

Protocolul privind metodologia efectuării consultației prenatale și postnatale documentate în carnetul gravidei

Abrevieri utilizate in text

Ag HBs	Antigenul de suprafață al virusului hepatitei B	Kg	Kilogram
AHC	Antecedente heredocolaterale	MAF	Mișcări active fetale
AP	Activitate de protrombină	MCP	Memo (istoric) consultație prenatală
APP	Antecedente personale patologice	MF	Medic de familie
APOG	Antecedente patologice obstetricale și ginecologice	m	Metru
APTT	Timpul de tromboplastină parțial activat	m ²	Metru pătrat
ATI	Anestezie terapie intensivă	Nec	Necăsătorit/ă
AUP	Apoplexie utero-placentară	OG	Obstetrică-Ginecologie
BCF	Bătăile cordului fetal	ORL	Otorinolaringologie
Căs	Căsătorit/ă	Pb	Plumb
cal	Calorii	Rh	Rhesus
CMV	Cytomegalovirus	ROC	Risc obstetrical crescut
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate	RUA	Reproducere umană asistată
CNCAPVI	Comitetul Național de Coordonare a Activităților privind Vaccinarea	SA	Săptămâni de amenoree
CNP	Cod numeric personal	Sdr	Sindrom
DPN	Data probabilă a nașterii	SGB	Streptococ de grup B
DPNUM	Data probabilă a nașterii în funcție de ultima menstruație	SOGR	Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România
DPP	Decolare prematură de placentă	TA	Tensiune arteriala
DTPa	Vaccin Difetro-Tetanic-Pertusis-Acelular	TIS	Test imunologic de sarcină
g	Gram	TGO	Aspartataminotransferază
Hg	Mercur	TGP	Alaninaminotransferază
HCG	Gonadotropina corionică umană	Tr	Trimestru
HIV	Virusul Imunodeficienței Umane	TSH	Hormon de stimulare tiroidiană
HTA	Hipertensiune arteriala	TV	Tușeu vaginal
IMC	Indice de masă corporală–greutatea (kg)/ înălțime (m) ²	UI	Unități Internaționale
INSMC	Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului	VDRL	Veneral Disease Research Laboratory
		z	Zile

CONSULTAȚIA PRENATALĂ

Este adresată medicilor cu specialitatea obstetrică-ginecologie, medicină de familie și moașelor pentru monitorizarea gravidelor și vizează depistarea și limitarea sau reducerea riscului obstetrical.

PRIMA CONSULTAȚIE PRENATALĂ

Prima consultație prenatală este foarte importantă având potențialul de a optimiza îngrijirea prenatală.

- Cu această ocazie, medicul (MF/OG) sau moașa poate completa conform **MCP/Memo (istoric) consultație prenatală**, datele culese în: "**Carnetul gravidei**" (instrument de lucru util pentru monitorizarea completă a evoluției sarcinii, având și rolul de a asigura o comunicare obiectivă între diferitele eșaloane medicale). **Acesta se va lista în momentul luării în evidență a gravidei. I se vor anexa ecografiile, investigațiile de laborator, consulturile interdisciplinare, scrisorile medicale și biletele de externare.**

Luarea în evidență se efectuează precoce, de către MF sau moașă. În situația în care medicul OG sau moașa stabilește diagnosticul de sarcină, pacienta va fi îndrumată către medicul de familie.

Luarea în evidență a gravidelor se recomandă a fi efectuată cât mai precoce în sarcină.

Se recomandă ca medicul de familie sau moașa (cu ocazia examinărilor periodice, cu ocazia eliberării certificatului prenuptial, etc.) să consilieze femeile de vârstă fertilă, potențiale viitoare mame, despre importanța prezentării la medic/moașă cât mai repede în momentul când acestea au suspiciunea ca sunt gravide.

OBIECTIVELE ȘI CONȚINUTUL PRIMEI CONSULTAȚII PRENATALE

(până la 13 SA și 6 zile)

Stabilirea diagnosticului de sarcină se face prin anamneză și examen clinic. Se recomandă examen ecografic ginecologic și examene de laborator (TIS, eventual determinarea nivelului beta HCG) pentru evaluarea inițială.

Stabilirea vârstei sarcinii și calcularea DPN

- Se calculează după ultima menstră și/sau datele RUA și poate fi corectată după examinarea ecografică.
- Reperul de evaluare a vârstei gestaționale va fi DPN stabilită și corectată ulterior la prima consultație prenatală a **gravidei**.

Bilanțul stării generale se face prin:

- examenul complet clinic al tuturor aparatelor și sistemelor
- Analize de laborator și investigații paraclinice uzuale precum și cele recomandate în caz de indicație specială

Dacă anumite examene, analize sau investigații nu pot fi realizate din diverse cauze (în special examinarea cu valvele, recoltarea secreției vaginale pentru examen bacteriologic, examen Babeș-Papanicolaou sau examinarea ecografică pelvină), acest lucru va fi consemnat în Carnetul Gravidei.

Evaluarea factorilor de risc în sarcină- se va efectua conform Anexei 1 .

- se completează AHC, APP, APOG în Carnetul gravidei

Evaluarea contextului socio – economic se completează în Carnetul gravidei

Dacă există situații particulare, care nu se regăsesc în Anexa 1 , vor fi specificate separat.

ANAMNEZA cuprinde:

- **nume, prenume**
- **CNP**
- **vârsta**
- **adresa de domiciliu**
- **telefon**
- **adresa de e-mail**
- **profesie**
- **loc de muncă**
- Statut marital (Căs-căsătorită, Nec-necăsătorită/Altele)
- Nivel de instruire
- **Date despre partenerul conceptual:** vârstă, stare de sănătate, patologii și AHC (NU/DA- dacă DA, enumerare/detalieri)
- **Antecedente personale fiziologice:** menarha (ani), caracterele ciclului menstrual;
- Condiții de viață, de muncă (noxe, efort deosebit, adicții etc.)
- **Antecedente heredocolaterale gravidă:** NU/DA- dacă DA, enumerare/detalieri
- **Antecedente personale patologice:** NU/DA- dacă DA, enumerare/detalieri
- **Antecedente obstetricale și ginecologice:** număr de nașteri anterioare, durata, patologia sarcinilor anterioare, date despre travaliu, naștere, greutatea fiecărui copil la naștere (în special <2500g și >4000g), scorul Apgar, născuți morți, malformați, starea actuală de sănătate a copilului/copiilor, evoluția perioadei de lăuzie, număr de avorturi anterioare: spontane sub 14 SA sau/și 14-23 SA+6z, efectuate chirurgical sau medicamentos, avorturi cu complicații, sarcini ectopice.

