrics // Merck Research Laboratories, Division of Merck and Co., Inc., Third edition, 2000

# CUPRINS

|  |    |
|--|----|
| Introducere.....   | 4  |
| Persoana Vârstnică Bolnavă .....   | 9  |
| Specificul Îngrijirii Geriatrice .....   | 16 |
| Particularitățile Evaluării Geriatrice .....   | 17 |
| Extras din Ordinul Nr. 619 din 07-09-2010  |    |
| Cu privire la activitatea serviciului geriatric .....  | 31 |
| <i>Anexa 1</i> REGULAMENTUL privind organizarea asistenței medicale geriatrice, indicațiile și contraindicațiile pentru spitalizarea pacienților vîrstnici în secția de geriatrie..... | 33 |
| <i>Anexa 2</i> REGULAMENTUL de activitate a Centrului Național de Geriatrie și Gerontologie.....   | 39 |
| <i>Anexa 3</i> REGULAMENTUL de activitate a secției geriatrie și boli interne cu paturi geriatrice .....   | 46 |
| <i>Anexa 4</i> REGULAMENTUL de activitate a cabinetului specializat de geriatrie al secției consultative .....   | 51 |
| <i>Anexa 5</i> Fișa de post a medicului geriatru.....  | 54 |
| <i>Anexa 6</i> Fișa de post a asistentului medical al secției geriatrie și secției boli interne cu paturi geriatrice .....   | 62 |
| <i>Anexa 7</i> Fișa de post a nursei secției geriatrie și secției boli interne cu paturi geriatrice .....  | 66 |
| <i>Anexa 8</i> Fișa de post a infirmierului secției geriatrie și secției boli interne cu paturi geriatrice .....   | 70 |
| <i>Anexa 9</i> Standardul de evaluare a pacientului geriatric .....  | 73 |
| <i>Anexa 10</i> FIȘA DE EVALUARE GERIATRICĂ .....  | 76 |
| BIBLIOGRAFIE .....   | 99 |

