



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

„11” mai 2022

nr. 432

Cu privire la implementarea Programului Național de răspuns la tuberculoză pentru anii 2022-2025

În scopul ameliorării situației epidemiologice în Republica Moldova prin reducerea poverii tuberculozei ca problemă de sănătate publică, fortificarea activităților de răspuns la tuberculoză, realizarea prevederilor Legii nr. 10/2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice, Legii nr. 153/2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei, Programului Național de răspuns la tuberculoză pentru anii 2022-2025 aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 107/2022, Planului național de acțiuni în domeniul drepturilor omului pentru anii 2018–2022 aprobat prin Hotărârea Parlamentului nr. 89/2018, Strategiei Organizației Mondiale a Sănătății „End TB” pentru anii 2015-2035, precumși în temeiul Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 148/2021,

ORDON:

1. Se aprobă:

- 1) Organigrama serviciului de ftiziopneumologie, conform anexei nr. 1;
- 2) Responsabilitățile serviciilor de răspuns la tuberculoză, conform anexei nr. 2;
- 3) Organizarea serviciului microbiologic pentru diagnosticul tuberculozei, conform anexei nr. 3;
- 4) Regulamentul privind răspunsul la tuberculoză la nivelul asistenței medicale primare, conform anexei nr. 4;
- 5) Regulamentul privind răspunsul la tuberculoză la nivelul asistenței medicale specializate de ambulatoriu, conform anexei nr. 5;
- 6) Regulamentul privind activitățile comune ale centrelor de sănătate publică, serviciilor de ftiziopneumologie și medicină primară drept răspuns la tuberculoză, inclusiv implicarea actorilor comunitari, conform anexei nr. 6;
- 7) Rolul parteneriatului public privat în activitățile de răspuns la tuberculoză, inclusiv implicarea actorilor comunitari, conform anexei nr. 7;
- 8) Răspunsul la tuberculoză în instituțiile penitenciare, conform anexei nr. 8;
- 9) Realizarea activităților sinergice cu alte Programe Naționale de sănătate și determinante sociale, conform anexei nr. 9;
- 10) Managementul cazului de tuberculoză la diferite nivele, conform anexei nr. 10;
- 11) Organizarea tratamentului antituberculos strict supravegheat, conform anexei nr. 11;
- 12) Intervențiile pentru schimbarea comportamentelor, conform anexei nr. 12;
- 13) Spectrul îngrijirilor paliative în tuberculoză, conform anexei nr. 13;
- 14) Înregistrarea și declararea cazului de tuberculoză. Managementul circuitului informațional, conform anexei nr. 14;

- 15) Regulamentul Departamentului de Coordonare a PNRT, conform anexei nr. 15;
 - 16) Regulamentul cu privire la managementul medicamentelor antituberculoase, conform anexei nr. 16;
 - 17) Managementul comunitar de caz al copilului afectat de tuberculoză, conform anexei nr. 17.
 - 18) Lista formularelor standardizate, conform anexei nr. 18.
2. Conducătorii Direcției Generale Asistență Socială și Sănătate a Consiliului municipal Chișinău, Secției Sănătate a primăriei mun. Bălți, Direcției Generale de Sănătate și Protecție Socială U.T.A. Găgăuzia, instituțiilor medico-sanitare publice spitalele raionale, instituțiilor prestatoare de asistență medicală indiferent de forma de proprietate și forma juridică de organizare, Centrelor de Sănătate Publică teritoriale din cadrul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică vor asigura:
- 1) participarea activă în profilaxia și măsurile de răspuns la tuberculoză a tuturor instituțiilor medico-sanitare subordonate, cu implicarea reprezentanților administrației publice locale, conducătorilor de întreprinderi, organizații, instituții, asociații și ONG-uri;
 - 2) elaborarea Programului teritorial de răspuns la tuberculoză pentru anii 2022-2025, inclusiv bugetul estimat, reieșind din situația epidemiologică prin tuberculoză în teritoriu, coordonat cu Departamentul de coordonare a PNRT și cu prezentarea spre aprobare Consiliului raional în termen de 2 luni după aprobarea PNRT;
 - 3) includerea în schema-model de state a unității de specialist principal titular-coordonator al Programului teritorial de răspuns la tuberculoză, în limita statelor existente;
 - 4) constituirea grupului raional (municipal) de monitorizare a Programului teritorial de răspuns la tuberculoză în componența: coordonatorul raional (municipal) al programului teritorial, medicul de familie din Centrul de Sănătate teritorial și epidemiologul responsabil de tuberculoză din Centrul de Sănătate Publică;
 - 5) îmbunătățirea bazei tehnico-materiale a serviciului de ftiziopneumologie;
 - 6) asistență ftiziopneumologică în volum deplin (depistarea, diagnosticul, înregistrarea, tratamentul, raportarea și monitorizarea cazurilor de TB, prevenirea TB) persoanelor conform locului de trai, indiferent de viza de reședință, precum și controlul transmiterii infecției TB prin efectuarea anchetei epidemiologice;
 - 7) analiza fiecărui caz de diagnosticare tardivă a tuberculozei în termen de 2 săptămâni din data diagnosticării cu identificarea cauzelor, discuții în cadrul Consiliilor medicale și raportarea către Departamentul de coordonare a PNRT a IMSP Institutului de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc”;
 - 8) examinarea fiecărui caz de înregistrare postmortem a tuberculozei și fiecărui caz de deces condiționat de tuberculoză la copii și persoane de vârstă aptă de muncă, cu discutarea în cadrul Consiliilor medicale și prezentarea informației către Departamentul de coordonare a PNRT din cadrul IMSP Institutului de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc”;
 - 9) trimiterea, la necesitate, a bolnavilor cu tuberculoză în spitalele și secțiile de ftiziopneumologie conform profilului paturilor, principiului teritorial și formei clinice a tuberculozei, cu respectarea criteriilor de spitalizare, conform Protocoalelor Clinice Naționale (PCN);
 - 10) organizarea asistenței medicale corespunzătoare adulților bolnavi de tuberculoză în stare gravă până la stabilizarea stării sănătății în secțiile boli contagioase ale spitalelor raionale, cu transferarea ulterioară în staționarele specializate, asigurând transportul specializat pentru transferul bolnavilor TB în instituțiile specializate;
 - 11) organizarea asistenței medicale corespunzătoare copiilor cu forme grave de tuberculoză în caz de urgență în spitalele de profil general, care dispun de secții/saloane de terapie intensivă pentru copii, cu transferarea lor ulterioară în secția de ftiziopneumologie pentru copii;
 - 12) administrarea tratamentului preventiv copiilor din contact cu bolnavi TB, de preferință în condiții de ambulator, iar la prezența indicațiilor - în centrele de reabilitare și grădinițele de tip sanatorial;

- 13) îndreptarea, la necesitate, a copiilor pentru faza de continuare a tratamentului și a copiilor contactați din focarele de tuberculoză în centrele de reabilitare, conform indicațiilor clinice, epidemiologice și numărului de locuri atribuite;
 - 14) realizarea minimului de diagnostic în vederea depistării tuberculozei extrapulmonare la persoanele, aflate în supraveghere medicală la medicii specialiști: urologi, ginecologi, traumatologi-ortopezi, dermatologi, neurologi, oftalmologi etc;
 - 15) realizarea acțiunilor de depistare activă prin examen radiologic și metode microbiologice în teritoriile administrative cu incidență înaltă a tuberculozei, în grupurile de populație cu risc și vigilență sporită TB;
 - 16) informarea cadrelor medicale și a administrației publice locale despre situația epidemiologică prin tuberculoză în țară, în teritoriile administrative și în localitățile unde activează;
 - 17) instruirea permanentă și calitativă a medicilor de familie, a medicilor specialiști în probleme de profilaxie, depistare precoce și administrare a tratamentului bolnavilor cu tuberculoză;
 - 18) respectarea controlului infecției în unitățile medicale conform Regulamentului sanitar privind condițiile de igienă în IMSP, aprobat prin HG nr. 663/2010;
 - 19) organizarea informării permanente a populației în scopul prevenirii îmbolnăvirii de tuberculoză, folosind mijloacele de informare în masă (radioul, presa, televiziunea de nivel local și central etc.);
 - 20) organizarea modalității de transfer la timp a gravidelor bolnave de tuberculoză, din motivul apariției complicațiilor sarcinii sau pentru naștere, în IMSP Institutul Mamei și Copilului.
3. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare publice Centre de Sănătate, Centre ale Medicilor de Familie, Asociații Medicale Teritoriale din mun. Chișinău vor asigura:
- 1) organizarea depistării bolnavilor de tuberculoză din rândul simptomatizilor și a grupurilor cu risc și vigilență sporită TB și referirea lor către serviciul de fizio-pneumologie pentru definitivarea diagnosticului;
 - 2) participarea medicilor de familie, în comun cu medicul fizio-pneumolog și medicul epidemiolog, la efectuarea anchetei epidemiologice;
 - 3) monitorizarea tratamentului antituberculos, cu depistarea activă a cazurilor de întrerupere a tratamentului și consilierea pacientului în vederea reîntoarcerii imediate în tratament;
 - 4) efectuarea profilaxiei specifice a tuberculozei la copii, cu supravegherea evoluției procesului postvaccinal și depistarea complicațiilor postvaccinale;
 - 5) colaborarea cu rețeaua lucrătorilor sociali pentru acoperirea cu servicii a păturilor vulnerabile ale populației, inclusiv implicarea acestora în depistarea tuberculozei;
 - 6) întreprinderea măsurilor de informare, educare și comunicare în rândul populației în privința recunoașterii semnelor clinice ale tuberculozei și particularităților de tratament;
 - 7) posibilitatea implicării altor membri ai societății (membrii familiei, vecini, reprezentanți ai cultelor religioase, lucrători sociali și ai primăriilor, ONG etc.) în îngrijirea bolnavilor de tuberculoză și în scopul asigurării aderenței la tratamentul tuberculozei.
4. Conducătorii Centrelor de Sănătate Publică teritoriale vor asigura:
- 1) organizarea activităților de control al tuberculozei conform Regulamentului privind activitățile comune ale CSP, serviciilor de fizio-pneumologie și asistență medicală primară (AMP) în controlul tuberculozei;
 - 2) efectuarea măsurilor antiepidemice în focarele de tuberculoză;
 - 3) organizarea și dirijarea activităților de vaccinare, evidență și analiză a complicațiilor postvaccinale;
 - 4) controlul riguros al calității examenelor medicale profilactice la tuberculoză a persoanelor din grupurile periclitante;
 - 5) supravegherea de stat a respectării măsurilor de răspuns la tuberculoză în instituțiile medicale, cabinetele și staționarele de fizio-pneumologie, laboratoarele de diagnostic al tuberculozei, conform competențelor;

- 6) măsuri de informare a populației referitor la recunoașterea simptomelor tuberculozei, accesul la servicii medicale specializate, metodele contemporane de tratament, înlesnirile sociale oferite la moment, combaterea stigmei și discriminării etc, cu implicarea specialiștilor în domeniu.
5. Directorul IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”:
 - 1) va organiza funcționarea Departamentului de coordonare a PNRT prin asigurarea cu spațiu și salarizarea membrilor acesteia;
 - 2) va participa la elaborarea cadrului legal și normativelor în domeniu;
 - 3) va perfecționa managementul serviciului de ftiziopneumologie prin:
 - a) fortificarea lucrului organizator-metodic în realizarea măsurilor prevăzute de PNRT;
 - b) elaborarea ghidurilor, normelor metodologice pentru medicii specialiști, personalul de laborator, asistentele medicale etc;
 - c) organizarea instruirii lucrătorilor medicali cu responsabilități în realizarea PNRT la nivel raional (municipal);
 - d) evaluarea realizării programelor teritoriale (raionale, municipale, departamentale) de răspuns la tuberculoză;
 - e) asigurarea controlului utilizării raionale a paturilor din staționarele de ftiziopneumologie și din centrele de reabilitare a copiilor;
 - f) asigurarea respectării standardelor de control a infecției în instituțiile de profil, în vederea prevenirii cazurilor de îmbolnăvire nosocomială;
 - g) organizarea trimestrială de seminare zonale cu medicii ftiziopneumologi din teritorii, cu evaluarea eficacității măsurilor de răspuns la tuberculoză, cu participarea reprezentanților AMP, medicilor epidemiologi din CSP teritoriale;
 - 4) va asigura colaborarea cu sectorul nonguvernamental;
 - 5) va fortifica serviciul microbiologic în diagnosticul tuberculozei.
6. Conducătorii Agenției Naționale pentru Sănătate Publică, IMSP Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile și al IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” vor asigura:
 - 1) colaborarea dintre PNRT și Programul Național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și ITS;
 - 2) consilierea și testarea la HIV a pacienților cu TB;
 - 3) screening-ul la tuberculoza activă și infecția tuberculoasă latentă printre persoanele care trăiesc cu HIV;
 - 4) diagnosticul tuberculozei în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV;
 - 5) tratamentul preventiv TB persoanelor care trăiesc cu HIV;
 - 6) tratamentul persoanelor cu co-infecția TB/HIV;
 - 7) continuitatea tratamentului antituberculos și tratamentului antiretroviral;
 - 8) pregătirea cadrelor medicale în managementul co-infecției HIV/TB.
7. Direcția politici în domeniul managementului personalului medical, va asigura:
 - 1) instruirea continuă a cadrelor medicale în domeniul ftiziopneumologiei;
 - 2) necondiționat și completamente cu cadre medicale serviciul de ftiziopneumologie;
 - 3) cu cadre medicale serviciul de asistență medicală primară din sectorul rural.
8. Rectorul USMF „Nicolae Testemițanu”, directorii colegiilor de medicină, centrelor de excelență în medicină vor asigura:
 - 1) instruirea continuă a cadrelor medicale în domeniul ftiziopneumologiei și ajustarea curriculei la cerințele actuale, obiectivele și strategiile asumate.
9. Comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății în Medicina legală și în Morfopatologie, în conlucrare cu directorul Centrului de medicină legală și de comun cu specialiștii IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, vor perfecționa mecanismul înregistrării și constatării cazurilor de tuberculoză în cadrul expertizei și precizării cauzei decesului.

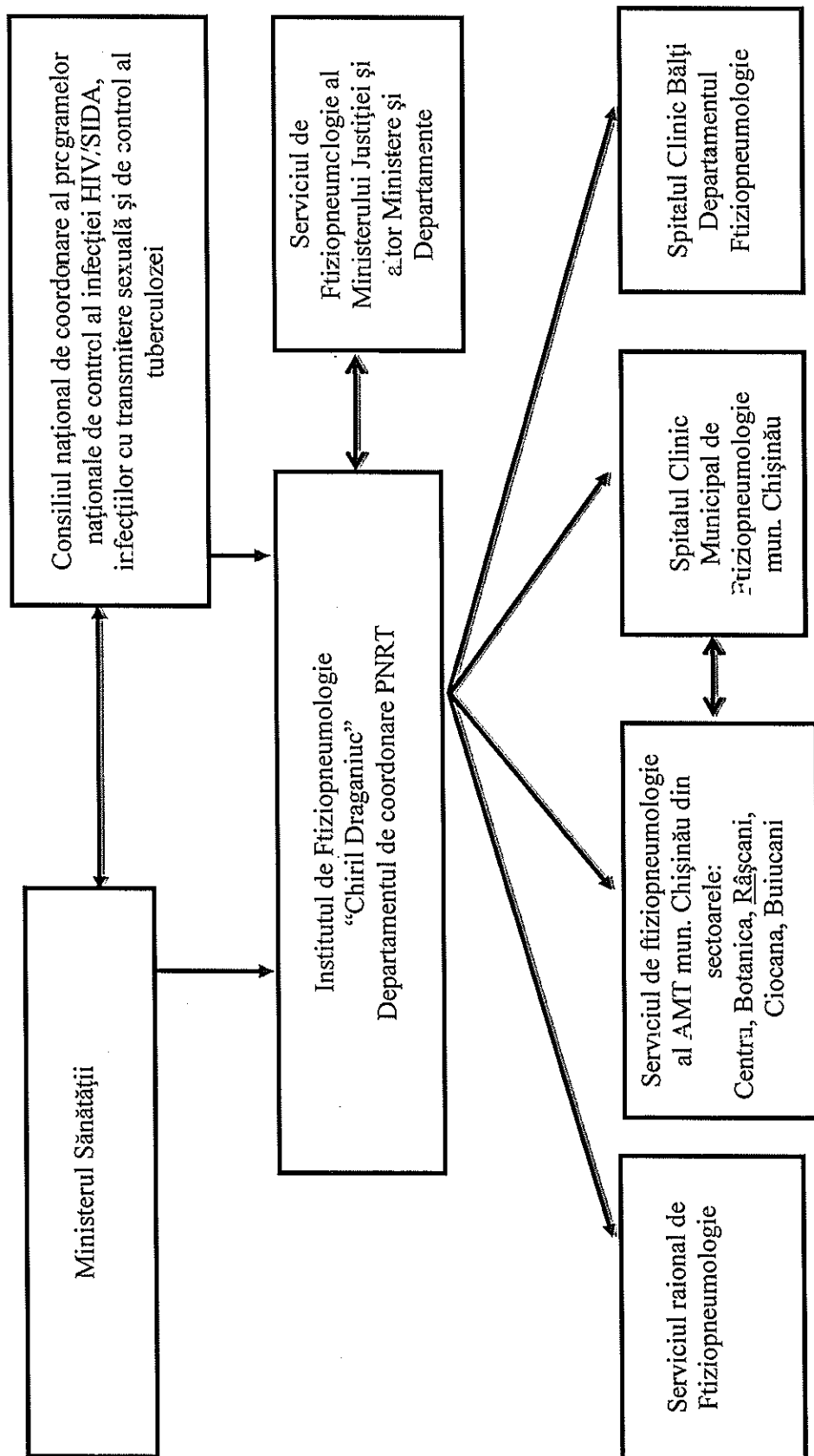
10. Directorul IMSP Institutul Mamei și Copilului va asigura internarea și acordarea asistenței medicale în IMSP Institutul Mamei și Copilului, a gravidelor bolnave de TB, pentru naștere sau, în cazul unor complicații obstetricale.
11. Directorul IMSP Institutului de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” va înainta propuneri în adresa Ministerului Sănătății și a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pentru a prevedea în Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (FAOAM) surse financiare pentru suportul bolnavilor de tuberculoză.
12. Direcția generală politici în domeniul serviciilor medicale integrate de comun cu Direcția politici în domeniul sănătății publice și urgențe în sănătatea publică vor dezvolta mecanisme de colaborare cu structuri similare din țările de destinație a migraunților în scopul asigurării accesului la servicii a migraunților din RM și a continuității tratamentului și prevenirii recidivelor.
13. IMSP Institutului de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, prin intermediul Departamentului de coordonare a PNRT:
 - 1) va coordona implementarea activităților Programului Național de răspuns la tuberculoză;
 - 2) va stabili standarde tehnice de aplicare a măsurilor prevăzute de PNRT;
 - 3) va coordona implementarea Programului în teritorii;
 - 4) va monitoriza aplicarea efectivă a prevederilor PNRT;
 - 5) va realiza coordonarea între principalii parteneri implicați în activitățile de control al TB;
 - 6) va revizui și estima anual resursele financiare și materiale, necesare realizării PNRT;
 - 7) va evalua realizările Programului pe plan național, consultarea și asistența tehnică a echipelor manageriale teritoriale;
 - 8) va întocmi rapoarte trimestriale și anuale privind implementarea Programului.
14. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru



Ala NEMERENCO

ORGANIGRAMA SERVICIULUI DE FTIZIOPNEUMOLOGIE



RESPONSABILITĂȚILE SERVICIILOR DE RĂSPUNS LA TUBERCULOZĂ

1. Funcționarea Programului *Național (în continuare Program)* de răspuns la tuberculoză este asigurată de o structură organizată ierarhic pe 3 nivele, fiecare nivel având atribuții și relații funcționale bine stabilite.

NIVELUL CENTRAL este reprezentat de:

- 1) **Ministerul Sănătății**, care asigură reglementarea legală a asistenței medicale ftiziopneumologice în RM, la fel coordonează și monitorizează activitatea IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, instituția responsabilă de coordonarea, implementarea și monitorizarea realizării PNRT 2022-2025. Subdiviziunile Ministerului Sănătății își asumă susținerea îndeplinirii Programului, reieșind din importanța socială și medicală a problemei.
 - 2) **IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”** (în continuare IFP) instituția responsabilă de coordonarea, implementarea și monitorizarea realizării PNRT 2022-2025 care își exercită atribuția în cauză prin intermediul Departamentului de coordonare a PNRT. Vice-directorul management și strategii IFP „Chiril Draganiuc” asigură coordonarea Programului în plan național în calitate de coordonator al PNRT.
2. Departamentul de coordonare a PNRT realizează politica în domeniul coordonării și dirijării activităților de implementare, monitorizare și evaluare a realizării Programului Național de răspuns la tuberculoză; dezvoltă și implementează strategii în cadrul serviciilor de ftiziopneumologie; generalizează, prelucrează și analizează informațiile statistice din cadrul serviciului de ftiziopneumologie;
 3. Responsabilitățile nivelului central:
 - 1) elaborarea și implementarea Programului Național de răspuns la tuberculoză;
 - 2) analiza particularităților de evoluție a tuberculozei pe teritoriul țării;
 - 3) stabilirea standardelor tehnice de aplicare a măsurilor prevăzute de Program;
 - 4) evaluarea rezultatelor obținute și evoluției indicatorilor epidemiologici ai tuberculozei;
 - 5) estimarea resurselor financiare și materiale necesare implementării Programului și elaborarea bugetelor anuale ale acestuia;
 - 6) organizarea instruirii persoanelor cu responsabilități în realizarea PNRT la nivel național și teritorial;
 - 7) coordonarea și dirijarea suportului oferit de organizațiile internaționale;
 - 8) susținerea logistică, tehnologică și educațională a Programului;
 - 9) controlul realizării Programului pe plan național, consultarea și asistența tehnică a grupurilor de monitorizare teritoriale;
 - 10) analiza Programelor teritoriale de răspuns la tuberculoză cu verificarea obiectivelor și măsurilor prevăzute de acesta;
 - 11) întocmirea rapoartelor trimestriale și anuale privind desfășurarea Programului;
 - 12) determinarea necesității unor eventuale modificări în derularea Programului, la nivel central sau raional și elaborarea acțiunilor concrete de înlăturare a deficiențelor;
 - 13) colaborarea cu alți parteneri guvernamentali și neguvernamentali în vederea realizării PNRT.

NIVELUL RAIONAL/MUNICIPAL

4. La nivel teritorial, conducătorii direcției/secției sănătății, instituțiilor medico-sanitare publice spitale raionale, Centrelor de Sănătate/Centrelor Medicilor de Familie de nivel raional, în comun cu conducătorii Centrelor de Sănătate Publică, organizează și supraveghează implementarea Programului în teritoriul respectiv, împreună cu coordonatorul teritorial al PTRT. Pilonul structurii organizatorice la acest nivel va fi serviciul de fiziopneumologie.
5. Responsabilitățile nivelului teritorial sunt:
 - 1) elaborarea Programului Teritorial de răspuns la tuberculoză, adaptat particularităților epidemiologice ale tuberculozei în teritoriu;
 - 2) analiza și raportarea periodică a datelor statistice (trimestrial, anual) Departamentului de coordonare PNRT, cu identificarea problemelor specifice;
 - 3) organizarea unor acțiuni speciale în teritoriile cu potențial epidemiologic sporit în colaborare cu Centrul de Sănătate Publică;
 - 4) evaluarea eficienței măsurilor Programului, aplicate în teritoriul de deservire, cu corectarea deficiențelor stabilite;
 - 5) organizarea instruirii medicilor de familie și a personalului cu studii medii, privind modalitatea de desfășurare a acțiunilor antituberculoase;
 - 6) organizarea și supravegherea sistemului de înregistrare și raportare a datelor din teritoriu cu complatarea Registru raional al cazurilor de tuberculoză;
 - 7) asigurarea cu personalul medical necesar implementării corecte a tuturor acțiunilor prevăzute de Program, asigurând în perspectivă condiții optime de funcționare;
 - 8) diagnosticarea bolnavilor cu tuberculoză din rândul suspecților depistați de serviciul de medicină primară;
 - 9) evaluarea lunară a bolnavilor pe parcursul tratamentului în condiții de ambulatoriu, identificarea cazurilor de întrerupere a tratamentului mai mult de 10 zile, măsurile întreprinse și rezultatul intervenției, vor fi raportate lunar Departamentului de coordonare PNRT;
 - 10) monitorizarea eficienței tratamentului;
 - 11) completarea înscrierilor în formularele standard de evaluare și transmiterea informației spre nivelul central în termenii stabiliți;
 - 12) evidența medicamentelor antituberculoase, controlul și avizarea comenzilor lunare de medicamente la nivelul sectorului medical primar, prezentarea rapoartelor trimestriale către Departamentul de coordonare PNRT;
 - 13) realizarea acțiunilor în focarele de tuberculoză în colaborare cu CSP și medicii de familie;
 - 14) organizarea acțiunilor de educație sanitară;
 - 15) monitorizarea activității instituțiilor de medicină primară în problemele de diagnostic și tratament al tuberculozei;
 - 16) organizarea și efectuarea examenelor medicale la tuberculoză a salariaților din instituțiile decretate;
 - 17) conlucrarea cu serviciul sanitaro-veterinar pentru profilaxia și combaterea tuberculozei la animalele domestice și la om;
 - 18) controlul activității centrului de microscopie a sputei și a corectitudinii recoltării materialului patologic;
 - 19) colaborarea cu alte instituții în scopul realizării Programului teritorial (reprezentanților administrației publice locale, conducătorilor de întreprinderi, organizații, instituții, asociații și ONG-uri cu activitate în domeniu etc.).

NIVELUL PRIMAR

6. Nivelul primar este reprezentat de rețeaua de asistență medicală primară (AMP) – toți prestatorii de servicii de asistență medicală primară indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, Centrele de Sănătate/Centrele medicilor de familie, precum și de structurile lor teritoriale, care participă la implementarea Programului prin activități specifice.
7. Principalele funcții și responsabilități ale asistenței medicale primare sunt prezentate în anexa nr. 2.
8. Instituțiile cu responsabilități în implementarea PNRT și atribuțiile acestora:
 - 1) Ministerul Sănătății, Direcția politici în domeniul sănătății publice și urgențe în sănătate publică, care
 - a) va coordona elaborarea și implementarea PNRT la nivel național;
 - b) va monitoriza utilizarea mijloacelor financiare aprobate pentru realizarea PNRT;
 - c) va monitoriza și analiza indicatorii de impact și de rezultat.
 - 2) Consiliul de Experți și Comisia științifico-metodică de profil Ftiziopneumologie:
 - a) va participa la elaborarea strategiilor în domeniu;
 - b) va expertiza solicitări ale MS în ceea ce privește modul de derulare și rezultatele PNRT.
 - 3) Compania Națională de Asigurări în Medicină:
 - a) va asigura monitorizarea și controlul utilizării fondurilor alocate pentru activitățile de răspuns la TB din Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (FAOAM);
 - b) va analiza și monitoriza indicatorii fizici și eficiența pentru realizarea activităților de răspuns la TB, transmiși de instituțiile medico-sanitare publice și private;
 - c) va încheia contracte cu instituțiile medico-sanitare publice și private prin care se derulează activitățile PNRT.
 - 4) Alte ministere și structuri:
 - a) Ministerul Justiției prin Administrația Națională a Penitenciarelor – prin rețeaua sanitară proprie – va asigura implicarea în implementarea PNRT;
 - b) Ministerul Afacerilor Interne – prin rețeaua sanitară proprie – va asigura implicarea în implementarea PNRT;
 - c) Ministerul Educației și Cercetării – va fi implicat în activitățile de informare, educare, comunicare.
 - d) Organizațiile neguvernamentale vor derula proiecte conexe PNRT.

ORGANIZAREA SERVICIULUI MICROBIOLOGIC PENTRU DIAGNOSTICUL TUBERCULOZEI

1. Serviciul microbiologic pentru diagnosticul tuberculozei trebuie să fie dezvoltat concomitent cu alte activități ale PNRT și trebuie integrat în serviciile de sănătate publică din țară pentru asigurarea unei acoperiri și eficiențe maxime. Conlucrarea permanentă a tuturor structurilor implicate în această problemă, dotarea cu dispozitive și aplicarea metodelor de lucru contemporane, profesionalismul și devotamentul personalului, finanțarea regulată și conformă cerințelor *sunt condițiile succesului unui Program integrat de control al acestei infecții*. Investigațiilor microbiologice le revine rolul primordial în depistarea și diagnosticul precoce, în supravegherea evoluției clinice și epidemiologice a tuberculozei.
2. Organizarea serviciului microbiologic în domeniul tuberculozei presupune elaborarea unor metode unificate pentru toate laboratoarele din țară, organizarea unei rețele de laboratoare și amplasarea lor adecvată în cadrul teritoriilor, asigurând astfel examinarea completă și posibilitatea de efectuare la diferite nivele a investigațiilor la grade progresive de complexitate cu o eficacitate sporită. Amplasarea adecvată în teritoriu a diferitor structuri sanitare implicate în investigația microbiologică în tuberculoză trebuie să asigure accesibilitatea examinării diferitor contingente de populație și să garanteze calitatea rezultatelor, ceea ce se poate realiza numai în laboratoare specializate, dotate cu utilaj și aparatură moderne.