EXAMENUL GENERAL AL GRAVIDEI PE APARATE ȘI SISTEME

- **Înălțimea, greutatea, pulsul, tensiunea arterială,** vor fi urmărite dinamic cu ocazia următoarelor consultații, cu notarea fiecărei modificări și calcularea IMC

EXAMENUL OBSTETRICAL

- *Examenul sânilor*
- *Palparea abdomenului*
- *Inspecția regiunii vulvo-perineale*
- *Examenul cu valve și tușeul vaginal (efectuate de medicul de specialitate OG și moașă)*

ANALIZE ȘI INVESTIGAȚII

La data elaborării actualului protocol privind metodologia efectuării a consultației prenatale, pachetele de analize decontate de CNAS conțin analizele prevăzute în Anexa nr. 2 .

IERARHIZAREA CAZULUI

La fiecare consultație prenatală, cazul va fi reevaluat și reierarhizat în funcție de evoluție de către MF / medicul specialist OG / moașă, care va evalua factorii de risc și vor încadra sarcina ca fiind cu risc scăzut sau

cu ROC.

Atunci când MF sau moașa nu pot aprecia sau cuantifica factorii de risc, el/ea trebuie să îndrume gravida către medicul de specialitate OG din ambulatoriu sau spre efectuarea de consulturi interdisciplinare (în funcție de caz) în scopul îndeplinirii acestui deziderat.

Medicul/moașa va stabili și va recomanda, un interval pentru următoarea consultație prenatală.

DISPENSARIZAREA GRAVIDELOR se efectuează de către MF și moașă în colaborare cu medic OG.

RITMUL CONSULTAȚIILOR

Consultația prenatală are ritm lunar până la 28 SA, bilunar între 28-36 SA și săptămânal de la 36 SA cu posibilitatea oferirii de telemedicină doar când gravida nu prezintă acuze. Dintre aceste consultații se recomandă ca minim o consultație pe trimestru să fie realizată de către medicul OG.

Toate informațiile obținute vor fi notate conform MCP, prevăzut în anexa nr. 3, în "Carnetul Gravidei", documentația medicală având o importanță deosebită.

Se recomandă ca medicul de familie sau moașa să consilieze pacientele cu privire la **vaccinările în sarcină și profilaxia izoimunizării în sistem Rh, a rahitismului, a anemiei feriprive și a defectelor de tub neural, potrivit anexei nr. 4, și cu privire la igiena sarcinii, potrivit anexei nr. 5.**

OBIECTIVELE ȘI CONȚINUTUL CONSULTAȚIEI PRENATALE ÎN TRIMESTRUL AL II-LEA AL SARCINII

(14 SA– 27 SA +6 zile)

Pentru gravida care se prezintă în Trimestrul II pentru luarea în evidență a sarcinii, consultația prenatală se va efectua ca și în cazul consultației din Trimestrul I.

ANAMNEZA, în Trimestrul II vizează:

- a) Starea generală
- b) Evoluția sarcinii în intervalul scurs de la ultima vizită medicală
- c) Acomodarea femeii la sarcină
- d) Respectarea recomandărilor de igienă stabilite
- e) Evaluarea rezultatelor analizelor și a investigațiilor paraclinice efectuate; se notează, cu ocazia fiecărei vizite medicale, după 20 SA, prezența, absența și calitatea MAF (mișcări active, mișcări lente/diminuate sau absente)
- f) Eventuale acuze – dureri abdominale, leucoree cu semnificație clinică, eliminări de sânge, astenie, dispnee de efort, edeme, tulburări micționale – care pot fi expresia unei patologii ce necesită investigații și tratament.

EXAMENUL GENERAL PE APARATE ȘI SISTEME- urmărește în plus față de cele precizate anterior:

- a) Evaluarea adaptării aparatelor și sistemelor la starea de sarcină, prevenirea și depistarea precoce a patologiei gestaționale
- b) Aspectul tegumentelor extremităților, aspectul membrilor inferioare
- c) Varice, edeme

EXAMENUL OBSTETRICAL- urmărește în plus față de cele precizate anterior:

- Data apariției primelor mișcări fetale și, cu ocazia fiecărei vizite medicale, se consemnează prezența sau absența mișcărilor active fetale (MAF)
- **Examenul genital** (inspecția regiunii vulvo-perineale, examen cu valve și tact vaginal) va fi efectuat de medicul de specialitate OG sau moașă, doar în cazurile în care gravida prezintă semne ce îl impun:
 - a) leucoree cu semnificație clinică
 - b) contracții uterine dureroase: se va preciza starea colului uterin (închis, scurtat, deschis)
 - c) eliminare de lichid amniotic
 - d) sângerare pe cale vaginală (Atenție la tactul vaginal - Poate fi vorba de placentă jos inserată)

ANALIZE ȘI INVESTIGAȚII

La data elaborării actualului protocol privind metodologia efectuării a consultației prenatale, pachetele de analize decontate de CNAS conțin analizele prevăzute în Anexa 2 .

IERARHIZAREA CAZULUI

La fiecare consultație prenatală, cazul va fi reevaluat și reierarhizat în funcție de evoluție (vezi prima consultație prenatală).

Medicul / moașa va stabili și va consemna (sub semnătură gravidei de luare la cunoștință) intervalul pentru următoarea consultație prenatală.

