



PCI-28, „Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II

Aprobat
sefi MSP CS Ungheni
Belbas Oleg



**Instituția Medico-Sanitară Publică
CS Ungheni**

**REFLUXUL
VEZICO-URETERAL
LA COPIL**

**Protocol clinic instituțional
(ediția II)**

PCI-28

Ungheni, 2024



INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE UNGHENI

ORDIN

Nr. 37

„27” 05 2024

*Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.1242 din 29.12.23
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
”Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II
în cadrul IMSP CS Ungheni.*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 1242 din 29.12.2023 „Cu privire la aprobarea **Protocolului Clinic Național ”Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II**”, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății” și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Ungheni,

ORDON:

1. De implementat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Ungheni Protocolul Clinic Național **”Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II**.
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național **”Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II** în cadrul IMSP CS Ungheni de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național **”Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II**.
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN **”Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II** în cadrul IMSP CS Ungheni.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Natalia Bargan.

Șef IMSP CS Ungheni

Oleg BELBAS



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

29 decembrie 2023

Nr. 1242

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza evaluarea:
 - 1) aplicării Protocolului clinic național „Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II, în cadrul evaluării și acreditării prestatorilor de servicii medicale;
 - 2) respectării cerințelor Protocolului clinic național „Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
6. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul Mamei și Copilului, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
7. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza implementarea Protocolului clinic național „Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
8. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr.465 din 10.12.2008 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Refluxul vezico-ureteral la copil”, cu modificările ulterioare.
9. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	5
PREFAȚĂ	5
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	6
A.1. Diagnosticul: Refluxul vezico-ureteral la copil	6
A.2. Codul bolii (CIM 10): Q62.7	6
A.3. Utilizatorii:	6
A.4. Obiectivele protocolului:	6
A.5. Elaborat: 2008	6
A.7. Următoarea revizuire: 2028	6
A.8. Definițiile folosite în document	6
A.9. Informația epidemiologică	7
B. PARTEA GENERALĂ	9
Nivel de asistență medicală primară	9
C. 1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ	11
C.1.1. Algoritmul general de conduită al pacientului cu RVU	11
C.1.2. Algoritmul general de tratament al pacientului cu RVU	12
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	13
C.2.1. Factorii de risc	13
C.2.2. Screening-ul RVU	13
C.2.3 Conduita pacientului cu RVU	14
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	22
Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP	22
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI	23
ANEXE	27
Anexa 1. Ghidul pentru pacient/părinții copilului cu reflux vezico-ureteral	27

SUMARUL RECOMANDĂRILOR:

1. *Refluxul vezico-ureteral (RVU)* se definește prin fluxul retrograd anormal al urinei, direcționat dinspre vezica urinară spre tractul urinar superior. RVU este una dintre cele mai frecvente uropatii cu caracter congenital, în care se produce dereglarea funcției joncțiunii uretero-vezicale, care conduce la întoarcerea fluxului de urină în căile urinare superioare, având un impact nefast asupra funcției renale prin dezvoltarea BRC.
2. În funcție de etiologie, RVU poate fi clasificat în două tipuri: *primar și secundar*.
3. *RVU primar* apare din cauza incompetenței mecanismului de valvă a joncțiunii uretero-vezicale. *Refluxul secundar* este cauzat de presiunea prea mare în interiorul vezicii urinare, care duce la imposibilitatea închiderii valvei uretero-vezicale.
4. În funcție de momentul apariției, RVU poate fi *pasiv* – apare la umplerea pasivă a vezicii urinare, indiferent de timpul micțiunii, *activ* – apare în timpul golirii vezicii urinare și *mixt* – se înregistrează și în timpul umplerii vezicii urinare, și în timpul micțiunii.
5. Simptomatologia la nou-născuți este nespecifică și RVU se poate asocia cu detresă respiratorie, vărsături persistente, întârzierea (eșecul) creșterii, mase abdominale palpabile, ascită urinară (extravazarea urinei în spațiul intraperitoneal). Copilul mai mare poate prezenta semne de ITU joasă (micțiuni frecvente, disurie, polakiurie), enurezis nocturn sau pierderi urinare involuntare diurne.
6. Alte manifestări clinice includ tulburări gastro-intestinale (diaree, vărsături), HTA și retard în creștere (hipotrofie staturoponderală).
7. *Ecografia sistemului urinar și vezicii urinare*, cu înregistrarea obligatorie a dimensiunilor rinichilor și parenchimului renal, detectează dilatațiile tractului urinar, cu semnificație clinică în nefrourologia pediatrică.
8. *Cistouretrografia micțională standard* este standardul de aur în diagnosticul RVU la copii.
9. Cistouretrografia micțională standard este recomandată oricărui copil cu o primă ITU documentată până la vârsta de trei-cinci ani și oricărui băiat, indiferent de vârstă, diagnosticat cu pielonefrită acută.
10. *Scintigrafia statică cu acid dimercaptosuccinic*, este standardul de aur în înregistrarea fibrozei renale care permite aprecierea gradului de afectare și a volumului parenchimului funcțional conform indicelui de acaparare integrală a radiofarmaceuticului.
11. *Scintigrama renală cu Tc^{99m} DMSA* este utilizată pentru a confirma suspiciunea de PN și pentru a evalua eficiența tratamentului medical în RVU.
12. *Urografia intravenoasă* permite conturarea anatomică a sistemului colector renal și reprezintă o investigație utilă în evaluarea preoperatorie a unor pacienți. Este însă asociată cu un grad înalt de invazivitate și cu risc de reacții alergice la producții de

contrast.

13. *Profilaxia antibacteriană* continuă scade incidența PN și a cicatricelor renale postinfecțioase în RVU de grad mic și mediu (gr. I-III). Tratamentul non-chirurgical este preferat în aceste cazuri în lipsa altor anomalii anatomice asociate și a ITU frecvente, în special dacă este prezentă PN acută.

14. Indicațiile absolute ale tratamentului chirurgical prin reimplantare uretero-vezicală sunt RVU de gr. IV-V, injuriile renale progresive și ITU recurente, apărute sub tratament profilactic, complianță scăzută la profilaxie și pacienți care tolerează slab tratamentul antibiotic al ITU recurente.

