CONDIŢIILE ACORDĂRII PACHETULUI DE SERVICII MINIMAL ŞI DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ

A.PACHETUL MINIMAL DE SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ

1. Pachetul minimal de servicii medicale în asistenţa medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:

1.1. servicii medicale curative;

1.2. servicii medicale de prevenţie şi profilactice;

1.3. servicii medicale la domiciliu;

1.4. servicii diagnostice şi terapeutice;

1.5. activităţi de suport;

1.6. servicii de administrare de medicamente.

1.1. Serviciile medicale curative

1.1.1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale şi dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.

1.1.1.1. Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-au asigurat intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu/la locul solicitării. Serviciile se acordă atât pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista proprie, cât şi pentru persoanele neasigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.

NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.

NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de la cabinet, la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultaţii la domiciliu sau la locul solicitării. Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico - chirurgicală se pot acorda inclusiv în afara programului de lucru.

NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca "urgenţă" de către medicul de familie în documentele de evidenţă primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice, care cuprinde următoarele activităţi:

a.anamneză, examenul clinic general;

b.unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

c.manevre de mică chirurgie, după caz;

d.stabilirea conduitei terapeutice şi/sau recomandări igieno-dietetice, precum şi instruirea neasiguratului în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;

1.1.2.1. Consultaţiile sunt acordate la cabinet pentru afecţiuni acute/subacute sau acutizări ale unor afecţiuni cronice iar la domiciliu se au în vedere şi prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecţiuni cronice/neasigurat se decontează maxim două consultaţii.NOTĂ: În cazul în care medicul de familie recomandă persoanelor neasigurate investigaţii paraclinice în vederea stabilirii

diagnosticului şi/sau pentru monitorizare, consultaţie la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie, sau alte tipuri de recomandări, după caz, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepţie:

– persoanele cu suspiciune de afecţiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecţiunii oncologice, pentru consultaţii de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu şi pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

– persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B şi virusul hepatitic C;

– femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale pentru persoanele neasigurate, medicul de familie nu va utiliza formularele de prescripţie utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.2.2. Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemo-epidemic ce necesită izolare pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceloraşi condiţii de acordare ca şi consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile acute.

Medicul de familie consemnează consultaţiile medicale la distanţă în registrul de consultaţii şi fişa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

1.1.3. Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a persoanelor cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru:

a)supravegherea evoluţiei bolii;

b)continuitatea terapiei;

c)screeningul complicaţiilor;

d)educaţia neasiguratului şi/sau a aparţinătorilor privind îngrijirea şi autoîngrijirea.Consultaţiile cuprind, după caz, activităţile de la punctele a - d prevăzute la 1.1.2.

1.1.3.1. Consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic şi în condiţiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecţiunile cronice/neasigurat se decontează o consultaţie pe lună.NOTĂ: În cazul în care medicul de familie recomandă persoanelor neasigurate investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi/sau pentru monitorizare, consultaţie la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie, sau alte tipuri de recomandări, după caz, medicul de familie nu va utiliza formularele utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepţie:

– persoanele cu suspiciune de afecţiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecţiunii oncologice, pentru consultaţii de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu şi pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

– persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B şi virusul hepatitic C;

– femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

Pentru prescrierea de medicamente sau dispozitive medicale pentru persoanele neasigurate, medicul de familie nu va utiliza formularele de prescripţie utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.3.2. Consultaţiile pentru afecţiunile cronice pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceloraşi condiţii de acordare ca şi consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice.

Medicul de familie consemnează consultaţiile medicale la distanţă în registrul de consultaţii şi fişa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate.

1.1.4. Consultaţii de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic, boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC şi boală cronică de rinichi.

1.1.4.1. Consultaţiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a)evaluarea iniţială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidenţă, episod ce poate include trei consultaţii la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanţ clinic iniţial care include screeningul complicaţiilor, iniţierea şi ajustarea terapiei până la obţinerea răspunsului terapeutic preconizat, educaţia pacientului, recomandare pentru investigaţii paraclinice, recomandare pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie;

b)monitorizarea pacientului cuprinde două consultaţii programate, acordrate într-un interval de maxim 3 luni consecutive, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicaţiilor, educaţia pacientului, recomanadare de investigaţii paraclinice şi tratament. O nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

NOTĂ: Pentru recomandarea de investigaţii paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripţii utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2

a.evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor ţintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice, iniţierea intervenţiilor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor ţintă specifice cazului.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, ascultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinţei abdominale, examinarea piciorului pentru pacienţii cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA; recomandare pentru consultaţie de specialitate/investigaţii paraclinice în vederea efectuării următoarelor investigaţii: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFGe), determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină cu sediment urinar, EKG. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate.

Intervenţiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă, fumat, dietă, activitate fizică; intervenţii de reducere a factorilor de risc individuali la valorile ţintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viaţă şi/sau terapie medicamentoasă; educaţie pentru auto-îngrijire.

NOTA 1: Pentru tratamentul şi ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de

specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet.

NOTA 2: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultaţii sunt persoanele cele care nu sunt înregistrate în evidenţa medicului de familie cu cei patru factori de risc cardiovascular: HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2.

b. Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanţul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluţiei afecţiunii - screeningul complicaţiilor/afectarea organelor ţintă; recomandare pentru tratament/ajustarea medicaţiei, după caz.

NOTĂ: Pentru tratamentul şi ajustarea medicaţiei cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru medicamentele prescrise.

Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; recomandare pentru investigaţii paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată (RFGe), albuminurie, determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU), în funcţie de nivelul de risc; recomandare, în funcţie de nivelul de risc pentru consultaţie de specialitate la cardiologie în vederea efectuării inclusiv a EKG, medicină internă, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igieno-dietetice şi educaţie pentru auto-îngrijire. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi pentru consultaţiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

Risc scăzut: Risc SCORE calculat < 1% pentru risc de BCV fatală la 10 ani, normotensivi sau cu cel mult HTA grad 1;

Risc moderat: Pacienţi tineri (DZ de tip 1 < 35 de ani; DZ de tip 2 < 50 de ani) cu o durată a DZ de < 10 ani, fără alţi factori de risc; Risc SCORE calculat >/= 1% şi < 5% pentru risc de BCV fatală la 10 ani; HTA grad 2;

Risc înalt: Persoane cu:

– Un singur factor de risc foarte crescut, în particular TG > 310 mg/dL, LDL-C > 190 mg/dL sau TA >/= 180/110 mmHg;

– Pacienţi cu hipercolesterolemie familială (FH) fără alţi factori majori de risc;

– Pacienţi cu DZ fără afectare de organ ţintă, cu o durată a DZ >/= 10 ani sau alt factor de risc adiţional;

– BRC moderată (eGFR 30 - 59 mL/min/1,73 m2);

– Risc SCORE calculat 5% şi < 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani.

Risc foarte înalt: Persoane cu oricare din următoarele:

– BCV aterosclerotică documentată clar, clinic sau imagistic. BCV aterosclerotică documentată include istoric de SCA (sindrom coronarian acut - IM sau angină instabilă), angină stabilă, revascularizare coronariană (PCI, CABG, alte proceduri de revascularizare arterială), accident vascular cerebral şi AIT, boală arterială periferică. BCV aterosclerotică cert documentată imagistic include acele modificări care sunt predictori de evenimente clinice, precum plăcile de aterom semnificative la coronarografie sau CT (boală coronariană multivasculară cu două artere epicardice mari având stenoze > 50%) sau la ecografia carotidiană;

– DZ cu afectare de organ ţintă sau cel puţin 3 factori majori de risc sau DZ de tip 1 cu debut precoce şi durată lungă (> 20 de ani);

– BRC severă (eGFR < 30 mL/min/1,73 m2);

– Risc SCORE calculat >/= 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani;

– FH (hipercolesterolemie familială) cu BCV aterosclerotică sau cu oricare factor de risc major.

Estimarea riscului cardiovascular total folosind sisteme precum SCORE este recomandat pentru adulţii fără simptome care să sugereze o afecţiune cardiovasculară de peste 40

de ani fără evidenţe de BCV, DZ, BRC, hipercolesterolemie familială sau LDL-C > 4.9 mmol/L (> 190 mg/dL).

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:

a.evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat şi recomandare pentru iniţierea terapiei.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză factori declanşatori, istoric personal şi familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi; recomandare pentru investigaţii paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară; recomandare pentru consultaţie de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi pentru consultaţiile din ambulatoriul clinic de specialitate. NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultaţii sunt persoanele cele care nu sunt înregistrate în evidenţa medicului de familie cu astm bronşic sau BPOC.

Iniţierea intervenţiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă - fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;

a.1. Pentru astm bronşic - ţinta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor şi prevenţia exacerbărilor, declinul funcţiei pulmonare şi a efectelor adverse medicamentoase, cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile:

A.Nivelul de control al simptomelor astmului bronşic - criterii urmărite în ultimele 4 săptămâni:

1. limitarea simptomelor diurne în cel mult 2 ocazii/săptămână

2. consumul de beta2 agonist la nevoie în cel mult 2 ocazii/săptămână

3. prezenţa simptomelor nocturne

4. limitarea activităţii datorată astmului Astm bronşic controlat: Nici un criteriu Astm bronşic parţial controlat: 1 - 2 criterii Astm bronşic necontrolat: 3 - 4 criterii

B.Evaluarea periodică a factorilor de risc pentru exacerbări, deteriorarea funcţiei pulmonare şi efecte adverse medicamentoase.

NOTĂ: Pentru tratamentul pacienţilor cu astm după o exacerbare severă sau cu simptome importante sau frecvente este necesară recomandarea medicului de specialitate cu specialitatea pneumologie, pneumologie pediatrică sau alergologie şi imunologie clinică.

a.2. Pentru BPOC - ţinta terapeutică este reprezentată de renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

a.2.1.toţi pacienţii: educaţie intensivă pentru renunţare la fumat, evitarea altor factori de risc, dietă, activitate fizică, reguli de viaţă, vaccinare antigripală şi antipneumococică;

a.2.2.managementul farmacologic al BPOC se face în funcţie de evaluarea personalizată a simptomelor şi riscului de exacerbări (clasele de risc ABE GOLD)

NOTĂ: Pentru tratamentul regulat al pacientului cu BPOC este necesară recomandarea medicului cu specialitatea pneumologie sau pneumologie pediatrică.

b.Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii şi identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educaţia pacientului privind boala, evoluţia ei, înţelegerea rolului diferitelor clase de medicamente şi a utilizării lor, înţelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunţarea la fumat; evaluarea complianţei la tratament şi recomandare pentru ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

Pentru astm bronşic, ţinta terapeutică este reprezentată de controlul simptomelor cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC, ţinta terapeutică este reprezentată de renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii şi prevenirea exacerbărilor.

Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanşatori cauze de control inadecvat; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi; evaluarea riscului de exacerbare a

BPOC; recomandare, în funcţie de severitate - pentru efectuarea de investigaţii paraclinice pentru stabilirea severităţii/nivelului de control şi monitorizarea evoluţiei astmul ui bronşic şi BPOC: hemoleucogramă completă şi dacă se suspectează complicaţii - radiografie pulmonară, după caz; recomandare - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi pentru consultaţiile din ambulatoriul clinic de specialitate.

Educaţia pacientului se realizează prin sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere/vaccinare antigripală.