OBIECTIVELE ȘI CONȚINUTUL CONSULTAȚIEI PRENATALE ÎN TRIMESTRUL AL III-LEA AL SARCINII (28 SA - termen)

În plus față de obiectivele consultațiilor prenatale din Trimestrul al II-lea al sarcinii:

- a) medicul OG / moașa - Estimează modalitatea nașterii, în raport cu paritatea, prezența, configurația bazinului, existența patologiei supraadăugate
- b) medicul OG / MF - Reevaluează data concediului prenatal (medic MF sau OG);
- c) medicul OG / MF / moașa - Recomandă pregătirea fizică și psihică pentru naștere și alăptare, cursuri tip Școala Părinților, consultația de către un medic ATI.

ANAMNEZA (cu aceiași parametri ca în Trimestrul II)

EXAMENUL GENERAL PE APARATE ȘI SISTEME (cu aceiași parametri ca în Trimestrul II)

EXAMENUL OBSTETRICAL- urmărește în plus față de cele precizate anterior în Trimestrul II:

- Medicul OG / moașa stabilește prezența și raportul ei față de strâmtoarea superioară;
- Medicul OG / moașa apreciază mărimea fătului și cantitatea de lichid amniotic

ANALIZE ȘI INVESTIGAȚII

La data elaborării actualului protocol privind metodologia efectuării a consultației prenatale, pachetele de analize decontate de CNAS conțin analizele prevăzute în Anexa 2.

IERARHIZAREA CAZULUI

La fiecare consultație prenatală, cazul va fi reevaluat și reierarhizat în funcție de evoluție (vezi prima consultație prenatală).

Medicul sau moașa va stabili și va consemna intervalul pentru următoarea consultație prenatală.

În unitățile de nivel I se recomandă a NU se interna pentru asistența nașterii cazurile care sunt considerate ca având ROC.

Pe parcursul sarcinii medicul trebuie să îndrume gravidele cu risc obstetrical crescut, la o maternitate de nivel II sau III, chiar dacă aceasta se află la distanță

Excepție de la cazurile enumerate mai sus fac urgențele sau cazurile în care gravida este nedepasabilă din motive medicale sau legate de condițiile meteorologice.

CONSULTAȚIA POSTNATALĂ – LĂUZIA

- În primele 24-72 de ore de la externarea din maternitate, medicul de specialitate medicină de familie / moașa vizitează la domiciliu lăuza, pentru a controla starea de sănătate a acesteia și pe cea a nou-născutului.
- Medicul de specialitate medicină de familie / moașa vor urmări concomitent cu supravegherea nou-născutului și evoluția lăuzei: starea generală, temperatură, puls, tensiune, involuție uterină, starea lohiilor, starea sânilor și a lactației, prezența varicelor/flebitelor.
- La consultația efectuată la 2-3 săptămâni de la naștere se vor oferi și recomandări privind contracepția.
- La 5-6 săptămâni de la naștere este recomandată examinarea lăuzei de către medicul de specialitate medicină de familie, de către medicul de specialitate OG sau de către moașă.

ÎNGRIJIREA ÎN LĂUZIA FIZIOLOGICĂ

- În perioada de lăuzie imediată și de lăuzie propriu-zisă, îngrijirea medicală a lăuzei este esențială pentru evitarea complicațiilor puerperale. Medicul de specialitate medicină de familie și/sau moașa trebuie să cunoască și să asigure aceste îngrijiri, cu atât mai mult cu cât externarea lăuzelor, în absența complicațiilor, se poate face în primele 24 de ore după naștere.
- Medicul/moașa trebuie să încurajeze igiena generală și igiena riguroasă a mâinilor în lăuzie. Nu există demonstrația beneficiilor bărbieririi de rutină a zonei pubiene/perineale în prevenirea infecției la nivelul plăgii de epiziotomie.
- Lăuzele trebuie informate cu privire la semnele și simptomele de infecție a tractului genital și cu privire la metodele de prevenire a transmisiei acesteia.
- În lăuzie trebuie menținută o igienă strictă a regiunii vulvare și perineale (cu toaletare amănunțită de cel puțin două ori/zi), esențială pentru a preveni ascensiunea germenilor virulenți.
- În lăuzia după naștere vaginală cu perineotomie, absorbantele vulvare trebuie să fie sterile, și trebuie schimbate frecvent în cursul zilei și după fiecare folosire a toaletei.
- Cadrul medical trebuie să urmărească toaleta plăgii de epiziorafie și a plăgii operației de cezariană și să se îngrijească de suprimarea firelor la momentul potrivit.
- Igiena sânilor are loc zilnic, ca și igiena întregului corp. Se recomandă dezinfectarea/sterilizarea frecventă a echipamentelor de muls/a pompelor utilizate de mame.
- Este important ca un cadru medical să supravegheze cel puțin o masă a copilului la sân și să confirme cu mama semnele transferului corect de lapte (poziționare corectă la sân, înghițituri audibile ale nou-născutului, reluarea suptului după mici pauze pe durata mesei). La nevoie, mama trebuie asistată la mai multe supturi ale copilului, până când probleme cum ar fi ragadele, atașarea defectuoasă, angorjarea sunt corectate.

- Alimentația va fi completă și echilibrată. Nu se recomandă excluderea de rutină a niciunei categorii alimentare. Lăuza va bea lichide în cantitate normală. În perioada alăptării necesarul caloric este crescut - se recomandă ca acest aport să fie asigurat prin alimente bogate în substanțe nutritive (proteine, vitamine și săruri minerale), bine spălate (în cazul fructelor și legumelor crude). Consumul de alcool, tutun și droguri este contraindicat.
- Trebuie recunoscute semnele depresiei postpartum de către cadrele medicale care asigură consultația postnatală și când se observă simptome specifice lăuza trebuie evaluată mai întâi de către un psihiatru, apoi de psiholog, la indicația psihiatrului. La fel, lăuzele cu factori de risc pentru depresie postpartum trebuie să facă consult psihiatric, respectiv psihologic.
- Trebuie asigurată consilierea cu privire la vaccinurile profilactice recomandate pentru nou-născut.
- Totodată, trebuie specificate lăuzei recomandări privind contracepția.

ANEXE

Anexele nr. 1-5 fac parte integrantă din prezentul protocol.