15. Reimplantarea ureterală reprezintă tehnica chirurgicală de elecție pentru corectarea RVU primar

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMP	asistența medicală primară
AȘM	Academia de Științe a Moldovei
ECG	electrocardiograma
i.m.	intramuscular
i.v.	intravenos
IRC	Insuficiența renală cronică
MS RM	Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
MUO	megaureterohidronefroza obstructivă
RVU	refluxul vezico-ureteral
UIV	urografia intravenoasă
USG	ultrasonografie
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: PCN-28, „ **Refluxul vezico-ureteral la copil** ”, ediția II, și Ordinul nr. 429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implimentării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru” de către grupul de lucru în componență:

Belbas Oleg - șef IMSP CS Ungheni;

Bargan Natalia -șef adjunct pe probleme clinice;

Andrieș Ana – farmacist diriginte;

Mămăligă Maria - medic de familie;

Morari Tatiana – medic de familie;

Chirinciuc Iulia - medic de familie;

Mămăliga Constantin –audit medical intern

Elena Marcu – medic pediatru CIT ”Licurici”

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: 34 mai
(Aprobat prin Ordinul directorului 34 din 27.05.2024) în baza:

- PCN-28, „Refluxul vezico-ureteral la copil”, ediția II, Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 1242 din 29.12.2023 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Refluxul vezico-ureteral la copil”

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Refluxul vezico-ureteral la copil

Exemple de diagnostic clinic:

1. Anomalie congenitală de dezvoltare. Reflux vezico-ureteral uni- sau bilateral gr. I-II. Pielonefrită cronică recidivantă.
2. Anomalie congenitală de dezvoltare. Reflux vezico-ureteral uni- sau bilateral gr. II-III. Pielonefrită cronică recidivantă.
3. Anomalie congenitală de dezvoltare. Reflux vezico-ureteral uni- sau bilateral gr. III-IV. Pielonefrită cronică recidivantă.
4. Anomalie congenitală de dezvoltare. Reflux vezico-ureteral uni- sau bilateral gr. IV-V. Pielonefrită cronică recidivantă. Insuficiență renală cronică.

A.2. Codul bolii (CIM 10): Q62.7

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii de servicii de AMP

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. A îmbunătăți diagnosticarea pacienților cu RVU.
2. A îmbunătăți tratamentul pacienților cu RVU.
3. A reduce rata complicațiilor prin IRC la pacienții cu RVU.

A.5. Elaborat: 2008

A.6. Actualizat: 2023

A.7. Următoarea revizuire: 2028

A.8. Definițiile folosite în document

Refluxul vezico-ureteral se definește prin pasajul retrograd al urinei din vezică în ureter. Acest proces expune bazinetul la o presiune mult mai mare din vezica urinară, produsă în cursul micțiunii și facilitează pasajul bacteriilor din vezica urinară în rinichi. Este una din cele mai frecvente forme de dereglare a urodinamicii la copii (aproximativ la 35 % din bolnavii cu pielonefrită), care condiționează modificări destructive în parenchimul renal ca rezultat al progresării pielonefritei cronice. RVU

se referă la uropatiile obstructive. O serie de studii au demonstrat o relație cauzală între RVU și dezvoltarea de „cicatrici” renale sau a „nefropatiei de reflux”.

Copii: persoane cu vârsta egală sau mai mică de 18 ani. Afecțiunea este de două ori mai frecventă la fete decât la băieți, cuprinde mai des vârstele începând cu nou-născuți - 3 ani și 4 ani-15 ani, mai rar sunt implicați copiii de 18 ani.

Screening: Examinarea copiilor în scop de evidențiere a patologiei. Orice modificare a funcției renale și aspectul radiologic trebuie să determine consultația urologului sau chirurgului.

Screening-ul refluxului vezico-ureteral: Simptomele sunt necaracteristice. Ele se datorează infecției urinare asociate:

- ✓ piurii repetate;
- ✓ uroculturi pozitive;
- ✓ stări febrile, paloare, hipotrofie;
- ✓ dureri abdominale.

Recomandabil: nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

A.9. Informația epidemiologică

RVU constituie una din cele mai frecvente patologii în urologia pediatrică. Incidența RVU la copii se situează între 17-40 %, cu o medie de 21 % din toate anomaliile aparatului urogenital. Când infecția tractului urinar constituie o indicație pentru investigare, RVU este descoperit în 29 – 50 % dintre copii. Este important de menționat că, incidența RVU scade cu vârsta, la sugari RVU e frecvent asociat cu infecția a tractului urinar. Odată cu creșterea copilului, ureterul submucos se alungește și raportul între lungimea tunelului submucos și diametrul ureterului crește, făcând mai puțin probabilă alterarea mecanismului natural antireflux.

S-a observat un risc sporit de RVU la copiii proveniți din aceeași familie. În 1955 Stephens a arătat pentru prima dată existența RVU la gemeni. De atunci, numeroase studii au demonstrat riscul semnificativ al RVU la membrii familiei unui pacient cu reflux. Acest risc variază între 27 – 33 %, motiv pentru care s-a sugerat ca frații, (în special cei sub 2 ani) ai unui pacient cu RVU, să fie supuși unor investigații sistematice.

Secundar RVU poate să apară hipertensiune arterială (în 2,4 %), afectarea funcției renale și insuficiența renală terminală. În studii europene, RVU este întâlnit la 17 % din toți pacienții internați cu insuficiență renală terminală.

RVU poate fi clasificat în primar și secundar.

- **RVU primar** – condiționat de insuficiența maturizării structurilor anatomice în porțiunea ostiumului ureteral:
 - Insuficiența mușchilor longitudinali, porțiunii submucoase a ureterului.
 - Scurtarea porțiunii submucoase a ureterului.
 - Ectopia ostiumurilor ureterale.

- Lateralizarea ostiumului ureteral.
- Dedublarea sistemului pieloureteral (legea Weigert- Meyer).
- Ureterocel.
- Diverticul al vezicii urinare.
- **RVU secundar:**
 - Cistita cronică.
 - Disfuncția neurogenă a vezicii urinare.
 - Obstrucția infravezicală.