Rețeaua de laboratoare de diagnostic a tuberculozei

3. Pentru asigurarea necesarului de examene microbiologice pentru toți pacienții cu simptome clinice caracteristice tuberculozei (în scop diagnostic) și pentru toate cazurile de tuberculoză supuse tratamentului (în vederea monitorizării evoluției tratamentului) este necesară instituirea unei rețele de laboratoare microbiologice cu distribuție teritorială accesibilă și cu dotare corespunzătoare. Rețeaua de laboratoare trebuie să fie dimensionată optim, accesibilă pacienților, să aibă personal calificat și să fie dotată tehnic pentru a asigura calitatea rezultatelor.
4. Conform recomandărilor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), privind structura și funcționalitatea rețelei de laboratoare, este necesar de creat: un laborator care efectuează microscopie și GeneXpert (nivel I) pentru un număr de până la 100.000 locuitori; un laborator care efectuează investigații microscopice, GeneXpert și culturale (nivel II) - la 500.000 de locuitori; un laborator care efectuează microscopia, cultura și antibiograma (nivel III) - la 10.000.000 de locuitori; un laborator național de referință - la 25.000.000 de locuitori.
5. Conform PNRT, serviciul microbiologic are următoarele sarcini majore: depistarea și diagnosticul diferențial al cazurilor noi de tuberculoză, monitorizarea și evaluarea tratamentului tuberculozei, fiind organizat în trei nivele, care includ următoarele entități:
 - 1) Laboratoare de nivelul I;
 - 2) Laboratoare Regionale de Referință - laboratoare de nivelul II;
 - 3) Laborator Național de Referință - laborator de nivelul III.

Sarcinile și responsabilitățile rețelei de laboratoare în cadrul serviciului microbiologic

1. Laboratoare de nivelul I activează în componența serviciului de ftiziopneumologie în raioane și municipii, serviciului medical din penitenciare și asigură investigațiile microscopice și moleculare (GeneXpert MBT/RIF/Ultra) pentru pacienții cu simptome clinice caracteristice tuberculozei și bolnavilor cu TB din teritoriul de deservire, aflați în tratamentul ambulator.

2. Aceste laboratoare sunt dotate cu echipamente, dispozitive și reactive din cadrul bugetului Programului Național de răspuns la tuberculoză. Activitatea de bază în aceste laboratoare este orientată spre:
 - 1) Microscopia sputei prin metoda ZN pentru depistarea BAAR cu scop de diagnostic și pentru monitorizarea și evaluarea tratamentului;
 - 2) Investigații GeneXpert pentru depistarea și diagnosticul diferențial al cazurilor de tuberculoză;
 - 3) Testarea rezistenței la Rifampicină pentru diagnosticul precoce al cazurilor de tuberculoză rezistentă;
 - 4) Colectarea, păstrarea și transportarea sputei către laboratoarele de referință prin sistemul de curier din zona de deservire;
 - 5) Introducerea rezultatelor și rapoartelor trimestriale despre investigațiile efectuate în SIMETB;
 - 6) Participarea în activitățile de control al calității investigațiilor efectuate (microscopia, GeneXpert MBT/RIF/Ultra).
3. Volumul investigațiilor diferă în dependență de teritoriul sau zona de deservire. **Numărul anual** de probe efectuate într-un astfel de laborator trebuie să fie de cca **2000 investigații** (microscopii și GeneXpert). Pentru acest volum de investigații este necesar un salariu de laborant. Dacă numărul investigațiilor depășește volumul menționat, este necesar de a mări numărul statelor de personal pentru examinările microbiologice în aceste centre (teritorii).

Sarcinile și responsabilitățile laboratoarelor de referință pentru diagnosticul microbiologic al tuberculozei

1. **Laboratoarele Regionale de Referință în microbiologia tuberculozei** (laboratoare de nivel II), sunt dislocate în: clinica nr. 2, Vorniceni a IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, IMSP Spitalul clinic Bălți și Spitalul de tuberculoză din mun. Bender.
2. Aceste laboratoare efectuează investigații microbiologice prin microscopie, cultură și testarea sensibilității la preparatele antituberculoase, precum și controlul calității centrelor microscopice din teritoriile arondate (tabel 1).
3. Sarcinile și responsabilitățile laboratoarelor de referință pentru diagnosticul microbiologic al tuberculozei:
 - 1) Microscopia sputei prin metoda ZN pentru depistarea BAAR cu scop de diagnostic și pentru monitorizarea și evaluarea tratamentului;
 - 2) Investigații GeneXpert MBT/RIF/Ultra pentru depistarea și diagnosticul diferențial al cazurilor de tuberculoză,
 - 3) Testarea rezistenței la Rifampicină pentru diagnosticul precoce al cazurilor de tuberculoză rezistentă;
 - 4) Însămânțări pentru izolarea *M. tuberculosis* cu scop de diagnostic, monitorizare și evaluare a tratamentului pacienților TB, metoda clasică LJ;
 - 5) Testarea sensibilității *M. tuberculosis* pe medii solide la preparatele antituberculoase (linia 1&2);
 - 6) Însămânțări pe medii lichide (BACTEC MGIT 960) pentru izolarea culturilor pure de *M. tuberculosis* cu scop de diagnostic și monitorizare a tratamentului pacienților TB;
 - 7) Testarea sensibilității *M. tuberculosis* pe medii lichide la preparatele antituberculoase (linia 1&2, preparatele noi antituberculoase);
 - 8) Identificarea culturilor izolate de *M. tuberculosis complex*;
 - 9) Investigații moleculare pentru diagnosticul precoce al cazurilor de tuberculoză rezistentă (metoda Hain);
 - 10) Efectuează controlul calității investigațiilor în laboratoarele de nivel 1 arondate (trimestrial);

- 11) Participă în controlul internațional al calității testării sensibilității *M. tuberculosis* către preparatele antituberculoase (semestrial);
- 12) Introducerea rezultatelor și rapoartelor trimestriale despre investigațiile efectuate în SIMETB și transmiterea lor către Laboratorul Național de Referință.

Tabelul 1. Laboratoarele de Referință în microbiologia tuberculozei și teritoriile arondate

Denumire Laborator	Teritoriul arondat
Laboratorul Național de Referință, Chișinău	mun. Chișinău, raioanele: Cantemir, Vulcănești, Cahul, Leova, Ștefan Vodă, Căușeni, Anenii Noi, Ceadr-Lunga, Comrat, Taraclia, Basarabeasca, Cimișlia, Hâncești, Ialoveni.
Laboratorul Regional de Referință Vorniceni	Raioanele: Ungheni, Nisporeni, Călărași, Strășeni, Criuleni, Dubăsari, Orhei, Șoldănești, Rezina, serviciile medicale din instituțiile penitenciare.
Laboratorul Regional de Referință Bălți	Municipiul Bălți și raioanele: Briceni, Ocnița, Edineț, Rîșcani, Glodeni, Singerei, Fălești. Dondușeni, Telenești, Soroca, Drochia, Florești.
Laboratorul Regional de Referință Bender	Tiraspol, Bender, Slobozia, Grigoriopol, Camenca, Dubăsari, Rîbnița, serviciile medicale din instituțiile penitenciare din stânga r. Nistru.

Sarcinile și responsabilitățile Laboratorului Național de Referință în microbiologia tuberculozei

1. **Laboratorul Național de Referință în microbiologia tuberculozei** (laborator de nivel III) îndeplinește funcția de coordonare a serviciului de microbiologie în diagnosticul tuberculozei în republică și are următoarele sarcini și responsabilități:
 - 1) Microscopia sputei (metoda ZN și fluorescență) pentru depistarea BAAR cu scop de diagnostic, monitorizarea și evaluarea tratamentului;
 - 2) Investigații GeneXpert MBT/RIF/Ultra pentru depistarea și diagnosticul diferențial a cazurilor de tuberculoză;
 - 3) Testarea rezistenței la Rifampicină pentru diagnosticul precoce al cazurilor de tuberculoză rezistentă;
 - 4) Însămânțări pe medii solide pentru izolarea *M. tuberculosis* cu scop de diagnostic, monitorizare și evaluare a tratamentului pacienților TB, metoda clasică LJ;
 - 5) Testarea sensibilității *M. tuberculosis* pe medii solide la preparatele antituberculoase (linia 1&2);
 - 6) Însămânțări pe medii lichide (BACTEC MGIT960) pentru izolarea *M. tuberculosis* cu scop de diagnostic și monitorizare a tratamentului;
 - 7) Testarea sensibilității *M. tuberculosis* pe medii lichide la preparatele antituberculoase (linia 1&2, preparatele noi antituberculoase);
 - 8) Identificarea culturilor izolate de *M. tuberculosis complex*;
 - 9) Genotiparea micobacteriilor nontuberculoase, izolate prin metode culturale de rutină;
 - 10) Investigații moleculare pentru diagnosticul precoce al cazurilor de tuberculoză rezistentă (metoda Hain);
 - 11) Efectuează controlul calității investigațiilor în laboratoarele de nivel 1 arondate (trimestrial);
 - 12) Organizează și efectuează controlul internațional al calității testării sensibilității *M. tuberculosis* la preparatele antituberculoase (bianual);

- 13) Estimează necesitățile de reactivi și consumabile pentru investigațiile microbiologice efectuate, efectuează controlul calității lor;
- 14) Participă la calcularea și evaluarea bugetului pe anii următori în cadrul PNRT;
- 15) Elaborarea și perfecționarea instrucțiunilor metodice în diagnosticul microbiologic al TB și controlul calității;
- 16) Standardizarea metodelor de laborator, elaborarea de acte normative cu referire la investigațiile microbiologice în tuberculoză;
- 17) Supervizarea laboratoarelor de referință.

Pentru standardizarea și evaluarea volumului de lucru în laboratoarele de referință în diagnosticul microbiologic al tuberculozei se vor utiliza următoarele normative (recomandate de OMS):

Tabel 2. Normativele pentru investigațiile microbiologice de bază în laboratoarele de referință

Procedura	Număr teste pe zi	
Microscopia sputei, metoda ZN pentru depistarea BAAR	20	per laborant
Microscopia metoda fluorescență pentru depistarea BAAR	30	per laborant
Metoda Culturală (medii lichide/solide)	20	per laborant
Testarea sensibilității (medii solide, medii lichide)	10	per laborant
Pregătire medii nutritive: diagnostic/testarea sensibilității	185	per laborant
Metoda moleculară MTBDR _{plus} (Hain)	12	per laborant
Metoda moleculară MTBDR _{sl} (Hain)	12	per laborant
GeneXpert 4 module	12	per laborant

Modalități și principii generale de examinare ale diferitelor contingente de pacienți prin metode microbiologice

Investigațiile microbiologice în tuberculoză în dependență de scopul, contingentele examinate, modalitățile și metodologiile aplicate pentru obținerea rezultatelor așteptate sunt orientate în 2 direcții:

1. Screening-ul pacienților cu simptome caracteristice tuberculozei pentru depistarea rapidă a cazurilor de tuberculoză

Persoanele cu simptome clinice ce se încadrează în caz suspect de TB, vor fi depistate de către instituțiile medico-sanitare primare din unitățile administrativ-teritoriale respective și vor fi direcționate către cabinetul de fiziopneumologie din raionul/municipiul respectiv pentru un consult desfășurat final, cu indicarea investigațiilor clinice, paraclinice și de laborator respective. Pentru examinarea acestor pacienți se va indica **examenul microscopic și metoda molecular-genetică GeneXpert MTB/RIF/Ultra**. Aceste investigații se vor efectua în Laboratoare de nivelul I teritoriale sau departamentale. Alte investigații, mai complexe, vor fi efectuate conform algoritmului prestabilit, conform Protocoalelor clinice naționale și la indicația medicului fiziopneumolog.

Concomitent, pentru confirmarea etiologică a cazului de tuberculoză, de la toți pacienții cu cazuri noi și recidive, înainte de inițierea tratamentului specific, se vor colecta probe pentru izolarea *M. tuberculosis* pe medii de cultură (LJ, BACTEC MGIT) și testarea sensibilității *M. tuberculosis* la preparatele specifice. De asemenea, conform algoritmului, vor fi indicate și efectuate investigații moleculare (Hain). Probele vor fi transportate către Laboratoarele Regionale de Referință.

2. Monitorizarea tratamentului bolnavilor de tuberculoză

Monitorizarea tratamentului bolnavilor de tuberculoză în dinamică în scopul verificării eficacității tratamentului și evaluării rezultatelor tratamentului specific se va efectua, de asemenea, după un algoritm prestabilit în dependență de categoria și de rezultatele tratamentului. Pentru realizarea acestor obiective se vor utiliza diferite metode microbiologice, în dependență de scopul, contingentele examinate și de rezultatele așteptate.

Aplicarea metodologiei, precum și responsabilitatea examinării microbiologice a pacienților cu tuberculoză în dinamică pentru urmărirea evoluției clinice și pentru verificarea eficacității tratamentului, este sarcina medicului ftiziopneumolog în colaborare cu medicul microbiolog.

Specialist în secția de monitorizare a PNRT pentru monitorizarea serviciului de diagnostic de laborator al tuberculozei

Sarcinile de bază ale specialistului în domeniul serviciului de diagnostic de laborator al tuberculozei sunt: acordarea de asistență consultativă pentru serviciului microbiologic din republică, elaborarea unui modul de management al datelor pentru laboratoarele din serviciul TB și implementarea colectării datelor din sistemul informațional și laboratoarele din teritoriul din domeniul TB. Specialistul în serviciul de diagnostic de laborator al tuberculozei va activa în cadrul Programului Național de răspuns la tuberculoză, grupa de monitorizare și evaluare, va activa **de comun acord cu Laboratorul Național de Referință** și va fi responsabil de următoarele activități:

- 1) Evaluarea funcționării serviciului microbiologic (SM) în diagnosticul tuberculozei în țară la diferite nivele, conlucrarea laboratoare de nivelul I, laborator de referință și Laboratorul Național de Referință);
- 2) Funcționarea corectă a echipamentelor și corectitudinea implementării controlului calității investigațiilor efectuate la diferite nivele;
- 3) Evaluarea necesităților curente a SM pentru diagnosticul TB, monitorizarea stocurilor de consumabile și evidența echipamentelor de laborator (GeneXpert MBT/RIF/Ultra, MGIT etc), Raportări despre utilizarea echipamentelor de laborator din sectorul TB;
- 4) Estimarea necesităților de consumabile de laborator la nivel național și per instituție în baza metodei de consum ajustate; Elaborarea planului de distribuire a consumabilelor de laborator în TB;
- 5) Managementul datelor pentru laboratoarele din serviciul de ftiziopneumologie, colectarea rapoartelor trimestriale;
- 6) Analiza informațiilor colectate pentru utilizare internă în discuțiile de la reuniunile Programului Național de răspuns la tuberculoză (PNRT) și Laboratorul Național de Referință (LNR), compilarea diferitelor rapoarte;
- 7) Elaborarea rapoartelor trimestriale, anuale, și la necesitate, privind circuitul bunurilor de laborator în TB la nivelul național;
- 8) Asigurarea suportului tehnic și a consolidării capacității laboratoarelor naționale și periferice prin lansarea tehnologiilor noi (moleculare) de diagnosticare a tuberculozei, elaborarea planurilor de modernizare a SM în republică;
- 9) Petrecerea seminarelor tematice cu personalul din SM în privința metodelor și tehnicile microbiologice moderne în diagnosticul microbiologic al tuberculozei;
- 10) Acordarea asistenței consultative pentru perfectarea tehnicii securității și procurarea echipamentului pentru tehnica securității în centrele de microscopie din republică.

REGULAMENTUL PRIVIND RĂSPUNSUL LA TUBERCULOZĂ LA NIVELUL ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

Medicii de familie participă la realizarea Programului Național de răspuns la tuberculoză prin activități specifice, realizând activități care se încadrează în PNR'1 și contribuie la reducerea morbidității și transmiterea bolii în rândul populației, prevenirea apariției TB multirezistente.

Elementul cheie îl constituie depistarea precoce și referirea pacientului spre definitivarea diagnosticului și prescrierea tratamentului, conform reglurilor aprobate prin protocoalele clinice naționale. Rețeaua de asistență medicală primară asigură aplicarea tratamentului antituberculos bolnavilor sub directă observare, în condiții de ambulator, prescris de medicii ftiziopneumologi.

Principalele funcții și responsabilități ale AMP privind răspunsul la tuberculoză sunt:

1. Identificarea persoanelor cu semne sugestive de tuberculoză din rândul „simptomaticilor” (pacienții care prezintă simptome sugestive pentru TB);
2. Referirea persoanelor cu semne sugestive de tuberculoză pentru recoltarea a 2 probe de spută, cu examinarea microscopică a sputei la BAAR și prin Xpert;
3. Referirea persoanelor cu semne sugestive de tuberculoză la radiografia pulmonară standard (digitală sau convențională);
4. Referirea pacientului către serviciul ftiziopneumologic pentru control de specialitate, în caz de necesitate;
5. Comunicarea permanentă și eficientă cu serviciul ftiziopneumologic pentru a cunoaște rezultatul fiecărui caz, care a avut trimitere pentru diagnostic și tratament;
6. Înregistrarea în registru special a cazurilor de tuberculoză și urmărirea efectuării de către aceste persoane a controlului de specialitate indicat de medicul ftiziopneumolog;
7. Comunicarea pacienților că TB este curabilă cu accentuarea faptului că administrarea continuă și completă a medicamentelor este decisivă în tratarea bolii;
8. Participarea, în colaborare cu medicul ftiziopneumolog, la efectuarea investigației epidemiologice și implementarea măsurilor necesare la depistarea cazurilor de tuberculoză;
9. Efectuarea, după confirmarea diagnosticului de TB, a vizitelor comune în focar TB cu medicii epidemiolog și ftiziopneumolog, cu întocmirea anchetei de investigare a focarului, alcătuirea planului de asanare a focarului și asigurarea realizării lui; lucru în focarele de tuberculoză conform Protocoalelor clinice naționale;
10. Identificarea tuturor contactilor intradomiciliari și contactilor apropiați cazurilor TB și referirea lor la ftiziopneumolog;
11. Asigurarea examinării tuturor contactilor (inclusiv intradermoreacția cu tuberculină la copii);
12. Supravegherea clinică a tuturor contactilor a unui actual sau fost bolnav TB pentru a identifica semnele tuberculozei la momentul cel mai apropiat de debut, conform Protocoalelor clinice naționale;
13. Asigurarea în colaborare cu medicul ftiziopneumolog, a tratamentului preventiv TB conform Protocoalelor clinice naționale;
14. Asigurarea administrării tratamentului sub directă observare la bolnavii cu tuberculoză înscrși pe listele sale sau aflați în teritoriul pe care îl au arondat epidemiologic sub supravegherea serviciilor TB;
15. Depistarea în termeni oportuni a cazurilor de întrerupere a tratamentului și asigurarea reîntoarcerii prompte a pacientului la medicație;

16. Raportarea imediată serviciilor TB a oricărui caz de tratament întrerupt, pierdere din supraveghere sau despre apariția oricăror complicații în timpul tratamentului;
17. Completarea fișelor medicale și documentelor aferente cazului de tuberculoză și trimiterea lor la specialiști;
18. Eliberarea și prelungirea certificatelor de concediu medical bolnavilor cu TB la recomandările medicului ftiziopneumolog;
19. Referirea pacienților cu TB la Consiliul specializat de determinare a dizabilității și capacității de muncă pentru aprecierea gradului de dizabilitate, la recomandările medicului ftiziopneumolog;
20. Formarea și examinarea grupurilor cu risc sporit de îmbolnăvire cu tuberculoză în conformitate cu prevederile actelor normative și cerințele PCN „Tuberculoza la adult”, PCN „Tuberculoza la copil”;
21. Monitorizarea persoanelor din grupurile cu risc sporit de îmbolnăvire cu tuberculoză conform Protocoalelor clinice naționale;
22. Referirea suspecților la examenul microscopic al sputei la BAAR și prin Xpert și radiografia pulmonară standard (digitală sau convențională), în cazul prezenței simptomelor/semnelor sugestive pentru TB;
23. Referirea adulților și adolescenților din grupurile cu risc sporit de îmbolnăvire cu tuberculoză la radiografia pulmonară standard (digitală sau convențională) și copiilor la testul cu tuberculină, nu mai rar de o dată în 12 luni. Copiii din grupurile de risc sporit de îmbolnăvire cu TB se examinează prin testul cu tuberculină și, la necesitate, prin examenul radiologic OCT;
24. Formarea, monitorizarea și examinarea grupurilor persoanelor care necesită vigilență sporită privind tuberculoza în conformitate cu prevederile actelor normative și cerințele PCN „Tuberculoza la adult”, PCN „Tuberculoza la copil”;
25. Examinarea clinică anuală, a persoanelor care necesită vigilență sporită privind tuberculoza, pentru depistarea simptomelor/semnelor sugestive pentru TB;
26. Referirea suspecților la examenul microscopic al sputei la BAAR și prin Xpert și radiografia pulmonară standard (digitală sau convențională), în cazul prezenței simptomelor/semnelor sugestive pentru TB;
27. Examinarea activă a contingentelor periclitante la angajare și o dată în an, pentru depistarea simptomelor/semnelor sugestive pentru TB;
28. Referirea persoanelor din contingentele periclitante la radiografia pulmonară standard (digitală sau convențională) la angajare și o dată pe an;
29. Referirea persoanelor cu simptome sugestive pentru TB din contingentele periclitante, la examenul microscopic al sputei la BAAR și prin Xpert și examenul radiologic al cutiei toracice, în cazul prezenței simptomelor/semnelor sugestive pentru TB.
30. Efectuarea vaccinării BCG și monitorizarea reacțiilor postvaccinale, conform Programului național de imunizări;
31. Efectuarea intradermoreacției la tuberculină la copii;
32. Contribuirea de comun cu serviciul ftiziopneumologic la instruirea bolnavilor de tuberculoză și familiilor acestora, cât și întregii populații din teritoriu, în ceea ce privește simptomele și profilaxia TB, implicând în aceste activități comunitatea, autoritățile publice locale;
33. Colaborarea de comun cu serviciul ftiziopneumologic cu ONG-urile în cadrul diferitor activități de răspuns la TB;
34. Realizarea în comun cu serviciul ftiziopneumologic a activităților de implicare a comunității, autorităților publice locale, instituțiilor guvernamentale și nonguvernamentale în scopul susținerii pacienților cu tuberculoză.
35. Colaborarea cu rețeaua lucrătorilor sociali pentru acordarea serviciilor necesare persoanelor din păturile social-vulnerabile;
36. Respectarea controlului infecției TB în conformitate cu Protocoalele clinice naționale;

37. Promovarea alimentației raționale și a modului sănătos de viață, recomandări privind ameliorarea condițiilor de trai și de muncă;
38. Consilierea privind: reducerea consumului excesiv de alcool, consumului de tutun și droguri;
39. Implicarea membrilor societății (membrii familiei, vecinii, reprezentanții cultelor religioase, lucrătorii sociali și ai primăriilor, ONG-urilor locale etc.) în realizarea măsurilor de prevenire a TB;
40. Tratamentul maladiilor cronice concomitente.

Desfășurarea activităților legate de tratament

Pacienții, care pot fi tratați în condiții de ambulator, vor primi medicamentele de la instituția medicală cea mai apropiată de casa lor. Tratamentul administrat zilnic impune administrarea sub directă observare a fiecărei doze prescrise în corespundere cu PCN.

Medicul de familie este obligat să acorde tot suportul necesar pentru includerea pacienților în eventualele programe de susținere și implicarea altor membri ai societății (membrii familiei, vecinii reprezentanții cultelor religioase, lucrătorii sociali și ai primăriilor etc.) în îngrijirea bolnavilor TB.

Lucrătorul AMP care coordonează tratamentul antituberculos ambulator:

1. Verifică dacă medicamentele sunt primite la timp de la serviciile de fiziopneumologie, se asigură că sunt medicamentele prescrise de medic, cu termen de valabilitate optim și sunt în cantitatea suficientă pentru întreaga cură de tratament, fără întrerupere;
2. Pastrează medicamentele antituberculoase în încăperi dotate cu psihometru și verifică temperatura și umiditatea cu periodicitate stabilită, cu înregistrarea în registrul special;
3. Administrează și supraveghează tratamentul antituberculos sub directă observare;
4. Completează Fișa 01 de tratament a bolnavului de tuberculoză TB: notează numărul de comprimate administrate de către pacient pentru fiecare medicament separat. În cazul în care pacientul nu a venit să ridice comprimatele, notează litera „A”. În caz de auto-administrare, se va indica semnul „-” pentru fiecare zi;
5. Contactează sistematic medicul din cadrul serviciului de fiziopneumologie;
6. Identifică problemele legate de tratament și le raportează imediat medicului fiziopneumolog;
7. Discută permanent cu pacientul importanța complianței acestuia la tratament;
8. Realizează vizite la domiciliu ori locul de aflare a pacientului, în caz de neprezentare la tratament, și asigură administrarea medicației.

Monitorizarea tratamentului este unul din cele mai importante elemente ale unui program de răspuns eficient la tuberculoză. Monitorizarea tratamentului este necesară pentru aprecierea aderenței la tratament, a eficacității tratamentului și a efectelor adverse. Lucrătorii AMP au un rol important în monitorizarea tratamentului. Monitorizarea cu regularitate a pacientului va permite ajustarea la necesitate a tratamentului medicamentos, prescrierea tratamentului adjuvant etc. Personalul, care administrează tratamentul sub directă observație, va fi instruit să recunoască reapariția simptomelor sugestive TB, apariția reacțiilor adverse sau întreruperilor de tratament cu raportare imediată MF și/sau FP. *Monitorizarea în condiții de ambulator se efectuează de către medicul de familie în comun cu medicul fiziopneumolog.*

Activități derulate la nivelul AMP în monitorizarea tratamentului antituberculos:

1. Supraveghează administrarea directă a tratamentului;
2. Supraveghează apariția reacțiilor adverse posibile la preparatele antituberculoase;
3. Referă pacientul cu tuberculoză către medicul specialist fiziopneumolog, în scopul monitorizării conform cerințelor PCN;
4. Consultă serviciile specializate TB, în mod sistematic, în ceea ce privește evoluția clinică a pacientului și a problemelor care apar;
5. Recomandă examinarea sputei în perioada tratamentului conform cerințelor PCN;

6. Pentru monitorizare urmează instrucțiunile serviciului ftziopneumologic în recoltarea sputei.

Atribuțiile lucrătorilor AMP în managementul reacțiilor adverse:

1. Să fie instruiți despre posibilele reacții adverse ale medicamentelor antituberculoase;
2. Să depisteze reacțiile adverse posibile;
3. Să monitorizeze pacientul în cazul unor posibile reacții nefavorabile conform PCN;
4. Să școlarizeze pacientul în recunoașterea reacțiilor adverse și să le raporteze medicului sau asistentei medicale;
5. Să încurajeze și să dea sfaturi pacientului și membrilor familiei în cazul efectelor adverse;
6. Să raporteze reacțiile adverse prin sistemul de comunicare a reacțiilor adverse.

Activități derulate la nivelul AMP în cazul reacțiilor adverse la preparatele antituberculoase:

1. **Excluderea** efectelor de altă genă;
2. **Documentarea** simptomelor;
3. **Evaluarea** severității simptomelor;
4. **Acordarea** primului ajutor la necesitate;
5. **Solicitarea** medicului sau serviciul „urgență”, după caz;
6. **Consultarea** imediată a specialistului ftziopneumolog în cazul reacțiilor adverse grave (majore) conform PCN;
7. **Referirea** la ftziopneumolog și a cazurilor la care efectele adverse sunt minore, dar persistente și afectează semnificativ aderența pacientului la tratament;
8. **Monitorizarea** pacientului în cazul unor reacții periculoase conform PCN;
9. **Referirea** pacientului pentru consultul oftalmologului, otorinolaringologului la necesitate;
10. **Examinarea** pacientului (acuitatea vizuală, audiometria, probele hepatice, renale, hemograma, urograma) la necesitate.

Lucrătorii medicali ai instituțiilor medico-sanitare din Republica Moldova, sunt obligați să raporteze Serviciului de Farmacovigilență din cadrul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale (AMDM), completând Fișa-comunicare despre reacțiile adverse în format on-line pe site-ul AMDM, conform Ordinului Ministerului Sănătății nr. 358/2017.