Anexa 1 la Protocol- FACTORI DE RISC ÎN SARCINĂ

1. Condiții socio-economice	
1.1. Sarcina nedorită	
1.2. Domiciliul în zone greu accesibile	
1.3. Nivel socio-economic scăzut (venit redus, alimentație insuficientă, igienă deficitară)	
2. Factori generali	
1.1. Vârsta sub 16 ani sau peste 35 de ani (în special la primipare)	
1.2. Înălțimea sub 1,55 m	
1.3. IMC anormal	
3. Patologie ginecologico-obstetricală anterioară	
1.1. Multiparitate ≥ 4	
1.2. Infertilitate – istoric de RUA	
1.3. Uter cicatricial	
1.4. Malformații uterine	
1.5. Tumori utero-ovariene	
1.6. Macrosomie fetală	
1.7. Copii cu nevoi speciale (hipotrofie, malformații, sindroame genetice)	

1.8.	Operații plastice în sfera genitală (tulburări de statică, fistule, malformații)	
1.9.	Sarcină după tratament pentru infertilitate	
1.10.	Boală abortivă	
1.11.	Avorturi complicate	
1.12.	Nașteri înainte de termen, în special sub 34 SA	
1.13.	Sarcini patologice (hemoragii, infecție, HTA, incompatibilitate în sistem ABO și/sau Rh.)	
1.14.	Nașteri cu complicații:	
1.1.1.	Deces perinatal	
1.1.2.	Distocii mecanice	
1.1.3.	Distocii de dinamică sau de dilatație	
1.1.4.	Distocii prin exces de volum fetal	
1.1.5.	Hemoragii în perioadele III-IV	
1.1.6.	Intervenții obstetricale	
4.	Patologie obstetricală actuală	
1.1.	Distocie de prezentație	
1.2.	Hipertensiune arterială indusă de sarcină	
1.3.	Restricție de creștere intrauterină	
1.4.	Hemoragie genitală în a doua jumătate a sarcinii (placenta praevia, DPP, AUP)	
1.5.	Polihidramnios, oligoamnios	
1.6.	Sarcină gemelară sau multiplă	
1.7.	Incompetența cervico-istmică	
1.8.	Sarcină la un interval mai mic de 1 an de la nașterea precedentă	
1.9.	Diabet gestațional	

5.	Alte boli asociate ale sarcinii	
1.1.	Alergii și intoleranțe	
1.2.	HTA preexistentă sarcinii	
1.3.	Patologie cardiacă	
1.4.	Patologie hematologică	
1.5.	Patologia aparatului respirator	
1.6.	Patologia aparatului digestiv	
1.7.	Patologie renală	
1.8.	Diabet zaharat	
1.9.	Patologie endocrină	
1.10.	Patologie hepatică	
1.11.	Patologie neuropsihică	
1.12.	Patologia sistemului osteo-articular	
1.13.	Patologie dermatologică	
1.14.	Patologie ORL	
1.15.	Boli cu transmitere sexuală	
1.16.	Boli infecto-contagioase	
1.17.	Intoxicații cronice (Pb, Hg, alcool, tutun, medicamente, adicții)	
1.18.	Patologie oftalmologică	
1.19.	Patologie autoimună	
1.20.	Patologie genetică	
1.21.	Patologie psihiatrică	

LISTA ANALIZELOR MEDICALE RECOMANDATE GRAVIDELOR, pentru supravegherea unei sarcini normale

La luarea în evidență, în orice trimestru, preferabil trimestrul I:

- i. Hemoleucogramă completă
- ii. Determinare grup sanguin ABO
- iii. Determinare grup sanguin Rh
- iv. Uree serică
- v. Acid uric seric
- vi. Creatinină serică
- vii. Glicemie
- viii. TGP
- ix. TGO
- x. TSH
- xi. Examen complet de urină (sumar + sediment)
- xii. Urocultură cu antibiogramă
- xiii. VDRL sau RPR
- xiv. Testare HIV
- xv. Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină: hepatită B și C + rubeolă, toxoplasmoză, infecția CMV, herpes (Complex TORCH, *la gravida care nu deține documente medicale care să ateste existența în antecedente a acestor infecții*)
- xvi. Secreție vaginală
- xvii. Examen citologic cervico-vaginal Babeș Papanicolaou (până la SA23+6 zile) **(recomandat o data în sarcină, indiferent de momentul prezentării gravidei pentru luare în evidență)**

Trimestrul al II-lea

- i. Hemoleucogramă completă
- ii. Examen complet de urină (sumar + sediment)
- iii. Urocultură cu antibiogramă (dacă sumarul sugerează infecție urinară)
- iv. Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (SA24 – SA28+6 zile)

Trimestrul al III-lea

- i. Hemoleucogramă completă
- ii. Uree serică
- iii. Acid uric seric
- iv. Creatinină serică
- v. Glicemie
- vi. TGP
- vii. TGO
- viii. Titrul de anticorpi anti D, în incompatibilitate fără izoimunizare în sistem Rh la 28 și 36 SA
- ix. Coagulograma: INR, APTT
- x. Examen complet de urină (sumar + sediment)
- xi. Urocultură cu antibiogramă (dacă sumarul sugerează infecție urinară)
- xii. Detecția Streptococului de grup B (SA34 – SA37+6 zile)

Screening prenatal SA11 - 19+6 zile

Dublu test sau Triplu test (care se recomandă dacă gravida nu a efectuat Dublul test).