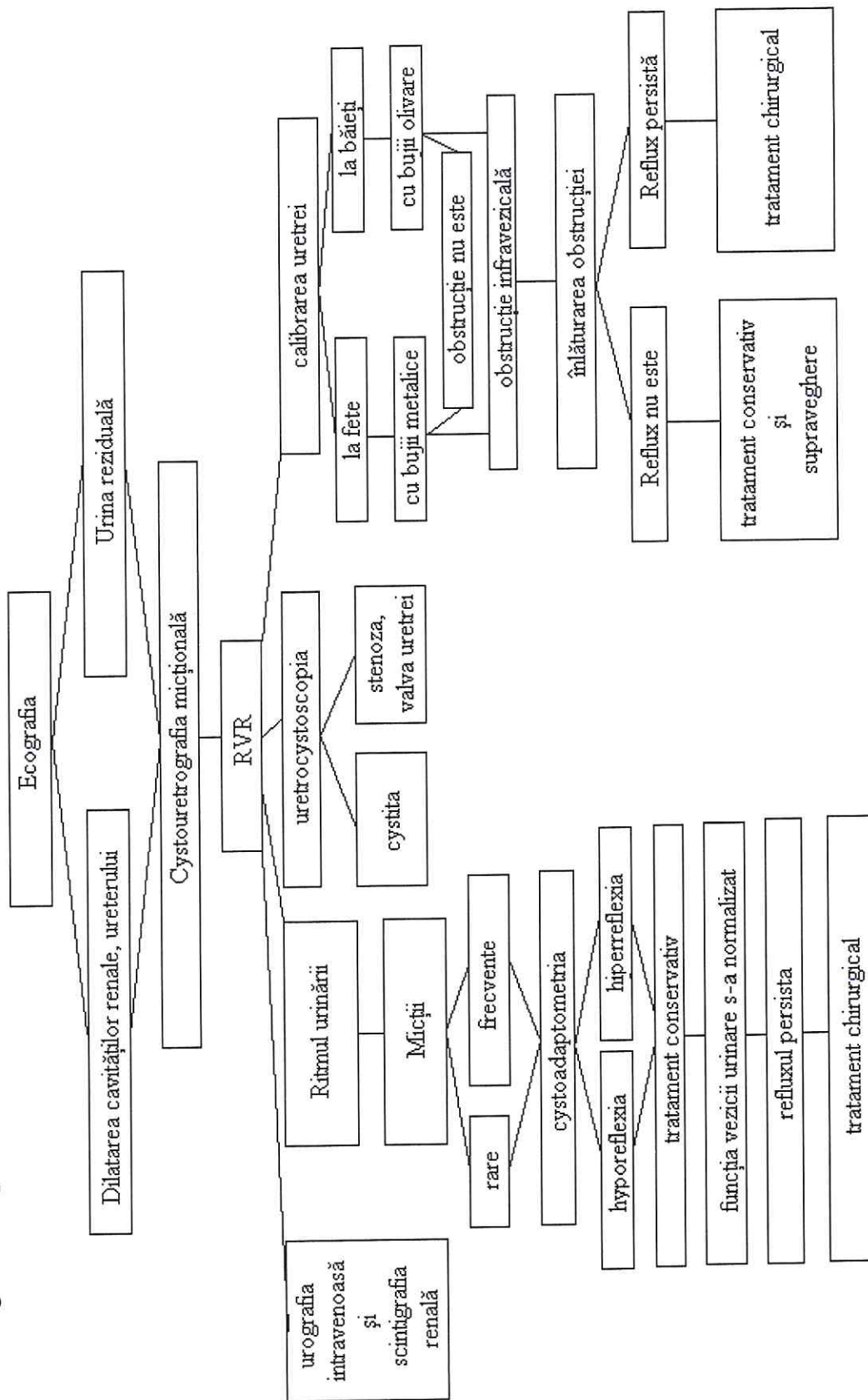
B. PARTEA GENERALĂ

Nivel de asistență medicală primară		
Descriere (măsurile)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<p>1. Screening-ul RVU C.2.3, C.2.4.</p>	<p>Screening-ul permite depistarea precoce a patologiei căilor urinare la copii .</p> <p>Examinarea prin ultrasonografie a gravidelor permite depistarea malformațiilor sistemului reno-urinar în perioada prenatală.</p>	<p>Standard/Obligatoriu</p> <ul style="list-style-type: none"> • USG gravidelor • USG sistemului urinar la copii practic sănătoși, născuți din mame cu afecțiuni cronice (patologie renală, DZ, HTA), la vârsta de 1 lună și repetat la 1 an • USG sistemului urinar la copii cu factori de risc pentru dezvoltarea RVU (<i>tabelul 1, caseta 4</i>)
<p>2. Diagnosticul</p> <p>2.1. Diagnosticul preliminar al patologiei renourinare C.2.5.1. – C.2.5.4.</p>	<p>Diagnosticarea precoce a formelor asimptomatice ale RVU permite inițierea tratamentului și reducerea evoluției nefavorabile a procesului de sclerozare a parenchimului renal „smochină uscată”, cu instalarea progresivă a insuficienței renale cronice</p>	<p>Standard/Obligatoriu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examenul clinic <ul style="list-style-type: none"> -Anamneza (<i>caselele 5, 6, 7</i>) -Examenul obiectiv (<i>caselele 8, 9</i>) • Investigații paraclinice (<i>tabelul 2</i>) <ul style="list-style-type: none"> - analiza generală a sângelui - analiza generală a urinei -USG sistemului urinar • Diagnosticul diferențial (<i>tabelul 3</i>) <p>La necesitate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - proba Neciporencu (<i>tabelul 2</i>)
<p>2.2 Deciderea consultului specialiștilor și/sau spitalizării C.2.5.5.</p>		<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toți copiii cu suspiciune la RVU necesită consultul medicului specialist urolog-pediatru/chirurg (<i>caseta 10</i>) • Evaluarea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 11</i>) <p><i>Algoritmul C.1.1.</i></p>

