

**Acesta este actul compus (forma care include modificarile pe text) creat la data de 16 aprilie 2019**

M.Of.nr.885 din 27 decembrie 2007

M.Of.nr.885 bis din 27 decembrie 2007

Ministerul Muncii,  
Familiei si Egalitatii de Sanse  
Nr. 762 din 31 august 2007

Ministerul Sanatatii Publice  
Nr.1992 din 19 noiembrie 2007

**ORDIN**  
pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza  
carora se stabileste incadrarea in grad de handicap

In temeiul [art. 84](#) alin. (5) din Legea [nr. 448/2006](#) privind protectia si promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, cu modificarile si completarile ulterioare, avand in vedere prevederile:

- [art. 14](#) din Hotararea Guvernului [nr. 381/2007](#) privind organizarea si functionarea Ministerului Muncii, Familiei si Egalitatii de Sanse;
- [art. 7](#) alin. (4) din Hotararea Guvernului [nr. 862/2006](#) privind organizarea si functionarea Ministerului Sanatatii Publice, cu modificarile si completarile ulterioare,

ministrul muncii, familiei si egalitatii de sanse si ministrul sanatatii publice emit urmatorul ordin:

Art. 1. - Se aproba Criteriile medico-psihosociale de incadrare in grad de handicap, prevazute in anexa\*) care face parte integranta din prezentul ordin.

\*) Anexa se publica ulterior in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 885 bis in afara abonamentului, care se poate achizitiona de la Centrul pentru vanzari si relatii cu publicul al Regiei Autonome "Monitorul Oficial", Bucuresti, sos. Panduri nr. 1.

Art. 2. - Autoritatea Nationala pentru Persoanele cu Handicap, Comisiile de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, Comisiile pentru protectia copilului si Directiile generale de asistenta sociala si protectia copilului judetene, respectiv ale sectoarelor municipiului Bucuresti vor duce la indeplinire prevederile prezentului ordin.

"Art. 2. - Autoritatea Nationala pentru Persoanele cu Handicap, comisiile de evaluare a persoanelor adulte cu handicap si directiile generale de asistenta sociala si protectia copilului judetene, respectiv ale sectoarelor municipiului Bucuresti, vor duce la indeplinire prevederile prezentului ordin."

Modificat de art.I pct.1 din [OAP 124/2008](#)

Art. 3. - Prezentul ordin se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

nistrul muncii, familiei si egalitatii de sanse, Ministrul sanatatii publice,

Paul Pacuraru

Gheorghe Eugen Nicolaescu

**ANEXA**

**CRITERII**  
**medico-psihosociale de incadrare in grad de handicap**

**CAPITOLUL 1**  
**FUNCTIILE MENTALE**

"Capitolul 1  
**Functiile mentale**

**I.1. Evaluarea persoanelor cu dezvoltare incompleta a functiilor mentale, in vederea incadrarii in grad de handicap\***

<b>PARAMETRI FUNCTIONALI</b>	<p>1. Evaluarea comportamentului adaptativ, respectiv:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) capacitatea de invatare (QI, memorie, atentie);</li><li>b) nivelul de dezvoltare bio-psoho-comportamentală (varsta mentala, nivelul dezvoltarii limbajului);</li><li>c) nivelul de autonomie sociala.</li></ul> <p>2. Instrumente de lucru:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) examen psihiatric;</li><li>b) teste psihologice;</li><li>c) scala GAFS (Global Assesment of Functioning Scale).</li></ul>
------------------------------	--

DEFICIENTA USOARA	HANDICAP USOR	a) intarzierea mintala usoara (nivel QI 50-55 pana la 70); b) scor GAFS 61-80; c) prezinta capacitate de comunicare orala si scrisa, dar manifesta o intarziere de 2-3 ani in evolutia scolara, fara ca aceasta sa fie determinata de carente educative, dificultati de invatare si gandire deficitara. Carentele se manifesta numai in cazul solicitarii intelectuale; d) se pot antrena in activitati simple; e) pot desfasura activitati lucrative daca beneficiaza de servicii de sprijin.
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU**	a) intarzierea mintala usoara, asociata cu o alta deficienta fizica, senzoriala, epilepsie si/sau tulburari comportamentale (care necesita tratament si monitorizare de specialitate); b) intarzierea mintala moderata (nivel QI 35-40 pana la 50-55); c) scor GAFS 51-60; d) isi insusesc cu dificultate operatiile elementare, insa pot invata sa scrie si sa citeasca cuvinte scurte; au deprinderi elementare de autoservire si se adapteaza la activitati simple de rutina; au capacitatii de autoprotecție suficiente, putand fi integrati in comunitate si sa desfasoare activitati lucrative in conditii protejate.
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT***	a) intarzierea mintala accentuata (nivel QI 20-25 pana la 35-40); b) scor GAFS 31-50; c) adaptarea la situatii noi nu se realizeaza conform varstei cronologice; d) persoana are un ritm de dezvoltare lent, curba de perfectionare este plafonata, avand loc blocaje psihice; e) sunt capabili sa efectueze sarcini simple sub supraveghere, au nevoie de servicii de sprijin si se pot adapta la viata de familie, comunitate.
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	a) intarzierea mintala profunda (nivel QI sub 20-25); b) scor GAFS 21-30 grav, fara asistent personal; c) scor GAFS 1-20 grav, cu asistent personal. Minima dezvoltare senzitivo-motorie, reactioneaza la comenzi simple indelung executate, au nevoie de asistenta permanenta fiind incapabili de autoconducere si autocontrol.

\* Se refera la retardul mintal/intarzierea mentala.

Criterii de diagnostic - ICD 10 pentru retardarea/intarzierea mentala:

- A. functionarea intelectuala generala semnificativ submedie;
- B. dificultati semnificative in functionarea adaptativa in cel putin doua din urmatoarele domenii: comunicare, autoingrijire, familie, aptitudini sociale/relatii interpersonale, uz de resursele comunitatii, autoconducere, aptitudini scolare, ocupatie, timp liber, sanatate, securitate;
- C. debut inainte de varsta de 18 ani.

\*\* In functie de severitatea deficientei asociate se va trece la handicap accentuat sau grav.

\*\*\* In functie de severitatea deficientei asociate se va trece la handicap grav.

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP USOR	a) dezvolta, de regula, aptitudini sociale si de comunicare in timpul anilor prescolari, au o deteriorare minima in arile senzitivo-motorii; b) pot achizitiona cunostinte scolare corespunzatoare nivelului clasei a VI-a, capata aptitudini sociale si profesionale adevarate pentru autointretinere, pot trai satisfacator in societate, daca nu exista o tulburare asociata; c) uneori asociaza tulburari de comportament care pot atinge intensitatea unor acte antisociale, adictii de substante psihooactive.	a) au nevoie de sprijin pentru insertie sociala pe piata muncii pentru a dobandi abilitati de trai independent, prin serviciile de consiliere si orientare vocationala/profesionala; b) monitorizare de specialitate si masuri educative in cazul celor cu comportament deviant.
HANDICAP MEDIU	a) pot beneficia de pregatire profesionala si, cu supraveghere moderata, pot avea grija de ei insisi; b) pot efectua activitati lucrative; c) au nevoie de servicii de sprijin.	a) au nevoie de sprijin pentru insusirea unei meserii, in functie de abilitati/aptitudini; b) implicarea agentiei de formare profesionala este necesara pentru insertia sociala pe piata muncii; c) suport psihoterapeutic pentru cei cu tulburari de comportament, care necesita monitorizare de specialitate.
HANDICAP ACCENTUAT	a) au o dezvoltare psihomotorie redusa; b) pot dobandi deprinderi igienice elementare; c) pot efectua sarcini simple.	a) pot desfasura activitati simple; b) au nevoie de sprijin pentru a efectua activitatilie pentru care au fost pregatiti.
HANDICAP GRAV	- dependenta paritala sau totala de ajutorul altei persoane	- in functie de rezultatul evaluarii complexe si de stabilirea gradului de autonomie personala, pot beneficia de asistent personal.

## I.2. EVALUAREA PERSOANELOR CU VARSTA CRONOLOGICA DE PESTE 18 ANI CU TULBURARE DE SPECTRU AUTIST, IN VEDEREA INCADRARII IN GRAD DE HANDICAP

Tulburarea autista este o tulburare pervaziva de dezvoltare caracterizata prin: deteriorarea calitativa in interactiunea sociala, deteriorari calitative in comunicare, precum si patternuri stereotipe si restranse de comportament, preocupari si activitati. Este de asemenea caracterizata de intarzieri, cu debut inaintea varstei de 3 ani, in cel putin unul din urmatoarele domenii:

- interactiune sociala;

– limbaj, asa cum este utilizat in comunicarea sociala;

– joc imaginativ sau simbolic.

Relatiile interpersonale genereaza anxietate mai ales cand interactioneaza cu persoane necunoscute. Anxietatea este generata si de schimbarile ambientale. Aceste persoane au abilitati afective si cognitive in limite variabile, dar nu au capacitatea de integrare constructiva a functiilor mentale, cu rol determinant in formarea de deprinderi interpersonale, necesare stabilirii de interactiuni sociale.

PARAMETRI FUNCTIONALI		<p>1. Evaluarea se va centra pe surprinderea gradului de dezvoltare a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) abilitatilor socioafective;</li> <li>b) abilitatilor cognitive si abilitatilor dependente de functiile executive centrale;</li> <li>c) abilitatilor somatici si motorii.</li> </ul> <p>2. Instrumente de lucru:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) examen psihiatric;</li> <li>b) teste psihologice specifice.</li> </ul>
DEFICIENTA USOARA	HANDICAP USOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) socializare: afectarea calitativa usoara a interactiunii sociale;</li> <li>b) limbaj: afectarea calitativa a limbajului expresiv;</li> <li>c) autointretinere: afectarea calitativa a abilitatilor de autointretinere;</li> </ul>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) socializare: afectarea calitativa moderata a interactiunii sociale;</li> <li>b) limbaj: afectarea calitativa si cantitativa a limbajului expresiv;</li> <li>c) autointretinere: afectarea calitativa si cantitativa a abilitatilor de autointretinere.</li> </ul>
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) socializare: afectarea calitativa si cantitativa accentuata interactiunii sociale, cu interactiune sociala posibila intr-un mediu controlat;</li> <li>b) limbaj: afectarea calitativa si cantitativa a limbajului expresiv si receptiv;</li> <li>c) autointretinere: afectarea calitativa si cantitativa a abilitatilor de autointretinere, cu nevoie de ajutor din partea adultului.</li> </ul>
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) socializare: afectarea calitativa si cantitativa severa a interactiunii sociale, interactiune sociala limitata la familie; interactiunea cu mediul social exterior familiei este mediatata de adult;</li> <li>b) limbaj: absenta dezvoltarii limbajului (expresiv si receptiv) sau dezvoltarea limbajului cu afectarea rolului de comunicare;</li> <li>c) autointretinere: absenta abilitatilor de autoconducere si autodeterminare sau efectuarea sub supravegherea adultului a activitatilor de autoingrijire si autoservire.</li> </ul>
	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP USOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) dezvolta aptitudini sociale si de comunicare, cu limitare usoara</li> <li>b) capata aptitudini profesionale adevarate pentru autointretinere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- au nevoie de sprijin pentru insertie sociala pe piata muncii pentru a dobandi abilitati de trai independent prin serviciile de orientare si consiliere vocationala/profesionala</li> </ul>
HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) dezvolta aptitudini sociale si de comunicare, cu limitare moderata</li> <li>b) capata aptitudini profesionale limitate si, cu supraveghere moderata, pot avea grija de ei insisi c) pot efectua activitati lucrative</li> <li>d) au nevoie de servicii de sprijin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) au nevoie de sprijin pentru insusirea unei meserii, in functie de abilitati/aptitudini</li> <li>b) consiliere si orientare profesionala pentru insertia pe piata muncii</li> </ul>
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) dezvolta aptitudini sociale si de comunicare limitate, cu interactiune sociala posibila intr-un mediu controlat</li> <li>b) pot asocia tulburari afective, emotionale si de conduită</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) pot desfasura activitati simple, stereotipate</li> <li>b) au nevoie de sprijin si supraveghere pentru a efectua activitati de terapie ocupationala</li> <li>c) monitorizare si masuri educative si terapeutice in cazul celor cu comportament deviant</li> </ul>
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) integrare sociala perturbata, limitata la un grup restrans de persoane din mediul familial si extrafamilial</li> <li>b) limbaj cu rol de comunicare restrans</li> <li>c) pot dobandi deprinderi de autoservire, in conditiile de sprijin</li> <li>d) pot efectua sarcini simple</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in functie de rezultatul evaluarii complexe si de stabilirea gradului de autonomie personala, pot beneficia de asistent personal</li> </ul>

## II. EVALUAREA PERSOANELOR CU REGRESIE (DETERIORARE) A FUNCTIILOR INTELECTUALE IN VEDEREA INCADRARII IN GRAD DE HANDICAP\*

PARAMETRI FUNCTIONALI		<ul style="list-style-type: none"> <li>- examen psihiatric;</li> <li>- teste psihologice (MMSE, Reisberg);</li> <li>- scala GAFS;</li> <li>- CT; RMN.</li> </ul>
DEFICIENTA USOARA	HANDICAP USOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- scor MMSE 21-25;</li> <li>- scor GAFS 61-80;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- deteriorare cognitiva;</li> <li>- uita evenimentele recente;</li> <li>- ezitate in a raspunde la intrebari.</li> </ul>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- scor MMSE 15-20;</li> <li>- scor GAFS 51-60;</li> <li>- tulburari de memorie si tulburari psihice de intensitate medie;</li> <li>- orientarea se realizeaza cu dificultate, informatiile slab fixate;</li> <li>- deteriorare sociala moderata cu dificultati in activitatea profesionala.</li> </ul>
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- scor MMSE 10-14;</li> <li>- scor GAFS 31-50;</li> <li>- deteriorare severa in functionarea sociala, profesionala si familiala;</li> <li>- uitarea conversatiei recente, a evenimentelor curente;</li> <li>- pot sa existe modificarile marcante ale personalitatii, afectului si comportamentului;</li> <li>- se insotesc frecvente de halucinatii, delir, depresie si anxietate.</li> </ul>
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- scor MMSE ≤ 9;</li> <li>- scor GAFS 21-30 grav fara asistent personal;</li> <li>- scor GAFS 1-20 grav cu asistent personal;</li> <li>- uitarea numelor celor apropiati si a datelor personale;</li> <li>- incapacitate de memorare;</li> <li>- deteriorarea judecatii, a controlului pulsional;</li> <li>- lipsa capacitatii de autodeterminare si autoservire.</li> </ul>

\* Se refera la demente atrofico-degenerative si la cele organice, caracterizate prin alterarea persistenta si progresiva atat a functiilor cognitive (memorie, intelect, limbaj, judecata), cat si a celor noncognitive (afectivitate, perceptie, comportament). Sindromul demential apare in boala Alzheimer si in boala cerebrovasculara (dementa corticala postinfarctare cerebrale multiple, encefalopatia aterosclerotica subcorticala - boala Binswanger, forma mixta), dar si in alte conditii medicale care afecteaza primar sau secundar creierul: boala Pick, boala Creutzfeldt-Jacob, boala Huntington, boala Parkinson, maladie HIV, hidrocefalie, traumatismele cerebrale, tumorile cerebrale. Explorarile imagistice confirmă diagnosticul etiologic al afectiunii, dar exista ca numitor comun reducerea populatiei neuronale, evidențiată prin atrofia corticala si/sau subcorticala.

#### Criterii ICD 10:

##### A. Dezvoltarea mai multor deficite cognitive, dintre care obligatoriu:

- a) afectarea memoriei (afectarea capacitatii de invatare a informatiilor noi sau de evocare a informatiilor invatate anterior);
- b) una (sau mai multe ) dintre urmatoarele tulburari cognitive:1. afazie (tulburare a limbajului);
- 2. apraxie (afectarea abilitatii de a efectua activitati motorii, cu toate ca functia senzoriala este indemna);
- 3. agnozie (incapacitatea de a recunoaste sau de a identifica obiecte, cu toate ca functia senzoriala este indemna);
- 4. perturbarea functionarii executive (planificare, organizare, secesionalizare, abstractizare).

B. Deficitele cognitive mentionate cauzeaza, fiecare, afectarea semnificativa a functionarii sociale sau ocupationale si constituie un declin semnificativ fata de un nivel anterior de functionare.

C. Afectarea memoriei trebuie sa fie prezenta, insa, uneori, poate sa nu fie simptomul predominant.

D. Evolutia se caracterizeaza prin debut gradat si declin cognitiv continuu.

In procesul evaluarii complexe este necesar sa fie identificate elemente precum: factorii motivationali sau emotionali (ideatia deliranta, halucinatiile, depresia, tulburarile de comportament), factori care pot influenta nivelul general de functionare cognitiva, capacitatea adaptativa si gradul de autonomie personala si sociala a persoanei evaluate. Afazia, cu dificultatea intelegerii comenziilor sau a exprimarii raspunsului corect la o intrebare, poate influenta interpretarea unei examinari.

Cerinta de baza pentru dementa este dovada declinului memoriei si a gandirii, declin care sa aiba un grad suficient pentru a afecta autonomia personala si sociala (capacitatea de autoingrijire - inclusiv controlul sfintierian - si capacitatea de autoservire, autogospodarie, mobilizare, comunicare).

Evaluarea statusului functional si psihofuncțiv se realizeaza avandu-se in vedere conditia obligatorie de integritatea psihica si mentala a persoanei pentru a fi apta sa efectueze activitatatile de baza si instrumentale ale vietii de zi cu zi, astfel incat este necesar sa se identifice urmatoarele elemente:

- a) gradul deteriorarii cognitive prin examenul MMSE, raportat la nivelul de studii al persoanei evaluate;
- b) gradul functionalitatii adaptative sociale prin scala de evaluare clinica si functionala GAFS;
- c) alte elemente care furnizeaza informatii despre contextul sociofamilial in care persoana traieste.

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP USOR	- Pot desfasura activitati suprasolicitari fizice/psihice, in conditii de confort psihic si fizic, in mediul colectiv.	- Sprijin pentru a fi mentinuti in activitate sau pentru desfasurarea acestora la domiciliu ori in colaborare.
HANDICAP MEDIU	- Pot desfasura activitati specializate, avand nevoie de indrumare periodica.	- Sprijin pentru a fi mentinuti in activitate sau pentru desfasurarea acestora la domiciliu ori in colaborare.
HANDICAP ACCENTUAT	- Sprijin pentru autoservire, ingrijire, viata sociala, autodeterminare.	- Sprijin in desfasurarea activitatilor cotidiene si implicare in viata sociala prin asigurarea participarii la anumite actiuni preferate.
HANDICAP GRAV	- Dependenta parciala sau totala de ajutorul altor persoane.	- In functie de rezultatul evaluarii complexe si de stabilirea gradului de autonomie personala, pot beneficia de asistent personal.

### III. EVALUAREA PERSOANELOR CU TULBURARI DE PERSONALITATE IN VEDEREA INCADRARII IN GRAD DE HANDICAP\*

PARAMETRI FUNCTIONALI		a) examen psihiatric b) examen psihologic: testarea functiilor cognitive, afective, a comportamentului si a personalitatii (prin teste psihometrice si probe proiective)
DEFICIENTA USOARA	HANDICAP USOR	decompensari de scurta durata cu frecventa rara (1-2/an), de intensitate nevrotica, cu remisiuni bune, spontan sau sub tratament
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	a) decompensari mai dese (2-3/an), de durata mai lunga, nevrotice, cu exacerbari comportamentale, eventual cu asocierea consumului de substanțe toxice b) tulburările pot fi compensate parțial prin tratament
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	a) decompensari frecvente (peste 3/an) de intensitate psihotica, eventuale elemente deteriorative, eficiența terapeutică slabă, asociere cu consumul de substanțe toxice b) dificultate majoră de relaționare socio-profesională și familială, conflictualitate marcata

Conform ICD 10, personalitatea poate fi descrisa drept configuratia pattern-urilor raspunsurilor comportamentale, vizibile in viata de zi cu zi, caracteristica unei persoane, o totalitate care este de obicei stabila si predictibila.

\* Se refera la tipurile de tulburari de personalitate (boli structurale-psihopatii):

- a) tulburare de personalitate paranoïdă;
- b) tulburare de personalitate schizoidă;
- c) tulburare de personalitate antisocială;
- d) tulburare de personalitate instabil-emotională
- de tip impulsiv și
- de tip borderline.

Sunt caracterizate prin:

1. controlul incomplet al sferelor afectiv-volitionale și instinctive;
2. nerecunoașterea deficitului structural;
3. incapacitatea de integrare armonioasă și constantă în mediul social;
4. debutul poate fi trasat retrospectiv cel puțin până în adolescență.

In practica se intalnesc aspecte clinice polimorfe care asociază două sau mai multe trăsături dizarmonice realizând tablouri simptomatologice complexe - tulburări de personalitate mixte (polimorfe).

N.B. In stabilirea deficienței funktionale se vor avea în vedere:

- a) tipul tulburării de personalitate;
- b) frecvența și intensitatea decompensărilor (de tip psihotic);
- c) durată decompensărilor;
- d) răspunsul terapeutic și calitatea remisiunilor;
- e) integrarea socio-comunitară și profesională;
- f) toxicofilia asociată.

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP USOR	- Pot presta orice activitate profesională în funcție de calificare, cu evitarea celor care impun responsabilitate și contact cu publicul.	- Participare fără restricții - activitatea profesională într-un loc de muncă accesibil, având un rol psihoterapeutic important. - Monitorizare medico-psihosocială pentru prevenirea decompensărilor de tip psihotic.
HANDICAP MEDIU	- Pot efectua numeroase activități profesionale în funcție de calificare, fără suprasolicitare psihică, într-o ambianță relatională adecvată. - Transferul activităților de varf, de responsabilitate și mai ales decizionale, altor membri ai echipei.	- Participare cu condiția realizării unui climat profesional tolerant din partea conducerii și a colectivului de muncă, fără tensiuni psihice în scopul insertiei profesionale sau menținerii în activități organizate; - Monitorizare medico-psihosocială.
HANDICAP ACCENTUAT	- Pot executa nenumarate activități profesionale în funcție de calificarea insușita sau în curs de formare, fără solicitare psihică accentuată, responsabilități sau contact cu publicul.	- Facilitarea relațiilor interpersonale în colectivul de lucru, în vederea insertiei sociale.

### IV. EVALUAREA PERSOANELOR CU PSIHOZE MAJORE IN VEDEREA INCADRARII IN GRAD DE HANDICAP\*

PARAMETRI FUNCTIONALI		- examen psihiatric (aprecierea clinica a intensitatii tulburarii psihice si a prognosticului apropiat al afectiunii); - examen psihologic: testarea functiilor cognitive, afective, a comportamentului si a personalitatii (prin teste psihometrice si probe proiective); - scala GAFS;
DEFICIENTA USOARA	HANDICAP USOR	- scor GAFS 61-80; In forme clinice reziduale.
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	- scor GAFS 51-60; In remisiuni cu disparitia fenomenelor delirante si halucinatorii permitand reluarea activitatii la un nivel inferior.
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	- scor GAFS 31-50. In formele catatonice, dezorganizate (hebefrenice), paranoide, nediferentiate, necontrolate terapeutic.
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	- Scor GAFS 21-30, grav fara asistent personal. - Scor GAFS 1-20 grav, cu asistent personal. In formele cu evolutie progredienta severa a personalitatii si a comportamentului, cu potential antisocial

\* Se refera la psihoze majore, care se manifesta prin pierderea capacitatii de testare a realitatii, de obicei cu halucinatii, deliruri sau tulburari de gandire si pierderea limitelor egoului:

- a) schizofrenie (debut pana la implinirea varstei de 35 de ani, cu persistenta simptomelor timp de cel putin 6 luni, conform ICD 10);
- b) alte psihoze majore cu debut precoce (copilarie-adolescenta): tulburarea schizoafectiva de tip depresiv sau de tip bipolar, psihoze afective (depresia majora cronica, tulburarea afectiva bipolară);
- c) psihoze grefate pe o intarziere mentala, indiferent de gradul acesteia si de varsta solicitantului;
- d) psihoze la care se asociaza o tulburare de personalitate (structurala);
- e) psihoze majore, indiferent de varsta, la persoane fara venituri.

N.B: La evaluarea gradului de handicap in schizofrenie se vor avea in vedere:

- a) forma clinica: catatonica, hebefrenica, paranoide, nediferentiată, reziduala, simpla;
- b) tipul de evolutie:
  - cronică, cu sau fara episoade de acutizare;
  - in remisiune (cand o persoana cu schizofrenie nu mai prezinta niciun semn de tulburare);
- c) cooperarea la monitorizarea medicala si eficienta actiunilor psihoterapeutice;
- d) climatul familial si socioprofesional;
- e) spitalizari frecvente, institutionalizare.

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP USOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pot presta activitati in conditii de confort psihic si fizic din punct de vedere al ambiantei relationale si materiale.</li> <li>- Sunt contraindicate activitatile care implica suprasolicitare psihica, stresante si cu responsabilitate ridicata.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sprijin pentru mentinerea in activitate, activitati organizate, accesibile.</li> <li>- Monitorizarea medico-psihosociala la serviciul teritorial de psihiatrie.</li> </ul>
HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pot desfasura activitati, cu program integral sau partial, in acelasi loc de munca.</li> <li>- Schimbarea locului de munca se va face numai daca acesta este corespunzator din punctele de vedere ale solicitarii psihice si al relatiilor interpersonale.</li> <li>- Evitarea profesiunilor cu risc de acutizare a tulburarii.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sprijin pentru mentinere in acelasi loc de munca sau pentru eventuala schimbare a locului de munca.</li> <li>- Facilitarea relationarii interpersonale in colectivul de lucru.</li> <li>- Sprijin pentru monitorizarea medicopsihosociala.</li> </ul>
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nu pot desfasura activitati profesionale organizate, indiferent de natura si nivelul de solicitare.</li> <li>- Eventuale activitati in sectii de ergoterapie-terapie ocupationala, cu rol psihoterapeutic.</li> <li>- Au afectata parcial capacitatea de autodeterminare si autoservire.</li> <li>- Nu necesita supraveghere permanenta din partea altel persoane.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sprijin familial pentru respectarea tratamentului de specialitate, cooperare la activitatile de psihoterapie sau/si terapie ocupationala.</li> <li>- Asigurarea unui climat comunitar si familial de intelegera, sprijin, fara factori stresanti psihofaciuti.</li> </ul>
HANDICAP GRAV	- Dependenta parciala sau totala de ajutorul altel persoane.	- In functie de rezultatul evaluarii complexe si de stabilirea gradului de autonomie personala, poate beneficia de asistent personal.

Capitolul 1 modificat si inlocuit de art.I din [OAP 692/2013](#)

## CAPITOLUL 2 FUNCTIILE SENZORIALE

## I. Evaluarea persoanelor cu afectarea functiilor vizuale in vederea incadrarii in grad de handicap\*

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA
	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
Acuitatea vizuala (calitatea vederii) mono-binoculara (cu cea mai buna corectie, la ochiul cel mai bun). Refractometrie oculară (autorefractometru dioptron)	Acuitatea vizuala 1/8 (0,12) -1/10 (0,10) cu corectie optima la ochiul cel mai bun	Acuitatea vizuala 1/12 (0,08) (4 m) - 1/25 (0,04) (2 m) la ochiul cel mai bun	VAO < 1/25 sub (0,04) (2 m) cecitate relativa VAO = pmm, pl, fpl = cecitate absoluta VAO < 1/25 pana la 1/50 - grav fara asistent personal VAO ≤ 1/50 (0,02) (n.d. la 1 m) - grav cu asistent personal

\*

1. In afectiunile cronice primar si secundar oculare, inflamatorii, heredodegenerative, degenerative, traumaticice, tumorale, vasculare cu evolutie cronica-progresiva sub tratament specific sau cu sechele morfofuncionale; vicii de refractie (miopia forte; fortisima: 14-15D; hipermetropie medie +3D →+6D; forte ≥+6D), de acomodare, nistagmusul.

Nu se incadreaza in grad de handicap persoane cu vicii de refractie daca acuitatea vizuala cu corectie optica este buna si campul vizual in limite normale.

2. Nu se incadreaza in grad de handicap persoane cu afectiuni reversibile prin tratament medical sau chirurgical, ca de exemplu, cataracta neoperata, cu sanse de recuperare a vederii prin interventie chirurgicala. Evaluarea se va face numai dupa interventia chirurgicala, daca este cazul. Cazurile speciale, in care interventia pentru cataracta este inutila, de exemplu pacientii cu cataracta, dar fara simt luminos etc., vor fi certificate de minimum 2 oftalmologi.

**3. Ochiul unic, chiar cu vedere normala, se poate incadra in grad de handicap accentuat, timp de 6 luni de la pierderea ochiului - vederii - congenere. Ulterior incadrarea se realizeaza in raport cu deficiente vizuale, conform tabelului.**

**"3. Ochiul unic, chiar cu vedere normala, se poate incadra in grad de handicap accentuat, timp de 12 luni de la pierderea ochiului - vederii - congenere. Ulterior incadrarea se realizeaza in raport cu deficiente vizuale, conform tabelului."**

### Modificat de art.I pct.1 din OAP 741/2019

4. Acuitatea vizuala si campul vizual sunt singurele criterii de incadrate intr-un grad de handicap, din punct de vedere oftalmologic (pentru cresterea acuratetei sunt necesare doua referante de specialitate).

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA
	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
Camp vizual (manual) la ochiul cel mai bun Camp vizual computerizat**	Redus concentric in jurul punctului de fixatie la 30-40 grade la ochiul cel mai bun	Redus concentric in jurul punctului de fixatie la 10-30 grade	Tubular, in jurul punctului de fixatie sub 10 grade
Perceptia luminii la stimuli vizual Potentiale vizuale evocate (PEV). Electroretinograma (ERG)***	Normal	Potentiale modificate Retina inca functionala	Lipsa perceptie luminoasa Traseu stins Retina nefunctionala

\*\* Campul vizual computerizat ofera relatii privind sensibilitatea retinei cu modificarile specifice structurii functiilor vizuale afectate efectiv (are programe prestabilite in functie de diagnosticul clinic).

\*\*\* PEV si ERG sunt utilizate in aprecierea starii functionale a retinei (teste obiective).

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP MEDIU	Profesiuni care nu comporta pericolitate oculară sau suprasolicitare vizuala NU permis de conducere de orice tip, conform legislatiei din domeniu	Fara restrictii
HANDICAP ACCENTUAT	Limitari in orientarea spatiala, in acomodatarea la trecerea de la lumina la intuneric si invers Profesiuni care nu comporta pericolitate oculară sau suprasolicitare oculară INTERZIS permis de conducere de orice tip conform legislatiei din domeniu	Optimizarea conditiilor de mediu (luminozitate, contrast) Dispozitive de corectie optica
HANDICAP GRAV	Dificultati majore de orientare in spatiu Pot desfasura activitati lucrative Dependenta paritala sau totala sau asistenta specializata INTERZIS permis de conducere de orice tip, conform legislatiei din domeniu	Adaptarea trecerilor de pietoni de pe strazile si drumurile publice conform prevederilor legale, inclusiv marcarea prin pavaj tactil Montarea sistemelor de semnalizare sonora si vizuala la intersecțiile cu trafic intens Cainele-ghid care insoteste persoana cu handicap grav are acces liber si gratuit in toate locurile publice si in mijloacele de transport Sisteme informatizate adaptate, tehnologie asistiva In functie de rezultatul evaluarii complexe, persoana poate fi incadrata in

		grad de handicap grav cu asistent personal, in situatia in care are pierduta total capacitatea de autoservire, autoingrijire si autogospodarie si necesita sprijin permanent sau grav fara asistent personal, atunci cand necesita sprijin parcial pentru unele activitati cotidiene
--	--	--

## II. Evaluarea persoanelor cu afectarea functiilor auditive in vederea incadrarii in grad de handicap\*

PARAMETRI FUNCTIONALI	Audiometrie subiectiva tonala liminara, audiometrie vocala, potentiale evocate auditive precoce, impedansmetrie si otoemisiuni acustice
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU
	Pierdere auditiva bilaterală intre 41-70 dB, protezabilă

\* In afectiunile cronice auditive de cauza diversa: inflamatorie, infectioasa, toxica, vasculara, heredodegenerativa, traumatica, tumorala - congenitale sau dobandite precoce - copilarie/adolescenta - insotite de hipoacuzie - tip transmisie, neurosenzoriala, mixta, protezabile sau neprotezabile ori cu surditate (cofoza), cu sau fara tulburari de comunicare (surdomutitate-surdocecitate).

Evaluarea complexa va fi centrata pe aprecierea capacitatii de comunicare si relationare sociala si identificarea tulburarilor psihice si de limbaj.

DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	Pierdere auditiva peste 70 dB care se protezeaza greu, asociata cu tulburari psihice si de limbaj Surditate congenitala sau dobandita inaintea achizitionarii limbajului insotita de mutitate (surdocecitate cu demutizare slaba/nula), cu pierdere peste 90 dB (surditati profunde si cofoze).
HANDICAP MEDIU	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI  Protezare auditiva
HANDICAP ACCENTUAT	Nu sunt recomandate activitati ce implica siguranta altor persoane - conducerea unor vehicule de mare tonaj, autobuze, microbuze, avioane, trenuri etc. - sau activitati operative in profesii ce necesita standarde de auz - politie, armata, aviatie etc.  Nu sunt recomandate activitati ce implica siguranta altor persoane - conducerea unor vehicule de mare tonaj, autobuze, microbuze, avioane, trenuri etc. - sau activitati operative in profesii ce necesita standarde de auz - politie, armata, aviatie etc., activitati de comunicare cu publicul, telecomunicatii.	Asigurarea unor sisteme optice de semnalizare inlocuindu-le pe cele sonore Protezare auditiva Asigurare de interpreti mimicogestuali in institutiile publice

### OBSERVATII:

In cazul deficienței auditive există atât afectare cantitativă, cât și calitativă a sistemului auditiv, de aceea, protezarea auditiva are limitări în unele situații, precum cele legate de localizarea spațială sonora sau inteligența vorbirii în zgomot. De asemenea, o persoană cu handicap auditiv protezată depinde de integritatea și funcționarea unui dispozitiv electronic, a căruia continuitate în funcționare este supusă imprevizibilului.

## III. Evaluarea persoanelor cu afectarea functiilor vestibulare in vederea incadrarii in grad de handicap\*

PARAMETRI FUNCTIONALI	Evaluarea reflexelor: - vestibuloocular prin ENG - electronistagmografie - sau VNG - videonistagmografie; - vestibulospinal - posturografie dinamica computerizata sau craniocorpografie.
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV
„DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV

*Afectare vestibulară obiectivată prin teste  
Ortostatismul este posibil dar dificil de menținut, tulburari funktionale echivalente cu 60-80%.*

*Afectare vestibulară obiectivată prin teste  
Ortostatismul este imposibil în criza, insotit de tulburari vegetative. Probele spontane și provocate (dacă se pot practica) sunt pozitive. Tulburari funktionale echivalente cu 80-100%  
Pentru perioade limitate de 6-12 luni, în funcție de durată și reversibilitatea tulburărilor majore de echilibru la acțiunile de recuperare*

<b>Modificat de art.I pct.2 din OAP 741/2019</b>	<b>Ortostatismul este imposibil în criza, însotit de tulburari vegetative. Probele spontane și provocate (daca se pot practica) sunt pozitive. Tulburari functionale echivalente cu 80-100% Pentru perioade limitate de 12 luni, în functie de durata și reversibilitatea tulburarilor majore de echilibru la actiunile de recuperare“</b>
--	--

\* In afectiunile cronice vestibulare, precum si ale cailor acestora sau in contextul unor afectiuni neurologice, congenitale ori contractate precoce.

**NOTE:**

In general tulburările vestibulare periferice au un caracter pasager, tranzitoriu.

Tulburările de echilibru survin cand exista o diferență funcțională mai mare de 20-30% intre cele două vestibule.

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP MEDIU	Locuri de munca: nu pot conduce vehicule, avioane, echipamente industriale.	Restrictie pentru activitatil care se desfasoara la inaltime sau in miscare
HANDICAP ACCENTUAT	ACTIVITATI - LIMITARI Permise activitatii statice	PARTICIPARE - NECESITATI Adaptarea locului de munca, astfel incat sa nu fie suprasolicitata postura ortostatica sau sa o faciliteze prin mijloace suplimentare de sprijin etc.
HANDICAP GRAV	Sprujn pentru autoservire, ingrijire si autogospodarie in activitatil de baza ale vietii de zi cu zi pentru perioada in care ortostatismul si mobilizarea nu se pot realiza.	Necesa asistenta de specialitate In functie de rezultatul evaluarii complexe, persoana poate fi incadrata in grad de handicap grav cu asistent personal, in situatia in care are pierduta total capacitatea de autoservire, autoingrijire si autogospodarie si necesita sprijin permanent sau grav fara asistent personal, atunci cand necesita sprijin parcial pentru unele activitatii cotidiene.

**Capitolul 2 modificat de art.I din OAP 707/2014**

**CAPITOLUL 3  
FUNCTIILE FONATORII SI DE COMUNICARE VERBALA**

**EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP IN AFECTAREA VOCII\*)**

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIU	DEFICIENTA ACCENTUATA	
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	
- Examen ORL   - Disfonie izolata   Diplegie recurrentiala   - Traheostoma permanenta fara				
- Examen laringosopic   (raguseala);   in pozitie de abductie   laringectomie.				
- Examen histopatologic   - Voce bitonala   sau adductie (cu   - Traheostoma cu				
- Probe ventilatori   (pareza coarda   pastrarea vocii dar cu   laringectomie, determinata				
- Ancheta   vocala -   tulburari de   de procese maligne sau				
	recurrentiala,   respiratie), in functie   zdrobirea laringelui.			
	unilaterală)   si de specificul   - Ablatia laringelui cu			
	profesiunii   traheostoma permanenta si			
	(profesioniști ai   lipsa crigmofonatiei, cu			
	vocii)   tulburari de vorbire, de			
		ventilatie si, eventual, de		
		nutritie, tinand seama de		
		cauza care a determinat		
		afectarea structurala.		

\*) Se refera la tulburările fonatorii determinate de afectarea laringelui, cauzate de:

- stenoze post traumatiche,

- pareze sau paralizii (corzi vocale - n. recurrentiali),
- procese tumorale benigne, maligne,
- procese inflamatorii cronice, trenante sau repetitive.