Efectele adverse grave trebuie raportate către AMDM - timp de 48 ore de la debut, iar celelalte efecte adverse - timp de 15 zile. Informația despre reacțiile adverse la medicamente și alte produse farmaceutice trebuie înregistrate de către medic în documentația medicală primară, cartela de ambulatoriu, fișa de observație, fișa statistică a persoanei externate din staționar.

NB! Toate cazurile de reacții adverse la medicamentele antituberculoase vor fi notificate în SIME TB de către medicul ftziopneumolog și raportate către Departamentul de Coordonare a PNRT din cadrul IMSP IFP „Chiril Draganiuc”.

Activități derulate la nivelul AMP în cazul pacienților care întrerup tratamentul

În unele cazuri, în pofida tuturor eforturilor colectivului medical implicat în conduita tratamentului, pacienții pot întrerupe tratamentul. Dacă un pacient cu TB întrerupe tratamentul sau omite doze din medicația antituberculoasă, atunci furnizorii de asistență medicală primară vor:

1. **informa** serviciul TB;
2. **contacta** telefonic pacientul și/sau îl vor vizita acasă sau la serviciu, cu respectarea aspectelor etice, pentru a identifica motivul non-compliancei, vor discuta situația și vor încuraja pacientul să continue tratamentul fără întreruperi;
3. **lua** doza de medicamente antituberculoase pentru ziua respectivă și vor administra pacientului în timpul vizitei;
4. **determina** dacă există alte circumstanțe (alte afecțiuni sau situații familiale) care nu permit pacientului să efectueze tratamentul și vor încerca rezolvarea acestor situații;

5. **discuta** cu familia pacientului și solicita acestora să ajute și să încurajeze pacientul;
6. **repetă** importanța finalizării tratamentului atât pacientului, cât și membrilor familiei;
7. **comunica** imediat reprezentantului serviciilor specializate TB, dacă pacientul nu poate fi găsit;
8. **apela** la sprijinul organizațiilor neguvernamentale, organelor de poliție și autorităților publice locale, în cazul în care persoanele bolnave refuză administrarea tratamentului.

Activități derulate la nivelul asistenței medicale primare în administrarea tratamentului antituberculos:

1. **Programarea** vizitelor când este convenabil pentru pacient; aceasta ar putea îmbunătăți compliancea,
2. **Utilizarea** stimulentei, ca măsura de creștere a aderenței la tratament (de exemplu ajutoare alimentare sau de transport, după caz). Acestea pot avea un impact major asupra schimbării mentalității, mai ales la pacienții social-vulnerabili;
3. **Asigurarea** suportului familiei pacientului, dacă este posibil;
4. **Referirea** pacienților, dacă este cazul, către programe specializate de asistență sau consiliere, în vederea rezolvării problemelor, incluzând aici problemele de sănătate mintală sau consumul de droguri;
5. **Urmărirea** rezultatelor îndrumărilor, întrebând pacientul despre aceste servicii la programările următoare;
6. **Cooperarea** cu asistenții sociali și/sau ONG pentru a încerca găsirea pacienților necooperanți, deținuților eliberați etc.

Un furnizor de asistență medicală primară trebuie să facă tot posibilul pentru a oferi fiecărui pacient cu tuberculoză tratamentul eficient. Demonstrând o preocupare reală, insistență și amabilitate, cel care acordă asistență, poate convinge pacientul să continue tratamentul anti-TB

Asigurarea educației sanitare a bolnavilor și a familiilor acestora

Asigurarea cooperării bolnavului în perioada tratamentului antituberculos este unul din elementele cheie ale succesului. Educația pacientului și a familiei acestuia reprezintă un imperativ al PNRT. O relație bazată pe încredere între pacientul cu tuberculoză și cei ce asigură asistență medicală primară poate contribui la creșterea compliancei pacientului la tratament. Pacienții și personalul medical sunt în egală măsură responsabili pentru asigurarea compliancei la tratament. Pentru dezvoltarea compliancei, pacientul și membrii familiei trebuie să conștientizeze informațiile referitoare la tuberculoză, inclusiv ceea ce este necesar pentru tratament și vindecare. Consilierea și educarea pacientului sunt părți integrale ale procesului de tratament. Lucrătorul medical trebuie să fie în contact permanent cu pacientul și să-l susțină din momentul stabilirii diagnosticului până la vindecarea definitivă. Cei implicați în asistența medicală primară a pacientului cu tuberculoză trebuie: să fie politicoși, atenți și respectuoși; să trateze pacientul cu considerație; să ofere pacientului ocazia de a-și exprima neliniștile și de a adresa întrebări.

Pacientul necesită să obțină informații despre:

- 1) boala care o suportă;
- 2) schema și durata tratamentului;
- 3) medicamentele administrate și efectele adverse;
- 4) necesitatea respectării normelor de igienă pentru prevenirea contaminării familiei și persoanelor din anturajul său;
- 5) necesitatea excluderii consumului băuturilor alcoolice și a fumatului pe timpul tratamentului;
- 6) necesitatea efectuării examenelor medicale a membrilor familiei, în special a copiilor, pentru depistarea cazurilor de îmbolnăvire;
- 7) respectarea indicațiilor fiziopneumologului și efectuarea examenelor repetate ale sputei.

Suplimentar celor menționate, mai există o serie de alte tehnici utile pentru personalul ce activează în asistența medicală primară:

- 1) evaluarea situației familiale și sociale a pacientului cu implicarea la necesitate a asistentului social teritorial;
- 2) informarea întregii familii despre mecanismul de transmitere a bolii, despre importanța medicamentelor anti-TB și despre modalitatea apariției rezistenței la medicamente (cooperarea și suportul familiei sunt deosebit de importante pentru asigurarea aderenței pacientului);
- 3) asigurarea pacientului cu informații scrise sau din alte surse, care să completeze informația furnizată direct;
- 4) continuarea educării pacientului pe durata întregului tratament;
- 5) fortificarea continuă a mesajelor cheie adresate pacientului și membrilor familiei pe durata întregului tratament - dacă pacientul nu va înțelege importanța administrării medicației anti-TB, e puțin probabil, că va respecta tratamentul prescris;
- 6) în caz de neprezentare la instituția medicală ca să-și primească medicamentele, pacientul este căutat în mod urgent;
- 7) întâlnirile cu medicul trebuie programate din timp, convenabile pentru ambele părți, reamintite pacientului din timp;
- 8) pacientului i se oferă o imagine pozitivă a tratamentului strict supravegheat (DOT sau VST), prin mărturii (directe, înregistrate) ale altor pacienți.

REGULAMENTUL PRIVIND RĂSPUNSUL LA TUBERCULOZĂ LA NIVELUL ASISTENȚEI MEDICALE SPECIALIZATE DE AMBULATORIU

În componența spitalelor raionale se plasează serviciul de ftiziopneumologie cu următoarea structură: registratura/arhiva, cabinetele medicilor ftiziopneumologi, camera de recoltare a sputei, centrul de microscopie/Xpert, camera de tratament, cabinetul asistente medicale, cabinetul de asistență psihosocială, sala pentru convorbiri și ședințe psihologice în grup. Personalul necesar pentru activitatea secției ftiziopneumologie: medic ftiziopneumolog, 2 asistente medicale de profil ftiziopneumologic, laborant bacteriolog, psiholog, asistent social, asistent DOT.

Sarcinile/responsabilitățile medicului ftiziopneumolog municipal/raional

1. Răspunde de implementarea măsurilor PNRT în teritoriul arondat;
2. Asigură examinarea suspecților/contactților de TB care se prezintă la cabinetul de ftiziopneumologie din proprie inițiativă, îndrumați de medicii de familie sau de alți specialiști, comunicând ulterior acestora rezultatul;
3. Asigură tratamentul în condiții de ambulatoriu prin organizarea administrării strict supravegheate a tratamentului antituberculos (inclusiv la domiciliu și VST), iar în caz de prezență a indicațiilor clinice – asigură spitalizarea în termeni optimali a pacienților cu TB;
4. Recomandă medicului de familie eliberarea certificatelor medicale bolnavilor de TB în conformitate cu prevederile actelor normative;
5. Răspunde de înregistrarea corectă a bolnavilor în registrul de TB, inclusiv electronic;
6. Cunoaște răspândirea infecției, grupurile cu risc și vigilență sporită TB în rândul populației; indicatorii epidemiologici și dinamica teritorială a TB;
7. Efectuează consultații medicale/investigații de specialitate pentru suspecți/simptomatici TB;
8. Efectuează consultații medicale/investigații de specialitate la solicitarea specialistului în medicina muncii pentru angajare și control medical periodic, comunicând ulterior acestuia rezultatul;
9. Efectuează îndrumarea metodologică a medicilor de familie din teritoriul arondat;
10. Trimestrial evaluează și informează Departamentul de coordonare a PNRT despre nivelul de examinare a grupului de risc și cel cu vigilență sporită;
11. Organizează examinarea tuturor cazurilor de depistare tardivă, cu identificarea cauzelor, elaborarea planului de măsuri pentru înlăturarea acestora, cu prezentarea procesului verbal către Departamentul de coordonare a PNRT în termen de 10 zile;
12. Organizează examinarea tuturor cazurilor de deces la copii, persoane în vârstă aptă de muncă, cazurilor de deces până la un an de la depistare, cazurilor cu diagnostic stabilit postmortem cu identificarea cauzelor, elaborarea planului de măsuri pentru înlăturarea acestora, cu prezentarea procesului verbal către Departamentul de coordonare a PNRT în termen de 10 zile;
13. Monitorizează îndeplinirea atribuțiilor ce revin medicului de familie conform PNRT;
14. Efectuează comenzile lunare de medicamente pe care le prezintă spre avizare coordonatorului municipal/raional al PNRT;
15. Monitorizează și evaluează activitățile PNRT din teritoriu;
16. Colectează, prelucrează și raportează datele cuprinse în sistemul informațional al PNRT;
17. Urmărește și asigură folosirea și întreținerea corectă a mijloacelor din dotare;

18. Colaborează cu instituții din teritoriu, care au responsabilități în realizarea Programului (administrația spitalului, AMP, Centrul de Sănătate Publică municipal/raional, Agențiile Teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM), medicii de alte specialități (din servicii ambulatorii și spitalicești), rețeaua de învățământ, autoritățile locale, ONG-uri cu activitate în domeniu, mass-media, poliția locală etc.);
19. Participă la acțiunile de informare și instruire organizate în cadrul municipiului/raionului;
20. Identifică nevoile pacientului și elaborează planul individual de asistență centrată pe pacient, în comun cu medicul de familie și asistentul social.

Sarcinile/responsabilitățile Coordonatorului municipal/raional al PTRT

1. Coordonator municipal/raional al PTRT este desemnat un medic ftiziopneumolog din cadrul serviciului ftiziopneumologic teritorial, cu următoarele sarcini/responsabilități:
 - 1) Asigurarea conlucrării cu Consiliile raionale, municipale, primăriile locale în realizarea programelor teritoriale de răspuns la tuberculoză, asigurând participarea activă în profilaxia și activitățile de răspuns la tuberculoză a tuturor instituțiilor medico-sanitare din teritoriu, a conducătorilor de întreprinderi, organizații, instituții, asociații, sindicate, organizații neguvernamentale;
 - 2) Formarea și coordonarea grupului raional (municipal) de monitorizare a programului teritorial de răspuns la tuberculoză în următoarea componență: coordonatorul TB, specialistul în sănătate publică, reprezentantul AMP și șeful secției informatică și statistică medicală;
 - 3) Coordonarea implementării Programului național de răspuns la tuberculoză (PNRT) la nivel municipal/raional;
 - 4) Coordonează cu Centrul de sănătate publică și Departamentul de coordonare a PNRT în vederea implementării PNRT;
 - 5) Analizează nevoile și serviciile de sănătate specifice precum și resursele disponibile (personal, dispozitive, instrumentar, materiale, consumabile, întreținere etc);
 - 6) Stabilește prioritățile pentru Programul teritorial de răspuns la tuberculoză (PTRT);
 - 7) Elaborează proiectul Programului municipal/raional pentru realizarea PTRT (obiective specifice, plan de implementare, resurse umane, materiale, financiare) și îl propune spre avizare;
 - 8) Colaborează cu alte instituții în vederea implementării PNRT (Ministerul Sănătății, IMSP IFP „Chiril Draganiuc”, AMP, Centrului de Sănătate Publică teritorial, Agențiile Teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM), medicii ftiziopneumologi din teritoriu, medicii din alte specialități (din servicii ambulatorii și spitalicești, autoritățile locale, organizații nonguvernamentale cu activitate în domeniu, Direcția municipal/raională de Statistică, rețeaua de învățământ, mass-media, poliția locală, etc);
 - 9) Organizează, supraveghează și răspunde de colectarea datelor, stocarea informațiilor, prelucrarea și raportarea acestora;
 - 10) Analizează periodic datele colectate (lunar, trimestrial, anual) și identifică problemele specifice pe care le comunică Departamentului de coordonare a PNRT;
 - 11) Întocmește și semnează raportul privind indicatorii specifici PNRT și executarea programului la nivel municipal/raional;
 - 12) Întocmește raportul privind indicatorii fizici, de eficiență și de rezultat realizați la nivelul municipal/raional;
 - 13) Participă la întocmirea registrului municipal/raional pentru tuberculoză, atât pe suport hârtie, cât și electronic;

- 14) Evaluează eficacitatea și eficiența măsurilor Programului și realizează acțiuni de corecție necesare;
- 15) Coordonează, controlează și avizează comenzile lunare de medicamente la nivelul unității de profil din municipiu/raion;
- 16) Organizează transportul speciemenelor de spută de la punctele de recoltare către laboratoarele TB cu competență corespunzătoare din teritoriu;
- 17) Planifică procurarea și distribuirea suportului alimentar zilnic pentru menținerea aderenței la tratamentul antituberculos;
- 18) Organizează, coordonează și răspunde de implementarea Programului Municipal/raional de Educație Continuă și instruire a medicilor de familie, asistenților comunitari și altor categorii de personal în ceea ce privește activitățile de răspuns la TB;
- 19) Colaborează cu Centrul de Sănătate Publică teritorial pentru realizarea programelor de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate în domeniu;
- 20) Participă la acțiunile de informare, instruire a PNRT la nivelul departamentului de coordonare a PNRT;
- 21) Propune și participă la alocarea fondurilor către unitățile implementatoare ale Programului, din toate sursele de finanțare ale PNRT la nivel municipal/raional;
- 22) Monitorizează și evaluează activitățile PNRT la nivel teritorial;
- 23) Organizează și asigură în baza Hotărârii instanței de judecată, spitalizarea coercitivă temporară a persoanelor bolnave de tuberculoză în formă contagioasă, care refuză tratamentul, asigurând realizarea setului minim de măsuri premergătoare în conformitate cu prevederile actelor normative.

**REGULAMENTUL PRIVIND ACTIVITĂȚILE COMUNE ALE
CENTRELOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ,
SERVICIILOR DE FTIZIOPNEUMOLOGIE ȘI
ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ ÎN RĂSPUNSUL LA TUBERCULOZĂ**

1. Pentru dirijarea activităților antituberculoase, care țin de competența serviciului de supraveghere de stat a sănătății publice, în fiecare Centru de Sănătate Publică (CSP) teritorial va fi numit un medic epidemiolog și/sau un asistent, responsabili de compartimentul respectiv. Măsurile de răspuns la tuberculoză se vor include în planul anual de activitate ale Centrelor de Sănătate Publică.
2. Ancheta Epidemiologică (AE) are drept scop prevenirea transmiterii infecției, prin reducerea intervalului de timp de la depistarea unor cazuri de îmbolnăvire până la administrarea tratamentului antituberculos. Ea include un complex de acțiuni menite de a stabili timpul debutării bolii, a determina sursa de infecție, arealul focarului și cercul contactilor posibili, depistarea precoce a cazurilor secundare de îmbolnăvire sau infectare din focar. În cadrul AE se identifică factorii favorizanți de transmitere ai infecției sau factorii de risc ai unui eventual eșec sau abandon terapeutic: condițiile de trai, de muncă, starea de alimentație, factorii de teren, bolile asociate, ocupația, situația socială, nivelul educațional, complianța la acțiunile care trebuie întreprinse în focar și la tratament.
3. AE este efectuată de medicul epidemiolog sau asistentul medical epidemiolog în comun cu medicul ftiziopneumolog și medicul de familie la fiecare caz de tuberculoză evolutivă, indiferent de localizarea procesului patologic, deoarece în anturajul lor pot exista bolnavi necunoscuți. Ca metodologie, se folosesc date anamnestice și investigații complexe pentru a stabili arealul focarului, sursa de infecție, existența altor cazuri de infectare sau îmbolnăvire în focar. Ca bază pentru inițierea AE va servi recepționarea fișei de "Declarație urgentă despre depistarea bolilor infecțioase, intoxicațiilor și toxiinfecțiilor alimentare și profesionale acute, reacții adverse la administrarea preparatelor imunobiologice" formular 058/e despre depistarea bolnavului cu tuberculoză evolutivă, inclusiv recidiva.

Atribuții în efectuarea AE:

1. Medicul ftiziopneumolog:

- 1) Ftiziopneumologul, care a diagnosticat un caz de tuberculoză evolutivă, asigură înregistrarea lui în registrul de evidență a bolilor infecțioase formular 060/e și în timp de 24 ore informează Centrul de Sănătate Publică teritorial prin îndeplinirea și transmiterea fișei de declarație urgentă 058/e (telefon, fax, E-mail, curier) sau înregistrarea directă a cazului în Sistemului Informațional automatizat SIA "SPS";
- 2) După depistarea / primirea fișei de anunțare a unui caz de TB (chiar decedat), dacă pacientul locuiește la adresa comunicată, medicul ftiziopneumolog municipal/raional anunță în termen de 3 zile apariția cazului – prin scrisoare medicală – mediculu de familie al teritoriului, pentru declanșarea AE;
- 3) Organizează și participă direct ori de câte ori este nevoie la aplicarea măsurilor profilactice și antiepidemice în focar (caz index);
- 4) Efectuează (împreună cu medicul de familie, medicul epidemiolog sau asistentul medical epidemiolog) ancheta epidemiologică în cazurile de tuberculoză, asigurând controlul

contactilor (control clinic, TCT, radiologic, bacteriologic). AE va fi efectuată în termen de 3 zile de la primirea fișei de declarație urgentă;

- 5) Asigură raportarea către Departamentul de Coordonare a PNRT în corespundere cu actele normative. Date minimale raportate:
 - a) data debutului;
 - b) numărul de cazuri;
 - c) localizarea evenimentului: tip colectivitate/efectiv (număr de persoane expuse la risc, dezagregat după tipul de contact – intradomiciliari, extradomiciliari, copii) ;
 - d) statusul curent al cazurilor;
 - e) măsurile întreprinse.

2. Medicul de familie:

- 1) participă efectiv la anchetele epidemiologice de filiațiune în teritoriul unde domiciliază sau lucrează persoana suspectă de TB, prin identificarea tuturor contactilor și trimiterea lor la control de specialitate după efectuarea examenului clinic;
- 2) aplică măsurile indicate de medicul ftiziopneumolog municipal/raional (tratament preventiv);
- 3) efectuează educația pentru sănătate a bolnavilor cu tuberculoză și familiilor acestora.

3. Medicul epidemiolog / asistentul medical epidemiolog:

- 1) inițiază ancheta epidemiologică, organizează și participă direct ori de câte ori este nevoie la aplicarea măsurilor profilactice și antiepidemice în focar (caz index);
- 2) răspunde de calitatea anchetei epidemiologice și de finalizarea acesteia,
- 3) coordonează investigația epidemiologică în focare;
- 4) raportează focarele la ANSP;
- 5) colaborează cu rețeaua de ftiziopneumologie la instruirea personalului medical pentru aplicarea prevederilor programului;
- 6) monitorizează la nivel teritorial derularea programului, în colaborare cu medicul coordonator teritorial TB și propune, dacă este nevoie, măsuri suplimentare de supraveghere și control al focarului;
- 7) lunar, CSP va verifica în comun cu ftiziopneumologul datele de evidență a bolnavilor, verificându-le cu Registrul de tuberculoză TB 03.

4. Măsurile antiepidemice primare, necesare de aplicat în fiecare focar de tuberculoză sunt:

- 1) lichidarea focarului de infecție prin instituirea tratamentului antituberculos cât mai precoce;
- 2) determinarea hotarelor focarului și cercului contactilor și a posibilei surse de infecție;
- 3) diagnosticarea și tratarea tuturor cazurilor de TB depistate prin AE;
- 4) evaluarea stării sanitare a focarului de tuberculoză;
- 5) examinarea medicală primară a contactilor cu risc epidemiologic major - în termen de / zile după depistarea bolnavului, iar a celor cu risc mediu - în termen de 14 zile, care în funcție de vârstă sunt investigați prin:
 - a) colectarea anamnezei;
 - b) examenul clinic;
 - c) cei cu vârsta între 0 până la 18 ani prin testare cu tuberculină PPD 2 UT;
 - d) examenul radiologic OCT;
- 6) persoanele identificate cu simptome sugestive pentru TB sunt supuse examinărilor microbiologice (microscopia sputei la BAAR, Xpert MTB/RIF, cultură);
- 7) dacă cazul index este o persoană care trăiește cu HIV, toți contactii intradomiciliari sau apropiați trebuie să fie consiliați și testați la marcherii HIV;
- 8) contactii, care au simptome sugestive pentru TB activă trebuie să fie consiliați și testați la HIV, ca parte a evaluării lor clinice;

- 9) instituirea tratamentului preventiv TB contactilor conform PCN. Va fi asigurată administrarea direct observată a medicamentului de către lucrătorul medical responsabil în cadrul IMSP, la domiciliu, în colectivități speciale sau în Centrele de Reabilitare a copiilor.
 - 10) instituirea supravegherii medicale a contactilor din focar, care se efectuează în dependență de categoria focarului, o atenție deosebită acordându-se gravidelor și copiilor primului an de viață, persoanelor cu stări imunodeprimare;
 - 11) instruirea și educația sanitară a bolnavului și a contactilor.
5. În cazul prezenței în gospodărie a animalelor (bovine, porcine), va fi solicitată asistența serviciului sanitaro-veterinar pentru examinarea lor la tuberculoză. Măsurile privind animalele bolnave se realizează conform actelor normative ale serviciului sanitaro-veterinar. Persoanele care au fost implicate în îngrijirea animalelor se supun examenului medical. Bolnavii se izolează și se supun tratamentului, celelalte persoane se supraveghează medical pe parcursul unei perioade de timp dependentă de grupa focarului.
 6. AE a focarului se finalizează cu întocmirea fișei de anchetare și supraveghere epidemiologică a focarului și a planului de măsuri de asanare a lui, în cadrul căruia se determină măsurile necesare de efectuat, responsabilii și termenele de executare.
 7. În focarele din toate 3 grupuri se efectuează anchetarea epidemiologică primară, elaborarea planului de asanare. Focarele se scot de la evidența Centrelor de Sănătate Publică: grupul 1 - peste 12 luni (în caz de polirezistență și TB MDR – 24 luni), grupul 2 - peste 6 luni și grupul 3 - peste 6 luni după:
 - a) vindecarea bolnavului sau tratament încheiat;
 - b) plecarea bolnavului pentru trai permanent în alt teritoriu administrativ;
 - c) decesul bolnavului.
 8. Supravegherea medicală a contactilor se efectuează pe toată perioada tratamentului și după vindecarea, încheierea tratamentului, decesul sau plecarea definitivă a bolnavului din focar, timp de 12 (în caz de polirezistență și TB MDR - 24 luni) și respectiv 6 luni, în dependență de grupul focarului. Examenul contactilor va fi orientat spre depistarea apariției semnelor sugestive pentru TB. În cazul prezenței acestora se va efectua investigarea microbiologică a sputei și examenul radiologic. Dacă semnele sugestive pentru TB sunt **absente**, contactii vor fi examinați radiologic o dată în an.
 9. Volumul, periodicitatea și responsabilii pentru executarea măsurilor în focare sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1. Volumul, frecvența și realizatorii măsurilor antiepidemice în focarele de TB

Nr	Măsurile în focar	Grupul de risc epidemiologic al focarului			Realizatorii
		1	2	3	
1.	Izolarea, la necesitate spitalizarea bolnavului.	La depistare	La depistare	La depistare	SFP, AMP, CSP teritorial
2.	Dezinfecția curentă în focar	Perioada riscului de transmitere a infecției	Perioada riscului de transmitere a infecției	Perioada riscului de transmitere a infecției	Bolnavul, membrii familiei; AMP
3.	Examinarea epidemiologică	La înregistrare La scoaterea din evidență	La înregistrare La scoaterea din evidență	La înregistrare La scoaterea din evidență	CSP teritorial, SFP; AMP.
4.	Vizita FP de comun cu medicul de familie, medicul epidemiolog /asistentul medical epidemiolog cu examenul contacților	La depistare și 1 vizită la 3 luni	La depistare și 1 vizită la 6 luni	La depistare și 1 vizită la 6 luni	SFP
5.	Vizita asistentului FP	1 vizită la 2 luni	1 vizită la 3 luni	1 vizită la 3 luni	SFP
6.	Vizita MF cu examenul contacților	La depistare și 1 vizită în lună	La depistare și 1 vizită în 2 luni	La depistare și 1 vizită în 3 luni	Serviciul AMP
7.	Examenul și supravegherea medicală a contacților	1. La înregistrare. 2. Perioada riscului de transmitere a infecției. 3. Timp de 12 luni de la vindecare, abacilare, plecare, decesul bolnavului	1. La înregistrare. 2. Perioada riscului de transmitere a infecției. 3. Timp de 6 luni de la vindecare, abacilare, plecare, decesul bolnavului	1. La înregistrare. 2. Perioada riscului de transmitere a infecției. 3. Timp de 3 luni de la vindecare, abacilare, plecare, decesul bolnavului	SFP; Serviciul de AMP
8.	Administrarea tratamentului preventiv	Conform prescripțiilor FP	Conform prescripțiilor FP		AMP; SFP

Acțiunile de profilaxie a tuberculozei vor fi axate asupra:

Profilaxiei specifice, care constă în vaccinarea cu vaccin BCG a tuturor nou-născuților, începând cu ziua a doua de viață, care se efectuează, de regulă, în maternitate. Copiii ne vaccinați în maternitate se vaccinează în cadrul IMSP AMP în termeni oportuni, astfel toți copiii până la vârsta de 7 ani trebuie să aibă vaccinarea BCG. Imunizarea specifică protejează transformarea infecției în boală, previne diseminarea hematogenă (bacilemia) și metastazele postprimare; crește rezistența la suprainfecția ulterioară exogenă.

Vaccinarea BCG reprezintă o parte componentă a Programului Național de Imunizări și se aplică conform schemei aprobate sub responsabilitatea serviciilor de neonatologie, medicină primară, fiziopneumologie și de supraveghere de stat a sănătății publice, după cum urmează.

1. Obligațiunile serviciilor de neonatologie și medicină primară:
 - 1) vaccinarea nou născuților și a celor externăți din maternitate nevacinați,
 - 2) supravegherea evoluției procesului postvaccinal, depistarea complicațiilor postvaccinale;
 - 3) planificarea, evidența și raportarea vaccinărilor;
 - 4) depistarea copiilor neimunizați sub vârsta de 7 ani și imunizarea lor conform prevederilor actelor normative .
2. Obligațiunile serviciului de fiziopneumologie:
 - 1) pregătirea și atestarea cadrelor medicale în tehnica vaccinării și efectuării testării tuberculice în comun cu serviciul AMP și Centrele de Sănătate Publică;
 - 2) examinarea, evidența, analiza și tratamentul complicațiilor postvaccinale BCG și informarea serviciului de supraveghere de stat a sănătății publice;
 - 3) confirmarea complicațiilor postvaccinale cu raportarea la IMSP IFP „Chiril Draganiuc”, CSP în 24 ore.
3. Obligațiunile Centrelor de Sănătate Publică:
 - 1) organizarea și dirijarea activităților de vaccinare;
 - 2) acordarea și sistematizarea planurilor de vaccinare;
 - 3) primirea și analiza rapoartelor statistice privind vaccinările efectuate și evaluarea ratei de acoperire cu vaccinări;
 - 4) asigurarea cu vaccin BCG și cu seringi pentru imunizare;
 - 5) evaluarea activității instituțiilor medicale din teritoriul deservit privind efectuarea imunizărilor;
 - 6) investigarea epidemiologică, evidența și analiza evenimentelor adverse postimunizare;
 - 7) atestarea cadrelor medicale în tehnica vaccinării și efectuării testării tuberculice în comun cu serviciile de fiziopneumologie și asistență medicală primară.

Prevenirea răspândirii tuberculozei în societate

Categoriile pereclitante:

- 1) Personalul din instituțiile medico-sanitare:
 - a. personalul medical din secții de nou-născuți, spitale (secții) de pediatrie;
 - b. personalul medical din centrele de reabilitare și recuperare/plasament pentru copii.
- 2) Personalul din instituțiile de învățământ:
 - a. personalul din instituțiile de educație antepreșcolară și învățământ preșcolar;
 - b. Personalul din instituțiile de învățământ primar.