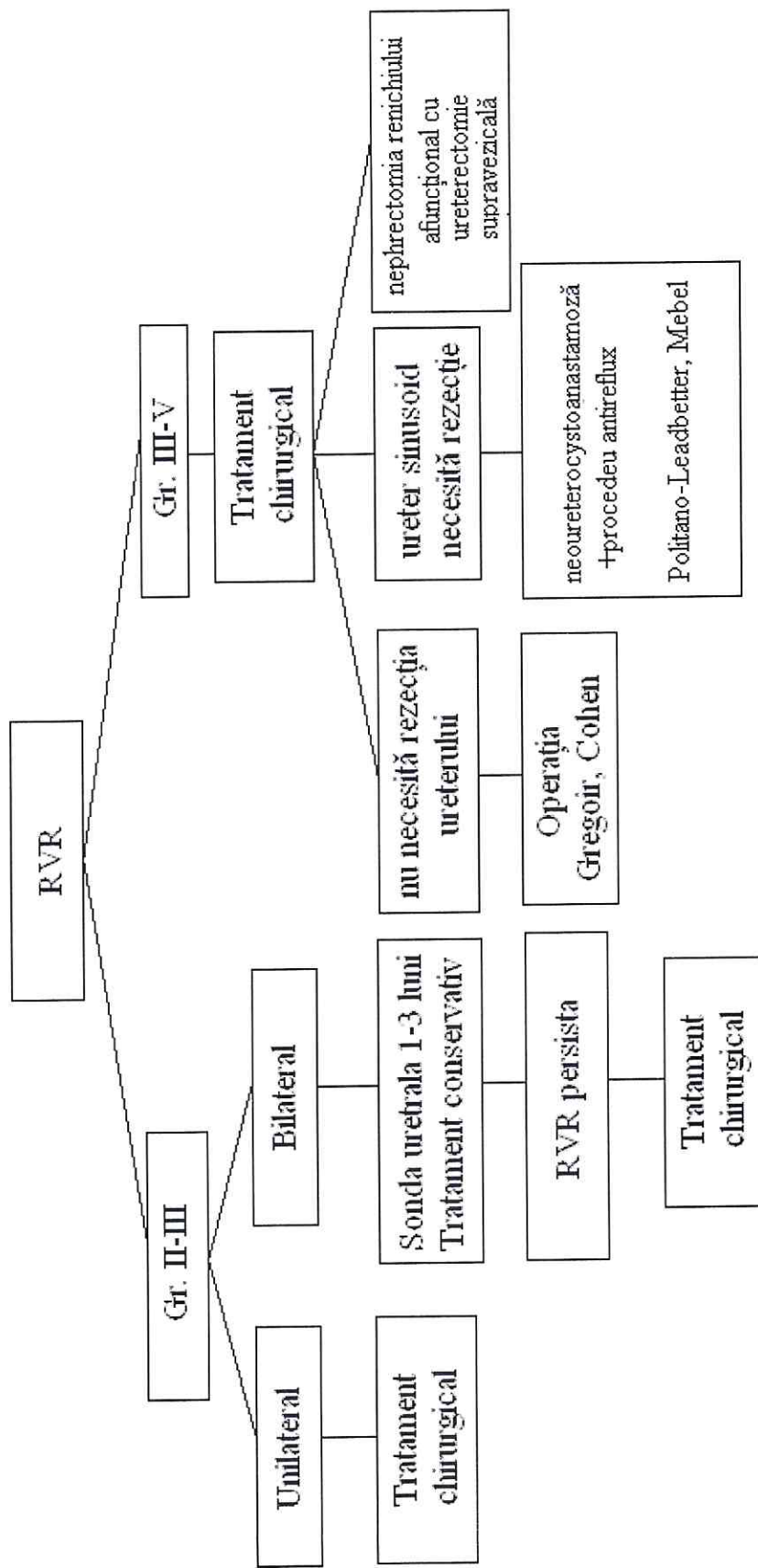
3. Tratamentul		
<p>3.1. Tratament simptomatic C.2.5.6.1.</p>	<p>Tratament conservativ pacienților li se indică cu scop de înlăturare a focarului de infecție și prevenirea complicațiilor <i>Tratamentul se va efectua în comun cu medicii specialiști urologi, nefrologi</i></p>	<p>La necesitate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul infecției urinare (<i>casetele 12-14</i>) <i>Algoritmul C.1.2.</i>
<p>4. Supravegherea C.2.5.7.</p>	<p>Va permite depistarea semnelor de progresare a procesului de destrucție și inflamator în rinichi [15]</p>	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispensarizarea se va face în comun cu medicul specialist urolog-pediatru/chirurg conform planului stabilit (<i>caseta 21</i>)

C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm general de conduită al pacientului cu RVU



C.1.2. Algoritmul general de tratament al pacientului cu RVU



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Factorii de risc

Caseta 1. Factorii de risc în dezvoltarea RVU

- Rasa. Copiii din rasa albă au un risc mai mare de dezvoltare a refluxului vezico-ureteral conform studiilor.
- Devieri în perioada de dezvoltare antenatală:
 - la mamă: procese inflamatorii ale organelor genitale externe, dereglări hormonale, endometrioza, infecții respiratorii acute în I trimestru de dezvoltare intrauterină, administrarea medicamentelor, avort habitual, naștere prematură;
- Prezența factorilor nocivi profesionali la mamă pe parcursul sarcinii:
 - factori fizici (vibrația, radiația);
 - factori chimici (vopseli, lacuri);
 - factori biologici (serviciu în laboratoarele bacteriologice, virusologice, secțiile cu patologie infecțioasă etc.).
- Decurgerea patologică a sarcinii și nașterii:
 - gestoze;
 - eminența întreruperii sarcinii;
 - infecții bacteriene și virale;
 - hipertensiunea arterială și hipotonia;
 - anemia;
 - acutizarea patologiei cronice cu caracter somatic;
 - nașterea prematură sau accelerată;
- Procese inflamatorii în perioada postnatală:
 - infecții respiratorii virale și bacteriale frecvente;
 - prezența focarelor cronice ale infecției (tonsilite, sinusite, faringite, vegetații adenoide etc.) cronice cu caracter somatic.

C.2.2. Screening-ul RVU

Tabelul 1. Indicațiile pentru efectuarea screeningu-lui RVU la copil

Grupul țintă	Termenul de efectuare a USG sistemului urinar
Copii sănătoși	- 1 lună - 1 an
Copii suspecti la anomalii congenitale ale tractului urinar	- în primele zile după naștere - 1 lună - 1 an
Notă: În caz de suspectare sau confirmare a diagnosticului de RVU, periodicitatea de efectuare a USG și altor examinări va fi indicată de către medicul specialist urolog pediatru.	

C.2.3 Conduita pacientului cu RVU

C.2.3.1 Anamneza

Caseta 2. Acuzele părinților copilului cu RVU în perioada nou-născutului

- staționare în greutate;
- disurie;
- vomă;
- diaree;
- accese febrile;
- febră prelungită;
- semne de deshidratare acută;
- somnolență;
- convulsii;
- hipotensiune sau hipertensiune arterială.

Notă: Aceste semne clinice pot fi caracteristice și altor afecțiuni neonatale.

Caseta 3. Acuzele părinților copilului cu RVU în primul an de viață și la copilul mic până la 3 ani.