Functia fonatorie poate fi tulburata incepand cu cavitarea bucală (stomatolalie) si pana la organul fonator principal, laringele, sub forma de:

- voce bitonală în paralizia recurrentială,
- disfonie prin formațiuni tumorale,
- afonie consecutivă ablației laringelui.

Cuantificarea tulburărilor fonatorie se face în raport de inteligențialitatea vocii de la usoara și pana la accentuată, cand este vorba de afonie.

In stabilirea gradului de handicap se vor avea în vedere și:

- specificul profesiei (profesioniștii ai vocii),
- efectul terapiei,
- evenualele recidive (noduluri corzi vocale, polipi - recidive tumorale benigne sau malignă).

NB Functiile mentale ale limbajului, de articulare, tulburările de limbaj vorbit - mutitatea, limbaj slab cu toate încercările de reeducație (labiolectura) sunt prevazute la capitolele respective.

ACTIVITATI - LIMITARI*	PARTICIPARE - NECESITATI*
HANDICAP USOR de microclimat adecvat, fara variatii termice, mediu prea rece sau prea cald sau uscat, fara curenti de aer, umezeala.	Asigurarea unui loc de munca cu solicitare redusa, in conditii de microclimat, fara variatii termice, curenti de aer, prea umed.
HANDICAP MEDIU (profesori, avocati, solisti, cantareti vocali s.a.), schimbarea locului de munca fara solicitarea vocii, in conditii favorabile de microclimat - conditii ambientale la locul de munca sau profesiei.	Asigurarea unui loc de munca cu solicitare redusa in conditii de microclimat, fara variatii termice, curenti de aer, prea umed. Monitorizare medicala la serviciul de ORL, tratament adekvat.
HANDICAP ACCENTUAT Au capacitatea de autoservire si autoingrijire conservate.	Monitorizare medico-psycho-sociala la serviciul ORL, de logopedie, si psihologie teritoriala. Sprijin familial si eventual comunitar pentru unele activitati (de autogospodarie).

\*) În principiu, afectarea vocii pentru anumite profesii și locuri de munca poate fi hotăratoare, în timp ce, în altele, unde nu există mesaj vorbit, munca se poate desfășura normal.

## CAPITOLUL 4 FUNCȚIILE SISTEMULUI CARDIOVASCULAR, HEMATOLOGIC, IMUNITAR SI RESPIRATOR

### A. FUNCȚIILE SISTEMULUI CARDIOVASCULAR

#### I. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP IN AFECTAREA FUNCȚIILOR INIMII\*

DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA	
HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV	
IC Nyha II	IC Nyha III	IC Nyha IV	
Persoana este in asimptomatica in conditii de repaus, efectueaza activitati fizice uzuale, dar nu poate face forturi fizice prelungite; care are sau	- Persoana prezinta simptome limitatoare de zilnice de intretinere prezinta semne de ICC, corectabile sub tratament;	- Persoana este simptomatica in repaus, apar semne de ICC, gradul de afectare cardiaca intre 85-100%, ireversibila la tratament; - Tulburari de ritm si de conducere cu tulburari functionale la eforturi mici, chiar si in repaus; - Aritmii ES ce nu pot fi controlate prin tratament si induc tulburari hemodinamice manifeste accentuate in efort.	

\*) 1. In afectarea primara a functiei contractile a inimii:

- Cardiomioptiile primare, primitive sau idiopatice:
  - CMP dilatativa sau congestive,
  - CMP hipertrrofica sau obstructive,
  - CMP restrictiva sau obliteranta.

2. in afectarea secundara a functiei contractile a inimii:

- Angiopatii congenitale cianogene sau necianogene operate sau neoperate cu insuficienta cardiaca cronica clinic manifestata:
  - DSA, DSV, Coarcatie aorta Stenoza de aorta, Stenoza de artera pulmonara asociata cu DSV,
  - Tetralogia Fallot, transpozitii de vase mari,
  - Atrezia de tricuspidala, anomalia Ebstein.
- Valvulopatii: de etiologie diversa, complicate sau decompense neoperate sau operate (proteze), contractate precoce.

3. In afectarea ritmului si conducerii cardicase:

- Tulburari de ritm si de conducere persistente si severe contractate precoce (purtator de pacemaker).

4. Complicatii post-transplant cardiac.

ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP USOR   Orice activitate profesionala	Participare fara restrictii
HANDICAP MEDIU   Orice activitate profesionala care nu necesita efort fizic mare	Nu se pot adapta la efort fizic de intensitate mare si durata.
HANDICAP ACCENTUAT   Limitarea capacitatii de adaptare la efort fizic (profesional si casnic)	Masuri de adaptare a utilajelor pentru reducerea efortului fizic necesar, evitarea pozitiei fortate in munca, deplasarii posturale pe distante mari pe plan inclinat, urcarea de scari
HANDICAP GRAV   Limitare majora a capacitatii de autoingrijire si autogospodarie, de mentinere a starii de sanatate, de comunicare si participare la viata de familie.	- Necesa asistent personal. - Necesa servicii specializate.

## II. Evaluarea gradului de handicap in afectarea functiilor arterelor legate de fluxul sanguin

- Constructia si/sau obstructia arteriala (arteriopatii obliterante) - trombangiopatii obliterante - boala Buerger
- Angineuropatii primare (boala Raynaud)\*
- Limedemul primar\*\*\* si secundar\*\*\*, stadiile 2 si 3 OMS

PARAMETRI FUNCTIONALI		<ul style="list-style-type: none"> <li>- examen Doppler;</li> <li>- RMN;</li> <li>- angiografia cu substanta de contrast;</li> <li>- pletismografie prin impedanta.</li> </ul> <p>N.B. Pentru arteriopati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. evaluare in functie de gradul de ischemie periferica, modul de aparitie a claudicatiei intermitente si intensitatea tulburarilor ischemico-necrotice;</li> <li>2. evaluare dupa clasificarea Leriche-Fontaine;</li> <li>3. evaluare dupa indicele glezna/brat;</li> <li>4. scor ADL, IADL.</li> </ol>
DEFICIENTA USOARA	HANDICAP USOR	<p>Arteriopatie obliteranta stadiul IIa si stadiul IIb cu claudicatie intermitenta sau constrictia arteriala evaluata prin metode de laborator (parametri functionali)</p> <p>Indicele glezna/brat 0,6-0,8</p>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>Arteriopatie obliteranta stadiul III cu claudicatie intermitenta in repaus, dureri in decubit</p> <p>Indicele glezna/brat &lt; 0,6</p> <p>Arteriopatie obliteranta stadiul IV cu amputatie gamba unilaterală protezată, proteza funcțională. Pentru o perioadă limitată, în vederea adaptării la proteza se stabilește handicap accentuat.</p> <p>Boala Raynaud cu crize vaso-spastice frecvente, cu dureri, cianoza degetelor mainii și parestezi Limfedemul primar/secundar cu deformarea unilaterală globală a membrului superior sau inferior</p>
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Arteriopatie obliteranta stadiul IV cu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- amputatie coapsa - bont greu protezabil sau neprotezabil ori cu proteza nefuncționala;</li> <li>- amputatie de coapsa (bont mai mic de 6 cm) greu/neprotezabila, dezarticulatie coxofemurala;</li> <li>- amputatie bilaterală a membrului pelvin de la nivelul gambelor protezate, proteze funktionale;</li> <li>- amputatie unilaterală de membru pelvin neprotezată ori cu proteza nefunctionala asociata cu reducerea functionalitatii membrului pelvin controlateral sau a unui membru toracic prin diferite afectiuni neurologice, osteoarticulare etc. Se stabileste handicap accentuat sau grav in raport cu gradul afectarii autonomiei personale.</li> </ul> <p>Arteriopatie obliteranta stadiul IV cu amputatie de gamba unilaterală neprotezata, cu tulburari trofice cutanate la membrul contralateral</p> <p>Angioneuropatia primara (boala Raynaud) forme avansate</p> <p>Limfedemul primar sau secundar bilateral cu deformare globală a membrului superior sau inferior, cu tulburari accentuate de manipulatie, gestualitate, statica si mers</p>
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	<p>Arteriopatie obliteranta stadiul IV cu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- amputatie a ambelor coapse (imposibilitatea realizarii ortostatismului fara carje);</li> <li>- lipsa prin dezarticulatie/amputatie a unui membru pelvin, asociata cu anchiloza sau plegia membrului pelvin opus;</li> <li>- lipsa prin dezarticulatie sau amputatie a unui membru pelvin, asociata cu amputatie/dezarticulatie sau plegie de membru toracic;</li> <li>- amputatia membrului toracic unilaterală cu reducerea prehensiunii contralaterale de cauze diverse: afectari neurologice, osteoarticulare, limfedem etc.;</li> <li>- amputatie a ambelor membre toracice (de la diferite niveluri) cu/fara redori stranii ale articulatiilor, cu impossibilitatea realizarii gestualitatii profesionale si uzuale.</li> <li>- Limfedemul primar/secundar, stadiul 3 OMS, cu deformare globală bilaterală a membrelor superioare cu tulburari grave de manipulatie sau uni/bilaterală a membrului inferior, asociat cu deficit motor datorat unor afectari neurologice, osteoarticulare, obezitate morbidă, care determină tulburari grave de statica/mers /transferuri posturale.</li> </ul>

\* Caracterizate prin spasm al arteriolelor de la nivelul degetelor si, ocazional, al altor extremitati, prag scazut pentru aplicatii reci sau orice cauza care activeaza simpaticul sau eliberarea de catecolamine.

In formele severe se pot forma tromboze ale articulatiilor mici, care pot favoriza aparitia de necroze cu amputatii (pierderi tisulare) la nivelul falangelor degetelor, mai rar la police.

Afecteaza mai ales sexul feminin.

Patogenia este incerta.

\*\* Caracterizat prin acumularea excesiva de lichid limfatic si tumefierea tesutului cutanat din cauza obstructiei, distrugerii sau hiperplaziei vaselor limfatice. Mai frecventa la femei si de obicei unilateral.

Edem difuz, cu deformarea membrului inferior sau superior in fazele inaintate, fara modificari cutanate sau semne de insuficienta venoasa. Poate surveni la nastere, in adolescenta sau mai tarziu, pe parcursul vietii.

\*\*\* Elefantiazis primar/secundar, cu afectare grava a realizarii gestualitatii, manipulatiei si locomotiei/transferurilor posturale.

Există mai multe sisteme de stadielize a limfedemului, cel mai utilizat fiind cel al OMS, cu urmatoarele stadii:

1. reversibil spontan;
2. ireversibil spontan;
3. elefantiazis.

La capitolul 4 „Functiile sistemului cardiovascular, hematologic, imunitar si respirator“ litera A, punctul II „Evaluarea gradului de handicap in afectarea functiilor arterelor legate de fluxul sanguin“ modificat de art.I pct.1 din [QAP 1070/2018](#)

## B. FUNCTIILE SISTEMULUI HEMATOLOGIC

De retinut:

- In afectiunile care evolueaza in pusee, evaluarea se va face in perioadele de remisiune, luandu-se in considerare insa, ca element important, frecventa si durata episoadelor acute (confirmate prin documente medicale).
- Se va tine seama de posibilitatea tratamentului, durata acestuia, efectele produse si persistenta lor in timp.
- Evaluarea functionala se face la 6-12 luni.
- In situatia aplicarii tratamentului citostatic, imuno-supresor si radioterapeutic, in evaluare se vor avea in vedere atat efectele nefavorabile ale acestora cat si tulburarile functionale determinate de afectiunea hematologica propriu-zisa.
- In caz de transplant de maduva osoasa, evaluarea se va face la 6 luni de la realizarea transplantului.

#### I. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP IN ANOMALII ALE CELULELOR HEMATOPOETICE (FUNCTIILOR DE PRODUCERE A SANGELUI SI ALE MADUVEI OSOASE\*)

##### 1. Leucemii acute\*\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA	
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV	
- hemoleucograma completa	In remisiunile durabile de 4-5 ani, sub rezerva verificarilor functionale, anual	In remisiunile durabile sub 4-5 ani, raspuns la tratament.	- Afectiune evolutiva cu complicatii si nesatisfacator la rezistenta la tratament).	- accentuata care determina imobilizarea si pierderea capacitatii de autoservire, prin complicatii grave, irreversibile	In formele accentuate care determina imobilizarea si pierderea capacitatii de autoservire, prin complicatii grave, irreversibile
- frotiu de sange periferic					
- mielograma					
- acid uric					
- creatinina					
- computer tomograf					
- lichid cefalorahidian (LCR)					
- transaminaze					

\*) Leucemii acute

2. Leucemia granulocitara cronica

3. Leucemia limfoida cronica

4. Policitemia vera (Boala Vaquez)

5. Trombocitemia hemoragica

6. Mielofibroza cu metaplasie medulara

7. Sindromul mieno-displazic

8. Anemiile aplastice

\*\*) a. Proliferare maligna a celulelor hematopoetice, caracterizata prin oprirea lor in diferentiere si maturatie, asociata sau nu cu trecerea celulelor blastice in sangele periferic.

Caracterul esential (major) de diagnostic = prezenta de celule blastice peste 30% din totalul celulelor medulare la punctie sau biopsie osoasa.

b. Intensitatea deficientei functionale este determinata de caracterul malign al bolii, de anemia insotitoare, de hemoragii, de infectii, precum si de alte complicatii ca: meningita leucemică, infiltrate craniene, pulmonare sau nefropatia urica.

##### 2. Leucemia granulocitara cronica\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA	
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV	
- clinic: - splenomegalie;	In formele usoare cu remisiuni de evolutie lenta, si de metamorfozare (finala) - ca in	In formele cu evolutie lenta, si de metamorfozare (finala) - ca in	In faze accentuate si de metamorfozare (finala) - ca in	In faza blastica   (finala) - ca in	

- hepatomegalie (usoara);	lunga durata, clinice si citologice.	cu remisiuni repetate, cu complicatii severe,	blastica cu leucocitoza care nu raspunde la tratament	leucemiile acute
- dureri osoase.				
- paraclinic:				
- hemoleucograma:				
leucocitoza marcata cu deviere la stanga		moderate (litiază renala)		
- anemie in grad variabil;				
- mielograma: maduva hiperplazica, predominand granulocitara;				
- acid uric, creatinina;				
- ecografie renala (abdominala)				
- examen citogenetic.				

- \*) a. Afecțiune neoplazică hematologică din grupa bolilor mieloproliferative cronice, caracterizată prin creșterea excesivă a granulocitelor;  
 b. Are o evoluție medie de 4 ani, dar supraviețuirea poate atinge 15-20 de ani;  
 c. Remisiunile în fază cronică produse de tratament, au durată de luni și ani;  
 d. Deficiența este determinată de caracterul malign, de complicații (hipersplenism, splina tumorala cu fenomene de compresiune abdominală, infarcte splenice, hemoragii, infectii s.a.)

### 3. Leucemia limfatică cronică\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	
- clinic:	In stadiul 0 sau I, cand	In stadiul II, cand	In leucemia limfatica	
- transpirații nocturne, astenie fizică, scadere ponderala, adenopatii, hepatosplenomegalie.	apar adenopatii, evolutie stationara pe timp indelungat, raspuns favorabil la tratament.	apare hepatomegalia sau/si splenomegalia   cronica stadiul III si IV cu anemie < 11 gr%	Hb, hematocrit sub 33%, minimum 3 ani sub 100.000 mmc, cu trombocitopenie (sub 100.000 mmc), cu	
- paraclinic:		raspuns terapeutic slab		
- hemoleucograma: limfocitoza > 30.000 mmc		si prognostic nefavorabil.		
- mielograma: infiltratii limfocitare in maduva osoasa ce depasesc 30% ( criteriu major), electroforeza proteine si test Coombs.				

\*) Este o afecțiune primară a tesutului limfatic în care se produce acumularea și proliferarea unei cloni maligne de limfocite blocate în maturare.

### 4. Policitemia vera (Boala Vaquez)\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA

	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
- clinic:	In faza	In faza	In faza policitemica	In metaplasia
- splenomegalie;	policitemica in	policitemica fara	cu sechele	mieloidea
- hepatomegalie;	remisiune clinica	remisiune, cu	persistente prin	postpolicitemica si
- HTA	si citologica, cu	complicatii	complicatii	de leucemie acuta
- examen	HT intre 40-45%	moderate (HTA,	trombotice	cu complicatii
neurologic	trombocite sub	hemoragice sau	(neurologice,	severe neurologice
- paraclinic:	400.000 mmc	tromboze reduse),	cardiace, hepatic)	sau cardiace, care
- hemograma		cu HT de 50%, cu	sau in faza de	impiedica
completa:		splenomegalie	metaplasie,	autoservirea.
- nr. hematii		moderata, cu	postpolicitemica, cu	
- Hb gr. %		saturatie de HbO2	splenomegalie	
- nr. leucocite		normala, cu	tumorală, fibroza	
- nr. trombocite		trombocitoza	medulară extinsă,	
- HT		peste 400.000 mmc	tablou sanguin cu	
- mielograma		si leucocitoza	leucoeritroblasti,	
sau/si		peste 12.000 mmc/	masa eritrocitara	
- punctie osoasa			normala sau scazuta.	
- teste de coagulare				
- ecografie				
cardiaca				
- saturatia cu O2 a				
Hb din sangele				
arterial (daca				
este cazul)				
- eritropoietina				
serica sau urinara				

\*) Este o afectiune hematologica (din cadrul bolilor mieloproliferative) caracterizata prin proliferarea excesiva a celulelor din seria rosie. Evolueaza in trei faze

- faza policitemica in care sunt posibile remisiuni clinice si citologice pana la 20 ani,
- faza de metaplasie mieloidea postpolicitemica,
- faza de leucemie acuta postpolicitemica.

##### 5. Trombocitemie hemoragica esentiala sau primara\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	
- nr. trombocite = crescute	In faze de	In formele cu	In formele cu	
mai mult de 600.000/mmc,	remisiune clinica	complicatii	complicatii	
fara o cauza identificabila	si hematologica	trombotice si/sau	trombotice si/sau	
(infectie, neoplasm sau	cu trombocite de	hemoragice remise	hemoragice severe,	
hematologice);	400.000 mmc.	si cu remisiune	cu sechele	
- mielograma = hipercelulara		citologica	persistente, cu	
cu hiperplazie		(trombocite	trombocitoza peste	
megacariocitara;		400.000 mmc) cu	600.000 mmc,	
- masa eritrocitara normala		splenomegalie	rezistente la	
(sub 36 ml/kg corp la B si		moderata.	tratament.	
sub 32 ml/kg corp la F);				
- absenta fibrozei extinse a				
maduvei;				
- splenomegalie, in evolutie				
atrofie splenica;				
- agrigate trombocitare.				

\*) a. Este o anomalie hematologica (din bolile mieloproliferative cronice) caracterizata prin proliferare megacariocitelor, ceea ce conduce la cresterea numarului de trombocite in sange.

- b. Diagnosticul se pune pe:

  - trombocite > 600.000/mmc
  - masa eritrocitara normala,bazofilia prezenta
  - splenomegalie

Se pot obtine, prin tratament, remisiuni pe durate variabile.

#### 6. Mielofibroza cu metaplazie mieloidă\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	
	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	
- splenomegalie moderata sau giganta;	In faze proliferative fara complicatii.	In faza de insuficienta medulara cu pancitopenie,	
- hemograma (Hb scazuta, Ht scazut, reticulocitoza, nr. leucocyte normal sau scazut, formula leucocitara deviata la stanga si bazofilie) frotiu sange-hematii □ in picatura □;		cu sindrom anemic, hemoragic si infectios.	
- mielograma (biopsie medulara din creasta iliaca: tablou leucoeritroblastic si mielofibroza);			
- in fazele avansate = insuficienta medulara = pancitopenie cu:			
- Sindrom anemic			
- Sindrom infectios			
- Sindrom hemoragic.			
- Acid uric;			
- Creatinina;			
- Sideremie			

\*) a. Este o afecțiune neoplazică, hematologică din grupa bolilor mieloproliferative cronice, caracterizată prin:

- Hiperproductie de celule hematopoietice;
  - Hiperproductie de celule stromale (fibroblasti).

b. Supravietuirea este, în medie, de 5-7 ani, cu limite între 1-20 ani.

#### 7. Sindromul mielo-displazic\*)

	DEFICIENTA USOARA PARAMETRI FUNCTIONALI HANDICAP USOR	DEFICIENTA MEDIE HANDICAP MEDIU	DEFICIENTA ACCENTUATA/GRAVA HANDICAP ACCENTUAT/GRAV
- Anemie cu semne de hipoxie anemica si cu modificari morfologice cu macrocitza, poichilocitoza, siderocite in sangele periferic;	In remisiuni complete, clinice si citologice, in anemii simple, refractare.	In remisiuni partiale, de durata medie, cu rezultate favorabile la tratament, in anemiile refractare, in leucemia mielomonocitara cronica, in faze cronice fara complicatii.	- In anemie refractara simpla sau cu exces de blasti, cu Hb sub 8 gr/dl, cu tratament ineficient; - In anemii cu exces de blasti in transformare care preced leucemia acuta; - In leucemia mielomonocitara cronica in perioada de acutizare a afectiunii.
- Megaloblastoza, sideroblasti patologici multinucleati in maduva osoasa.			
- Mielograma cu coloratii speciale.			

- \*) a. Este forma de insuficienta medulara datorata imposibilitatii maturarii celulare din seriile mioleide;  
 b. Sunt incluse stari preleucemice cu anemie refractara simpla sau cu sideroblasti inelari sau cu exces de blasti si leucemia cronica mielomonocitara;  
 c. Durata de viata 1-3 ani.

#### 8. Anemiile aplastice\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA/GRAVA	
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT/GRAV	
- Hemograma completa	In forme usoare	In formele medii,	- In forme cronice care necesita transfuzii repetate, cu hemosideroza,	
- Hematocrit (HT)	sau remisiuni	fara tendinte		
- Hemoglobina (Hb)	totale ale acestora	evolutive, fara	ciroza hepatica si cu diabet zaharat;	
- Numar trombociete		complicatii sau in fazele de	- In formele severe cu complicatii grave;	
- Mielograma sau punctie osoasa, biopsie		remisiune partiala.	- In forme ce necesita transfuzii repetate, atat in perioade acute cat si	
- Sideremie			2 ani dupa obtinerea unei remisiuni.	
- Glicemie				
- Probe de insuficienta hepatica				

- \*) a. Caracterizate prin citopenie periferica si medulara cu hipo sau acelularitate.  
 b. Pot avea aspect de:  
 - Anemie eritroidea pura (eritroblastopenie) cu reticulocite < 1%  
 - Aplazie granulocitara (agranulocitoza) in care granulocitele sunt < 500/ml  
 - Aplazie megacariocitara in care trombocitele sunt sub 20.000/ml  
 c. Complicatii: infectii, hemoragii, mielodisplazie, leucemie acuta in fazele tardive  
 d. Remisiunile sunt rare, dar pot fi partiale sau totale.  
 e. In formele severe mortalitate este > 80%, din care peste 50% mor in primul an de evolutie

#### II. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP IN AFECTAREA CAPACITATII SANGELUI DE A TRANSPORTA OXIGEN

	ANEMIE FERIPRIVA*)	ANEMIE MEGALOBLASTICA**)	ANEMII HEMOLITICE***)	
PARAMETRI FUNCTIONALI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hb + HT scazute;</li> <li>- CHEM &lt; 30%;</li> <li>- VEM &lt; 80 microni;</li> <li>- Sideremie &lt; 50 micrograme la 100 ml;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hb + HT scazute;</li> <li>- Trombo-leucopenie;</li> <li>- Scad reticulocitele;</li> <li>- In frotiu macrocrite;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clinic:</li> <li>- Paloare;</li> <li>- Subicter conjunctival sau/si tegumentar;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Splenomegalie cu/fara hepatomegalie.</li> </ul>

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mielograma: absenta megaloblastic pe toate serile.</li> <li>hemosiderinei medulare   Alte semne: si a sideroblastilor.   - Glosita Hunter,</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>  - Reticulocite crescute;</li> <li>- Investigatii pentru manifestari neurologice, determinarea cauzei   - Manifestari neurologice,   - Mielograma arata hiperplazie</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>  - Paraclinic:   - Hb + HT scazute;</li> <li>  - Gastrita atrofica,   - raportului G/E;</li> <li>  - Test Schilling cu valori scazute (normal 8-25%),   - Bilirubinemie crescuta, in special indirecta;</li> <li>  - Vitamina B12 in sange &lt; 100 mg%.   - Urobilinogen prezent;</li> </ul> |
|--|--|---|

- Acid folic - dozare	- Teste de hemoliza.	
-----------------------	----------------------	--

De retinut:

a. Anemiile reprezinta bolile sistemului eritocitar determinate de scaderea hemoglobinei si/sau a masei eritrocitare totale care, prin scaderea capacitatii de transport a O2 de catre sange, determina diferite grade de hipoxie tisulara sau celulara.

b. Daca se ia ca parametru valoarea hemoglobinei, se considera:

- Valori normale = 14 g/dl (□2) la barbati; 13 g/dl (□2) la femei (valorile variaza in functie de varsta)

- Anemie usoara la Hb intre 10-12 g/dl;

- Anemie medie la Hb intre 8-10 g/dl;

- Anemie severa la Hb sub 8 g/dl.

c. In aprecierea deficientei functionale se tine seama de:

- Severitatea anemiei;

- Necesitatea transfuziilor repeatate;

- Raspunsul la tratament si caracteristicile bolii primare care a generat anemia.

DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA/GRAVA
HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT/GRAV
Forme usoare cu Hb intre 10-12 gr%, cu raspuns imediat si persistent la tratament corespunzator.	Forme moderate cu Hb intre 8-10 gr% cu raspuns favorabil la tratament, fara complicatii;	- Anemie severa cu Hb sub 8 gr%; - Forme cu complicatii, tromboze, hemoragii repetate, mielodisplazie; - Forme care necesita transfuzii frecvente.

\*) Este o anemie hipocroma microcitara in care tulburarea de baza o reprezinta scaderea cantitatii de fier din hematii.

\*\*) Este o anemie datorata tulburarii diviziunii celulare prin scaderea sintezei ADN urmare unui deficit de vitamina B12/de acid folic.

\*\*\*) a. Se produc prin liza excesiva a eritrocitelor;

b. Durata de viata a eritrocitelor scade la 80-90 zile in hemolize usoare, pana la 5-10 zile in hemolize severe;

c. Forme de anemie hemolitica:

- sferocitoza ereditara,

- eliptocitoza ereditara,

- hemoglobinuria paroxistica nocturna,

- hemoglobinopatii (talazemia majora si minoră),

- enzimopatii,

- autoimune,

- methemoglobinopatii.

### III. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP IN AFECTAREA SISTEMULUI LIMFOID\*

1. Boala Hodgkin\*\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA
	HANDICAP USR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
Clinic	Formele in remisiune	In formele incomplete.	- Formele in evolutie	In formele acutizare (cel putin 6 luni de la initierea tratamentului fazei acute);
- adenopatii periferice si/sau profunde;	completa.	incompleta.	- Formele in remisiune cu remisiune in perioadele de acutizare (cel putin 6 luni de la initierea tratamentului fazei acute);	diseminate cu casexie neoplazica care impiedica autoservirea, autoingrijirea si autogospodarirea.
- febra;				
- prurit				
- scadere ponderala;				
Paraclinic:			- In formele cu complicatii	
- biopsie ganglionara				

N.B. Evolutia cuprinde 4 stadii:

- Stadiul I (1E) = afectarea unei singure grupe ganglionare sau a unui organ visceral prin contiguitate;
  - Stadiul II (2E) = afectarea a doua grupe ganglionare de aceeasi parte a diafragmului cu/fara afectarea unui organ visceral prin contiguitate;
  - Stadiul III (3E) = afectarea de grupe ganglionare supra si subdiafragmatice;
  - Stadiul IV (4E) = determinari viscerale (examen: maduva osoasa, ficat etc.) produse prin diseminație hematogena.

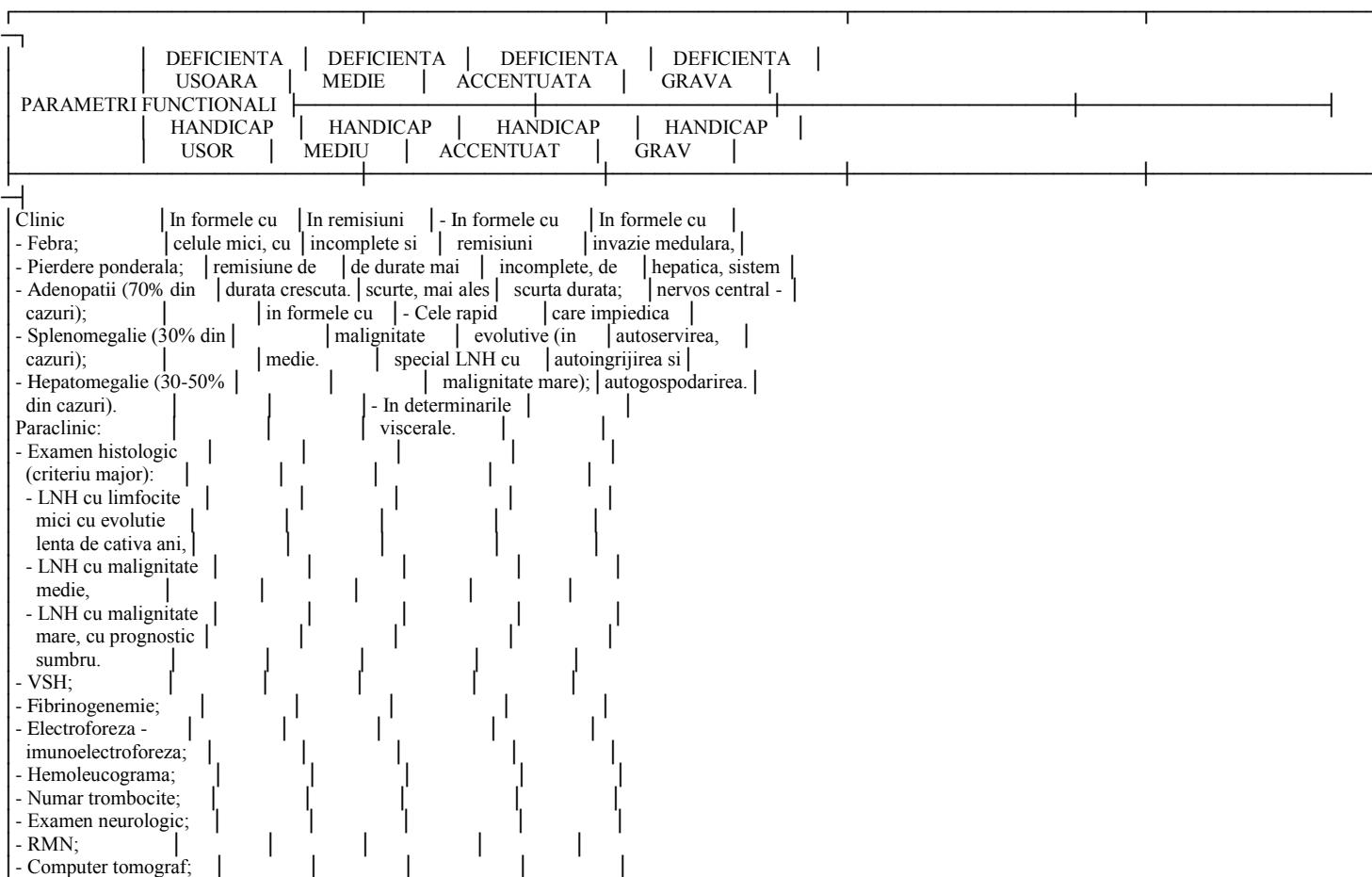
\*) Se refira la:

1. B. Hodgkin
  2. Limfoame Nonhodgkiniene
  3. Mielomul multiplu
  4. B. Waldenstrom (macroglobulinemia)

\*\*) a. Este determinata de proliferarea maligna a unei clone celulare, probabil din seria limfoida cu forme de celule gigante tip STENBERG REED, paralele cu dezvoltarea unei reactii celulare polimorfe granulomatoase.

b. Post terapeutic pot apărea remisiuni de lungă durată, care pot fi complete (disparitia ganglionilor și a semnelor biologice) sau incomplete (disparitia sau reducerea adenopatiielor cu VSH și fibrinogen crescut).

## 2. Limfoame Nonhodgkiniene (LNH)\*)



- Ecografie hepatica.				
-----------------------	--	--	--	--

\*) Anomalie neoplazica cu proliferarea unei clone maligne de celule apartinand sistemului imunitar.  
Face parte din sindromul limfoproliferativ cronic.  
Evolutie in patru stadii (vezi B. Hodgkin).

### 3. Mielomul multiplu\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIU	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
Criterii majore:	In stadiul I,	In stadiul II,	In stadiul III,	In formele cu
- Plasmocitoza tisulara;	in remisiune,	cu fracturi	cu complicatii	sindrom de
- Plasmocitoza medulara peste 30%;	dupa tratament,	corect, cu consolidare	osoase si	compresiune medulara sau
- Componenta M ( $IgG > 3,5 \text{ gr\%}$ , IgA $> 2 \text{ gr\%}$ , eliminare de proteina Bence Jons (BJ) $> 2 \text{ gr/24 h}$ ).	cu afectare incipienta.	anemie usoara, renala	infectioase etc.	paralizii sau insuficienta renala grava, ceea ce conduce la pierdere de capacitatii de autoservire, a autoingrijire si a capacitatii de autogospodarie.
Criterii minori:				
- Plasmocitoza medulara intre 10-30%;				
- Componenta M cu valori mai scazute decat in criteriile majore;				
- Leziuni osoase;				
- Scaderea imunoglobulinelor normale.				
- Hemoleucograma, calcemie, creatinina, ac. uric.				

NB In remisiuni: - scade componenta monoclonala cu 50-75% si eliminarea proteinei BJ in urina cu 90%,  
- se stabilizeaza leziunile osoase si

- se normalizeaza calciul seric.

Evolutie stadiala (trei stadii):

I. Hb  $> 12 \text{ gr\%}$

a. Ca seric normal

b. Leziuni osoase absente

c. IgG sub 5 gr%, IgA sub 3 gr%

d. Proteina BJ in urina sub 4 gr/24 h

II. Intermediar intre I-III

III. Hb  $< 8 \text{ gr\%}$

Ca seric peste 12 mg%

Complicatii specific

\* a. Produsa de proliferarea maligna a celulelor plasmocitare, caracterizata prin leziuni osoase, tulburari in metabolismul imunoglobulinelor, insuficienta medulara si insuficienta renală.

b. Fracturi patologice, sindrom de compresiune medulara, insuficienta renală, infectii, sindrom hemoragipar, sindrom de hipercalcemie, sindrom de hipervascozitate.

c. Durata medie de viata in formele netratate este de peste 7 luni, la cei tratati, peste 30 de luni.

### 4. Boala Waldenstrom (macroglobulinemia)\*

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA
	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
Clinic:		
- Adenopatii;	- In perioada de remisiune;	In forme avansate cu sindrom
- Hepatosplenomegalie;	- In forme cu anemie moderata;	hemoragic ce duce la anemii
- Fenomene hemoragipare cutaneo-mucoase;	- In formele cu determinari viscerale reduse.	pronuntate;
- Sindrom de hipervascozitate sanguina;		insuficienta cardiaca sau
- Tulburari de memorie si orientare;		insuficienta renala.
- Somnolenta,		
Paraclinic:		
- Anemie cu prezenta de rulouri de hematii pe frotiu;		
- Crestere mare a proteinemiei - Electroforeza proteine		
- Creste VSH;		
- Cresterea IgM si a vasoziatii serice;		
- Teste psihologice (cognitive);		
- Uree, creatinina, acid uric.		
- Medulograma;		
- PBO		

- \*) a. Este produsa prin proliferarea maligna a seriei limfo-plasmocitare si se exprima prin hiperplazia organelor limfoide, cresterea monoclonala de IgM si fenomene de hipervascozitate sanguina;  
 b. Apare de obicei la varstnici;  
 c. Durata supravietuirii este variabila.

#### IV. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP IN AFECTAREA FUNCTIILOR DE COAGULARE\*)

##### 1. Purpura trombocitopenica idiopatica (PTI)\*\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
Clinic:				
- Sangerari cutaneo-mucoase;	Forme in remisiuni cu trombocite mai incompleta cu mult de 150.000/mmc.	Forme in remisiune cu trombocite intre 70.000-150.000/mmc.	In formele severe cu trombocite sub 50.000/mmc, cu traume minime sau spontan.	In formele severe cu sangerari intr SNC, cu deficit motor de tip paretic sau plegic.
Paraclinic:				
- Absenta splenomegaliei;				
- Numar trombocite in sangele periferic: trombocitopenie cu numar mai mare de megacariocite;				
- Mielograma (punctie osoasa): megacariocite normale sau crescute in maduva osoasa;				
- Determinare de anticorpi antitrombocitari;				
- Teste de coagulare-sangerare.				

De retinut:

- a. la un numar de trombocite mai mare de 100.000/mmc nu apar sangerari,

- b. intre 30.000-50.000/mmc apar sangerari la traume minime,  
 c. trombocite sub 30.000/mmc - apar sangerari cutaneo-mucoase,  
 d. trombocite sub 10.000/mmc - se constituie sindromul hemoragie generalizat cu risc crescut de hemoragii in SNC.

\*) Se refera la:

- 1) Purpura trombocitopenica idiopatica (PTI)
- 2) Sindroame hemoragice prin deficit de factori plasmatici ai coagularii Hemofilia A si B
- 3) Alte sindroame hemoragice prin deficit de factori plasmatici ai coagularii
- 4) B. Von Willebrand
- 5) Trombofilii ereditare (primare)

\*\*) a. Este un sindrom hemoragic produs prin trombocitopenie imuna datorata anticorpilor antitrombocitari, ceea ce produce distrugerea prematura a trombocitelor in sistemul macrofagic.

b. Durata de viata, in majoritatea cazurilor, este normala, mortalitatea fiind mai mica de 10%.