Evaluarea complianţei la recomandările terapeutice se realizează cu atenţie sporită la complianţa la medicamente şi verificarea la fiecare vizită a înţelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente şi a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

Decizia de a trimnite la medicul cu specialitatea pneumologie/pneumologie pediatrică/alergologie şi imunologie clinică, după caz, este recomandată cel puţin în următoarele situaţii:

– pentru astm bronşic, la pacienţii cu astm necontrolat, sub tratament cu corticosteroid inhalator şi/sau Montelukast

– pentru BPOC, la pacienţii cu forme severe de boală (VEMS < 50% din valoarea prezisă) şi la cei cu dispnee severă sau exacerbări frecvente (una severă sau două moderate în ultimul an) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durată lungă de acţiune

– incertitudine diagnostic.

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

a.Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: evaluarea gradului de risc în funcţie de filtratul glomerular, albuminurie şi boala renală primară; stabilirea obiectivelor terapeutice şi întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) şi iniţie rea terapiei.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultaţii sunt cele care nu sunt înregistrate în evidenţa medicului de familie cu boală cronică de rinichi.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză (antecedente familiale şi personale, expunere la nefTotoxice, istoric al afectării renale şi al co-morbidităţilor relevante); examen clinic complet; recomandare pentru investigaţii paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe, examen sumar de urină, determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU) de două ori în interval de 3 luni, ecografie de organ - renală; Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate.

Iniţierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viaţă: renunţare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică; recomandare pentru tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinur iei, al declinului RFGe şi al dislipidemiei, după caz; educaţia pacientului pentru auto-îngrijire. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru medicamentele recomandate.

b.Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă cuprinde: bilanţul periodic, de două ori pe an, al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină în urină (RACU), declin RFGe); revizuirea medicaţiei (medicamente, doze), după caz; evaluarea aderenţei la programul terapeutic (dietă, medicaţie); recomandare pentru investigaţii paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe, determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU) , examen sumar de urină; recomandare pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi pentru consultaţiile din ambulatoriul clinic de specialitate.Decizia de a trimite pacientul pentru consultaţie la medicul de specialitate nefrologie va fi determinată de:

a.Gradul de risc: mare sau foarte mare conform încadrării în nivelul de risc asociat BCR:Categoria albuminurie (A1 - A3) (evaluată prin raportul albumină/creatinină, în mg/g):

- A1- absentă sau uşor crescuta - <30 mg/g
- A2- micro albuminurie - 30-300 mg/g

- A3- macro albuminurie - >300 mg/g

Categoria eRFG (determinată prin ecuaţia CKD-EPI plecând de la creatinina serică, exprimată în ml/min):

- G1 - normal eRFG > 90ml/min
- G2 - uşor scăzut eRFG 60-89ml/min
- G3a - uşor până la moderat scăzută eRFG 45-59ml/min
- G3b - moderat până la sever scăzută: eRFG 30-44ml/min
- G4- sever scăzută eRFG eRFG 15-29ml/min
- G5 - Insuficienţă renală eRFG <15ml/min

Categoriile de risc asociat BCR:

- Mic : G1 A1, G2 A1
- Moderat : G1 A2, G2 A2, G3a A1
- Mare : G1 A3, G2 A3, G3a A2, G3b A1
- Foarte mare : G3a A3, G3b A2, G3b-A3, G4 A1-A3, G5 A1-A3

b.hematurie nonurologică

c.Progresia accelerată a BCR: reducerea > 5mL/min pe an a eRFG sau schimbarea gradului de risc;

d.injurie acută a rinichiului (scăderea eRFG mai mare de 30% în interval de 14 zile);

e.HTA necontrolată;

f.Instalarea complicaţilor BCR (anemie, acidoză, diselectrolitemii, tulburări ale metabolismului mineral-osos)

Recomandarea pentru consultaţie de specialitate la nefrolog se va elibera pentru pacienţii cu risc înalt - G3bA1, G3aA2, oricare G şi A3 sau risc foarte înalt - G3a A3, G3b A2 sau A3 şi G4 sau G5, indiferent de nivelul A sau hematuria microscopică de cauză nonurologică, hipertensiune arterială necontrolată. Persoanele neasigurate suportă integral costurile consultaţiile din ambulatoriul clinic de specialitate. Pentru pacienţii cu risc mic sau moderat de Boală Cronică de Rinichi - aşa cum reiese din parametrii de risc evaluaţi - diagnosticul şi monitorizarea pacientului vor fi realizate de medicul de familie, până în momentul evoluţiei parametrilor de risc asociaţi bolii.

1.2. Serviciile medicale preventive şi profilactice includ:

1.2.1. Consultaţii preventive periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani privind:

a.creşterea şi dezvoltarea;

b.starea de nutriţie şi practicile nutriţionale;

c.depistarea şi intervenţia în consecinţă pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii se acordă pe grupe de vârstă şi sex, conform anexei nr. 2 B la ordin. În urma acordării consultaţiilor de prevenţie, medicul de familie utilizează formularul de recomandare pentru servicii medicale paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru consultaţiile din ambulatoriul clinic de specialitate recomandate în urma consultaţiilor preventive. Fac excepţie:

– persoanele cu suspiciune de afecţiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecţiunii oncologice, pentru consultaţii de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu şi pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

– persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B şi virusul hepatitic C;

– femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

1.2.1.1. Frecvenţa efectuării consultaţiilor se va realiza după cum urmează:

a)la externarea din maternitate şi la 1 lună - la domiciliul copilului/la cabinet, - timpul mediu/consultaţie cu durată estimată de 30 minute;

b)la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni - timpul mediu/consultaţie în cabinet cu durată estimată de 30 minute;

c)o dată pe an de la 4 la 18 ani.

NOTĂ: În urma acordării consultaţiilor de prevenţie, medicul de familie utilizează formularul de recomandare pentru servicii medicale paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripţii utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepţie:

– persoanele cu suspiciune de afecţiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecţiunii oncologice, pentru consultaţii de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu şi pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

– persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B şi virusul hepatitic C;

– femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

În cadrul consultaţiilor preventive, copiii cu vârsta cuprinsă între 2 şi 18 ani, beneficiază anual de investigaţii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţiile preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigaţii. Biletul de trimitere se întocmeşte cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei, doar pentru investigaţiile paraclinice apreciate a fi necesare de către medicul de familie urmare a acordării consultaţiei, din listele de mai jos corespunzătoare grupelor de vârstă şi sexului.

Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:

a.Vârsta cuprinsă între 2 ani şi 5 ani inclusiv:

1. Pentru screeningul anemiei:

- Hemoleucograma completă
- Feritină

2. Pentru screeningul rahitismului:

- Calciu seric total
- Calciu ionic seric
- Fosfor
- Fosfatază alcalină

b.Vârsta cuprinsă între 6 ani şi 9 ani inclusiv Pentru screeningul sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masă corporală - (IMC) peste percentila 85, pentru aceeaşi vârstă, sex şi înălţime sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

- Proteine totale serice
- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie a jeun
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

c.Vârsta cuprinsă între 10 ani şi 17 ani inclusiv

1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masă corporală - (IMC) peste percentila 85, pentru aceeaşi vârstă, sex şi înălţime sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

- LDL colesterol

- Trigliceride serice
- Glicemie a jeun
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

2. Pentru screening BTS (după începerea vieţii sexuale)
- VDRL sau RPR
- Examen microscopic al secreţiei vaginale

3. Pentru screeningul anemiei pentru persoane de sex feminin:
- Hemoleucograma completă
- Feritină

1.2.2. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a)luarea în evidenţă în primul trimestru; se decontează o consultaţie; serviciul include şi depistarea sarcinii, după caz;

b)supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a se decontează o consultaţie/lună. În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi supravegherea;

c)supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; se decontează două consultaţii/lună;

d)urmărirea lăuziei la externarea din maternitate - la cabinet şi la domiciliu; se decontează o consultaţie;

e)urmărirea lăuziei la 4 săptămâni de la naştere - la cabinet şi la domiciliu; se decontează o consultaţie.

1.2.2.1. În cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B şi C, lues a femeii gravide, precum şi alte investigaţii paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază.

NOTA 1: În conformitate cu programul de monitorizare, investigaţiile paraclinice şi tratamentele specifice sarcinii pot fi recomandate de către medicul de familie, numai pentru intervalul de timp de la momentul în care gravida este luată în evidenţă de către acesta şi până la 4 săptămâni de la naştere.

NOTA 2: Pentru recomandarea de investigaţii paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripţii utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepţie:

– persoanele cu suspiciune de afecţiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecţiunii oncologice, pentru consultaţii de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu şi pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

– persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B şi virusul hepatitic C;

– femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

1.2.3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulţilor din populaţia generală - fără semne de boală, care nu sunt în evidenţa medicului de familie cu orice boală/boli cronice, se vor realiza după cum urmează:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 şi 39 ani - o dată pe an, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Se decontează maximum două consultaţii/neasigurat, anual. Cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultaţie.

1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta de 40 ani şi peste, 1 - 3 consultaţii/persoană/pachet prevenţie ce se decontează anual. Pachetul de prevenţie cuprinde maxim 3 consultaţii: consultaţie de evaluare iniţială, consultaţie pentru intervenţie individuală privind riscurile modificabile şi consultaţie pentru monitorizare/control ce pot fi acordate într-un interval de maxim 6 luni consecutive. Pachetul de prevenţie se decontează anual - pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoricul familial de deces prematur prin boala cardiovasculară şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic, statusul de fumător vor fi transmise în PIAS odată cu raportarea serviciului, în vederea validării acestuia. NOTĂ: În urma acordării consultaţiilor de prevenţie, medicul de familie utilizează formularul de recomandare pentru servicii medicale paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripţii utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepţie:

– persoanele cu suspiciune de afecţiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecţiunii oncologice, pentru consultaţii de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu şi pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

– persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B şi virusul hepatitic C;

– femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

În cadrul consultaţiilor preventive, adulţii asimptomatici, cu factori de risc modificabili, beneficiază anual de investigaţii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigaţii. Biletul de trimitere se întocmeşte cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei, doar pentru investigaţiile paraclinice apreciate a fi necesare de către medicul de familie urmare a acordării consultaţiei, din listele de mai jos corespunzătoare grupelor de vârstă şi sexului.

Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:

a. pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 şi 39 ani

- Hemoleucogramă completă
- Proteina C reactivă
- Glicemie a jeun
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
- TGO
- TGP
- VDRL sau RPR
- examen microscopic al secreţiei vaginale la femeile active sexual

• testare HPV conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii
• pentru femei la risc înalt, cu vârsta cuprinsă între 30 şi 39 de ani inclusiv, ecografie de sân şi mamografie 2D, anual.

b. pentru adultul asimptomatic cu vârsta de 40 de ani şi peste:
– hemoleucogramă completă
– proteina C reactivă
– glicemie a jeun
– colesterol seric total
– LDL colesterol
– creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
– TGO
– TGP
– determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU)
– examen microscopic al secreţiei vaginale la femeile active sexual
– testare HPV, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii
– test imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei şi bărbaţi, începând cu vârsta de 50 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul colorectal, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii
– pentru femei la risc înalt, cu vârsta cuprinsă între 40 şi 49 de ani inclusiv, ecografie de sân şi mamografie 2D, anual, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii
– pentru femei, începând cu vârsta de 50 de ani până la vârsta de 69 de ani inclusiv, mamografie 2D, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii
– TSH şi FT4 la femei
– pentru bărbaţi, PSA, începând cu vârsta de 50 de ani, o dată la 3 ani.

1.2.4. Depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020. NOTĂ: Pentru recomandarea de investigaţii paraclinice, recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripţii utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepţie:
– persoanele cu suspiciune de afecţiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecţiunii oncologice, pentru consultaţii de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu şi pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;
– persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B şi virusul hepatitic C;
– femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

1.2.4.1. Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemoepidemic suspicionată şi confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC, respectiv pentru bolnavul cu hepatită/infecţie HIV, nou descoperit activ de medicul de familie.