- stare febrilă prelungită;
- absența creșterii în greutate;
- sindrom de deshidratare acută;
- sindrom neurologic;
- stare de intoxicație
- simptome de localizare a suferinței la nivelul tractului urinar;
- polakiurie (micțiuni dese, în cantitate redusă);
- disurie (manifestate prin agitație, plâns în cursul micțiunii);
- retenție de urină;
- aspect turbure al urinei,
- rinichi palpabili.

Caseta 4. Acuzele copilului mare (de la 4 până la 18 ani)

- temperatură normală sau febră;
- frisoane;
- agitație;
- dureri lombare spontane unilaterale sau bilaterale sau provocate, la nivelul unghiului costovertebral;
- dureri în hipogastru;
- polakiurie;
- disurie;
- piurii însoțite de dureri retro-și suprapubiene;
- tenesme vezicale;
- emisiuni de urine turbure;

- caracter imperios al micțiunilor;
- hipertensiune arterială tranzitorie, asociată sau/nu cu edem papilar la examenul fundului de ochi.

C.2.3.2 Manifestările clinice

Caseta 5. Examenul obiectiv general

- Febră prelungită;
- Micțiuni urgente și frecvente, enurezis;
- Disurie, uneori micțiune în doi timpi.

Caseta 6. Examenul obiectiv local

- Rinichi palpabili
- La palpație:
 - dureri lombare la nivelul unghiului costo-vertebral;
 - dureri retro- și suprapubiene;
 - dureri în hipogastru.

C.2.5.3. Investigațiile paraclinice

Tabelul 2. Investigațiile paraclinice la pacienții cu patologie urologică

Investigațiile paraclinice	Semnele sugestive pentru hidronefroză	Nivelul acordării asistenței medicale		
		AMP	Nivelul consultativ	Staționar
Analiza generală a urinei	leucociturie, piurie, hematurie	O	O	O
Analiza generală a sângelui	consecințe ale infecției: anemie, hiperleucocitoză, VSH sporit	O	O	O
Proba Neciporencu	peste 2000 leucocite/ml	R	O	O
Ecografia sistemului urinar	micșorarea rinichiului afectat în dimensiuni, conturul rinichiului neregulat, prezența „cicatricilor” renale, ectazie și deformația sistemului calice-bazinet, hiperecogenitate renală, vizualizarea ureterului afectat în porțiunea juxtravezicală	O	O	O

Analiza biochimică a sângelui (markeri ai afectării funcției renale)	norma sau majorarea indicilor creatininei și ureei; norma sau reducerea valorilor clearance-ului creatininei; norma sau diminuarea indicilor proteinei totale; norma sau majorarea indicilor fibrinogenului.		R	O
Grupa de sânge și Rh factor <i>(pacienților cu intervenții chirurgicale)</i>			R	O
ECG <i>(pacienților cu intervenții chirurgicale)</i>			R	O
Uretrocistografia micțională (perioada de remisie a procesului patologic)				O
Urografia intravenoasă (perioada de remisie a procesului patologic)			R	O
Scintigrafia renală (perioada de remisie a procesului patologic)	Funcția de filtrare și evacuare a radionucleidului este vădit diminuată.			R
Ritmul urinării, cistomanometria (perioada de remisie)	micțiuni dese, rare		R	O
Tomografia computerizată, Rezonanța	Ne decelează obstrucții, probleme renale etc.			R

magnito-nucleară				
Urocultura	Ne identifică agentul infecției urinare, gradul bacteriuriei			O

Caseta 7. Indicații pentru consultația medicului specialist urolog-pediatru/chirurgului-pediatru/chirurgului

- Vârsta de până la 1 an a copiilor cu suspecție la RVU
 - Dificultăți în stabilirea diagnosticului RVU
 - Modificările tabloului ecografic al căilor urinare (dilatarea ureterelor și cavităților intrarenale)
- ar (febră prelungită fără semne catarale, micțiuni urgente și frecvente, leucociturie).

C.2.3.4 Diagnosticul diferențial

Tabelul 3. Diagnosticul diferențial al RVU cu hidronefroza și megaureter obstructiv

Criterii	RVU	Hidronefroza	MUO
Anamneza Simptome	Dureri lombare apărute în timpul micțiunii, uneori micțiune în doi timpi, infecție urinară recidivantă.	Dureri lombare subcostale, la efort fizic, tumoră palpabilă, moale, transiluminabilă.	Infecție urinară recidivantă
Ecografia sistemului urinar	Micșorarea rinichiului afectat în dimensiuni, conturul rinichiului neregulat, prezența „cicatricilor” renale, ectazie și deformația sistemului calice-bazinet, hiperecogenitate renală, vizualizarea ureterului afectat în porțiunea juxtravezicală	Dilatarea sistemului calice-bazinet mai mult de 10 mm	Dilatarea sistemului calice-bazinet mai mult de 10 mm și a ureterului (ureterelor). RVU nu se depistează.
Uretro-cistografia micțională	Gradul I - reflux pe ureterul pelvin; gradul II - reflux total uretero-pielo-caliceal, formicele caliceale normale; gradul III- reflux total, masiv cu dilatarea aparatului pielocaliceal, dilatație ușoară a formicelor caliceale; gradul IV- reflux masiv, dilatarea vădită a aparatului pielocaliceal. Obliterație completă a unghiului ascuțit al formicelor, dar se păstrează structura papilară a calicelor; gradul V – reflux masiv, ureter „monstruos”, sinuos, cu aspect de „colon”. Structura papilară în majoritatea calicelor nu se vizualizează (15).	Reflux vezico-ureteral nu se determină	Reflux vezico-ureteral nu se determină
Urografia intravenoasă	Micșorarea dimensiunilor rinichilor, prezența „cicatricilor renale”, atrofie generalizată sau focară a parenchimului renal, deformarea calicelor, atenuarea colului calicelor, diminuarea contrastării în locul afectării, contrastarea	Gradul I - bazinet globulos cu marginea inferioară convexă, calice „pline”, dar nedeformate.	Dilatarea sistemului calice-bazinet și ureterului, stenoză a segmentului juxtra-