Notă: Radiografia pulmonară standard (digitală sau convențională) pentru persoanele din categoriile pereclitante se efectuează la angajare și anual – în cadrul examenelor medicale periodice la prezența indicațiilor medicale. Contingentele pereclitante sunt examinate pentru prevenirea răspândirii tuberculozei de către angajații din aceste instituții.

Examenul medical profilactic clinic și prin radiografia pulmonară standard (digitală sau convențională) la angajare și cel puțin o dată pe an sunt obligatorii pentru grupurile de populație stabilite prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 1491/2014 „Cu privire la

măsurile de eficientizare a utilizării instalațiilor radiologice”. Examenul medical profilactic a contingentelor pereclitante este organizat și realizat de instituțiile medicale abilitate cu acest drept. Aprecierea contingentelor, obiectivelor și supravegherea efectuării examenului medical profilactic sunt în competența serviciului supravegherii de stat a sănătății publice.

Admiterea la munca legată nemijlocit de deservirea populației a persoanei care a fost tratată de o formă activă de tuberculoză se efectuează, conform legii nr. 153/2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei, de către comisia teritorială de apreciere a vitalității în baza concluziei și recomandărilor date de instituția medico-sanitară (de către medicul ftiziopneumolog și epidemiolog) din teritoriul angajării la muncă.

Responsabil de depistarea precoce a bolnavilor de tuberculoză printre persoanele expuse riscului sporit de îmbolnăvire de TB este serviciul de medicină primară.

ROLUL PARTENERIATULUI PUBLIC-PRIVAT ÎN ACTIVITĂȚI DE RĂSPUNS LA TUBERCULOZĂ, INCLUSIV IMPLICAREA ACTORILOR COMUNITARI

Răspunsul la tuberculoză în instituțiile medicale private

Sectorul privat de sănătate joacă un rol important în prevenirea și răspunsul la tuberculoză și include mai multe părți interesate cum ar fi: medicii practicieni, centrele de sănătate comunitară, spitalele, instituțiile academice, organizațiile profesionale medicale și organizațiile comunitare/ONG. În măsura posibilităților, acest grup variat de furnizori ar trebui să caute modalități noi de a instrui medicii și de a promova experiența clinică și interesul pentru sănătatea publică necesare pentru eliminarea TB. Implicarea prestatorilor privați în oferirea asistenței medicale specializate de ambulatoriu (ftiziopneumologică), presupune o abordare de sănătate publică echivalentă prestatorilor guvernamentali în contextul asigurării unui control eficient al maladiei. Având în vedere tendința de dezvoltare a sectorului privat în domeniul asistenței medicale primare și specializate de ambulatoriu, vor fi luate măsuri intersectoriale pentru asigurarea funcționării PNRT în corespundere cu recomandările OMS pentru un control eficient al TB în contextul parteneriatului public privat pentru a încuraja și ameliora calitatea serviciilor medicale aferente activităților PNRT în sectorul privat.

Rolul și atribuțiile prestatorilor privați de servicii medicale în răspunsul la TB:

1. Implementarea în activitatea sa a recomandărilor actuale pentru diagnosticul și tratamentul TB, testarea și tratamentul infecției TB latente (ITBL) în corespundere cu prevederile actelor normative;
2. Înțelegerea condițiilor medicale predominante a populației din cadrul sectorului său de deservire, inclusiv determinantelor cu impact asupra sănătății publice;
3. Oferirea consultației medicale ale specialistului în TB, în special pentru pacienții cu TB DR sau diagnostice medicale care ar putea afecta evoluția sau rezultatul tratamentului. Consultații pot fi angajați permanenți sau consultați care prestează servicii în bază de contract;
4. Oferirea consultațiilor medicale în dinamică pentru pacienții care primesc tratament, revizuirea factorilor de risc care ar putea suprima sistemul imunitar;
5. Oferirea capacităților de a realiza și interpreta corect rezultatele testelor cutanate cu tuberculină sau IGRA pentru ITBL, de a administra și monitoriza tratamentul preventiv TB;
6. Instruirea personalului medical pentru obținerea abilităților și cunoștințelor necesare pentru efectuarea evaluărilor riscului TB în rândul pacienților lor, de a diagnostica și de a iniția un tratament pentru TB, de a diagnostica și trata infecția TB latentă, de a oferi suportul pentru aderență la tratament;
7. Dezvoltarea relațiilor colaborative cu medicii ftiziopneumologi consultați, spitalele și laboratoarele clinice pentru managementul eficient a cazului de TB;
8. Dezvoltarea relațiilor colaborative cu PNRT și/sau Coordonatorul teritorial TB, inclusiv raportare regulată către ei;
9. Conlucrarea cu PNRT în vederea realizării programelor de screening în rândul persoanelor cu risc și vigilență sporită la TB și realizarea activităților de prevenire, diagnostic și tratament TB;
10. Organizarea raportării cazurilor cu TB presupusă, asigurarea disponibilității serviciilor de diagnostic (de exemplu, microscopia sputei la BAAR, GeneXpert MBT/RIF, însămânțări pe

- medii pentru izolarea *M.tuberculosis* și examenul radiologic), precum și furnizarea de consultare și de referire a pacienților pentru diagnostic, tratament conform indicațiilor;
11. Dezvoltarea, în parteneriat cu PNRT, a unui plan de tratament, pentru creșterea aderenței la tratament a pacientului și finalizarea cu succes a tratamentului;
 12. Oferirea suportului pentru aderență la tratament în corespundere cu prevederile naționale, inclusiv suportul motivațional.
 13. Realizarea instruirilor în rândul pacienților cu privire la TB și infecția TB latentă, și motivarea lor pentru accesarea serviciilor de prevenire și tratament;
 14. Respectarea controlului infecției TB pentru protejarea pacienților și a personalului;
 15. Dezvoltarea parteneriatelor cu organizațiile guvernamentale și neguvernamentale, societatea civilă pentru maximizarea rezultatelor PNRT.

Implicarea actorilor comunitari (APL, comunitatea persoanelor afectate de TB, familia, ONG etc)

Rolul și atribuțiile Administrației publice locale (inclusiv asistența socială) în răspunsul la TB:

1. Identificarea persoanelor cu semne sugestive de TB din grupurile vulnerabile și referirea lor către AMP pentru diagnostic;
2. Oferirea suportului pentru organizarea și desfășurarea programelor de screening la TB a persoanelor din grupul de risc și vigilență sporită;
3. Oferirea suportului în plasarea persoanelor fără loc stabil de trai în centre de plasament, angajarea în câmpul muncii, reintegrarea în familie în vederea reducerii riscurilor de dezvoltare a TB;
4. Procurarea polițelor de asigurare medicală pentru persoanele din grupurile vulnerabile;
5. Informarea despre prestațiile sociale disponibile pentru persoanele cu TB și familiile lor;
6. Consultarea pacienților cu TB privind procedura de restabilire a actelor de identitate, aprecierea gradului de dizabilitate și perfectarea pensiilor, precum și altor necesități sociale;
7. Includerea copiilor și adolescenților afectați de TB în sistemul de management de caz a copilului în dificultate, aplicarea intervențiilor de suport comunitar pentru copii și familiile lor în baza managementului de caz;
8. Examinarea anchetelor sociale completate de AMP și medicul fizionomolog cu selectarea persoanelor afectate de TB eligibile pentru oferirea ajutorului material și altor prestații sociale disponibile la nivel de comunitate;
9. Elaborarea de comun cu AMP și persoana cu TB a Planului de însoțire centrat pe nevoile persoanei la toate etapele tratamentului, cu prioritizare și implicare în soluționarea problemelor medico-sociale identificate;
10. Implicarea în activități de reducere a stigmei și discriminării persoanelor cu TB prin sesiuni de informare pentru populația generală privind TB în combinație cu evenimente sociale (hram, ziua înverzirii, competiții sportive, concerte, adunarea satului etc);
11. Implicarea lucrătorilor/asistenților sociali/ONG în activități de mobilizare comunitară și promovare a voluntariatului și activităților de caritate;
12. Identificarea altor actori pentru soluționarea problemelor sociale identificate la pacient (contribuție la instruirea profesională și plasarea în câmpul muncii corespunzător posibilităților fizice și mentale, serviciul migrație, confesiunile religioase etc).

Rolul și atribuțiile organizațiilor neguvernamentale în controlul TB:

1. Dezvoltarea activităților comune, bazate pe încredere reciprocă între AMP, APL și comunitate;
2. Facilitarea comunicării între membrii comunității și personalul medical;
3. Explicarea avantajelor includerii persoanelor în sistemul asigurărilor de sănătate, precum și procedura de obținere a calității de asigurat;
4. Explicarea avantajelor igienei personale, igienei tusei și a igienei locuinței/spațiilor comune; popularizarea în comunitate a măsurilor de igienă dispuse de autoritățile competente;
5. Mobilizarea și însoțirea membrilor comunității la acțiunile de sănătate publică: campaniile de vaccinare, campaniile de informare, educare și conștientizare din domeniul promovării sănătății, acțiuni de depistare a bolilor cronice etc.; explicarea rolului și scopului acestora;
6. Participarea la depistarea activă a TB și a altor boli transmisibile, sub îndrumarea medicului de familie/fiziopneumologului/cadrelor medicale din direcțiile de sănătate publică;
7. La solicitarea personalului medical, sub îndrumarea acestora, explicarea rolului tratamentului medicamentos prescris, managementul reacțiilor adverse și raportarea acestora;
8. Însoțirea personalului medical în realizarea activităților legate de prevenirea/controlul situațiilor epidemice, facilitarea implementării măsurilor necesare și explicarea membrilor comunității a scopului acestor măsuri;
9. Semnalarea către PNRT a problemelor identificate privind accesul membrilor comunității la serviciile de asistență medicală primară, specializată de ambulatoriu sau spitalicească (inclusiv în cazul situațiilor legate de managementul comorbidităților).

RĂSPUNSUL LA TUBERCULOZĂ ÎN INSTITUȚIILE PENITENCIARE

Locurile de detenție, presupun instituțiile penitenciare din subordinea Administrației Naționale a Penitenciarelor a Ministerului Justiției, precum și Izolatoarele de detenție provizorie ale Comisariatelor raionale de poliție din subordinea Inspectoratului General de Poliție a Ministerului Afacerilor Interne.

Răspunsul la tuberculoză în instituțiile penitenciare

Rolul și atribuțiile Administrației Naționale a Penitenciarelor a Ministerului Justiției în implementarea măsurilor de răspuns la TB:

1. A organiza activități legate de control infecției TB prin:
 - 1) măsurii manageriale de control, inclusiv dezvoltarea politicii de control a infecției TB, planificare strategică, pledoarie, dezvoltarea resurselor umane, monitorizarea și evaluarea, cercetarea operațională;
 - 2) măsuri de control administrativ, inclusiv depistarea precoce a cazurilor TB, screening-ul TB, separarea sau izolarea pacienților, eticheta și igiena tusei;
 - 3) măsuri de control a mediului, inclusiv ventilația naturală și mecanică, iradierea cu raze ultraviolete germicide;
 - 4) măsuri de protecție personală, inclusiv respiratoare și echipamente de testare.
2. A desemna persoana responsabilă de punerea în aplicare a controlului infecției TB în sistemul administrației penitenciare din cadrul Direcției medicale a Administrației Naționale a Penitenciarelor a Ministerului Justiției;
3. A dezvolta și implementa Planuri de control a infecției TB la nivelul sistemului administrației penitenciarelor și instituțional cu proceduri operaționale standard pentru recunoașterea promptă, separarea, furnizarea de servicii și de investigare a tuberculozei, precum și referirea ulterioară a persoanelor cu boala presupusă sau confirmată TB, conlucrarea cu organizațiile guvernamentale;
4. A realiza controlul infecției TB în penitenciar prin:
 - 1) îmbunătățirea controlului infecției prin efectuarea intervențiilor organizaționale, administrative și de mediu în penitenciar;
 - 2) asigurarea depistării precoce a cazurilor de TB în rândul deținuților prin combinarea metodelor de screening (la intrare, screening-ul de masă la intervale regulate, screening-ul pasiv și de contact), bazate pe aplicarea de chestionare clinice, examenul radiologic al organelor cutiei toracice, microscopia sputei și adresare de sinestătătoare;
 - 3) asigurarea metodelor noi, rapide de diagnosticare a TB, cum ar fi Xpert MTB/RIF;
 - 4) efectuarea testării sensibilității la medicamente tuturor pacienților cu TB confirmată anterior inițierii tratamentului;
 - 5) indicarea tratamentului conform modelului de rezistență pentru a evita amplificarea în continuare a rezistenței;
 - 6) administrarea tratamentului sub directă observare a personalului medical în corespundere cu Protocoalele clinice naționale;
 - 7) organizarea procurării, furnizării și gestionării medicamentelor de calitate;

- 8) asigurarea implementării planurilor instituționale de control a infecției transmise pe cale aeriană, inclusiv măsurilor de protecție pentru personal;
 - 9) realizarea consilierii și testării voluntare pentru detectarea HIV și a co-infecției TB/HIV;
 - 10) realizarea diagnosticului și tratamentului tuberculozei la deținuți în conformitate cu prevederile actelor normative ale Ministerului Sănătății;
 - 11) asigurarea infirmării sau confirmării diagnosticului de tuberculoză doar de către medicul fiziopneumolog. Deținuții cu semne sugestive la tuberculoză urmează a fi internați în spitalul penitenciar pentru diagnostic aprofundat și, eventual, tratament;
 - 12) examinarea sputei prin metoda culturală și sensibilității se vor realiza în bază de contract în laboratoare de referință în bacteriologia tuberculozei din cadrul Ministerului Sănătății;
 - 13) conlucrarea cu serviciul național de monitorizare și evaluare TB, în determinarea nivelului de risc al penitenciarului, calitatea serviciilor prestate și activităților realizate;
 - 14) asigurarea condițiilor ca spațiile penitenciarelor să corespundă normelor și regulamentelor naționale de ventilație în clădiri publice și/sau normelor specifice și reglementărilor pentru penitenciare. Atunci când alte măsuri de control al mediului nu sunt în vigoare, accentul trebuie să fie pus pe ventilație naturală prin maximizarea deschiderii ferestrelor;
 - 15) utilizarea dispozitivelor ecranate de iradiere ultravioletă în corespundere cu un program adecvat de lucru (în clădirile în care există un risc de transmitere TB și unde o ventilație adecvată nu poate fi atinsă (de exemplu, din cauza constrângerilor de proiectare sau ierni reci);
 - 16) asigurarea corespunzătoare cu echipament individual de protecție (respiratoare N95 sau filtru facial echivalent 2 sau mai mare) în locațiile aglomerate pentru lucrătorii medicali și ne-medicali (subdiviziunile de siguranță și regim penitenciar, reintegrare socială, pază și escortare). Utilizarea respiratoarelor oferă protecție pentru lucrătorii în contact apropiat cu pacienții cu TB. Această protecție este deosebit de importantă atunci când personalul supraveghează unele proceduri de inducere a tusei (cum ar fi bronhoscopie) sau de colectare a sputei;
 - 17) asigurarea deținuților bolnavi cu TB infecțioasă cu măști chirurgicale atunci când se deplasează în afara salonului său.
5. A realiza măsuri de informare și educare continua despre TB prin elaborarea și implementarea programelor:
- 1) în rândul deținuților pentru a promova adresabilitatea și pentru a crește aderența la tratament, inclusiv în perioada de pregătire spre eliberare;
 - 2) pentru personalul medical;
 - 3) pentru personalul non-medical.
6. A preveni răspândirea infecției din comunitate în penitenciare prin utilizarea screening-ului activ la TB în Izolatoarele de Urmărire Penală (la internare) prin:
- 1) plasarea deținuților nou-veniți în blocuri sau celule speciale de carantină (pentru una sau două săptămâni) până la finalizarea examinării la prezența TB și altor maladii;
 - 2) documentarea în registrul de screening a tuturor nou-veniților cu realizarea examinării medicale;
 - 3) aplicarea chestionarului privind simptomele TB și radiografia toracică obligatorie;
 - 4) aplicarea procedurilor standard de diagnostic și tratament în cazurile sugestive la TB în corespundere cu prevederile actelor normative ale Ministerului Sănătății.
7. A realiza verificarea în runde regulate a întregii populații de deținuți pentru a identifica cazurile suspecte de TB:
- 1) realizarea examinărilor radiologice planificate de două ori pe an tuturor deținuților la fiecare 6 luni de detenție (screening în masă);

- 2) completarea screening-ului în masă cu alte strategii de screening (la intrare, prin adresare), pentru a se asigura că deținuții cu TB care intră în penitenciare sau cazurile care au loc între runde de screening în masă sunt detectate în termeni oportuni;
 - 3) efectuarea la adresarea de sinestătătoare a deținutului a procedurilor de screening prin aplicarea chestionarului bazat pe trei aspecte esențiale: istoricul de suportare anterioară a TB (tratamentul administrat, tratamentul întrerupt etc), simptomele clinice și indicele de masă corporală (anexa nr.1). Oferirea chestionarelor deținuților pentru auto-completare este inacceptabilă și trebuie realizată de personal medical instruit;
 - 4) evaluarea medicală aprofundată și investigarea microscopiei sputei a deținuților cu semne sau simptome sugestive de TB pentru confirmarea diagnosticului;
 - 5) realizarea doar a screening-ului simptomatic ca măsură adecvată și satisfăcătoare în instituțiile cu un risc minim de TB (cele cu o populație mică sau nici un caz detectat în anul precedent).
8. A preveni transmiterea infecției TB de la un deținut la alți deținuți sau personalului din penitenciar prin:
- 1) identificarea persoanelor de contact TB din rândul celor care se află pentru perioade lungi de timp în aceleași încăperi cu un caz activ TB: toți deținuții care dorm în același spațiu locativ cu persoana confirmată TB, deținuții care își petrec timpul în zonele de lucru închise sau slab ventilate în interiorul penitenciarului, deținuții care interacționează cu persoana cu TB în timpul activităților de agrement, personalul penitenciar și vizitatorii;
 - 2) documentarea persoanelor contacte în registrul contactelor cu persoane TB;
 - 3) efectuarea investigațiilor contactelor pentru persoanele cu TB confirmată prin aplicarea chestionarului privind simptomele TB, microscopia sputei (Xpert recomandat) sau radiografia toracică;
 - 4) plasarea în izolatorul de carantină medicală a persoanelor suspecte la TB și transferul de urgență prin escortă separată către spitalul penitenciar pentru confirmarea ori infirmarea diagnosticului.
9. A preveni transmiterea tuberculozei membrilor familiei și comunității prin:
- 1) examinarea medicală a deținuților înainte de eliberare;
 - 2) examinarea medicală a personalului penitenciar în mod regulat;
 - 3) asigurarea continuității asistenței medicale persoanelor cu TB care sunt în tratament înainte de a intra în instituțiile penitenciare;
 - 4) desfășurarea campaniilor educaționale pentru personalul penitenciar și deținuți îndreptate împotriva stigmatizării și discriminării persoanelor cu TB.
10. A implementa programe de continuitate a tratamentului TB după eliberare, inclusiv în parteneriat cu organizații neguvernamentale:
- 1) planificarea eliberării deținuților cu TB și transmiterea informației medicale către medicul fizioterapeut și unitatea centrală a PNRT cu cel puțin 10 zile înainte de eliberare;
 - 2) notificarea eliberărilor neprevăzute și transferurile neplanificate (comunicarea promptă prin telefon, mesaje text și alte metode rapide);
 - 3) pregătirea pre-eliberare, referirea sau acompanierea către medicul din sectorul civil, supravegherea post-eliberare, notificarea și monitorizarea eliberărilor neplanificate, informarea PNRT și analiza rezultatelor tratamentului deținuților cu TB eliberați);
 - 4) colaborarea cu alți actori comunitari în vederea oferirii accesului la suport social (ocuparea forței de muncă, continuarea tratamentului și suport psihologic, oferirea altor beneficii pentru creșterea aderenței la tratament, educarea membrilor familiei despre importanța aderenței la tratament a deținutului și consecințele întreruperii).
11. A realiza activități de advocacy, comunicare și mobilizare socială cu scopul de îmbunătățire a depistării cazurilor de TB și respectării tratamentului, combatere a stigmatizării și a discriminării, responsabilizare a persoanelor afectate de TB și administrației penitenciarelor și

- asigurare a angajamentul politic pentru mobilizarea resurselor pentru răspunsul la TB în penitenciare prin următoarele activități:
- 1) desfășurarea sesiunilor de instruire TB pentru deținuți (inclusiv discuții, video, flipchart-uri, alte materiale educaționale, concursuri, jocuri de întrebări și răspunsuri, cu implicarea educatorilor de la egal la egal (deținuți și ex-deținuți) și reprezentanților ONG pentru a crește conștientizarea și adresabilitatea;
 - 2) utilizarea modelelor de succes în îmbunătățirea activităților TB în sistemul penitenciar și diseminarea lor pe interior;
 - 3) facilitarea adaptării și dezvoltării materialelor de comunicare, informare și educare cu un accent special pe penitenciare, inclusiv dezvoltate cu implicarea deținuților și ex-deținuților;
 - 4) utilizarea tuturor formelor de mass-media pentru a informa, a convinge și de a genera o acțiune în rândul deținuților despre TB, și pentru a genera gradul de conștientizare a provocării TB MDR și, astfel, importanța prevenirii, depistării rapide și încheierea cu succes a tratamentului;
 - 5) instruirea personalului medical penitenciar în îngrijirea centrată pe pacient și abilități de comunicare inter-personale în mod regulat pentru a le permite să dezvolte abilități adecvate de consultare și atitudini de susținere a aderenței tratamentului;
 - 6) realizarea sistematică a cercetărilor operaționale pentru a contribui la implementarea activităților bazate pe dovezi.
12. A asigura accesul deținuților la servicii integrate de diagnostic, tratament și suport persoanelor cu TB prin implementarea modelului orientat pe nevoile persoane și asigurând:
- 1) tratament antiretroviral pacienților cu TB/HIV;
 - 2) tratament farmacologic cu metadonă/buprenorfină persoanelor cu dependență opioidă;
 - 3) tratament antiviral al hepatitelor virale;
 - 4) tratamentul ITS;
 - 5) tratamentul preventiv TB persoanelor care trăiesc cu HIV;
 - 6) tratament cu cotrimoxazol persoanelor care traiesc cu HIV.
13. A dezvolta parteneriate cu organizațiile neguvernamentale pentru controlul eficient al TB și continuitatea tratamentului.

Controlul tuberculozei în Izolatoarele de detenție provizorie ale Inspectoratelor de Poliție din cadrul Inspectoratului General de Poliție a Ministerului Afacerilor Interne

Locurile de detenție sunt locații comune de transmitere a TB. Prevalența bolii TB și infecția TB latentă sunt substanțial mai mari în aceste locații decât în populația generală. Instituțiile de detenție poartă responsabilitatea de a limita transmiterea TB în cadrul instituției și a proteja deținuții și personalul lor de expunere. Aceasta este o provocare deosebită în Izolatoarele de detenție preventivă a MAI din cauza perioadelor scurte de ședere pentru majoritatea deținuților.

Rolul și atribuțiile IDP MAI în controlul TB:

1. Coordonarea cu PNRT pentru dezvoltarea și menținerea unui profil corect a riscului TB între deținuți;
2. Dezvoltarea programelor de răspuns la TB pentru a proteja deținuții, personalul și vizitatorii de expunerea la TB în conformitate cu prevederile actelor normative;
3. Dezvoltarea de programe de educație continuă privitor la TB printre personal;
4. Stabilirea unei relații de lucru continue cu PNRT, centrele de sănătate publică, spitalele și alți parteneri din comunitate pentru dezvoltarea de politici, consultare și referire a persoanelor aflate sub tratament TB și infecția TB latentă la eliberare;

5. Elaborarea politicilor scrise bazate pe epidemiologia locală a TB:
 - 1) realizarea examinării medicale obligatorii la plasarea în IDP a persoanelor reținute și identificarea persoanelor cu semne ale TB;
 - 2) întreținerea izolată în celule a persoanelor cu semne sugestive la TB și TB confirmată;
 - 3) asigurarea unui program eficient de aerisire și ventilare a încăperilor IDP;
 - 4) stabilirea programelor eficiente de referire la asistență medicală a reținuților cu cazuri probabile sau confirmate de TB;
 - 5) screening-ul pentru TB a personalului și reacționarea promptă în cazul apariției cazurilor de TB;
 - 6) oferirea programelor de educație în controlul TB pentru toți angajații.
6. Evaluarea în mod continuu, în coordonare cu PNRT, a eficacității programului instituțional de răspuns la TB pentru a elimina transmiterea în cadrul instituției.

REALIZAREA ACTIVITĂȚILOR SINERGICE CU ALTE PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE ȘI DETERMINANTE SOCIALE

Activități colaborative TB/HIV

Rolul și atribuțiile AMP în activitățile de control a co-infecției TB/HIV:

1. Realizarea examinărilor profilactice pentru depistarea precoce al TB în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV (PIH) - persoanele care trăiesc cu HIV asimptomatice sunt supuse sistematic (cel puțin o dată pe an) examenului medical pentru depistarea TB prin examinare radiologică;
2. Referirea în termeni optimați a persoanelor care trăiesc cu HIV cu semne sugestive la TB la consultația medicului specialist;
3. Conlucrarea cu organizațiile societății civile în vederea implementării activităților de control a TB în grupurile de risc și vigență sporită la TB, precum și populația generală.

Rolul și atribuțiile serviciului ftizio-pneumologic în activitățile de control a co-infecției TB/HIV:

1. Organizarea măsurilor de depistare a persoanelor care trăiesc cu HIV din rândul persoanelor cu TB probabilă sau confirmată;
2. Organizarea măsurilor de diagnostic precoce al TB în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV cu aplicarea metodelor rapide de diagnostic (GeneXpert MTB/RIF ș.a.);
3. Organizarea tratamentului antituberculos pentru bolnavii cu co-infecția TB/HIV;
4. Organizarea asigurării tratamentului ARV în perioada de spitalizare pentru tratamentul TB;
5. Organizarea măsurilor de control a infecției TB;
6. Organizarea măsurilor de instruire profesională a personalului serviciului ftizio-pneumologic în consiliere pre- și post- testare la HIV și utilizarea testelor rapide de diagnostic HIV; diagnostic TB la persoane HIV pozitive; urmarea tratamentului antiretroviral și corijarea reacțiilor adverse la preparatele ARV;
7. Implicarea serviciului narcologic în caz de co-infecție TB/HIV la persoanele care consumă droguri injectabile pentru asigurarea accesului la tratamentul farmacologic cu opioide în perioada de spitalizare sau/și în condiții de ambulator;
8. Organizarea îngrijirilor paliative a persoanelor cu TB/HIV;
9. Organizarea măsurilor de tratament profilactic cu Co-trimoxazol pentru prevenirea infecțiilor oportuniste;
10. Organizarea măsurilor de tratament preventiv TB la persoanele care trăiesc cu HIV;
11. Organizarea tratamentului TB integrat în condiții de ambulator și staționare de profil general (ftizio-pneumologic);
12. La necesitate, asigurarea accesului la programe de reducere a riscului HIV în staționările ftizio-pneumologice.

Rolul și atribuțiile medicului infecționist în activitățile de control a co-infecției TB HIV:

1. Asigurarea screening-ului clinic la TB persoanelor care trăiesc cu HIV la fiecare vizită la medicul infecționist;
2. În cazul în care pacienții care trăiesc cu infecția HIV prezintă semne clinice caracteristice TB pulmonare sau TB extrapulmonare, sau dacă este depistat un contact recent cu un bolnav de TB, se efectuează determinarea nivelului proteinei C-reactive, examenul radiologic,

- depistarea LF-LAM Ag, examinarea lichidelor biologice prin metoda Xpert MTB/RIF, consultația medicului ftiziopneumolog;
3. Consultarea și educarea persoanelor care trăiesc cu HIV despre semnele sugestive de TB;
 4. Organizarea măsurilor de instruire profesională a medicilor infecționiști în diagnosticul TB la persoanele infectate cu HIV;
 5. Colaborarea cu serviciul ftiziopneumologic în vederea tratamentului pacienților cu co-infecția TB/HIV, inclusiv modificarea schemei de tratament antiretroviral în legătură cu tratamentul TB;
 6. Indicarea tratamentului antiretroviral (inițierea sau reinițierea) tuturor persoanelor cu TB/HIV, indiferent de nivelul CD4, nu mai tâziu de 7-14 zile de la inițierea tratamentului TB (în caz de meningită, nu mai devreme de 4 săptămâni);
 7. Organizarea măsurilor de control a infecției TB în locațiile de aflare a persoanelor care trăiesc cu HIV;
 8. Asigurarea persoanelor care trăiesc cu HIV cu tratament preventiv a TB;
 9. Redirecționarea persoanelor care trăiesc cu HIV/TB către programele de suport psihosocial pentru aderență la tratament.