## 2. Sindroame hemoragice prin deficit de factori plasmatici ai coagularii

Hemofilia A si B prin deficit de factor VIII si IX ai coagularii

A fost tratata la Cap. 7 - Evaluarea afectarii functiilor de statica, locomotie sau/si gestualitate - prin care devin handicapante

## 3. Alte sindroame hemoragice prin deficit de factorii plasmaici ai coagularii

SINDROAME HEMORAGICE	DEFICIENTA USOARA HANDICAP USOR	DEFICIENTA MEDIE HANDICAP MEDIU	DEFICIENTA ACCENTUATA/GRAVA HANDICAP ACCENTUAT/GRAV
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficit de factor I (hipo sau afibrogenemia) si deficit de factor II (ipoprotrombinemie), au de obicei o evolutie benigna;</li> <li>- Sindrrom Owren (hipoproaccelerinemie) in general benign;</li> <li>- Parahemofilie Alexander cu hemoragii articulare mici, putin importante;</li> <li>- Deficit de factor XIII, in general benign dar pot apare hemoragii intracraniene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>In formele fara complicatii</li> <li>In formele medii fara limitarea ortostatismului, locomotiei sau/si gestualitatii.</li> <li>In situatia hemoragiilor intracranine, in raport de intensitatea si sechetele motorii de tip paretic sau plegic</li> </ul>		

## 4. Boala Von Willebrand (BvW)\*

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA HANDICAP USOR	DEFICIENTA MEDIE HANDICAP MEDIU	DEFICIENTA ACCENTUATA HANDICAP ACCENTUAT
<ul style="list-style-type: none"> <li>- TS alungit; Scaderea nivelului factorului VIII C si a factorului vW (Ag); Deficienta agregarii plachetare. Clinic: evenimente hemoragice diverse</li> <li>- In cazuri asimptomatice cu modificari hematologice de mica intensitate sau in situatia unor</li> <li>- In formele in care episoadele hemoragice survin relativ frecvent dar raspund favorabil la tratament.</li> <li>- In formele cu hemoragii severe ce survin dupa traumatisme minore, in hematoame profunde, care necesita</li> </ul>			

cutaneo-mucoase, in forme usoare ale bolii;	evenimente hemoragice muco-	tratamente substitutive
- hemartroze sau hematoame profunde, in formele severe;	cutanate ce survin rar si raspund prompt la tratament.	prelungite.
- hemoragii severe dupa traumatisme, interventii chirurgicale sau extractii dentare.		
NB. Intensitatea manifestarilor hemoragice poate scadea cu varsta sau in cursul sarcinii.		
Sunt si cazuri asimptomatici.		
Deficiența funcțională este determinată de:		
- Frecvența și gravitatea manifestarilor hemoragice,		
- Sechetele pe care le produc,		
- Raspunsul la tratament.		

- \* a. Este o deficiență ereditată a factorului vW cu transmitere de tip autosomal și expresie fenotipică variabilă chiar și între membrii aceleiași familii.  
 b. Factorul vW asigură adeziunea plăcătelor la colagenul subendotelial dezgolit, transportul și stabilitatea în plasma a factorului VIII al coagулării (VIII C).  
 c. Tratamentul se instituie odată cu instalarea accidentelor hemoragice sau, profilactic, în cazul unor explorări invazive, de extractii dentare sau interventii chirurgicale.  
 d. Hemoragiile pot fi stopate prin tratament medicamentos, în cele severe se recurge la substituție (plasma proaspătă congelată, crioprecipitate concentrată de F VIII C și FvW).

##### 5. Trombofilii ereditare (primare)\*)

Tromboze unice sau recurente (venoase sau/si arteriale) sau predispozitii pentru accidente trombotice generate de o stare latenta și permanenta de hipercuagulabilitate plasmatica de cauza ereditara.

Mutatiile genetice implica:

- Anomalii ale unor factori de coagulare (mutația genei protrombinei și a genei factorului V și rezistența la proteina C activată),
- Deficiența inhibitorilor naturali ai coagулării (proteina C, proteina S, anitrombina III s.a.),
- Anomalii ale lizei cheagului (disfibrinogenemia, deficiența plasmogenului și a inhibitorului său),
- Hiperhomocisteinemia.

Studii populationale au evidențiat frecvența ridicată a anomaliei protrombinei; a factorilor V, a hiperhomocisteinemiei și a inhibitorilor proteinei C, proteinei S și a antitrombinei III.

Transmiterea este de tip autosomal.

Accidentele trombotice pot să apară din mica copilarie sau la adulții tineri.

Sunt mai frecvente la hemozigoti sau la dublu heterozigoti.

Pot afecta preponderent teritoriile venoase profunde (cava inferioară, mezenterică, cerebrale, renale, hepatice).

Factori predispozanti pentru precipitarea accidentelor vasculare sunt: sarcina, lauzia, contraceptiile orale, traumatismele sau manevrele chirurgicale laborioase.

Dupa diagnostic, pacienti trebuie anticoagulati toata viata.

DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA
HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
In formele cu tromboze de intensitate redusa, unice sau recurente, care nu lasă sechete durabile.	In formele cu accidente trombotice repetitive, în care se implica teritorii venoase profunde, în formele cu necroza cutanată.	In formele cu accidente trombotice cu sechete durabile, în special cerebrale care impiedică autoservirea, autoingrijirea și autogospodărirea.

\*) Deficiența funcțională este determinată de:

- frecvența și intensitatea accidentului trombotic,
- teritoriile venoase afectate,
- manifestările clinice specifice,
- tratamentul anticoagulant de fond ce predispune la evenimente hemoragice.

- sechelele induse de accidentele trombotice.

#### V. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP LA PERSOANELE CU TRANSPLANT MEDULAR (Status post transplant - auto sau allo transplant)

DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	La formele fara complicatii (apreciate de medicul curant).
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Status post auto sau allo transplant de celule Stern hematopoetice in care hematopoeza post transplant este cu deficit (grefare cu deficit). Se evidențiază:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trombocitopenie (usoara-moderată),</li> <li>- Leucopenie (usoara-moderată),</li> <li>- Anemie (usoara-moderată) - care nu necesita tratament substitutiv in conditii bazate prin hipoplazie medulara datorata unei grefe insuficiente in ceea ce priveste cantitatea de celule Stem continue.</li> </ul>
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	<p>Status post auto sau allo transplant de celule Stem hematopoetice in care exista complicatii legate de regimul de conditionare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cataracta secundara corticoterapiei si/sau iradierii corporale totale;</li> <li>- complicatii neurologice tardive, secundare iradierii craniene, chimioterapiei sau neurotoxicitatii unor medicamente;</li> <li>- disfunctii pulmonare, cardiace, hepatice si/sau renale, considerate a fi secundare procedurii (tratament si/sau regimului de conditionare);</li> <li>- boala maligna a carei aparitie poate fi legata de procedura de transplantare (iradiere corporala totala, deficianta imuna secundara transplantului, infectiilor, medicatiei imunosupresoare);</li> <li>- existenta bolii de grefa contragazda, indiferent de forma si/sau intinderea sa (organele interesante) in cazul allo transplantului;</li> <li>- hematopoeza post transplant cu defect (grefare cu defect) cu bi- sau pancitopenie moderata/severa (trombocitopenie, leucopenie sau anemie) care necesita tratament substitutiv lunar, prin hipoplazie medulara datorata unei grefe insuficiente in ceea ce priveste cantitatea de celule Stem continue.</li> </ul>
	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI*)
HANDICAP USOR	Locuri de munca cu solicitari energetice de intensitate redusa si medie.	<p>Participare fara restrictii cu conditia monitorizarii medicale si administrarii tratamentului adevarat alterarii sistemului hematologic.</p>
HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activitati cu solicitari de intensitate redusa si medie, cu program normal sau redus, fara expunere la toxice cu actiune pe sistemul hematopoetic, fara risc de traumatizare fizica, fara expunere la factori fizici nefavorabili de mediu;</li> <li>- Capacitatea de adaptare la efort este limitata partial;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masuri de reducere a esfertului fizic prin utilizarea unor auxiliare tehnico-mecanice de la ridicare si transport a greutatilor; - Adaptarea utilajului de lucru pentru a reduce solicitarea posturala, gestuala si pozitia fortata - Ajustarea mediului fizic ambiant pentru a se evita expunere la un microclimat cu substante toxice cu actiune pe sistemul hematopoetic, cu risc de traumatizare, accidentare;</li> <li>- Se recomanda evitarea suprasolicitarii cu activitati suplimentare la locul de munca. - Asigurarea unui loc de munca fara regim impus cu posibilitatea alimentatiei fractionate (mese mici si repeatate);</li> <li>- Sprijin pentru monitorizarea medicala.</li> </ul>
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Au in general limitata capacitatea de efectuare a unor activitati organizate datorita capacitatii reduse de adaptare la efort;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sprijin pentru posibilitatea efectuarii unor activitati de colaborare pentru profesiunile cu pregatire superioara, cu rol psihoterapeutic, dupa principiul □cum si cat poate□;</li> </ul>

<p>- Conservarea, in cea mai mare parte, a capacitatii de autoservire si autoingrijire.</p>	<p>- Sprijin pentru monitorizarea medicala si asigurarea tratamentului, in functie de tulburarile morfofuncionale.</p>
<p>- Lipsa capacitatii de a presta orice activitate profesionala, indiferent de nivel</p> <p>HANDICAP</p> <p>GRAV</p>	<p>- Necesita asistent personal.</p> <p>- Sprijin familial si comunitar pentru cooperarea la solicitare si conditiile de desfasurare;</p> <p>- Lipsa capacitatii de autoingrijire</p> <p>autoservire si autogospodarie.</p> <p>- Sprijin pentru monitorizarea medicala, la serviciile de specialitate, ambulatorii sau spitalicesti;</p> <p>- Sprijin pentru asigurarea tratamentului substitutiv corespunzator si urmarirea eficientei.</p>

\*) Elemente valabile in toate afectarile functiilor sistemului hematologic (indiferent de structura afectata)

## C. FUNCTIILE SISTEMULUI IMUNITAR EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP IN SINDROMUL IMUNODEFICITAR CRONIC DOBANDIT<sup>\*\*</sup>)

NB In SIDA stadiul clinico-imunologic C3, indiferent de complicatiile specifice si infectiile oportuniste este necesara recomandarea asistentului personal sau a indemnizatiei de insotitor.

<sup>\*)</sup> Se referă la sindromul imunodeficitar cronic dobandit = infectia HIV-SIDA

Evaluarea deficienței globale în sindromul prin deficit imunitar dobandit se face după ultimile criterii clinico-imunologice emise de CDC (Centrul de Control al Bolilor), de la Atlanta în anul 1993, pentru adulți, și în anul 1994 pentru copii în evaluare trebuie avute în vedere:

- a. stadiul clinico-imunological infectiei HIV-SIDA (intensitatea supresei imunologice)  
 b. infectiile specifice bolii SIDA - intensitatea tulburarilor functionale  
 c. infectiile oportuniste grefate pe organisme fara aparare (rezistenta foarte scazuta sau absenta)
- SIDA este o problema cu precadere medicala in ultimele faze, care timp de ani devine o problema sociala, educativa, comunitara, cu larti implicatii economice.

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI	
HANDICAP USOR	- Orice activitate profesionala, fara limitari. - Capacitatea de prestatie profesionala pastrata.	Participare fara restictii, cu necesitatea de monitorizare medicala la Serviciul de boli infectioase pentru testare si tratament adevarat, daca este cazul.	
HANDICAP MEDIU	Activitati profesionale cu solicitare redusa, cu norma intreaga sau jumata de norma, in conditi de confort.	Participare cu conditia: - asigurarii unui loc de munca cu solicitare redusa, - dispensarizarii pentru tratament specific antiretroviral si particularizat manifestarilor.	
HANDICAP ACCENTUAT	Dupa recuperarea episodului acut sub tratament antiretroviral, activitatii profesionale cu solicitare redusa, cu norma intreaga sau jumata de norma, in conditi de confort. - Sunt accesibile, in general, muncile statice, activitatatile de birou/ mesterugaresti.	Participare cu conditia: - asigurarii unui loc de munca cu solicitare redusa, - dispensarizarii pentru tratament specific antiretroviral si particularizat manifestarilor.	
HANDICAP GRAV	In stadiile A3, B3, C1, C2: - dupa recuperarea episodului acut sub tratament antiretroviral si specific activitatii profesionale cu solicitare redusa, cu norma intreaga sau jumata de norma, in conditi de confort; - sunt accesibile, in general, muncile statice, activitatatile de birou/ mesterugaresti. La persoanele cu SIDA stadiul C3 - pierderea totala a capacitatii de a efectua activitati de autoservire, autoingrijire si autogospodarire din cauza tulburarilor functionale severe si progresive.	In stadiile A3, B3, C1, C2: - participare cu conditia: - asigurarii unui loc de munca cu solicitare redusa, - dispensarizarii pentru tratament specific antiretroviral si particularizat manifestarilor. Necesa asistent personal. Supraveghere medicala permanenta.	

#### D. FUNCTIILE SISTEMULUI RESPIRATOR

EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP IN AFECTAREA FUNCTIILOR SISTEMULUI RESPIRATOR\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
- Evaluarea ventilatiei pulmonare (metoda spirografica si pneumotahografica) = severitatea disfunctiei ventilatorii (reduce VEMS fata de valoarea teoretica sau scaderea ventilatiei maxime); - Evaluarea globala a schimburilor gazoase (azanaliza sangelui arterial, in repaos si	VEMS > 60%   PaO <sub>2</sub> < 70 mm Hg   (hipoxie usoara).	VEMS 59-40%   PaO <sub>2</sub> = 69-60 mm Hg   (hipoxie medie).	VEMS = 40-30%   PaO <sub>2</sub> = 59-45 mm Hg   (severa)   (hipoxie grava).	VEMS =< 30%   PaO <sub>2</sub> < 35 mm Hg   PaCO <sub>2</sub> > 70 mm Hg   (hipoxie accentuata/ severa).   ICC dreapta (CPC).

- Aprecierea adaptarii la efort (teste de efort) = capacitatea maxima de prestatie\*\*\*;
- Mecanica pulmonara;
- Pletismografie - determinarea rezistentei la flux
- Examen radiologic;
- EKG;
- CT, RMN (daca este cazul);
- Examen histologic (daca este cazul).

\*) 1. In afecțiunile respiratorii cronice, contractate precoce (copilarie, adolescenta pana la 26 ani), care determină tulburări funcționale permanente sau care riscă să devină permanente, de exemplu: astmul bronsic, anomalii congenitale, agenezie pulmonară parțială, BPOC, pneumopatii interstitiale fibrozante difuze, bronseiectazii supurătii bronhopulmonare, tuberculoza pulmonară activă, tuberculoza pulmonară operată, sindromul post-tuberculos;

## 2. Cancerul bronho-pulmonar;

### 3. Transplantul pulmonar.

\*\*) Se poate determina: - presiunea parciala a O<sub>2</sub> in sangele arterial sistemic (PaO<sub>2</sub>) - Valori normale: 78/100 mm Hg

- presiunea parțială a CO<sub>2</sub> în sângele arterial sistemic (PaCO<sub>2</sub>) - Valori normale: 35-45 (în medie 40 mm Hg)

- saturatia O<sub>2</sub> a Hb in sangele arterial sistemic (SaO<sub>2</sub> - Valori normale = 95%)

\*\*\*)) - reducere usoara 150-110 w

- reducere medie 110-80 w

- reducere accentuata 80-35 w

- reducere accentuata  $\geq 80\%$   
- reducere grava  $\leq 35\%$



| particularizate structurii respiratorii afectate.

## **CAPITOLUL 5**

### **FUNCTIILE SISTEMULUI DIGESTIV, METABOLIC SI ENDOCRIN**

I. a. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP IN AFECTAREA UNOR FUNCTII ALE SISTEMULUI DIGESTIV (DE DIGESTIE, SECRETIE, ABSORBIE-ASIMILATIE)\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI**)	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
- Indicele ponderal (starea de nutritie***); - Hemograma (Hb gr%); - Evaluarea malabsorbției: - Proteinemie, - Ionograma, - Glicemie, - Amilazemie, - Amilazurie; - Ecografie abdominală;	- Denutritie cu deficit ponderal intre 20-25%; - Anemie usoara, intre 25-30%; - Anemie cu Hb intre 7-10 gr %; - malabsorbție, intre 7-10 gr %; denutritie peste 30%; - malabsorbție si progresiva si severa).	- Sindrom de malabsorbție cu deficit ponderal intre 20-25%; - Deregrii severe de rezistenta la resorbție, tratament;	- Anemie severa (sub 7 gr % Hb); - Deregrii severe de rezistenta la resorbție, tratament;	- Anemie severa (sub 7 gr. Hb %); - Stare de casexie (malabsorbție si malasimilatie severa).
- Examen radiologic gastro-duodenointestinal; - Endoscopie eso-gastrojejunală (eventual cu biopsie ecoghidata); - Colonosigmoidoscopie; - Rectoscopie; - Irrigrafie; - CT-RMN; - Examen histopatologic.	- In stenozele esofagiene confirmate radiologic, cu manifestarile de mai sus care nu se remit complet la tratament (dilatati) si necesita tratament chirurgical.	- In stenozele esofagiene stranse cu TM gastrice cu gasterostroma; - Pentru perioade limitate, pana la TM de colon, rect, sigmoid si alte segmente intestinale cu colostoma;	- In tumorile maligne inoperabile sau operabile cu recidive loco-regionale sau alimentatie; - in faze de generalizare.	- In tumorile maligne inoperabile sau operabile cu recidive loco-regionale sau alimentatie; - in faze de generalizare.

\*) Se refira la:

- unele tumori maligne ale tubului digestiv, operabile sau neoperabile:

- Gastrectomie largă pentru ADK cu gastrostomă;

- TM oro-faringo-esofago-gastrice sau ale unor segmente intestinale inoperabile sau in faze de generalizare.

- Rezectia unor segmente intestinale pentru TM non-rectostomie parțială sau totală pentru TM

- pancreatectomie parțială sau totală pentru TM,  
stenoză esofagiană strânsă de cauza diversă, care necesită dilatările, esofagoplastii, protezare, gastrostomă pentru alimentație.

\*\*) Parametruii functionali se vor selecta in raport de segmentul de tub digestiv afectat, modificarile morfologice si biochimice induse, precum si de datele antropometrice in functie de care se stabileste echilibrul ponderal.

\*\*\*) Indicele ponderal ideal se stabileste dupa formula Lorenz:

$X = A \text{ cm} - 100 - (A_{\text{cm}} - 150)/4$ , unde  $A_{\text{cm}}$  = inaltimea individului în cm.

ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
-----------------------	--------------------------

HANDICAP   Independenta in exercitarea activitatilor		Participare fara restrictii	
USOR   profesionale			
HANDICAP   Activitati fara efort fizic mare, in mediu	- Asigurarea unor locuri de munca fara efort fizic mare, fara variatii de temperatura precum si fara expuneri la un micro sau macroclimat necorespunzator;		
MEDIU   substante toxice digestive, in ritm liber.	- Asigurarea unor pauze pentru hranire.		
HANDICAP   Activitati fara efort fizic, in mediu fara variatii de temperatura, precum si fara substante toxice digestive, in ritm liber,	- Masuri de reducere a efortului fizic si de evitare a activitatii in mediu nefavorabil, in scopul preventiei agravarilor;		
HANDICAP   ACCENTUAT   Activitati care nu impun deplasari posturale, mers pe plan inclinat.	- Masuri pentru ajustarea mediului ambient fizic; - Regim de munca adevarat pentru asigurarea meselor fractionate; - Masuri igienico-sanitare.		
HANDICAP   GRAV   Necesita ajutor periodic pentru igiena corporala, autoservire si pentru activitatile de zi cu zi.	- Necesita asistent personal. - Ajutor pentru activitatii cotidiene (autogospodarie) pentru perioade variabile, in functie de evolutie, agravarea structurilor afectate, raspunsul la tratament, cooperarea la actiunile medico-sociale de recuperare; - Asigurarea de pungi speciale pentru persoanele cu gastrostoma, colostoma.		

#### I.b. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP IN AFECTAREA FUNCTIILOR HEPATICE\*)

DEFICIENTA USOARA   DEFICIENTA MEDIE   DEFICIENTA ACCENTUATA   DEFICIENTA GRAVA			
PARAMETRII FUNCTIONALI**)			
HANDICAP USOR   HANDICAP MEDIU   HANDICAP ACCENTUAT   HANDICAP GRAV			
- Anamneza; Examen clinic; Ecografic abdominal; (Ex. radiologic esofagian); Ex. endoscopic; CT-RMN; Punctie biopsica hepatica; Ex. histopatologic; Hemograma completa; Indice de protrombina; Electroforeza, imunolectroforeza, prezenta de anticorpi, Enzimograma; Bilirubinemie, glicemie, creatininemie; Determinare AcHVC in ser, Determinare AgHBs in ser, NB. 70-80% din hepatitele cronice si 40% dintre ciroze au drept cauze VHC.	In formele stabilizate sau persistente, neevolutive, cu hepatosplenomegalie compensata, moderata, fara (Child Pugh A), semne de insuficienta insufficiență, hipertensiune portală, hepatopatia (teste biologice, esofagie) sau/si splenomegalie) cu normala sau slab paraclinice pozitive, dominant de activitate mediu; mezenchimala). AcHVC sau AgHBs sau AcHVC. semne de de activitate mediu; de recuperare. Purtator de AgHBs sau portator de AgHBs sau (Child Pugh B si C) cum se deosebesc de la normala, sau/si ascita) cu frecventa periodica, reductibila. (clasa Child Pugh B si C)	- In formele active de moderat active sau ciroze hepatice, cu semne clinice specifiche (ficit mare/mic, indurat, sau/si splenomegalie) cu fenomene de hipersplenism sau/si varice esofagiene sau hepatopatia (teste biologice, esofagie) sau/si ascita) cu frecventa periodica, reductibila. (clasa Child Pugh B si C) cum se deosebesc de la normala, sau/si ascita) cu	- In formele active de moderat active sau ciroze hepatice cronice, cu Child Pugh C cu semne clinice specifice (ficit mare/mic, indurat, sau/si splenomegalie) cu digestive repeatate (rupere de varice esofagiene sau hepatopatia (teste biologice, esofagie) sau/si ascita) cu frecventa periodica, reductibila. (clasa Child Pugh C cu semne clinice specifice (ficit mare/mic, indurat, sau/si splenomegalie) cu digestive repeatate (rupere de varice esofagiene sau hepatopatia (teste biologice, esofagie) sau/si ascita) cu
- Ciroze hepatiche (clasa Child Pugh C cu semne clinice specifice (ficit mare/mic, indurat, sau/si splenomegalie) cu digestive repeatate (rupere de varice esofagiene sau hepatopatia (teste biologice, esofagie) sau/si ascita) cu	- Ciroze hepatiche, sau/si varice, sau/si ascita) cu	- Ciroze hepatiche, sau/si varice, sau/si ascita) cu	- Ciroze hepatiche (clasa Child Pugh C cu semne clinice specifice (ficit mare/mic, indurat, sau/si splenomegalie) cu digestive repeatate (rupere de varice esofagiene sau hepatopatia (teste biologice, esofagie) sau/si ascita) cu

				complicatii postoperatorii	
--	--	--	--	----------------------------	--

\*) Se refera la: afectiuni cronice hepaticе indiferent de etiologie:

- hepatite cronice si contractate precoce (copilarie adolescenta pana la 26 ani)
- ciroze hepaticе
- cancer hepatic primar sau secundar,
- transplant hepatic total sau parcial.

\*\*) Parametrii functionali se vor selecta in raport de structurile si functiile hepaticе afectate si de natura afectiunii.

ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
Pot desfasura orice activitate profesionala cu evitarea locurilor de munca care impun efort fizic mare si contact cu substante hepatotoxice.	- Participare fara restrictie cu evitarea locurilor de munca cu solicitari fizice mari; - Asigurarea unor conditii de microclimat profesional corespunzator, fara factori nocivi (substante hepatotoxice).
Vor fi orientati sau indrumati profesional spre locuri de munca adecvate, fara solicitari fizice si psihice mari, sarcini suplimentare, munca in ture, munca de noapte, in ritm impus, precum si intr-un mediu inadecvat, cu factori toxicii.	Preocupare pentru orientarea profesionala sau in drumarea spre locuri de munca fara solicitare fizica si psihica mare, ritm liber, fara ture de noapte, intr-un microclimat fara factori nocivi (hepatotoxici).
- Tulburarile functionale de intensitate accentuata contraindica prestarea oricarei activitatii profesionale; - Au conservata capacitatea de autoservire, autoingrijire si posturale; - si, in mod limitat, pe cea de autogospodarie.	- Necesita sprijin pentru efectuarea activitatilor cotidiene care solicita efort fizic si deplasari - Sprijin pentru monitorizarea medico-sociala.
- Lipseste capacitatea de prestare a unei activitatii profesionale indiferent de nivelul de solicitare si conditiile de munca;	- Necesa asistent personal. - Sprijin pentru cooperare la monitorizare medicala.
- Lipseste capacitatea de autoservire, autoingrijire si autogospodarie.	

## II. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP IN AFECTAREA UNOR FUNCTII METABOLICE\*)

PARAMETRII	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA ACCENTUATA/GRAVA
	FUNCTIONALI**)	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
1. Examene paraclinice:	- in formele cu echilibru glicemic repetate, peste 130 mg/dl;	- in formele care se pot echilibra din punct de vedere convenabil, fara glicemic	- In formele de debut, cu/fara instabile, cu/fara fenomene de reglare	- In formele cu metabolice, (microangiopatice) manifeste pe un organ tinta sau pe mai multe organe
a. - glicemie a jeun, b. - glicemie venoasa dupa testul de toleranta la glucoza (daca este cazul) de cel putin 170 mg/dl (sageata normala, FO mg/dl dupa 2 ore; c. - glicozurie de minimun 5 gr/00 in urina din 24 de ore; - examen sumar urina	- cu profil glicemic	- Cu tulburari de complicatii	- Cu tulburari de complicatii	- simpaticomoparasympatic metabolic (tip predilecte sau cu microangiopatie periferica (artropatia Charot - picior diabetic) - in functie de intensitatea tulburarilor
			- necomplicate, incipiente	
			- pentru perioada de intensitatea tulburarilor	

(densitate, albumina, corpi cetonici);	insulina administrat in doua prize.	nesemnificative in repos dozabila la efort)	morfofunctionale.
- dozare albumina in urina (daca este cazul)	- creatinina, uree, acid uric;	- Necesar de insulina repartizat in trei prize.	NB. Pentru evaluare vezi criteriile stabilite pentru afectarea functiei respective (functie vizuale, urinare, de mobilitate, statica si locomotie).
- examen oftalmologic (FO, AV, camp vizual)	- examen neurologic;		
- oscilometric - eco Doppler - indice oscilometric membre inferioare			
2. Examen clinic			

\*) Se refera la diabetul zaharat tip I, juvenil sau al adultului tanar pana la 26 ani.

NB. Diabetul zaharat tip I este o boala metabolică, de cele mai multe ori determinata genetic, cu evolutie cronica stadiala, in care lipsa sau scaderea insulinei eficiente determina scaderea glucozei celulare urmata de hiperglicemie care, daca nu este corecta, antreneaza perturbari ale metabolismului lipidic, protidic si ale echilibrului hidro-electrolitic. Aceste perturbari, dupa o perioada variabila, in functie de o serie de factori favorizanti/determinanti, medico-psihosociali, conduc la aparitia complicatiilor metabolice, cardiovasculare, oftalmologice, renale, infectioase.

- Cu cat diabetul este depistat la o varsta mai tanara (copilarie), cu atat prognosticul este mai rezervat.

\*\*) Vor fi selectate si aprofundate investigatiile paraclinice in functie de echilibrul metabolic si decelarea complicatiilor specifice (microangiopatii cu localizare oculara, renala si placuta neuro-motorie)

NB. - Examenele paraclinice de la pct. 1, lit. a, b si c au importanta majora pentru controlul terapeutic.

- Examenul clinic in diabetul tip I necomplikit are importanta minora.

ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loc de munca corespunzator, cu solicitare energetica redusa si psihica medie, in conditii ambientale corespunzatoare;</li> <li>- Evitarea activitatii in ture, munca de noapte, la inaltaime, langa foc, unele in miscare si care nu impun suprasolicitare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asigurarea unui loc de munca adevarat, in aceasi profesie sau in drumare profesionala spre activitati care nu se desfasoara la inaltaime, langa foc, unele in miscare si care nu impun suprasolicitare</li> </ul>
<p>HANDICAP USOR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ritm liber cu pauze de masa pentru administrarea insulinei.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sunt contraindicate activitatile care pot periclitia siguranta circulatiei;</li> <li>- Asigurarea pauzei de masa pentru mese fractionate si administrarea necesarului de insulina;</li> <li>- Monitorizarea medicala la Centrul Antidiabetic (CAD) pentru urmarirea echilibrului metabolic si prevenirea aparitiei complicatiilor specifice.</li> </ul>
<p>NB. Pentru adolescenti, orientarea si formarea profesionala pentru profesiuni care:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nu impun suprasolicitarea analizatorului vizual (activitati de precizie)</li> </ul>	
<p>HANDICAP MEDIU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- impun activitati in mediu cald,</li> <li>- se desfasoara la inaltaime,</li> <li>- impun deplasari posturale frecvente,</li> <li>- necesita solicitare fizica si psihica intensa.</li> </ul>	
<p>HANDICAP ACCENTUAT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incapacitate tranzitorie de desfasurare a oricarei activitatii profesionale pe perioada necesara echilibrarii metabolice, stabilirii necesarului de insulina si de hidrati de carbon (regim igienodietetetic).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesa ajutor din partea familiei pentru respectarea regimului alimentar si administrarea la timp a cantitatii de insulina;</li> <li>- Monitorizare la CAD pentru echilibrare si prevenirea complicatiilor specifice.</li> </ul>
	<p>NB. Dupa echilibrarea homeostaziei glicemice, in drumarea sau orientarea profesionala spre locuri de munca sau profesiuni compatibile cu respectarea indiciilor si contraindicatiilor prevazute pentru persoanele cu handicap usor si mediu.</p>

HANDICAP | Stabilite pentru afectarea functiilor: vederii, |- Veki capitolele respective;  
 GRAV | urinare, mobilitatii, staticii si locomotie. |- Necesa asistent personal.

### III. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP IN AFECTAREA FUNCTIILOR ENDOCRINE

#### 1. Evaluarea gradului de handicap in hiperfunctia hipofizara (tumora hipofizara secretanta de GH - hormon de crestere)\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA	
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV	
Examen endocrin:	Incadrare in - Tumora hipofizara  - Tumora hipofizara   Tumora hipofizara cu:  -	- modificarea fizionomiei; tablou clinic oprita in evolutie,  - evolutiva, aflată  - sechele oftalmologice			
- creșterea de volum a si paraclinic spontan sau dupa extremitatilor; incomplet, in tratament specific  - antihormonal   practica sau					
- visceromegalie; tratament (Roentgen terapie, complex sau absoluta) sau					
- sindrom clinic tumoral simptomatic. hormonoterapie  - Tumora hipofizara  - tulburari neurologice					
cerebral; antisecretorie sau recent stabilizata  - grave sau					
- tulburari de metabolism glucidic (DZ tip II); interventie chirurgicala); cu tulburari hormonale secundare,  - tulburari metabolice  -					
- tulburari hormonale secundare paraclinic;  - Fara semne partial echilibrat  - grave (casexie					
- creștere hormon GH in ser si in LCR;  - neurologice sau prin tratament substitutiv sau  - hipofizara care necesita ingrijire					
- CT, RMN si radiografie de sea turceasca -  - oftalmologice;  - substitutiv sau  - permanenta din partea					
tumora hipofizara in std. I-IV (Hardy);  - Tulburari echilibrat  - Tumora hipofizara  - alrei persoane.					
Examen oftalmologic:					
- Tulburari de camp vizual,  - hormonal substitutiv.  - dupa tratament sau  - spontan, insa cu sechele neurologice,  -					
- Hemianopsie,  - sau  - oftalmologice sau endocrine accentuate					
- Scotoame;					
Examen neurologic: semne de hipertensiune intracraniana;  - Tumora hipofizara cu  -					
EEG; Examen histopatologic.					

\*) Se refera la acromegalie - tumora hipofizara secretanta de GH (hormon de crestere) la adult.

#### 2. Evaluarea gradului de handicap in hipofunctia hipofizara

##### a. Nanismul hipofizar\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	
Clinic si paraclinic:	- Tulburari de gestualitate si  - Tulburari de gestualitate -  - Tulburari de gestualitate si  -			
- hipertrrofie staturala;  - antropometrie armonioasa;  - schelet gracil;  - Talie 1,49 -				
- locomotie usoare;  - intensitate medie;  - locomotorii de  - Talie sub 1,29 m;  - Performante intelectuale				

- musculatura hipotrofica;	1,40 m;	- Talie 1,39 -	normale;	
- facies infantil;	- Performante	1,30 m;	- Deficit al hormonilor	
- dozari hormonale (hormon GH, gonadotropi, tiroidieni, corticotropi);	intelectuale normale.	- Performante intelectuale	hipofizari:	
- teste psihologice (QI);			- Gonadotropi = infantilism	
- EKG, tensiune arteriala.	normale.	sexual,		
		- Tireotropi = mixedem secundar,		
		- Corticotropi = hipotensiune		
		arteriala = performanta de efort		
		scazuta.		
		NB. Intensitatea tulburarilor hormonale asociate se cuantifica dupa criteriile stabilite pentru afectarea functiei respective.		

\*) Se refera la insuficienta hipofizara de GH (hormon de crestere) sau tulburari la nivelul receptorilor periferici prin GH insuficient in perioada de crestere somatica cu hipotrofie staturala armonioasa, prezintand un deficit statural mai mare de 3 derivatii standard (3DS) fata de media de inaltime pentru generatia respectiva de varsta, uneori asocieri de insuficienta hipofizara pluritropa (panhipopituitarism).

#### b. Condrodisplazia\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
Examen clinic:			
- Hipotrofie staturala; In evaluarea deficientei functionale si a gradului de handicap se vor avea in vedere:			
- Antropometrie disarmonica; criteriile stabilite pentru afectarea mobilitatii articulare, toracale si pelviene; artropatia condrodisplazica determina tulburari de realizare a varianteelor posturale si a gestualitatii),			
- Mobilitatea articulatiilor scapuloumerale-coxofemurale limitate prin artropatii secundare; criteriile de inaltime prezентate in insuficienta hipofizara (nanismul hipofizar).			
Examene paraclinice: - prezентate la nanismul hipofizar.			

\*) Hipotrofie staturala disarmonica prin lipsa receptorilor pentru GH la nivelul cartilajelor de crestere ale extremitatilor toracale si pelviene, cu artropatii secundare.

#### c. Sindrom Sheehan\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
Examen endocrin:				
- semne de hipotiroidie; Insuficienta hipofizara Insuficienta hipofizara cu Insuficienta Insuficienta hipofizara severa cu tulburari				
- semne de hipogonadism, neinsotita de complicatii tulburari endocrine si metabolice				
- hipogonadotropi; complicatii. compenseaza cu endocrinometabolice grave si complicatii				
- insuficienta cortico- tratament accentuate, cardiovascular si				

suprarenala cronică;	hormonal	necompensate clinic și substitutiv.	neuropsihice care biologic sub tratament	conduc la pierderea substitutiv complex, asociat cu complicații metabolice (pierdere ponderala progresivă), cardiovasculară și neuropsihice.	neuropsihice care biologic sub tratament	conduc la pierderea substitutiv complex, asociat cu complicații metabolice (pierdere ponderala progresivă), cardiovasculară și neuropsihice.
- hipoanabolism care poate merge pana la casexie;						
Dozari hormonale specifice;						
Examen neurologic;						
EKG;						
Examen psihic.						

\*) Se referă la insuficiența hipofizara primă (sindrom Sheehan) - afecțiune unică sau, mai frecvent, pluritropă, exprimată prin tulburări clinice și hormonale.

### 3. Evaluarea gradului de handicap în insuficiența hipofizara posterioară, prin deficit total/partial de vasopresină (AVP)\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	
Clinic și paraclinic:	In formele care răspund la tratamentul cu vasopresina sau analogi.	In diabetul insipid compensat în tratament substitutiv cu vasopresina sau analogi, asociate cu complicări neurologice și hormonale secundare	Post tumoral sau postoperator rezistente la vasopresină (adiuretin).	
- Diureza = 31/24 h;				
- densitate urinara sub 1010;				
- subizostenurie-osmolaritate urinara < 300 mEq/l				
- Clearence-ul apei libere pozitiv;				
- proba de sete cu test la vasopresina (adiuretin) pozitiv				
- in etiologia tumorala;				
- investigatii hormonale;				
- CT, RMN.				

\*) Sindrom clinic de poliurie, polidipsie cu densitate urinara sub 1010 prin deficit total/partial de vasopresină (AVP) sau lipsa acțiunii tisulare a AVP.

### 4. Evaluarea gradului de handicap în insuficiența tiroidiană\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA	
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV	
Clinic:	Hipotroidismul subclinic, evidentiat prin manifestații tipice, în doză hormonale	Insuficiență tiroidiană cu complicări persistente	Insuficiență tiroidiană severă cu complicări grave, cardiovasculare și neurologice		
- Metabolic: creștere ponderală, infiltrarea tegumentelor, anemie secundară;					
- Neuropsihic: lentoare psihică, (TSH crescut) fără frilozitate;					
- Cardiovascular: cardiomiopatie manifestă sau oligoasimptomatică, insuficiență mixedematoasă, insuficiență cardiaca;					
- Nanism dizarmonic cu intarziere mentală (mixedem congenital), doză hormonala, in doze					

specifice □ gusa;	minime.		tratament specific.		
<b>Paraclinic:</b>					
- T3, T4 scazute, PBI scazut;					
- TSH crescut (mixedemul primar);					
- Scintigrama tiroidiana (lipsa tiroidei in disgenezia tiroidiana, imagine neomogena in gusa multinodulara);					
- RIC scazut sau absent;					
- EKG (tulburari de conducere, bradicardie, microvoltaj);					
- Ecografic cardiac (cord marit);					
- Hb, HT scazute (anemie secundara);					
- Radiografie cord-plaman (indice cardio-toracic crescut);					
- Biochimie:					
- Hiperlipoproteinemie,					
- Hipcolesterolemie;					

\*) Se refera la:

- mixedemul primar cu visceralizare;

- mixedemul congenital (disgenezie tiroidiane).

Sindrom clinic determinat de scaderea cantitatii de hormoni tiroidieni la nivelul receptorilor celulari ceea ce determina infiltrarea tesuturilor cu consecintele respective, handicapante.