<p>ureterului pe tot traiectul său, dilatarea porțiunii distale a ureterului, diverticul parauretral, micșorarea contrastării a unui pielon renal în rinichi dublu. RVU gr. I - UIV: normală. RVU gr. II - UIV: normală, ureterul hipoton, ușor dilatat. RVU gr. III - UIV: parenchim redus, calice balonizate, apropiate, ureter dilatat. RVU gr. IV - UIV: parenchim vădit diminuat, ureter sugerat, sinuos. RVU gr. V - UIV: secreție slabă sau absentă, rinichi afuncțional.</p>	<p>Gradul II- bazinet dilatat, vezical. calice bombate, rotunjite, papile șterse, parenchim redus, Gradul III- distensie enormă a bazinetului și calicelor, care apar ca niște opacități sferice, mari, parenchimul mult subțiat, secreția întârziată imaginea fiind obținută p secvențe tardive. Gradul IV- rinichi afuncțional.</p>
---	--

C.2.3.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 8. Criteriile de spitalizare a copiilor cu RVU

- RVU la copiii primilor luni de viață (febră, vomă, agitație, semne de deshidratare acută, etc.);
- RVU la copii în perioada de acutizare a procesului patologic;
- RVU la copii cu lipsa dinamicii pozitive după tratament conservativ în condiții de ambulator;
- Tratament chirurgical planificat.

C.2.3.6 Tratamentul

C.2.3.6.1 Tratamentul conservativ

Caseta 9. Indicații pentru tratament conservativ

- Copii cu RVU gr. I-II – cu scopul de a restabili disfuncția vezicii urinare;
- Copii cu RVU gr. II-V – cu scopul de a îmbunătăți funcția vezicii urinare și cu scop de pregătire preoperatorie;
- Copiii, părinții cărora refuză tratamentul chirurgical.

Caseta 10. Tratamentul conservativ complex al RVU în perioada acută a procesului inflamator

- *Preparate antibacteriene:* Antibiotice: Cefalosporine generația I-IV: Cefazolinum – 50-100 mg/kg în 3 prize *per os*, Cefalexinum – 25-50 mg/kg în 3 prize *per os*, Cefuroxim – 50-100 mg/kg/24 ore, i.m., Cefotaximum – 70-100 mg/kg în 2 prize i.m., Cefepimum – 50 mg/kg/24 ore, i.v. 2 prize etc., până la scăderea febrei și până la sterilizarea urinei, în mediu – 7 zile. La aprecierea sensibilității germenilor, antibioticul se va indica în funcție de antibiogramă.
- Amoxicillinum + Acidum Clavulanicum – 2,5-5 ml în 2 prize *per os*, în mediu – 7 zile.
- *Preparate antipiretice:* Paracetamol – doza maximă 25 mg/kg, apoi 12,5 mg/kg fiecare 6 ore – 2-3 zile.
- *Preparate antioxidante:* Tocopherolum – 0,1 o dată pe zi *per os*, – 10 zile.
- *Preparate antihistaminice:* Diphenhydraminum – 5 mg/kg/ 24 ore, *per os*, sau i.m, sau Chloropyraminum 0,025 o dată pe zi, *per os*, sau Sol. Chloropyraminum 2% - 1 ml o dată pe zi, i.m., sau Clemastinum 1mg de 2 ori pe zi, *per os* sau Clemastinum 2mg -2,0 ml o dată pe zi, i.m. – 3-5 zile.
- *Derivații 8-oxichinolonei:* Nitroxolinum* – până la vârsta de 5 ani – 0,2 în 24 ore, după 5 ani – 0,2-0,4 în 24 ore. *per os* – 10-14 zile,
- *Derivații naftiridinei:* Acidum oxolinicum* – copii de la 2-12 ani – 0,25 x 3 ori pe zi; copii de la 12 ani – 0,5 de 3 ori pe zi *per os* – 7 -10 zile.

- *Fluorchinolone*: Ofloxacinum (după 15 ani) – 0,2 de 2 ori *per os* sau Norfloxacinum (după 15 ani) – 0,2 de 2 ori pe zi *per os* – 5 zile.
- *Derivații nitroimidazolului*: Metronidazolium – 7,5 mg/kg/24 ore *per os* – 7 zile.
- *Derivații nitrofuranului* (Furazidinum sau Nitrofuratoinum*: 5-8 mg/kg/24 ore în 3-4 prize, *per os* – 10-14 zile).
- *Vitaminoterapie* (Retinolum, Thiamini hydrochloridum, Riboflavinum*, Pyridoxinum, Cyanocobalaminum) – 10 zile.
- *Sondă* permanentă în vezica urinară pe 7-10 zile.

Caseta 11. Tratamentul conservativ în perioada de remisie a RVU

- *Derivații 8-oxichinolonei*: Nitroxolinum* – până la vârsta de 5 ani – 0,2 în 24 ore, după 5 ani – 0,2-0,4 în 24 ore. *per os* – 10-14 zile
- *Derivații naftiridinei*: Acidum oxolinicum* – copii de la 2-12 ani – 0,25 de 3 ori pe zi; copii de la 12 ani – 0,5 de 3 ori pe zi *per os* – 7-10 zile.
- *Fluorchinolone*: Ofloxacinum (după 15 ani) – 0,2 de 2 ori *per os*, sau Norfloxacinum (după 15 ani) – 0,2 de 2 ori pe zi *per os* – 5 zile.
- *Derivații nitrofuranului* (Furazidinum sau Nitrofuratoinum*: 5-8 mg/kg/24 ore în 3-4 prize, *per os* – 10-14 zile).
- *Vitaminoterapie* (Retinolum, Thiamini hydrochloridum, Riboflavinum*, Pyridoxinum, Cyanocobalaminum) – 10 zile.
- *Bacterii vii* E. Coli M-17.
- *Fizioterapie* (conform indicațiilor medicului fizioterapeut).