Tuberculoza și diabetul zaharat

Rolul și atribuțiile AMP în activitățile de control a comorbidității TB și diabet zaharat:

1. Stabilirea mecanismelor de coordonare cu AMSA (endocrinologică și ftiziopneumologică) la nivel local;
2. Instaurarea sistemului de referire și direcționare promptă la medicul ftiziopneumolog pentru persoanele cu diabet zaharat suspecte la TB pentru evaluare în conformitate cu protocoalele clinice naționale;
3. Examinarea medicală la TB a persoanelor cu diabet zaharat la momentul diagnosticării lor cu diabet zaharat și, ulterior, în timpul controalelor regulate în corespundere cu cerințele de examinare a grupurilor cu risc și vigilență sporită la TB;
4. Intensificarea depistării TB prin realizarea screening-ului clinic de 2 ori pe ani în rândul persoanelor cu diabet zaharat aflați în supraveghere medicală;
5. Examinarea prin radiografia pulmonară standard (digitală sau convențională) 1 dată pe an.
6. Informarea și educarea populației despre interacțiunile dintre diabetul zaharat și TB, inclusiv factori de risc comuni pentru creșterea adresabilității;
7. Implementarea programelor educative pentru persoanele cu comorbiditatea TB și diabet zaharat;
8. Elaborarea și implementarea planului de control a infecției, cu măsuri de control administrative și de mediu în sediile de oferire a asistenței medicale;
9. Asigurarea unui tratament și management TB de calitate la persoanele cu diabet zaharat în conformitate cu prevederile naționale de tratament al TB.

Rolul și atribuțiile serviciului ftiziopneumologic în activitățile de control a comorbidității TB și diabet zaharat:

1. Instaurarea sistemului de referire și direcționare promptă la medicul endocrinolog pentru pacienții suspecți de diabet zaharat pentru evaluare în conformitate cu protocoalele clinice naționale;
2. Referirea la consultația medicului endocrinolog a persoanelor cu diabet zaharat confirmat la stabilirea diagnosticului de TB în scopul corelării schemei de tratament a comorbidității;
3. Efectuarea monitorizării prevalenței diabetului zaharat la pacienții cu TB;
4. Efectuarea monitorizării și evaluării activităților de colaborare în domeniul diabetului zaharat și TB;

5. Efectuarea screening-ului pentru diabet zaharat la pacienții cu TB la începutul tratamentului antituberculos;
6. Asigurarea unui management de calitate a diabetului zaharat în rândul pacienților cu TB;
7. Informarea și educarea persoanelor cu cazuri confirmate ori posibil cu TB și diabet zaharat despre interacțiunile dintre diabetul zaharat și TB, inclusiv factori de risc comuni;
8. Informarea și educarea personalului medical privind interacțiunea dintre diabetul zaharat și TB, inclusiv factori de risc comuni și managementul de caz;
9. Elaborarea și implementarea programelor educative pentru persoanele cu comorbiditatea TB și diabet zaharat, inclusiv materiale informaționale.

Tuberculoza în rândul persoanelor adulte fără adăpost

Există un număr estimativ de 5.000 de persoane fără adăpost în Republica Moldova, majoritatea fiind dislocați în mun. Chișinău. Persoane adulte fără loc de trai (PAFA) apar în orașele mari ca rezultat al deficitului de locuințe la preț accesibil, datorită bolilor mentale și fizice, abuzului de alcool sau educației de joasă calitate. PAFA sunt expuse riscului sporit de îmbolnăvire cu TB, au rate de abandon înalte și rezultate a tratamentului mai joase decât în populațiile generale. Majoritatea cazurilor de îmbolnăviri TB în rândul populațiilor urbane fără loc de trai pot fi atribuite transmiterii infecției în adăposturile improvizate. Aderența joasă la tratament rezultă în eficiență redusă a tratamentului preventiv TB, rate înalte de abandon, rezultate nesatisfăcătoare ale tratamentului, malnutriție sau maladii concomitente, inclusiv HIV mortalitate înaltă. . Recomandările internaționale cu referire la controlul TB în rândul PAFA prevăd sporirea depistării TB, screening-ul obligatoriu la TB în adăposturile temporare și improvizate, referirea la servicii sociale și motivarea materială pentru creșterea aderenței în cazul screening-ului și tratamentului TB.

Rolul și atribuțiile AMP în activitățile de răspuns la TB în rândul persoanelor adulte fără adăpost:

1. Elaborarea și implementarea Planului de control a TB în rândul PAFA din aria de deservire;
2. Includerea PAFA în lista grupului de risc (inclusiv din locațiile de plasare temporară sau vizitare frecventă);
3. Realizarea anuală în parteneriat cu administrația publică locală, serviciul ftiziopneumologic, serviciul sănătate publică și ONG a programelor de screening TB la PAFA în locațiile de aflare temporară;
4. Examinarea, depistarea, evaluarea, precum și raportarea datelor către serviciul ftiziopneumologic privind PAFA cu simptome de TB. Persoana cu TB fără locuință va fi arondată instituției medico-sanitare la care aparține zona în care acesta declară că își duce existența;
5. Realizarea screening-ului și tratamentului preventiv TB pentru PAFA care au, sau sunt suspectate de a avea, virusul imunodeficienței umane (HIV);
6. Realizarea screening-ului și tratamentului adecvat a persoanelor expuse contactului la un caz infecțios de TB (examinarea tuturor locuitorilor adăpostului improvizat);
7. Elaborarea și implementarea programelor de aderență la tratamentul specific grupului dat, inclusiv modalitatea de supraveghere a tratamentului observat;
8. Elaborarea și implementarea algoritmului de intervenții în caz de pierdere din supraveghere a PAFA cu caz probabil ori confirmat de TB;
9. Dezvoltarea parteneriatelor cu serviciul asistență socială și ONG în vederea implementării modelului de îngrijire axat pe nevoile persoanei pentru creșterea aderenței la screening și tratament.

Rolul și atribuțiile serviciului ftiziopneumologic în activitățile de răspuns la TB în rândul PAFA:

1. Efectuarea monitorizării și evaluării activităților de răspuns la TB în rândul PAFA;
2. Instruirea personalului medical în realizarea activităților de răspuns la TB în rândul persoanelor fără adăpost;

3. Elaborarea și diseminarea materialelor educative specifice grupului cu includerea informației generale despre semnele TB, modul de răspândire, metodele de tratament și de prevenire; informații privind instituțiile medicale unde se pot adresa pentru diagnosticul și tratamentul TB;
4. Elaborarea și diseminarea materialelor educative privind TB pentru angajații Centrelor de plasament și asistenții sociali;
5. Organizarea tratamentului antituberculos persoanelor fără adăpost, inclusiv continuitatea în condiții de ambulator.

Tuberculoza la persoanele care consumă droguri injectabile și alte substanțe psihoactive

Consumul de droguri, de alcool și de substanțe psihoactive noi reprezintă o provocare pentru populația RM și necesită o abordare individualizată în vederea răspunsului la TB în aceste grupuri de populație. Persoanele care consumă droguri injectabile (PCDI) se regăsesc printre cele mai vulnerabile și mai excluse din societate și astfel, sunt expuse mai multor factori de risc TB. Deși riscul cel mai ridicat de TB constatat în PCDI este, de obicei, rezultatul unei infecții cu HIV, PCDI sunt predispuși mai des la detenție, trai în spații aglomerate sau în locuințe cu ventilație slabă, lipsa unei locuințe, alimentație inadecvată și sunt asociați cu dependența de alcool. Toți acești factori complică diagnosticul și tratamentul TB în rândul CDI, datorate nevoilor complexe și accesului limitat la serviciile medicale. Prevenirea, diagnosticarea și tratamentul tuberculozei, infecției cu HIV și hepatitelor virale sunt elemente cheie ale pachetului comprehensiv de măsuri de reducere a riscurilor pentru PCDI.

Rolul și atribuțiile AMP și AMSA în răspunsul la TB la PCDI:

1. Realizarea de comun cu centrele de sănătate publică a programelor de screening la TB în rândul PCDI;
2. Dezvoltarea parteneriatelor cu organizațiile neguvernamentale în implementarea programelor de screening a PCDI (identificare, referire și informare) și de reducere a riscurilor;
3. Referirea la consultația medicului narcolog pentru persoanele cu TB probabilă sau confirmată în vederea stabilirii dependenței (de alcool, opioide și alte substanțe psihoactive) și inițierea tratamentului, după caz;
4. Aplicarea metodelor rapide de diagnostic a TB la PCDI cu semne sugestive la TB conform Protocolului Clinic Național;
5. Oferirea serviciului de testare voluntară la HIV tuturor PCDI cu semne sugestive la TB, inclusiv prin metode rapide și în parteneriat cu ONG;
6. Referirea la consultația medicului infecționist pentru persoanele cu TB probabilă sau confirmată pentru cazurile suspecte sau confirmate de infecție HIV în vederea inițierii tratamentului antiretroviral, după caz;
7. Dezvoltarea și aprobarea programelor specifice de aderență la tratament pentru PCDI, inclusiv integrate prin oferirea tratamentului:
 - a) farmacologic cu opioide în cabinetul de tratament TB;
 - b) antituberculos în cabinetele de farmacoterapie a serviciului narcologic;
 - c) antituberculos în locațiile de tratament a HIV/SIDA și hepatitelor virale.
8. Realizarea programelor de prevenire HIV pentru PCDI cu TB de comun cu ONG-urile din domeniu și partenerii guvernamentali:
 - a) schimb de ace și seringi;
 - b) testare voluntară la HIV;
 - c) tratament antiretroviral al infecției HIV;
 - d) terapie farmacologică cu opioide (metadonă, buprenorfină);
 - e) prevenirea și tratamentul ITS;

- f) asigurarea cu prezervative a PCDI și partenerilor săi;
- g) informare și educare;
- h) prevenire, diagnostic și tratament TB.
- i) prevenire, diagnostic și tratament al hepatitelor virale.

Tuberculoza la migranți interni și externi

Rolul și atribuțiile AMP în răspunsul la TB printre migranți:

1. Includerea în supraveghere medicală a grupurilor de risc și vigilență sporită în rândul migranților interni și externi și realizarea examinărilor profilactice la vizita centrului medical/la revenire;
2. Realizarea examinărilor medicale la TB la revenire;
3. Elaborarea și implementarea campaniilor de educare pentru sănătate, inclusiv prin utilizarea tehnologiilor informaționale a migranților și membrilor familiilor, inclusiv promovarea adresării la medic în termeni utili în vederea realizării examenelor planificate atât în rândul migranților cât și în populația generală;
4. Implementarea unui sistem activ de evidență și monitorizare a migranților și familiilor lor, inclusiv în colaborare cu APL și ONG.

Profilaxia

Activități	Serviciul FP	AMP	SSP	ONG	CC
Vaccinarea BCG		+	+		
Supravegherea persoanelor care necesită vigilență sporită privind tuberculoza și la necesitate examinarea lor		+		+	+
Supravegherea persoanelor cu risc sporit de îmbolnăvire de tuberculoză și examinarea lor		+		+	+
Inițierea anchetei epidemiologice			+		
Efectuarea anchetei epidemiologice	+	+	+		
Identificarea tuturor contactilor cu direcționarea acestora pentru investigare în vederea excluderii TB	+	!	!	!	!
Supravegherea contactilor cu bolnavul de TB	+	+	+	+	+
Lucrul în focarele de tuberculoză	+	+	+	+	+
Acoperirea cu servicii a păturilor vulnerabile în colaborare cu rețeaua lucrătorilor sociali		+		+	+
Asigurarea controlului infecției TB	+	+	+	+	+
Activități de informare a populației despre tuberculoză cu implicarea comunității și autorităților publice locale	+	+	+	+	+
Promovarea alimentației raționale și a modului sănătos de viață, recomandări privind ameliorarea condițiilor de trai și de muncă, beneficiile vaccinării BCG	+	+	+	+	+
Măsurile de prevenire a TB cu implicarea membrilor societății (membrii familiei, vecini, reprezentanții cultelor religioase, lucrătorii sociali și ai primăriilor, ONG locale etc.)	+	+	+	+	+
Tratamentul maladiilor cronice		+			
Terapia preventivă TB	+	+		+	+
Asigurarea suportului logistic instituțiilor implicate în realizarea activităților de răspuns la tuberculoză	+	+	+	+	+
Consolidarea capacităților resurselor umane implicate în răspunsul la TB	!	!	+	+	+
Ajustarea cadrului normativ în controlul tuberculozei	+	+	+	+	+
Informare, referire și însoțire la servicii medicale și sociale specializate	+	+		+	+
Elaborarea materialelor informative despre rolul modului sănătos de viață și a igienei personale în	+	+	+	+	+

prevenirea TB					
Realizarea activităților de educare a pacienților cu TB privind "Carta pacientului TB"	+	+	+	+	+
Creșterea disponibilității materialelor necesare pentru prevenirea TB și a motivației să se informeze pentru a reduce riscul de infectare					
Consilierea privind reducerea consumului abuziv de alcool, consumului de tutun și droguri	+	+	+	+	+
Creșterea accesului la servicii sociale și medicale cu scopul reducerii vulnerabilității medico-sociale	+	+	+	+	+

Depistarea TB

Activități	Serviciul FP	AMP	SSP	ONG	CC
Formarea grupurilor de persoane care necesită vigilență sporită privind tuberculoza		+		+	+
Evaluarea clinică anuală privind prezența simptomelor sugestive pentru tuberculoză a persoanele care necesită vigilență sporită privind tuberculoza		+		+	+
Formarea grupurilor cu risc sporit de îmbolnăvire de tuberculoză		+		+	+
Examinarea persoanelor din grupurile cu risc sporit de îmbolnăvire de tuberculoză		+		+	+
Formarea și examinarea activă a contingentelor periclitante și anume efectuarea radiografiei pulmonare standard digitală sau convențională		+	+		
Efectuarea IDR la copiii din grupurile cu risc sporit de îmbolnăvire și grupurile cu vigilență sporită privind tuberculoză		+			

Asigurarea diagnosticului diferențiat pentru tuberculoză în rândul persoanelor cu simptome caracteristice tuberculozei	+	+			
Efectuarea examenului radiologic OCT și/sau altor organe și sisteme	+	+			
Referirea pentru consultație la medicul specialist FP		+		+	+
Identificarea persoanelor simptomatice în momentul adresării la lucrătorul medical		+			
Depistarea persoanelor suspecte la TB din rândul simptomatizilor	+	+		+	+
Examinarea paraclinică	+	+			
Consilierea și testarea la markerii HIV, inclusiv prin metode rapide	+			+	
Examenul materialului biologic la MBT	+				
Organizarea screening-ului la tuberculoză în rândul persoanelor cu diabet zaharat		+			
Organizarea screening-ului la tuberculoză în rândul consumatorilor de alcool aflați în evidență medicală		+		+	+
Organizarea screening-ului la tuberculoză în rândul consumatorilor de droguri aflați în evidență medicală		+		+	+
Asigurarea accesului la Programele de reducere a riscului asociat consumului de droguri pentru pacienții cu TB aflați în staționările de ftiziopneumologie în colaborare cu ONG-urile	+	+		+	+
Intervenții comunitare în grupurile cu risc sporit și vigilență pentru tuberculoză și alte determinante sociale (CDI, persoane fără adăpost, PTH, copii și tineri ai străzii, migranți etc.)	+	+		+	+
Intervenții comunitare în controlul TB prin aplicarea modelului centrat pe pacient	+	+		+	+
Intervenții comunitare în asigurarea suportului pentru pacienții cu tuberculoză din penitenciare și ex-deținuți	+	+		+	+
Sensibilizarea tuturor membrilor societății (membrii familiei, vecinii, asistenții sociali, colaboratorii din primărie, etc.) în colaborarea cu medicii de familie, ftiziopneumologi în măsuri de depistare a TB	+	+	+	+	+
Asistența pacienților în perfectarea actelor de identitate				+	+
Identificarea tuturor contactilor și referirea lor la examinare medicală	+	+	+	+	+
Identificarea suspectilor la tuberculoză din		+	+	+	+

rândul „simptomaticilor” și îndreptarea lor către serviciul ftizio pneumologic					
Colectarea și transportarea sputei	+	+		+	+
Referirea către alți specialiști, servicii psihosociale și juridice	+	+		+	+

Tratamentul TB

Activități	Serviciul FP	AMP	SSP	ONG	CC
Asigurarea neîntreruptă cu medicamente	+	+			
Monitorizarea schemei și regimului de tratament indicat de către FP	+	+			+
Efectuarea tratamentului antituberculos strict supravegheat	+				+
Monitorizarea tratamentului antituberculos	+	+		+	+
Administrarea propriu-zisă a preparatelor antituberculoase sub observare directă, cu respectarea strictă a indicațiilor FP-ului (DOT/VST)	+	+		+	+
Completarea formularului TB01 cu indicarea zilnică a medicamentelor administrate	+	+			+
Depistarea, monitorizarea reacțiilor adverse	+	+		+	+
Raportarea reacțiilor adverse către secția de "Autorizare medicamente, evaluare clinică și farmacovigilență" AMDM și FP-ului	+	+			+
Depistarea și raportarea FP-ului a cazurilor de întrerupere a tratamentului și consilierea pacientului în vederea reînțoarcerii imediate în tratament		+		+	+
Consolidarea capacităților pentru realizarea unui control eficient al co-infecției TB/HIV	+	+		+	+
Îndeplinirea la timp a documentației medicale aferente cazului de TB	+	+	+		+
Efectuarea tratamentului patogenetic și simptomatic	+	+			+
Excluderea sau reducerea intensității factorilor de risc	+	+	+	+	+
Consilierea și instruirea pacientului TB prin programe educaționale	+	+	+	+	+
Asistarea, inclusiv și cu transport, a persoanelor din păturile vulnerabile în vederea administrării tratamentului tuberculos direct observat, pentru control radiologic și investigații microbiologice în centrele raionale		+		+	+
Consilierea pacienților cu abandon în scopul	+	+	+	+	+

reîntoarcerii în tratament					
Organizarea de seminare informative despre necesitatea tratamentului în regim direct observat, aprecierea reacțiilor adverse pentru asigurarea aderenței la tratament și profilaxia abandonului	+	+		+	+
Acordarea asistenței psihologice pacienților labili emoțional	+	+		+	+
Monitorizarea respectării condițiilor de efectuare a tratamentului antituberculos strict supravegheat	+	+		+	+
Intervenții comunitare în asigurarea suportului pentru pacienții cu tuberculoză (ex-deținuții) prin acompaniere în asigurarea continuității tratamentului		+		+	+
Acordarea serviciilor medicale la domiciliu de către personalul medical		+			+
Completarea anchetei sociale pentru identificarea necesităților și evaluarea riscului de abandon				+	+

ORGANIZAREA TRATAMENTULUI ANTITUBERCULOS STRICT SUPRAVEGHEAT Forme organizaționale de tratament a tuberculozei

Tratamentul pacientului, ca regulă, se efectuează la diferite nivele și forme organizaționale:

- 1) Tratament în condiții de staționar ftiziopneumologic;
- 2) Tratament ambulator sub supravegherea serviciului ftiziopneumologic sau rețeaua AMP;
- 3) Tratament la domiciliu cu implicarea personalului medical al instituțiilor medicale, al ONG-urilor acreditate în domeniu sau virtual observat cu utilizarea tehnologilor informaționale.

În oricare modalitate, supravegherea medicală se efectuează de medicii ftiziopneumologi de la locul de trai a pacientului. Combinarea măsurilor de organizare a tratamentului sunt determinate de medicul ftiziopneumolog pentru fiecare bolnav individual în dependență de următorii factori: gravitatea și extinderea procesului, prezența sau absența eliminării de bacili, condițiile socio-habituale, faza de tratament, dinamica clinico-radiologică și preferințele personale ale pacientului. Spitalizarea nu este obligatorie.

Tratament ambulator sub supravegherea serviciului ftiziopneumologic sau rețeaua AMP

Majoritatea pacienților urmează faza intensivă a tratamentului direct observat în instituțiile specializate (ftiziopneumologice). După prescrierea și urmarea corectă a tratamentului în faza intensivă în staționar, majoritatea pacienților încetează a fi contagioși și se externează pentru continuarea tratamentului în condiții de ambulator.

Tratamentul ambulator poate fi administrat în instituțiile medicale ftiziopneumologice și în instituțiile medicale ale rețelei AMP. Pacienții în faza intensivă a tratamentului și cei externați din staționare, se tratează în condiții de ambulator și vizitează zilnic instituția medicală de la locul de trai, unde primesc medicamentele în prezența personalului medical.

Rolul sistemului de sănătate:

1. Realizarea educației și consilierii în domeniul sănătății privind boala și aderența la tratament a pacienților care primesc tratament TB;
2. Oferirea unui pachet de intervenții pentru aderență la tratament pacienților care primesc tratament TB, împreună cu selectarea unei opțiuni de administrare a tratamentului;
3. Oferirea unei sau mai multor dintre următoarele intervenții de aderență la tratament (complementare și care nu se exclud reciproc) pacienților care primesc tratament sau furnizorilor de servicii medicale:
 - 1) urmărirea sau monitorizarea digitală a medicamentelor;
 - 2) suport material pentru pacient;
 - 3) suport psihologic pentru pacient;
 - 4) educația personalului;
4. Oferirea opțiunilor de tratament pacienților care urmează tratamentul antituberculos:
 - 1) se recomandă tratamentul direct observat (DOT) în comunitate sau la domiciliu în raport cu DOT în instituțiile medicale sau tratament nesupravegheat;
 - 2) DOT administrat de furnizori instruiți sau de asistenți medicali este recomandat în raport cu DOT administrat de membrii familiei sau tratament nesupravegheat;
 - 3) Tratamentul videoasistat (VST) poate înlocui DOT atunci când tehnologia de comunicare video este disponibilă și poate fi organizată și operată în mod corespunzător de furnizorii de servicii medicale și de pacienți.

Tratamentul direct observat al tuberculozei (DOT)

Cabinetul pentru tratamentul direct observat al TB (DOT) este complementar cabinetului ftiziopneumologic și se organizează ca unitate funcțională în componența instituției medicale cu scopul prevenirii abandonului tratamentului pacienților cu TB prin apropierea locului tratamentului de domiciliul pacientului. Medicul ftiziopneumolog raional eliberează medicamente antituberculoase în Cabinetul DOT în cantitate pentru o perioadă maximală de 8 săptămâni. Faptul transmiterii medicamentelor se notifică în documentația medicală a pacientului și se confirmă prin semnătura ftiziopneumologului și a personalului medical din AMP responsabil de cabinetul DOT.

Tratamentul strict supravegheat poate fi efectuat de către medicii ftiziopneumologi, dar administrarea propriu zisă a preparatelor poate fi efectuată de asistenta medicală sau personalul medical al ONG-ului, medicul de familie și personalul medical mediu din rețeaua AMP în responsabilitatea cărora se află pacienții, care urmează tratament direct observat (după caz).

Locurile unde poate fi organizat DOT:

- a) staționar;
- b) cabinetul DOT, cabinetul medicului;
- a) locații de derulare a programelor de tratament pentru consumul de droguri sau alcool;
- b) domiciliul;
- c) locul de muncă;
- d) școala;
- e) sediul organizațiilor bazate pe comunitate;
- f) locații convenabile atât pentru pacient cât și pentru personalul responsabil de DOT;
- g) combinație de locații de comun acord.

Organizarea tratamentului direct observat (DOT) prin intermediul tehnologiilor informaționale are ca scop creșterea complianței la tratament al pacienților cu tuberculoză. Tratamentul videoasistat al tuberculozei (VST) reprezintă o modalitate a DOT care permite personalului medical supravegherea la distanță a administrării tratamentului de către pacient la distanță. Tratamentul VST facilitează interacțiunea dintre pacient și personalul medical, însă nu înlocuiește contactul direct dintre aceștia.

Atribuțiile personalului responsabil de DOT/VST

Atribuțiile personalului responsabil de DOT/VST pot să difere în funcție de nivelul de educație, de calificarea fiecărui lucrător și de necesitățile jurisdicției. Sub conducerea ftiziopneumologului, responsabilitățile de bază ale personalului responsabil de DOT/VST sunt să urmeze Protocoalele Clinice Naționale pentru a asigura siguranța, exactitatea și completitudinea tratamentului.

Atribuțiile personalului responsabil de DOT includ:

1. Asigurarea timpului și locului care răspundă atât nevoilor pacientului cât și personalului responsabil de DOT;
2. Asigura accesul pacienților cu tuberculoză la tratament VST;
3. Asigura confidențialitatea și protecția datelor cu caracter personal conform prevederile actelor normative;
4. Asistarea pacientului la terminarea regimului de tratament;
5. Asistarea pacientului în obținerea și completarea testelor de laborator, examenului radiologic, transport și referirea la resursele necesare, cum ar fi asistența medicală suplimentară, servicii financiare, servicii sociale;
6. Furnizarea medicamentelor prescrise pacientului;
7. Supravegherea pacientului pentru a se că pastilele sunt luate de către pacient în ziua indicată;
8. Observarea posibilelor semne de neaderență (medicamentele nu sunt înghițite);

9. Solicitarea de la pacient a informației despre simptomele reacțiilor adverse la medicament;
10. Raportarea potențialelor reacții adverse fiziopneumologului și/sau medicului de familie;
11. Documentarea medicamentelor care au fost luate și alte constatări relevante pentru a completa documentația adecvată pentru serviciile/observațiile care au avut loc;
12. Consolidarea mesajelor de consiliere și educație furnizate de fiziopneumolog în timpul tuturor întâlnirilor;
13. Participarea la evaluarea și distribuirea stimulentei și facilitatea DOT.

Personalul responsabil de DOT/VST supraveghează pacientul în administrarea individuală a medicamentelor antituberculoase.

Pentru cazurile pediatrice, personalul responsabil de DOT va supraveghea părinții sau tutorile care administrează medicamentele antituberculoase copilului și va asigura că copilul primește medicamentele conform instrucțiunilor asistenței medicale.

INTERVENȚII PENTRU SCHIMBAREA COMPORTAMENTELOR

Ministerul Sănătății în colaborare cu IMSP IFP “Chiril Draganiuc” și Centrele de Sănătate Publică coordonează activitățile de informare, educare și – omunicare (IEC), elaborate pe baza experienței naționale; eficiența acestora poate spori dacă alături de organele de decizie guvernamentale sunt implicate, în vederea adoptării unor comportamente favorabile sănătății și ONG-urile, foștii pacienți, reprezentanții comunității, întreprinzătorii particulari. La nivelul raioanelor și municipiilor această responsabilitate îi revine Coordonatorilor teritoriali ai PNRT care vor acționa cu Consiliile raionale de sănătate publică și Centrele de Sănătate Publică locale.

Materiale IEC care vor fi utilizate vor fi în concordanță cu imperativele actuale și vor fi disponibile pe site-urile MS, IMSP IFP “Chiril Draganiuc” și a Centrelor de Sănătate Publică, urmând a fi publicate și difuzate gratuit în funcție de necesități. Acestea pot include: “Ghidul Pacientului TB pentru copii” și “Ghidul Pacientului TB pentru adulți”, pliante, broșuri, postere etc. Se va avea în vedere elaborarea unor materiale IEC specifice pentru grupurile vulnerabile (persoane fără adăpost, deținuți, consumatori de droguri, etc.)

Instrumentele de comunicare digitală și tehnologiile de eLearning pot fi un mijloc puternic de informare și educare a populației generale și a persoanelor cu TB cu privire la boala lor, precum și a rolurilor și responsabilităților diferiților actori în prevenirea, tratarea și vindecarea TB.

Ziua mondială de luptă împotriva TB

În fiecare an, la data de 24 Martie se va marca Ziua Mondială de luptă împotriva TB, urmând tematica propusă de Organizația Mondială a Sănătății. Minimal se va organiza o conferință de presă la nivel central și teritorial pentru prezentarea situației curente a endemiei TB și pentru obținerea sprijinului comunității în vederea rezolvării dificultăților întâmpinate. În funcție de bugetul disponibil se pot organiza și alte activități (concursuri, distribuire pliante, broșuri etc.).

Intervenția prin mass-media

Există cel puțin trei aspecte generale care trebuie luate în considerare în ceea ce privește rolul mass media în controlul TB:

- 1) suport serviciilor de sănătate pentru informarea și educarea persoanelor despre tuberculoză;
- 2) drept mijloace de comunicare socială pentru persoanele cu tuberculoză.

Toate acestea pot aduce mari oportunități pentru implementarea cu succes a Strategiei END TB. Se vor populariza/publica materiale educative referitoare la TB în ziare, reviste; se vor prezenta la radio emisiuni cu aceeași temă, se va introduce și extinde transmiterea pe mai multe canale de televiziune a unor filme de scurt metraj sau spoturi publicitare având ca mesaje depistarea și tratamentul corect al TB.