##### 5. Evaluarea gradului de handicap in afectarea functiei paratiroidiene

###### a. Hiperfunctie paratiroidiana\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA	
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV	
Clinic:	Hipercalcemie	Hiperparatiroidism	Hiperparatiroidism	Hiperparatiroidism	
- Leziuni scheletale (osoase), oase serica	operat cu sechele	operat, forma cu fracturi			
lungi si vertebre:	asimptomatica sau cu tablolui clinic	osoase sau renale neevolutive, cu tulburari	osteodistrofica cu multiple si deformari osoase cu		
- Fracturi spontane, - Osteoporoză cu arii de demineralizare si	oligosimptomatice.	tulburari de locomotorii	deformari osoase cu accentuate prin locomotorie grava.		
- Formarea de chisturi osoase;	locomotie si excretie medie.	accentuate prin deformari osoase			
- Tulburari renale: poliuri, litiaza;		si forma			
- Tulburari gastro-intestinale;		nefrolitiazica			
- Tulburari neuropsihice;		moderata cu IRC			
Paraclinic:		stadii de RAF.			
- Calcemie peste 11 mg% (repetata);					
- Calciurie peste 400 mg%/24 h;					
- Fosfatemie scazuta (sub 2,5 mg%);					
- Fosfataza alcalina crescuta (in leziuni osoase);					
- PTH seric (imunodozare) cu nivel crescut in conditiile calcemiei crescute sau normale;					
- EKG: scurrire interval QT;					
- Examen radiologic:					
- Geode osoase sau/si lacune disseminate;					
- Fracturi, calusuri;					

- Osteoporoză generalizată;						
- Litiază renală (nefrocalcinоза);						
- Ulcer gastric.						

NB. Pentru evaluarea gradului de handicap mediu, accentuat și grav vezi criteriile stabilite în afectarea functiilor osteo-musculo-articulare și ale miscarilor aferente precum și a functiilor urinare.

\*) Se referă la hiperparatiroidismul primar (boala Recklinghausen), caracterizat prin: secreție excesivă și autonomă de parathormon (PTH) de către una sau mai multe glande paratiroidiene (de obicei tumorale), adenoame, care produc:

- hipercalcemie serică,
- hipofosfatemie,
- rezorbție osoasă excesivă.

#### b. Hipofuncție paratiroidiană\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	
Clinic: - Hiperexcitabilitate neuromusculară; - Crize spontane de contractură musculară localizate pe grupuri musculare sau generalizate; - Crize de contractură musculară provocate de hiperpnee; - Semne mecanice de hiperexcitabilitate neuromusculară (semnul Chwostek și Weiss pozitive); - Tulburări trofice (cataractă în forme cronice, indelungate) Paraclinic: - Ca total și/sau ionic scăzut; - Mg total și/sau ionic scăzut; - EMG pozitiv.	Tetanie latenta (spasmofilie) în tratament specific cu manifestări clinice și crize relativ frecvente, sub tratament specific.   	Tetanie cronica cu manifestări clinice și crize acute frecvente, neinfluențate de sub tratament specific.   	Tetanie cronica cu manifestări clinice și crize acute frecvente, neinfluențate de sub tratament specific.   	

\*) Se referă la: hipoparatiroidismul primar (tetanie), caracterizat prin scăderea nivelului săngvin de parathormon (PTH) în urma lezării primitive a glandelor paratiroidiene.

#### 6. Evaluarea gradului de handicap în afectarea glandei suprarenale

- Insuficiență corticosuprarenală cronica, primară (Boala Addison)\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA	
	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV	
Clinic: - Astenie, adinamie, fatigabilitate;   In forma compensată   - Insuficiență CSR clinic și hormonal, sub cronica cu   Insuficiență CSR cronica decompensată,				

- Greturi, varsaturi, dureri musculare;	tratament substitutiv. sau	decompensari repeatate   rezistenta la tratament,	
- Scadere ponderala, deshidratare;		care necesita ingrijire	
- Melanodermie;	- Insuficienta CSR	permanenta din partea	
- Hipertensiune arteriala.	cronica cu rezerve	altel persoane.	
Paraclinic:	hormonale labile, partial echilibrat		
- Dozari hormonale specifice;	sub tratament sau		
- Ionograma:	- Insuficienta CSR		
- Na <sup>+</sup> scazut,	cronica uni sau		
- K <sup>+</sup> crescut,	bilateral operata, in		
- Glicemic: hipoglicemie serica;	tratament substitutiv		
- Test stimulare cu ACTH (cortrosyn) negativ.	continuu, pana la echilibrare.		

\*) Se refera la insuficienta corticosuprarenala primara cronica (CSR), datorita distrugerii ambelor corticosuprarenale (peste 80%), care determina:

- scadere hormoni glucocorticoizi;
- scadere hormoni mineralocorticoizi;
- scadere hormoni androgeni adrenali.

#### 7. Evaluarea gradului de handicap in insuficienta gonadica

##### a. Insuficienta gonadica primara (primitiva)\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	
Sindrom clinic caracterizat prin formarea deficitara a testiculelor datorita unor defectiuni cromozomiale; Disogenezie a tubilor seminiferi determinate de anomalii ale formulei cromozomiale.	Forme clinice cu tablou oligosimptomatic, compensat prin substitutie cu hormoni sexoizi, fara handicapante.	Forme clinice cu tulburari de dezvoltare musculara si osteoporiza sexiodopriva cu scaderea capacitatii de efort fizic si prin tulburari neuropsihice de intensitate medie.	
Tablou clinic:	scaderea capacitatii de efort fizic sau fara tulburari psihice	efort fizic si prin tulburari neuropsihice de intensitate medie.	
- Fenotip masculin;			
- Aspect enucoid;			
- Aspect infantil/normal;			
- Testicule mici;			
- Ginecomastie;			
- Obezitate □;			
- Deficit intelectual de intensitate variabila			
Paraclinic:			
- Spermatozograma - azoospermie;			
- H. gornadotropi serici crescuti;			
- Testosteron plasmatic scazut.			

\*) Se refera la: insuficienta gonadica primitiva, disgeneziei gonadale (mai frecvent) cu simptomatologie variabila, in functie de:

- tipul gonadic;
- varsta instalarii;
- intensitatea insuficientei gonadice;
- cauza insuficientei gonadice.

##### b. Insuficienta gonadica prin disgeneziei gonadale cu fenotip feminin (Sindromul Turner)\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	

HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
Tablou clinic:		
- Hipotrofie staturala disarmonica;	- Forme clinice cu hipotrofie staturala intre 130-139 cm cu tulb.	- Forme clinice cu hipotrofie staturala sub 120 cm,
- Facies caracteristic;   intre 140-149 cm.;	- Forme fara locomotorii, de realizare a variantelor	malformatii
- Organe genitale externe infantile;	malformatii somatice   handicapante	cardiovasculare,
- Infertilitate;	renale, surditate;   posturale si de scaderea	
- Malformatii somatice: cardiaice, renale, surditate;	- Semne de hipotiroidie.   prehensiune accentuata a	
	Tablou paraclinic:	(gestualitate) de capacitatii de
	- Dozari hormonale specifice;	intensitate medie;   prestatie fizica
	- Estradiol plasmatic scazut;	- Forme cu tulburari sau prin
	- Hormoni gonadotropi crescuti;	functionale somatice   tulburari
	- Glicemic: tulburari de glicoreglare;	(cardiovasculare,   neuropsihice
	- Examen psihologic: IQ (cel putin intelect liminar);	renale) si tulburari   psihice de
	- Audiograma (hipoacuzie/surditate).	intensitate medie.   accentuate.
NB: In evaluarea gradului de handicap se vor avea in vedere si:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criteriile de la insuficienta hipofizara (antehipofizara);</li> <li>- Criteriile de la nanismul hipofizar;</li> <li>- Criteriile de la insuficienta tiroidiana;</li> <li>- Criteriile prevazute la afectarea fibrei miocardice,</li> <li>- Criteriile prevazute la afectarea functiilor mentale (nedezvoltarea globala a functiilor mentale);</li> <li>- Criteriile prevazute la afectarea functiilor urinare.</li> </ul>		

\*) Afectiune determinata de un deficit al cromozomului X cu cariotip 45Xa, - sindromul Turner (digenezii gonadale cu fenotip feminin).

#### 8. Evaluarea gradului de handicap in afectarea functiei tiroidiene din proliferarile maligne\*)

PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA
	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
Clinic:		
- Glanda tiroida marita, dura, cu/fara adenopatii sau nodul ferm, tiroidian;	- In timpul tratamentului complex, chirurgical si sau radioizotopic;	- In formele inoperabile   - Tratate chirurgical sau/si
- Ganglioni laterocervicali (palpabili);	- In formele operate cu recidive locale sau cu	izotopic, in faze de
- Tablou metabolic consumptiv.	sechele dezechilibrate     diseminare cu metastaze	pulmonare, osoase etc.).
Paraclinic:		
- Scintigrama tiroidiana (imagini neomogene sau lacunare);	- sub tratament continuu.	
- RIC - hipocaptare sau valori normale;		
- Dozari hormonale complementare (hiperfunctionalitate);		
- Punctie bioptica tiroida - examen histopatologic;		
- Examen radiografic pulmonar si osos pentru formele metastatice.		

\*) Se refera la:

- cancerul tiroidian operat recent sau cu sechele metabolice sau pulmonare,dezechilibrate, sub tratament continuu,
- formele inoperabile sau/si tratate chirurgical sau/si izotopic in faze de diseminare.

ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP USOR	Au redusa capacitatea de adaptare la efort. Este necesar sa se diminueze efortul fizic prin: - masuri de adaptare a utilajelor la locul de munca sau deplasarii posturale pe distante mari, pe plan inclinat sau urcare pe scari, in aceste situatii trebuie sa se asigure un mijloc de transport adevarat. - evitarea sarcinilor suplimentare.
HANDICAP MEDIU	Pot desfasura activitati cu solicitari fizice de intensitate redusa, in pozitie predominant sezand, care nu necesita variante posturale, deplasarii posturale, intr-un micro/macro-climat de confort organic.
HANDICAP ACCENTUAT GRAV	- ajustarea mediului ambiental fizic, - masuri tehnico-mecanice de ridicare si transport al greutatilor, - masuri pentru evitarea pozitiei fortate in munca sau deplasariilor posturale pe distante mari, pe plan inclinat sau urcare pe scari, in aceste situatii trebuie sa se asigure un mijloc de transport adevarat. - Sprijin pentru compensarea pierderii pariale sau totale a capacitatii de autoingrijire si autogospodarire. - Necesa asistent personal; - Monitorizare medicala.

NB. Pentru functiile care, pe langa limitarea capacitatii de adaptare la efort au si alte disfunctii, de obicei complexe, vezi:  
Criteriile de la afectarea mobilitati-locomotiei,

Criteriile de la afectarea functiilor mentale, pentru cazurile cu deficiente prin nedezvoltarea globala intelectuala (pot executa sarcini in raport de nivelul lor de integrare si comportamentul adoptat de familie si comunitate).

#### 9. Evaluarea gradului de handicap in fenilketonurie

Fenilketonuria (PKU) este o boala metabolica genetica cu transmitere autosomal-recesiva datorata deficitului de fenilalanin-hidroxilaza (PAH), cu imposibilitatea organismului de a metaboliza aminoacidul fenilalanina (PHE) din compozitia proteinelor naturale.

Daca deficitul enzimei PAH este localizat in ficat, principalele lezuni sunt localizate la nivelul creierului si ele s-ar datora efectelor nivelurilor crescute de PHE asupra proceselor celulare. Acestea conduc la tulburari in sinteza proteica, tulburari de mielinizare si furnizare deficitara de neurotransmitatori. Deci, efectele clinice majore ale fenotipurilor metabolice se vor exprima prin tulburari in dezvoltarea si functiile creierului.

Tratamentul consta in instituirea unei diete hipoprotidice in primele saptamani de viata (se consuma anumite fructe si legume in cantitati limitate), care presupune cantarirea alimentelor permise si calculul fenilalaninei ingerate la fiecare masa, cu administrarea de substituenti proteici.

<b>PARAMETRI FUNCTIONALI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamneza;</li> <li>- fenilalanina serica;</li> <li>- EEG**;</li> <li>- examen neurologic;</li> <li>- examen psihologic;</li> <li>- proteinemie.</li> </ul>	<b>Evidentiaza:</b> Daca un pacient cu fenilketonurie nu este tratat sau este tratat neadecvat apar manifestari clinice neuropsihice severe, hipo- si hiper-excitabilitate, convulsi. Cu varsta, dezvoltarea intelectuala si comportamentala este sever afectata, simptome de paranoia, agresivitate, autism, IQ scazut, dificultati in procesarea informatiei, dificultati de concentrare si memorare.
	<p>** In multe din cazuri aspect EEG normal.</p> <p>NB. 1. Numai prin dozarea fenilalaninei serice se poate confirma sau infirma diagnosticul de fenilketonurie.</p> <p>2. Respectarea cu strictete a dietei este obligatorie atat pentru pacientii diagnosticiati la nastere, cat si pentru cei cu afectare neurologica pentru conservarea functionalitatii creierului (la adulti cu dezvoltare normala) si preventirea agravarii retardului neuro-motor (la adulti cu afectare neurologica).</p>	

NB. Pentru evaluarea gradului de handicap se vor avea in vedere criteriile stabilite pentru afectarea functiilor mentale si a functiilor osteo-musculo-articulare si a miscarilor aferente.

La capitolul 5 la punctul III, subpunctul 9 completat de art.I pct.2 din [OAP 1070/2018](#)

## CAPITOLUL 6 FUNCTIILE UROGENITALE

### I. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP IN AFECTAREA FUNCTIILOR DE FILTRARE SI SECRETIE RENALA, DE COLECTARE SI STOCARE A URINEI IN VEZICA URINARA\*)

	DEFICIENTA USOARA	DEFICIENTA MEDIU	DEFICIENTA MEDIE/ACCENTUATA	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA	DEFICIENTA ACCENTUATA/GRAVA
PARAMETRI FUNCTIONALI	HANDICAP USOR (IRC Std. I) faza a)	HANDICAP MEDIU (IRC Std. II) faza b)	HANDICAP ACCENTUAT (IRC Std. II faza b) preuremic)	MEDIU/ ACCENTUAT (IRC Std. III) de uremie	HANDICAP ACCENTUAT (IRC Std. IV) de uremie	HANDICAP GRAV (IRC Std. V de uremie depasita)**)
In functie de toleranta individuala a IRC si simptomatologia clinica						
Densitate urinara	< 1025	< 1022	< 1017	1010-1011	< 1010	Variabila
Uree sanguina (mg/dl)	< 50	< 50	50-100	> 100	300-500	< 500
Creatinina sanguina (mg/dl)	Normal	1.5-2.5	3-4	> 4.5	> 6	Variabila
Hb gr/dl	12-15	12-13	10-12	8-10	8	Variabila
Cl uree (ml/min)	Normal	70->26	26-20	20-2.5	7.5-1.2	Variabila
Cl creatinina (ml/min)	120-70	70->40	40-30	40->12	< 7.5	Variabila
Nr. nefroni functionali (%)	100->50	50->35	35->25	25-10	< 10	< 10
Sumar urina; Dozare albumina in urina CT, RMN, cistoscopie; Ex. histopatologic	Daca este cazul In functie de structura afectata					

\*) Se refera la:

1. Toate afectiunile cronice renale, congenitale sau dobandite, de etiologie multipla, cu afectare primara sau secundara renala, localizate la ambii rinichi sau intr-unul singur, in caz de rinichi unic congenital sau dobandit.

De exemplu:

- Cauze malformative (agenezie renala unilaterală, hipoplazii renale, rinichi polichistic, rinichi in potcoava, duplicare ureterala, hidronefroza etc.);

- Cauze tumorale;

- Hipertensiune arteriala renovasculara;

- Boli renale sau pielonefrita pe rinichi unic congenital sau chirurgical cu fenomene de IRC. Afectiuni renale cu evolutie progresiva, care au ca expresie functionala insuficienta renala cronica.

2. Rezectia totala a vezicii urinare pentru cancer, cu implantare de uretere (indiferent unde este implantul) - pierderea functiei de colectare si stocare a urinei de catre vezica urinara.

Insuficienta renală cronică evoluează stadial, indiferent de structura afectată și de cauzele ei în 5 stadii.

Stadii	Insuficienta funcțională
Std. I - deplina compensare	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcția renală normală în repaos, ușor alterată în condiții de suprasolicitare;</li> <li>- Homeostază hidroelectrolitică și acidobazică normală;</li> <li>- Probe funcționale renale normale;</li> <li>- Rata de filtrare glomerulară (Clearance-ul creatininei endogene) = 120-70 ml/min</li> <li>- Nu există anemie.</li> </ul>
Std. II - insuficientă renală compensată a. fază poliurică b. fază RAF	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcția renală normală în repaos prin intervenția mecanismelor compensatorii</li> <li>- insuficientă renală (hipertrofie funcțională a nefronilor restanți, hipertensiune, poliuri compensatorie, compensată retentie azotată);</li> <li>- Probe funcționale renale puțin sau moderat modificate;</li> <li>- Homeostază modificată moderat (în fază b);</li> <li>- Rata de filtrare glomerulară (Clearance-ul creatininei endogene) = 69-40 ml/min</li> <li>- Anemie usoară sau moderată.</li> </ul>
Std. III - IRC decompensată (preuremie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcția renală afectată în repaos;</li> <li>- Homeostază constant alterată;</li> <li>- Rata de filtrare glomerulară (Clearance-ul creatininei endogene) = 39-24 ml/min</li> <li>- Anemie moderată.</li> </ul>
Std. IV - uremie terminală	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcția renală grav alterată;</li> <li>- Homeostază grava alterată prin creșterea semnificativă a produsilor de retentie azotată;</li> <li>- Rata de filtrare glomerulară (Clearance-ul creatininei endogene) = 24-12 ml/min</li> <li>- Anemie medie sau severă.</li> </ul>
Std. V*) - uremie depasită	<ul style="list-style-type: none"> <li>Supraviețuirea este asigurată prin mijloace de substituție a funcției renale.</li> <li>Constantele statice și dinamice renale sunt variabile în funcție de metoda de epurare extrarenală: <ul style="list-style-type: none"> <li>- hemodializa (epurare extracorporeală);</li> <li>- dializa peritoneală (epurare intracorporeală) sau</li> <li>- transplant renal.</li> </ul> </li> </ul>

\*) Gradul de handicap în stadiul V (uremie depasită) este variabil.

In evaluare se vor avea în vedere:

- eficiența metodelor de epurare extrarenală (grad IRC);
- apariția de complicații specifice nefropatiei de fond;
- patologia induată de tehnică de epurare extrarenală.

In starile post transplant de rinichi:

- Handicap grav în primele 12 luni datorită posibilității de apariție a fenomenelor de respingere, cu reluarea programului de hemodializa;
- Ulterior evaluarea gradului de handicap se face în funcție de gradul de restabilire a funcției renale.

In evaluare se va tine seama și de efectul tratamentului imunosupresor, psihicului și cooperările pacientului.

## II. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP IN AFECTAREA FUNCTIILOR UROGENITALE

1. Neoplasme urogenitale operate cu recidive locoregionale sau la distanță sau inoperabile, în faze de generalizare.
2. Neoplasme mamare inoperabile în faza de generalizare, sau operate cu recidive locale sau/si la distanță.

DEFICIENTA ACCENTUATA/ DEFICIENTA GRAVA
--

HANDICAP ACCENTUAT/ HANDICAP GRAV		
In functie de aparitia recidivelor locoregionale sau determinarilor la distanta, precum si de starea de nutritie - obligatorie ancheta sociala cu obiective precizate de comisie		

ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
- Activitati fara suprasolicitare fizica, intr-un microclimat fara variatii tremice HANDICAP USOR   (temperaturi extreme), umiditate, toxice renale, trepidatii.	Sprijin pentru: - asigurarea conditiilor de munca (microclimat) adegvate; - activitate pe acelasi loc de munca sau, eventual,
	schimbarea locului de munca;
	In IRCIV si IRCV sprijin pentru: - activitatile cotidiene, ale vietii
HANDICAP MEDIU   In general activitati intelectuale, munci de birou, statice sau de colaborare (activitati la domiciliu).	de zi cu zi;   - transport la si de la centrul de hemodializa;
HANDICAP ACCENTUAT   Cu conditia respectarii programului de hemodializa/dializa peritoneala sau/si - Cu asigurarea monitorizarii clinice, paraclinice si terapeutice la centrul care a efectuat transplant renal sau la unitatile sanitare la care sunt in evidenta persoanele cu dializa peritoneala si hemodializa.	- transportul materialelor de epurare intracorporeala (de la unitatea sanitara la domiciliu);   - suplinirea capacitatii de autoservire sau autoingrijire in cazul complicatiilor induse de procedura de epurare sau de
	agravarea structurilor de fond.
HANDICAP GRAV   ineficientei metodei de epurare extrarenala sau transplant renal nefunctional lipseste capacitatea de realizare a unor activitati aducatoare de venit si chiar a activitatilor cotidiene de autoingrijire autogospodarire. Idem pentru persoanele cu rezectie totala de vezica, cu tumuori maligne uro-genitale cu recidive loco-regionale sau determinari la distanta.	La persoanele cu rezectii totale de vezica urinara: sprijin pentru asigurarea pungilor de colectare a urinei si pentru schimbarea lor in conditii aseptice

## CAPITOLUL 7 FUNCTIILE NEURO-MUSCULO-SCHELETICE SI ALE MISCARILOR AFERENTE

### I. Evaluarea persoanelor cu afectarea mobilitatii articulatiilor si oaselor in vederea inelararii in grad de handicap\*

Se refera la anomalii si structuri afectate, respectiv la:

1. Afectiuni osteo-articulare congenitale sau contractate precoce (documentele trebuie sa releva debutul si evolutia afectiunii, tratamentele de recuperare efectuate etc.):

- boile constitutionale ale oaselor (de exemplu: acondrodisplazia);
- malformatii (de exemplu: amelia unuia sau mai multor membre, totala ori partiala, toracal sau pelvin, sindactilie - a se vedea capitolul 7.III.1 );
- deformari rahiitice cu tulburari de postura;
- luxatie congenitala de sold (unilateral sau bilateral) cu coxartroza secundara si/sau modificari ale coloanei vertebrale, iar formele cu indicatie chirurgicala, dupa realizarea artroplastiei si a adaptarii la proteze;
- redori si anchiloze congenitale, posttraumatice sau dupa osteoartrita TBC, redori stranse mono ori bilaterale de sold, genunchi sau combinate, in pozitii vicioase, asociate ori nu cu paralizii nervoase;
- anchiloze ale coatelor sau umerilor;
- pseudartroze (gamba, coapsa, antebraț, brat - neoperabile).

2. Hemofilia A si B, boala congenitala care apare la sexul masculin prin deficit de factor VIII (Hemofilia A) si factor IX (Hemofilia B), in formele cu modificari ale mecanicii articulare sau in formele cu anchiloze in pozitii vicioase si amiotrofii care impiedica mobilizarea (locomotia) sau/si autoservirea.

3. Colagenoze:

a) poliartrita reumatoida (PR);

b)sclerodermia: cu tulburari cutanate specifice, care reduc gestualitatea datorita sclerodactiliei;

c)dermatomiozita;

d)lupusul eritematos sistemic;

e)boala mixta a tesutului conjunctiv - forme severe, rezistente la tratament.

4. Afectiunile articulare degenerative primare sau secundare (posttraumatice, postinfectioase sau induse de microcristale) in stadiul sever, la nivelul articulatiilor soldului, bilateral, obiectivate imagistic, fara potential de recuperare, care determina prin progresia in timp, limitarea mobilitatii pana la anchiloze in pozitii vicioase si care impiedica mobilizarea si autoingrijirea, persoana avand un grad inalt de dependenta (fotoliu rulant, imobilizat, fara capacitate de autoservire), pot fi incadrate in grad de handicap grav, cu sau fara asistent personal.

5. Artropatia psoriazica in forma de spondilita, cu afectare axiala prin prinderea coloanei cervicodorsolombare, cu tendinta la anchiloza, asociata sau nu cu interesare articulara periferica cu deformarea mainilor, cu tulburari majore ale gestualitatii si deplasarii, determina deficiente functionale accentuate.

6. Tumori osoase maligne, in primul an de la initierea chimio- sau radioterapiei specifice si care determina o deficiente functionala accentuata. Ulterior, evaluarea se realizeaza luand in considerare prezenta recidivelor sau a determinarilor la distanta (cel mai frecvent apar determinari pulmonare), afectarea neurologica sechelara ori existenta amputatiei de membru.

7. Lezuni structurale induse de corticoterapia indelungata (miopatie cortizonica cu atrofia masei musculare in special la nivelul coapselor, accelerarea osteoporozei cu fracturi pe os patologic, ostenoeroza ischemica, necroza aseptica de cap femural etc.). Gradul de handicap se evalueaza in functie de intensitatea deficienelor functionale, dupa criteriile prezентate pentru afectarea functiilor respective, reversibilitatea si rezistenta la tratamentul medicamentos specific.

#### 1. Afectiuni osteoarticulare congenitale sau contractate precoce

PARAMETRI FUNCTIONALI		<p>Examen ortopedie Examene radiografice - segment afectat si, eventual, contralateral, in functie de limitarea functionala secundara (articulatii, coloana vertebrală) CT (eventual - in functie de structura afectata) Testari biometrice Testarea mobilitatii articulare Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- redoare stransa sau anchiloza de umar si cot, unilaterală, asociata cu tulburari neurologice, cu afectarea moderata a prehensiunii si manipulatiei;</li> <li>- redoare stransa sau anchiloza de glezna, bilateral;</li> <li>- redoare stransa sau anchiloza de genunchi sau sold, unilateral; - coxartroza unilaterală neoperata sau operata recent si complicata prin tehnica operatorie.</li> </ul> <p>Afectarile osteoarticulare nu impiedica ortostatismul, dar deplasarea pe distante mari se realizeaza cu dificultate, necesitand dispozitive ortopedice pentru a preveni deteriorarea articulatiilor supradiacente si/sau controlaterale.</p>
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- redoare stransa sau anchiloza de umar si cot, bilaterală, asociata sau nu cu tulburari neurologice, cu limitarea severa a prehensiunii si manipulatiei;</li> <li>- redoare stransa de genunchi sau sold bilateral;</li> <li>- anchiloza de sold cu redoare stransa de genunchi unilateral;</li> <li>- coxartroza bilaterală neoperata sau operata, cu decimentarea protezei.</li> </ul> <p>Afectarile osteoarticulare determina limitarea paritala sau totala a mobilitatii articulare, necesitand sprijin extern pentru mentinerea ortostatismului si deplasare si o limitare paritala a capacitatii de autoservire.</p> <p>Evaluarea persoanei va fi realizata luand in considerare si posibila existenta a deficitelor neurologice secundare, de tip paretic/plegic.</p>
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	<p>Afectari osteoarticulare bilaterale ale articulatiilor mari - sold, genunchi - in stadiu sever, neoperabile sau cu complicatii tardive postoperatorii, in afara resurselor terapeutice, care determina limitarea totala a mobilitatii articulare, necesitand fotoliu rulant pentru deplasarea in interiorul sau exteriorul locuintei sau imobilizare totala si sprijin din partea altei persoane pentru autoingrijire.</p>

Evaluarea in vederea incadrarii in grad de handicap se realizeaza particularizat in functie de:

- intensitatea tulburarilor de postura sau/si gestualitate;
- localizarea unilaterală sau bilaterală a deteriorarii (anomaliei);
- membrul sau membrele afectate;
- consecintele secundare (la articulatiile suprajacentei, coloana vertebrală);
- capacitatea respiratorie afectata secundar;
- existenta tulburarilor neurologice secundare de tip paretic/plegic;
- in raport cu gestualitatea si deservirea necesara;
- capacitatea de mobilizare cu mijloace protetice, ortetice, mijloace speciale de deplasare;
- limitarea prehensiunii si manipulatiei;
- capacitatea de autoservire si autoingrijire.

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP MEDIU	Capacitate functională afectată, cu limitarea moderată a gestualitatii si mersului, dar cu mentinerea autonomiei personale de autoingrijire	Orientare catre activitati profesionale cu solicitare fizica redusa, fara deplasari pe distante mari sau ridicare de greutati Dispozitive ortopedice si tratamente de recuperare pentru a preveni

		deteriorarea functionalitatii articulare
HANDICAP ACCENTUAT		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asigurare de mijloace compensatorii (protetice, ortetice etc.), adaptate in raport cu secentele muncii (pense, carlige etc.) in raport cu membrul sau membrele afectate</li> <li>- Mijloace speciale de deplasare (scaun rulant, masini adaptate etc.)</li> <li>- Adaptarea locuintei si a locului de munca pentru a facilita integrarea sociala</li> <li>- Sprijin pentru activitatile cotidiene - instrumentale in cazul persoanelor cu deficiente grave</li> </ul>
HANDICAP GRAV	Locuri de munca fara solicitare posturala sau/si gestuala, fara deplasari in teren, in functie de structura/structurile afectate cu limitarile functionale secundare	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asigurare de mijloace compensatorii (protetice, ortetice etc.), adaptate in raport cu secentele muncii (pense, carlige etc.) in raport cu membrul sau membrele afectate</li> <li>- Mijloace speciale de deplasare (scaun rulant, masini adaptate etc.)</li> <li>- Adaptarea locuintei si a locului de munca pentru a facilita integrarea sociala</li> <li>- Sprijin pentru activitatile cotidiene - instrumentale in cazul persoanelor cu deficiente grave</li> </ul>
	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI

## 2. Hemofilia A si B\*

PARAMETRI FUNCTIONALI		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen ortopedie</li> <li>- Examene radiografice pe segmente afectate, in functie de limitarea functionala secundara (coloana vertebrală) si eventual, contralateral (articulatii)</li> <li>- Eventual CT/RMN - in functie de structura afectata</li> <li>- Testarea mobilitatii articulare/Testari biometrice</li> <li>- Spirometrie (in situatiile in care este afectata secundar functia ventilatorie)</li> <li>- Examen oscilometric/Examen Eco - Doppler</li> <li>- Hemoleucograma, timp de sangerare, timp de protrombina</li> <li>- Determinarea factorilor plasmatici ai coagularii:</li> <li>- factorul VIII sau factorul IX intre 2-5% - forma clinica medie;</li> <li>- factorul VIII sau factorul IX ≤ 1% - forma clinica severa.</li> </ul> <p>Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	In formele clinice medii cu sangerari minore, cu determinari articulare (artropatii necomplicate) reversibile la tratamentul antihemofilic periodic
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT **	In formele clinice severe cu artropatii cronice, cu modificari ale mecanicii articulare, care necesita administrari repeatate de preparate antihemofilice si transfuzii frecvente In formele cu hemoragii intraparenchimatoase si sechele morfonationale
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV **	In formele clinice severe cu anchiloze in pozitii vicioase si deformari articulare insotite de amiotrofii cu afectarea gestualitatii, posturii si locomotiei, atunci cand aceste modificari sunt irreversibile In formele cu hemoragii intraparenchimatoase, cu risc vital

\* Sindrom hemoragic produs prin deficit de factori plasmatici ai coagularii.

NOTA: In evaluare se va tine seama si de afectarea altor structuri care predispun la sangerare.

\*\* Incadrarea in gradul de handicap accentuat, respectiv grav, cu termen de valabilitate permanent se va face la a doua prezentare la evaluare.

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesionala intr-un loc de munca fara risc de traumatism fizic	Participare fara restrictii, cu conditia evitarii riscului de accidentare
HANDICAP ACCENTUAT	Activitati fara solicitare fizica mare sau cu risc de traumatizare indiferent de intensitate si cauze. - Sunt limitate activitatile care suprasolicita postura ortostatica, deplasările posturale prelungite, menținerea fortată a unei variante posturale și cele în mediu cu trepidării.	<p>Sprijin pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- asigurarea unui loc de munca adevarat care sa previna traumatizarea fizica, activarea hemartrozei si cronicizarii artropatiei specifice;</li> <li>- facilitarea mobilizarii (baston, cadru, orteze etc.);</li> <li>- monitorizarea activitatii medicale (dispensar, administrarea de produse antihemofilice, efectuarea de transfuzii - in functie de situatie).</li> </ul>
HANDICAP GRAV	Intensitatea tulburarilor functiei locomotorii, ireversibila, neinfluentata de tratamentul specific limiteaza total sau aproape	In functie de rezultatul evaluarii complexe, persoana poate fi incadrata in grad de handicap grav cu asistent personal:

	total capacitatea de mobilizare, autoservire, autoingrijire si autogospodarire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in situatia in care este nedeplasabila/imobilizata la pat;</li> <li>- are pierduta total capacitatea de autoservire, autoingrijire si autogospodarire.</li> </ul> <p>In functie de rezultatul evaluarii complexe, persoana poate fi incadrata in grad de handicap grav fara asistent personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- necesita sprijin pentru unele activitati cotidiene; - sprijin pentru facilitarea deplasarii in interiorul sau/si exteriorul locuintei in functie de necesitati.</li> </ul>
--	---	---

### 3. Colagenoze

#### a) Poliartrita reumatoida (PR)\*

PARAMETRI FUNCTIONALI		<ul style="list-style-type: none"> <li>- VSH crescut;</li> <li>- Proteina C reactiva crescuta;</li> <li>- Fibrinogen seric crescut;</li> <li>- Electroforeza;</li> <li>- Factori reumatoizi prezenti, Ac antiCCP;</li> <li>- Examen radiologic: eroziuni, pensari spatiu articulare, subluxatii etc.;</li> <li>- Ecografie musculoscheletala, RMN (situatii de exceptie);</li> <li>- scor DAS 28**;</li> <li>- scor HAQ***;</li> <li>- scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</li> </ul>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>In PR stadiul II/III forme moderat active:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- redoare matinala &gt; 1h;</li> <li>- dureri la mobilizarea articulatiilor periferice si in repaus;</li> <li>- forta de prehensiune redusa;</li> <li>- reducerea medie a mobilitatii articulare;</li> <li>- teste de activitate (evolutie) pozitive, dar nu obligatoriu</li> <li>- modificari radiologice specifice.</li> </ul> <p>Clasa functionala II Steinbrocker - capacitatea functionala normala, cu exceptia handicapului durerii si redorii la una sau mai multe articulatii.</p>
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	<p>In PR forme severe stadiul III/IV:</p> <p>leziuni distructiv cartilaginoase sau osoase; deformari ale degetelor; subluxatii; derivatii axiale (cubitale ale mainilor); atrofia muschiilor cu afectarea prehensiunii; semne radiologice caracteristice si de laborator specifice; capacitate functionala limitata; autoservire parcial afectata.</p> <p>Clasa functionala III Steinbrocker - permite numai o mica parte din ocupatiile casnice si autoservire.</p>
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	<p>In PR grava stadiul IV:</p> <p>leziuni osteoarticulare cu deformari si anchiloze (degete, pumnii, coate, solduri, genunchi in semiflexie, tibiotarizene cu deformarea anteperiorului); limitarea aproape totala sau totala a gestualitatii sau/si a posturii si deplasarilor posturale; capacitatea de autoservire pierduta.</p> <p>Clasa functionala IV Steinbrocker - infirmitate importanta - persoana imobilizata la pat sau in fotoliu, care nu se poate ocupa de propria ingrijire sau o face cu foarte mare dificultate.</p>

\* Diagnosticul se stabileste in baza criteriilor EULAR/ACR 2010.

\*\* Scala DAS28 (Disease Activity Score) masoara gradul de activitate al bolii si permite o monitorizare a ei. Cuprinde 4 itemi, care se refera la: numarul de articulatii dureroase, numarul de articulatii cu tumefactie, VSH (unele teste il inlocuiesc cu CRP) si durerea resimtita, evaluata de la 1 la 10 prin scala VAS. Interpretarea scorului este:

– DAS 28 >5,1 activitate inalta, DAS28 >3,2-5,1 activitate moderata, DAS28 >2,6-3,1 activitate scazuta, DAS < 2,6 remisiune.

\*\*\* Scala HAQ (Health Assessment Questionnaire = chestionar de evaluare personala) contine 20 de intrebari legate de capacitatea de a desfasura activitati zilnice in ultima saptamana (0 = fara dificultati pana la 3 = imposibil de realizat), fiind un factor predictiv pentru progresia bolii, statusul functional si capacitatea de munca. Interpretarea acestei scale este urmatoarea:

- 0-1 dizabilitate usoara - medie;
- 1-2 dizabilitate medie - severa;
- 2-3 dizabilitate severa - foarte severa.

#### b) Scleroderma (Scleroza sistemică SS)\*

PARAMETRI FUNCTIONALI		<p>Explorari paraclinice:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- investigatii de laborator: hemoleucograma, teste inflamatorii, anticorpi anti Scl-70, antinucleari si anticentromer;</li> <li>- examen radiologic - rg. osteoarticulare, pulmonar, digestiv;</li> <li>- teste circulatorii periferice (capilaroscopie);</li> <li>- teste functionale pulmonare (TLCO, pletismografie);</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- biopsie cutanata, musculara;</li> <li>- echografie cardiaca;</li> <li>- lavaj bronhoalveoar.</li> </ul> <p>Starea de nutritie Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	Prezenta sindromului Raynaud si afectare cutanata a membrelor, fetei si trunchiului, cu limitarea gestualitatii, dar fara afectari viscerale sau limitare de intensitate medie a functionalitatii.
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	Afectare cutanata a membrelor, fetei si trunchiului, afectare a functiei renale sau/si respiratorii de intensitate accentuata sau afectare a functiei digestive cu disfagie pentru solide asociate sau nu si cu alte afectari viscerale moderate (alveolita fibrozanta, hipertensiune pulmonara), ischemie periferica moderata (ulceratii digitale), contracturi articulare etc.
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	Afectare grava a functiei renale, respiratorii si cardiace sau a functionalitatii musculoarticulare sau ischemie periferica severa cu amputatii spontane/chirurgicale.

\*Scleroza sistemica (SS) este o afectiune multisistemica, caracterizata prin fibroza pielii, a vaselor sanguine si a organelor viscerale, inclusand tractul gastrointestinal, plamanii, inima si rinichii. Sunt identificate doua subtipuri: sclerodermie cutanata difusa, cu invadare cutanata rapida la nivelul extremitatilor, fetei si trunchi, cu cel mai mare risc pentru interesarea precoce renală si a altor visceri, si sclerodermie cutanata limitata definita prin ingrosarea simetrica a pielii, limitata la nivelul extremitatilor distale si a fetei. SS a organelor viscerale se poate intalni si in absenta interesarii cutanate, caz in care este denumita scleroza sistematica fara sclerodermie.