EVALUĂRILE ECOGRAFICE RECOMANDATE GRAVIDELOR, pentru supravegherea unei sarcini normale

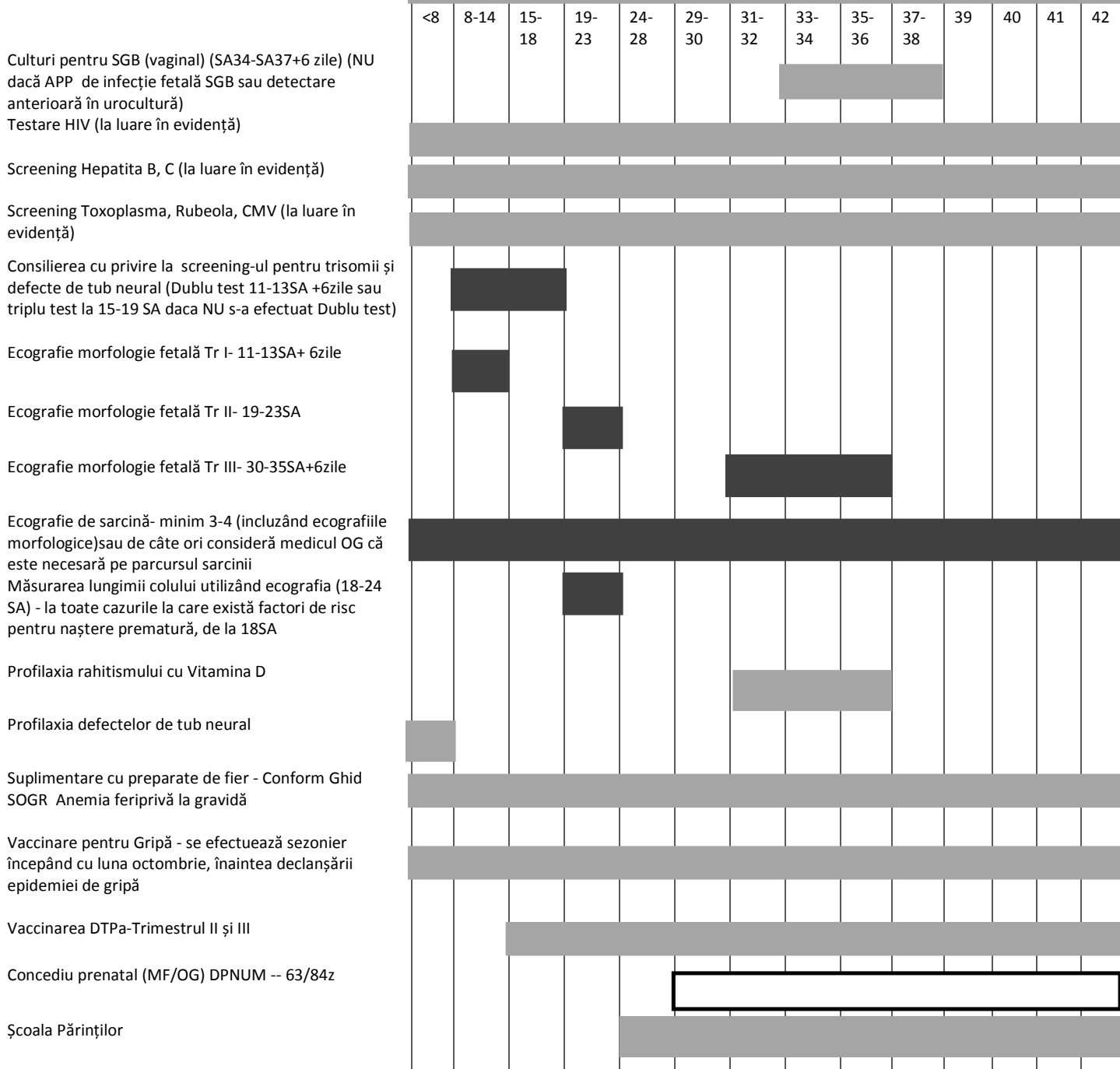
- i. **Examen ecografic pentru confirmare sarcină și datare (6-11 SA)**
- ii. **Examen ecografic pentru depistarea anomaliilor fetale în trim I (11+0zile - 13+6 zile SA)** (conform Ghidului nr. 22 al SOGR, din 09.08.2019/Ghid privind examinarea ecografică de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 1)
- iii. **Examen ecografic pentru depistarea anomaliilor fetale în trim II (19- 23 SA)** (conform Ghidului nr. 23 al SOGR, din 09.08.2019/Ghid privind examinarea ecografică de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 2)

- iv. **Examen ecografic pentru depistarea anomaliilor fetale în trim III (30- 35+6z SA)**
(conform Ghidului nr. 36 al SOGR, din 2020/Ghid privind examinarea ecografică de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 3)

Anexa 3. MEMO CONSULTAȚIE PRENATALĂ (MCP)

	<8	8-14	15-18	19-23	24-28	29-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39	40	41	42
Anamneză, evaluare factori ROC, efectuată de OG /MF/moașă indiferent de momentul în care este luată în evidență și ori de câte ori este nevoie, Examinare fizică generală (MF/OG/moașă), examinare obstetricală *(OG/moașă) la fiecare vizită pe tot parcursul sarcinii* examenul genital se efectuează în situațiile descrise în metodologie	[Solid gray bar]													
Înălțimea(la Prima consultație prenatală)	[Solid gray bar]													
Tensiunea arterială/Puls, Greutatea, IMC-greutatea(kg)/ înălțime(m)2	[Solid gray bar]													
Confirmarea sarcinii prin ecografie +/- testare biochimică (HCG)	[Solid gray bar]													
Înălțime fund uterin, tonus uterin, MAF din SA 20				[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]
Activitatea cardiacă fetală (Doppler fetal sau/ și BCF clinic din SA 24)					[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]
Starea membranelor (evaluată din SA 24)					[Hatched bar]	[Hatched bar]	[Hatched bar]	[Hatched bar]	[Hatched bar]	[Hatched bar]	[Hatched bar]	[Hatched bar]	[Hatched bar]	[Hatched bar]
Prezența fetală (începând cu 28 SA)						[Hatched bar]	[Hatched bar]	[Hatched bar]	[Hatched bar]	[Hatched bar]	[Hatched bar]	[Hatched bar]	[Hatched bar]	[Hatched bar]
Stabilirea Rh-ului, grupeii sanguine	[Solid gray bar]													
Dozarea anticorpilor Anti D (Rh) *în incompatibilitate de Rh fără izoimunizare, se va repeta dozarea acestora în SA 28 și 36	[Solid gray bar]				[Solid gray bar]				[Solid gray bar]					
Profilaxia izoimunizării în sistem Rh la 28-30 SA					[Solid gray bar]	[Solid gray bar]								
Hemoleucograma - la luarea în evidență și în trimestrul II și III	[Solid gray bar]													
Coagulograma (AP, APTT, Fibrinogen)						[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]
Glicemia a jeun la luarea în evidență și în trimestrul III	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]				[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]
Screening pentru diabetul gestațional: Test de toleranță la glucoză per os +/- hemoglobină glicată (24-28 SA)					[Solid gray bar]									
Uree serică, acid uric seric, creatinină serică, TGO, TGP	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]				[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]	[Solid gray bar]
Examen complet de urină - la luarea în evidență, la 25-28 și la 35-36 SA	[Solid gray bar]													
Urocultura (Trimestrul I, II, III - daca sumarul sugerează infecție urinară)	[Solid gray bar]													
Examen Babeș-Papanicolaou (daca nu a fost efectuat cu minim 1 an înainte de sarcina)	[Solid gray bar]													
Examen bacteriologic secreție vaginală - la luare în evidență	[Solid gray bar]													