Tot prin intermediul mass-media trebuie schimbată atitudinea reticentă a colectivității față de pacienții cu TB. Mobilizarea comunității prin mass-media are ca scop sprijinirea pacienților prin suport psihologic, prin acte de caritate, evitarea stigmatizării și marginalizării sociale creând șansa reală pentru obținerea unei compliance depline. Se va avea în vedere organizarea unor acțiuni specifice pentru grupurile vulnerabile (romi, persoane fără adăpost, deținuți etc.)

Mass-media va promova campaniile inițiate în vederea conștientizării și responsabilizării factorilor de decizie pentru limitarea transmiterii TB.

Cu sprijinul Centrelor de Sănătate Publică raionale se vor multiplica afișele, posterele, calendarele, pliantele tematice deja existente și se vor concepe altele noi. Site-urile web instituționale vor fi întreținute, periodic fiind adăugate informații utile pentru pacienți și familiile acestora.

Aderența la tratament

Aderența la tratament înseamnă că un pacient urmează cu strictețe terapia recomandată, luând toate medicamentele prescrise pe întreaga durată a acesteia. Aderența este importantă, deoarece TB este aproape întotdeauna curabilă dacă pacientul urmează tratamentul. Non-aderența reprezintă refuzul sau incapacitatea pacientului de a lua medicamentele prescrise conform instrucțiunilor. Acest comportament reprezintă cea mai mare problemă în răspunsul la TB și poate avea consecințe grave. Un pacient non-aderent la tratament poate: avea o durată mai lungă sau o evoluție mai severă a bolii; transmite TB; dezvolta și transmite o TB MDR; deceda ca urmare a întreruperii tratamentului.

Pacienții și personalul medical sunt în egală măsură responsabili pentru asigurarea aderenței la tratament. Decizia pacientului și a familiei de a administra sau nu medicamentele depinde în foarte mare măsură de ajutorul pe care-l primesc din partea personalului medical atunci când îl solicită. Educația pacientului este vitală.

Rolul rețelei medicale în diminuarea non-aderenței la tratamentul anti TB

Personalul medical, medicii, asistenții medicali din rețeaua de ftiziopneumologie, medicii de familie, asistenții medicali ai medicilor de familie, asistenții medicali comunitari trebuie să-și rezerve timp pentru a explica, în mod repetat, în limbaj simplu, câte medicamente și când trebuie luate și să se asigure că explicațiile au fost înțelese. Dialogul, participarea pacientului la discuții reprezintă elemente cheie ale comunicării interpersonale. Această activitate trebuie desfășurată atât în cursul spitalizării cât și în faza de continuare a tratamentului în ambulatoriu.

Aceleași mesaje pot fi transmise, atât în spitale cât și în ambulatorii, prin intermediul unor sisteme de radioficare cu circuit intern.

Un loc important în evaluarea gradului și cauzelor de non-complianță revine **psihologilor**, a căror intervenție – consult și sfat psihologic repetat – poate fi esențială în descoperirea riscului de non-aderență la tratament și în diminuarea acestui tip comportamental.

Intervenția serviciilor de asistență socială

Serviciile de asistență socială din cadrul administrațiilor publice locale vor fi implicate în acest tip de acțiuni IEC.

Asistenții sociali, a căror prezență în structura de supraveghere și răspuns la TB este necesară, pot interveni după efectuarea anchetelor sociale, în obținerea suportului financiar al pacientului (obținerea de ajutoare și prestații sociale, pensii de dizabilitate), în plasarea pacienților fără domiciliu în centre de plasament; scopul acestor demersuri este de a spori aderența la tratament a bolnavilor de TB. Folosirea stimulentei sub forma bonurilor valorice pentru alimente, distribuite de către asistenții sociali în colaborare cu medicii ftiziopneumologi, acordate numai pacienților care urmează tratamentul direct observat în ambulatoriu s-a dovedit a contribui semnificativ la creșterea aderenței pacienților la tratament. Utilizarea constantă, extinsă la nivel național a acestei practici este recomandabilă în vederea asigurării DOT în asistența medicală a bolnavilor.

Srijinul oferit de mediatorii sanitari poate fi important în diminuarea non-complianței pacienților la tratament.

Suportul confesional, oferit prin intermediul preoților care își desfășoară activitatea în spitale nu trebuie neglijat în prevenirea abandonului tratamentului.

ÎNGRIJIRI PALIATIVE ÎN TUBERCULOZĂ

Suferința zero este unul dintre obiectivele Strategiei END TB. Majoritatea pacienților pot fi vindecați, deși o parte semnificativă a persoanelor încă suferă și decedează fie din cauza lipsei accesului la tratament, fie din cauza tratamentului și îngrijirii inadecvate. Astfel, relevanța îngrijirilor paliative în tuberculoză este în mare parte limitată, dar nu exclusiv, la pacienții cu TB MDR și XDR, în care ratele de vindecare sunt foarte scăzute în condițiile existente de tratament.

Persoanele cu tuberculoză suferă ca urmare a bolii, a tratamentului acesteia, a costurilor asociate cu diagnosticul și tratamentul și a stigmei și discriminării ulterioare. Există o obligație etică de a aborda toate formele de suferință asociate cu TB, prin accesul adecvat la îngrijire și gestionarea reacțiilor adverse la medicamente, gestionarea stresului psihologic, prevenirea și atenuarea stigmatizării și a discriminării, accesul la mecanismele de protecție socială pentru a reduce costurile indirecte.

Administrația instituției este responsabilă de furnizarea personalului în aplicarea îngrijirilor paliative în corespundere cu prevederile actelor normative (Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1022/2015 "Cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative", Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 219/2016 cu privire la aprobarea Ghidului în îngrijiri paliative (cu particularități în TB, HIV, pediatrie).

Serviciile de îngrijiri paliative pentru persoanele cu TB pot fi prestate:

- 1) în instituțiile medico-sanitare specializate în care sunt instituite și funcționează secții/saloane de îngrijiri paliative și echipă interdisciplinară;
- 2) la domiciliu de către echipe mobile specializate;
- 3) în condiții de ambulator.

Îngrijirile paliative din cadrul instituțiilor medico-sanitare constau în acțiunea de atenuare a simptomelor bolii (dintre care, în particular, durerea pe care aceasta o provoacă), fără a o vindeca și sunt destinate îndeosebi bolnavilor aflați în faza terminală a TB. Pentru paliative în cadrul instituțiilor medico-sanitare specializate vor fi organizate saloane separate. Personalul din cadrul secției unde este amplasat salonul de îngrijiri paliative va funcționa ca o echipă interdisciplinară formată din personal competent: medic, asistent medical, infirmieră, asistent social, psiholog, cleric, dietetician în funcție de persoanele deservite.

Responsabilități generale ale personalului medical:

- a) să colaboreze cu familia pacientului admis unitatea de îngrijire;
- b) să mențină ridicat și să respecte standardele de îngrijire acordate pacientului;
- c) să fie răspunzător de calitatea îngrijirilor pe care le acordă;
- d) să petreacă cât mai mult timp posibil cu pacientul și să contribuie la crearea unui mediu familial, călduros, deschis;
- e) să comunice deschis cu pacienții, să-i trateze cu respect;
- f) să respecte și să păstreze intimitatea și demnitatea pacientului;
- g) să ofere independență pacientului atât cât este posibil;
- h) să respecte normele de protecție a muncii și de prevenire a infecțiilor nosocomiale;
- i) să fie informat în legătură cu datele despre pacient care trebuie să fie confidențiale și să adere la politica de confidențialitate;
- j) să faciliteze, la solicitare, accesul la servicii religioase

Responsabilități specifice ale medicului:

- a) să identifice și să aprecieze corect cauza durerii sau altor simptome cu prescrierea tratamentului adecvat în corespundere cu PCN și Ghidul de îngrijiri paliative;
- b) să realizeze screening-ul regulat la TB a tuturor membrilor familiei;
- c) să informeze și educe pacientul și membrii familiei în măsurile de control a infecției la domiciliu și în locuri publice;
- d) să formeze echipa multidisciplinară și gestioneze activitatea ei;
- e) să informeze și educe persoanele cu TB și familiile lor despre disponibilitatea îngrijirilor paliative;
- f) să dezvolte parteneriate cu alți actori comunitari în vederea realizării calitative a îngrijirilor paliative.

Responsabilități specifice ale asistentului medical:

- a) să participe împreună cu echipa multidisciplinară la elaborarea planului general de îngrijire a pacienților aflați în responsabilitate;
- b) să asigure satisfacerea nevoilor de bază ale pacientului;
- c) să instruiască pacientul și familia cu privire la serviciile de îngrijire paliativă și măsurile de control a infecției;
- d) să educe familia și pacientul în legătură cu evoluția posibilă a bolii și tehnicile de îngrijire care se adresează pacientului și familiei;
- e) să observe și înregistreze în foaia de observație toate simptomele și stările pacientului, să informeze membrii echipei multidisciplinare în mod sistematic despre starea pacientului și evoluția bolii;
- f) să ofere sprijin emoțional bolnavilor și familiilor acestora;
- g) să primească pacienții internați și să supravegheze în permanență starea bolnavilor;
- h) să supravegheze distribuția mesei și să asigure alimentația pasivă a pacienților care au nevoie de aceasta;
- i) să cunoască și să relaționeze cu voluntarii, vizitatorii sau noii angajați atunci când este cazul;
- j) să respecte normele de prevenire a infecțiilor nosocomiale.

ÎNREGISTRAREA ȘI DECLARAREA CAZULUI DE TUBERCULOZĂ

Înregistrarea și declararea cazului de TB

1. Medicul ftiziopneumolog teritorial sau din spital anunță luarea în evidență a cazurilor noi sau a celor de retratament prin întocmirea, în două exemplare, a fișei de declarare (formular Nr 089-1/e) și introducerea datelor acesteia în SIME TB (în decurs de 24-48 de ore de la stabilirea diagnosticului). Primul exemplar al formularului se va păstra la medicul ftiziopneumolog, iar cel de al doilea va fi expediat la IFP „Chiril Draganiuc”. La fel ftiziopneumologul, care a stabilit diagnosticul, înregistrează cazul în registrul de evidență a bolilor infecțioase, formular 060/e și în timp de 24 ore informează Centrul de Sănătate Publică teritorial prin îndeplinirea și transmiterea fișei de declarație urgentă 058/e (telefon, fax, E-mail, curier) sau înregistrarea directă a cazului în Sistemul informațional automatizat SIA SPS.
2. Concomitent, pacientul este înregistrat în Registrul teritorial de înregistrate a cazurilor de tuberculoză (forma TB 03).
3. În caz de transferare a pacientului pentru supraveghere într-o unitate din alt teritoriu administrativ se completează forma TB 09.
4. Dacă, după înregistrare, se constată că diagnosticul de TB activă a fost stabilit incorect, cazul respectiv va fi infirmat de către medicul ftiziopneumolog curant, acesta va completa partea B IV a formularului Nr 089-1/e, în prealabil coordonând infirmarea cazului cu secția consultativă a IFP „Chiril Draganiuc”.

Formularul Nr 089-1/e conține:

Partea A - Aviz despre cazul nou/retratament de tuberculoză activă depistat, se completează la înregistrarea cazului și debutul tratamentului.

Partea B - Aviz de începere a tratamentului și rezultatele acestuia, se completează de la dreapta la stânga la termenii stabiliți pe întreaga durată de tratament și la sfârșitul acestuia.

Pe întreaga durată de tratament și la sfârșitul acestuia medicul ftiziopneumolog teritorial va completa la termenii stabiliți tichetele decupabile a părții B a formularului Nr 089-1/e și va introduce datele respective în SIME TB. În cazul în care pacientul se află la tratament în staționar în perioada indicată în partea B „Aviz de începere a tratamentului și rezultatele acestuia” aceasta va fi completată de medicul ftiziopneumolog din staționar, cu introducerea datelor în SIME TB. Datele din partea B a formularului Nr 089-1/e vor fi introduse de către medicul ftiziopneumolog în SIME TB nu mai târziu de 24 de ore de la externarea pacientului din staționar sau finisarea fazelor tratamentului.

Formularul Nr 089/1e Partea B - Aviz de începere a tratamentului și rezultatele acestuia - permite:

- a) a aprecia tratamentul ca rezultat;
- b) excluderea din supraveghere (în baza ultimului tichet B IV).

Tichetele decupabile se completează lunar pe parcursul tratamentului.

La încheierea tratamentului, pentru fiecare pacient în parte, medicul ftiziopneumolog raional va înregistra rezultatul tratamentului în Registrul TB 03.

Înregistrarea și declararea cazului de TB MDR

Medicul ftiziopneumolog care a stabilit și a definit cazul TB MDR, anunță luarea în evidență a cazului prin completarea Formularului 090.

Formularul 090 (toate părțile acestuia) va fi completat și semnat în două exemplare de către medicul ftiziopneumolog cu introducerea datelor din formular în **SIME TB, modulul MDR** în decurs de 24-48 ore. Ulterior, un exemplar va fi expediat la IMSP Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc", iar exemplarul doi va rămâne la medicul ftiziopneumolog.

Partea A1 și A2 Fișa de declarare a cazului de tuberculoză multirezistentă, partea I și II

- Se completează la declararea cazului de tuberculoză multirezistentă.
- În paralel, pacientul este înregistrat în „Registru pentru înregistrarea cazurilor de tuberculoză multidrogrezistentă TB03 MDR”.

Partea A3 Fișa de inițiere a tratamentului (incluere în cohortă), tuberculoză multirezistentă.

- se completează la includerea pacientului în cohortă pentru tratamentul standardizat DOTS Plus.
- se completează de către medicul ftiziopneumolog care inițiază tratamentul standardizat DOTS Plus.
- în paralel, se înregistrează în „Registru pentru înregistrarea cazurilor de tuberculoză multidrogrezistentă TB03 MDR” data includerii a pacientul în cohorta DOTS Plus.

Partea B. Fișa de monitorizare a tratamentului cazului de tuberculoză multirezistentă inclus în cohortă:

- se va completa lunar pentru toată perioada tratamentului
-
- permite monitorizarea cazului cu TB MDR inclus în tratamentul standardizat
- permite a aprecia rezultatul tratamentului
- permite excluderea din supraveghere (în baza ultimului tichet B IV)

Partea D. Fișa de monitorizare post tratament

- se va completa cu o regularitate de 6 luni de evidență post tratament
- se vor indica rezultatele investigațiilor efectuate

Partea F. Fișa de spitalizare

- se va completa de către staționarele specializate pentru tratamentul antituberculos
- se va indica data internării și externării
- se va completa la fiecare spitalizare

Supravegherea pacientului după finalizarea tratamentului

După finisarea tratamentului pacientul care a fost evaluat ca „vindecat” sau „tratament încheiat” va fi supravegheat activ de către medicul ftiziopneumolog pe o durată de un an prin efectuarea o dată la 6 luni, sau mai frecvent la necesitate, a examenului clinic, radiologic și microscopic.

Circuitul informațional

Circuitul informațional al datelor aferente TB se va efectua în cea mai mare parte electronic, printr-un soft special destinat colectării datelor TB, iar pe anumite componente, completat cu

suportul pe hârtie (registrul de TB, registrul de laborator, fișa de tratament, fișa de solicitare a examenului bacteriologic, etc.).

Pentru înregistrarea în format electronic a datelor se va utiliza Sistemul Informațional de Monitorizare și Evaluare a Tuberculozei (SIME TB), sistem unic de raportare la nivel național și internațional prin Dispoziția MS 350-d din 28/08/2007, destinat pentru suportul activităților și inițiativelor întreprinse de Guvernul Republicii Moldova pentru combaterea TB.

Pentru a obține accesul în programul SIME TB, este necesar de a veni cu o cerință față de Coordonatorul PNRT. După examinarea cererii, se eliberează confidențial loghinul și parola pentru lucrul în SIME TB. Acces pentru introducerea datelor conform formularului completat de către medicul fiziopneumolog, are un operator din cadrul IFP și personalul medical ce activează în domeniul fiziopneumologie. Pentru ca sistemul informațional să fie operativ, toate unitățile din rețeaua de fiziopneumologie au obligația completării și transmiterii corecte, complete și în termenele stabilite a informațiilor solicitate conform formularelor standard prevăzute.

REGULAMENTUL DEPARTAMENTULUI DE COORDONARE A PNRT

Prevederi generale:

Autoritatea responsabilă de implementarea prezentului Program este Ministerul Sănătății, în comun cu Ministerul Justiției (prin Administrația Națională a Penitenciarelor), în parteneriat cu Ministerul Finanțelor, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Educației și Cercetării, Compania Națională de Asigurări în Medicină, Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale, Agenția Națională pentru Sănătate Publică, Biroul Național de Statistică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Autoritățile responsabile vor aplica întocmai prevederile prezentului Program. În procesul de implementare a prezentului Program, autoritățile responsabile vor colabora cu alte autorități ale administrației publice centrale și locale, Academia de Științe a Moldovei, organizații neguvernamentale, prestatori privați de servicii medicale, precum și cu parteneri internaționali de dezvoltare.

Prevederile prezentului Regulament sunt valabile și obligatorii pentru toate instituțiile implicate în răspunsul la tuberculoză, indiferent de statutul juridic, care vor respecta integral cadrul normativ și vor furniza date necesare evaluării activității și supravegherii epidemiologice în teritoriu.

Departamentul de coordonare a PNRT

Departamentul de coordonare a PNRT este o subdiviziune din cadrul IMSP Institutul de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc” în subordinea vicedirectorului management și strategii, care conform Regulamentului de activitate al IFP este și coordonatorul Programului Național de Răspuns la Tuberculoză.

Misiunea Departamentului de coordonare a PNRT:

1. Realizarea politicilor în domeniul coordonării și dirijării activităților de implementare, monitorizare și evaluare a realizării programului național de răspuns la tuberculoză;
2. Dezvoltarea și implementarea strategiilor în cadrul serviciului de ftiziopneumologie;
3. Generalizarea, prelucrarea și analiza informației statistice din cadrul serviciului de ftiziopneumologie.

Funcțiile Departamentului de coordonare a PNRT:

1. Elaborarea propunerilor în vederea elaborării documentelor de politici, actelor normative și legislative relevante serviciului de ftiziopneumologie;
2. Participarea la elaborarea programului național de răspuns la tuberculoză (PNRT), inclusiv a planului de acțiuni, planului de monitorizare și evaluare și planului de finanțare;
3. Acordarea suportului metodologic în elaborarea Programelor teritoriale de răspuns la tuberculoză/PTRT (inclusiv a planului de acțiuni, planului de monitorizare și evaluare și planului de finanțare);
4. Monitorizarea și evaluarea rezultatelor implementării Planului de acțiuni al PNRT cu elaborarea rapoartelor de progres în atingerea rezultatelor preconizate și impactul PNRT asupra sănătății populației; elaborarea propunerilor pentru ajustări ale obiectivelor și/sau ale rezultatelor preconizate, precum și identificarea, conform situației a acțiunilor noi;
5. Efectuarea vizitelor de monitorizare și evaluare în scopul monitorizării implementării PNRT în teritorii cu elaborarea notelor informative după caz;
6. Monitorizarea și evaluarea realizării Planurilor de acțiuni din cadrul PTRT cu elaborarea rapoartelor de progres în atingerea rezultatelor preconizate;
7. Elaborarea notelor informative privind evaluarea situației epidemiologice prin tuberculoză;

8. Asigurarea calității informațiilor incluse în baza de date națională SIME TB, inclusiv cu acordarea suportului metodologic și tehnic;
9. Colaborarea cu structurile internaționale și naționale/intersectoriale în vederea implementării strategiilor naționale și internaționale în cadrul serviciului de ftiziopneumologie;
10. Executarea în termenii solicitați a documentelor oficiale adresate spre executare Departamentului de coordonare a PNRT;
11. Coordonarea, dirijarea și acordarea suportului tehnico-metodologic la nivel național și teritorial în vederea managementului de caz a pacienților cu tuberculoză în directă concordanță cu recomandările organismelor internaționale și naționale;
12. Îndeplinirea funcției de secretariat în cadrul Comitetului de Management a cazurilor TB DR;
13. Coordonarea, dirijarea și acordarea suportului tehnico-metodologic la nivel național și teritorial în vederea managementului medicamentelor antituberculoase;
14. Dirijarea și monitorizarea activităților intersectoriale, relevante serviciului ftiziopneumologic, efectuate de către echipele multidisciplinare (asistența medicală primară, serviciul de sănătate publică, Administrația Publică Locală, organizații neguvernamentale, etc.) în răspunsul la tuberculoză la nivel național;
15. Coordonarea, dirijarea, monitorizarea și evaluarea activităților efectuate de către echipele multidisciplinare pentru suportul pacienților cu tuberculoză;
16. Organizarea și participarea în cadrul seminarelor zonale, întrunirilor, conferințelor, atelierelor de lucru, cursurilor de instruire, etc. relevante serviciului de ftiziopneumologie;
17. Participarea la ședințele organizate în domeniul tuberculozei de către Grupurile Tehnice de Lucru ale Consiliului Național de Coordonare;
18. Generalizarea, prelucrarea și analiza informației statistice din cadrul serviciului de ftiziopneumologie pentru a identifica cauzele ce au contribuit sau au împiedicat atingerea țelurilor stabilite în program.

PROCEDURI DE RAPORTARE MONITORIZAREA ȘI EVALUAREA IMPLEMENTĂRII PROGRAMULUI

1. Activitățile de monitorizare, evaluare și raportare a Programului derulează în continuu pe toată perioada de implementare. Acțiunile specificate în Planul de acțiuni, (anexa nr.2) includ atât colectarea, prelucrarea și analiza datelor de monitorizare, identificarea erorilor sau a efectelor neprevăzute, cât și eventualele rectificări de conținut și formă ale măsurilor și activităților planificate. Procedurile de monitorizare prevăd supravegherea de rutină în baza Sistemului informațional de monitorizare și evaluare a tuberculozei și cercetarea prin studii, efectuate de către instituțiile specializate și companiile sociologice.
2. Coordonarea întregului proces de monitorizare și evaluare este responsabilitatea Ministerului Sănătății, cu implicarea Ministerului Justiției și altor entități guvernamentale, în colaborare cu organizațiile neguvernamentale și partenerii internaționali. Ministerul Sănătății își exercită atribuția în cauză prin intermediul unității de coordonare a Programului.
3. În cadrul procesului de monitorizare vor fi elaborate rapoarte anuale de progres, care vor include informații despre implementarea acțiunilor prevăzute în Planul de acțiuni. Aceste rapoarte vor fi elaborate de unitatea de coordonare a Programului și prezentate Ministerului Sănătății anual, până la data de 31 martie, cu dezbateri în ședințele Consiliului național de coordonare a programelor naționale de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA, infecțiilor cu transmitere sexuală și de răspuns la tuberculoză.
4. La finele fiecărui an de implementare, Ministerul Sănătății va elabora raportul anual a Programului, conform obiectivelor stabilite în Program și îl va prezenta Guvernului în luna aprilie a fiecărui an, după aprobarea în ședința Consiliului național de coordonare a

- 4) evaluarea managementului de caz TB cu respectarea cerințelor PCN «TB la adult» și «TB la copil»;
 - 5) evaluarea managementului medicamentelor antituberculoase;
 - 6) evaluarea îndeplinirii sarcinilor în activitățile de răspuns la tuberculoză de către AMP;
 - 7) evaluarea îndeplinirii sarcinilor în activitățile de răspuns la tuberculoză de către serviciul de sănătate publică;
 - 8) evaluarea îndeplinirii sarcinilor în activitățile de răspuns la tuberculoză prin acordarea suportului tehnic și metodologic în baza rezultatelor evaluării în vederea soluționării problemelor depistate;
 - 9) îndeplinirea Agendelor de monitorizare în cadrul vizitei efectuate;
 - 10) formularea concluziilor și recomandărilor în baza evaluării activității serviciului de fiziopneumologie în teritorii.
2. Elaborarea notelor informative și rapoartelor privind vizitele de monitorizare și evaluare în teritorii cu indicarea concluziilor și recomandărilor în vederea soluționării problemelor depistate cu indicarea termenilor și persoanelor responsabile de realizate. Propuneri în elaborarea politicilor în cadrul serviciilor de fiziopneumologie.
 3. Evaluarea situației epidemiologice prin tuberculoză prin prezentarea trimestrială și la necesitate a notelor informative.
 4. Concluziile rezultate în urma vizitelor de monitorizare vor fi incluse într-un raport realizat la nivelul Departamentului de coordonare a PNRT, care va fi înaintat direcției de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății.
 5. Elaborarea rapoartelor anuale de progres în baza Indicatorilor activităților de monitorizare, evaluare și raportare a Programului, conform Anexei nr.3 la Hotărârea Guvernului nr.107 din 23 februarie 2022, inclusiv plasarea publică.

REGULAMENTUL CU PRIVIRE LA MANAGEMENTUL MEDICAMENTELOR ANTITUBERCULOASE

1. Prevederi generale:

Prezentul Regulament este elaborat în conformitate cu Politica de Stat în domeniul Medicamentului, aprobată prin hotărârea Parlamentului nr.1352 – XV din 03.10.2002, Legea cu privire la activitatea farmaceutică nr.1456 din 25.05.1992 și Legea cu privire la medicamente nr.1409 din 17.12.1997, recomandările OMS.

Tratamentul pacienților cu tuberculoză, indiferent de profilul de rezistență se efectuează în baza Protocoalelor clinice naționale (în continuare - Protocoale) și standardelor de asistență medicală, elaborate în conformitate cu recomandările OMS și aprobate de Ministerul Sănătății.

2. Principiile de asigurare cu medicamente antituberculoase a pacienților cu tuberculoză, indiferent de forma de rezistență:

Asigurarea pacienților cu medicamente antituberculoase (în continuare - medicamente) este bazată pe următoarele principii:

- 1) selectarea medicamentelor esențiale și schemelor de tratament conform Protocoalelor, aprobate de Ministerul Sănătății și celor mai recente recomandări ale OMS;
- 2) procurarea medicamentelor de înaltă calitate, eficiente, inofensive la costuri accesibile;
- 3) aprovizionarea continuă a tuturor instituțiilor medico-sanitare publice (în continuare IMSP) responsabile de eliberarea medicamentelor antituberculoase pacienților înregistrați la tratament cu medicamente antituberculoase, în cantitățile necesare conform Protocoalelor clinice naționale;
- 4) utilizarea medicamentelor în doze fixe combinate, în special pentru tratamentul tuberculozei sensibile, medicamente, care conțin 2 – 4 principii active într-o comprimată, cu o biodisponibilitate demonstrată;
- 5) tratamentul direct observat sau opțiuni alternative, aprobate de Ministerul Sănătății.

3. Mecanismul de asigurare cu medicamente antituberculoase:

Selectarea medicamentelor antituberculoase se efectuează în conformitate cu Protocoalele clinice naționale, Lista Națională a Medicamentelor Esențiale (LNME) și cele mai recente recomandări ale OMS, luând în considerație:

- 1) morbiditatea cazurilor de tuberculoză;
- 2) profilul de rezistență la medicamente;
- 3) schemele de tratament;
- 4) posibilele efecte adverse;
- 5) caracteristicile produsului farmaceutic (injectabil, formă solidă, etc.);
- 6) orientarea spre medicamente în doze fixe (2, 3, 4 – principii active);
- 7) forma farmaceutică;
- 8) concentrație;
- 9) tipul de ambalaj. Pentru asigurarea unui bun management al medicamentelor și calității acestora pe tot lanțul de aprovizionare cu medicamente, se acordă prioritate blisterului. În cazul surselor financiare limitate se recomandă procurarea medicamentelor ambalate angro doar pentru asigurarea tratamentului în condiții de spital;

- 10) numărul de unități în ambalaj;
- 11) principiile cost – eficiență, inofensivitate și calitate.

La nivel național, responsabili de selectarea medicamentelor antituberculoase pentru procurare din bugetul de Stat. sunt: Comisia de specialitate a Ministerului Sănătății, coordonatorul Programului Național de Răspuns la Tuberculoză (în continuare PNRT) și Grupul pentru Managementul Medicamentelor (în continuare GMM) din cadrul PNRT.