Evaluarea in vederea incadrarii in grad de handicap se face in functie de forma clinica, respectiv de intensitatea tulburarilor de gestualitate, renală, respiratorii si de nutritie, prevazute pentru afectarea structurilor, prezentate la capitolele in cauza.

c)Dermatomiozita/Polimiozita\*

PARAMETRI FUNCTIONALI		<ul style="list-style-type: none"> <li>- teste enzimatice (transaminaza, creatinfosfokinaza, lactic-dehidrogenaza), hemoleucograma, teste de inflamatie;</li> <li>- traseu EMG caracteristic pentru afectare fibrelor musculare;</li> <li>- biopsia musculara - necroze focale;</li> <li>- autoanticorpi JoI, SRP;</li> <li>- in functie de structurile afectate, explorarea functiei respiratorii sau cardiace.</li> </ul> <p>Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	Formele cu afectare cutanata si/sau musculara, cu limitare functionala moderata a activitatii cotidiene
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	Afectare cronica cu atrofii musculare ale membrelor, cu/fara ulceratii gastrointestinale si cutanate, cu limitarea accentuata a capacitatii de mobilizare si autoingrijire. Afectare pulmonara sau cardiaca medie, obiectivate prin spirometrie sau teste respiratorii sau ecocardiografie.
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	Afectare generalizata cu atrofii musculare care limiteaza major capacitatea de deplasare si autoingrijire, cu/fara afectarea muschilor striati ai hipofaringelui si esofagului superior, cu fenomene respiratorii si afectarea functiei contractile a inimii. Afectare pulmonara sau cardiaca severa, obiectivate prin teste respiratorii sau ecocardiografie.

\* Afectiune de etiologie presusupus autoimuna, in care muschi scheletici sunt lezati de un proces inflamator nesupurativ dominat de infiltrat limfocitar. Termenul de polimiozita este aplicat cand procesul inflamator este localizat la nivelul muschilor, iar termenul de dermatomiozita este folosit cand apare asocierea cu o eruptie cutanata caracteristica.

d)Lupus eritematos sistemic\*

PARAMETRI FUNCTIONALI		<p>Explorari de laborator:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hemoleucograma; teste de inflamatie; complement seric (C3, C4);</li> <li>- autoanticorpi Ac antinucleari, anti-ADN, antiSm, antiRo, antiLa, anticorpi antifosfolipidici (anticardiolipina, LA, B2 glicoproteina 1)</li> <li>- teste de coagulare; uree, creatinina, cl creatinina; proteinurie/24 ore</li> <li>- biopsie renală (in cazurile cu afectare renală).</li> </ul> <p>Echocardiografie Probe respiratorii + TLCO Examen oftalmologic</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- investigatii imagistice, in functie de structura afectata (radiografie pentru articulatiile afectate, ecografie, CT)</li> </ul> <p>Scala SLEDAI**</p> <p>Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	LES in fază cronica, cu simptome generale (fatigabilitate, anorexie), manifestari articulare, cutanate (rash, ulceratii, alopecie, vasculite), artralgii/mialgii intermitente, alterare moderata a

		functie renala, anemie/leucopenie/trombopenie usoare, serozite usoare sau cu disfunctie cognitiva medie Există limitări ale funcționalității generale, dar se menține autonomia personală.
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	LES în fază acută, cu alterarea stării generale, poliserozite, psihoze, convulsiile frecvente sau alte manifestări neurologice severe (de exemplu, accident vascular), afectare hematologică renală, cardiacă și respiratorie de intensitate accentuată. Există limitarea capacitatii de mobilizare si autoingrijire, pentru o durata lunga de timp.
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	Afectare grava a functiei renale, respiratorii, cardiace si neurologice, conform criteriilor de la capitolele respective. Afectările descrise pot exista in timpul fazei acute sau pot avea un caracter ireversibil, determinand limitarea majora a capacitatii de autoingrijire.

\* LES este o afectiune multisistemica caracterizata de prezenta anticorpilor antinucleari si un proces inflamator cronic difuz, care afecteaza functionalitatea unor structuri precum piele, sistem osteoarticular, nervos, renal, hematologic, evoluand cu perioade de exacerbare si calmie, remisiunea completa aparand la mai putin de 10% din cazuri. Diagnosticul se stabileste in baza criteriilor ARA. Evaluarea activitatii in LES se cuantifica prin scorul SLEDAI\*\* (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index), care include 25 de itemi, cu urmatoarea interpretare:

- activitate moderata > 3 puncte;
- activitate severa > 12 puncte.

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- capacitate functională moderat limitată datorită handicapului durerii și redorii la una sau mai multe articulații;</li> <li>- limitarea gestualitatii profesionale si a mersului;</li> <li>- activitati cu solicitari fizice reduse fara deplasari posturale pe distante mari, fara ridicarea de greutati, urcat-coborat scari;</li> <li>- unele limitari in activitatile cotidiene, casnice.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sunt necesare masuri profilactice: evitarea frigului, umezelii, curentilor de aer la locul de munca;</li> <li>- dispensarizare la medicul de familie sau reumatologie, ambulatorii de specialitate pentru controale periodice;</li> <li>- spitalizare de zi, spitalizare continua periodică;</li> <li>- tratament de recuperare adaptat formei de boala;</li> </ul>
	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- profilaxia infecțiilor acute și tratarea infecțiilor cronice pentru a preveni progresiunea alterărilor funcționale;</li> <li>- masuri pentru asigurarea unui loc de munca fara solicitare fizica/trepidatii, in conditi de microclimat corespunzator sau schimbarea locului de munca, recalificare profesionala, dupa caz, in functie de varsta, procesele evolutive si raspunsul la tratamentul aplicat.</li> </ul>
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- capacitate functională limitată permitând numai o parte din activitatile casnice și autoservirea; - activități profesionale cu solicitări fizice reduse fara deplasari posturale pe distante mari, fara ridicarea de greutati, urcat-coborat scari și în funcție de deficitul de prehensiune;</li> <li>- se va avea în vedere faptul ca se ridică cu greutate de pe scaun, chiar și cu sprijin, nu poate ridica și transporta greutati, dexteritatea se realizează cu dificultate.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- în general, afectarea accentuată a posturii, a deplasărilor posturale (mobilizarea), alternanta posturală, gestualitatea - prehensiunea și manipulatia - fac imposibila participarea la activități profesionale solicitante;</li> <li>- necesită sprijin pentru facilitarea mobilizării (baston, pe perioade limitate scaun rulant);</li> <li>- monitorizare periodică medicală;</li> <li>- controale în ambulatoriu, spitalizare de zi, spitalizare continua periodică;</li> <li>- tratament de recuperare adaptat formei de boala.</li> </ul>
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dizabilitate importantă - persoana cu handicap se află imobilizată la pat sau în fotoliu;</li> <li>- nu se poate ocupa de propria să ingrijire sau să facă cu foarte multă dificultate;</li> <li>- necesită ingrijire și supraveghere permanentă, nu poate sta confortabil pe scaun, nu se poate ridica din poziția sezând în cea ortostatică;</li> <li>- nu poate păstra ortostatismul nesprujinit și fără ajutor;</li> <li>- nu se poate îmbrăca, dezbrăca, nu își poate taia alimentele;</li> <li>- capacitatea de autoservire și autoingrijire este afectată major.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- suportarea pierderii capacitatii de autoservire, autoingrijire și autogospodarie;</li> <li>- controale în ambulatoriu, spitalizare de zi, spitalizare continua periodică;</li> <li>- tratament de recuperare adaptat formei de boala.</li> </ul> <p>In functie de rezultatul evaluarii complexe, persoana poate fi incadrata in grad de handicap grav, cu asistent personal, in situatia in care are pierduta total capacitatea de autoservire, autoingrijire si autogospodarie si necesita sprijin permanent sau grav, fara asistent personal, atunci cand necesita sprijin parcial pentru unele activitati cotidiene.</p>

## II. Evaluarea persoanelor cu afectarea mobilitatii coloanei vertebrale, in vederea incadrarii in grad de handicap\*

\* Se refera la:

1. Spondilita anchilozanta (SA), forma centrala, periferica sau mixta (centrala si periferica) - afectiune inflamatorie cronica, ce afecteaza preponderent coloana vertebrală, procesul inflamator debutand frecvent la nivelul articulatiilor sacro-iliace si progreseaza ascendent.

2. Cifoscolioze si scolioze deformante - idiopatice, cu grad mare de curbura, operate sau nu, care impiedica capacitatea respiratorie normala si/sau cu tulburari neurologice (parapareze, paraplegii).

#### 1. Spondilita anchilozanta (SA)

PARAMETRI FUNCTIONALI	<p><b>Examen radiologic*</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- radiografie bazin;</li> <li>- radiografia altor zone interesante;</li> <li>- RMN;</li> <li>- echografie musculoscheletala pentru entesita.</li> </ul> <p><b>Investigatii biologice:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- VSH crescuta;</li> <li>- proteina C reactiva pozitiva;</li> <li>- fibrinogen crescut;</li> <li>- antigen HLA B<sub>27</sub> ** prezent.</li> </ul> <p><b>Probe paraclinice:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- testarea mobilitatii coloanei vertebrale si a articulatiilor mari;</li> <li>- spirometrie.</li> </ul> <p><b>Examen oftalmologic</b></p> <p><b>Examen neurologic</b></p> <p><b>Scor BASFI si BASDAI***</b></p> <p>Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>	
	DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU
		<p><b>Forma centrala:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- generalizarea = extinderea sindesmofitelor cu formare de puncti la un numar important de discuri vertebrale;</li> <li>- mobilitatea coloanei CDL: reducere cu 50% din valorile fiziologice ale flexiei, extensiei, inclinari laterale, rotatii;</li> <li>- redoare matinala coloana CDL persistenta;</li> <li>- deficianta ventilatorie restrictiva usoara;</li> <li>- fara deficianta vizuala sau cu deficianta usoara.</li> </ul> <p>RMN bazin/axial, cu lezuni active</p> <p><b>Forma periferica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- articulatiile periferice afectate de proces inflamator cronic, frecvent asimetric, cel mai des la genunchi;</li> <li>- tendinita, fascita plantara;</li> <li>- mobilitatea articulatiilor periferice redusa cu 30-40% din valorile fiziologice;</li> <li>- semnele biologice moderat crescute;</li> <li>- antigen HLA B<sub>27</sub> pozitiv.</li> </ul> <p>Controale in ambulatoriu, spitalizare de zi, spitalizare continua periodica</p> <p>Tratament de recuperare adaptat formei de boala</p>
	DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT
		<p><b>Forma centrala:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cu prinderea = generalizarea coloanei CDL;</li> <li>- fixarea coloanei cervicale in flexie in mod ireversibil, in puseele acute;</li> <li>- deficianta ventilatorie medie de tip restrictiv;</li> <li>- deficianta vizuala medie prin sechete de iridociclite;</li> <li>- afectarea mobilitatii coloanei vertebrale cu peste 70% din valorile fiziologice (urca si coboara scarile, dar cu dificultate).</li> </ul> <p><b>Forma mixta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cu prinderea coloanei CDL;</li> <li>- cu prinderea centurilor scapulo-humerale si coxo-femurale, bilateral;</li> <li>- deficianta ventilatorie medie sau accentuata de tip restrictiv;</li> <li>- deficianta vizuala medie prin afectare oculara sechelara iridociclitei; - afectarea functionalitatii articulatiilor periferice pana la 80% din valorile fiziologice (se deplaseaza cu greutate, cu baston sau carje, si pe distante mici).</li> </ul> <p><b>Forma periferica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cu prinderea articulatiilor mari: coxo-femurale, genunchi, articulatia coatelor, pumn si degete;</li> <li>- afectarea functiilor articulatiilor periferice cu peste 80-85% din valorile fiziologice.</li> </ul> <p>Protezare articulara</p> <p>Amiloidoza</p> <p>Insuficienta renala cronica usoara</p>
	DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV
		<p><b>Forma centrala:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cu prinderea centurilor toracice si pelviene;</li> <li>- cu prinderea umerilor (anchiloza in adductie);</li> <li>- cu prinderea coxo-femurala bilateral cu tendinta la anchiloze;</li> <li>- deficianta ventilatorie severa de tip restrictiv.</li> </ul> <p><b>Forma periferica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cu anchiloza pumnilor, coatelor - in semiflexie, anchiloza tibio-tarsiana in equin;</li> <li>- cu deformarea accentuata a antepiciorului.</li> </ul>

		<p><b>Forma mixta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- forma severa cu/fara afectarea grava a acuitatii vizuale;</li> <li>- afectare respiratorie severa;</li> <li>- afectare renală avansata (amiloidoza sau insuficienta renala).</li> </ul> <p><b>N O T A:</b> Persoanele cu SA stadiu IV se deplaseaza cu mare dificultate si sprijinite. Sunt in imposibilitatea realizarii totale sau partiale a activitatilor vietii zilnice de autoservire si ingrijire.</p>
--	--	---

\* Principalul criteriu de diagnostic pozitiv poate consta, in functie de evolutie, in:

- sacroiliita gr. II-III (moderata): scleroza si osteocondensare ale articulatiilor;
- sacroiliita grad IV: anchiloza cu disparitia spatilor articulare;
- aparitia de puncti intervertebrale (initial D<sub>11</sub>-D<sub>12</sub>, L<sub>1</sub>-L<sub>2</sub>) - sindesmofite (osificari interligamentare), ulterior se generalizeaza - aspect „trestie de bambus“;
- afectarea articulatiilor interapofizare cu tendinta la pensare si anchiloze care pot lua aspect de „sina de tramvai“.

\*\* Antigenul HLA B<sub>27</sub>: are semnificatie predispozanta pentru afectiune; este prezent la 80-90% dintre persoane.

\*\*\* Evaluarea functionalitatii in SA poate fi cuantificata prin scala BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), iar indicele activitatii SA se stabileste prin completarea chestionarului BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), ambele validate si in Romania.

Scala BASFI este constituita dintr-un chestionar cu 10 intrebari, apreciate fiecare cu un punctaj de la 0 (activitatea se executa usor) la 10 (activitate imposibila). Aceasta scala reflecta impactul dizabilitatii date de boala asupra activitatilor cotidiene, sub influenta tratamentului recuperator.

Scala BASDAI este constituita dintr-un chestionar cu 6 intrebari, fiecare avand punctaj intre 0 (fara simptome) pana la 10 (afectare severa), iar un scor de peste 4 indica un grad suboptimal de control al bolii, necesitand modificararea interventiei terapeutice.

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESSITATI
HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesionala cu evitarea suprasolicitarilor gestuale, posturale - ortostatismul sau mersul prelungit, ridicarea de greutati, intr-un mediu adevarat, fara curenti de aer, variatii termice, trepidatii	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asigurarea unui loc de munca accesibil pentru preventirea evolutiei spre stadii superioare</li> <li>- Sprijin din partea angajatorilor si a familiei pentru aplicarea masurilor profilactice</li> <li>- Consult ambulatoriu sau spitalizare de zi, internare continua periodica</li> <li>- Dispensarizare medic de familie sau serviciul de reumatologie - program de kinetoterapie (gimnastica medicala)</li> <li>- Eventual, schimbarea locului de munca pentru activitati fara eforturi fizice, fara ortostatism prelungit, in mediu cu curenti de aer, umezeala, pozitii vicioase-fixe in timpul muncii</li> </ul>
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activitati fara suprasolicitare posturala, fara deplasari prelungite sau care sa impuna variante posturale</li> <li>- Activitati fara suprasolicitare fizica si vizuala. In general, au redusa capacitatea de efectuare a oricarei activitati profesionale organizate, cu program normal;</li> <li>- au limitata posibilitatea de a realiza majoritatea activitatilor necesare vietii zilnice si pentru cele de autoservire (de exemplu, aplecat, imbracat/dezbracat, transport greutati);</li> <li>- au limitata capacitatea de mobilitate (se deplaseaza cu greutate, cu baston), precum si posibilitatea de mentinere indelungata a pozitiei ortostatice sau sezand si a variantelor posturale.</li> <li>- Capacitatea de efort fizic - redusa.</li> </ul>	<p>Participare in conditi de monitorizare medicala si profesionala:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- internare in sectii de reumatologie in puseele acute, pentru tratament particularizat si controlat; - consult ambulatoriu sau spitalizare de zi, internare continua periodica;</li> <li>- dispensarizare medic de familie sau specialist reumatolog pentru control periodic;</li> <li>- program de kinetoterapie la domiciliu sau dispensar, ambulatoriu de specialitate;</li> <li>- schimbarea locului de munca sau orientare pentru munci fara efort fizic, ortostatism prelungit, frig, curenti de aer, umezeala, pozitii vicioase, suprasolicitarea vederii;</li> </ul> <p>In timpul muncii:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sprijin din partea angajatorilor pentru asigurarea unui loc de munca adaptat;</li> <li>- ajutor din partea familiei pentru realizarea unor activitati necesare ingrijirii si gospodaririi (vietii cotidiene);</li> </ul>
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pierderea totala a capacitatii de autoservire sau/si de orientare spatiala</li> <li>- Limitarea majora a capacitatii de mobilizare - Limitarea majora a posibilitatii de realizare a activitatilor vietii cotidiene, instrumentale si de autoingrijire</li> <li>- Pot desfasura activitati profesionale la domiciliu sau la locuri de munca adaptate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesa sprijin pentru obtinerea unor mijloace de deplasare (fotoliu rulant etc.)</li> <li>- Accesibilizarea mediului</li> <li>- Asistenta medicala la domiciliu, particularizata in functie de rezultatul evaluarii complexe, persoana poate fi incaadrata in grad de handicap grav cu asistent personal, in situatia in care are pierduta totala capacitatea de autoservire, autoingrijire si autogospodarie si necesita sprijin permanent, sau grav fara asistent personal, atunci cand necesita sprijin parcial pentru unele activitati cotidiene.</li> </ul>

## 2. Cifoscolioze idiopatice

PARAMETRI FUNCTIONALI		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Radiografii coloana vertebrală, umeri și sold, în funcție de consecințele secundare</li> <li>- Tomografie (TC), RMN</li> <li>- Examen ortopedic</li> <li>- Examen neurologic</li> <li>- Testarea mobilității coloanei vertebrale</li> <li>- Testarea mobilității articulațiilor mari</li> <li>- Probe ventilatorii (spirometrie)</li> <li>- Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</li> </ul>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	Scolioza, cifoscolioza cu grad de curbura peste 60°, cu tulburari ventilatorii de intensitate medie și fără tulburari neurologice, cu limitare moderată a funcționalității, deficit de ortostatism și deplasare prelungită
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	Scolioza, cifoscolioza cu grad de curbura peste 60°, cu tulburari ale funcției respiratorii și/sau tulburari neurologice Osteosinteza pe coloana deformată, cifoscoliotica, cu tulburari ventilatorii de intensitate accentuată Mobilizarea se realizează cu sprijin extern, urcatul scarilor este dificil, iar autonomia personală prezintă limitări partiale.
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	Scolioza, cifoscolioza cu grad de curbura peste 60°, cu tulburari respiratorii grave sau/si paraplegie Există o limitare majoră a capacitații de realizare a activității de autoingrijire, necesitând mijloace externe (sprijin bilateral, fotoliu rulant) pentru deplasare. În situația pierderii totale a capacitații de ingrijire și autoservire necesită asistență personală.
	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesională, cu evitarea suprasolicitarilor gestuale, posturale - ortostatismul sau mersul prelungit, ridicarea de greutăți, într-un mediu adecvat	
HANDICAP ACCENTUAT	Activități accesibile și participare efectivă în funcție de intensitatea deficienței funcționale și gradul de handicap prezentate în afectarea funcțiilor motorii, statice și locomotie	
HANDICAP GRAV	Orientarea profesională a tinerilor spre locuri de munca accesibile, concomitent cu monitorizarea medicală adecvată pentru prevenirea consecințelor secundare	

## III. Evaluarea persoanelor cu afectarea funcțiilor motorii (a staticii și mobilității - locomotiei sau/si gestualitatii) în vederea încadrării în grad de handicap

### 1. Amputații\*

PARAMETRI FUNCTIONALI		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen ortopedic</li> <li>- Examen radiologic:</li> <li>- bont;</li> <li>- articulația suprajacentă, controlateral, coloana vertebrală, în funcție de localizare, pentru evaluarea consecințelor handicapului locomotor; Testarea bontului</li> <li>- Testarea funcționalității protezei și a membrului/membrelor</li> <li>- Indici oscilometrici</li> <li>- Testări biometrice particularizate structurii afectate</li> <li>- Testarea mobilității articulare</li> <li>- Testări musculare</li> <li>- Testarea mobilității coloanei vertebrale</li> <li>- Examen neurologic, în anumite cazuri</li> <li>- Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</li> </ul>
DEFICIENTA USOARA	HANDICAP USOR	<p>Deficiență locomotorie usoară:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amputație Lisfrank (amputație piciorului între tar și metatars)</li> <li>- Amputație Chopart (amputație la nivelul articulației mediotarsiene) Deficiență de manipulație usoară:</li> <li>- Lipsă prin amputație a 1-3 degete (în afară de pollicul)</li> <li>- Lipsă ultimelor falangi de la toate degetele de la o sau cealaltă mână</li> </ul>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>Deficiență locomotorie medie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amputație gamba unilaterală (la orice nivel)</li> <li>- Amputație coapsă - bont protezat, proteza funcțională, fără consecințe secundare</li> </ul> <p>Deficiență de manipulație medie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lipsă degetelor de la o sau cealaltă mână</li> <li>- Dezarticulație radio-carpiana</li> <li>- Amputația membrului toracic: antebraț-brat, de la diferite nivele, protezat/neprotezat, cu pastrarea manualității membrului controlateral</li> </ul> <p><i>N O T A:</i> <i>Pentru perioade limitate, în vederea adaptării la unimanualitate, transfer gestualitate - handicap accentuat</i></p> <p><b>'NOTA':</b> <b>Pentru perioade de 12 luni, în vederea adaptării la unimanualitate, transfer</b></p>

		<b>gestualitate - handicap accentuat."</b> <b>Modificat de art.I pct.3 din OAP 741/2019</b>
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Deficienta locomotorie accentuata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amputatie coapsa - bont greu protezabil sau neprotezabil ori cu proteza nefunctionala</li> <li>- Dezarticulatie coxo-femurala</li> <li>- Amputatie bilaterală membru pelvin, de la nivelul gambelor - protezate, proteze functionale</li> <li>- Amputatie unilaterală de coapsă cu proteza nefuncțională/neprotezată, cu reducerea funcționalității membrului controlateral sau a unui membru toracic (anchiloza, paroza/plegia etc.) - handicap accentuat sau grav în raport cu nivelul afectării autonomiei personale</li> </ul> <p>Deficienta de manipulatie accentuata:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dezarticulatie scapulo-humerala</li> <li>- Amputatia membrului toracic unilaterală cu reducerea prehensiunii controlaterale</li> </ul>
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	<p><i>Imposibilitatea realizarii ortostatismului - deficiența locomotorie grava:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lipsa prin amputatie a ambelor coapse, protezate sau neprotezate</li> <li>- Lipsa prin dezarticulatie a unui membru pelvin asociat cu anchiloza sau plegia membrului pelvin opus</li> <li>- Lipsa prin dezarticulatie sau prin amputatie a unui membru pelvin, cu amputatie, dezarticulatie sau plegie de membru toracal</li> <li>- Amputatie bilaterală a membrelor pelyvine de la nivelul gambelor - protezate ineficient sau neprotezate</li> </ul> <p><i>Imposibilitatea realizarii gestualitatii si manipulatiei:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amputatii ambele membre toracice de la diferite nivele cu/fara redori stranse ale articulatiilor.</li> </ul> <p><b>NOTA:</b> <i>Pentru perioade limitate de timp in vederea protezarii si adaptarii la proteza</i></p>
„DEFICIENTA GRAVA <u>Modificat de art.I pct.4 din OAP 741/2019</u>	HANDICAP GRAV	<p>Deficienta locomotorie grava: - Amputatie bilaterală a membrelor pelyvine la nivelul coapselor;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lipsa prin dezarticulatie sau amputatie a unui membru pelvin asociata cu anchiloza sau plegia membrului pelvin opus;</li> <li>- Lipsa prin dezarticulatie sau prin amputatie a unui membru pelvin, asociata cu amputatie, dezarticulatie sau plegie de membru toracal; - Amputatie bilaterală a membrelor toracice la nivelul bratelor;</li> <li>- Amputatie bilaterală a membrelor pelyvine de la nivelul gambelor;</li> <li>- Amputatie bilaterală a membrelor toracice la diferite nivele cu/fara redori stranse ale articulatiilor</li> </ul> <p><b>NOTA:</b> Pentru situațiile menționate se va stabili termen permanent de valabilitate a încadrării în grad de handicap, de la prima evaluare. Pentru a menține/îmbunătăți starea de sănătate și pentru a evita excluziunea socială, persoanele îmădărite au obligația de a urma activitățile și serviciile prevazute în Programul individual de reabilitare și integrare socială a adulților cu handicap și în Planul individual de servicii.“</p>

\* Se referă la:

- a) amputații congenitale, contractate precoce (copilarie-adolescentă), unilateral sau bilateral, de membru inferior sau superior, indiferent de nivel, dezarticulatie membru pelvin, dezarticulatie membru toracal, protezabile, neprotezabile sau greu protezabile.
  - b) amputații de membru superior sau inferior, unilateral sau bilateral (protezabile, protezabile ineficient, greu protezabile, neprotezabile), indiferent de varsta și statut.
- In evaluarea deficientei functionale se vor avea în vedere:
- Cauza care a condus la indicatia de amputatie:
  - a) distrugerea unui membru prin strivire;
  - b) pierderea vascularizatiei;
  - c) gangrene de cauze variate (arteriopatii, diabet zaharat, embolii);
  - d) durere severă de cauza circulatorie;
  - e) tumori maligne;
  - f) infecție necontrolabilă terapeutică.
  - Starea bontului: scurt; cu cicatrici vicioase; cu calus vicios; cu nevroame hiperalgice, cu leziuni trofice, fistule cronice; cu sechete complexe
  - Compensarea deficitului functional prin protezare
  - Nivelul amputației, la membrul sau membrele afectate
  - Afectiuni somatice sau neurologice severe care pot potenta deficitul locomotor

#### SCOR ADL

Activitate	Descriere	Scor
Igiena corporala	Autonomie Ajutat parțial Dependent	2 1 0
Imbracare	Autonomie Autonomie pentru imbracare, dar ajutor pentru incaltare	2 1

	Dependent	0
Mersul la toaleta	Autonomie	2
	Ajutat	1
	Ajutat la pat	0
Continenta sfincteriana	Continent	2
	Incontinenta ocazional	1
	Incontinent	0
Alimentatia	Mananca singur	2
	Ajutat pentru taiat cu cutitul	1
	Dependent	0

Clasificare:

- st. I 10 - autonomie;
- st. II 8-10 - evasiindependent;
- st. III 3-8 - independenta asistata;
- st. IV 0-3 - dependenta totala, necesita asistent personal.

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP USOR	Orice activitate profesionala fara limitari, cu exceptia celor care solicita gestualitate fina, de precizie	Participare fara restrictii Necesa schimbarea locului de munca in cazul unor profesiuni (de exemplu: pianist, violonist s.a.)
HANDICAP MEDIU	Orice profesie, cu exceptia celor care solicita: - ortostatism si deplasari posturale prelungite; - bimanualitate.	Orientarea profesionala spre un loc de munca accesibil Formare si indrumare profesionala in functie de varsta persoanelor care si-au pierdut manualitatea, cu referire la muncile manuale - necalificate Asigurare cu proteze, orteze, proteze estetice diferentiate in vederea activarii in viata sociala fara restrictii
HANDICAP ACCENTUAT	- Locuri de munca fara solicitare fizica, fara deplasari si variante posturale sau/si gestuale, in functie de deteriorarile morfofuncionale NOTA: In elaborarea programelor de recuperare se vor avea in vedere: - localizarea si nivelul amputatiei; - cauzele care au produs-o; - eficiența protezarii; - varsta; - pregatirea generala si profesionala - in functie de care se recomanda: schimbarea locului de munca sau formarea profesionala pentru munci statice, accesibile handicapului postural sau/si de gestualitate.	Furnizare de mijloace protetice, de adaptare a utilajelor, reorganizarea muncii la nevoie Pentru deficientii locomotori posturali: In afara protezarii adecvate si adaptarii locului de munca astfel incat sa nu fie solicitata postura pe care nu o poate realiza, se recomanda facilitarea prin mijloace suplimentare de sprijin (scaune adaptate ergonomic) sau permiterea cu usurinta a modificarilor posturale impuse de munca, prin balustrade sau manere de sprijin. Transferul unor comenzi ale masinii de la picior la mana sau automatizarea comenziilor respective Pentru persoanele cu deficiența fizica cu afectarea gestualitatii: Este posibila, dupa caz, protezare sau ortezare, eventual proteze de munca adaptate in raport cu seventele muncii (pense, carlige etc.), schimbarea lateralitatii si adaptari ale utilajului, de pilda transferul comenziilor de la o mana la alta sau de la mana la picior, schimbarea sistemului de parohii ale comenziilor pentru scaderea esfertului fizic.
HANDICAP GRAV	Idem handicap accentuat Pot desfasura activitati profesionale la domiciliu sau la locuri de munca adaptate. Ancheta sociala are un rol major in stabilirea gradului de autonomie si a restantului functional, existand posibilitatea adaptarii la proteze si a accesibilizarii mediului, astfel incat sa se realizeze autonom sau cu ajutor partial, pentru perioade limitate ale zilei, activitatil de ingrijire si autoservire.	Idem handicap accentuat Dupa protezare, adaptare la proteze/orteze: - asigurarea de mijloace de deplasare pentru persoanele cu deficiența posturala (carje sau cadru pentru cele cu amputatii unilaterale, fotoliu rulant, carucioare pentru cele cu amputatii bilaterale); - asigurarea de mijloace de autoservire sau/si de munca pentru cei cu pierdere bilaterală a gestualitatii; - sprijin total sau parțial pentru ingrijire si activitatile cotidiene, de autogospodarie. In functie de rezultatul evaluarii complexe, persoana poate fi incadrata in grad de handicap grav cu asistent personal, in situatia in care are pierduta total capacitatea de autoservire, autoingrijire si autogospodarie si necesita sprijin permanent, sau grav fara asistent personal, atunci cand necesita sprijin parțial pentru unele activitatii cotidiene.

## 2. Afectiuni ale sistemului nervos central si periferic\*

PARAMETRI FUNCTIONALI	Examen neurologic Examene electroneurofiziologice ale sistemului nervos	Se stabilesc in functie de structura/structurile afectate.
-----------------------	--	--

		<p>periferic si muscular - EMG, masurarea vitezelor de conducere pe nervii periferici</p> <p>Eco Doppler extra- si transcranian al vaselor cervico-cerebrale</p> <p>CT, IRM cerebrală și spinală</p> <p>Examen oftalmologic (acuitate vizuala, campimetrie, fund de ochi)</p> <p>EEG</p> <p>Angiografie de vase cerebrale (aa. carotide, aa. vertebrale, a. bazilară, aa. intracraaniene, sistemul venos intracranian)</p> <p>Ecocardiografie</p> <p>Scala de gradare a forței musculare (FMS)**</p> <p>Evaluare neuropsihologică</p> <p>Glicemie, teste de coagulare, hemoleucogramă completă</p> <p>Scale de evaluare a autonomiei și funcționalității: ADL, IADL, SOS, index Barthel etc.***</p>	
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>Deficit motor al unui membru inferior sau al ambelor membre inferioare, dar care nu afectează desfașurarea activităților vietii cotidiene sau profesionale; se deplasează cu usoara dificultate pe distanțe lungi sau cu dificultate moderată pe distanțe scurte, dar fără sprijin, putând desfașura activități profesionale normale, în funcție de natura profesiei.</p> <p>Deficit motor la un membru superior care afectează moderat mobilitatea, gestualitatea și prehensiunea.</p> <p>Dificultati de coordonare si de manipulatie neinfluentate de deficitul motor. Se poate deplasa fara sprijin pe distante variabile, cu dificultate, cu oscilatii (vezi criteriile de la afectarea functiei de coordonare).</p> <p>Se pot asocia tulburari de limbaj de tip afazic predominant expresive (motorii), de diferite forme clinice si intensitat care permit o comunicare paritala si/sau tulburari neurocognitive usoare/medii (MCI) constanta - vezi cap. 1 - Functiile mentale si/sau tulburarile de camp vizual - vezi cap. 2 - Functiile senzoriale.</p>	
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Deficiența locomotorie accentuată. Se poate deplasa sprijinit în baston (sprijin unilateral) sau nesprjinit, dar cu mare dificultate. Nu poate realiza mersul normal, nici chiar pe distanțe scurte.</p> <p>Deficit motor total al unui membru superior ce afectează activitatea profesională și cea cotidiană, asociat cu afectare funcțională a celuilalt membru toracic sau a unui membru pelvin ori deficit motor bilateral moderat.</p> <p>Se pot asocia tulburari accentuate de coordonare: se deplasează cu sprijin unilateral sau nesprjinit, dar cu mare greutate, cu baza de susținere largită, cu tendință la deviații în cazul asocierii unor tulburari vestibulare (vezi criteriile de la afectarea functiilor de coordonare).</p> <p>Se pot asocia tulburari de limbaj de tip afazic de diferite forme clinice și intensitate care permit o comunicare paritală și/sau tulburari neurocognitive severe constante - vezi cap. 1 - Functiile mentale și/sau tulburările de camp vizual - vezi cap. 2 Functiile senzoriale.</p>	
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	<p>Deficit grav de locomotie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- persoana nu se poate deplasa nici cu sprijin, nici fără sprijin, fiind dependenta de un mijloc de transport adevarat (fotoliu rulant, alte dispozitive) sau este imobilizata la pat;</li> <li>- nu isi poate indeplini activitatile vietii cotidiene, necesita adaptari si accesibilizari importante pentru indeplinirea activitatii profesionale; - nu se poate autoservi decat cu sprijin total sau partial din partea altel persoane.</li> </ul> <p>In functie de etiologia afectiunii, asociază sau nu tulburari neurocognitive, inclusiv sindroame dementiale ca forma extrema - vezi cap. 1 - Functiile mentale și tulburari de camp vizual (de tip hemianopsie laterală homonima, mai rar hemianopsie heteronima</p>	
		<p>bitemporala sau binazala sau dubla hemianopsie - care se manifestă ca și cecitate corticală sau subcorticală) - vezi cap. 2 - Functiile senzoriale.</p> <p><b>"NOTĂ:</b> Se va stabili un termen permanent de valabilitate a încadrării în grad de handicap, pentru situație:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sechete boli cerebrovasculare cu deficit motor tip plegic, la un interval de peste 2 ani de la data accidentului vascular;</li> <li>– Paraplegie sau tetraplegie, indiferent de cauza, la un interval de peste 2 ani de la data diagnosticării."</li> </ul> <p><b>Completat de art.I pct.5 din OAP 741/2019</b></p>	

\* Se referă la afectarea funcțiilor motorii asociată sau nu cu afectarea funcției senzitive, tulburari de limbaj, de camp vizual, neurocognitive, din afecțiuni de etiologie variată:

– sechetele bolilor cerebrovasculare și în mod particular ale accidentelor vasculare cerebrale (în toate variantele etiopatologice);

- afectiuni neurodegenerative (in mod particular Boala Alzheimer si Degenerescantele Fronto-Temporale), posttraumaticice, postinfectioase, posttumorale;
  - malformatii congenitale;
  - sechelele dupa meningoencefalopatii infantile (paralizia cerebrală – cu mai multe forme anatomo-clinice);
  - bolile prin tulburari de dezvoltare a sistemului nervos;
  - bolile metabolice genetice ale sistemului nervos central si periferic (in mod particular leucodistrofile si bolile lizozomale, bolile mitocondriale, aminoaciduriile etc.);
  - neuropatii motorii cronice severe periferice, evidențiate EMG.
- Aceste afectiuni au implicatii asupra staticii, mobilitatii si gestualitatii, coordonarii si echilibrului, capacitatii neurocognitive, comunicarii si orientarii vizual-spatiale, datorate afectarii sistemului nervos central sau/si periferic, manifestate clinic prin parезe ( pierdere usoara-medie a forței musculare, slabiciune musculară), plegii ( afectare severă cu pierdere contractilității), tulburari de coordonare, de limbaj (afazii) si/sau de vorbire (dizartrie/anartrie, difonie/afonie), tulburari senzoriale majore (tulburari de camp vizual, de orientare spatială, de recunoaștere a propriei scheme corporale si a relației sale cu mediul înconjurător, tulburari severe propriocepțive insotite de tulburari de coordonare a mișcărilor), tulburari neurocognitive de diferite intensități (având ca formă extrema sindroamele dementiale).

Se descriu următoarele afectări motorii:

- deficit motor al unui membru - monoplegia brahială sau crurală - întâlnit atât în leziuni ale sistemului nervos central, cât și periferic;
- deficit motor al unui membrul superior și unui membru inferior, în marea majoritate a cazurilor (dar nu obligatoriu) de aceeași parte - hemiplegie - cauzată de leziuni localizate de regulă în sistemul nervos central, fiind asociată sau nu cu alte semne și simptome neurologice (simptome extrapiramidale, senzitive, cerebeloase, tulburari de limbaj, de vorbire, neurocognitive, de fonatie, de deglutitie, crize epileptice, alte semne de suferinta a trunchiului cerebral sau a maduvei spinării cervicale etc.);
- deficit motor al membrelor inferioare-paraplegie - poate să apară atât în leziunea neuronului motor central - cel mai frecvent în leziuni ale maduvei spinării, dar și hemisferice - parasagital bilateral sau la nivelul puntii sau prin leziuni multiple (de exemplu, boala Little, paraplegia batranilor prin leziuni bilaterale etc.), cât și în lezarea neuronului motor periferic, precum în poliomielita sau în diferite forme de polineuropatie sau mononeuropati multiplex, determinând deficit asimetric sau simetric, asociate sau nu cu tulburari sfincteriene importante;
- deficit motor al tuturor membrrelor - tetraplegie - determinat de leziuni de neuron motor periferic sau central, prin afectarea medulară sau de trunchiului cerebral, precum în sindromul Guillain-Barre (demyelinizare inflamatorie a radacinilor și nervilor periferici, cu afectare predominantă a fibrelor motorii) sau în accidentele vasculare cerebrale repetitive care produc hemiplegii bilaterale;
- deficit motor doar al ambelor membre superioare - diplegia/dipareza brahială - forma mult mai rara decât precedentele, determinată fie de leziuni în sistemul nervos central (de regulă pontine, mai rar în maduva cervicală), fie de leziuni în sistemul nervos periferic (mai frecvent în polineuropatia cauzată de porfirie, în polineuropatii cronice inflamatorii demielinizante s.a.);
- deficit motor a 3 membre - tripareze - forme rare, determinate de obicei de leziuni în maduva cervicală sau în unele neuropatii periferice sau în leziuni multiple în sistemul nervos central (mai frecvent în scleroza multiplă sau alte boli inflamatorii, tumorale sau vasculare neurologice).