1.2.5. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a)consilierea femeii privind planificarea familială, inclusiv evaluarea femeii preconcepţie;
b)indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

1.2.5.1. Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) şi b); se decontează maximum două consultaţii pe an calendaristic, pe persoană.

1.2.5.2. Consultaţiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială se referă atât la planificarea vieţii reproductive cât şi la evaluarea femeii preconcepţie: Planificarea vieţii reproductive cuprinde:

– investigarea numărului, spaţierea sarcinilor şi calendarul copiilor preconizaţi în vederea indicării contracepţiei eficiente pentru a permite implementarea acestui plan şi reduce riscul unei sarcini neplanificate;

– conştientizarea fertilităţii şi despre cum se reduce fertilitatea cu vârsta, şansa de concepţie, riscul de infertilitate şi anomalii fetale;

– pentru pacientele care nu plănuiesc să rămână însărcinate se indică contracepţia eficientă şi opţiunile contraceptive de urgenţă.

Evaluarea femeii preconcepţie cuprinde:

– istoricul reproducerii (probleme cu sarcinile anterioare, cum ar fi decesul nou-născuţilor, pierderea fătului, malformaţii congenitale, prematuritate, greutate mică la naştere, diabet gestaţional);

– istoricul medical (afecţiuni medicale care ar putea afecta sarcinile viitoare precum diabetul zaharat, boala tiroidiană, HTA, epilepsie şi trombofilie);

– utilizarea medicamentelor (toate medicamentele curente pentru efecte teratogene, inclusiv medicamente fără prescripţie medicală, vitamine şi suplimente alimentare);

– evaluarea fizică generală (examinare a sânilor, recomandare consultaţie de specialitate obstetrică - ginecologie, indicele de masă corporală şi tensiunea arterială); evaluarea statusului de nutriţie şi recomandarea de exerciţii fizice

– consumul de substanţe (consumul de tutun, alcool şi droguri ilegale şi respectiv consilierea pentru renunţarea la fumat, alcool şi droguri ilegale dacă e cazul);

– istoricul vaccinărilor (vaccinarea împotriva hepatitei B şi rubeolei);

– suplimentarea cu acid folic.

– evaluarea sănătăţii psihosociale (evaluarea sănătăţii mintale perinatale, inclusiv anxietatea şi depresia, condiţiile de sănătate mintală preexistente, evaluare şi tratament psihologic sau psihiatric, utilizarea medicamentelor şi riscul de exacerbare a tulburărilor de comportament în sarcină şi post-partum); evaluarea mediului înconjurător în ceea ce priveşte expunerea repetate la toxine periculoase în mediul casnic şi la locul de muncă care poate afecta fertilitatea şi creşte riscul de avort spontan şi de malformaţii congenitale. Se recomandă evitarea infecţiilor determinate de Toxoplasma gondii, virusul rubeolei, Citomegalovirus şi virusul Herpes simplex, Treponema Pallidum, virusul varicelo-zosterian, virusul urlian, parvovirus, Listeria şi altele asemenea.

1.2.6. Consultaţii preventive de depistare precoce a unor afecţiuni cronice pentru persoane cu vârsta între 40 şi 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulţilor înscrişi pe lista medicului de familie şi care sunt deja înregistraţi la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice

1.2.6.1. Se decontează maxim două consultaţii/neasigurat, anual.

1.2.6.2. Consultaţia preventivă de depistare precoce a unor afecţiuni cronice la adulţii care sunt înregistraţi la medicul de familie cu una sau mai multe afecţiuni cronice are ca scop identificarea şi intervenţia asupra riscurilor modificabile asociate altor afecţiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare şi metabolice, cancer, boală cronică de rinichi, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecţiuni.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consu ltaţii sunt persoanele care nu sunt în evidenţa medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.

NOTA 2: În cadrul consultaţiilor preventive de depistare precoce a unor afecţiuni, adulţii cu vârsta între 40 şi 60 ani beneficiază de aceleaşi evaluări, intervenţii şi recomandare de investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute pentru adulţii asimptomatici

cu vârsta de 40 de ani şi peste. În urma acordării consultaţiilor de prevenţie, medicul de familie utilizează formularul de recomandare pentru servicii medicale paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripţii utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepţie:

– persoanele cu suspiciune de afecţiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea confirmării afecţiunii oncologice, pentru consultaţii de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu şi pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

– persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B şi virusul hepatitic C;

– femeile însărcinate pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul HIV.

În cadrul consultaţiilor preventive de depistare precoce a unor afecţiuni, adulţii cu vârsta între 40 şi 60 ani, beneficiază anual de investigaţii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigaţii. Biletul de trimitere se întocmeşte cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei, doar pentru investigaţiile paraclinice apreciate a fi necesare de către medicul de familie urmare a acordării consultaţiei, corespunzătoare grupei de vârstă şi sexului.

1.2.7. Consultaţii preventive de depistare precoce a unor afecţiuni cronice pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulţilor înscrişi pe lista medicului de familie şi care sunt deja înregistraţi la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice

1.2.7.1. Se decontează maxim două consultaţii/neasigurat, anual.

1.2.7.2. Consultaţia cuprinde evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătăţii (stilul de viaţă): evaluarea practicilor nutriţionale şi consiliere pentru o alimentaţie sănătoasă şi comportament alimentar sănătos, obezitatea, activitatea fizică, consumul problematic de alcool, fumat, nevoi psiho-sociale, sănătatea orală, consumul de substanţe interzise sau cu regim special; evaluarea riscului fatal cardiovascular (cu excepţia persoanelor cu BCV diagnosticată anterior, diabet zaharat cu afectarea unui organ ţintă, boală cronică de rinichi moderată sau severă, hipercolesterolemie familială, colesterol total > 300 mg/dl); evaluarea riscului oncologic; evaluarea riscului de boală cronică de rinichi; evaluarea sănătăţii mintale, inclusiv a depresiei; evaluarea riscului de osteoporoză; evaluarea riscului de incontinenţă urinară; evaluarea riscului de melanom malign; evaluarea riscului de demenţă.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultaţii sunt persoanele care nu sunt în evidenţa medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.

NOTA 2: În urma acordării consultaţiilor de prevenţie, medicul de familie utilizează formularul de recomandare pentru servicii medicale paraclinice din sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Pentru recomandarea consultaţiei la medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie sau pentru prescrierea de medicamente, medicul de familie nu va utiliza formularele de recomandări sau prescripţii utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Fac excepţie:

– persoanele cu suspiciune de afecţiune oncologică, pentru care medicul de familie poate elibera bilete de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea

confirmării afecţiunii oncologice, pentru consultaţii de specialitate efectuate în ambulatoriul clinic de specialitate, pentru servicii medicale paraclinice efectuate în ambulatoriu şi pentru internare în spital, pentru acordare de servicii medicale în regim de spitalizare de zi;

– persoanele pentru care medicul de familie eliberează bilet de trimitere, prin completarea câmpului corespunzător, în vederea efectuării testării în ambulatoriul paraclinic de specialitate pentru virusul hepatitic B şi virusul hepatitic C.

În cadrul consultaţiilor preventive de depistare precoce a unor afecţiuni, adulţii cu vârsta de peste 60 ani, beneficiază anual de investigaţii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigaţii. Biletul de trimitere se întocmeşte cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei, doar pentru investigaţiile paraclinice apreciate a fi necesare de către medicul de familie urmare a acordării consultaţiei, corespunzătoare grupei de vârstă şi sexului.

Investigaţiile paraclinice recomandate pentru adultul cu vârsta de peste 60 de ani, pentru depistarea precoce a unor afecţiuni sunt următoarele:

- Hemoleucogramă completă
- Proteina C reactivă
- Glicemie a jeun
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
- examinare DXA
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumină/creatinină urinară
- examen microscopic al secreţiei vaginale la femeile active sexual
- test imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei şi bărbaţi, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul colorectal, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii
- pentru femei până la vârsta de 69 de ani inclusiv, mamografie 2D, o dată la 2 ani conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii
- testare HPV a femeilor până la vârsta de 65 de ani, inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii;
- TSH şi FT4 la femei
- pentru bărbaţi, PSA, o dată la 3 ani.

NOTĂ: Pentru pacienţii care îndeplinesc cel puţin una din următoarele condiţii:

a)glicemie bazală (à jeun) cuprinsă în intervalul 110-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l); şi/sau

b)TTGO cuprins în intervalul 140-199 mg/dl (7,8-11 mmol/l); şi/sau

c)HBA1c cuprinsă în intervalul 5,7-6,49%,medicul de familie va include pacientul în Programul naţional de diabet zaharat (PNS 5) şi va iniţia tratamentul cu DCI Metforminum, inclus în sublista C secţiunea C2, PNS 5 - Programul naţional de diabet zaharat - Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în doză titrabilă de la 500 mg/zi până la 2.000 mg/zi.

Dacă la consultaţiile ulterioare de control valoarea HBA1c este ≥ 6,5%, medicul de familie va trimite pacientul pentru consultaţie la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau la medici cu competenţă/atestat în diabet. Medicul de familie poate recomanda efectuarea hemoglobinei glicozilate HbA1c pentru pacientul inclus în PNS 5, potrivit Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

1.2.9. Pentru persoanele cu vârsta de 18 ani şi peste, care nu prezintă simptome sugestive pentru boala cronică de rinichi, dar care au unul sau mai mulţi factori de risc pentru boală

cronică de rinichi precum boli cardiovasculare, hipertensiune arterială sau diabet zaharat, se recomandă efectuarea creatininei serice cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFGe) şi determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU). Se recomandă aceste investigaţii cu ocazia acordării altor tipuri de consultaţii, dacă persoana nu a mai efectuat investigaţiile recomandate în ultimele 6 luni. Medicul de familie nu va utiliza formularul de recomandare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

NOTA Pentru pacienţii cu risc mic de boală cronică de rinichi G1 -2 şi A1, se recomandă repetarea acestor analize anual.

Pentru pacienţii cu risc moderat de boală cronică de rinichi, G3a A1 şi G1-2 A2, se recomandă repetarea acestor analize la 3 luni.

Pentru pacienţii cu risc înalt sau foarte înalt, toate celealte cazuri G si A, se îndrumă spre medicul nefrolog. Persoanele neasigurate suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice şi pentru consultaţiile din ambulatoriul clinic de specialitate recomandate în urma consultaţiilor preventive.

1.3. Consultaţiile la domiciliu

1.3.1. Se acordă persoanelor neasigurate de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetulu i, în timpul programului de lucru pentru consultaţiile la domiciliu.

1.3.2. Consultaţiile la domiciliu se acordă persoanelor neasigurate nedeplasabile din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, persoanelor neasigurate cu boli cronice sau cu un episod acut/subacut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor cu vârsta 0-1 an, copiilor cu vârsta 0-18 ani cu boli infectocontagioase şi lăuzelor.

1.3.3. Se consideră consultaţie la domiciliu, inclusiv consultaţia/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.3.4. Consultaţiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru o persoană neasigurată înscrisă pe lista proprie se decontează astfel: maximum două consultaţii pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum o consultaţie pe lună pentru toate afecţiunile cronice/ persoană neasigurată şi o consultaţie pentru fiecare situaţie de urgenţă. Informaţiile medicale se înregistrează în fişa medicală.

1.3.5. Consultaţiile acordate la domiciliul persoanelor maximum 42 de consultaţii pe lună pe medic cu listă proprie de persoane înscrise dar nu mai mult de trei consultaţii pe zi.

NOTĂ: Consultaţiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultaţii la domiciliu, care va conţine data şi ora consultaţiei, numele şi prenumele, persoanei neasigurate sau aparţinătorului, după caz, pentru situaţia în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.