4. Estimarea cantității de medicamente antituberculoase:

- 1) Grupul pentru Managementul Medicamentelor din cadrul PNRT, anual, estimează necesarul de medicamente antituberculoase pentru asigurarea tratamentului tuturor pacienților din țară prognozați de a fi înrolați în tratament, procurate din bugetul de Stat, conform planului de procurări aprobat de Ministerul Sănătății, în consultare cu comisia de specialitate a Ministerului Sănătății.
- 2) În cazul când PNRT beneficiază de surse externe de finanțare, GMM este responsabil de estimarea cantităților de medicamente antituberculoase în consultare cu comisia de specialitate a Ministerului Sănătății.
- 3) GMM consolidează necesarul total de medicamente antituberculoase cu specificarea distinctă a necesităților în conformitate cu sursa de finanțare (bugetul de stat, CNAM, donații etc.).
- 4) GMM prezintă proiectul spre examinare Coordonatorului PNRT și comisiei de specialitate a Ministerului Sănătății pentru examinare și aprobare.
- 5) Cantitățile de medicamente antituberculoase sunt estimate aplicând în mod prioritar metoda morbidității, cu consultarea rezultatelor obținute cu consumul din anii precedenți. Metoda consumului, ca metodă de bază, poate fi utilizată doar în cazul implementării unui sistem funcțional și sigur de notificare și monitorizare a cazurilor și a sistemului informațional de management a medicamentelor inclusiv: numărul de zile de întrerupere a aprovizionării la nivel de fiecare IMSP și stoc central, rate de deviere a cantității de medicamente raportată ca consumată versus necesitatea estimată pentru perioada de raportare, cantitatea și valoarea medicamentelor expirate și altele.
- 6) Determinarea necesităților cantitative a medicamentelor se realizează prin utilizarea instrumentului de estimare Quant TB sau site-ul Sistemului Informatic de Monitorizare și Evaluare a Tuberculozei, acceptat în practica internațională sau alte instrumente recomandate de OMS. Se ține cont de apariția noilor versiuni ale programului. În acest scop se consultă site ul elaboratorului.
- 7) La determinarea necesităților cantitative de medicamente antituberculoase sunt considerate următoarele variabile:
 - a) perioada selectată pentru estimare;
 - b) schemele de tratament conform Protocolelor clinice naționale;
 - c) numărul de cazuri aflate în tratament la momentul estimării în conformitate cu schemele de tratament;
 - d) numărul de cazuri per schemă de tratament, estimate pentru înregistrare în tratament în perioada estimată;
 - e) durata medie de executare a unei comenzi pentru procurarea medicamentelor reprezintă perioada din momentul estimării cantității necesare pentru achiziție până la data recepționării medicamentelor în depozit. Ca referință pentru estimare se va considera experiența procurărilor la nivel național în ultimii doi ani. Conform practicilor internaționale, durata medie a unui ciclu de procurare este de 6 luni.
 - f) stocul minim și stocul maxim recomandat pentru buna funcționare a sistemului de aprovizionare constituie respectiv 6 și 9 luni;

- g) stocul de medicamente la data estimării, separat pentru fiecare lot și cu termen de valabilitate la nivel de IMSP și stocul de medicamente la nivel central, destinat tuturor IMSP din țară pentru perioada selectată, pentru aprovizionare, indiferent de sursa de finanțare;
 - h) cantitățile de medicamente pentru care este deja semnat un contract de achiziție, însă medicamentele vor fi livrate în următoarele luni, separat per fiecare denumire cu indicarea lotului și termenului de valabilitate;
 - i) rata estimată de pierdere din supraveghere/decese, la necesitate;
 - j) corelarea bugetului estimat cu bugetul disponibil și identificarea lacunelor financiare;
 - k) stocul de rezervă se formează pentru acoperirea necesităților în caz de:
 - întârziere a tranșelor de medicamente contractate;
 - creștere neprevăzută a numărului de cazuri;
 - reținerea următoarei proceduri de achiziție etc.
- 8) Pentru medicamentele prescrise în tratamentul TB sensibile se asigură un stoc de rezervă de 6 luni la nivel central și un stoc de 3 luni la nivel local, suplimentar stocului de lucru.
 - 9) În cazul medicamentelor destinate tratamentului formelor rezistente de tuberculoză se asigură cantitatea necesară pentru acoperirea duratei de tratament conform schemei de tratament prescrise și un stoc de rezervă de 3 luni.
 - 10) La estimarea bugetului necesar pentru achiziția cantităților calculate se folosesc prețurile medii pe piața farmaceutică locală sau prețurile de la procurările anterioare. În caz de lipsă a informației despre prețul unitar la medicamentul solicitat pe piața locală, GMM consultă sursele internaționale cu referire la monitorizarea prețurilor medicamentelor esențiale.
 - 11) Suma estimată pentru procurarea medicamentelor se raportează la bugetul aprobat. În caz că bugetul programat este insuficient pentru asigurarea procurării cantității estimate, recalcularea cantităților trebuie să prevadă ajustarea echilibrată a cantităților pentru a asigura tratamentul continuu, cu setul complet de medicamente.
 - 12) În procesul estimării, coordonatorul PNRT, comisia de specialitate a Ministerului Sănătății în comun cu GMM ține cont de toate sursele financiare (donații, buget republican, municipal, raional, departamental și instituțional) și cota de participare a fiecărei linii bugetare pentru acoperirea necesităților cu medicamente antituberculoase a PNRT.
 - 13) În cazul introducerii unor medicamente noi sau tehnologii de diagnostic noi, estimarea necesităților de medicamente antituberculoase se face în conformitate cu un plan de tranziție de la schemele vechi la cele noi.

5. Asigurarea calității medicamentelor antituberculoase

- 1) În procesul de selectare și determinare a listei finale de medicamente pentru procurare, GMM se conduce de Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor înregistrate. Această cerință asigură procurarea medicamentelor autorizate în Republica Moldova, procedură care implică evaluarea calității, inofensivității și eficienței medicamentelor.
- 2) În caz că medicamentele solicitate pentru tratamentul antituberculos conform protocoalelor clinice naționale și / sau recomandările OMS, nu se găsesc în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor înregistrate, aceste medicamente sunt incluse în lista medicamentelor solicitate pentru procurare, în baza prevederilor Legii cu privire la activitatea farmaceutică cu respectarea uneia din următoarele cerințe:
 - a) Medicamente neautorizate în R. Moldova sunt incluse în Lista Medicamentelor Precalificate de OMS (WHO pre-qualified medicines);

- b) Medicamente în R. Moldova sunt autorizate pentru punerea pe piață de Autoritățile Sigure de Reglementare în domeniul medicamentului, membre a ICH.
- 3) Întru asigurarea achiziționării medicamentelor de înaltă calitate, comisia de domeniu a Ministerului Sănătății de comun cu coordonatorul PNRT include în cererea de procurare a medicamentelor următoarele cerințe obligatorii către furnizori:
 - a) prezentarea certificatelor prevăzute de schema OMS de certificare (declarația privind statutul de licențiere a produsului, certificatul de produs farmaceutic, certificatul lotului tip OMS și certificatul de analiză);
 - b) deținerea certificatului GMP, eliberat conform recomandărilor EMA, OMS sau FDA (prezentarea copiei autentificate în conformitate cu prevederile actelor normative),
 - c) prezentarea datelor de biodisponibilitate confirmată de un laborator independent recunoscut de instituțiile internaționale. Această cerință este obligatorie pentru formele combinate în doze fixe cu Rifampicină;
 - d) termenul de valabilitate restant al medicamentelor procurate la data livrării către nivel central al PNRT să fie nu mai mic de 80% din termenul de valabilitate total.
- 4) IMSP creează condiții de stocare și eliberare ale medicamentelor la toate nivelurile, conform prevederilor actelor de reglementare aprobate de Ministerul Sănătății sau de Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale.
- 5) PNRT monitorizează trimestrial condițiile de recepționare, stocare, păstrare și eliberare a medicamentelor la ambele nivele: central și local.

6. Procurarea medicamentelor antituberculoase

- 1) Procurarea medicamentelor pentru tratamentul pacienților cu TB indiferent de forma de rezistență și de sursa de finanțare publică este efectuată conform prevederilor Legii privind achizițiile publice nr.131 din 03.07.2015, Hotărârii Guvernului Nr. 1128 din 10.10.2016 cu privire la Centrul pentru achiziții publice centralizate în sănătate.
- 2) Procurarea medicamentelor este efectuată prin procedurile de achiziții publice centralizate conform reglementărilor normative și/sau achiziționare prin instituții locale autorizate prin lege, de la instituțiile membre UN, agenții internaționale specializate în procurare de medicamente (Global Drug facility (GDF), mecanisme/platforme de procurare ale GFTAM, etc.) în baza centralizării cantităților estimate și formulării unei comenzi comune, în caz că sunt multe surse de finanțare.
- 3) Procurarea de medicamente este realizată în baza planului de procurare aprobat de Ministerul Sănătății sau IMSP în cazul procurării de medicamente din alte surse financiare decât bugetul de Stat. Achiziționarea de medicamente este realizată cel puțin o dată în an.
- 4) Formularea comenzilor suplimentare la necesitate sau de urgență este efectuată pentru a menține furnizarea neîntreruptă de medicamente către pacienții de tuberculoză. Pentru a reduce situațiile critice în aprovizionarea cu medicamente și a reduce resursele legate de comenzile de urgență sau suplimentare, GMM cu coordonatorul PNRT monitorizează permanent stocul de medicamente cu termenii de valabilitate și consumul de medicamente prin utilizarea sistemului de avertizare timpurie, încorporat în Quan TB (early warning system).
- 5) Achiziționarea și furnizarea de medicamente este programată și realizată în așa mod ca să excludă crearea situațiilor critice cum ar fi:
 - a) lipsa medicamentelor la nivel central și local;
 - b) cantități cu termen de valabilitate redus sau expirat;
 - c) stocuri în cantități care depășesc necesitățile estimate și capacitatea de absorbție în limita termenului de valabilitate etc.

7. Stocarea și distribuirea medicamentelor antituberculoase de linia I și II

- 1) Importul de medicamente este efectuat de agentul economic contractat de agenția/organizația contractantă, în baza rezultatelor licitației.
- 2) Coordonatorul PNRT, de comun cu GMM, monitorizează derularea procedurii de recepționare a medicamentelor.
- 3) În funcție de sursa de finanțare, agentul economic contractat furnizează medicamente beneficiarilor. Medicamentele procurate din bugetul republican și donații sunt stocate, păstrate și distribuite ulterior de Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, conform planului de distribuire al Ministerului Sănătății.
- 4) Medicamentele sunt stocate în conformitate cu regulile de păstrare, prevăzute de ordinul Ministerului Sănătății nr. 28/2006 „Cu privire la păstrarea medicamentelor, produselor parafarmaceutice și articolelor cu destinație medicală și în funcție de sursa de aprovizionare (procurate centralizat, donație/asistență tehnică, procurate din sursele IMSP sau bugete locale)”, pentru a asigura o raportare corectă către Ministerul Sănătății, donatori și alți parteneri.
- 5) Pentru asigurarea unui bun management al medicamentelor, loturile se stochează conform principiului: prim expirat – prim utilizat (FIFO – first expiry – first out).
- 6) În cazul expirării termenului de valabilitate al medicamentelor, aceste cantități sunt stocate separat de medicamentele cu termen valabil. Gestionarea stocului de medicamente expirate se face conform prevederilor ordinului MS nr. 9/2006 „Cu privire la nimicirea inofensivă a medicamentelor cu termen de valabilitate expirat, contrafăcute, cu deficiențe de calitate sau fără documente de origine (însoțire)”.
- 7) Distribuția medicamentelor antituberculoase pentru tratamentul tuberculozei sensibile se efectuează conform sistemului „push”-nivelul central estimează cantitatea pentru distribuire. Medicamentele antituberculoase pentru tratamentul formelor rezistente de TB sunt distribuite conform sistemului „pull”- nivelul local estimează și solicită cantitatea de medicamente pentru livrare.

Particularitățile distribuirii medicamentelor antituberculoase pentru tratamentul tuberculozei sensibile:

- 1) Cantitatea de medicamente antituberculoase pentru tratamentul tuberculozei sensibile procurată din bugetul republican este recepționată și stocată centralizat în spațiile de depozitare din cadrul IFP. Cantitatea recepționată prevede un stoc de lucru și un stoc de rezervă. Stocul de rezervă la nivel central, în principiu, va fi de 6 luni suplimentar stocului de lucru comandat pentru 12 luni și la nivel local se distribuie un stoc de rezervă 3 luni.
- 2) Cantitatea de medicamente antituberculoase necesară la nivel municipal și raional se estimează trimestrial de GMM, consultată în mod obligator cu Coordonatorul PNRT. La estimare se ține cont de următoarele variabile:
 - a) numărul de cazuri înregistrate în trimestrul anterior;
 - b) schemele de tratament;
 - c) datele referitor la consumul trimestrului precedent;
 - d) soldul la finele trimestrului anterior per fiecare lot cu termen de valabilitate, indicat în „Raportul trimestrial de evidență al medicamentelor antituberculoase”;
 - e) fiind prevăzut și un stoc de rezervă de 3 luni.
- 3) Planul de distribuție se prezintă pentru aprobare Ministerului Sănătății nu mai târziu de finele primei luni următoare trimestrului raportat.
- 4) IMSP IFP „Chiril Draganiuc” eliberează medicamente către IMSP de nivel central, municipal și raional trimestrial, în baza planului de distribuire al Ministerului Sănătății și în mod de urgență cu aprobarea coordonatorului PNRT.

- 5) Medicamentele antituberculoase, inclusiv a „stocului de rezervă” necesare pentru asigurarea tratamentului pacienților, sunt stocate la farmacia IMSP (în continuare - farmacie) la nivel republican, municipal și raional. În caz că cabinetul ftiziopneumologie dispune de spații cu condiții potrivite pentru depozitarea medicamentelor și un personal instruit în managementul medicamentelor antituberculoase, medicamentele pot fi stocate la nivel de cabinet ftiziopneumologic.
- 6) Estimarea cantității de medicamente necesară pentru asigurarea tratamentului supravegheat în cadrul instituțiilor de asistență medicală primară este efectuată de către persoană responsabilă de gestionarea medicamentelor antituberculoase și aprobată de coordonatorii programelor teritoriale de răspuns la tuberculoză.
- 7) Cantitatea de medicamente distribuită către instituțiile de asistență medicală primară acoperă consumul lunar al pacienților aflați în tratament în instituția respectivă. La nivelul instituțiilor de asistență medicală primară nu este format stoc de rezervă.
- 8) Farmacia IMSP eliberează cantitatea de medicamente necesară pentru 2 săptămâni secțiilor și pentru o lună cabinetelor de ftiziopneumologie sau instituțiilor din sectorul medical primar în dependență de numărul pacienților ce tuberculoză aflați la tratament, conform bonului de comandă și deciziei coordonatorului teritorial pentru tuberculoză.
- 9) Eliberarea medicamentelor din farmacie se efectuează conform bonurilor de comandă – livrare. La eliberarea medicamentelor către secțiile de ftiziopneumologie, bonul de comandă este semnat de șeful secției și asistenta superioară a secției. Pentru eliberarea medicamentelor din farmacie către cabinetul ftiziopneumologie, bonurile de comandă – livrare sunt semnate și parafate de către medicul responsabil de tratament cu indicarea cantității lunare necesare, contrasemnat de coordonatorul programului teritorial de răspuns la tuberculoză. Eliberarea medicamentelor către instituțiile din sectorul de asistență primară este în baza bonurilor comandă-livrare, semnate și parafate de către medicul responsabil de tratament cu indicarea cantității lunare necesare, contrasemnat de coordonatorul programului teritorial de răspuns la tuberculoză.

Particularități ale distribuirii medicamentelor antituberculoase pentru tratamentul formelor rezistente de TB:

- 10) Medicamente antituberculoase pentru tratamentul formelor rezistente de TB procurate din banii bugetului de Stat și donații sunt recepționate și stocate centralizat în spațiile de depozitare a stocului consolidat de medicamente al PNRT din cadrul Institutului de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”,
- 11) Cantitatea recepționată prevede un stoc de lucru și un stoc de rezervă în cantitate necesară pentru 3 luni.
- 12) Persoana responsabilă de managementul stocului consolidat al medicamentelor pentru PNRT eliberează medicamente către IMSP de nivel central, municipal și raional trimestrial și în mod de urgență, în baza bonului de comandă personificat, în care este indicată schema de tratament, aprobată de persoana responsabilă de gestionarea medicamentelor de linia a doua din cadrul Departamentului coordonare PNRT.
- 13) Medicamentele sunt eliberate din spațiul de stocare consolidat în conformitate cu următorul program:
 - a) pentru tratamentul pacienților cu TB DR în faza intensivă în cadrul IMSP IFP „Chiril Draganiuc” – de două ori pe lună;
 - b) pentru tratamentul pacienților cu TB DR în faza intensivă în cadrul altor instituții specializate și pentru tratamentul în faza de continuare – trimestrial.
- 14) Persoana responsabilă de managementul stocului consolidat al medicamentelor pentru PNRT prezintă trimestrial și la necesitate către departamentul coordonare PNRT dări de seama cu privire la managementul medicamentelor.

8. Utilizarea medicamentelor antituberculoase

- 1) Prescrierea medicamentelor antituberculoase se face conform Protocoalelor clinice naționale și a celor mai recente recomandări ale OMS.
- 2) Medicamentele se administrează pacienților, în decursul întregii perioade de tratament conform schemei de tratament înregistrate în SIME TB, forma G, respectând principiul – tratament direct observat sau opțiuni alternative, aprobate de Ministerul Sănătății (DOT sau VST).
- 3) Persoana responsabilă de administrarea medicamentelor înregistrează datele referitor la dozele de medicamente recepționate și eliberate către pacient în Fișa de tratament TB 01 și registrele de evidență a medicamentelor antituberculoase.
- 4) În baza informației înregistrate în fișa medicală, referitor la reacții adverse fiecare medic completează Fișa -comunicare despre reacțiile adverse în format on-line pe site-ul Agenției medicamentului și dispozitivelor medicale, conform ordinului MS nr. 358/2017.
- 5) Reacțiile adverse, în paralel, se raportează Departamentului coordonare PNRT, pe format de hârtie conform Anexei nr.2 la Ordinul MS nr. 358/2017 și SIME TB, partea H, Reacții adverse.
- 6) Pentru medicamentele noi antituberculoase, PNRT, asigură colectarea datelor despre reacții adverse prin metoda activă de colectare a datelor.
- 7) Metoda activă de colectare a datelor se implementează conform Regulamentului privind implementarea medicamentelor noi în tratamentul tuberculozei aprobat prin Ordinul MS nr. 47/2017 „Cu privire la medicamente noi în tratamentul tuberculozei”.
- 8) Departamentul coordonare PNRT asigură implementarea și funcționarea sistemului de monitorizare a reacțiilor adverse la medicamente, indiferent de metoda de colectare a datelor.

9. Evidența și raportarea circuitului de medicamente antituberculoase

- 1) Evidența medicamentelor antituberculoase se asigură de fiecare IMSP în gestiunea căreia sunt medicamentele antituberculoase. Orice operațiune din circuitul medicamentelor se înregistrează în documentele de evidență aprobate (registre, fișe de tratament) și Sistemul Informațional de Monitorizare și Evaluare a Tuberculozei.
- 2) Evidența stocului și orice formă de ieșire a medicamentelor din IMSP, ca eliberare către pacient, secție, transfer sau decontare se înregistrează de instituția sanitară în următoarele documente:
 - a) Registrul de evidență al medicamentelor antituberculoase;
 - b) Fișa de tratament TB 01.
- 3) În sistemul informațional SIME TB sunt efectuate înregistrările respective în „Raport trimestrial de evidență a medicamentelor antituberculoase”, „Timpul lipsei setului medicamentelor antituberculoase de bază la nivelul depozitului/instituțiilor medico-sanitare publice”, partea G a formularului nr.089-1/e.
Aceste documente de evidență sunt folosite și pentru pacienți aflați la tratament în instituțiile din sistemul penitenciar.
- 4) În cazurile, când stocul de medicamente este depozitat în farmacia instituției sanitare, coordonatorul programului teritorial de răspuns la tuberculoză monitorizează lunar datele despre circuitul medicamentelor din farmacie.
- 5) Cu scop de a recepționa cantitățile de medicamente necesare pentru următoarea lună de tratament, la sfârșitul fiecărei luni, personalul medical din cadrul serviciului de asistență medicală primară, de comun cu coordonatorul fiziopneumolog teritorial sau medicul fiziopneumolog responsabil de tratament al pacientului:
 - a) examinează datele cu referire la administrarea medicamentelor din Fișa de tratament TB 01, înregistrate la nivelul medicinei primare;

- b) în caz că unele medicamente nu au fost consumate conform standardului la nivelul medicinei primare, următoarea livrare se ajustează de serviciul de ftiziopneumologie prin micșorarea cantității estimate în funcție de soldul raportat.
- 6) Coordonatorii programelor teritoriale de răspuns la tuberculoză, coordonatorii programelor departamentale de răspuns la tuberculoză, persoana responsabilă de managementul stocului consolidat al medicamentelor pentru PNRT prezintă Raportul trimestrial de evidență a medicamentelor antituberculoase către Departamentul coordonare PNRT până la data de 07 din prima lună a următoarei perioade de livrare.
- 7) Departamentul coordonare PNRT examinează rapoartele, în scopul:
 - a) monitorizării prezenței continue a setului de medicamente;
 - b) monitorizării nivelului stocului curent;
 - c) monitorizării termenilor de valabilitate;
 - d) estimării consumului pentru evaluarea utilizării raționale a medicamentelor;
 - e) determinarea planului de distribuire și/sau estimare a comenzii de procurare.

MANAGEMENTUL COMUNITAR DE CAZ AL COPILULUI AFECTAT DE TUBERCULOZĂ

Cadrul general de creare și funcționare a sistemului integrat de servicii sociale în Republica Moldova este reglementat de *Legea cu privire la serviciile sociale*. Dezvoltarea serviciilor sociale pentru copiii afectați de TB, aflați în dificultate se înscrie în contextul necesității stringente de suport pentru familie și copil în vederea asigurării bunăstării copilului (Copilul și familia au dreptul la diverse servicii, forme de asistență și suport: financiară, asistență socială, asistență medicală, servicii de recuperare și reabilitare, etc.

Accesul la serviciile sociale existente este stabilit în mod individual, în baza evaluării necesității copilului și familiei, cu respectarea *Managementului de caz*¹, prin intermediul căreia membrii echipei multidisciplinare (EMD) împreună cu specialiștii din domeniul sănătății (medicul de familie, medicul ftiziopneumolog) evaluează necesitățile copilului afectat de TB și ale familiei lui și planifică activitățile de intervenție pentru oferirea serviciilor sociale, medicale, educaționale etc. în dependență de interesele copilului și pentru depășirea situației de risc.

I. Conduita cazului copilului afectat de TB la nivel de comunitate:

Cazul copilului afectat de TB poate fi identificat de către reprezentanții instituțiilor medicale (medicul de familie, asistentul medical comunitar, medicul ftiziopneumolog), asistenței sociale (asistentul social comunitar/specialistul în domeniul protecției copilului), instituțiilor educaționale (personalul din școală, grădiniță), inspectoratului de stat al muncii (în cazul adultului), altor autorități și instituții publice care sunt în contact direct cu copiii și familiile, OSC, persoane din comunitate. Orice caz semnalat trebuie analizat din perspectiva asistențială.

Atribuțiile Asistenței Medicale Primare:

1. Sesizarea Coordonatorului TB teritorial (medicul ftiziopneumolog) și autorității tutelare locale (ATL) despre cazul identificării copilului afectat de TB (bolnav cu TB/contact TB);
2. Participarea, în componența EMD, la efectuarea evaluării inițiale și complexe a situației copilului;
3. Participarea, de comun cu managerul de caz desemnat, la stabilirea nivelului de risc pentru bunăstarea copilului. Nivelurile de risc vor fi stabilite pe termen imediat, scurt, mediu și lung în funcție de situația copilului și competențele parentale;
4. Participarea la formularea concluziilor și recomandărilor, care vor conține intervențiile necesare, axate pe necesitățile individuale de sănătate ale copilului și ale familiei și pot urma câteva scenarii:
 - a. Internarea de urgență a copilului cu TB/prezența semnelor sugestive TB, fără a se realiza evaluarea inițială și deschiderea dosarului copilului;
 - b. Scoaterea de urgență a copilului din familia afectată de TB și deschiderea dosarului copilului. Scoaterea de urgență a copilului din familie trebuie să fie o decizie justificată. Copiii nu pot fi separați de îngrijitorii lor doar din cauza statutului socio-economic sau TB. Este important de a întreprinde măsuri pentru a permite îngrijitorului să ofere un mediu sigur și adecvat pentru copil;
 - c. Menținerea copilului în familia afectată de TB și deschiderea dosarului copilului;

¹ Managementul de caz, adoptat în 2016 de MS, <https://bettercarenetwork.org/sites/default/files/2021-10/Raport%201%20Care%20Assessment%20Overview%20187%20Links.pdf>

- d. Clasarea sesizării (nu sunt necesare acțiuni de intervenție).
5. Scenarii potențiale în cazul copilului cu TB/prezența semnelor sugestive TB:
 - a. Menținerea copilului în familie și deschiderea dosarului copilului, atunci când starea de sănătate a copilului nu prezintă risc înalt pentru viață, iar tratamentul TB implică o combinație eficientă de medicamente și copilul poate fi tratat în condiții de ambulator.
 - b. Acordarea asistenței sociale în cadrul serviciului de sprijin familial copilului și familiei.
 - c. Internarea de urgență a copilului în cazul stării grave de sănătate, fără a se realiza evaluarea inițială, cu deschiderea dosarului copilului. În cazul copilului bolnav TB, medicul de familie este responsabil de evaluarea stării de sănătate a copilului, referirea la serviciile de sănătate/medicale specializate pentru prescrierea tratamentului.
 - d. Dacă este necesară spitalizarea, copilul va beneficia de oportunitatea de a fi însoțit de un părinte/îngrijitor, conform standardelor OMS cu privire la drepturile copilului în spitale, în special, copiii mici nu trebuie să fie separați de părinte/îngrijitor.
6. Scenarii potențiale în cazul copilului din familie afectată (contact TB):
 - a. Menținerea copilului în familie și deschiderea dosarului în cazul diagnosticului TB confirmat al unui/ambilor părinți, tratat în condiții de ambulator/sau în staționar specializat TB și prezența altor îngrijitori adulți în familie testați TB negativ.
 - b. Medicul de familie va coordona decizia de menținere a copilului în familie cu coordonatorul TB teritorial (medicul ftiziopneumolog).
 - c. În condiții de ambulatoriu, bolnavul TB va sta izolat/separat cu respectarea măsurilor de protecție, limitând contactele în spațiile închise cu copilul/alți membri ai familiei.
 - d. Acordarea asistenței sociale în cadrul serviciului de sprijin familial copilului și familiei cu TB.
 - e. Scoaterea de urgență a copilului din familie și plasarea în familia rudelor sau a altor persoane, sau în alte servicii pe durată determinată, dacă se constată existența unui pericol iminent pentru viața sau sănătatea copilului. În cazul scoaterii de urgență a copilului din familie, acesta poate fi plasat în familia rudelor sau a altor persoane cu care copilul a stabilit relații apropiate (vecini, prieteni de familie etc.) sau în alte servicii de tip familial. Doar în lipsa acestora, autoritatea tutelară locală va dispune plasamentul de urgență pe o perioadă determinată în servicii de plasament de tip rezidențial (Centrul de plasament pentru copii separați de părinți, Casa comunitară pentru copii în situație de risc).
7. Participarea la implementarea PIA include acțiuni de monitorizare a situației copilului, în funcție de nivelul de risc pentru sănătate și de necesitățile copilului, intervențiile medicale fiind parte a PIA.
8. Pentru părinții/îngrijitorii copilului afectat de TB, PIA va conține și activități, precum:
 - a. izolarea/ separarea bolnavului de TB, în condiții de tratament ambulatoriu de ceilalți membri ai familiei cu utilizarea spectrului de servicii sociale disponibile (după caz);
 - b. respectarea măsurilor de protecție respiratorie, limitând contactele în spațiile închise cu alți membri ai familiei și copilului, dezinfectarea locuinței și aerisirea cu regularitate a spațiilor comune;
 - c. supravegherea tratamentului antituberculos: respectarea schemei și a regimului de tratament; administrarea tratamentului antituberculos sub observare directă (DOT/VST); monitorizarea stării de sănătate, urmărirea evoluției clinice și eficacității tratamentului TB, reacțiile adverse la medicamentele antituberculoase;
 - d. instruirea prin programe educaționale; activități de ghidare TB, consolidarea capacităților parentale, informare despre transmiterea TB, despre măsurile de protecție respiratorie și respectarea regulilor de igienă personală/ igienei tusei;
 - e. consultarea și consilierea psihologică (individuală sau de grup), organizarea grupurilor de suport reciproc, încurajarea părinților care suferă de TB în depășirea anxietății și stărilor

de stres și deprimare, organizarea conferinței familiale pentru a oferi suport copilului și membrilor familiei afectate de TB;

9. Monitorizarea situației copilului și familiei se va realiza din perioada post tratament de comun cu managerul de caz cu completarea formularului de evidență a activităților de monitorizare.