\*\* Deficitul motor poate fi obiectivat prin determinarea scaderii forței musculare, conform scalei de gradare a forței musculare segmentare (FMS), asociată sau nu cu prezența atrofiei musculare (atrofia severă apare când denervarea persistă săptămâni sau luni); în situații particulare deficitul muscular se poate insoti de pseudohipertrofii musculare (unele forme de distrofie musculară).

- o 5/5 = FMS normală;
- o 4/5 = opune rezistență;
- o 3/5 = invinge gravitația;
- o 2/5 = deplasează membrul în planul patului;
- o 1/5 = contractie musculară voluntară fără deplasare de segment:
  - gr. I - nicio contractie;
  - gr. II - contractie minima;
  - gr. III - contractie controlaterală.

Analizarea mișcărilor pasive oferă informații asupra alterării tonusului muscular, constatandu-se astfel existența hipotoniei, spasticității sau rigidității.

Uneori, în mod particular în cazul neuropatiilor periferice și al bolilor musculare, este necesară utilizarea investigațiilor electroneurofiziologice (EMG - electromiografie, masurarea vitezelor de conducere a nervilor periferici etc.) pentru a susține diagnosticul și a obiectiva tipul și gradul de suferință morfofuncțională a nervilor periferici și mușchilor, traseul electromiografic putând lua un aspect neurogen sau miogen (în afectiuni musculare).

### \*\*\* SCALA DE INCAPACITATE BARTHEL

Măsurarea performanțelor pacientului în zece activități ale vietii cotidiene în funcție de ajutorul exterior necesar. Scorul maxim este de 100 de puncte și corespunde unei autonomii complete. Scorul de 60 de puncte semnifică „independență asistată”, iar cel de 75 de puncte - cvasiindependență.

Activitate	Descriere	Scor
1. Alimentatia	Independent: se poate servi de tacamuri Are nevoie de ajutor pentru a taia alimente Dependent	10 5 0
2. Baia	Independent: face baie fără ajutor Dependent	5 0
3. Toaleta personala	Își poate spăla față, mâinile, dintii, își poate pieptana parul, se poate barbieri etc. Dependent	5 0
4. Imbracatul	Independent: își poate pune hainele, le poate scoate, își poate innoda sălăurile Are nevoie de ajutor Dependent	10 5 0
5. Controlul intestinal	Fără probleme Probleme ocazionale Incontinentă	10 5 0
6. Controlul vezical	Fără probleme Probleme ocazionale ( maximum 1 episod de incontinentă pe zi) sau are nevoie de sprijin în realizarea acestuia Incontinentă	10 5 0

Activitate	Descriere	Scor
7. Transferul la toaleta	Independent pentru a merge la toaleta Are nevoie de ajutor in a merge la toaleta, dar se poate spala singur Dependent	10 5 0
8. Transferul in pat sau fotoliu	Independent in deplasarea de la scaun spre pat Ajutor minim Ajutor maxim pentru transfer, dar este capabil sa se aseze singur Dependent	15 10 5 0
9. Mersul	Independent - se poate deplasa singur 50 m Merge cu ajutorul unui dispozitiv/cu sprijinul unei persoane Utilizeaza singur fotoliul rulant Dependent	15 10 5 0
10. Urcatul scarilor	Independent in urcarea sau coborarea scarielor Are nevoie de ajutorul unui dispozitiv sau al unei persoane Dependent	10 5 0
	<b>ACTIVITATI - LIMITARI</b>	<b>PARTICIPARE - NECESITATI</b>
HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesionala - loc de munca fara suprasolicitare posturala, activitati preponderent statice, fara deplasari posturale, fara suprasolicitare fizica si psihica, in conditii de confort organic, fara relatii cu publicul, daca sunt asociate tulburari de vorbire	Sprujn pentru asigurarea locului de munca adevarat in vederea desfasurarii activitatii cu program normal sau redus ori, daca nu este posibil, schimbarea locului de munca Monitorizare medico-sociala
HANDICAP ACCENTUAT	In general nu pot presta activitati profesionale cu solicitare fizica, datorita intensitatii afectarii functiilor motorii sau/si de manipulatie, coordonare, vorbire. In cazul deficitelor motorii de tip paraparetic, tetraparetic sunt posibile activitati adaptate, cu solicitari fizice reduse, fara deplasari posturale, in conditii de confort organic.	Asigurare mijloace de deplasare (baston, carje, cadru, temporar fotoliu rulant - in functie de intensitatea deficitului motor la membrele superioare sau/si inferioare) Asigurare dispozitive de mers (orteze), in special pentru persoanele cu sechete dupa afectari de neuroni motori periferici Sprujn familial si comunitar (in functie de caz si situatie) pentru efectuarea unor activitati cotidiene si de ingrijire
HANDICAP GRAV	Intensitatea afectarii functiei motorii face imposibila desfasurarea oricaror activitati profesionale, activitati cotidiene, de autoingrijire, autogospodarie. In cazul persoanelor cu parapareze forte, paraplegii, fara afectarea functiilor intelectuale (in situatii particulare), este posibil si indicat acces pentru prestarea profesiunilor cu pregatire superioara, activitati legate de pregatirea intelectuala, in ritm liber, beneficiind de asistent personal.	In functie de rezultatul evaluarii complexe, persoana poate fi incadrata in grad de handicap grav cu asistent personal, in situatia in care are pierduta total capacitatea de autoservire, autoingrijire si autogospodarie si necesita sprujn permanent sau grav fara asistent personal, atunci cand necesita sprujn partial pentru unele activitati cotidiene. Monitorizare medicala la domiciliu pentru recuperare (CFM) si pentru preventia leziunilor de decubit Asigurarea mijloacelor de transport adevarat (carucioare - alte dispozitive) sau de mobilizare (fotoliu rulant) Pentru cei care sunt incadrati in munca si folosesc fotoliu rulant sunt necesare accesibilizarea spatiului de lucru, precum si eliberarea calor de acces pentru a permite persoanei cu handicap sa ajunga la locul de munca. Adaptarea accesului in institutiile publice si in mijloacele de transport in comun

**3. Evaluare grad de handicap in afectiuni heredo-degenerative ale SNC cu afectare predominant motorie (altele decat cele care determina tulburari de control al comportamentului motor - v. cap. 7.V)**

Se refera la boli degenerative si heredodegenerative ale SNC (boli genetice cu aspect anatomo-patologic de tip degenerativ):

- a)sindroame de ataxie progresiva (ataxiile spino-cerebeloase - boli genetice cu cel putin 33 de variante cu transmitere mendeliană identificate pana in prezent, cea mai frecventa fiind ataxia Friedreich; ataxiile cerebeloase corticale; ataxiile cerebeloase ereditare si sporadice asociate si cu alte manifestari neurologice);
- b)sindroame cu deficit motor si atrofii musculare neurogene lent progresive (scleroza laterală amiotrofica - SLA si variante inrudite, atrofile musculare spinale progresive sau asociate si cu alte manifestari neurologice);
- c)neuropatiile heredo-degenerative: senzorio-motorii (boala Charcot Marie-Tooth cu mai multe variante genetice, boala Dejerine-Sottas), pur sau predominant senzitive, pur ori predominant motorii, vegetative.

PARAMETRI FUNCTIONALI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tablou clinic, neuroelectrofiziologic (EMG si electroneurografie - cel putin masurarea vitezelor de conducere nervoasa), imagistic (IRM cerebrală si eventual spinală), caracteristic fiecarei entitati (v. criteriile de diagnostic in Ghidurile de diagnostic si tratament in bolile neurologice) - Optional:</li> <li>• Testarea genetică pe baza suspiciunii clinice si neuroelectrofiziologice este mai specifică decât examenul anatomo-patologic pe biopsia de nerv si muschi; de recomandat optional daca există posibilitatea efectuării în laboratoare specializate de neurogenetica.</li> <li>• Examen anatomo-patologic pe biopsia de nerv si muschi (optional, mai ales daca nu se</li> </ul>
-----------------------	---

		<p>poate efectua testarea genetica specifica) - poate aduce informatii utile si mai specifice uneori.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen cardiologic (clinic, electrocardiografic si echocardiografic) cand exista suspiciunea asociarii unei cardiomiopatii (mai ales in ataxiile spino-cerebeloase, in particular in unele variante de boala Friedreich)</li> <li>• Testarea functiei respiratorii (cand, fie datorita afectarii musculaturii respiratorii de catre boala insasi - precum in SLA, fie din cauza deformarilor scheletului si mecanicilor ventilatori - mai ales in unele ataxii spinocerebeloase, unde poate sa apara insuficienta respiratorie, semnificativa, cu risc vital in formele severe de boala)</li> </ul> <p>Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>Mobilizare cu greutate;</p> <p>Scaderea performantelor de ortostatism si mers prelungit;</p> <p>Scad precizia si viteza miscarilor (afectarea medie a manipulatiei si gestualitatii).</p>
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Persoana se deplaseaza cu mare dificultate prin forta proprie, nesprujinit si cu sprijin.</p> <p>Nu poate efectua eficient gesturi profesionale, cele cotidiene sunt pastrate.</p> <p>Dificultati de respiratie</p>
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	<p>In formele cu evolutie indelungata care duc la:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- deplasarea dificila sau la imobilizare datorita atrofiei musculare sau/si la tulburari marcate de respiratie</li> <li>- tulburari marcate de deglutitie</li> <li>- tulburari marcate de alimentatie</li> <li>- imposibilitatea realizarii activitatilor de autoingrijire si autogospodarie</li> </ul>

#### 4. Afectiuni inflamatorii demielinizante ale sistemului nervos central\*

PARAMETRI FUNCTIONALI		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen neurologic**;</li> <li>- Examen IRM cerebral (obligatoriu) si uneori spinal (mai ales segmentul cervical)**;</li> <li>- Examen oftalmologic (AV, campimetrie, FO);</li> <li>- PEV (potentiale evocate vizuale);</li> <li>- Benzi oligoclonale de imunoglobuline G in LCR;</li> <li>- Index IgG LCR/ser ( facultativ);</li> <li>- CT ( facultativ, doar daca nu se poate face examen IRM; valoare diagnostica mica in aceste afectiuni);</li> <li>- Scala EDSS (Expanded Disability Status Scale)***;</li> <li>- Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</li> </ul>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>In formele clinice cu perioade de remisiune, cu tulburari usoare si medii de mers</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- deplasare posibila fara sprijin, cu mentinerea:</li> <li>- sindromului piramidal,</li> <li>- sindromului vestibular,</li> <li>- sindromului cerebelos</li> </ul> <p>Parametrii functionali confirmă afectiunea demielinizanta (modificari FO, PEV, diplopie, ENG, RMN, CT, ImG in sange si LCR)</p> <p>- Scor EDSS&lt;4</p>
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	<p>In formele clinice cu evolutie progresiva sau cu pusee acute frecvente: - tulburari accentuate de mers, mers dificil, uneori cu sprijin unilateral;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tulburari de echilibru;</li> <li>- tulburari de coordonare;</li> <li>- tulburari de manipulatie; sindromul piramidal tip paretic; cerebelo-vestibular;</li> <li>- tulburari vizuale (diplopie, modificari CV);</li> <li>- tulburari de sensibilitate.</li> </ul> <p>- Scor EDSS = 4-6</p>
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	<p>In formele cu evolutie continua care conduc la pierderea autonomiei locomotorii, facand dependenta persoana de o alta persoana (partial sau total), datorita:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. sindromului piramidal variat: <ul style="list-style-type: none"> <li>- hemiplegie dreapta/stanga;</li> <li>- paraplegie-parapareza accentuata;</li> <li>- tetrapareza-tetraplegie;</li> </ul> </li> <li>b. sindromului vestibulo-cerebelos cu tulburari de statica si echilibru grave.</li> </ol> <p>- Scor EDSS&gt;6</p>

\* Se refera la scleroza multipla (sinonime: scleroza in placi, leuconevraxita) si alte afectiuni inflamator-demielinizante ale sistemului nervos central, dar care sunt entitati patologice si clinice definite diferite de scleroza multipla: boala Devic (neuro-oftalmomielita), encefalomielopatia diseminata acuta (cu episoade unice sau multiple), encefalopatia periaxiala difusa (boala Schilder).

Scleroza multipla este o afectiune neurologica cronica, generata de un proces difuz inflamator in sistemul nervos central asociat cu focare de demielinizare degenerescenta axonală cronică și continuă, având consecința intreruperea fluxului impulsurilor nervoase pe căile cu focare de demielinizare, precum și atrofia cerebrală și spinală

cronica progresiva prin neurodegenerare care afecteaza sistemul nervos central (creierul, maduva spinarii si nervii optici). Fenomenele neurodegenerative din scleroza multipla sunt ireversibile si reprezinta cauza majora a invalidarii acestor bolnavi (dizabilitate si handicap). Scleroza multipla poate provoca dificultati in forta si controlul activitatii motorii, tulburari de vedere, de echilibru, ale sensibilitatii, tulburari sfincteriene si alte tulburari vegetative, tulburari ale functiilor neurocognitive si mentale.

\*\* Examen neurologic complet cu precizarea formei de evolutie si a sindroamelor afectate, respectiv sindromul pur sau combinate.

Diagnosticul pozitiv se sustine pe:

- simptome si tulburari tranzitorii ca: nevrita optica retrobulbară, oftalmopareze, deficite piramidale sau de sensibilitate, tulburari cerebeloase, ataxie spinala, sindroame medulare acute, alte semne si simptome de trunchi cerebral, afectarea altor nervi cranieni, combinatii de semne subiective si obiective;
- diagnosticul trebuie sa cuprinda forma clinica de evolutie si sindroamele respective (combinante sau pure).

Forme clinice:

- forma cu recaderi si remisiuni
- forma primar progresiva
- forma secundar progresiva
- forma progresiva cu recaderi

Scala Kurtzke extinsa a dizabilitatii (EDSS)\*, \*\*

- 0.0 - Examen neurologic normal (0 la toate scorurile functionale)
  - 1.0 - Fara dizabilitate, semne minime la un scor functional (adica gradul 1)
  - 1.5 - Fara dizabilitate, semne minime la unul sau mai multe scoruri functionale (mai mult de un scor functional de 1)
  - 2.0 - Dizabilitate minima la un scor functional (un scor functional de grad 2, celelalte 0 sau 1)
  - 2.5 - Dizabilitate minima la doua scoruri functionale (doua scoruri cu gradul 2, celelalte cu grad 0 sau 1)
  - 3.0 - Dizabilitate moderata la un scor functional (un scor cu gradul 3, celelalte de 0 sau 1) sau dizabilitate minima la 3 sau 4 scoruri functionale (3 sau 4 scoruri de 2, celelalte de 0 sau 1), ambulatie normala
  - 3.5 - Ambulatie normala, dar cu dizabilitate moderata la un scor functional (grad 3) si sau doua grade functionale cu grad 2; sau doua scoruri functionale de grad 3 (cu celelalte scoruri cu grad 0 sau 1) sau 5 scoruri functionale cu grad 2 (celelalte scoruri cu grad 0 sau 1)
  - 4.0 - Ambulatie normala fara ajutor, independent si activ 12 ore pe zi, in ciuda dizabilitatii severe ce consta intr-un scor functional cu grad 4 (celelalte cu grad 0 sau 1) sau combinatii de grad mai mic, dar care depasesc limitele scorului anterior, capabil sa se deplaseze fara repaus mai mult de 500 de metri
  - 4.5 - Ambulatie normala fara ajutor, independent mare parte din zi, capabil sa munceasca conform unui program normal de munca, dar cu limitarea activitatilor zilnice sau necesita minim ajutor, caracterizat printr-o dizabilitate severa ce consta intr-un scor functional de grad 4 (celelalte de 1) sau combinatii de grad mai mic, dar care depasesc limitele scorurilor anterioare, capabil sa se deplaseze fara ajutor 300 de metri
  - 5.0 - Ambulatie pastrata fara ajutor sau repaus pentru 200 de metri, dizabilitate destul de severa astfel incat sa afecteze toate activitatile cotidiene (capabil inca sa lucreze toata ziua fara masuri speciale) (de obicei, echivalentele pe scorurile functionale sunt de grad 5 la un scor functional, celelalte fiind de 0 sau 1, sau combinatii de grade mai mici, dar care depasesc specificatiile de la scorul 4.0)
  - 5.5 - Se deplaseaza fara ajutor 100 metri, dizabilitate severa astfel incat sa afecteze activitatile cotidiene (echivalentele scorurilor functionale sunt de grad 5 la un scor, celelalte de 0 sau 1 sau combinatii de grad mai mic, dar care le depasesc pe cele de la scorul 4.0)
  - 6.0 - Necesita intermitent si constant unilateral asistenta (baston, carja) pentru a se deplasa 100 de metri cu sau fara repaus (echivalentele de scor sunt combinatii de scoruri cu mai mult de 2 scoruri cu grad de cel putin 3)
  - 6.5 - Asistenta bilaterală constantă la mers pentru a se deplasa 20 de metri fara repaus (echivalentele de scor sunt, de obicei, combinatii cu doua sau mai multe scoruri cu grad de cel putin 3)
  - 7.0 - Incapabil sa se deplaseze mai mult de 5 metri chiar si cu ajutor, in mare parte din timp in carucior, se poate deplasa singur cu scaunul cu rotile si se poate transfera singur, poate sta in picioare si sta in carucior aproximativ 12 ore pe zi (echivalentele de scor sunt combinatii cu mai mult de un scor cu grad mai mare de 4, foarte rar un scor piramidal de 5 izolat)
  - 7.5 - Nu este capabil sa faca mai mult de cativa pasi, sta in carucior, are nevoie de ajutor pentru transfer, se deplaseaza singur cu caruciorul, dar nu toata ziua; poate necesita un scaun motorizat (echivalentele de scor sunt combinatii cu cel putin un scor de grad minimum 4)
  - 8.0 - Restrictionat la planul patului sau in carucior sau deplasat de alta persoana intr-un scaun cu rotile, isi pastreaza majoritatea capacitatilor de autoingrijire, functiile mainilor fiind bune (echivalentele de scor fiind combinatii de scor cu grad de minimum 4 in mai multe sisteme)
  - 8.5 - Restrictionat la planul patului marea majoritate a zilei, poate utiliza mainile, isi pastreaza unele functii de autoingrijire (echivalentele de scor sunt combinatii de mai multe scoruri functionale cu grad de cel putin 4)
  - 9.0 - Pacient imobilizat la planul patului, poate comunica si inghiti (echivalentele de scor sunt combinatii la marea majoritate a sistemelor functionale de grad minimum 4)
  - 9.5 - Pacient complet imobilizat la planul patului, incapabil sa comunice eficient si incapabil sa manance sau inghiti (echivalentele de scor sunt combinatii de grad cel putin 4)
  - 10.0 - Deces datorita sclerozei multiple
- Scorurile functionale se refera la examinarea urmatoarelor functii: piramidală, cerebeloasă, ale trunchiului cerebral, senzitivă, vizuală, ale tractului gastro-intestinal și vezică urinare, mentală (dispozitivă și funcțiile neurocognitive)
- Scorurile EDSS de la 1.0 la 4.5 se referă la pacienții care sunt capabili să se deplaseze și scorul total este definit de scorurile functionale. În cazul scorurilor EDSS între 5 și 9.5, pacienții au dificultăți de deplasare și sunt conferite echivalente ale scorurilor functionale.

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP MEDIU	Activitati cu program normal sau redus, cu solicitari mici sau medii, fara ritm impus, care nu solicita miscari de precizie si rapide din partea membrelor superioare si inferioare, intr-un microclimat de confort organic.	Participare cu conditia asigurarii unor locuri de munca fara solicitari fizice mari, deplasari posturale prelungite si gestualitate rapida si de precizie Monitorizare permanenta pentru prelungirea duratei remisiunii si pentru preventia aparitiei puseelor acute
HANDICAP ACCENTUAT	In general, intensitatea tulburarilor functionale limiteaza prestarea oricarei activitati profesionale organizate. Pot, eventual, efectua activitati de colaborare in ritm liber, cu	Pentru persoanele cu pregatire superioara: sprijin pentru efectuarea unor activitati de colaborare in functie de posibilitatile psiho-fizice si de suportul familial

	efect psihoterapeutic. Este conservata capacitatea de autoingrijire.	Sprjin pentru obtinerea mijloacelor de deplasare (baston, carje, scaun rulant s.a.), partial pentru activitatile de autoingrijire si autogospodarie si pentru monitorizarea medico-sociala
HANDICAP GRAV	In general, datorita intensitatii tulburarilor de postura, de mers, gestualitate sau/si de vedere, nu pot presta activitate profesionala. Capacitatea de autoservire partial/total afectata; Capacitatea de mobilizare: de la mers cu sprjin bilateral prin forte proprii, pana la imobilizare Limitarea gestualitatii pana la imposibilitatea executarii unor miscari cu membrul respectiv Afectarea vederii pana la cecitate relativa si absoluta	In functie de rezultatul evaluarii complexe, persoana poate fi incadrata in grad de handicap grav cu asistent personal, in situatia in care are pierduta total capacitatea de autoservire, autoingrijire si autogospodarie si necesita sprjin permanent, sau grav fara asistent personal, atunci cand necesita sprjin partial pentru unele activitati cotidiene. Asigurarea de mijloace de mobilizare (cadru, fotoliu rulant, carucior) pentru deplasare in cadrul locuinte Dispensarizarea medicala (la domiciliu sau, cand este necesar, la serviciul de specialitate)

#### IV. EVALUAREA PERSOANELOR CU AFECTIUNI MUSCULARE PENTRU INCADRAREA INTR-UN GRAD DE HANDICAP\*

\* Se refera la:

1. Miopatii infectioase si inflamatorii: parazitare, virale, fungice, primare idiopatice (polimiozite, dermatomiozite), secundare (in boli de colagen, paraneoplazice), miopatia cu inclusii, alte miopatii inflamatorii (mai rare).
2. Distrofile musculare progresive (DMP) cu fenotipuri relativ specifice diferite (cel putin 21 forme genetice cu transmitere mendeliană identificate pana in prezent, cele mai multe autozomale - dominante sau recessive, dar si legate de cromozomul X - in aceasta din urma categorie se incadreaza si fenotipurile clasice Duchenne si Becker). Distrofia miotonica (cu doua forme: DM1 - forma clasica a distrofiei miotonice Steinert si DM2) face parte tot din aceasta categorie de boli.
3. Miopatii metabolice (boli enzimatice: in glicogenoză, boli ale metabolismului lipidic; in boli endocrine: tiroidiene, corticosteroide, paratiroidiene si deficit de vitamina D, pituitare) si toxice (medicamentease, alte toxice).
4. Anomalii si malformatii musculare congenitale, daca impiedica statica si locomotia (de exemplu, hipertrofii, redori, refractii musculare mutilante).
5. Boli ale jonctiunii neuromusculare: miastenia gravis (mai multe etiologice si imunologice identificate) si sindroamele miastenice (endocrine, paraneoplazice, medicamentease, determinate de neurotoxine din mediul inconjurator).
6. Canalopatii: de clor, de sodiu, de calciu, de potasiu care afecteaza fibrele musculare (paraliziile periodice diselectrolitice, miotonile ereditare non-distrofice - Thomsen, Becker, paramitonia congenitala Eulenborg si altele).

##### 1. Evaluare grad de handicap in distrofilele musculare progresive (DMP)

PARAMETRI FUNCTIONALI		<p>Examen neurologic: - deficit motor in functie de forma clinico-genetica; indiferent daca debutul este distal sau proximal, afectarea grupelor musculare se generalizeaza</p> <p>Deficitul motor are ca expresie: - amiotrofii progresive simetrice; - retractii tendinoase; - ROT vii.</p> <p>Paraclinic: - cresterea activitatii unor enzime glicolitice (de exemplu, LDH); - biopsia musculara este sugestiva, evidențiază modificări de tip miogen; - EMG: - absenta activitatii bioelectrice spontane;</p>
		<p>- diminuarea amplitudinii maxime a traseelor; - reducerea duratei medii a potentiialelor; - testare genetica (optional).</p> <p>Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	Deplasarea cu dificultate prin scaderea performantei de ortostatism si mers prelungit si prin tulburari de precizie si viteza a miscarilor
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	Deplasare cu mare dificultate prin forta proprie, nesprjinit si cu sprjin Dificultatea efectuarii aproape a oricarei gestualitatii profesionale Dificultati de respiratie
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	Persoana nedeplasabila prin forta proprie Tulburari de gestualitate bilateral Pierdere totala sau parciala a capacitatii de autoservire Tulburari mari de deglutitie si respiratie

##### 2. Evaluare grad de handicap in miotonii\*

\* Sunt caracterizate printr-o lentoare a relaxarii musculare dupa contractie voluntara, fenomenul diminuand progresiv dupa repetarea contractiei voluntare (fenomen de incalzire).

PARAMETRI FUNCTIONALI	In miotonile din canalopatii: Examen clinic neurologic:
-----------------------	--

		<p>- distributia fenomenului mitotonic la flexorii degetelor, muschii policelui, a musculaturii orbiculare, pleoape si pe parcursul evolutiei; in unele forme pot fi prezente hipertrofii muskulare difuze la toate grupele muskulare, cu predominant la membrele inferioare (aspect halterofil).</p> <p>Examen paraclinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EMG: cresterea progresiva a amplitudinii potentialelor cu o frecventa de 40/50 cicli/sec. (criteriu patognomonic = fenomen de incalzire).</li> </ul> <p>In distrofia miotonica DM1 - tip Steinert:</p> <p>Examen clinic neurologic:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- amiotrofii muskulare distale la membrele superioare si inferioare; - muschii fonatori, cu modificarea vocii;</li> <li>- muschiul cardiac;</li> <li>- atrofie gonadica.</li> </ul> <p>In distrofia miotonica DM2 - deficitul motor este proximal si nu se insoteste de atrofii muskulare semnificative; cataracta apare mai precoce decat in varianta DM1.</p> <p>Examene paraclinice:</p> <p>Examen anatomo-patologic (inclusiv histoenzimologic) in microscopia optica, microscopia electronica pe biopsia de muschi evidențiaza modificari de detaliu specifice</p> <p>Testare genetică (optional)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- microscopia electronica evidențiaza afectarea arhitecturii miofibrelor, care apar sterse;</li> <li>- microscopia optica evidențiaza alternanta de fibre muskulare atrofiate cu fibre hipertrofiate, dezorganizarea miofibrelor.</li> </ul> <p>EMG - descarcarri spontane repetitive, in salve, asociate cu modificari ale unitati motorii de tip miopatic</p> <p>Enzimograma serica (LDH, FCK, TGO, TGP sunt scăzute sau normale)</p> <p>Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</p>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>Scaderea fortei muskulare distale la membrele superioare</p> <p>Oboseala precoce</p> <p>Scaderea fortei si vitezei de executare a miscarilor</p> <p>Scaderea capacitatii fizice de prestatie la efort, manipularea de greutati</p>
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Deplasare cu dificultate</p> <p>Tulburari de manipulatie si gestualitate bilateral</p> <p>Tulburari de vedere si de vorbire</p>
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	<p>In formele clinice cu evolutie indelungata care conduc la deplasarea dificila sau la imobilizare din cauza atrofiilor muskulare marcate, cu tulburari respiratorii, tulburari de deglutitie, fonatie, alimentatie</p>

### 3. Evaluare grad de handicap in miopatiile infectioase si inflamatorii\*

\* Se caracterizeaza printr-o simptomatologie dureroasa cu traseu EMG polimorf si lezuni muskulare de tip inflamator.

PARAMETRI FUNCTIONALI		<p>EMG = caracterizata printr-un traseu constant din activitate bioelectrica spontana reprezentata de potentiiale de fibrilatie, potentiale polifazice care apar la contractii voluntare, activitate repetitiva cu frecventa rapida, evocate de stimularea mecanica a muschilor.</p> <p>AP: aspect histologic sugestiv pentru modificari inflamatorii, eventual asociate cu modificari de tip miopatic.</p>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	Criterii de incadare in grad de handicap asemantatoare cu cele din distrofilele muskulare progresive, cu precizarea ca evolutia poate fi ondulanta, cu agravari si remisiuni spontane si terapeutice, in functie de etiologie.
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	

### 4. Evaluare grad de handicap in miastenia gravis si sindroamele miastenice\*

\* Sunt boli ale jonctiunii sinapsei neuromusculare, cel mai adesea de cauza imunitara, care se caracterizeaza prin oboseala excesiva si defect al musculaturii striate ce apare la efort si se recupereaza, parcial sau total in repaos si sub actiunea unor substante anticolinesterazice.

PARAMETRI FUNCTIONALI		<p>Clinic:</p> <p>Este o boala autoimuna, cu manifestari clinice variate: oculare, bulbare, la nivelul membrelor, trunchiului si muschilor respiratori, mergand pana la atrofie musculara.</p> <p>Симптомы окуляре sunt cele mai frecvente manifestari ale miasteniei gravis.</p> <p>NOTA:</p> <p>La incadrarea in grad de handicap trebuie sa se tina seama de intensitatea deficitului miastenice, care se poate manifesta prin:</p> <p>A. Afectare oculara: diplopia oculara (orizontala, verticala sau diagonala), strabism, ptosa</p>
-----------------------	--	--

		<p>palpebra.</p> <p>B. Afectarea bulbara: la debutul bolii presupune dificultati de vorbire, manifestate prin voce nazonata sau dificultate in articularea cuvintelor, disartria care poate fi insotita de dificultati de deglutitie si masticatie. Se poate asocia cu slabiciunea muscularii gatului. Corelata cu severitatea disfagiei este pierderea in greutate (cca 5-10 kg cu 3-6 luni inaintea stabilirii diagnosticului). O caracteristica clasica este „ranjetul miastenic“ sau rasul vertical in cazul atingerii muscularurii faciale.</p> <p>C. Slabiciunea la nivelul membrelor inferioare conduce frecvent la caderi bruste, iar diagnosticul este luat in discutie dupa o cadere pe scari.</p> <p>La nivelul membrelor sunt afectate in principal musculatura umerilor, musculatura antebraitalui (extensorii degetelor), muschi extensori ai piciorului, acesti pacienti prezintand Ac anti-MuSK. Durerea muscularii spatelui si centurilor apare la anumiti pacienti, fiind explicata prin insuficienta muschilor posturali, care dispare dupa repaus sau tratament specific.</p> <p>Slabiciunea muschilor respiratori si a altor muschi ai trunchiului este rar primul semn izolat al bolii, dar poate fi prima manifestare care aduce pacientul la medic.</p> <p>Afectarea respiratorie, exprimata prin dispnee, este obiectivata prin reducerea capacitatii vitale (CV).</p> <p>D. Atrofia musculara localizata (de exemplu: atrofia linguala)</p> <p>E. Afectarea cognitiva presupune un sindrom cerebral organic cu anomalii ale atentiei vizuale si ale timpului de reactie.</p> <p>Gradul de handicap se evaluateaza in functie de intensitatea deficienelor functionale, dupa criteriile prezentate pentru afectarea functiilor respective, reversibilitatea si rezistenta la tratamentul medicamentos specific.</p> <p>Clasificarea clinica Osserman</p> <p>Propunem clasificarea clinica MGFA (Fundatia Americana pentru Miastenia Gravis)</p> <p>Paraclinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- testul dupa repaus sau testul pungii cu gheata sau testul cu tensilon;</li> <li>Testul cu tensilon (clorura de edrofoniu) este considerat test de baza pentru diagnosticul miasteniei oculare in cabinetul medical;</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- proba de efort, care evidențiaza deficitul motor;</li> <li>- EMG/Electromiografia de fibra unica (SF-EMG);</li> <li>- Stimulare nervoasa repetitiva (RNS);</li> <li>- determinari Ac anti AChR in ser/Ac anti MuSK in ser;</li> <li>- Examen CT sau IRM (de preferat ) al mediastinului anterior pentru vizualizarea timusului;</li> <li>- Investigatii specifice etiologice in cazul suspiciunii de sindrom miastenic secundar</li> <li>- Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.</li> </ul>
DEFICIENTA USOARA	HANDICAP USOR	<p>Clasa I</p> <p>Orice slabiciune a muscularurii oculare (poate exista slabiciune la inchiderea ochiului) Forta tuturor celorlalți muschi este normală.</p> <p>Clasa II</p> <p>Slabiciune usoara care afectează muschii, altii decât cei oculari (poate exista slabiciune musculară oculară în orice grad de severitate)</p> <p>IIa. Cu afectare predominantă a membrelor și/sau a muscularurii axiale, cu implicare mai usoara a muscularurii orofaringiene</p> <p>IIb. Cu afectare predominantă a muscularurii orofaringiene și/sau respiratorii, cu afectare mai mică sau egală a membrelor și/sau a muscularurii axiale</p>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>Clasa III</p> <p>Slabiciune moderată care afectează muschii, altii decât cei oculari, poate exista slabiciune musculară oculară, în orice grad de severitate IIIa. Cu afectare predominantă a membrelor și/sau muscularurii axiale, cu implicare mai usoara a muscularurii orofaringiene</p> <p>IIIb. Cu afectare predominantă a muscularurii orofaringiene și/sau respiratorii, cu afectare mai mică sau egală a membrelor și/sau a muscularurii axiale</p>
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Clasa IV</p> <p>Slabiciune severă care afectează muschii, altii decât cei oculari, poate exista o slabiciune musculară oculară în orice grad de severitate. IVa. Cu afectarea predominantă a membrelor și/sau a muscularurii axiale, cu implicare mai usoara a muscularurii orofaringiene</p>
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	<p>Clasa IV</p> <p>Slabiciune severă care afectează muschii, altii decât cei oculari, poate exista o slabiciune musculară oculară în orice grad de severitate</p> <p>IVb. Cu afectarea predominantă a muscularurii orofaringiene și/sau respiratorii, cu afectare mai mică sau egală a membrelor și/sau a muscularurii axiale</p> <p>Clasa V</p> <p>Definită prin necesitatea intubării, cu/fără ventilatie mecanică, cu excepția cazurilor unde aceasta este folosită pentru tratamentul postoperator de rutina. Alimentarea pe tub fără intubare plasează pacientul în clasa IVb.</p>

## 5. Evaluare grad de handicap in malformatii musculare\*

\* Se refera la persoane cu anomalii si malformatii congenitale sau contractate precoce (copilarie - adolescente), de exemplu: hipertrofii, redori, refractii muskulare mutilante, care impiedica statica si locomotia.

PARAMETRI FUNCTIONALI		Teste biometrice si muskulare Dinamometrie pentru aprecierea fortelei muskulare - in functie de localizare si tipul de sechela Scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL, SOS etc.
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	Incadrarea in grad de handicap se realizeaza in functie de limitarea sau pierderea capacitatii de realizare a staticii, mobilitati sau/si a gestualitatii.
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	Evaluare in conformitate cu criteriile stabilite pentru persoanele cu miopatii.
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	
	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesionala cu evitarea celor care necesita miscari cu viteza si precizia si deplasari posturale prelungite. Sunt contraindicate activitatilor care impun finete, repere mici, ritm impus.	Sprujn pentru asigurarea unui loc de munca fara efort fizic mare, deplasari posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de munca
HANDICAP ACCENTUAT	Activitati cu efort fizic neinsemnat, in postura predominant sezand, care nu necesita finete, viteza, complexitate si alternanta gestuala. De exemplu: munci de birou pentru cei cu pregatire superioara sau medie.	Participare in cazul asigurarii unui loc de munca accesibil, fara efort fizic de intensitate mare si medie, ortostatism prelungit, deplasari posturale, care sa necesite suprasolicitare gestuala Recomandare de evitare a eforturilor fizice mari. Adaptarea locului de munca prin utilizarea sistemelor mecanice de manipulare a greutatilor, montarea sistemelor de sustinere a mainii pentru a evita boala musculara.
HANDICAP GRAV	Au pierduta total sau parcial capacitatea de autoservire, autogospodarie si autoingrijire.	In functie de rezultatul evaluarii complexe, persoana poate fi incadrata in grad de handicap grav cu asistent personal, in situatii in care are pierduta total capacitatea de autoservire, autoingrijire si autogospodarie si necesita sprujn permanent sau grav fara asistent personal, atunci cand necesita sprujn partial pentru unele activitati cotidiene. Sprujn pentru asigurarea unor mijloace de deplasare (cadru, fotoliu rulant, carucior)

## V. Evaluarea persoanelor cu afectarea functiilor de control al comportamentului motor in vederea incadrarii in grad de handicap

Cele mai multe afectiuni cuprinse in acest capitol se refera la boli determinante de lezuni de orice etiologie (neurodegenerative, neurochimice - disfunctie sinaptica, vasculara, metabolica, inflamatorie, demielinizanta, tumorala, infectioasa, imunologica s.a.) care produc disfunctii sinaptice/lezuni la nivelul ganglionilor bazali (putamen, nc. caudat, globus pallidus, nuclei talamici, nc. subtalamic, substanta neagra mezencefalica) si circuitelor lor cortico-subcorticale si cu alte structuri din trunchiul cerebral si cerebel. Există un foarte mare numar de astfel de afectiuni, dintre care cel mai frecvent întâlnite în populația generală sunt cele de mai jos.

\* Nu sunt excluse din acest capitol afectiunile neurologice mai rare care corespund descrierii de mai sus, dar care produc tulburari clinice semnificative invalidante.

a)Sindromele extrapiramidale, de cauze diverse: neurodegenerative, metabolice, postencefalitice, vasculare, medicamentoase, toxice, tumorale s.a. Cele mai frecvente sunt de tip neurodegenerativ si se incadreaza in sindroamele de „parkinsonism atipic“ (boala difusa cu corpi Lewy, atrofia multisistem, paralizia supranucleara progresiva, degenerescenta cortico-bazala s.a.) adesea asociate si cu alte boli neurodegenerative (SLA, degenerescenta fronto-temporal, boala Alzheimer); cauza vasculara este de asemenea relativ frecvent intalnita.

b)Boala Parkinson - a doua boala neurodegenerativa ca frecventa in populatia generala; 16 forme cunoscute in prezent ca avand determinism genetic de tip mendelian, marea majoritate avand un caracter sporadic (b. Parkinson idiopatica). Se manifesta clinic prin semne si simptome motorii care in timp pot deveni foarte invalidante, producand handicap major, si semne si simptome nonmotorii: tulburari de somn, neurocognitive - cu forma extrema dementa din boala Parkinson, vegetative, psihiatric (afective, psihotice), senzitive, hiposmie, fatigabilitate s.a. Simptomatologia nonmotorie poate contribui la accentuarea sau determinarea invaliditatii produse de boala, mai ales in stadiile avansate ale boala. Tratamentul actual este simptomatic (medical si/sau chirurgical) - bazat pe stimularea dopaminergica in SNC, dar care produce o serie de efecte secundare uneori invalidante ele insle.

c)Boala Huntington - boala genetica ereditara cu transmisie mendeliana de tip autozomal dominant cu penetranta mare, cu debut clinic de regula in decadele a 3-a - a 4-a, ceea ce nu exclude posibilitatea debutului si la varste mai tinere (b. Huntington - forma juvenila) sau mai inaintate.