1.4. Serviciile diagnostice şi terapeutice - reprezintă servicii care se pot acorda exclusiv persoanelor de pe lista proprie, în cadrul programului de lucru declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, la cabinet, la domiciliu sau la locul solicitării, sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate, după caz.

Medicii de familie efectuează şi/sau interpretează serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate conform curriculei de pregătire, cu respectarea ghidurilor de practică medicală şi în concordanţă cu diagnosticul, numai ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru persoanele din lista proprie/din lista constituită la sfârşitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenţie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste servicii.

Serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate conform curriculei de pregătire a medicului în cadrul programului de lucru la cabinet sau la domiciliu declarat în contractul/convenţia încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adiţional la contractul/convenţia încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate, după caz, sunt nominalizate în tabelul de mai jos:

Nr. crt.	Denumire serviciu
1.	Spirometrie*3)
2.	Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore*3)
3.	Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braţ*3)

4.	Efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei*3)
5.	Tuşeu rectal
6.	Tamponament anterior epistaxis*2), *4)
7.	Extracţie corp străin din fosele nazale*2), *4)
8.	Extracţie corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen
9.	Administrare medicaţie aerosoli (nu include medicaţia)*3)
10.	Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie
11.	Sondaj vezical*2)
12.	Abrogat de Punctul 2., Articolul I din ORDINUL nr. 3.253/772/2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 22 septembrie 2023
13.	Tratamentul chirurgical al panariţiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracţie corpi străini ţesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltraţii, proceduri de evacuare colecţii purulente)*1), *2), *4)
14.	Supraveghere travaliu fără naştere*2), *4) *5)
15.	Naştere precipitata*2), *4)*5)
16.	Testul monofilamentului
17.	Peakflowmetria*3)
18.	Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat, (nu include medicaţia)*2), *4)
19.	Pansamente, suprimat fire*1)
20.	Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim-ajutor*2), *4)
21.	Recoltare material celular cervico-vaginal la femeile cu vârsta de peste 25 de ani până la vârsta de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii
22.	Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienţii cu osteoporoză
23.	Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase *2), *4)
24.	Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxaţii *1), *2), *4)
25.	Spălătură gastrică *1), *2), *4)
26.	Serviciu de consiliere pentru recoltare în vederea efectuării testului imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei și bărbați cu vârsta de peste 50 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv - include kitul de recoltare, pentru care furnizorul trebuie să dețină o evidență cantitativă privind intrările și consumul corelat cu serviciile medicale raportate

*1) Serviciile includ tratamentul şi supravegherea până la vindecare.

*2) Serviciile se pot acorda şi în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

*3) Serviciile sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare.

*4) Serviciile se pot acorda inclusiv la locul solicitării, în cadrul programului de domiciliu sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

*5) Serviciile se acordă în situaţia în care pacienta nu are acces imediat la alte segmente de asistenţă medicală.

NOTĂ: Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent decontării pachetului minimal în asistenţa medicală primară, fiind cuantificate prin puncte pe serviciu medical, conform anexei 2 la ordin. Tariful include materialele sanitare şi consumabilele specifice.

1.5. Activităţile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente medicale, ca urmare a unui act medical propriu:

a)eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competenţă, necesare pentru evaluarea şi reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, precum şi în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire;

b)eliberarea certificatului medical constatator al decesului, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului, conform Ordinului ministrului justiţiei şi ministrului sănătăţii nr. 1134/C-255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor şi a altor lucrări medico-legale.

NOTĂ: Se decontează un serviciu - consultaţie - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul medical constatator de deces unui neasigurat înscris pe lista medicului de familie. Serviciile pot fi acordate şi în afara programului prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

c)bilete de trimitere pentru persoanele cu suspiciune de afecţiune oncologică, eliberate în vederea confirmării afecţiunii oncologice.

d)bilete de trimitere pentru investigaţiile medicale paraclinice recomandate în cadrul consultaţiilor preventive;
e)biletele de trimitere în vederea efectuării testării pentru virusul hepatitic B, virusul hepatitic C şi la gravidă, virusul HIV.
1.6. Servicii de administrare de medicamente
1.6.1. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat, se acordă persoanelor de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet, cu respectarea prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 6/2018 privind modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1171/2015 pentru aprobarea Ghidului metodologic de implementare a Programului naţional de prevenire, supraveghere şi control al tuberculozei.
2. Persoanele care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale suportă integral costurile pentru investigaţiile paraclinice recomandate şi tratamentul prescris de medicii de familie, precum şi costurile altor activităţi de suport altele decât cele prevăzute la subpct. 1.5.

B.PACHETUL DE SERVICII DE BAZĂ ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ
1. Pachetul de servicii medicale de bază în asistenţa medicală primară cuprinde următoarele tipuri de servicii medicale:
1.1. servicii medicale curative;
1.2. servicii medicale de prevenţie;
1.3. servicii medicale la domiciliu;
1.4. servicii medicale adiţionale, servicii diagnostice şi terapeutice;
1.5. activităţi de suport;
1.6. servicii de administrare de medicamente.
1.1. Servicii medicale curative:
1.1.1. Servicii medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală: asistenţă medicală de urgenţă - anamneză, examen clinic şi tratament - se acordă în limita competenţei şi a dotării tehnice a cabinetului medical în cadrul căruia îşi desfăşoară activitatea medicul de familie. Asistenţa medicală de urgenţă se referă la cazurile de cod roşu, cod galben şi cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare ale titlului IV "Sistemul naţional de asistenţă medicală de urgenţă şi de prim ajutor calificat" din Legea nr. 95/2006, cu modificările ulterioare, pentru care medicul de familie acordă intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale şi dacă este cazul, asigură trimiterea pacientului către structurile de urgenţă specializate sau solicită serviciile de ambulanţă, precum şi la cazurile de cod verde prevăzute în anexa nr. 9 la Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al ministrului internelor şi reformei administrative nr. 2021/691/2008, cu modificările ulterioare, ce pot fi rezolvate la nivelul cabinetului medical.
1.1.1.1. Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare situaţie de urgenţă constatată, pentru care s-au asigurat intervenţii de primă necesitate în urgenţele medico-chirurgicale sau care a fost rezolvată la nivelul cabinetului medical/domiciliu/la locul solicitării. Serviciile se acordă atât pentru persoanele asigurate înscrise pe lista proprie, cât şi pentru persoanele asigurate înscrise pe lista altui medic de familie aflat în relaţie contractuală cu o casă de asigurări de sănătate.
NOTA 1: Medicaţia pentru cazurile de urgenţă se asigură din trusa medicală de urgenţă, organizată conform legii.
NOTA 2: Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală se acordă în cabinetul medicului de familie, în cadrul programului de la cabinet, la domiciliul pacientului în cadrul programului pentru consultaţii la domiciliu sau la locul solicitării. Serviciile medicale pentru situaţiile de urgenţă medico - chirurgicală se pot acorda inclusiv în afara programului de lucru.
NOTA 3: Cazurile de urgenţă medico-chirurgicală care se trimit către structurile de urgenţă specializate, inclusiv cele pentru care se solicită serviciile de ambulanţă, sunt consemnate ca "urgenţă" de către medicul de familie în documentele de evidenţă

primară de la nivelul cabinetului, inclusiv medicaţia şi procedurile medicale administrate la nivelul cabinetului, după caz.

1.1.2. Consultaţia în caz de boală pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale unor afecţiuni cronice, care cuprinde următoarele activităţi:

a.anamneză, examenul clinic general;

b.unele manevre specifice pe care medicul le consideră necesare;

c.recomandare pentru investigaţii paraclinice în vederea stabilirii diagnosticului şi pentru monitorizare;

d.manevre de mică chirurgie, după caz;

e.stabilirea conduitei terapeutice şi/sau prescrierea tratamentului medical şi igieno-dietetic, precum şi instruirea asiguratului în legătură cu măsurile terapeutice şi profilactice;

f.bilet de trimitere pentru consultaţie la medicul de specialitate din ambulatoriu inclusiv pentru servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu, după caz, sau pentru internare în spital pentru cazurile care necesită aceasta sau care depăşesc competenţa medicului de familie;

g.recomandare pentru tratament de medicină fizică şi de reabilitare în ambulatoriu sau în sanatorii balneare, după caz;

h.recomandare pentru tratament de recuperare în sanatorii şi preventorii, după caz;

i.recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar;

j.recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu, după caz;

1.1.2.1. Consultaţiile sunt acordate la cabinet pentru afecţiuni acute/subacute sau acutizări ale unor afecţiuni cronice iar la domiciliu se au în vedere şi prevederile de la punctul 1.3. Pentru fiecare episod de boală acută/subacută sau acutizare a unor afecţiuni cronice/asigurat se decontează maxim două consultaţii.

NOTĂ: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau ataşează la acesta, în copie, rezultatele investigaţiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susţine şi/sau confirma diagnosticul menţionat pe biletul de trimitere şi data la care au fost efectuate, data şi perioada pentru care a fost eliberată ultima prescripţie medicală şi tratamentul prescris, dacă este cazul, precum si adresa de e-mail a cabinetului de medicina de familie la care îi poate fi transmisa scrisoarea medicala de catre medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţi clinice sau medicul curant din spital.

1.1.2.2. Consultaţiile pentru bolile cu potenţial endemo-epidemic ce necesită izolare pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceloraşi condiţii de acordare ca şi consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile acute.

Medicul de familie consemnează consultaţiile medicale la distanţă în registrul de consultaţii şi fişa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, şi va emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

1.1.3. Consultaţii periodice pentru îngrijirea generală a asiguraţilor cu boli cronice - se vor realiza pe bază de programare pentru:

a)supravegherea evoluţiei bolii;

b)continuitatea terapiei;

c)screeningul complicaţiilor;

d)educaţia asiguratului şi/sau a aparţinătorilor privind îngrijirea şi autoîngrijirea.Consultaţiile cuprind, după caz, activităţile de la punctele a - j prevăzute la 1.1.2.

1.1.3.1. Consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice se vor acorda conform planului de management stabilit de către medic, iar la domiciliu conform planului de management stabilit de către medic şi în condiţiile prevederilor de la punctul 1.3. Pentru toate afecţiunile cronice/asigurat se decontează o consultaţie pe lună.

NOTĂ: Medicul de familie consemnează în biletul de trimitere sau ataşează la acesta, în copie, rezultatele investigaţiilor paraclinice efectuate atunci când acestea au fost necesare pentru a susţine şi/sau confirma diagnosticul menţionat pe biletul de trimitere şi data la care au fost efectuate, data şi perioada pentru care a fost eliberată ultima

prescripţie medicală şi tratamentul prescris, dacă este cazul, precum si adresa de e-mail a cabinetului de medicina de familie la care ii poate fi transmisa scrisoarea medicala de catre medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţi clinice sau medicul curant din spital.

1.1.3.2. Consultaţiile pentru afecţiunile cronice pot fi acordate şi la distanţă, prin orice mijloace de comunicare, cu respectarea aceloraşi condiţii de acordare ca şi consultaţiile în cabinet pentru afecţiunile cronice.

Medicul de familie consemnează consultaţiile medicale la distanţă în registrul de consultaţii şi fişa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat şi a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, şi va emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

1.1.4. Consultaţii de monitorizare activă prin plan de management integrat pe bază de programare, pentru bolile cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2, astm bronşic, boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC şi boală cronică de rinichi.