Atribuțiile serviciului ftziopneumologic:

10. Integrarea copilului afectat de TB în sistemul național de protecție a copilului în dificultate cu promovarea dezinstituționalizării.
11. De comun cu medicul de familie se va decide asupra intervențiilor și scenariilor necesare, fiind axate pe necesitățile individuale de sănătate ale copilului și ale familiei.
12. Participarea în ședințele de discutare a implementării PIA. Prima ședință de revizuire a PIA, de regulă, are loc după 2 luni de implementare, ulterior, o dată la 3 luni, precum și în caz de necesitate. La ședințele de revizuire se va discuta mersul implementării PIA, efectele tratamentului TB, precum și acțiunile noi planificate în soluționarea cazului copilului care suferă de TB. La revizuirea PIA opinia copilului cu TB și familiei vor fi luate în considerație.
13. Conduita medicală a copilului se va realiza în corespundență cu prevederile Protocolului Clinic Național „Tuberculoza la Copil”, iar planul de tratament va fi ajustat de către medicul coordonator TB. Monitorizarea tratamentului TB se va realiza de către medicul ftziopneumolog, medicul de familie/asistentul medical și va include: DOT, colectarea sputei, realizarea testelor de laborator, prezentarea la consultațiile medicale programate, urmărirea rezultatelor clinice, monitorizarea sensibilității la medicamente, identificarea și răspunsul la reacțiile adverse.
14. Recomandarea tratamentului în condiții de ambulatoriu sau staționar va reieși din evaluarea inițială/complexă realizată de ATL.
15. În caz de instituționalizare a copilului, va asigura comunicarea continuă cu EMD pe durata internării și înainte de externare, în vederea asigurării condițiilor adecvate de tratament în ambulatoriu.

Atribuțiile autorităților publice locale, serviciul asistență socială:

16. În situația în care cazul a fost identificat de către asistentul social/specialistul în protecția copilului din cadrul primăriei sau a fost sesizat din alte surse, persoanele sesizate sunt obligate de a informa medicul de familie în termen de 24 ore.
17. Asistentul social comunitar va înregistra cazul identificat în Registrul de audiență, notând informația de bază despre copil sau familie și definind problema din spusele persoanei care semnalează îngrijorarea. În baza sesizării, ATL va emite dispoziția de realizare a evaluării inițiale a cazului copilului afectat de TB și familiei lui și includere în sistemul național de protecție a copilului în dificultate.
18. În baza dispoziției, ATL va dispune participarea în efectuarea evaluării inițiale a situației copilului afectat de TB a asistentului social/specialistului în protecția drepturilor copilului, medicului de familie/asistentului medical și, la necesitate, altor membri ai EMD. În cadrul evaluării se va asigura respectarea măsurilor de protecție pentru diminuarea riscurilor de infectare TB pentru membrii EMD și se va asigura respectarea confidențialității informației colectate în cadrul evaluării de către toți membrii EMD.
19. Managerul de caz împreună cu medicul de familie va evalua situația pentru stabilirea nivelului real de risc. În urma analizei datelor evaluării inițiale se vor formula concluzii și recomandări, care vor conține intervențiile necesare, fiind axate pe necesitățile individuale de sănătate ale copilului și ale familiei și pot fi rezumate la oferirea serviciilor la nivel de comunitate sau instituționalizare.
20. Scenariile pentru intervenții în cazul copilului cu TB/prezența semnelor sugestive TB sau copil contact din familie afectată de TB vor fi decise de către EMD cu participarea obligatorie a medicului de familie și a medicului ftziopneumolog (după caz).

21. În formularea constatărilor cu referire la necesitățile identificate vor avea prioritate necesitățile imediate/urgente de bază, inclusiv cele de sănătate. Copilul va fi parte a procesului de evaluare și se va consulta opinia acestuia (în dependența de vârsta și capacitatea copilului).
22. Evaluarea complexă a cazului se va realiza în baza dispoziția ATL de luare în evidență a cazului în situație de risc emisă în baza rezultatelor evaluării inițiale.
23. Rezultatele evaluării complexe vor sta la baza elaborării PIA, care va include acțiuni de monitorizare a situației copilului, responsabili fiind managerul de caz și medicul de familie/asistentul medical. Acțiunile vor fi planificate pe termen scurt/imediat, mediu și lung. PIA va fi consultat cu părinții/îngrijitorii și ca dovadă a acceptării acțiunilor incluse în plan, aceștia vor semna Acordul de colaborare între părinte/îngrijitor și managerul de caz PIA va fi implementat în corespundere cu tehnicile sociale (comunitare) de intervenție.
24. Managerul de caz va asigura conexiunea familiei cu agenții extern/ OSC, programe de asistență sau alte resurse pentru a asigura accesul copilului afectat de TB/ copilului din familia afectată de TB la serviciile necesare. Managerul de caz va urmări realizarea PIA pentru a se asigura că necesitățile copilului afectat de TB/copilului din familia afectată de TB sunt satisfăcute la nivel de comunitate. În situațiile în care cazul copilului afectat de TB/ copilului din familia afectată de TB va fi referit către serviciile specializate la nivel de raion, managerul de caz va acționa în corespundere cu mecanismul de referire.
25. Criteriile specifice pentru închiderea cazului copilului care suferă de TB activă sunt: (1) obiectivele PIA sunt realizate, (2) TB la copil este tratată și (3) nu există motive de îngrijorare pentru asigurarea bunăstării copilului în familie. Decizia închiderii cazului copilului care suferă de TB va fi luată în baza rezultatelor de examinare medicală și ale recomandărilor asistentului social. Închiderea cazului este posibilă doar după o perioadă de monitorizare pentru a avea certitudinea că starea sănătății și bunăstării copilului este stabilă.
26. Odată cu trecerea/schimbarea locului de trai a copilului și familiei afectate de TB, cazul nu va fi închis, dar transferat pentru a fi preluat de către asistentul social din noua comunitate. Referirea constă în transmiterea și preluarea cazului de către alte servicii specializate care sunt relevante pentru îmbunătățirea situației copilului afectat de TB. În acest caz resursele serviciului de care a beneficiat copilul afectat de TB și familia lui au fost epuizate, iar necesitățile lor au rămas nesatisfăcute și aceasta implică alte intervenții specializate.
27. Monitorizarea situației copilului și familiei după închiderea cazului se va face pentru a se asigura că situația copilului și familiei rămâne stabilă. După închiderea cazului copilului afectat de TB se recomandă efectuarea monitorizării situației copilului și a familiei, timp de 6 luni după intervenție și, în cazurile mai complexe, timp de 12 luni.
28. Monitorizarea situației copilului și familiei se va realiza de către asistentul social/asistentul medical cu completarea formularului de evidență a activităților de monitorizare. În cazul în care situația copilului și familiei se va înrăutăți, dosarul copilului se va redeschide și se va elabora un PIA nou pe cazul dat. Familiile care au beneficiat anterior de asistență socială și au ajuns repetat în situație de risc, cazul copilului afectat de TB va fi redeschis.

II. Principiile de bază în cazul instituționalizării copilului cu TB

În conformitate cu prevederile recomandărilor internaționale², copiii nu necesită spitalizare sau instituționalizare în mod obișnuit pentru oferirea tratamentului TB. Toate eforturile vor fi depuse pentru a permite copiilor să rămână alături de familiile (îngrijitorii) lor. Spitalizarea copiilor cu TB trebuie să fie limitată la acele cazuri în care există indicații medicale pentru tratament instituționalizat. Daunele considerabile cauzate de instituționalizarea, spitalizarea, închiderea sau izolarea copiilor infecțioși și ne infecțioși nu compensează beneficiile potențiale. Instituționalizarea

²Standarde de servicii medicale și non-medicale pentru toți furnizorii de servicii de îngrijire TB din Republica Moldova, https://simctb.ifp.md/Download/tbreps.excel/raport_2017.pdf

copiilor are impact asupra studiilor, relațiilor familiale și personale. Copiii, de asemenea, se pot confrunta cu stigmă când se întorc în comunitatea și școala lor. Astfel, pentru a nu dăuna și mai mult, copiii nu trebuie să fie instituționalizați fără motive medicale importante³.

Principiile de bază în raport cu copilul cu TB și plasamentul:

1. Trebuie să fie o măsură excepțională, luată strict în interesul copilului, în urma unei evaluări multidisciplinare;
2. Nu trebuie să fie mai îndelungat decât este necesar și trebuie să aibă ca obiectiv principal interesul copilului și integrarea/reintegrarea sa socială reușită într-o perioadă cât mai scurtă de timp;
3. În timpul instituționalizării este necesar să se efectueze examinări periodice;
4. Copilul trebuie să aibă acces la servicii educaționale de calitate, în baza evaluării nivelului de dezvoltare;
5. La ieșirea din plasament, copilului trebuie să i se asigure o evaluare a nevoilor sale și un sprijin ulterior adecvat, în scopul reintegrării sale socio-educative;
6. Procedura de îngrijire, precum și aranjamentele și condițiile plasării, trebuie să garanteze drepturile copilului, inclusiv dreptul de a fi consultat și de a nu fi supus discriminării;
7. Oriunde este posibil, trebuie luate măsuri de ajutor preventiv pentru copiii cu TB și familii, conform nevoile lor specifice;
8. Familia copilului trebuie să fie implicată în planificarea și organizarea instituționalizării și trebuie să primească sprijinul necesar pentru a permite reintegrarea armonioasă a copilului în familie și societate.

³ Ghidul deontologiei al OMS pentru implementarea Strategiei de eliminare a TB, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254820/9789241512114-eng.pdf>

LISTA FORMULARELOR STANDARDIZATE:

1. Formular 058/e: Fișa de notificare urgentă despre depistarea bolilor infecțioase, intoxicațiilor și toxiinfecțiilor alimentare și profesionale acute, reacții adverse la administrarea preparatelor imunobiologice”
2. Formular Nr 089-1/e: Aviz despre notificarea cazului de tuberculoză stabilit caz nou/recidivă tuberculoză activă și de reîncepere a tratamentului și rezultatele acestuia
 - Partea A - Aviz despre cazul nou/recidivă de tuberculoză activă depistată
 - Partea B - Aviz de începere a tratamentului și rezultatele acestuia
 - Partea C - Aviz de începere a tratamentului și rezultatele acestuia
3. Formular Nr. 090: Fișa de declarare și evidență a cazurilor de tuberculoză multidrorezistentă
 - A1. Fișa de declarare a cazului de tuberculoză multirezistentă, partea I
 - A2. Fișa de declarare a cazului de tuberculoză multirezistentă, partea II
 - A3. Fișa de inițiere a tratamentului (incluere în cohortă), tuberculoză multirezistentă
 - B. Fișa de monitorizare a tratamentului a cazului de tuberculoză multirezistentă inclus în cohortă
4. Fișa de monitorizare post tratament. Partea D din SIME TB
5. Fișa de spitalizare. Partea F din SIME TB
6. Fișa de monitorizare a tratamentului anti TB prescris. Partea G din SIME TB
7. Reacții adverse. Partea H din SIME TB
8. Fișa-Comunicare despre reacțiile adverse ale medicamentelor și altor produse farmaceutice
9. TB 01: Fișa de tratament al bolnavului de tuberculoză
10. TB 03: Registrul pentru înregistrarea cazurilor de tuberculoză
11. TB 03 TB RR.MDR: Registrul pentru înregistrarea cazurilor de tuberculoză multidrorezistentă
12. TB 04: Registrul de evidență a examenelor bacteriologice de laborator.
13. TB 05: Formular de solicitare a examenelor de microscopie și Xpert MTB RIF pentru diagnosticul tuberculozei
14. TB 06: Formular de solicitare a a examenelor microbiologice pentru diagnosticul tuberculozei
15. TB 09: Formular de trimitere / transfer al pacientului cu tuberculoză
16. Bon de Comandă-Livrare a medicamentelor antituberculoase
17. Registrul de evidență al medicamentelor antituberculoase
18. Raport trimestrial de evidență a medicamentelor antituberculoase
19. Raport despre timpul lipsei setului medicamentelor antituberculoase
20. Registrul de evidență a cazurilor cu DR TB prezentate la Comitetul de Management
21. Fișa de monitorizare a cazului TB DR
22. Acordul bolnavului TB MDR la tratament
23. Model de Procedura operațională privind activitatea serviciului de fiziopneumologie teritorial

luna/an	Preparat	conc/un	stoc	intrat	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	CONS	stoc		
	seamnătura pacientului																																							
	Preparat	conc/un	stoc	intrat	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	CONS	stoc		
	seamnătura pacientului																																							
	Preparat	conc/un	stoc	intrat	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	CONS	stoc		
	seamnătura pacientului																																							
	Preparat	conc/un	stoc	intrat	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	CONS	stoc		
	seamnătura pacientului																																							
	Preparat	conc/un	stoc	intrat	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	CONS	stoc		
	seamnătura pacientului																																							
	Preparat	conc/un	stoc	intrat	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	CONS	stoc		
	seamnătura pacientului																																							
	Preparat	conc/un	stoc	intrat	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	CONS	stoc		
	seamnătura pacientului																																							
	Preparat	conc/un	stoc	intrat	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	CONS	stoc		
	seamnătura pacientului																																							
	Preparat	conc/un	stoc	intrat	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	CONS	stoc		
	seamnătura pacientului																																							
	Preparat	conc/un	stoc	intrat	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	CONS	stoc		
	seamnătura pacientului																																							
	Preparat	conc/un	stoc	intrat	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	CONS	stoc		
	seamnătura pacientului																																							
	Preparat	conc/un	stoc	intrat	total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	CONS	stoc		
	seamnătura pacientului																																							

Rezultatul tratamentului	
Tratament încheiat	
Vindecat	
Eșec	
Abandon	
Diagnostic TB neconfirmat	
Deces:	TB <input type="checkbox"/> alt motiv <input type="checkbox"/>

Notă: Pacientul va semnă în fișa de tratament doar dacă face tratamentul în condiții de ambulatoriu și s-a administrat medicamentul direct observat.
 Note: În fiecare pătrățică scrieți numărul de pastile (capsule etc.) administrate direct supravegheat în ziua dată. Dacă pacientul nu a venit pentru a-și indica medicamentele se va indica litera A (absent). În cazul prescrierii medicamentelor pentru administrare auto-supravegheată trageți o linie orizontală (—) pentru a indica numărul de zile pentru care s-a dat medicamentul.

**PROGRAMUL NAȚIONAL DE CONTROL AL TUBERCULOZEI
EXAMENE MICROBIOLOGICE PENTRU DIAGNOSTICUL TUBERCULOZEI
MICROSCOPIE și Xpert MTB/RIF**

Laborator _____ Unitate tratament _____ Secția _____ P-ca _____
 Pacient N _____ P _____ P _____ data nașterii _____ sex _____
 Municipiu raion _____ sector _____ oraș/sat _____
 str. casa, ap. _____ IDNP _____
 Clasificarea afecțiunii: _____ Pulmonară _____ Extrapulmonară Localizare _____
 Tip pacient _____ Caz nou _____ Recidivă _____ După abandon _____ După eșec _____ Cronic _____ Inițiat în străinătate _____
 Motiv examinare: _____ Diagnostic _____ Urmărire tratament _____ Urmărire post-tratament _____ Altele _____
 Număr luni tratament /post-tratament _____
 Data inițiere tratament specific (zi/luna/an) _____
 Data colectării sputei (zi/luna/an) _____
 Produs patologic: Sputa Volum _____ ml Tulpina izolată Alte: _____ (se indică produsul patologic)
 Medic _____

REZULTATE

Nr _____

A Examen microscopic Aspectul vizual al sputei: 1.Muco-purulent 2.Spută hemoptoică 3.Salivă
 1.Microscopia Zeihl-Neelson 2. Microscopia Fluorescentă 3.GeneXpert 4. Altele _____

Proba	Microscopia		Xpert MTB/RIF	
	Rezultat *	Gradarea rezultatului pozitiv	MTB Negativ/Pozitiv *	MTB RIF Sens / Rez**
1				
2				

*Indicați Negativ sau Pozitiv, Nu s-a efectuat. Rifampicin R/S **- se va indica Rezistent sau Sensibil
 Data rezultat _____ Examinat de medic laborant _____

**PROGRAMUL NAȚIONAL DE CONTROL AL TUBERCULOZEI
EXAMENE MICROBIOLOGICE PENTRU DIAGNOSTICUL TUBERCULOZEI**

Laborator _____ Unitate tratament _____ Secția _____ P-ca _____
 Pacient: N _____ P _____ data nașterii (zi/luna/an) ____/____/____ sex _____
 Municipiu/raion _____ sector _____ oraș/sat _____
 str., casa, ap. _____ IDNP _____

Clasificarea afecțiunii: Pulmonară Extrapulmonară Localizare _____
 Tip pacient: Caz nou Recidivă După abandon După eșec Cronic Inițiat în străinătate
 Motiv examinare: Diagnostic Urmărire tratament Urmărire post-tratament Altele _____
 Număr luni tratament /post-tratament _____
 Data inițiere tratament specific (zi/luna/an) ____/____/____ Data colectării sputei (zi/luna/an) ____/____/____
 Produs patologic: Sputa _____ Tulpină izolată _____ Alte: _____ (se indică produsul patologic)
 Examine solicitate (încercuți): A B C D E F G
 Medic _____

Nr. _____

REZULTATE

A Examen microscopic Aspectul vizual al sputei: 1. Muco-purulent 2. Spută hemoptoică 3. Salivă
 Z/N Fluorescenta Altele _____ Nr _____

Data colectării sputei	Proba	Rezultat*	Gradarea rezultatului pozitiv
	1		
	2		
	3		

Data (zi lună an) ____/____/____

Examinat de medic/laborant _____

B Examen prin cultura, metoda clasică, LJ Nr _____

Data colectării sputei	Proba	Rezultat**	Gradare rezultat pozitiv	Data rezultat final
	1			
	2			
	3			

Data (zi/lună/an) ____/____/____

Examinat de medic/laborant _____

C Examen prin cultura, metoda rapidă
 BACTEC MGIT 960 Altele _____ Nr _____

Data colectării sputei	Proba	Rezultat**	Gradare rezultat pozitiv	Data rezultat final
	1			
	2			

Data (zi/lună/an) ____/____/____

Examinat de medic/laborant _____

D Rezultatul testării sensibilității culturii, metoda clasică

Medicament	Rezultat***	Medicament	Rezultat***
Izoniazidă H		Ofloxacină Ofx	
Rifampicină R		Levofloxacină Lfx	
Etambutol E		Moxifloxacină Mfx	
Streptomycină S		Capreomicină Cm	
Pirazinamidă Z		Cicloserina Cs	
Etionamidă Eto		PASER Ps	
Kanamycină Km			

Data (zi/lună/an) ____/____/____

Examinat de medic/laborant _____

E Rezultatul testării sensibilității culturii, metoda rapidă

Medicament	Rezultat***	Medicament	Rezultat***
Izoniazidă H		Ofloxacină Ofx	
Rifampicină R		Levofloxacină Lfx	
Etambutol E		Moxifloxacină Mfx	
Streptomycină S		Capreomicină Cm	
Pirazinamidă Z		Cicloserina Cs	
Etionamidă Eto		PASER Ps	
Kanamycină Km			

Data (zi/lună/an) ____/____/____

Examinat de medic/laborant _____

F Metode moleculare genetice

GenoType® MTBDRplus GenoType®Mycobacterium CM/AS Altele _____

Genotip: *M. tuberculosis* complex _____
 Nontuberculosis Mycobacteria _____

Preparat	Produs patologic			Tulpină izolată		
	Data	Rezultat****	Mutații	Data	Rezultat****	Mutații
Izoniazidă H						
Rifampicină R						
Ofloxacină Ofx						
Levofloxacină Lfx						
Moxifloxacină Mfx						

Data (zi/lună/an) ____/____/____

Examinat de medic/laborant _____

G Metode moleculare genetice: BDProbeTec™ ET Altele _____

Genotip	Produs patologic		Tulpină izolată	
	Data	Rezultat*	Data	Rezultat*
<i>M. tuberculosis</i> complex				
Nontuberculosis Mycobacteria				

Data (zi/lună/an) ____/____/____

Examinat de medic/laborant _____

* Negativ sau Pozitiv, Nu s-a efectuat

*** Sensibil sau Rezistent, Suprainfecție/Contaminare, Nu s-a efectuat

** Negativ sau Pozitiv, Suprainfecție/Contaminare, Nu s-a efectuat

**** Sensibil sau Rezistent, Nu s-a efectuat

**FORMULAR DE TRIMITERE / TRANSFER
A PACIENTULUI CU TUBERCULOZĂ**

(se completează în trei exemplare, cu indigo între foi)

Nume unitate de trimitere/transfer.....

Nume unitate de trimitere a pacientului (dacă se cunoaște).....

Nume, prenume, patronimic pacient.....

Data nașterii/...../.....z/l/a Vârsta: Sex: M F

Adresa completă:

Nr. Identificare B.I.

Unitate TBC nr. : Data începerii tratamentului.....

Tip de tratament:

- CAT 1 Caz nou (BK pozitiv)
 CAT 2 Retratament
 CAT 3 Caz nou (BK negativ, extrapulmonar)
 CAT 4 MDR- TB

Analiza sputei:

Medicația pacientului :

Diagnostic:

Observații:..... Semnătura persoanei ce efectuează transferul.....



Data înregistrare/transfer:

Se completează de către unitatea de tratament unde a fost trimis pacientul

Nume, prenume, patronimic pacient:

Data nașterii/...../.....z/l/a Vârsta: Sex: M F

Numele unității de tratament care a confirmat transferul.....

Nr de registru pentru pacientul transferat:.....

Pacientul menționat mai sus a fost raportat la această unitate de tratament la data de:

Semnătură persoanei ce a confirmat transferul:

Raion Data

Retrimiteți această parte a formularului la unitatea de referință în momentul în care pacientul a fost raportat și trimis

Registru de evidenta a cazurilor cu DR TB prezentate la Comitetul de recutare

data ____/____/____

Penitenciare

IMSP IFP Vorniceni □ IMSP SCM Băiți □ Transnistria □

IMSP IFP Vorniceni □ IMSP SCM Chisinau □

NR.	Nume, prenume, patronimic	dd/II/aaaa masterii	Institutiia de evidenta	tip caz	rezultate de laborator			Resistenta preparate, data	Motivul prezentarii la CR	Decizia CR	Schema de tratament		Comentarii
					Gene Xpert	MS	Cultura				schema de tratament si doza	daca s-a modificat schema de tratament, motivul	

Semnături: Președintele CR _____
 Memarii CR _____
 Secretar CR _____

- Motiv:**
- 1 includere in tratament
 - 2 finalizarea fazei intensive
 - 3 modificare schemei de tratament
 - 4 prezenta reactiilor adverse
 - 5 progresarea procesului TB
 - 6 alte (de specificat)
 - 7 evaluarea cazului
 - 8 intoleranță la preparate
- Decizia:**
- 1 inclus in tratament
 - :1 retratament
 - 2 neinclus
 - 3 vindecat
 - 4 tratament incheiat
 - 5 pierdut din supraveghere
 - 6 esec
 - 7 externare
 - 8 alte (de specificat)
 - 9 trecere la faza continuare
- daca se indica "alte" - se va completa rubrica "comentarii"
- :C prelungirea fazei intensive
 -:1 modificarea schemei de tratament
 -:2 recidiv
 -:3 tratament sistat

Fișa de monitorizare a cazului TB DR

Raionul	
Numele, prenumele pacientului	
Data nașterii	
Sex	
Specialistul care prezintă cazul (Numele, prenumele) poșta electronică	
Data prezentării	

Diagnosticul clinic complet (inclusiv comorbidități, complicațiile):

Scopul și motivul de trimitere a cazului la CM TB DR (vă rugăm să verificați toate cele care se aplică):

<input type="checkbox"/>	Înrolarea pacientului în tratament
<input type="checkbox"/>	Pentru evaluare intermediară la 3 luni, 6 luni, 9 luni, 12 luni, etc.
<input type="checkbox"/>	Pentru evaluare la sfârșitul tratamentului
<input type="checkbox"/>	Reversie bacteriologică după 5 luni de terapie sau ulterior pe parcursul tratamentului
<input type="checkbox"/>	Apariția rezistenței suplimentare la fluorochinolone și / sau la orice alt medicament din schema de tratament
<input type="checkbox"/>	Orice eveniment advers care necesită modificarea regimului de tratament
<input type="checkbox"/>	Eveniment advers (de gradul 3 sau 4) și / sau eveniment advers sever
<input type="checkbox"/>	Tratament neeficient a cazului de TB RR / MDR-TB
<input type="checkbox"/>	Deces în timpul tratamentului
<input type="checkbox"/>	Altele (specificați):

Descrierea cazului (starea actuală, răspunsul la tratament și aderență)

Descrierea focarului: sunt sau nu copii, femei gravide, condițiile de trai, rezistența cazului index, etc.

Contactii (data și rezultatele examinărilor)

Comorbidități, antecedente de consum de alcool și / sau droguri, antecedente psihosociale.
Consultații altor specialiști.

Evaluarea tratamentului antituberculos

1. Rezultatele microscopiei și culturii:

Luna tratamentului	Data colectării probei	Rezultatul microscopiei	№ microscopiei	Data colectării probei	Rezultatul culturii	№culturii

2. ECG (date și descrierea (inclusiv QTcF după formula Fredericia)):

În cazul devierilor de la normă, de indicat rezultatele anterioare

Luna tratamentului	Data examinării	Frecvența cardiacă (bătăi pe minut)	QT	QTcF(după formula Fredericia)

3. Radiografie (data și descriere, dinamica):

Data: zz/ll/anul	
Data: zz/ll/anul	

4. Alte investigații (date și descrierea):

# Test de acuitate vizuală: tabelul Snellen (СНВЦБА) data			
	Data examinării	rezultate recente	rezultate anterioare
OD		20/	20/
OS		20/	20/

OD 1 norma 2 vederea scăzută 3 nu percepe lumina
OS 1 norma 2 vederea scăzută 3 nu percepe lumina
grad de severitate 1 2 3 4
Dinamica modificărilor testului de screening pentru acuitate vizuală: cu ameliorare, cu agravare, fără dinamică

Test de percepție a culorii (tabel Ishihara)
Dacă testul Ishihara nu are rezultat normal, indicați numărul de planșe greșite (1-11) din cele 14 planșe

OD -

OS -

Test de screening pentru neuropatie periferică/parestezii (data): :

1 durere, junghi sau arsură la picioare	da	nu	necunoscut
2 "întepături" în picioare	da	nu	necunoscut
3 amorțeală (lipsa simțurilor) în picioare	da	nu	necunoscut
4 probleme privind perceperea vibrațiilor			

perceperea vibrațiilor	rezultate recente	rezultate anterioare
Data examinării	_____ secunde	_____ secunde

Grad de severitate 1 2 3 4

Dinamica modificărilor testului de screening pentru polineuropatie periferica: cu ameliorare, cu agravare, fără dinamică

5. Greutatea (lunar):

Luna tratamentului	Pînă la înfișierea tratamentului	1	2	3	4	5	6	7	8	Înălțimea (cm)
greutatea (kg)											

6. Rezultatele recente ale testelor clinice / biochimice de laborator:

Data colectării probei: (recente)	Data colectării probei: (anterioare)	Parametrii	Rezultate	Unitățile de măsură
		Hemoglobina		
		Leucocite		
		Trombocite		
		Eritrocite		
		Neutrofile		
		Creatinina		
		K ⁺		
		Mg ⁺⁺		
		Na ⁺		
		Bilirubina		
		ALT		
		AST		
		Albumina		
		Glucosa		
		Lipaza		
		dacă HIV+, CD4		
		Dacă HIV+, încărcătura virală		
		Testul la hepatita C		
		Testul la hepatita B		
		Testul COVID-19		

7. Efecte / evenimente adverse

Data apariției evenimentului __ / __ / __ ZZ/LL/AAAA

Data încheierii evenimentului __ / __ / __ ZZ/LL/AAAA

Denumirea evenimentului advers _____

Medicamentul suspectat _____

Măsuri luate pentru EA:

1. Menținerea dozei Da Nu
2. Reducerea dozei Da Nu
3. Oprirea medicamentului Da Nu

8. Data și rezultatele DST la momentul prezentării:

Luna tratamentului	Data colectării probei	Metoda de colectare	H	R	E	Z	S	Am	Lfx	Mfx	Eto/ Pto	Cs	PAS	Bdq	Lzd	Cfz	Dlm

9. *Tratament – preparat și doza la momentul prezentării (din Fișa de tratament al bolnavului cu TB):*

Lfx (doza)	Bdq (doza)	Lzd (doza)	Cfz (doza)	Cs (doza)	Dlm (doza)	Alte preparate antiTB

Nr de luni cu Bdq:

Acord semnat pentru examinări și tratament de către pacient sau tutore legal: este
nu este

<p>Întrebările adresate membrilor CM TB DR:</p> <p>1)</p> <p>2)</p>	<p>Propunerile medicului curant vizavi de tactica de management al cazului prezentat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • •
---	--

Decizia :

Președintele CM TB DR
Membrii CM TB DR

Notă: Formularul *Monitorizarea cazului TB DR* va fi completat în mod obligatoriu și referit către Comitetul de management al cazului TB DR atașat la dosă