Tulburari clinice progresive cu debut insidios si agravare cronic progresiva si ireversibila, manifestate in plan motor, neurocognitiv si comportamental; manifestările motorii se caracterizeaza prin miscari coreo-atetozice, distonice si tulburari de tonus muscular (cel mai caracteristic de tip hipotonie, dar in formele juvenile, precum si in stadiile avansate ale bolii sunt de tip rigiditate) care invalideaza progresiv pana la imobilizare definitiva la pat; tulburarile neurocognitive se insotesc de regula de tulburari depresive (uneori cu risc de suicid ) si tulburari comportamentale, au o evolutie progresiva pana la stadiul de dementa severa.

d)Boala Wilson - degenerescenta hepato-lenticulara (sindromul de panstriat cu ataxie, coreeo-atetoză cu afectarea posturii si gestualitatii).

Afectiune metabolica cu determinare genetica cu transmitere mendeliana de tip autozomal-recesiv, caracterizata prin acumularea de cupru in SNC, ficat, cornee, rinichi, cord, pancreas si alte tesuturi. Leziunile neurologice determina tulburari severe si invalidante de control al comportamentului motor cu rigiditate, tremor important accentuat la miscarile voluntare (tremor de actiune), distonii severe care in cazuri grave determina posturi distonice grave, distorsionante extrem de dureroase.

e)Sindromul Prader-Willi (SPW) - disfunctie neuro-comportamentală care rezulta din anomalia cromozomului 15.SPW determina in mod caracteristic tonus muscular scasut, statura mica, daca nu este tratata cu hormoni de crestere, deficiente cognitive, dezvoltare sexuala incompleta, tulburari de comportament, sensatie cronica de foame, care, cuplata cu un metabolism cu consum mai putin de calorii decat cel normal, poate duce la alimentatie excesiva si obezitate.

La nastere copilul prezinta greutate mica fata de durata gestatiei, hipotonie, dificultate la supt din cauza musculaturii slabe („esec in dezvoltare corespunzatoare“). In al doilea stadiu („dezvoltare exagerata“) cu inceput intre varsta de 2-3 ani apare apetit crescut, tulburari in controlul greutatii, intarzierea dezvoltarii motorii si tulburari de comportament.

Pentru diagnosticarea Sindromului Prader Willi exista criterii minore si majore, iar diagnosticul clinic se stabileste pentru copiii sub 3 ani, cand scorul clinic este de 5 puncte, dintre care 4 trebuie sa fie aduse de criteriile majore.

Pentru indivizii mai mari de 3 ani sunt necesare 8 puncte pentru diagnostic, dintre care cel putin 5 trebuie sa fie contributia criteriilor majore.

a) Diagnosticul clinic

Criteriile de diagnostic clinic ale sindromului Prader-Willi au fost stabilite in 1993 (Holm si colab., 1993) si s-au dovedit a fi corecte (Gunay-Aygun si colab. 2001).

**Tabelul 3. Criteriile de diagnostic ale lui Holm (1993)**

Criterii majore 1c = 1p	1. Hipotonie in perioada de nou-nascut si sugar cu supt deficitar, care scade in intensitate cu varsta; 2. Dificultati de alimentare si crestere in greutate deficitara in perioada de sugar, necesitand alimentare asistata. 3. Debutul cresterii bruste in greutate intre varsta de 12 luni si 6 ani, determinand in general obezitate centrala. 4. Hiperfagie. 5. Trasaturi faciale caracteristice: dolicocefalie in perioada de sugar, diametrul bifrontal ingust, fante palpebrale migdalate, gura mica cu buza superioara subire, comisuri bucale coborate (mai mult de 3). 6. Hipogonadism, dependent de varsta si sex, manifestat astfel (oricare din elemente): - hipoplazie genitala: labii mici si clitoris de dimensiuni reduse la fetite, scrot hipoplazic, micropenis si criptorhidie la baieti; - pubertate intarziata (dupa 16 ani) si incomplet instalata, infertilitate. 7. Dezvoltare intarziata/retard mintal usor sau moderat/dificultati de invatare
Criterii minore 1c = 1/2 p	1. Miscari fetale reduse si letargie infantila care se imbunatatesc cu varsta. 2. Comportament specific, inclusiv crize isticale, reactii violente, incapatanare, atitudine manipulatoare si tendinte obsesiv-compulsive, opozitie, rigiditate, posesivitate, furt, minciuna (cel putin 5). 3. Perturbari ale somnului/apnee de somn. 4. Statura mai scunda decat membrii familiei pana la varsta de 15 ani. 5. Hipopigmentarea pielii. 6. Maini si picioare mici in comparatie cu inaltimea varstei. 7. Maini inguste, lipsind incizura ulnara. 8. Strabism convergent si miopia. 9. Saliva vascoasa. 10. Dificultati in articularea cuvintelor. 11. Ciupire compulsiva a pielii.
Semne aditionale	a) Prag crescut la durere; b) Reflex de voma diminuat; c) Scolioza sau cifoza; d) Adrenarha precoce; e) Osteoporoză; f) Abilitati excesive de a rezolva puzzle; g) Evaluari neuromusculare normale (biopsie musculara, EMG)

Criteriile majore sunt notate cu un punct, iar cele minore cu jumata de punct.

b) Diagnosticul genetic in sindromul Prader-Willi este facut de anii de zile in Timisoara, la Disciplina de genetica, Universitatea de Medicina si Farmacie Victor Babes.

Evaluarea in vederea incadrarii in grad si tip de handicap pentru persoanele adulte, cu Sindromul Prader-Willi se realizeaza in baza principiilor CIF, in functie de intensitatea deficiențelor functionale pe aparate si sisteme si a restantului functional, dupa criteriile prezentate pentru afectarea functiilor respective, reversibilitatea si rezistenta la tratamentul medicamentos specific.

Referitor la ocupatiile sau activitatatile de munca/profesionale pe care persoana cu handicap le poate desfasura, acest lucru este stabilit in urma unei evaluari a abilitatilor, intereselor, nevoilor persoanei raportate la cerintele specifice ale unui loc de munca, realizate de catre consilierul de orientare vocationala specializat in evaluarea persoanelor cu dizabilitati.

f) Distonii muskulare (primare si secundare) - boli neurologice manifestate prin contractii tonice involuntare sustinute, repetitive sau permanente, avand un caracter directional definit si care imprima posturi distonice anormale (tranzitorii sau definitive, adesea foarte dureroase si invalidante, in functie de severitatea bolii). Distonile primare au o etiologie genetica (20 forme familiale cu transmitere mendeliană cunoscute pana in prezent) si sunt considerate boli neurochimice (care produc disfunctii sinaptice in circuitele ganglionilor bazali). Distonile secundare apar in leziuni identificabile ale circuitelor ganglionilor bazali de orice etiologie. In functie de gradul de extensie topografica la grupele muskulare, se pot grupa in: distonii generalizate si distonii focale si segmentare.

PARAMETRI FUNCTIONALI*	<b>Examen neurologic:</b> 1. tremor (ritm lent, apare in repaus, se accentueaza in timpul miscarii determinand un aspect de „miscare de recul“ si uneori in mentionarea unei atitudini - tremur postural). Aspect caracteristic la membrele superioare - „numararea banilor“, „rasucirea tigarilor“, iar la membrele inferioare - „pedalare“, „batut tactul“ si moment de aparitie (repaus, de actiune, postural etc.) diferite in functie de tipul de boala; 2. coree, atetoza, balism, distonie, diskinezie - mare variabilitate clinica in functie de tipul de afectiune;
------------------------	---

		<p>3. rigiditate - varianta particulară de hipertonię -, interesuje wszystkie grupy mięśni, głównie w strefie bioder - zauważalna przy zjawisku koła zębów;</p> <p>4. postury dystoniczne, często bolałe i niepełnosprawne;</p> <p>5. hipotonie (w regularnych, w różnych formach skurczów);</p> <p>6. bradikinezja - wolność ruchów (znak charakterystyczny choroby Parkinsona; obecna i w innych schorzeniach);</p> <p>7. hipo-/akinezja (niepotrzebność inicjowania woliowej ruchu i przejście z jednego typu aktywności fizycznej na drugą: pacjent jest częściowo niezdolny do poruszania się, zatrudniający gesty, takie jak gryzienie palców, drapanie się po łóżku);</p> <p>8. zaburzenia chodu i równowagi, często powodujące niepełnosprawność i ryzyko upadków i urazów;</p> <p>9. zaburzenia nonmotorowe obecne, w stopniach i stopniu poważności różniących się w zależności od typu choroby: zaburzenia snu (w szczególności zaburzenie REM: RBD); zaburzenia neurokogityczne (z powiększeniem demencji, czasem z szybką i poważną ewolucją); zaburzenia emocjonalne (zwykle depresja), zaburzenia witalne (z powiększeniem hipotensji tętniczej ortostatycznej), zaburzenia czuciowe, hiposmia, zmęczość, zmiany masy ciała;</p> <p>10. u pacjentów z chorobą Parkinsona: zaburzenia ruchowe i nonmotorowe wywołane terapeutycznie.</p> <p>Badania kliniczne:</p> <p>CT = atrofia kortikalna niespecyficzna z lokalizacją w generalnej strefie przedniej i, czasem, hydrocefalią; MRI mózgu: zmiany niespecyficzne w niektórych schorzeniach; zmiany sugerujące w innych schorzeniach (choroba Huntingtona, atrofia multisystemowa, paraliza supranuklearna postępująca); rozpoznanie etiologii objawów neurologicznych, kiedy są sekundarnymi innymi zmianami: krewetkową, nowotworową, metabolyczną, zapalną, demielinizującą itp.).</p> <p>Wykrywanie biochemiczne: dla schorzeń metabolicznych charakterystycznych (np. choroba Wilsona, nadprodukcja tirozynu, cukrzyca dziedziczna).</p> <p>Opcjonalnie: SPECT lub PET z liganidami specyficznymi dla dróg dopaminergicznych</p> <p>Skale kliniczne oceny niezależności i funkcjonalności: ADL, IADL, a u pacjentów z chorobą Parkinsona UPDRS, Hoehn i Yahr * itp.</p>
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>Symptomatologie subiectiva și modificari obiective caracteristice. Sunt de intensitate medie și tind să devină permanente, influențată parțial de tratament.</p> <p>Distonii musculare focale/segmentare de severitate medie, care raspund total sau parțial la tratament cronic corect (toxina botulinica sau stimulare cerebrală profundă, plus terapie medicamentoasa specifică și neurorecuperare funcțională); permit desfasurarea unor profesii care nu implica activitate fizică ce presupun menținerea prelungită a unor posturi fixe și relații publice prelungite sau funcții oficiale de reprezentare publică sau instituitională.</p>
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Formele care predomina tremorul sau cele akineto-hipertonice sau care se insotesc de miscări involuntare severe, de tulburari de mers și echilibru, caderi frecvente, cu tulburari vegetative severe (mai ales cardio-vasculară și respiratorie) la care simptomatologia este permanentă, influențată parțial de terapie, insotite de tulburari de locomotie, statică și mers, de tulburari de manipulatie, deglutitie, fonatie și vorbire.</p> <p>Distonii musculare focale/segmentare sau generalizate de severitate medie/mare, cu apariția unor posturi distonice temporare invalidante și dureroase, care raspund parțial la tratament cronic corect (toxina botulinica sau stimulare cerebrală profundă, plus terapie medicamentoasa specifică și neurorecuperare funcțională); nu permit desfasurarea unor profesii care implica activitate fizică ce presupun menținerea unor posturi fixe și relații publice prelungite sau funcții oficiale de reprezentare publică sau instituitională.</p>
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	<p>Formele clinice cu evoluție indelungată care pot duce la imobilizare. Pot fi insotite de tulburari psihične și de vorbire (afazie expresivă).</p> <p>Deficiente de deglutiție și respirație permanente, rezistente la diverse variante terapeutice.</p> <p>Distonii musculare cu orice grad de extensie topografică de severitate mare, cu apariția unor posturi distonice permanente invalidante și dureroase, care raspund cel mult parțial/sau sunt neresponsive la tratament cronic corect (toxina botulinica sau stimulare cerebrală profundă, plus terapie medicamentoasa specifică și neurorecuperare funcțională); nu permit desfasurarea unor profesii care implica activitate fizică.</p>

\* Nu sunt excluse din acest capitol afectiunile neurologice mai rare care corespund descrierii de mai sus, dar care produc tulburari clinice semnificative invalidante.

Scara lui Hoehn și Yahr examinează parametrii expresiei faciale, tulburările de vorbire, tremurul, rigiditatea postură, tulburările de mers, bradikinezia.

- o Stadiul I: trasaturi de boala Parkinson unilaterală, inclusiv manifestările majore: tremor, rigiditate sau bradikinezie
- o Stadiul II: trasaturile menționate anterior, prezente bilateral în asociere cu posibile probleme de fonatie, capacitate scăzuta de menținere a pozitiei și mers anormal
- o Stadiul III: trasaturi de boala Parkinson prezente bilaterale, aggrave, în asociere cu dificultati de echilibru. Funcționalitatea independentă a pacientilor este menținută.
- o Stadiul IV: Pacienții nu pot locui singuri și independenți.

o Stadiul V: Pacienții au nevoie de scaun pe rotile sau nu pot să se coboare din pat.

Boala corespunzătoare stadiilor IV și V a fost observată la 37% și 42% din pacienții cu o durată a bolii de 10 și, respectiv, 15 ani. Totuși, Hoehn și Yahr au gasit o variabilitate semnificativă; 34% din pacienții cu o durată a bolii de 10 ani sau mai mult erau încă în stadiile I sau II, reflectând heterogenitatea bolii.

Scala de Webster examineaza limitele de miscare si de autonomie cu un scor impartit in 3 grupe de gravitate: 1-10 Parkinson usor; 11-20 Parkinson moderat, 21-30 Parkinson sever. Indicele Barthel analizeaza activitatea cotidiana: baia, utilizarea toaletei, continenta, deplasarea prin casa, nutritia.

Scala UPDRS (Unified Parkinson Disease Rating Scale) are 3 arii de evaluare in domeniul dizabilitatii induse de boala Parkinson impreuna cu o a patra evaluare a complicatiilor si tratamentului. Scorul final cumulativ este intre 0 (no disability) si 199 (total disability).

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activitati profesionale care nu impun deplasari prelungite, ortostatism indelungat, miscari (gesturi) de viteza si precizie</li> <li>- Sunt indicate activitatatile statice, cu solicitari fizice reduse, in conditiile de confort microambiental.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Este necesar sa li se asigure un sistem de fixare si ghidaj care sa le permita executarea sarcinilor de munca.</li> <li>- Evitarea activitatilor de finete, cu repere mici - Asigurarea unui climat relaxant, neconflictual, in cadrul colectivului de munca si in familie</li> </ul>
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sunt incapabili de prestarea unor activitatii profesionale solicitante.</li> <li>- Autoservirea este parcial afectata.</li> <li>- Se pot deplasa cu mare dificultate prin forte proprii, nesprujinit sau cu sprijin unilateral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necresa sprijin pentru obtinerea de mijloace de deplasare (baston, carje, scaun rulant).</li> <li>- Monitorizarea evolutiei tulburarilor functionale in conditiile de tratament corect administrat si sustinut</li> </ul>
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pierderea totala sau parciala a capacitatii de autoservire si autoingrijire</li> <li>- Nedeplasabili prin forte proprii - este mobilizat numai cu ajutorul altei persoane</li> <li>- Tulburarile de limbaj fac imposibila stabilirea relatiilor cu mediul inconjurator.</li> <li>- Tulburarile de deglutitie si respiratie permanente, cu risc vital, impun asistarea din partea altei persoane.</li> </ul>	<p>In functie de rezultatul evaluarii complexe, persoana poate fi incastrata in grad de handicap grav cu asistent personal, in situatia in care are pierduta total capacitatea de autoservire, autoingrijire si autogospodarie si necesita sprijin permanent sau grav fara asistent personal, atunci cand necesita sprijin partial pentru unele activitatii cotidiene.</p>

## VI. EVALUAREA PERSOANELOR CU EPILEPSIE IN VEDEREA INCADRARII IN GRAD DE HANDICAP\*

PARAMETRI FUNCTIONALI		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamneza</li> <li>- EEG**</li> <li>- CT cerebral (IRM cerebrală)</li> <li>- Angiografie de vase cervico-cerebrale</li> </ul>	<b>Evidențiază:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- disfuncția activitatii corticale;</li> <li>- procese expansive cerebrale;</li> <li>- malformatii vasculare cerebrale.</li> </ul>
		<p>** Uneori EEG cu activare si/sau video-EEG (numai in centre specializate). In 10-20% din cazuri aspect EEG normal, in special in faza intercritica. <b>NOTA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numai prin corelarea datelor anamnestice, clinice si paraclinice se poate confirma sau infirma diagnosticul de epilepsie.</li> <li>2. Documentele medicale trebuie sa obiectiveze: existenta crizelor, aspectul lor, frecventa lor, confirmarea clinica sau/si EEG, evolutia bolii in sensul numarului de crize intr-un interval de timp dat (sub tratament), existenta tulburarilor psihice asociate (tulburare organica de personalitate, personalitate epileptoidea, psihoză epileptica, se evaluateaza prin aplicarea scalei GAFS).</li> </ol>	
DEFICIENTA USOARA	HANDICAP USOR	Persoane cu crize partiale mai rar de una pe saptamana sau o criza generalizata mai rar de o data pe luna.	
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	Crize generalizate, convulsive sau nu, sub tratament adevarat, 1-2/luna generalizate, sau 1-2 crize partiale/saptamana sau/si prezenta unor tulburari psihice.	
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	Crize generalizate cel putin 2-3/luna sau Crize partiale 2-3/saptamana cu stare postcritica prelungita, cu tratament anticonvulsivant sau/si prezenta de tulburari psihice specifice.	
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	Tine mai putin de frecventa crizelor, aspectul lor, starea postcritica si mai mult de frecventa episoadelor subintrante, dar in special de prezenta unor tulburari psihice grave: psihoză epileptica, care pune in pericol viata persoanei in cauza sau a anturajului sau.	

\* Se refera la epilepsie (malconvulsivant) cu debut precoce (copilarie-adolescenta, pana la 26 de ani), indiferent de etiologie si la epilepsie indiferent de data debutului, la persoane fara venituri.

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP USOR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orice activitate profesionala cu limitarea celor care se executa la inaltime, langa apa, foc, mecanisme in miscare, curenti de inalta tensiune - Contraindicatie pentru meserile de conducator auto sau care tin de siguranta circulatiei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In cazul activitatilor contraindicate se recomanda schimbarea locului de munca si reconversia profesionala.</li> <li>- Respectarea stricta a recomandarilor medicale si tratamentului medicamentos</li> <li>- Monitorizare la serviciul de specialitate care il are in evidenta</li> </ul>
HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitarea activitatilor cu esfert fizic mare, munca in ture, de noapte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asigurarea unui loc de munca corespunzator/schimbarea locului de munca sau orientarea tinerilor spre profesii accesibile</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Este interzis sa lucreze:</li> <li>- la inaltime</li> <li>- conducator auto</li> <li>- in siguranta circulatiei</li> <li>- in contact cu surse de foc</li> <li>- in preajma utilajelor in miscare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizare pentru respectarea tratamentului medicamentos, a regimului de viata, evitarea starilor conflictuale, munca in ture, munca de noapte, consumul de cafea, alcool, alti excitanti</li> </ul>
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pot presta munci statice cu solicitare fizica si psihica limitata in conditii de confort organic.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizare medicala si socioprofesionala prin grija familiei si a colectivului de munca</li> </ul>
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitarea majora a capacitatii de autoingrijire si autogospodarire datorita crizelor subintrante sau tulburarilor psihice grave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In functie de rezultatul evaluarii complexe, persoana poate fi incadrata in grad de handicap grav cu asistent personal, in situatia in care are pierduta total capacitatea de autoservire, autoingrijire si autogospodarire si necesita sprijin permanent sau grav fara asistent personal, atunci cand necesita sprijin parcial pentru unele activitati cotidiene</li> </ul>

#### NOTA:

Parametrii functionali enumerati in cadrul afectiunilor medicale cuprinse in capitolul 7 - Functiile neuro-musculo-scheletice si ale miscarilor aferente - au caracter informal.

Pentru incadrarea in grad de handicap, capacitatea de decizie apartine medicilor implicați in procesul de evaluare.

#### VII. Evaluarea gradului de handicap in narcolepsie

Narcolepsia (sindromul Gelineau) este o tulburare cronica de somn, rara, cu prevalenta de 1/1.000 de locuitori, caracterizata prin imposibilitatea creierului de a mentine cicluri normale de somn-veghe. Astfel, pacientii cu narcolepsie pot asocia:

- somnolenta excesiva pe perioada zilei, episoade de somn cu durata variabila cu debut spontan; la trezirea din episodul de somn pacientul este odihniti;
- cataplexie - episoade caracterizate prin imposibilitatea pacientului de a-si controla si misca muschii in stare de veghe, episoade cu debut brusc, ce dureaza de la cateva secunde pana la cateva minute;
- tulburari ale perceptiei (halucinatii hipnagogice si hipnapompice);
- paralizie de somn - episoade tranzitorii aparute la trezirea din somn, in care pacientul nu isi poate controla musculatura, nu se poate misca;
- tulburari de vedere (vedere in ceata, vedere dubla etc.);
- tulburari de atentie, memorare, coordonare.

Din punct de vedere etiologic se intalnesc narcolepsii primare si narcolepsii secundare (tumori SNC, scleroza multipla, traumatisme crano-cerebrale, boli neurodegenerative - boala Niemann-Pick, boli genetice - distrofia miotonica, sindrom Prader-Willi).

Debutul narcolepsiei are loc desorci in adolescenta si afecteaza in mod egal ambele sexe.

Riscuri specifice ale afectiunii:

- atac de cataplexie in timpul zilei (caderea cu imposibilitatea miscarii, traumatisme severe);
- cataplexie-narcolepsie la volan cu accidente rutiere severe;
- cataplexie-narcolepsie in timpul manevrarii unor utilaje (accidente de munca).

Complicatii ale narcolepsiei: status cataplecticus:

- complicatie extrem de rara a narcolepsiei, caracterizata prin episoade de cataplexie numeroase/de durata lunga intr-un interval de timp;
- legat etiologic cel mai adesea de sevrajul brusc al medicatiei la un pacient cunoscut cu narcolepsie, dar poate fi precipitat de travaliu sau actul sexual, emotii de intensitate mare. Este descris si in narcolepsile secundare date de tumori ale sistemului nervos central sau din boli neurodegenerative.

Diagnosticul narcolepsiei:

- in clinica de neurologie/neurologie pediatrica/clinica de tulburari de somn;
- continuarea investigatiilor functionale: EEG veghe si somn, EEG in timpul episoadelor de cataplexie, polisomnografie;
- continuarea investigatiilor etiopatogenetice:
  - tipizarea HLA (HLA DQB1\*0602 - marker asociat cu susceptibilitatea la narcolepsie, ceea ce conduce la ipoteza ca narcolepsia ar fi o boala autoimuna. O anumita gena mutant a aparut cu o frecventa ridicata in analizele celor cu narcolepsie, localizata in genele CPT1B si CHKB);
  - determinarea nivelului hypocretinei in LCR (ultimele cercetari au evideniat ca potentiala cauza a narcolepsiei modificariile asa-numitilor „neuroni hypocretini”. Acestia sunt localizati in hipotalamus si secreta neurotransmitatori numiti hypocretine. In narcolepsie se pare ca exista un numar scuzat al unor astfel de neuronii);
- continuarea investigatiilor imagistice: RMN cerebral poate evidenta cauze secundare de narcolepsie-cataplexie;

PARAMETRI FUNCTIONALI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- anamneza;</li> <li>- investigatii specificice (efectuate intr-un centru de studiu al somnului):</li> <li>- polisomnografia;</li> <li>- testul de latenta a somnului (MSLT - Multiple Sleep Latency Testing);</li> <li>- teste genetice;</li> <li>- testul neurotransmitatorilor hypocretini;</li> <li>- antigene HLA;</li> <li>- RMN cerebral;</li> <li>- EEG**</li> <li>- evaluare neurologica;</li> <li>- evaluare psihiatrica;</li> <li>- evaluare psihologica;</li> <li>- scale de evaluare a autonomiei</li> </ul>	<p>Evidențiază:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tulburari ale somnului nocturn;</li> <li>- somnolenta diurna exagerata;</li> <li>- episoade de somn diurne frecvente;</li> <li>- cataplexie;</li> <li>- automatism comportamental;</li> <li>- halucinatii;</li> <li>- tulburari mnezice, prosexice, anxietate;</li> <li>- depresie;</li> <li>- teste genetice</li> <li>- reducerea numarului de neurotransmitatori hypocretini.</li> </ul>
** Uneori EEG cu activare si/sau video-EEG (numai in centre specializate).		

		<b>In 10-20% din cazuri aspect EEG normal in special in faza intercritica.</b> <b>NB. 1. Numai prin corelarea datelor anamnestice, clinice si paraclinice se poate confirma sau infirma diagnosticul de narcolepsie.</b> <b>2. Documentele medicale trebuie sa obiectiveze: existenta episoadeelor de somn diurne care pot afecta activitatea scolara si profesionala, existenta cataplexiei - frecventa episoadeelor de cataplexie, durata lor, confirmarea clinica sau/si prin investigatiile specifice, evolutia bolii in sensul numarului de crize intr-un interval de timp dat (sub tratament), existenta tulburarilor psihice asociate (se evaluateaza prin aplicarea scalei GAFS).</b>
DEFICIENTA USOARA	HANDICAP USOR	Persoane cu somnolenta diurna cu episoade scurte de somn pe parcursul zilei (episoade de cateva minute), asociate cu tulburari usoare ale functiilor mnezice si prosexice.
DEFICIENTA MEDIE	HANDICAP MEDIU	Somnolenta diurna excesiva si episoade de somn pe parcursul zilei Episoade de cataplexie cu frecventa de 1-2/an asociate cu prezenta unor tulburari psihice (anxietate, depresie usoara)
DEFICIENTA ACCENTUATA	HANDICAP ACCENTUAT	Somnolenta diurna excesiva si episoade de somn pe parcursul zilei Tulburari de somn nocturn Episoade de cataplexie cu frecventa de cel putin 1-2/luna asociate cu prezenta unor tulburari psihice (anxietate, depresie moderata)
DEFICIENTA GRAVA	HANDICAP GRAV	Episoade de somn pe parcursul zilei frecvente si care sub terapie medicamentoasa nu se reduc ca frecventa si durata Episoade de cataplexie cu frecventa de cel putin 5/luna (status cataplecticus), asociate cu prezenta unor tulburari psihice severe (anxietate, depresie severa) Prezenta paraliziei de somn Prezenta automatismului ambulator nocturn Halucinatii hipnagogice si hipnapompice Prezenta unor tulburari psihice severe: depresie severa

	ACTIVITATI - LIMITARI	PARTICIPARE - NECESITATI
HANDICAP USOR	- Orice activitate profesionala cu limitarea celor care se executa la inaltime, langa apa, foc, mecanisme in miscare, curenti de inalta tensiune - Contraindicatie pentru meseriile de conducator auto sau care tin de siguranta circulatiei.	- In cazul activitatilor contraindicate se recomanda schimbarea locului de munca si reconvertire profesionala - Respectarea stricta a recomandarilor medicale si tratamentului medicamentos - Monitorizare la serviciul de specialitate care il are in evidenta Informarea anturajului (scoala/serviciu) despre afectiune
HANDICAP MEDIU	- Evitarea practicarii sporturilor acvatice fara companie si fara echipament de salvare - Evitarea condusului si a manipularii de utilaje la pacientii cu cataplexie - Este interzis sa lucreze: - la inaltime; - conducator auto; - in siguranta circulatiei; - in contact cu surse de foc; - in preajma utilajelor in miscare.	- Asigurarea unui loc de munca corespunzator/ Schimbarea locului de munca sau orientarea tinerilor spre profesii accesibile - Monitorizare pentru respectarea tratamentului medicamentos, a regimului de viata, evitarea starilor conflictuale, muncii in ture, muncii de noapte, consumului de cafea, alcool, alti excitanti.
HANDICAP ACCENTUAT	- Pot presta munci statice cu solicitare fizica si psihica limitata in conditiile de confort organic - Contraindicatie pentru meseriile de conducator auto sau care tin de siguranta circulatiei	- Monitorizare medicala si socioprofesionala prin grija familiei si a colectivului de munca
HANDICAP GRAV	- Limitarea majora a capacitatii de autoingrijire si autogospodarie datorita crizelor sau tulburarilor psihice asociate	- In functie de rezultatul evaluarii complexe, in situatia in care este afectata sever capacitatea de autoingrijire, poate beneficia de asistent personal.

La capitolul 7 punctul VII completat de art.I pct.3 din [OAP 1070/2018](#)

"VIII. Evaluarea persoanelor cu tumori cerebrale maligne în vederea încadrării în grad de handicap.

Glioblastom: în primii doi ani de la initierea terapiei specifice - deficienta functionala grava; ulterior, evaluarea se realizeaza luând în considerare afectarea neurologica sechelara, prezenta recidivelor sau a determinarilor la distanta."

La capitolul 7 punctul VIII completat de art.I pct.6 din [OAP 741/2019](#)

Capitolul 7 modificat si inlocuit de art.I din [OAP 707/2014](#)

## CAPITOLUL 8 FUNCTIILE PIELII

## EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP IN AFECTAREA FUNCTIILOR PIELE

Afectarea functiei de protectie si reparatoare a pielii\*)

AFECTIUNE	DEFICIENTA PARAMETRI FUNCTIONALI	DEFICIENTA USOARA	MEDIE	DEFICIENTA ACCENTUATA	DEFICIENTA GRAVA	
	HANDICAP USOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GARV		
Psoriazis	Se vor selecta in functie de manifestarile structurale: - Examen fizic amanuntit; - Examen dermatologic;	Psoriazis localizat, cu acutizari frecvente. - sensibil la psoriazis pustulos cu pusee subintrante, ca si in cel artropatic, cu tulburari grave de gestualitate, locomotie.	Psoriazis cronic generalizat sau artropatic neinfluentat de tratament	Formele maligne de tulburari grave de gestualitate, locomotie.		
Pemfigus	- Examen bioptic (in cazul in care sugereaza malignitate); - Punctie-biopsie; - Examen microscopic asupra produselor	In formele cronice cu evolutie prelungita.	In formele cronice generalizate cu raspuns inconstant si invizibil la tratament, cu reactii adverse si complicatii			
Ihtioza ereditara	obtinute dupa razuire; - Culturi-antibiograma; - Vizualizarea pielii in camera intunecata cu lampa Wood; - Teste de imunofluorescenta (imunelectroforeza);	In formele cu hiperkeratoza la plante sau/si palme (eritrodermia ihtioziforma) care limiteaza ortostatismul sau/si necesitas tratament gestualitatea	In formele cu hiperkeratoza generalizata epidermolitice (eritrodermia ihtioziforma congenitala buloasa) cu evolutie indelungata, care indelungat >= 1 an.			
Epidermoliza buloasa	- Glicemie; - Examen radiologie (in cazul complicatiilor buloase)	- In formele esofagiene cu stricturi esofagiene; - In formele retiniene cu dezlipire de retina;	Evaluare grad de handicap in functie de intensitatea tulburarilor de nutritie (deficit articulare secundare).   ponderal) si de afectarea functiilor acuitatii vizuale vezi criterii de evaluare grad de handicap in afectarea functiei vizuale.			
Dermatomiozita	In formele incipiente cu alterari functionale medii	In formele cu modificari cutanate cu alterari sistemica	In formele cu alterari avansate ale functiei motorii cu sclerodermie	In formele cu tulburari mari de gestualitate, tulburari ventilatorii restrictive severe, tulburari digestive, de deglutitie		
Neurofibromatoza Recklinghausen	In formele cu - de nervi periferici, - afectare: - cerebrală - viscerală	Evaluare grad de handicap in rapport de intensitatea tulburarilor functionale neurologice, psihice, locomotorii, digestive si generate de afectarea functiei respective				
Tumori maligne ale pielii		- In formele cu metastazare directa la piele	In formele cu metastazare la organe interne, inoperabile, cu pierderea capacitatii de autoservire si cu necesitatea de ingrijire permanenta			

\*) Se refera la:

### 1. Dermatoze:

- a. In psoriazis (dermatoza cu evolutie cronica si tendinta la recidive):

- psoriazis pustulos
  - generalizat
  - palmo - plantar
  - psoriazis eritrodermic
  - psorizis artropatic

b. Pemfigus - afectiune cutanata autoimunda, caracterizata prin bule intradermice si erozii extinse;

c. Ihtioza ereditara caracterizata prin acumularea excesiva de scuame pe suprafata pielii. Poate fi asociata cu manifestari de tip polinevritic, tulburari mentale. Poate fi intalnita si in unele boli sistemice.

d. Epidermoliza buloasa (simpla sau distrofica):

- in formele esofagiene cu stenoze cicatriceale
  - in formele retiniene cu dezlipire de retina

## 2. Dermatomiozite:

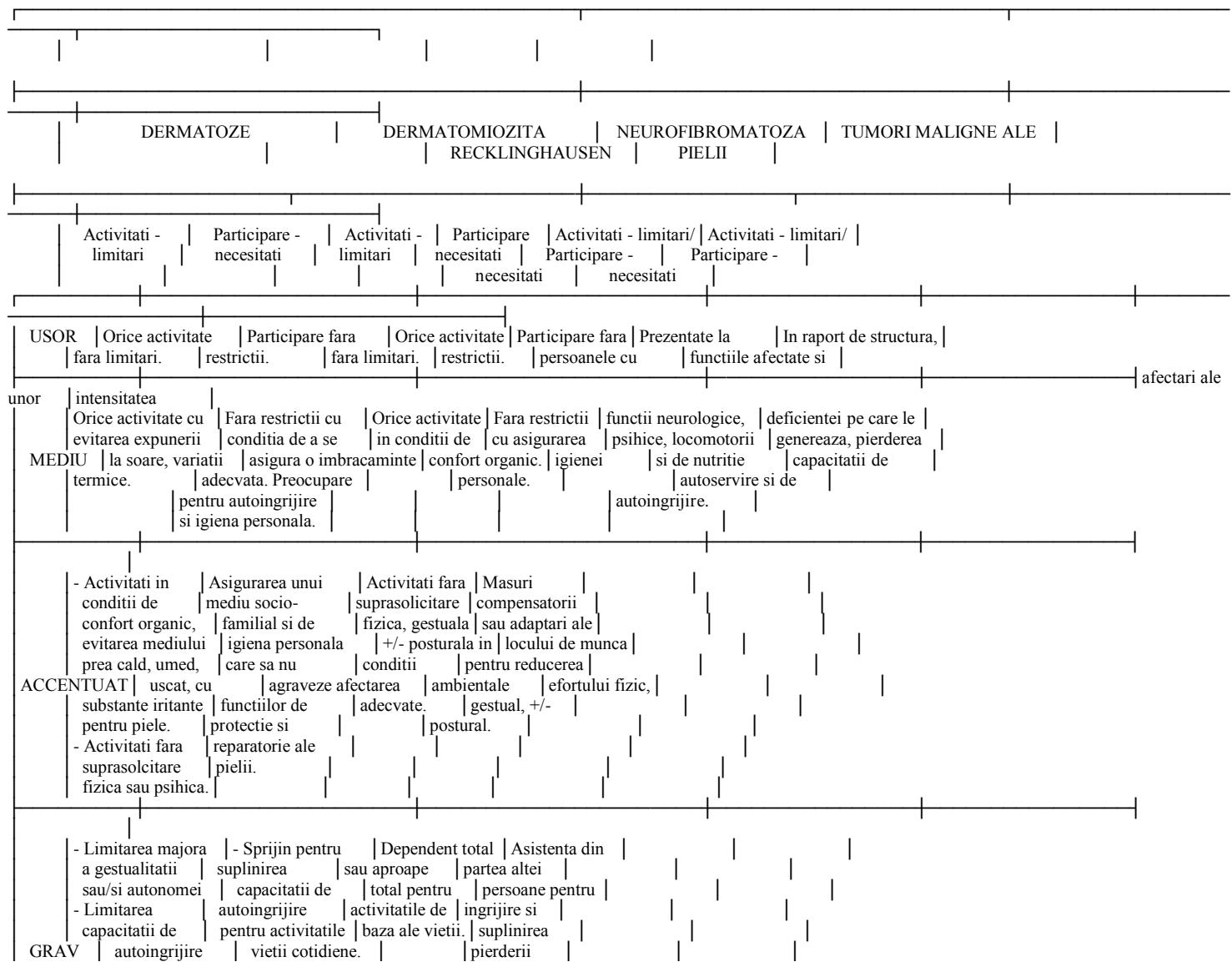
- in formele cu scleroza musculara cronică și difuză,
  - în formele care determină deformări irreducibile ale membrelor.

### 3. Neurofibromatoza Recklinghausen:

- Afecțiune congenitală caracterizată prin tumorete cutanate și noduli subcutanati localizați pe traiectul nervilor periferici;

- Se pot asocia cu afectari cerebrale si viscerale.

#### 4. Tumori maligne ale pielii, de ex. melanomul



pentru majoritatea activitatilor curente in functie de forma clinica, tulburari functionale predominante.	- Sprijin pentru limitarea autonomiei locomotorii prin dispozitive de mers, cadru, carje	capacitati de autoservire.
---	--	----------------------------

La capitolul 8, paragrafele „Evaluarea gradului de handicap in mastocitoza“ si „Evaluarea gradului de handicap in angioedem ereditar“ completeaza art.I pct.4 din [OAP 1070/2018](#)

#### Evaluarea gradului de handicap in mastocitoza

Mastocitoza reprezinta un grup heterogen de boli. Este considerata o boala rara, hematooncologica, cronica, iar prevalenta bolii este de 0,3 cazuri la 100.000 de locuitori.

Mastocitele sunt celule din sistemul nostru imunitar. Ele sunt produse in maduva osoasa si de acolo trec in tesuturi unde se localizeaza in proximitatea vaselor capilare sau a terminatiilor nervoase.