1.1.4.1. Consultaţiile de monitorizare activă acoperă următoarele:

a)Evaluarea iniţială a cazului nou depistat în primul trimestru după luarea în evidenţă, episod ce poate include trei consultaţii la medicul de familie ce pot fi acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive - bilanţ clinic iniţial care include screeningul complicaţiilor, iniţierea şi ajustarea terapiei până la obţinerea răspunsului terapeutic preconizat, educaţia pacientului, recomandare pentru investigaţii paraclinice, bilet de trimitere pentru cazurile care necesită consultaţii de specialitate sau care depăşesc competenţa medicului de familie;

b)Monitorizarea pacientului cuprinde două consultaţii programate, acordate într-un interval de maxim 3 luni consecutive, care includ evaluarea controlului bolii, screeningul complicaţiilor, educaţia pacientului, investigaţii paraclinice şi tratament. O nouă monitorizare se face după 6 luni consecutive, calculate faţă de luna în care a fost efectuată cea de a doua consultaţie din cadrul monitorizării anterioare a managementului de caz.

1.1.4.2. Managementul integrat al factorilor de risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2

a.Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: evaluarea afectării organelor ţintă; stratificarea nivelului de risc; stabilirea planului de management: stabilirea obiectivelor clinice, iniţierea intervenţii lor de modificare a riscului, evaluarea răspunsului, ajustarea terapiei pentru atingerea valorilor ţintă specifice cazului.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, ascultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi care pot induce HTA secundară, măsurarea circumferinţei abdominale, examinarea piciorului pentru pacienţii cu diabet zaharat tip 2, măsurarea TA; bilet de trimitere pentru consultaţie de specialitate/investigaţii paraclinice în vederea efectuării următoarelor investigaţii paraclinice: hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFGe), determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU), examen sumar de urină cu sediment urinar, EKG;

Intervenţiile de modificare a riscului includ: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă, fumat, dietă, activitate fizică; intervenţii de reducere a factorilor de risc individuali la valorile ţintă stabilite ca obiective terapeutice - TA, colesterol, glicemie - prin modificarea stilului de viaţă şi/sau terapie medicamentoasă; educaţie pentru auto-îngrijire.

NOTA 1: Pentru tratamentul şi ajustarea terapiei medicamentoase cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet.

NOTA 2: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultaţii sunt persoanele care nu sunt în evidenţa medicului de familie cu cei patru factori de risc cardiovascular: HTA, dislipidemie boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2.

b.Monitorizare activă a pacientului cu risc cardiovascular - HTA, dislipidemie, boală cronică de rinichi şi diabet zaharat tip 2, cuprinde: bilanţul periodic al controlului terapeutic; evaluarea evoluţiei afecţiunii - screeningul complicaţiilor/afectarea organelor ţintă; tratament/ajustarea medicaţiei, după caz.

NOTĂ: Pentru tratamentul şi ajustarea medicaţiei cu antidiabetice orale pentru diabetul zaharat de tip 2, este necesară recomandare de la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau medici cu competenţă/atestat în diabet.

Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ: examen clinic în cabinetul medicului de familie; bilet de trimitere - management de caz, pentru investigaţii paraclinice specifice respectiv hemoleucogramă completă, glicemie, profil lipidic complet, ionogramă serică, acid uric seric, creatinină serică, cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată, albuminurie cu determinarea raport albumină/creatinină urinară, în funcţie de nivelul de risc; bilet de trimitere - management de caz, în funcţie de nivelul de risc pentru consultaţie de specialitate la cardiologie în vederea efectuării inclusiv a EKG, medicină internă, diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice, oftalmologie, nefrologie; sfaturi igieno-dietetice şi educaţie pentru auto-îngrijire.

Criterii de încadrare în nivel de risc:

Risc scăzut: Risc SCORE calculat < 1% pentru risc de BCV fatală la 10 ani, normotensivi sau cu cel mult HTA grad 1;

Risc moderat: Pacienţi tineri (DZ de tip 1 < 35 de ani; DZ de tip 2 < 50 de ani) cu o durată a DZ de < 10 ani, fără alţi factori de risc; Risc SCORE calculat >/= 1% şi < 5% pentru risc de BCV fatală la 10 ani; HTA grad 2;

Risc înalt: Persoane cu:

– Un singur factor de risc foarte crescut, în particular TG > 310 mg/dL, LDL-C > 190 mg/dL sau TA > 180/110 mmHg;

– Pacienţi cu hipercolesterolemie familială (FH) fără alţi factori majori de risc;

– Pacienţi cu DZ fără afectare de organ ţintă, cu o durată a DZ > 10 ani sau alt factor de risc adiţional;

– BRC moderată (eGFR 30 - 59 mL/min/1,73 m2);

– Risc SCORE calculat 5% şi < 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani.

Risc foarte înalt: Persoane cu oricare din următoarele:

– BCV aterosclerotică documentată clar, clinic sau imagistic. BCV aterosclerotică documentată include istoric de SCA (sindrom coronarian acut - IM sau angină instabilă), angină stabilă, revascularizare coronariană (PCI, CABG, alte proceduri de revascularizare arterială), accident vascular cerebral şi AIT, boală arterială periferică. BCV aterosclerotică cert documentată imagistic include acele modificări care sunt predictori de evenimente clinice, precum plăcile de aterom semnificative la coronarografie sau CT (boală coronariană multivasculară cu două artere epicardice mari având stenoze > 50%) sau la ecografia carotidiană;

– DZ cu afectare de organ ţintă sau cel puţin 3 factori majori de risc sau DZ de tip 1 cu debut precoce şi durată lungă (> 20 de ani);

– BRC severă (eGFR < 30 mL/min/1,73 m2);

– Risc SCORE calculat >/= 10% pentru risc de BCV fatală la 10 ani;

– FH (hipercolesterolemie familială) cu BCV aterosclerotică sau cu oricare factor de risc major.

Estimarea riscului cardiovascular total folosind sisteme precum SCORE este recomandat pentru adulţii fără simptome care să sugereze o afecţiune cardiovasculară de peste 40 de ani fără evidenţe de BCV, DZ, BRC, hipercolesterolemie familială sau LDL-C > 4.9 mmol/L (> 190 mg/dL).

1.1.4.3. Managementul bolilor respiratorii cronice - astm bronşic şi boala cronică respiratorie obstructivă - BPOC:

a.Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: întocmirea unui plan de management al pacientului cu caz nou confirmat şi iniţierea terapiei.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză factori declanşatori, istoric personal şi familial; examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă,

evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi; trimitere pentru investigaţii paraclinice: hemoleucogramă completă, radiografie pulmonară; trimitere pentru consultaţie de specialitate la pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultaţii sunt persoanele care nu sunt în evidenţa medicului de familie cu astm bronşic sau BPOC.

Iniţierea intervenţiilor terapeutice include: sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă - fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere suport specializat;

a.1. Pentru astm bronşic, ţinta terapeutică este reprezentată de controlul simptome lor şi prevenţia exacerbărilor, declinul funcţiei pulmonare şi a efectelor adverse medicamentoase, cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile:

A.Nivelul de control al astmului bronşic - criterii urmărite în ultimele 4 săptămâni:

1. limitarea simptomelor diurne în cel mult 2 ocazii/săptămână

2. consumul de beta2 agonist la nevoie în cel mult 2 ocazii/săptămână

3. prezenţa simptomelor nocturne

4. limitarea activităţii datorată astmului

Astm bronşic controlat: Nici un criteriu

Astm bronşic parţial controlat: 1 - 2 criterii

Astm bronşic necontrolat: 3 - 4 criterii

B.Evaluarea periodică a factorilor de risc pentru exacerbări, deteriorarea funcţiei pulmonare şi efecte adverse medicamentoase.

NOTĂ: Pentru tratamentul pacienţilor cu astm după o exacerbare severă sau cu simptome importante sau frecvente este necesară recomandarea medicului de specialitate cu specialitatea pneumologie, pneumologie pediatrică sau alergologie şi imunologie clinică.

a.2. Pentru BPOC, ţinta terapeutică este reprezentată de renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii:

a.2.1.toţi pacienţii: educaţie intensivă pentru renunţare la fumat, evitarea altor factori de risc, dietă, activitate fizică, reguli de viaţă, vaccinare antigripală şi antipneumococică;

a.2.2.managementul farmacologic al BPOC se face în funcţie de evaluarea personalizată a simptomelor şi riscului de exacerbări (clasele de risc ABE GOLD)

NOTĂ: Pentru tratamentul regulat al pacientului cu BPOC este necesară recomandarea medicului cu specialitatea pneumologie sau pneumologie pediatrică.

b.Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă cuprinde: reevaluarea nivelului de severitate/nivelului de control al bolii şi identificarea eventualelor cauze de control inadecvat; educaţia pacientului privind boala, evoluţia ei, înţelegerea rolului diferitelor clase de medicamente şi a utilizării lor, înţelegerea rolului pacientului în managementul de lungă durată a bolii, sfatul pentru renunţarea la fumat; evaluarea complianţei la tratament şi ajustarea/continuarea terapiei pentru controlul simptomelor;

Pentru astm bronşic - ţinta terapeutică - controlul simptomelor cu combinaţia farmacologică şi în dozele cele mai mici posibile.

Pentru BPOC - ţinta terapeutică - renunţarea la fumat şi controlul simptomelor, cu mijloace terapeutice adecvate stadiului bolii şi prevenirea exacerbărilor.

Consultaţiile în cadrul monitorizării active includ: anamneză, factori declanşatori cauze de control inadecvat, examen clinic în cabinetul medicului de familie: inspecţie, auscultaţie şi palpare pentru evidenţierea semnelor de afectare a organelor ţintă, evidenţierea semnelor clinice pentru comorbidităţi; evaluarea riscului de exacerbare a BPOC; bilet de trimitere - management de caz, în funcţie de severitate - pentru efectuarea de investigaţii paraclinice pentru stabilirea severităţii/nivelului de control şi monitorizarea evoluţiei astmului bronşic şi BPOC: hemoleucogramă completă şi, dacă se suspectează complicaţii - radiografie pulmonară, după caz; bilet de trimitere - management de caz - pentru evaluare la medicul de specialitate pneumologie, pediatrie, alergologie şi medicină internă, după caz, în vederea efectuării inclusiv a spirometriei.

Educaţia pacientului se realizează prin sfaturi pentru modificarea stilului de viaţă: fumat, dietă, activitate fizică +/- consiliere/vaccinare antigripală.

Evaluarea complianţei la recomandările terapeutice se realizează cu atenţie sporită la complianţa la medicamente şi verificarea la fiecare vizită a înţelegerii utilizării diferitelor clase de medicamente şi a modului de utilizare a dispozitivelor inhalatorii.

Decizia de a trimnite la medicul cu specialitatea pneumologie/pneumologie pediatric ă/alergologie şi imunologie clinică, după caz, este recomandată cel puţin în următoarele situaţii:

– pentru astm bronşic, la pacienţii cu astm necontrolat, sub tratament cu corticosteroid inhalator şi/sau Montelukast

– pentru BPOC, la pacienţii cu forme severe de boală (VEMS < 50% din valoarea prezisă) şi la cei cu dispnee severă sau exacerbări frecvente (una severă sau două moderate în ultimul an) sub monoterapie cu bronhodilatator cu durată lungă de acţiune

– incertitudine diagnostic.

1.1.4.4. Managementul bolii cronice de rinichi

a.Evaluarea iniţială a cazului nou depistat constă în: evaluarea gradului de risc în funcţie de filtratul glomerular, albuminurie şi boala renală primară; stabilirea obiectivelor terapeutice şi întocmirea planului de îngrijire al pacientului confirmat (obiective terapeutice) şi iniţierea terapiei.

NOTA: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultaţii sunt persoanele care nu sunt în evidenţa medicului de familie cu boală cronică de rinichi.