RPR/VDRL- la luarea în evidență



MF/ OG



MF/Medic de OG/ Moașă



Medic de OG/ Moașă



Medic de OG



Anexa 4 la Protocol

RECOMANDĂRI PRIVIND VACCINĂRILE ÎN SARCINĂ ȘI PROFILAXIA IZOIMUNIZĂRII ÎN SISTEM RH, A RAHITISMULUI, A ANEMIEI FERIPRIVE ȘI A DEFECTELOR DE TUB NEURAL

VACCINAREA DTPa

Imunizarea activă împotriva tetanosului, difteriei și tusei convulsive, ca rapel după schema de vaccinare primară, poate fi recomandată la gravide, de către medicul MF cu DTPa - Vaccin difteric, tetanic și pertussis acelular (adsorbit, cu conținut redus de antigene) în tot timpul sarcinii, optim pe parcursul celui de-al doilea sau al treilea trimestru de sarcină, pentru a oferi protecție pasivă sugarilor împotriva tusei convulsive.

- Vaccinarea DTPa trebuie să fie făcută la fiecare sarcină, indiferent de intervalul dintre sarcini, pentru a asigura un titru cât mai eficient de anticorpi sugarului până la primirea primei doze de vaccin de către acesta
- Conform Programului Național de Imunizare, vaccinarea împotriva difteriei, tetanosului și a tusei convulsive este obligatorie la vârsta de 2,4,11 luni, cu primul rapel la vârsta de 6 ani și al doilea la vârsta de 14 ani;
- Uniunea Europeană recomandă vaccinarea de rapel a adulților la fiecare 10 – 20 ani.

VACCINAREA ANTIGRIPALĂ

- Se recomandă ca administrarea de vaccin antigripal inactivat să se efectueze sezonier începând cu luna octombrie.

VACCINAREA ANTI VHB

- Se recomandă gravidelor cu risc de contactare a virusului hepatitei B

VACCINAREA anti-COVID 19

- Se va efectua în conformitate cu Instrucțiunile COMITETULUI NAȚIONAL DE COORDONARE A ACTIVITĂȚILOR PRIVIND VACCINAREA ÎMPOTRIVA SARS-CoV-2 și pozițiile Societății de Obstetrică și Ginecologie din România față de vaccinarea COVID-19 a femeii gravide și care alăptează.

PROFILAXIA IZOIMUNIZĂRII ÎN SISTEM RH

- Va fi efectuată în conformitate cu Ghidul Clinic pentru Obstetrică și Ginecologie nr.14/2019, „Conduita în sarcină cu incompatibilitate în sistem Rh”

PROFILAXIA RAHITISMULUI:

- Va fi efectuată în conformitate cu ORDINUL ministrului sănătății nr. 1240/2019 pentru aprobarea Ghidului privind evaluarea și terapia deficitului de vitamină D la gravidă, nou-născut și copil și a Ghidului privind evaluarea statusului vitaminei D la adulți

PROFILAXIA ANEMIEI FERIPRIVE

- Va fi efectuată în conformitate cu Ghidul Clinic pentru Obstetrică și Ginecologie nr.15/2019, „Anemia feriprivă la gravidă” capitolul 6.1 “Profilaxia anemiei”.

PROFILAXIA DEFECTELOR TUB NEURAL

- Se va efectua cu Acid folic și cu derivați.

Anexa 5 la Protocol

IGIENA SARCINII

Se recomandă ca medicul de familie / moașa (cu ocazia examinărilor periodice, cu ocazia eliberării certificatului prenuptial, etc.) să consilieze grupul femeilor de vârstă fertilă, potențiale viitoare mame, despre importanța prezentării la medic, în sarcină.

Medicul de familie / obstetrician / moașa trebuie să ofere gravidei consiliere bazată pe evidențe privitoare la:

- Evoluția sarcinii, ca proces normal fiziologic
- Modalitatea de evaluare medicală și oferta de intervenții cu beneficii cunoscute de către gravide
- Drepturile și obligațiile unei femei gravide

ASPECTE GENERALE:

- Sarcina și nașterea sunt fenomene fiziologice
- Stilul de viață trebuie să fie asemănător celui dinaintea sarcinii, cel puțin până în ultimul trimestru
- Munca fizică se va continua până la intrarea în concediul prenatal (conform legislației). Schimbarea locului de muncă se efectuează cu avizul medicului de medicina muncii.
- Gravida este o femeie sănătoasă, aflată într-o stare deosebită, care necesită menajamente și un regim de viață protector.
- Este foarte important ca gravida să fie supravegheată medical periodic, după cum urmează:
 - Prezentarea pentru prima consultație să aibă loc în primele trei luni de sarcină, optim în primele 8 săptămâni de lipsă a menstrui
 - Consultațiile prenatale se recomandă a fi efectuate o dată pe lună până la 28 de săptămâni, o dată la două săptămâni între 29-36 de săptămâni și apoi săptămânal; dintre acestea cel puțin o consultație pe trimestru, să fie efectuată de medicul obstetrician
- Alimentația trebuie să fie echilibrată; aceasta asigură menținerea sănătății, nevoile de creștere ale fătului, forța fizică și vitalitatea în travaliu.
- Cântărirea gravidei trebuie efectuată în mod regulat – câștigul ponderal în sarcină optim este de aproximativ 9-12 kg în funcție de IMC.
- Consumul de alcool, fumatul, vitamina A și drogurile reprezintă un pericol pentru făt și nou-născut.