In cazul pacientilor cu mastocitoza are loc o crestere abnormala si o acumulare de mastocite in unul sau mai multe organe (de exemplu piele, maduva, ficat, splina), iar prin reactii de degranulare se elibereaza histamina. Mastocitozele sunt boli care se pot prezenta in forme foarte diverse.

##### Sимптомы

Sимптомите са причинени от дегранулацията на мастоцитите в резултат на извадка на хистамин. Тази елиминация на хистамин предизвиква симптоми като flushing, prurit, diaree, indigestie, greata, durere abdominala, durere musculara/osoasa, osteoporoza, hipo/hiper tensiune, tahicardie, тусе, bronхоспазъм, edem quincke, анафилактични мигрени, полиуре,dezorientare, проблеми с концентрация, обострение, аметели, раздражителност и депресия и тревога. Интензитета на симптомите може да варира от лека до сериозна, включително рискове за живота, в зависимост от мястото на поражение и фактори, които активират.

Avand in vedere faptul ca mastocitoza este un grup heterogen de boli, manifestarile sunt multiple si specifice fiecarei boli in parte. Astfel, peste 30% dintre adulti pot sa nu aiba manifestari cutanate, insa pot avea manifestari mult mai grave, cum ar fi cele osoase, digestive, hematologice, sistemicе de tip анафилактическое, де

#### Clasificarea mastocitozelor OMS (Organizatia Mondiala a Sanatatii)

##### Mastocitoze cutanate (MC)

Mastocitoza cutanata maculopapulara (MPCM) [anterior denumita urticaria pigmentosa (UP)]

Mastocitoza cutanata difusa (MCD)

Mastocitom

##### Mastocitoze sistemicе (MS)

Mastocitoza sistematica indolenta (MSI) (forma cea mai comună a mastocitozei sistemicе)

Mastocitoza medulara

Smouldering Systemic Mastocytosis (SSM)

Mastocitoza sistematica cu o boala hematologica clonală neasociată liniei celulare a mastocitelor (SM-AHNMD)

Mastocitoza sistematica agresiva (MSA)

Leucemia mastocitara (MCL)

Sarcomul mastocitar (MCS)

Mastocitoza extracutanata

Sindromul de activare mastocitara

Manifestari mastocitoza	
Sistem	Afectare
Cutanat	prurit, pete, vezicule, flushing, semnul lui Darier, reactii cutanate la caldura/frig, freare, masaj, stres
Gastrointestinal	diaree/constipatie, dureri in epigastru, balonari, iritabilitate a mucoasei/intestinului postprandial, flatulenta, voma
Cardiovascular	palpitatii, tahicardie, hipo/hipertensiune
Sistem muscular si osos	osteoporoza, fracturi, dureri articulare mari, crampuri muskulare, dureri muskulare, tendinita
Uro-genital	poliuri nocturne, sensatia de mictiune, tulburari de libidou
ORL-pulmonar	tuse, sensatia de constrictie toracica, dificultati la respiratie, bronhospasm, rinoree, ochii lacrimatori
Neurologic-psihic	dificultati de concentrare, insomnii, instabilitate emotionala, depresii, anxietate, vertjii, iritabilitate, migrene, dezorientare, rau de inaltime
Alergii	soc analafilactic, edem QUINCKE, pusee de urticarie

Organizatia Mondiala a Sanatatii a clasificat mastocitozele in doua clase diferite: mastocitoze cutanate si mastocitoze sistemice.

I. Mastocitoze cutanate (MC) sunt o boala exclusiv dermatologica, chiar daca simptomele mediatorilor pot fi sistemice.

In mastocitozele cutanate acumularea de mastocite se produce in piele in mod exclusiv. Este o boala benigna. Mastocitoza cutanata se produce in principal la copii si, in cazul multor copii, dispare in jurul perioadei de pubertate. In majoritatea cazurilor mastocitoza cutanata nu este ereditara.

a) Diferitele tipuri de mastocitoza cutanata Mastocitoza cutanata maculopapulara (MCMP) [anterior urticaria pigmentosa (UP)] este varianta cea mai comună. Se caracterizează prin prezenta de pete roz sau maro și/sau vezicule pe corp, în mod normal nu pe față. Pruritul cedează la administrarea de antihistaminice, crema pe baza de cromoglicat de sodiu.

Pacientul poate prezenta reacții alergice, unele de tip anafilactic, manifestări gastrointestinale, reacții cutanate: flushing la factorii de mediu, stres, traumatism. Mastocitoza cutanată difuză (MCD): forma foarte rara a bolii care apare la nastere și în care pielea este ingrosată și formează vezicule foarte usoare. Este o formă foarte rara, ce poate implica reacții grave, anafilactice, complicații.

Pacientul prezintă reacții cutanate spontane ce necesită tratament cu antihistamine, crema pe baza de cromoglicat de sodiu.

Mastocitom: putin frecvent, se observă în copilarie. Se poate prezenta ca un nodul izolat sau mai multi. Este tipul de mastocitoza cu sansele cele mai mari de vindecare.

b) Criterii de diagnosticare mastocitoza cutanata Diagnosticul mastocitozei cutanate se bazează pe partea clinică și histologia leziunilor cutanate și absența unui criteriu definitiv de implicare sistemică.

Biopsia de piele pozitiva:

- infiltrări de mastocite (> 15 mastocite) sau mastocite disparsate (> 20 mastocite); sau
- detectarea mutației C-KIT D816V.

II. Mastocitoza sistemică (MS) este o boala rara, hematologică, cronică.

Mastocitoza sistemică poate apărea și într-o boală mieloproliferativă. Proliferarea mastocitelor se localizează în cel puțin un organ, confirmată prin biopsie C-KIT D816V pozitivă. Mastocitoza sistemică apare în mod normal la adulți și nu este insotită întotdeauna de afectarea pielii. Este o boală cronică și în prezent nu există tratament curativ. Prognosticul mastocitozei sistemică este favorabil în condițiile administrării tratamentului, cu excepția formelor agresive. În majoritatea cazurilor MS nu sunt ereditare.

Diferitele tipuri de mastocitoza sistemică

Mastocitoza indolenta sistemică (MIS) este varianta cea mai comună. Poate ramane fără nicio schimbare pentru tota viață și rareori progresează către alt tip. Un subtip este mastocitoza medulară, care niciodată nu este insotită de afectare cutanată. Alt subgrup este mastocitoza sistemică latenta, care prezintă o mare incarcare mastocitară.

MS asociată cu modificări hematologice (MS-AHNMD): unii pacienți pot prezenta anemie sau modificări ale formulei leucocitare, eozinofilii etc.

Mastocitoza indolenta sistemică de formă bine diferențiată: este o formă de MIS caracterizată de anafilaxie recurrentă la stimuli mulți, ce limitează drastic regimul terapeutic medicamentos ori de investigație.

Mastocitoza sistemică agresivă (MSA): aceasta boala prezintă afectare a cel puțin unui organ. Implicarea pielii este rară. Clonurile mastocitare au invadat cel puțin un organ intern, pacientul necesitând tratament cu citostatică.

Leucemia mastocitului (MCL)/Sarcinul mastocitar (MCS): aceasta este o boală hematologică rară. Leziunile cutanate nu sunt niciodată prezente. Sunt afectate hematopoieza, organele interne. Pacientul urmează tratament cu citostatică, cu indicație de consolidare prin transplant medular.

Sindromul de activare mastocitară caracterizat prin reacții agresive, anafilactice, de degranulare mastocitară.

Telangiectasia macularis eruptiva perstans (TMEP) este o formă rară de MCMP.

Diagnosticul de mastocitoza sistemică se stabilește la pacientii a caror biopsie a unui organ intern (în general maduva osoasă) îndeplinește cel puțin un criteriu major și unul minor sau cel puțin trei criterii.

a) Criteriu major de diagnostic

- Infiltrări multifocale compacte de mastocite (> 15 mastocite per agregat)
- Criteriu minor de diagnostic
  - Mai mult de 25% dintre mastocite prezintă o morfologie atipică a mastocitului (cu formă de fus sau elongații)
  - Prezenta mutației C KIT D816V
  - Mastocitele exprimă CD2 și/sau CD25
  - Niveluri de triptază serică mai mari de 20ng/mL
- Alte probe de diagnostic/evaluare inițială pot include: hemoleucogramă, frotiu de sânge periferic, scintigrafie, osteodensitometrie și evaluarea tubului gastrointestinal (endoscopie digestivă superioară și colonoscopie). Pentru acordarea gradului de handicap sunt necesare actele medicale emise de: hematolog, alergolog, dermatolog și psiholog.

De regulă, cazurile de mastocitoza la adulți sunt reprezentate de mastocitoza sistemică

Parametrii funcționali		<ul style="list-style-type: none"><li>• Prezenta de 20 vezicule pe corp</li><li>• Prezenta mutației C KIT D816V în biopsie cutanată, markerilor CD2, CD25, CD117, CD68: în sângele periferic, maduva hematogenă, mucoasa stomacului, oase, ficat, splina</li><li>• Valori mari ale triptazei serice, peste 11,4 ng/mL</li><li>• Manifestări gastrointestinale recurente: vomă, balonare, dureri, diaree/constipație</li><li>• Modificări ale hemoleucogramei interpretate ca fiind în contextul mastocitozei</li><li>• Modificări neuropsihologice: mastocitoza poate determina instabilitate emotională, anxietate, rau de înaltime, depresie, anxietate, iritabilitate, labilitate emotională, insomnii etc.</li><li>• Alergii: sochi anafilactice ca rezultat al degranularilor mastocitare</li><li>• Urogenital: poliuria, senzație de mictiune imperioasă, tulburări de libidou</li><li>• Modificări cardiovasculare: tachicardie, hipotensiune</li><li>• ORL: rinoree, bronhospasm, tuse alergică</li><li>• Modificări ale sistemului osos și muscular: osteoporoză, fracturi de fragilitate, infiltrări mastocitare în oase, dureri, crampe musculare</li></ul>
Deficiență medie	Handicap mediu	<ul style="list-style-type: none"><li>1. Mutatia KIT D816V sau oricare/totii markerii CD2, CD25, CD68, CD117, prezenti in biopsie</li><li>2. Afectare cutanata usoara</li></ul>
Deficiență accentuată	Handicap accentuat	<ul style="list-style-type: none"><li>Minimum 7 din cele 9 criterii</li><li>1. Mutatia C KIT D816V+ si oricare/totii markerii CD2, CD25, CD68, CD117 prezenti in biopsie/sangele periferic</li><li>2. Valori mari ale triptazei serice, peste 11,4 ng/mL</li></ul>

		<p>3. Manifestari gastrointestinale recurente: balonari, voma, diaree/constipatie, dureri</p> <p>4. Modificari ale hemoleucogrammei: anemie moderata (hemoglobina intre 8 si 10 mg/dL), eozinofilia etc.</p> <p>5. Socuri anafilactice ca rezultat al degranularilor mastocitare: minimum 3, nu mai mult de 7</p> <p>6. Depresii, anxietate, labilitate emotionala</p> <p>7. Afectare cutanata: flushing, semnul darier, pete</p> <p>8. Osteoporiza, dureri musculare, articulare</p> <p>9. Tachicardie, hipo/hipertensiune arteriala</p>
Deficienta grava	Handicap grav	<p>Minimum 8 din ceze criterii, obligatorii 1 si 2 in cele 8</p> <p>1. Mutatia C KIT D816V+, oricare/totii markerii CD2, CD25, CD68, CD117 prezenti in biopsie de maduva osoasa sau in sangele periferic sau oricare dintre mutatiile de novo enumerate*</p> <p>2. Infiltrari mastocitare la nivelul oaselor, maduvei hematogene si/sau organelor interne</p> <p>3. Valori mari ale triptazei serice, peste 11,4 ng/mL</p> <p>4. Manifestari gastrointestinale recurente: balonari, voma, diaree/constipatie, dureri</p> <p>5. Modificari ale hemoleucogrammei: anemie severa (hemoglobina sub 8 g/dL), eozinofilia, interpretate a fi in contextul mastocitozei etc.</p> <p>6. Socuri anafilactice ca rezultat al degranularilor mastocitare: minimum 7</p> <p>7. Depresii, anxietate, labilitate emotionala</p> <p>8. Afectare cutanata: flushing, semnul darier, pete</p> <p>9. Osteoporiza, fracturi de fragilitate, dureri musculare, articulare</p> <p>10. Tachicardie, hipo-/hipertensiune arteriala</p>

\* Mutatiile de novo : KIT D816V; Y (ISM, SM-AHNMD, CM); F (ISM,CM); H (AHNMD); G (SM, ASM); KIT D560G (SM, ISM); KIT F522C (SM, ISM); KIT E839K (CM); KIT V531I (SM, ANHMD); KIT K509I (SM, ASM).

Transplantul medular determina incadrarea conform cap. 4 litera B punctul V din anexa la Ordinul ministrului muncii, familiei si egalitatii de sanse si al ministrului sanatatii publice nr. 762/1.992/2007 pentru aprobatia criteriilor medico-psihosociale pe baza carora se stabileste incadrarea in grad de handicap.

	Activitati - limitari	Participare - necesitati
Mediu	Orice activitate in conditii de confort organic	Monitorizare medicala si socioprofesionala
Accentuat	Activitati care nu presupun efort fizic sau suprasolicitare psihica.	Asigurarea unui loc de munca corespunzator/ Schimbarea locului de munca/Orientarea tinerilor spre profesiile accesibile. Monitorizare pentru respectarea tratamentului medicamentos, a regimului de viata, evitarea starilor conflictuale, munci in ture, munci de noapte, consumului de cafea, alcool, alti excitanti.
Grav	Limitarea majora a capacitatii de autoingrijire si autogospodarire datorita intensitatii afectarii sistemice.	In functie de rezultatul evaluarii complexe, in situatia in care este afectata sever capacitatea de autoingrijire, poate beneficia de asistent personal.

#### Evaluarea gradului de handicap in angioedemul ereditar

Angioedemul ereditar este o afectiune genetica rara, cu transmitere autozomal dominanta, de etiologie necunosuta, determinata de defecte genetice cantitative si functionale ale C1 inhibitor esterazei, cu deficit de factori plasmatici care inhiba factorii XI si XII cu 90%, caracterizata prin absenta sau prin deficit la nivelul cromozomului 11q12-q13.1.

Examinarea de laborator este necesara pentru a stabili diagnosticul de AEE si trebuie efectuata intr-un laborator acreditat. Daca exista o suspiciune clinica de deficiența de C1-INH este recomandat screeningul cu C4 seric si C1-INH.

#### Prezentare clinica:

- 1) Atacurile abdominale (edemul de perete gastrointestinal si mezenteric) se manifesta cu durere severa, ocluzie intestinala, greata, varsaturi, diaree, deshidratare; durata tipica a atacului abdominal este de 4-5 zile.
- 2) Edemele periferice si faciale dureaza pana la 8-9 zile si se pot extinde pe arii mari.
- Atacurile cutanate sunt cele mai frecvente manifestari ale AEE.
- 3) Edemul genital si al mucoasei veziciei urinare; bolnavii pot manifesta de asemenea anurie, retentie vezicala.
- 4) Atacurile laringiene sunt cele mai periculoase, majoritatea pacientilor avand in cursul vietii cel putin un atac laringian, riscul de deces fiind de 50%.
- 5) EDEMUL PULMONAR este o urgență medicală care necesita îngrijire imediata.
- 6) EDEMUL CEREBRAL difuz, cu cefalee intensa, paroxistica, cu caracter migrenos, greata, varsaturi, afectarea vederii, convulsii, alterarea constientei, somnolenta, confuzie, coma. Pot exista semne neurologice: hemiplegie, afazie, convulsii epileptiforme etc.

PARAMETRI FUNCTIONALI	CRITERII DE DIAGNOSTIC IN LABORATOR:
<b>CRITERII CLINICE:</b>	
<b>Major</b>	
Angioedem cutanat autolimitat fara urticarie, deseori recurrent si deseori cu o durata > 12 ore	-caracter recurrent al crizelor;
Colica abdominala autolimitata fara etiologie clara, deseori recurrenta si deseori cu o durata > 6 ore	- durata peste 72 de ore;
Edem laringian recurrent	- lipsa de raspuns la antihistaminice, adrenalina, corticoizi;
Minor	- nivel de C1 INH scazut;
Anamneza familiala de angioedem recurrent si/sau durere abdominala si/sau edem laringian	- nivel de C4 scazut in afara atacului;
Criterii de laborator:	- uneori nivel de C2 scazut in timpul atacului;
Nivel C1-INH < 50% din normal la 2 determinari separate cu pacientul in stare bazala si la varsta de peste un an	- crestere polyclonală a IgD in ser (>100 ui/ml)
Nivel functional de C1-INH < 50% din normal la 2 determinari separate si la	- nivel scazut de C1q4
	- ecografie abdominala posibil pune in evidenta ascita in cantitate mica, medie sau mare

<b>varsta de peste un an</b> <b>Mutatia genei C1-INH care altereaza sinteza proteica si/sau functia sa</b>		
<b>DEFICIENTA MEDIE</b>	<b>HANDICAP MEDIU</b>	- frecventa puseelor de 5 ori/an, cu o durata de 3-9 zile, manifestate prin edeme periferice, cu raspuns parcial la tratament
<b>DEFICIENTA ACCENTUATA</b>	<b>HANDICAP ACCENTUAT</b>	- cel putin 6 crize/an, de intensitate severa, cu edeme periferice deformante, cu manifestari acute, la nivel abdominal, care pun in pericol viata persoanei
<b>DEFICIENTA GRAVA</b>	<b>HANDICAP GRAV</b>	- frecventa crizelor abdominale, manifestari acute, la nivel abdominal, peste 8/an, edeme periferice, edeme genito-urinare, edeme laringiene, care pun in pericol viata persoanei; - manifestari clinice de tipul edemului pulmonar sau cerebral; - tulburari de deglutitie si/sau respiratie in puseu

	<b>ACTIVITATI - LIMITARI</b>	<b>PARTICIPARE - NECESITATI</b>
<b>HANDICAP MEDIU</b>	Orice activitate in conditii de confort organic	Participare fara restrictii
<b>HANDICAP ACCENTUAT</b>	-Activitati in conditii de confort organic - Activitati fara suprasolicitare fizica sau psihica	Activitati fara suprasolicitare in conditii ambientale adevcate
<b>HANDICAP GRAV</b>	- Limitarea capacitatii de autoingrijire si autoservire pentru majoritatea activitatilor curente, de mentinere a starii de sanatate, de comunicare si participare la viata de familie	- In functie de rezultatul evaluarii complexe si de stabilirea gradului de autonomie personala, pot beneficia de asistent personal: - necesita servicii medicale specializate, asigurarea de urgență a medicatiei corespunzatoare și urmarirea eficientei; - asistenta din partea altor persoane pentru ingrijire si suplinirea pierderii capacitatii de autoservire

La capitolul 8, paragrafele „Evaluarea gradului de handicap in mastocitoza“ si „Evaluarea gradului de handicap in angioedem ereditar“ completeate de art.I pct.4 din [OAP 1070/2018](#)

#### Evaluarea persoanelor cu sechele majore ale arsurilor complexe in vederea incadrarii in grad de handicap

Evaluarea persoanelor cu sechele postarsura prin agenti termici - flacara, substante inflamabile, contact cu solide sau lichide fierbinti -, electrii, chimici, explozii sau radiatii, asociate sau nu cu intoxiciatii prin inhalarea substanelor rezultate in urma combustiei, in vederea incadrarii in grad de handicap, se realizeaza particularizat in functie de:

- suprafața si profunzimea arsurii: factori care determinata gravitatea leziunii;
- localizarea arsurii: pe fata si gat - risc de asfixie si defecte estetice, cu puternic impact asupra psihicului; pe organele genitale - risc de infectare; pe extremitati - incapacitate functionala; pe maini - insuficienta functionala si estetica; arsurile partii superioare a corpului sunt mai problematice, intereseaza zone vaste de tesut tegumentar, generand ingrijiri speciale: leziuni respiratorii primare, de o gravitate deosebita, precum si alte leziuni asociate;
- consecintele secundare in plan psihologic, care determina tulburari psihice asociate (tulburare de stres posttraumatic, tulburare de anxietate generalizata, tulburari afective organice etc.);
- instalarea unor complicatii majore pe aparate si sisteme afectate secundar: deficiente senzoriale, insuficienta respiratorie, hepatica, renala;
- existenta tulburarilor osteoarticulare, muscolotendinoase sau/si neurologice secundare de tip paretic/plegic, amputatii;
- prezența unor stome definitive;
- asocierea unor tulburari ale functiilor miscarii cu cele somatici sau senzoriale;
- intensitatea tulburarilor de postura, locomotie sau/si gestualitate;
- limitarea prehensiunii si manipulatiei;
- deteriorarea capacitatii de autoservire si autoingrijire;
- necesitatea sustinerii in activitatile de autoingrijire, pe durata terapiei complexe chirurgicale intraspitalice sau ca urmare a realizarii transplantului de piele.

Sechele cicatricele postcombustionale majore la nivelul dermului si hipodermului sunt reprezentate de deformari cicatricele: cicatrici normotrofice, hipertrofice, atrofice si cheloide; briede cicatricele; redori cicatricele; cicatrici ulcerate sau malignizate. Retractile cicatricele sunt cel mai frecvent sechela postcombustionale, cauzate de contractia tesuturilor moi in urma vindecarii plagilor. Briedele cicatricele se evidențiază, de regulă, pe pliurile de flexie articulare sau in zonele cu exces cutanat: regiunile gâtului, axilara, poplitee, cubitala.

Alte sechele majore sunt reprezentate de redori: 80% din redori sunt dermogene, iar 20% sunt cauzate de retractii ale muschilor, tendoanelor, ligamentelor si capsulelor articulare.

Urmatoarele scale pot orienta asupra gradului de functionalitate si autonomie a persoanei cu sechele complexe postcombustionale, in corelatie cu rezultatul evaluarii complexe: scala universală de apreciere a cicatricilor (SUAC, 2006), scala de apreciere a gradului de impact al procesului cicatricial asupra calitatii vietii pacientului (BSHS-R, 1994), scorul de apreciere a rezultatului final de tratament la membrul superior (UCLA, 1986), sistemul de apreciere a disfunctiei membrului inferior (OBERG, 1994), care pot fi atasate referatului de specialitate, in functie de structurile afectate.

<b>PARAMETRI FUNCTIONALI</b>	<p><b>Examen chirurgie plastica si reconstructiva, dermatologie, ortopedie, neurologie, oftalmologie, pneumologie, nefrologie, gastroenterologie si hepatologie, in functie de organele afectate</b></p> <p><b>Dupa caz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- examene radiografice, segment afectat;</li> <li>- evaluari psihologice;</li> <li>- testari biometrice;</li> <li>- spirometrie, analiza gazelor sanguine;</li> <li>- testarea mobilitatii articulare, scala de gradare a fortei musculare;</li> <li>- indice de masa corporala;</li> <li>- analize de laborator: hemoleucograma, biochimie etc.;</li> <li>- scale specifice cicatricilor deformante: SUAC, BSHS-R, UCLA, OBERG, completate de catre</li> <li>- medicii specialisti, atasate referatelor de specialitate;</li> <li>- scale de evaluare a autonomiei: ADL, IADL etc.</li> </ul>
------------------------------	--

<b>DEFICIENTA MEDIE</b>	<b>HANDICAP MEDIU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cicatrici deformante ale unui membru superior, cu redoare stransa sau anchiloza de umar si cot, asociata sau nu cu tulburari neurologice, cu afectarea moderata a prehensiunii si manipulatiei;</li> <li>- deformari, redori si anchiloze de maini bilateral;</li> <li>- amputatia pollicelui de la nivelul unei maini, asociata cu cicatrici deformante, cu imposibilitatea realizarii prehensiunii, cu pastrarea integritatii functionale a membrului contralateral;</li> <li>- afectare moderata a prehensiunii la nivelul ambelor maini prin lezuni la nivelul degetelor II, III, IV si V de tipul: anchilozelor articulare, amputatiilor digitale partiale, afectarilor tendoanelor flexoare si extensoare cu deformari digitale (deget in butoniera, deget in gat de lebada);</li> <li>- asocierea de lezuni ale pollicelui si a maximum doua alte degete de la nivelul aceleiasi maini, ce determina o afectare moderata a prehensiunii, cu bride cicatriciale extinse la nivelul articulatiei cotului sau umarului, care reduc mobilitatea (flexie/extensie, pronatie/supinatie, abductie/adductie) membrului afectat cu pana la 50% din amplitudinea fiziologica;</li> <li>- cicatrici deformante ale membrelor inferioare, cu redoare stransa sau anchiloza de glezna, bilateral, sau redoare stransa sau anchiloza de genunchi sau sold, unilateral;</li> <li>- alte tulburari neurologice, amputatii ale membrelor superioare sau inferioare, fara alte deficiente asociate, conform incadrarii de la capitolele respective.</li> </ul> <p>Afectarile osteoarticulare nu impiedica ortostatismul, dar deplasarea pe distante mari se realizeaza cu dificultate, necesitand dispozitive ortopedice pentru a preveni deteriorarea articulatiilor supradiacente si/sau controlaterale;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cicatrici deformante, redori ale extremitatii céfalice si/sau toracelui, cu afectarea usoara/medie a functiei de respiratie, fonatie, masticatie si deglutitie;</li> <li>- cicatrici postcombustionales localizate la nivelul fetei, daca suprafata acestora depaseste 50% din suprafata fetei fara afectari functionale, asociate sau nu cu cicatrici postcombustionales localizate la nivelul scalpului, cu alopecia restanta ce depaseste 50% din suprafata scalpului;</li> <li>- cicatrici postcombustionales localizate la nivelul pleoapelor, ce determina modificari moderate ale ocluziei palpebrale, cu rasunet asupra functionalitatii oculare pe termen lung (obiectivate de medicul oftalmolog), ce necesita tratament chirurgical de corectare pana la solutionarea chirurgicala;</li> <li>- cicatrici postcombustionales localizate la nivelul regiunii nazale, cu afectare moderata a respiratiei din cauza devierii cicatriciale a septului, precum si a asimetriei narinare cicatriciale - lezuni ce necesita tratament chirurgical de corectare pana la solutionarea chirurgicala;</li> <li>- cicatrici postcombustionales localizate la nivelul buzelor, ce determina modificari moderate ale alimentatiei, procesului de masticatie, pronuntie, constand in limitarea deschiderii si ocluzia incompleta, dar fara afectarea starii nutritionale a pacientului - lezuni ce necesita tratament chirurgical de corectare pana la solutionarea chirurgicala;</li> <li>- deficienta medie vizuala, respiratorie, renala, hepatica, conform incadrarii de la capitolele respective.</li> </ul>
-------------------------	-----------------------	--

<b>DEFICIENTA ACCENTUATA</b>	<b>HANDICAP ACCENTUAT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- cicatrici deformante ale membrelor superioare, cu afectari articulare de umar si cot, bilaterale, cu reducerea mobilitatii cu pana la 75% din amplitudinea fiziologica, cu limitarea severa a manipulatiei;</li> <li>- b ride cicatriciale, afectari articulare localizate la nivelul articulatiei cotului sau umarului, unilateral, care reduc mobilitatea (flexie/extensie, pronatie/supinatie, abductie/adductie) membrului afectat cu peste 90% din amplitudinea fiziologica;</li> <li>- asociere de cicatrici deformante si/sau afectari articulare ale unui membru superior cu cele ale unui membru inferior, care determina limitari severe atat ale gestualitatii si manipulatiei, cat si ale locomotiei, deplasarea realizandu-se cu sprijin extern;</li> <li>- cicatrici deformante ale membrelor inferioare, redare stransa, anchiloze sau artroze de genunchi sau sold bilaterale, care determina limitarea accentuata/severa a mobilitatii, necesitand sprijin extern pentru mentinerea ortostatismului, si a deplasarii si o limitare paritala a capacitatii de autoservire si autoingrijire;</li> <li>- amputatia pollicelui de la nivelul ambelor maini, asociata cu deformari sau amputatii partiale ale celorlalte degete, ce determina incapacitatea realizarii prehensiunii bilaterale;</li> <li>- afectare severa a prehensiunii la nivelul ambelor maini prin lezuni digitale multiple (minimum 3 degete), de tipul: anchilozelor articulare, amputatiilor digitale partiale, afectarilor tendoanelor flexoare si extensoare cu deformatiile digitale (deget in butoniera, deget in gat de lebada) si cu limitarea miscarii in articulatiile supradiacente;</li> <li>- asocierea de lezuni ale tuturor degetelor de la nivelul aceliasi maini (incluzand pollicele), ce determina o afectare severa a prehensiunii cu b ride cicatricile si afectari articulare localizate la nivelul articulatiei cotului sau umarului, care reduc mobilitatea membrului afectat cu pana la 75% din amplitudinea fiziologica;</li> <li>- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul fetei, daca suprafata acestora depaseste 75% din suprafata fetei, cu afectari funktionale evidente (afectarea ochiului palpebrale, a respiratiei si alimentatiei), asociate sau nu cu cicatrici postcombustionale localizate la nivelul scalpului cu alopecia restanta, ce depaseste 75% din suprafata scalpului;</li> <li>- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul pleoapelor, ce determina modificari severe ale ochiului palpebrale, cu rasunet asupra functionalitatii oculare pe termen scurt, mediu si lung (obiectivat de medicul oftalmolog), ce necesita tratament chirurgical de corectare pana la solutionarea chirurgicala;</li> <li>- cicatrici postcombustionales localizate la nivelul regiumii nazale, cu afectare severa a respiratiei din cauza devierii cicatriciale a septului, precum si a asimetriei narinare cicatriciale - lezuni ce implica efectuarea de interventii chirurgicale multiple pana la solutionarea chirurgicala;</li> <li>- cicatrici postcombustionales localizate la nivelul buzelor, care determina modificari severe ale proceselor de masticatie, deglutitie si fonatie, constand in limitarea deschiderii si ochiuzie incompleta, ce determina modificari ale statusului nutritional al persoanei si necesita tratament chirurgical de corectare pana la solutionarea chirurgicala;</li> <li>- cicatrici postcombustionales localizate la nivelul buzelor si cavitatii bucale, incompatibile cu deglutitia si fonatia, ce necesita interventii chirurgicale multiple; stomi definitive;</li> <li>- alte tulburari neurologice, amputatii de membre superioare sau/si inferioare, conform incadrarii de la capitolele respective;</li> <li>- deficienta accentuata vizuala, respiratorie, renala, hepatica, conform incadrarii de la capitolele respective.</li> </ul> <p>In situatia asocierii a doua sau mai multe deficiente, dintre care una este un handicap fizic, pentru perioade limitate, pana la corectia terapeutica a acestor deficiente, incadrarea in grad de handicap se poate stabili la un grad superior.</p>
------------------------------	---------------------------	--

<b>DEFICIENTA GRAVA</b>	<b>HANDICAP GRAV</b>	<p>- cicatrici deformante generalizate sau/si afectari musculotendinoase ale membrelor inferioare si superioare sau/si ale articulatiilor mari - sold, genunchi -, bilateral, in stadiu sever, in cursul terapiei de reabilitare sau neoperabile sau cu complicatii tardive postoperatorii, in afara resurselor terapeutice, care determina limitarea totala a ortostatismului si locomotiei, necesitand fotoliu rulant pentru deplasarea in interiorul sau exteriorul locuintei sau imobilizare totala si sprijin din partea altel persoane pentru autoservire si autoingrijire;</p> <p>- amputatia tuturor degetelor de la ambele maini, asociate cu bride cicatriciale si afectari articulare, la orice nivel al membrelor superioare;</p> <p>- amputatia unui membru superior la orice nivel, asociata cu limitarea totala de prehensiune si manipulatie la membrul controlateral;</p> <p>- alte tulburari neurologice, amputatii, care genereaza o deficinta functionala grava, conform incadrarii de la capitolele respective;</p> <p>- sechele cicatriciale postcombustionale care reduc capacitatea pulmonara totala, persoana necesitand dispozitive medicale externe de tip OLD;</p> <p>- cicatrici postcombustionale localizate la nivelul fetei, care afecteaza sever ocluzia palpebrală, cu lezuni conjunctivale, corneene sau ale altor structuri ale ochiului, exprimate prin pierderea acuitatii vizuale, obiectivate prin consult oftalmologic.</p> <p>Stabilirea deficientei grave vizuale, respiratorii, renale, hepatic se realizeaza conform incadrarii de la capitolele respective.</p> <p>In functie de rezultatul evaluarii complexe, persoana poate fi incadrata in grad de handicap grav, cu asistent personal, in situatia in care are pierduta total capacitatea de autoservire, autoingrijire si necesita sprijin permanent, sau grav fara asistent personal, atunci cand necesita sprijin partial pentru activitatatile cotidiene.</p>
-------------------------	----------------------	--

#### 1. Scala de apreciere a gradului de impact al procesului cicatrical asupra calitatii vietii pacientului - BSHS-R (Revised Burn-Specific Health Scale)

Indice BSHS-R	extrem	pronuntat	moderat	putin	absent
Pierdere abilitatii functionale de lucru	0	1	2	3	4
Pierdere capacitatii de lucru	0	1	2	3	4
Pierdere aspectului corpului	0	1	2	3	4
Relationarea interpersonala	0	1	2	3	4
Activitatea interpersonala	0	1	2	3	4
Termoreceptia	0	1	2	3	4
Organizarea tratamentului	0	1	2	3	4

Aprecierea gradului de impact al procesului cicatrical asupra calitatii vietii pacientului BSHS-R:

0-7 puncte - impact extrem in calitatea vietii (grav);

8-15 puncte - calitatea vietii sever pierduta (accentuat);

16-21 de puncte - calitatea vietii pierduta moderat (mediu);

22-28 de puncte - calitatea vietii neschimbata.

#### 2. Scorul de apreciere a rezultatului final - UCLA (UCLA end-result score)

Categorie	Puncte
<b>Durere (maximal 10 puncte)</b>	
Durere pronuntata, permanenta, cupata cu analgezice puternice	1
Durere periodica, la efort, cupata cu analgezice	2
Durere moderata, permanenta, cupata cu preparate salicilate	4
Durere moderata, la efort, cupata cu preparate salicilate	6
Durere usoara, periodica	8
Fara durere	10
<b>Activitate zilnica (maximal 10 puncte)</b>	
Impotenta functionala totala	1
Miscari usoare	2
Lucrul usor prin casa	4
Deservire de sine statatoare	6
Limitare neinsemnata	8
Nelimitata	10
<b>Satisfactia pacientului (maximal 5 puncte)</b>	
Nemultumit si agravare	0
Multumit si ameliorare	5
<b>Volumul miscarilor (maximal 5 puncte)</b>	
< 30°	0
30°-45°	1
45°-90°	2
90°-120°	3
120°-150°	4
> 150°	5

Aprecierea puterii musculare (maximal 5 puncte)	
Obisnuita	5
Buna	4
Relativ scazuta	3
Scazuta considerabil	2
Rigiditate musculara	1
Incapacitate musculara	0

Punctajul maximal este de 35 de puncte, un scor de peste 27 de puncte semnificand un rezultat satisfacator al functionalitatii persoanei.

### 3. Sistemul de apreciere a disfunctiei membrului inferior - OBERG

Indice	Puncte				
	0	1	2	3	4
Flexia femurului	> 100°	85-95°	70-80°	50-65°	< 50°
Deficit de extensie	0	5°	10°	15°	> 15°
Abductia femurului	> 15°	15°	10°	5°	0°
Adductia femurului	> 15°	15°	10°	5°	0°
Flexia gambei	> 115°	100-115°	85-95°	70-80°	< 65°
Deficit de extensie	0	5°	10°	15°	> 15°
Ridicare din pozitia semieseaza	> 25 cm	16-24 cm	10-15 cm	5-9 cm	< 5 cm
Ridicare/Asezare	35 cm	40 cm	45 cm	50 cm	> 55 cm
Inaltimea treptei	45 cm	40 cm	25 cm	17 cm	< 10 cm
Stationare picior	40-60 sec.	25-39 sec.	15-24 sec.	5-14 sec.	< 5 sec.
Ridicare scari	independent	monosuport	suport dublu	suport suplimentar	nu poate
Deplasare (m/sec.)	> 1,4	1-1,3	0,7-0,9	0,5-0,6	< 0,5
Ajutor	fara	2 carje	mergator	carucior	nu merge
Conduce transport	fara limite	autocamion	autoturism	pasager	special

<b>Lucrul in casa</b>	<b>fara limite</b>	<b>cu durere</b>	<b>limitat</b>	<b>nu lucreaza</b>	<b>nu poate</b>
<b>Activitate zilnica</b>	<b>fara limite</b>	<b>lucreaza sezand</b>	<b>ajutor periodic</b>	<b>ajutor permanent</b>	<b>ajutor in toate</b>
<b>Hobby</b>	<b>fara limite</b>	<b>cu durere</b>	<b>50%</b>	<b>limitat sever</b>	<b>limitat complet</b>
<b>Durere</b>	<b>fara</b>	<b>efort</b>	<b>repaus</b>	<b>efort si repaus</b>	<b>permanent</b>

#### 4. Scala universală de apreciere a cicatricilor (SUAC)

Indice	Puncte					
	0	1	2	3	4	5
Pigmentare	normal	hipopigmentare	pigmentare	hiperpigmentare	-	-
Vascularizare	normal	roz	rosu	purpuriu	-	-
Flexibilitate	normala	flexibila	moderat flexibila	ferm	bride cicatricele	redoare
Grosime	plata	0-2 mm	2-5 mm	> 5 mm	-	-
Relieful suprafetei	neteda	25% reliefata	50% reliefata	75% reliefata	100% irregulara	-
Ulcerare	absenta	regenerare	persistenta	progresiva	-	-
Temperatura	identica	scazuta	> 0,5°C	> 1°C	-	-
Prurit, parestezie	absenta	periodic, nepronuntat	permanent, moderat	permanent, pronuntat	-	-
Progresare	absenta	nepronuntata	moderata	pronuntata	-	-
Sensibilitate	obisnuita	marita	scazuta	absenta	-	-

Aprecierea gradului de manifestare a procesului cicatrical conform SUAC:

0-10 puncte - proces cicatrical nepronuntat;

11-20 de puncte - proces cicatrical moderat pronuntat;

21-38 de puncte - proces cicatrical sever.

In anexa la capitolul 8 "Functiile pielii", "Evaluarea persoanelor cu sechele majore ale arsurilor complexe in vederea incadrarii in grad de handicap", completata de art.I din OAP 874/2016