Consultaţia în cadrul evaluării iniţiale cuprinde: anamneză (antecedente familiale şi personale, expunere la nefrotoxice, istoric al afectării renale şi al co-morbidităţilor relevante); examen clinic complet; bilet de trimitere pentru investigaţii paraclinice: creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG, examen sumar de urină, raport albumină/creatinină urinară de două ori în interval de 3 luni, ecografie de organ - renală;

Iniţierea terapiei include: consiliere pentru schimbarea stilului de viaţă: renunţare la fumat, dietă hiposodată, activitate fizică; tratament medicamentos vizând controlul presiunii arteriale (conform obiectivului terapeutic individual), al proteinuriei, al declinului eRFG şi al dislipidemiei, după caz; educaţia pacientului pentru auto-îngrijire.

b.Monitorizarea activă a cazului luat în evidenţă cuprinde: bilanţul periodic de două ori pe an, al controlului terapeutic (presiune arterială, raport albumină/creatinină urinară, declin RFGe); revizuirea medicaţiei (medicamente, doze), după caz; evaluarea aderenţei la programul terapeutic (dietă, medicaţie); bilet de trimitere - management de caz, pentru investigaţii paraclinice creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe, determinarea raportului albumină/creatinină urinară, examen sumar de urină; bilet de trimitere - management de caz, pentru evaluare la medicul de specialitate nefrologie. Decizia de a trimite pacientul pentru consultaţie la medicul de specialitate nefrologie va fi determinată de:

a.Gradul de risc: mare sau foarte mare conform încadrării în nivelul de risc asociat BCR:Categoria albuminurie (A1 - A3) (evaluată prin raportul albumină/creatinină, în mg/g):

- A1- absentă sau uşor crescuta - <30 mg/g
- A2- micro albuminurie - 30-300 mg/g
- A3- macro albuminurie - >300 mg/g

Categoria eRFG (determinată prin ecuaţia CKD-EPI plecând de la creatinina serică, exprimată în ml/min):

- G1 - normal eRFG > 90ml/min
- G2 - uşor scăzut eRFG 60-89ml/min
- G3a - uşor până la moderat scăzută eRFG 45-59ml/min
- G3b - moderat până la sever scăzută: eRFG 30-44ml/min
- G4- sever scăzută eRFG eRFG 15-29ml/min
- G5 - Insuficienţă renală eRFG <15ml/min Categoriile de risc asociat BCR:
- Mic : G1 A1, G2 A1
- Moderat : G1 A2, G2 A2, G3a A1
- Mare : G1 A3, G2 A3, G3a A2, G3b A1
- Foarte mare : G3a A3, G3b A2, G3b-A3, G4 A1-A3, G5 A1-A3

b.hematurie nonurologică

c.Progresia accelerată a BCR: reducerea > 5mL/min pe an a eRFG sau schimbarea gradului de risc;
d.injurie acută a rinichiului (scăderea eRFG mai mare de 30% în interval de 14 zile);
e.HTA necontrolată;
f.Instalarea complicaţilor BCR (anemie, acidoză, diselectrolitemii, tulburări ale metabolismului mineral-osos)

Biletul de trimitere pentru consultaţie de specialitate la nefrolog se va elibera pentru pacienţii cu risc înalt - G3bA1, G3aA2, oricare G şi A3 sau risc foarte înalt - G3a A3, G3b A2 sau A3 şi G4 sau G5, indiferent de nivelul A sau hematuria microscopică de cauză non-urologică, hipertensiune arterială necontrolată. Pentru pacienţii cu risc mic sau moderat de Boală Cronică de Rinichi - aşa cum reiese din parametrii de risc evaluaţi - diagnosticul şi monitorizarea pacientului vor fi realizate de medicul de familie, până în momentul evoluţiei parametrilor de risc asociaţi bolii.

1.2. Serviciile medicale preventive şi profilactice includ:
1.2.1. Consultaţii preventive periodice active oferite persoanelor cu vârsta între 0 - 18 ani privind:
a.creşterea şi dezvoltarea;
b.starea de nutriţie şi practicile nutriţionale;
c.depistarea şi intervenţia în consecinţă pentru riscurile specifice grupei de vârstă/sex; serviciile preventive pentru copii se acordă pe grupe de vârstă şi sex, conform anexei nr. 2 B la ordin.
1.2.1.1. Frecvenţa efectuării consultaţiilor se va realiza după cum urmează:
a)la externarea din maternitate şi la 1 lună - la domiciliul copilului/la cabinet;
– timpul mediu/consultaţie cu durată estimată de 30 minute;
b)la 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 36 luni;
– timpul mediu/consultaţie în cabinet cu durată estimată de 30 minute;
c)o dată pe an de la 4 la 18 ani.

NOTA 1: În cadrul consultaţiilor preventive copiii cu vârsta cuprinsă între 2 şi 18 ani, beneficiază anual de investigaţii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţiile preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigaţii. Biletul de trimitere se întocmeşte cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei, doar pentru investigaţiile paraclinice apreciate a fi necesare de către medicul de familie urmare a acordării consultaţiei, din listele de mai jos corespunzătoare grupelor de vârstă şi sexului.

Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:

a.Vârsta cuprinsă între 2 ani şi 5 ani inclusiv:

1. Pentru screeningul anemiei:
- Hemoleucograma completă
- Feritină

2. Pentru screeningul rahitismului:
- Calciu seric total
- Calciu ionic seric
- Fosfor
- Fosfatază alcalină

b.Vârsta cuprinsă între 6 ani şi 9 ani inclusiv Pentru screeningul sindromului dismetabolic pentru copii cu indicele de masă corporală - (IMC) peste percentila 85, pentru aceeaşi vârstă, sex şi înălţime sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială
- Proteine totale serice
- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie a jeun
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

c.Vârsta cuprinsă între 10 ani şi 17 ani inclusiv

1. Pentru profilaxia sindromului dismetabolic pentru indice de masă corporală - (IMC) peste percentila 85, pentru aceeaşi vârstă, sex şi înălţime sau la cei cu istoric de hipercolesterolemie familială

- LDL colesterol
- Trigliceride serice
- Glicemie a jeun
- TGP
- TGO
- TSH
- FT4

2. Pentru screening BTS (după începerea vieţii sexuale)

- examen microscopic al secreţiei vaginale
- VDRL sau RPR

3. Pentru screeningul anemiei pentru persoane de sex feminin:

- Hemoleucograma completă
- Feritină

NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectuează fără recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialişti cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situaţia în care VDRL sau RPR este pozitiv.

1.2.2. Consultaţii în vederea monitorizării evoluţiei sarcinii şi lăuziei, conform prevederilor legale în vigoare:

a)luarea în evidenţă în primul trimestru; se decontează o consultaţie; serviciul include şi depistarea sarcinii, după caz

b)supravegherea, lunar, din luna a 3-a până în luna a 7-a se decontează o consultaţie/lună. În situaţia în care luarea în evidenţă a gravidei are loc în luna a 3-a, pentru această lună se va raporta casei de asigurări de sănătate numai luarea în evidenţă a gravidei, nu şi supravegherea;

c)supravegherea, de două ori pe lună, din luna a 7-a până în luna a 9-a inclusiv; se decontează două consultaţii/lună;

d)urmărirea lăuziei la externarea din maternitate - la cabinet şi la domiciliu; se decontează o consultaţie;

e)urmărirea lăuziei la 4 săptămâni de la naştere - la cabinet şi la domiciliu; se decontează o consultaţie.

1.2.2.1. În cadrul supravegherii gravidei se face promovarea alimentaţiei exclusive la sân a copilului până la vârsta de 6 luni şi continuarea acesteia până la minim 12 luni, recomandare testare pentru HIV, hepatită de etiologie virală cu virus B şi C, lues a femeii gravide, precum şi alte investigaţii paraclinice necesare, dintre cele prevăzute în pachetul de bază.

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

1.2.3. Consultaţii preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic care se acordă la cabinetul medicului de familie în mod activ adulţilor din populaţia generală - fără semne de boală - care nu sunt în evidenţa medicului de familie cu orice boală/boli cronice, se vor realiza după cum urmează:

1.2.3.1. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta între 18 şi 39 ani - o dată pe an, pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Se decontează maxim două consultaţii/asigurat, anual. Cea de-a doua consultaţie, în care medicul realizează intervenţia individuală privind riscurile modificabile, se acordă în maximum 90 de zile de la prima consultaţie.

1.2.3.2. Toate persoanele asimptomatice cu vârsta de 40 ani şi peste, 1 - 3 consultaţii/asigurat/pachet prevenţie ce se decontează anual. Pachetul de prevenţie

cuprinde maxim 3 consultaţii: consultaţie de evaluare iniţială, consultaţie pentru intervenţie individuală privind riscurile modificabile şi consultaţie pentru monitorizare/control ce pot fi acordate într-un interval de maxim 6 luni consecutive. Pachetul de prevenţie se decontează anual - pentru care medicul de familie evaluează expunerea la factorii de risc finalizată prin completarea riscogramei pentru grupa de vârstă şi sex corespunzătoare conform anexei nr. 2 B la ordin. Valoarea tensiunii arteriale, IMC, istoricul familial de deces prematur prin boala cardiovasculară şi/sau boli familiale ale metabolismului lipidic, statusul de fumător vor fi transmise în PIAS odată cu raportarea serviciului, în vederea validării acestuia.

NOTA 1: În cadrul consultaţiilor preventive asiguraţii asimptomatici cu vârsta peste 18 ani, cu factori de risc modificabili, beneficiază anual de investigaţii paraclinice - analize de laborator, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive de evaluare a riscului individual, nu au efectuat aceste investigaţii. Biletul de trimitere se întocmeşte cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei, doar pentru investigaţiile paraclinice apreciate a fi necesare de către medicul de familie urmare a acordării consultaţiei, din listele de mai jos corespunzătoare grupelor de vârstă şi sexului.

Investigaţiile paraclinice recomandate pentru prevenţie sunt:

a. pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 18 şi 39 ani

- Hemoleucogramă completă
- Proteina C reactivă
- Glicemie a jeun
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
- TGO
- TGP
- VDRL sau RPR
- examen microscopic al secreţiei vaginale la femeile active sexual
- testare HPV, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii
- pentru femei la risc înalt, cu vârsta cuprinsă între 30 şi 39 de ani inclusiv, ecografie de sân şi mamografie 2D, anual, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii

b. pentru adultul asimptomatic cu vârsta cuprinsă între 40 şi 60 de ani:

– hemoleucogramă completă
– proteina C reactivă
– glicemie a jeun
– colesterol seric total
– LDL colesterol
– creatinină serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - RFGe
– TGO
– TGP
– determinarea raportului albumină/creatinină în urină (RACU)
– examen microscopic al secreţiei vaginale la femeile active sexual
– test imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei şi bărbaţi, începând cu vârsta de 50 de ani, până la vârsta de 60 de ani, inclusiv, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul colorectal, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii
– pentru femei la risc înalt, cu vârsta cuprinsă între 40 şi 49 de ani inclusiv, ecografie de sân şi mamografie 2D, anual, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii
– pentru femei, începând cu vârsta de 50 de ani până la vârsta de 60 de ani inclusiv, mamografie 2D, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii;

– testare HPV conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii
– TSH şi FT4 la femei
– pentru bărbaţi, PSA, începând cu vârsta de 50 de ani, o dată la 3 ani.

NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectuează fără recomandarea medicului de familie examenul citologic al frotiului sangvin (numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialişti cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situaţia în care VDRL sau RPR este pozitiv.

NOTA 2: Furnizorul de analize de laborator efectuează fără recomandarea medicului de familie examenul citologic al fTotiului sangvin (numai dacă este efectuat de medicul de laborator sau de specialişti cu studii superioare nemedicale care au specializare în hematologie) în cazul în care hemoleucograma completă prezintă modificări de parametri, respectiv efectuează TPHA în situaţia în care VDRL sau RPR este pozitiv

1.2.4. Depistare de boli cu potenţial endemo-epidemic (examen clinic, diagnostic prezumtiv, trimitere către structurile de specialitate pentru investigaţii, confirmare, tratament adecvat şi măsuri igienico-sanitare specifice, după caz). Bolile cu potenţial endemo-epidemic sunt cele prevăzute la punctul II din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 423/2020.