RECOMANDĂRI GENERALE:

- Administrarea de medicamente și examinările radiologice trebuie să fie efectuate cu recomandarea medicului atunci când beneficiile depășesc riscurile, după consiliere prealabilă, în funcție de vârsta gestațională, categoria medicamentului și doza de iradiere.
- Călătoriile solicitante și ortostatismul prelungit trebuie să fie evitate (risc de tromboză venoasă). Utilizarea ciorapilor compresivi poate reduce acest risc.
- Centurile auto de siguranță trebuie să fie utilizate corect, în 3 puncte, deasupra și dedesubtul uterului gravid, nu transversal pe acesta.
- Sporturile practicate să fie autorizate de către medic și anume, acelea care nu solicită excesiv capacitatea fizică, de obicei până în luna a VI-a (alergarea ușoară, jocuri ușoare cu mingea, tenisul,

înotul). Gimnastica ocupă un loc aparte, fiind recomandate exercițiile fizice care să antreneze musculatura respiratorie și pe cea abdominală.

Activitatea fizică se contraindică în sarcinile cu risc obstetrical crescut sau dacă apar complicații.

- Psihoprofilaxia privind nașterea trebuie să implice în discuție ambii parteneri (Școala Părinților).
- Pregătirea pentru alăptare trebuie să fie efectuată încă din timpul sarcinii.

REGULI DE IGIENĂ:

- Mișcarea în aer liber trebuie să fie efectuată zilnic cel puțin 30 minute pe zi.
- Somnul și odihna trebuie să fie suficiente și realizate zilnic într-un mod natural, fără somnifere
- Igiena corporală trebuie să fie realizată zilnic cu apă caldă și un săpun neiritant, baia și dușul fiind recomandate în timpul sarcinii; în ultimele două luni de sarcină baia generală trebuie să fie evitată recomandându-se de obicei dușul (abdomenul mărit de volum poate predispuce la accidente).
- Spălăturile vaginale sunt recomandate doar la indicația medicului. Igiena orală trebuie respectată, iar controalele și tratamentele stomatologice sunt recomandate, cunoscut fiind faptul că sarcina favorizează apariția sau agravarea cariilor.
- Îngrijirea sânilor și a abdomenului trebuie să primească o atenție deosebită (mai ales la primipare și la femeile cu mameloane invaginate). Gimnastica și masajul (în primele 4 – 5 luni) sunt utile, însă folosirea diverselor creme și a substanțelor emoliente nu evită apariția vergeturilor.
- Îmbrăcămintea trebuie să fie adaptată condițiilor de anotimp și de temperatură, să fie comodă, largă mai ales pe abdomen iar încălțăminte să fie cu tocuri joase și late, ținând cont de modificările de echilibru și ale centrului de greutate, cu solicitarea coloanei lombare prin accentuarea lordozei lombare.
- Relațiile sexuale sunt permise în timpul sarcinii, dacă nu există motive medicale care să le contraindicede.

GRAVIDEI I SE RECOMANDĂ SĂ EVITE:

- Camerele în care se fumează
- Alimentele excesiv sărate și conservele
- Consumul de fructe și legume nespălate, consumul de carne și ouă insuficient preparate termic sau de lactate nepasteurizate
- Substanțe excitante: cola, cannabis
- Consumul excesiv de cafeină
- Contactul cu persoane afectate de boli infecțioase: COVID 19, gripă, hepatită virală tip A, varicelă, rubeolă, etc
- Contactul cu produse toxice
- Folosirea de dizolvanți, vopsele, aerosoli, insecticide
- Condițiile grele de muncă: mediu zgomotos sau lucrul la temperaturi înalte, ortostatismul prelungit, ridicarea de greutate, trepidații, orarul de lucru prelungit
- Muncile casnice solicitante
- Contactul cu animale necunoscute
- Călătoriile cu avionul după luna a 7-a de sarcină

GRAVIDEI I SE RECOMANDĂ SĂ CONSULTE MEDICUL/MOAȘA ÎN URMĂTOARELE SITUAȚII:

- Febră (temperatură mai mare de 38°C)
- Vărsături frecvente
- Dureri abdominale
- TA > 140/90 mmHg la 2 determinări consecutive
- Tulburări urinare (usturime, senzație de urinare frecventă)
- Creștere bruscă în greutate (în numai câteva zile)
- Edeme / creșterea în volum a picioarelor și mâinilor
- Cefalee, vertij, tulburări de vedere
- Violență domestică
- Abuz sexual
- Consum de droguri

CONSILIEREA GRAVIDEI DUPĂ 24 SA:

- Oferirea de informații despre semnele travaliului
- Stabilirea prognosticului nașterii, în raport cu paritatea, prezentația fătului și starea acestuia, conformația bazinului și existența patologiei supraadăugate
- Stabilirea datei de intrare în concediul prenatal (legislația în vigoare permite 63/84 zile de concediu înainte de data probabilă a nașterii și de 63/42 de zile pentru concediu postnatal)

GRAVIDEI I SE RECOMANDĂ SĂ SE PREZINTE LA MATERNITATE ÎN URMĂTOARELE SITUAȚII:

- Contractții uterine (uneori dureroase) prezente ce se resimt la nivelul părții inferioare a abdomenului sau a spatelui. Aceste contractții trebuie să fie regulate și să se repete la un interval mai mic de 20 minute
- Sângerare pe cale vaginală, chiar și în cantitate minimă
- Eliminarea a dopului gelatinos (mucus sangvinolent) înainte de 37 SA
- Pierdere de lichid amniotic
- Depășirea datei probabile a nașterii
- Lipsa mișcărilor active fetale sau scăderea frecvenței acestora / impresia subiectivă că a scăzut intensitatea / amplitudinea lor