C.2.3.7. Supravegherea pacienților

Caseta 12. Supravegherea pacienților cu RVU

- Controlul urologului peste-o lună;
- Controlul medicului de familie;
- Urocultura 1 dată în lună timp de 3 luni, apoi 1 dată în 3 luni;
- Ecografia căilor urinare, uretrocistografia micțională 1 dată în 6 luni;
- UIV 1 dată în 1-2 ani pentru evaluarea dinamicii creșterii parenchimului renal și procesului de scleroză;
- Testele funcției renale – ureea, creatinina sanguină 1 dată în an, mai ales când există RVU bilateral;
- Densitatea urinei 1 dată pe an;
- Cistoscopia – la necesitate;
- Examinări ai urodinamicii – existența în anamneză a dereglării micțiilor, disfuncții neurogene a vezicii urinare.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<i>Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP</i>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie • medic pediatru • asistenta medicală de familie • medic de laborator • medic funcționist (CMF, AMT)
	<p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aparat de USG • laborator clinic pentru aprecierea hemogramei și urinei sumare.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate antibacteriene: Antibiotice: (Cefalosporine generația I-IV: Cefazolinum, Cefalexinum, Cefuroximum, Cefotaximum, Cefepimum etc.). • Amoxicillinum + Acidum Clavulanicum • Preparate antipiretice (Paracetamolum) • Preparate antihistaminice: (Diphenhydraminum, Chloropyranum, Clemastinum) • Preparate antioxidante (Tocopherolum) • Vitamine (Retinolum, Thiamini hydrochloridum, Riboflavinum*, Pyridoxinum, Cyanocobalaminum) • Bacterii vii E. Coli M-17

**E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII
PROTOCOLULUI**

No	Obiectivele protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A îmbunătăți diagnosticarea pacienților cu RVU	<p>1.1. Proporția copiilor practic sănătoși, născuți din mame cu afecțiuni cronice (patologie renală, DZ, HTA), care au împlinit vârsta de 1 an și au fost supuși examenului ultrasonografic al sistemului urinar la vârsta de 1 lună și 1 an, pe parcursul unui an</p> <p>1.2. Proporția copiilor suspecți la anomalia sistemului urinar care au fost supuși examenului ultrasonografic al sistemului urinar în primele zile după naștere pe parcursul unui an</p> <p>1.3. Proporția copiilor diagnosticați cu RVU pe parcursul unui an</p>	<p>1.1. Numărul copiilor practic sănătoși, născuți din mame cu afecțiuni cronice (patologie renală, DZ, HTA), care au împlinit vârsta de 1 an și au fost supuși examenului ultrasonografic al sistemului urinar la vârsta de 1 lună și 1 an pe parcursul ultimului an x 100</p> <p>1.2. Numărul copiilor suspecți la anomalia sistemului urinar care au fost supuși examenului ultrasonografic al sistemului urinar în primele zile după naștere pe parcursul ultimului an x 100</p> <p>1.3. Numărul copiilor diagnosticați cu RVU pe parcursul ultimului an x 100</p>	<p>Numărul total de copii practic sănătoși, născuți din mame cu afecțiuni cronice (patologie renală, DZ, HTA), care au împlinit vârsta de 1 an și se află la evidenta medicului de familie pe parcursul ultimului an</p> <p>Numărul total de copii suspecți la anomalia sistemului urinar de vârsta până la 1 an care se află la evidenta medicului de familie pe parcursul ultimului an</p> <p>Numărul total de copii suspecți la anomalia sistemului urinar de vârsta până la 1 an, care se află la evidenta medicului de familie, pe parcursul ultimului an</p>

2.	A îmbunătăți tratamentul pacienților cu RVU	2.1. Proporția pacienților cu RVU supuși tratamentului chirurgical conform recomandării PCN „RVU la copil” pe parcursul unui an 2.2. Proporția pacienților cu RVU supuși tratamentului chirurgical pe parcursul unui an, care au dezvoltat complicații postoperatorii în primele 10 zile după intervenție chirurgicală	Numărul pacienților cu RVU supuși tratamentului chirurgical conform recomandării PCN „RVU la copil” pe parcursul ultimului an x 100 Numărul pacienților cu RVU supuși tratamentului chirurgical, care au dezvoltat complicații postoperatorii în primele 10 zile după intervenție chirurgicală pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu RVU care se află la evidența medicului de familie și medicului specialist (urolog-pediatru) pe parcursul ultimului an Numărul total de pacienți cu RVU supuși tratamentului chirurgical pe parcursul ultimului an
3.	A reduce rata complicațiilor prin IRC la pacienții cu RVU	3.1. Proporția pacienților cu RVU care au dezvoltat IRC pe parcursul unui an 3.2. Proporția pacienților cu RVU supuși corecției chirurgicale, la care a survenit recidivul refluxului pe parcursul unui an 3.3. Proporția pacienților cu RVU care sunt supravegheați de către medicul de familie conform recomandărilor PCN „RVU” pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu RVU care au dezvoltat IRC pe parcursul ultimului an x 100 Numărul pacienților cu RVU supuși corecției chirurgicale, la care a survenit recidivul refluxului pe parcursul ultimului an x 100 Numărul pacienților cu RVU care sunt supravegheați de către medicul de familie conform recomandărilor PCN „RVU” pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți cu RVU care se află la evidența medicului de familie și medicului specialist (urolog-pediatru) pe parcursul ultimului an Numărul total de pacienți cu RVU supuși corecției chirurgicale pe parcursul ultimului an Numărul total de pacienți cu RVU care se află la evidența medicului de familie și medicului specialist (urolog-pediatru) pe parcursul ultimului an

F. ASPECTE MEDICO- ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostico-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația pediatru	IMSP CS Ungheni	CIT ”Licurici”
Ivestigații de laborator	IMSP CS Ungheni	Cab 3019,320,321
Consultatia urolog	IMSP IMC	Registratura (022) 523121 mama-copilul.md
Consultatia chirurg	IMSP IMC	Registratura (022) 523121 mama-copilul.md

Procedura de pregătire diagnostico-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (formular 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației respective. Îndreptarea se completează de către medicul de familie.

Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimeterea pacientului.

1. Pentru efectuarea investigațiilor, consultației la medicul specialist în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul de familie, îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul clinic complet, rezultatele investigațiilor realizate la nivel de AMP și argumentarea necesității procedurii, consultației medicului specialist (formular 027e). Pacientul va prezenta formular 027e în instituția medicală vizată.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin contactarea telefonică a registraturii instituției medicale solicitate sau SIRSM. Biletul de trimitere formular 027e va fi întregit în registrul de evidență.

2. La întoarcerea în instituție, la locul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterii) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației, consultației, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acestora.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică

Anexa 1. Ghidul pentru pacient/părinții copilului cu reflux vezico-ureteral

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul copiilor cu RVU în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire și tratament al RVU. Nu sunt descrise în detalii maladia, analizele și tratamentul necesar. Despre acestea veți afla de la medicul Dvs.