1.2.4.1. Se decontează o singură consultaţie per persoană pentru fiecare boală cu potenţial endemo-epidemic suspicionată şi confirmată, inclusiv pentru bolnavul TBC, respectiv pentru bolnavul cu hepatită/infecţie HIV, nou descoperit activ de medicul de familie.

1.2.5. Consultaţii pentru acordarea serviciilor de planificare familială:

a)consilierea femeii privind planificarea familială, inclusiv evaluarea femeii preconcepţie;

b)indicarea unei metode contraceptive la persoanele fără risc.

1.2.5.1. Consultaţia poate cuprinde, după caz, numai serviciul prevăzut la litera a) sau serviciile prevăzute la literele a) şi b); se decontează maximum două consultaţii pe an calendaristic, pe asigurat.

1.2.5.2. Consultaţiile pentru acordarea serviciilor de planificare familială se referă atât la planificarea vieţii reproductive cât şi la evaluarea femeii preconcepţie: Planificarea vieţii reproductive cuprinde:
– investigarea numărului, spaţierea sarcinilor şi calendarul copiilor preconizaţi în vederea indicării contracepţiei eficiente pentru a permite implementarea acestui plan şi reduce riscul unei sarcini neplanificate;
– conştientizarea fertilităţii şi despre cum se reduce fertilitatea cu vârsta, şansa de concepţie, riscul de infertilitate şi anomalii fetale;
– pentru pacientele care nu plănuiesc să rămână însărcinate se indică contracepţia eficientă şi opţiunile contraceptive de urgenţă.

Evaluarea femeii preconcepţie cuprinde:
– istoricul reproducerii (probleme cu sarcinile anterioare, cum ar fi decesul nou-născuţilor, pierderea fătului, malformaţii congenitale, prematuritate, greutate mică la naştere, diabet gestaţional);
– istoricul medical (afecţiuni medicale care ar putea afecta sarcinile viitoare ca de ex. diabetul zaharat, boala tiroidiană, HTA, epilepsie şi trombofilie);
– utilizarea medicamentelor (toate medicamentele curente pentru efecte teratogene, inclusiv medicamente fără prescripţie medicală, vitamine şi suplimente alimentare);
– evaluarea fizică generală (examinare a sânilor, recomandare consultaţie de specialitate obstetrică ginecologie, indicele de masă corporală şi tensiunea arterială); evaluarea statusului de nutriţie şi recomandarea de exerciţii fizice
– consumul de substanţe (consumul de tutun, alcool şi droguri ilegale şi respectiv consilierea pentru renunţarea la fumat, alcool şi droguri ilegale dacă e cazul);
– istoricul vaccinărilor (vaccinarea împotriva hepatitei B şi rubeolei);
– suplimentarea cu acid folic;
– evaluarea sănătăţii psihosociale (evaluarea sănătăţii mintale perinatale, inclusiv anxietatea şi depresia, condiţiile de sănătate mintală preexistente, evaluare şi tratament

psihologic sau psihiatric, utilizarea medicamentelor şi riscul de exacerbare a tulburărilor de comportament în sarcină şi post-partum); evaluarea mediului înconjurător în ceea ce priveşte expunerea repetate la toxine periculoase în mediul casnic şi la locul de muncă care poate afecta fertilitatea şi creşte riscul de avort spontan şi de malformaţii congenitale. Se recomandă evitarea infecţiilor determinate de Toxoplasma gondii, virusul rubeolei, Citomegalovirus şi virusul Herpes simplex, Treponema Pallidum, virusul varicelo-zosterian, virusul urlian, parvovirus, Listeria şi altele asemenea.

1.2.6. Consultaţii preventive de depistare precoce a unor afecţiuni cronice pentru persoane cu vârsta între 40 şi 60 ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulţilor din populaţia generală şi care sunt deja înregistraţi la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice

1.2.6.1. Se decontează maxim două consultaţii/asigurat, anual.

1.2.6.2. Consultaţia preventivă de depistare precoce a unor afecţiuni la adulţii care sunt înregistraţi la medicul de familie cu una sau mai multe afecţiuni cronice are ca scop identificarea şi intervenţia asupra riscurilor modificabile asociate altor afecţiuni cu pondere importantă asupra poverii îmbolnăvirilor: boli cardiovasculare şi metabolice, cancer, boală cronică de rinichi, sănătatea mintală, sănătatea reproducerii, în cazul în care persoana nu este deja diagnosticată cu aceste afecţiuni.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultaţii sunt persoanele care nu sunt în evidenţa medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.

NOTA 2: În cadrul consultaţiilor preventive de depistare precoce a unor afecţiuni, adulţii cu vârsta între 40 şi 60 ani beneficiază de aceleaşi evaluări, intervenţii şi investigaţii paraclinice - analize de laborator prevăzute pentru adulţii asimptomatici cu vârsta de 40 de ani şi peste, pe baza biletului de trimitere eliberat de medicul de familie, dacă în anul în care se acordă consultaţii preventive, nu a efectuat aceste investigaţii.

1.2.7. Consultaţii preventive de depistare precoce a unor afecţiuni cronice pentru persoane cu vârsta de peste 60 de ani, care se acordă la cabinetul medicului de familie, în mod activ adulţilor din populaţia generală şi care sunt deja înregistraţi la medicul de familie cu una sau mai multe boli cronice.

1.2.7.1. Se decontează maxim două consultaţii/asigurat, anual.

1.2.7.2. Consultaţia cuprinde evaluarea comportamentelor cu impact global asupra sănătăţii (stilul de viaţă): evaluarea practicilor nutriţionale şi consiliere pentru o alimentaţie sănătoasă şi comportament alimentar sănătos, obezitatea, activitatea fizică, consumul problematic de alcool, fumat, nevoi psiho-sociale, sănătatea orală, consumul de substanţe interzise sau cu regim special; evaluarea riscului fatal cardiovascular (cu excepţia persoanelor cu BCV diagnosticată anterior, diabet zaharat cu afectarea unui organ ţintă, boală cronică de rinichi moderată sau severă, hipercolesterolemie familială, colesterol total > 300 mg/dl); evaluarea riscului oncologic; evaluarea riscului de boală cronică de rinichi; evaluarea sănătăţii mintale, inclusiv a depresiei; evaluarea riscului de osteoporoză; evaluarea riscului de incontinenţă urinară; evaluarea riscului de melanom malign; evaluarea riscului de demenţă.

NOTA 1: Persoanele eligibile pentru acest tip de consultaţii sunt persoanele care nu sunt în evidenţa medicului de familie cu bolile ce fac obiectul evaluării în vederea depistării precoce a acestora.

NOTA 2: Investigaţiile paraclinice recomandate pentru adultul cu vârsta de peste 60 de ani, pentru depistarea precoce a unor afecţiuni sunt următoarele:

- Hemoleucogramă completă
- Proteina C reactivă
- Glicemie a jeun
- Colesterol seric total
- LDL colesterol
- Creatinina serică cu determinarea ratei de filtrare glomerulară estimată - eRFG
- examinare DXA
- TGO
- TGP
- determinarea raportului albumină/creatinină urinară

• examen microscopic al secreţiei vaginale femeile active sexual
• test imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei şi bărbaţi cu vârsta de peste 60 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul colorectal, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii
• pentru femei până la vârsta de 69 de ani inclusiv, mamografie 2D, o dată la 2 ani, conform metodologiei de screening pentru cancerul de sân, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii
• testare HPV a femeilor până la vârsta de 65 de ani, inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii;

– TSH şi FT4 la femei
– pentru bărbaţi, PSA, o dată la 3 ani.

1.2.8. Pentru asiguraţii adulţi care nu prezintă simptome sugestive pentru diabet zaharat, cu vârsta de 18 ani şi peste, supraponderali/obezi şi/sau care prezintă unul sau mai mulţi factori de risc pentru diabetul zaharat, se recomandă efectuarea glicemiei bazale (a jeun) sau testului de toleranţă la glucoză per os (TTGO) sau a HBA1c. Se recomandă aceste investigaţii cu ocazia acordării altor tipuri de consultaţii, dacă persoana nu a mai efectuat investigaţiile recomandate în ultimele 6 luni. Biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei.NOTA 1:Pentru pacienţii care îndeplinesc cel puţin una din următoarele condiţii:

a)glicemie bazală (à jeun) cuprinsă în intervalul 110-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l); şi/sau

b)TTGO cuprins în intervalul 140-199 mg/dl (7,8-11 mmol/l); şi/sau

c)HBA1c cuprinsă în intervalul 5,7-6,49%,medicul de familie va include pacientul în Programul naţional de diabet zaharat (PNS 5) şi va iniţia tratamentul cu DCI Metforminum, inclus în sublista C secţiunea C2, PNS 5 - Programul naţional de diabet zaharat - Subprogramul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat din anexa la Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, în doză titrabilă de la 500 mg/zi până la 2.000 mg/zi.

Dacă la consultaţiile ulterioare de control valoarea HBA1c este ≥ 6,5%, medicul de familie va trimite pacientul pentru consultaţie la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice şi/sau la medici cu competenţă/atestat în diabet. Medicul de familie poate recomanda efectuarea hemoglobinei glicozilate HbA1c pentru pacientul inclus în PNS 5, potrivit Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate curative, aprobate prin ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

1.2.9. Pentru asiguraţii adulţi, cu vârsta de 18 ani şi peste, care nu prezintă simptome sugestive pentru boala cronică de rinichi, dar care au unul sau mai mulţi factori de risc pentru boală cronică de rinichi precum boli cardiovasculare, hipertensiune arterială sau diabet zaharat, se recomandă efectuarea creatininei serice cu estimarea ratei de filtrare glomerulara (RFGe) şi determinarea Raport albumina/creatinină în urină (RACU). Se recomandă aceste investigaţii cu ocazia acordării altor tipuri de consultaţii, dacă persoana nu a mai efectuat investigaţiile recomandate în ultimele 6 luni. Biletul de trimitere se întocmeşte distinct pentru aceste investigaţii paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenţiei.

NOTĂ Pentru pacienţii cu risc mic de boală cronică de rinichi G1 -2 şi A1, se recomandă repetarea acestor analize anual.

Pentru pacienţii cu risc moderat de boală cronică de rinichi, G3a A1 şi G1 -2 A2, se recomandă repetarea acestor analize la 3 luni.

Pentru pacienţii cu risc înalt sau foarte înalt, toate celealte cazuri G si A, se îndrumă spre medicul nefrolog.

1.3. Consultaţiile la domiciliu

1.3.1. Se acordă asiguraţilor de pe lista proprie a medicului de familie, în afara cabinetului, în timpul programului de lucru pentru consultaţiile la domiciliu.

1.3.2. Consultaţiile la domiciliu se acordă asiguraţilor nedeplasabili din motiv de invaliditate permanentă sau invaliditate temporară, asiguraţilor cu boli cronice sau cu un

episod acut/subacut ce nu permite deplasarea la cabinet, copiilor 0 - 1 an, copiilor 0 - 18 ani cu boli infecto-contagioase şi lăuzelor.

1.3.3. Se consideră consultaţie la domiciliu, inclusiv consultaţia/examinarea acordată de medicul de familie în vederea constatării decesului.

1.3.4. Consultaţiile la domiciliu acordate de către medicul de familie pentru un asigurat înscris pe lista proprie se decontează astfel: maximum două consultaţii pentru fiecare episod acut/subacut/acutizări ale bolilor cronice, maximum o consultaţie pe lună pentru toate afecţiunile cronice/asigurat şi o consultaţie pentru fiecare situaţie de urgenţă. Informaţiile medicale se înregistrează în fişa medicală.