ASPECTE ADMINISTRATIVE

- Monitorizarea evoluției sarcinii face parte din serviciile medicale profilactice suportate din fondul național unic de asigurări de sănătate, indiferent de statutul de asigurat al femeii
- Se recomandă gravidei luarea în evidență de către medicul de familie sau înscrierea acesteia pe lista de pacienți a unui medic de familie
Un medic de familie din localitatea de reședință a gravidei trebuie să înscrie gravida pe lista sa, dacă i se solicită acest lucru de către gravidă sau de către serviciul de asistență medicală comunitară
- Gravida, asigurată sau nu medical, beneficiază gratuit de următoarele servicii medicale:
 - monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei;
 - asigurarea urgențelor medico-chirurgicale, inclusiv nașterea.
- Lipsa efectuării consultațiilor prenatale de către gravidele asigurate, trebuie consemnată de către medicul de familie/ obstetrician/ moașă în carnetul gravidei

ALIMENTAȚIA GRAVIDEI

Modificările homeostaziei organismului femeii gravide în timpul sarcinii, necesitățile impuse de prezența sarcinii, adaptarea diferitelor aparate, sisteme și metabolisme la starea de gestație și în special modificarea intensă și rapidă a aparatului genital cu apariția compartimentului feto-placentar, impun o dietă adecvată. Creșterea în greutate optimă este între 9 și 12 kg în funcție de IMC.

Aportul caloric este de aproximativ 300 cal suplimentare zilnic, asigurându-se consumul caloric de aproximativ 2.400 cal/zi, în funcție de vârsta femeii gravide, ocupația sa, modul de viață, dar mai ales în funcție de greutatea anterioară sarcinii (aport caloric mai mare la cele subponderale și diminuat la cele supraponderale). La cele cu muncă fizică foarte intensă, alimentația trebuie să permită un aport caloric zilnic de 2.600-2.800 cal.

- Proteinele – circa 1,5 g/kgcorp/zi.
- Glucidele – 5-6 g/kgcorp/zi, minimum jumătate să provină din fructe și legume, favorizându-se astfel și aportul concomitent de vitamine și oligoelemente
- Lipidele – 1 g/kgcorp/zi, în general în proporție de 50% de origine animală

Mineralele

- Sodiul – sarcina induce o pierdere cronică de sodiu, astfel încât restricția sa alimentară poate fi periculoasă
- Fierul – necesarul zilnic de aproximativ 800-1000 mg Fe, nu este acoperit de aportul alimentar, chiar în condițiile unei absorbții intestinale normale și a mobilizării fierului din rezerve; pentru evitarea apariției anemiei hipocrome este necesară administrarea profilactică de preparate de fier la indicația medicului

- Calciul – necesarul zilnic în sarcină este de 1-1,2 g
- Suplimentarea cu 1-1,5 g de Calciu/zi la gravidele cu dieta hipocalcemică reduce riscul de preeclampsie cu 30-50%

Vitaminele

- Dieta echilibrată și completă asigură necesarul de vitamine pentru gravidă, alte preparate medicamentoase nefiind necesare.

TRATAMENTUL SIMPTOMELOR MINORE ÎN SARCINĂ

Grețurile și vărsăturile

- Sunt simptome dominante ale sindromului neurovegetativ de instalare a sarcinii. Formele ușoare sau moderate (cele severe încadrându-se în disgravidia de prim trimestru) cedează de obicei spontan după 13 – 14 SA
- Ameliorarea simptomatologiei poate fi realizată ușor printr-un stil de viață sănătos: mișcarea în aer liber, respectarea igienei alimentare, evitarea alimentelor "difil de digerat" și a mirosurilor neplăcute, mesele mici și dese alcătuite mai ales din fructe și legume. Printre mijloacele non farmacologice utile se numără: ghimbirul

Pirozizul

- Reducerea peristaltismului tubului digestiv, cu reflux de suc gastric în esofag determină apariția pirozizului (în special în trimestrul al III-lea defavorizat de creșterea uterului și deplasarea stomacului)
- Se recomandă modificarea dietei, preparate antiacide și pansamente gastrice prescrise de medic

Constipația

- Cauzele constipației sunt aceleași ca și ale pirozizului
- Se recomandă activitate fizică și o alimentație mai bogată în vegetale cu reziduuri chitineice (prune, pere, salată verde, varză crudă, morcovi etc.) sau substanțe ce scad consistența scaunului (supozitoare cu glicerină 1-2/zi)

Hemoroizii

- Sunt accentuați deseori de încetinirea tranzitului
- Se recomandă igiena alimentară cu evitarea alimentelor iritante, scăderea consistenței scaunului, igienă locală, crema/supozitoare antihemoroidale

Durerea lombară

- Este cauzată de suprasolicitarea coloanei lombare prin schimbarea centrului de greutate determinată de mărirea de volum a abdomenului
- Se recomandă folosirea încălțămintei adecvate, plimbări scurte, exerciții acvatic, masaj, odihnă și evitarea ortostatismului sau poziției în șezut prelungite

Polakiuria

- Apare frecvent din cauza congestiei pelviene și/sau a compresiunii asupra vezicii determinată de uterul gravid
- Nu se tratează, dar impune investigarea infecțiilor aparatului urinar

Varicele (membrele inferioare și/sau vulvare)

- Apar în special la multipare
- Se recomandă purtarea ciorapilor elastici, ridicarea membrele inferioare deasupra planului orizontal și evitarea ortostatismului sau poziției în șezut prelungite

Leucoreea

- Este de obicei fiziologică, prin creșterea formării de mucus de către glandele cervicale sub acțiunea estrogenilor
- Nu se tratează decât prin respectarea regulilor de igienă intimă externă
- Se recomandă examen citobacteriologic al secreției vaginale doar în cazurile în care este prezentă leucoreea cu semnificație clinică

Oboseala și somnolența

- Apar cu predilecție în primul trimestru
- Insomnia nu se tratează cu tranchilizante și/sau somnifere decât în cazuri speciale
- Se recomandă plimbări în aer liber, sporturi ușoare, masaj de relaxare etc.