- 1.- În refluxul vezico-ureteral urina din vezica urinară se reîntoarce în rinichi.
 - Mai frecvent suferă fetițele.
 - Acest reflux de urină duce la infecția renală.
 - Este cunoscut faptul că 25-30 % din copii cu infecție urinară cronică au la bază refluxul vezico-ureteral.
2. Care sunt cauzele refluxului vezico-ureteral?
 - De caracter anatomic – o displazie, o dezvoltare insuficientă a porțiunii inferioare a ureterului în locul pătrunderii lui în vezica urinară.
 - Atonie a vezicii urinare.
3. Simptomele clinice: - Ca regulă sunt cele ale infecției urinare deci, febră, modificări de digestie (greturi, vomă), disurie (micțiuni dese în cantitate redusă, incontinență urinară, enurezis), paliditate, edeme palpebrale, dureri în porțiunea inferioară a abdomenului.
4. Investigațiile efectuate vor determina prezența leucocitelor în analiza generală a urinei, puroi care va fi asociată cu febră până la 38-39°C. Metoda de investigație specifică pe lângă examenul ecografic al rinichilor (dilatate a sistemului cavitărilor al rinichiului, și ureterului) este uretrocistografia micțională, care ne permite de a determina o dilatare a ureterului, rinichiului ce în normă nu trebuie să fie.
5. La ce duce refluxul vezico-ureteral?

Nu numai la inflamația rinichiului, dar și la atrofia parenchimului renal din cauza infecției renale și a presiunii sporite în rinichi cu dezvoltarea sclerozei renale, a insuficienței renale și hipertensiunii arteriale
6. Tratamentul refluxului vezico-ureteral se indică de medici pe 6-12 luni și include tratamentul antibacterian (în dependență de sensibilitatea agentului microbial la antibiotice), desensibilizante etc.
7. În caz dacă refluxul vezico-ureteral se menține și este prezentă pielonefrita se indică tratamentul chirurgical.
8. Supravegherea copiilor ce suferă de reflux vezico-ureteral sau care au suportat o intervenție chirurgicală în patologia dată se efectuează de medicul de familie în comun cu medicul urolog-pediatru sau chirurg-pediatru și nefrolog. Periodic, 1 dată în lună, se efectuează analizele generale a urinei, însămânțarea urinei,

examenul ecografic renal (1 dată în 6 luni), ce permite de a urmări creșterea rinichiului. În caz de dispariție a refluxului vezico-ureteral (după tratament conservativ sau chirurgical) de la evidentă copiii se scot peste 5 ani, în lipsa acutizării pielonefritei și după a investigație profundă urologică.

Respectați regimul tratamentului prescris, recomandările medicului și prezentați-vă la control la timp. Toate aceste măsuri sunt direcționate către însănătoșirea copilului D-voastră și previn dezvoltarea complicațiilor grave.

Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru PCN

FIȘA MEDICALĂ DE AUDIT BAZATĂ PE CRITERII REFLUX VEZICO-URETERAL LA COPIL		
Domeniul prompt	Definiții și note	
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Numele, prenumele, telefon de contact
3.	Perioada de audit	DD.LL.AAAA
4.	№ FM a bolnavului	
5.	Mediul de reședință al pacientului	1 – urban; 2 - rural
6.	Data de naștere a pacientului	DD.LL.AAAA sau 9 –nu-i cunoscută
7.	Sexul pacientului	1 – masculin; 2 - feminin, 9 – nu este specificat
8.	Numele medicului curant	
9.	Patologia	Reflux vezico-ureteral la copil
INTERNAREA		
10.	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutor medical primar	AMP=1, AMU=2, secția consultativă=3, spital=4, instituția medicală privată=6, alte instituții =7, necunoscută = 9
11.	Data adresării primare după ajutor	DD.LL.AAAA, necunoscută = 9
12.	Data internării în spital	DD.LL.AAAA sau 9 –necunoscută
13.	Ora internării la spital	HH:MM sau 9 –necunoscută
14.	Secția de internare	DMU – 1; secția de profil pediatric – 1; secția de profil chirurgical – 2; secția reanimare -3
15.	Timpul până la transfer în secția specializată	≤ 30 minut – 0; 30minute - 1 oră - 1; ≥1 oră - 2; nu se cunoaște – 9
16.	Data și ora internării în reanimare, TI	DD.LL.AAAA, ora (00:00); nu a fost necesar=5; 9 –necunoscută
17.	Durata aflării în reanimare, TI (zile)	număr de ore/zile nu a fost necesar = 5; necunoscută = 9
18.	Durata internării în spital (zile)	număr de zile; necunoscută = 9
19.	Transfer în/din alte spitale	Nu=0; da=1(denumirea instituției); nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
20.	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
21.	Tratament administrat la DMU <i>În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul (medicamentul, doza, ora administrării)</i>	Administrat: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
DIAGNOSTICUL		
22.	Data debutului simptomelor	DD.LL.AAAA; 0- până la 6 luni; 1- mai mult de 6 luni sau 9 –necunoscută
23.	Urografia intravenoasă, scintigrafia	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se

	renală	cunoaște
24.	Ecografia sistemului urinar	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
25.	CT/RMN aparatului reno-urinar cu contrast fără contrast	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
26.	Ro” abdomenului	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
<i>În cazul răspunsului afirmativ, indicați rezultatul</i>		
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENTULUI		
27.	Internat în mod urgent	nu=0; da=1; necunoscut=9
28.	Starea pacientului la internare	Satisfăcătoare=2; grav-medic=3; gravă=4; foarte gravă=5; extrem de gravă=6
29.	Complicații înregistrate la internare	nu=0; da=1; necunoscute=9
30.	Maladii concomitente	nu=0; da=1; necunoscute=9
TRATAMENTUL		
31.	Tratamentul medicamentos suficient	0 – nu; 1- da
32.	Tratamentul chirurgical a fost efectuat	0 – nu; 1- da
33.	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM
34.	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la debutul maladiei	OO:MM
35.	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la momentul internării	OO:MM
EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA		
36.	Data externării sau transferului în alt spital Data decesului	DD.LL.AAAA DD.LL.AAAA
37.	Complicații înregistrate pe parcursul tratamentului	nu=0; da=1; necunoscute=9
38.	Implementarea criteriilor de externare	0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște
39.	Prescrierea recomandărilor la externare	0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște
DECESUL PACIENTULUI		
40.	Decesul în spital	0 – nu; 1- cauzat de complicații ale peritonitei; 2 – alte cauze; 9 – nu se cunosc