1.3.5. Consultaţiile acordate la domiciliul asiguraţilor - maximum 42 de consultaţii pe lună pe medic cu listă proprie de persoane asigurate înscrise dar nu mai mult de trei consultaţii pe zi.

NOTĂ: Consultaţiile la domiciliu se consemnează în registrul de consultaţii la domiciliu, care va conţine data şi ora consultaţiei, numele, prenumele, asiguratului sau aparţinătorului, după caz, pentru situaţia în care nu se utilizează cardul conform prevederilor legale în vigoare.

1.4. Serviciile medicale adiţionale, serviciile diagnostice şi terapeutice - reprezintă servicii care se pot acorda exclusiv asiguraţilor de pe lista proprie, în cadrul programului de lucru declarat în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adiţional la contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, la cabinet, la domiciliu sau la locul solicitării, după caz.

1.4.1. Servicii medicale adiţionale acordate la nivelul cabinetului, în cadrul unui program de lucru la cabinet prelungit corespunzător: ecografia generală - abdomen şi pelvis.

Medicii de familie efectuează şi interpretează ecografiile numai ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârşitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenţie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste investigaţii în vederea stabilirii diagnosticului, dacă în cabinetele medicale în care aceştia îşi desfăşoară activitatea există aparatura medicală necesară; medicii de familie pot efectua ecografii generale - abdomen şi pelvis numai dacă au obţinut competenţă confirmată prin ordin al ministrului sănătăţii.

NOTA 1: Pentru serviciile de ecografie generală - abdomen şi pelvis se încheie acte adiţionale la contractul/convenţia de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară. Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent investigaţiilor medicale paraclinice, în limita sumelor rezultate conform criteriilor prevăzute în anexa 20 la ordin.

NOTA 2: Numărul maxim de ecografii ce pot fi efectuate şi acordate într-o oră, nu poate fi mai mare de 3.

1.4.2. Medicii de familie efectuează şi/sau interpretează serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate conform curriculei de pregătire, cu respectarea ghidurilor de practică medicală şi în concordanţă cu diagnosticul, numai ca o consecinţă a actului medical propriu, pentru persoanele asigurate din lista proprie/din lista constituită la sfârşitul lunii anterioare, în cazul medicilor de familie nou-veniţi într-o localitate care încheie cu casa de asigurări de sănătate convenţie de furnizare de servicii medicale, pentru care este necesar a se efectua aceste servicii.

Serviciile medicale diagnostice şi terapeutice acordate conform curriculei de pregătire a med icului în cadrul programului de lucru la cabinet sau la domiciliu declarat în contractul/convenţia încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate sau în cadrul unui program de lucru prelungit prin încheierea unui act adiţional la contractul/convenţia încheiat/ă cu casa de asigurări de sănătate, după caz, sunt nominalizate în tabelul de mai jos:

Nr. crt.	Denumire serviciu
1.	Spirometrie*3)
2.	Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale 24 ore*3)
3.	Măsurarea indicelui de presiune gleznă - braţ*3)
4.	Efectuarea şi interpretarea electrocardiogramei*3)

5.	Tuşeu rectal
6.	Tamponament anterior epistaxis*2), *4)
7.	Extracţie corp străin din fosele nazale*2), *4)
8.	Extracţie corp străin din conductul auditiv extern - inclusiv dopul de cerumen
9.	Administrare medicaţie aerosoli (nu include medicaţia)*3)
10.	Evacuare fecalom cu/fără clismă evacuatorie
11.	Sondaj vezical*2)
12.	Abrogat de Punctul 3., Articolul I din ORDINUL nr. 3.253/772/2023, publicat în MONITORUL OFICIAL nr. 857 din 22 septembrie 2023
13.	Tratamentul chirurgical al panariţiului, abcesului, furunculului, leziunilor cutanate - plăgi tăiate superficial, înţepate superficial, necroze cutanate, escare, ulcere varicoase, dehiscenţe plăgi, arsuri, extracţie corpi străini ţesut moale (anestezie, excizie, sutură, inclusiv îndepărtarea firelor, pansament, infiltatii, proceduri de evacuare colecţii purulente)*1), *2), *4)
14.	Supraveghere travaliu fără naştere*2), *4) *5)
15.	Naştere precipitata*2), *4)*5)
16.	Testul monofilamentului
17.	Peakflowmetria*3)
18.	Tratamente intramuscular, intravenos, subcutanat (nu include medicaţia)*2), *4)
19.	Pansamente, suprimat fire*1)
20.	Administrarea de oxigen până la predarea către echipajul de prim-ajutor*2), *4)
21.	Recoltare material celular cervico-vaginal la femeile cu vârsta de peste 25 de ani, până la vârsta de 65 de ani inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul de col uterin, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii
22.	Testul Frax - calcularea riscului de fractură la pacienţii cu osteoporoză
23.	Tratamente intravenoase cu injectomat, perfuzii intravenoase *2), *4)
24.	Imobilizarea unei fracturi, entorse, luxaţii *1), *2), *4)
25.	Spălătură gastrică *1), *2), *4)
26.	Serviciu de consiliere pentru recoltare în vederea efectuării testului imunologic cantitativ pentru depistarea hemoragiilor oculte în materiile fecale, pentru femei şi bărbaţi cu vârsta de peste 50 de ani, până la vârsta de 74 de ani, inclusiv, conform metodologiei de screening pentru cancerul colorectal, aprobată prin ordin al ministrului sănătăţii - include kitul de recoltare, pentru care furnizorul trebuie să deţină o evidenţă cantitativă privind intrările şi consumul corelat cu serviciile medicale raportate

*1) Serviciile includ tratamentul şi supravegherea până la vindecare.
*2) Serviciile se pot acorda şi în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.
*3) Serviciile sunt acordate numai în cadrul cabinetelor care au dotarea corespunzătoare.
*4) Serviciile se pot acorda inclusiv la locul solicitării, în cadrul programului de domiciliu sau în afara programului declarat în contractul cu casa de asigurări de sănătate.
*5) Serviciile se acordă in situatia în care pacienta nu are acces imediat la alte segmente de asistenţă medicală.
NOTĂ: Decontarea acestor servicii se realizează din fondul aferent asistenţei medicale primare, fiind cuantificate prin puncte pe serviciu medical, conform anexei 2 la ordin. Tariful include materialele sanitare şi consumabilele specifice.
1.5. Activităţile de suportActivităţile de suport sunt reprezentate de eliberarea următoarelor documente medicale, urmare a unui act medical propriu:
a.certificat de concediu medical;
b.bilete de trimitere;
c.prescripţii medicale;
d.adeverinţe medicale pentru copii în caz de îmbolnăviri;
e.acte medicale necesare copiilor pentru care a fost stabilită o măsură de protecţie specială, în condiţiile legii;
f.adeverinţe medicale pentru înscrierea în colectivitate necesare la înscrierea în unităţile de învăţământ, dovada de (re)vaccinare (carnet de vaccinări), avizul epidemiologic - eliberate conform Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1456/2020 pentru aprobarea Normelor de igienă din unităţile pe ntru ocrotirea, educarea, instruirea, odihna şi recreerea copiilor şi tinerilor, cu modificările ulterioare;
g.certificat medical constatator al decesului, ca urmare a examinării pentru constatarea decesului, cu excepţia situaţiilor de suspiciune care necesită expertiză medico-legală, conform Ordinului ministrului justiţiei şi ministrului sănătăţii nr. 1134/C-255/2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor şi a altor lucrări medico-legale;
h.fişa medicală sintetică necesară copiilor cu dizabilităţi pentru încadrarea şi reevaluarea în grad de handicap, conform Ordinului ministrului muncii, familiei, protecţiei sociale şi

persoanelor vârstnice, ministrului sănătăţii şi ministrului educaţiei naţionale nr. 1985/1305/5805/2016 privind aprobarea metodologiei pentru evaluarea şi intervenţia integrată în vederea încadrării copiilor cu dizabilităţi în grad de handicap, a orientării şcolare şi profesionale a copiilor cu cerinţe educaţionale speciale, precum şi în vederea abilitării şi reabilitării copiilor cu dizabilităţi şi/sau cerinţe educaţionale speciale;

i.adeverinţe încadrare în muncă pentru şomerii beneficiari ai pachetului de bază;

j.eliberarea documentelor medicale, potrivit domeniului de competenţă, necesare pentru evaluarea şi reevaluarea în vederea încadrării în grad de handicap, precum şi în contextul dispunerii, prelungirii, înlocuirii sau ridicării măsurii de ocrotire;

k.recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu;

l.recomandare pentru dispozitive medicale de protezare stomii şi incontinenţă urinară, cu excepţia cateterului urinar.

NOTA 1: Activităţile de suport sunt consecinţă a actului medical acordat pentru serviciile prevăzute în pachetul de servicii medicale de bază.

NOTA 2: Se decontează un serviciu - examinare pentru constatarea decesului, indiferent dacă s-a eliberat sau nu certificatul constatator de deces unui asigurat înscris pe lista medicului de familie. Serviciile pot fi acordate şi în afara programului prevăzut în contractul de furnizare de servicii medicale încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

1.6. Servicii de administrare de medicamente

1.6.1. Administrare schemă tratament direct observat (DOT) pentru bolnavul TBC confirmat, se acordă asiguraţilor de pe lista proprie a medicului de familie, în timpul programului de lucru în cabinet, cu respectarea prevederilor Ordinului ministrului sănătăţii nr. 6/2018 privind modificarea şi completarea Ordinului ministrului sănătăţii nr. 1171/2015 pentru aprobarea Ghidului metodologic de implementare a Programului naţional de prevenire, supraveghere şi control al tuberculozei.

C.PACHETUL DE SERVICII ÎN ASISTENŢA MEDICALĂ PRIMARĂ PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, TITULARI DE CARD, EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE, ÎN PERIOADA DE VALABILITATE A CARDULUI, PENTRU PACIENŢII DIN STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPAŢIULUI ECONOMIC EUROPEAN/CONFEDERAŢIA ELVEŢIANĂ/REGATULUI UNIT AL MARII BRITANII ŞI IRLANDEI DE NORD, BENEFICIARI AI FORMULARELOR/DOCUMENTELOR EUROPENE EMISE ÎN BAZA REGULAMENTULUI (CE) NR. 883/2004 AL PARLAMENTULUI EUROPEAN ŞI AL CONSILIULUI DIN 29 APRILIE 2004 PRIVIND COORDONAREA SISTEMELOR DE SECURITATE SOCIALĂ, CU MODIFICĂRILE ŞI COMPLETĂRILE ULTERIOARE, ŞI PENTRU PACIENŢII DIN STATELE CU CARE ROMÂNIA A ÎNCHEIAT ACORDURI, ÎNŢELEGERI, CONVENŢII SAU PROTOCOALE INTERNAŢIONALE CU PREVEDERI ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII.

1. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1. şi pct. 1.2.subpct. 1.2.4. şi la lit. B, punctul 1.1, subpunctul 1.1.2 din prezenta anexă.

2. Pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Confederaţia Elveţiană/Regatului Unit al Marii Britanii şi Irlandei de Nord, beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, cu modificările şi completările ulterioare, beneficiază în asistenţa medicală primară de serviciile prevăzute la lit. B.

3. Pacienţii din statele cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii pot beneficia, după caz, de serviciile medicale prevăzute la lit. A pct. 1.1 subpct. 1.1.1. şi pct. 1.2. subpct. 1.2.4. din prezenta anexă sau de serviciile medicale prevăzute la lit. B din prezenta anexă în condiţiile prevăzute de respectivele documente internaţionale.