



Aprobat
șef IMSP CS Ungheni
Belbas Oleg

Instituția Medico-Sanitară Publică CS Ungheni

Convulsii febrile

Protocol clinic instituțional (ediția II)

PCI-8

Ungheni, 2024



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

31 octombrie 2024

Nr. 887

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Convulsiile febrile”, 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 „Convulsiile febrile”, ediția II, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Convulsiile febrile”, 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 „Convulsiile febrile”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Convulsiile febrile”, 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 Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Convulsiile febrile”, ediția II, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Convulsiile febrile”, ediția II, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul Mamei și Copilului, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Convulsiile febrile”, ediția II, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza implementarea Protocolului clinic național „Convulsiile febrile”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr.250 din 19.06.2008 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Convulsiile febrile”, cu modificările ulterioare.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO



INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE UNGHENI

ORDIN

Nr. 96

„13” 12 2024

*Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.887 din 31.10.24
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
"Convulsiile febrile" ediția II
în cadrul IMSP CS Ungheni.*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 887 din 31.10.2024 „Cu privire la aprobarea **Protocolului Clinic Național "Convulsiile febrile", 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 **"Convulsiile febrile", ediția II**.
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național **"Convulsiile febrile", 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 **"Convulsiile febrile", 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 **"Convulsiile febrile", 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

CUPRINS

SUMARUL RECOMANDĂRILOR.....	3
ABREVIERILE FOLOSITE IN DOCUMENT	4
PREFAȚĂ.....	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	5
A.1. Diagnosticul:.....	5
A.2. Codul bolii	5
A.3. Utilizatorii:.....	5
A.4. Obiectivele protocolului:	5
A.5. Elaborat.....	6
A.6. Revizuit.....	6
A.7. Următoarea revizuire: 2029.....	6
A.8. Definițiile folosite în document.....	6
A.9. Informația epidemiologică	6
A.10. Clase de dovezi și scala de evaluare pentru recomandări	8
B. PARTEA GENERALĂ.....	9
Nivelul de asistență medicală primară (medic de familie)	9
C. ALGORITMI DE CONDUITĂ	10
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR.....	12
C.2.1. Diagnosticul	12
C.2.1.1. Anamneza	12
C.2.1.2. Examenul fizic	12
C.2.1.3. Investigații paraclinice.....	13
C.2.1.4. Diagnosticul diferențial	14
C.2.1.5. Criteriile de spitalizare.....	16
C.2.1.6. Tratamentul CF	16
C.2.1.6.1. Tratamentul stărilor de urgență în CF la etapa prespitalicească.....	16
C.2.1.7. Supravegherea pacienților cu CF.....	18
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	19
Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP	19
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI ..	20
F. ASPECTE MEDICO- ORGANIZATORICE	22
ANEXE	24
Anexa 1. Fișa standardizată de audit medical	24
Anexa 2.....	26
Ghidul pacientului cu convulsii febrile	26

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

1. Convulsiile febrile (CF) reprezintă un sindrom frecvent întâlnit în practica pediatrică, constituind cel mai frecvent tip de accese convulsive în copilărie.
2. Incidența și prevalența rămâne relativ stabilă pe parcursul anilor, circa 2-5% din copiii cu vârsta mai mică de 5 ani pot dezvolta CF.
3. Se consideră că CF sunt în general benigne, nu lasă sechele pe termen lung și în rare cazuri se pot asocia și cu accese afebrile.
4. Meningitele și encefalitele pot cauza febră și convulsii simptomatice în rândul copiilor, de aceea acestea trebuie să fie luate în considerație în primul rând când evaluăm un copil cu CF.
5. Ca cauză etiologică frecventă sivesc infecțiile virale, fiind detectată în circa 82% cazuri de CF, de aceea se necesită supravegherea evenimentelor adverse post imunizare.
6. Un istoric pozitiv de CF sau epilepsie este prezent în cadrul familiilor cu CF, fiind descris în 24-40% cazuri.
7. În rândul copiilor cu deficite neurologice, cum ar fi paralizia cerebrală infantilă, CF au o prevalență mai mare, fiind des asociate și cu accese afebrile
8. Riscul de recurență al CF este de 30-50% după primul episod.
9. Ca factori de recurență sunt: vârsta de debut a CF mai mică de 12 luni, istoricul pozitiv de CF sau epilepsie, CF complexe, febra mai mică de 39° Celsius, durata scurtă dintre debutul febrei și acceselor.
10. În evaluarea clinică a CF este important de a exclude neuroinfecțiile, prin efectuarea PL și evaluarea semnelor meningiene.
11. PL este recomandată în special copiilor cu CF cu vârsta mai mică de 12 luni.
12. Imagistica prin CT și/sau RMN cerebrală este indicată doar atunci când se suspectă și altă patologie neurologică asociată CF.
13. EEG nu este recomandată ca rutină în contextul CF, având valoarea sa în asocierea și de accese afebrile, asociere de status epilepticus și în CF complexe.
14. Tratamentul de urgență include poziționarea corectă a copilului și administrare de benzodiazepine (Diazepamum, Midazolamum*).
15. Tratamentul profilactic include administrarea pe termen lung a Phenobarbitalum, acidului Valproicum și profilaxia intermitentă cu Diazepamum, dar numai în condiții speciale, când sunt întrunite toate criteriile necesare unui tratament anticonvulsiv.

ABREVIERILE FOLOSITE IN DOCUMENT

AMP	Asistența medicală primară
AMU	de urgență
AMUP	Asistența medicală de urgență prespitalicească
AMSA	Asistența medicală specializată de ambulator
AMS	Asistența medicală spitalicească
CF	Convulsii febrile
CT	Tomografia computerizată
EEG	Electroencefalografie
FCC	Frecvența contracțiilor cardiace
FR	Frecvența respirației
h	ora
Hg	hidrogen
IMC	Institutul Mamei și Copilului
i/m	Intramuscular (administrare intramusculară)
i/r	Intrarectal (administrare intrarectală)
i/v	Intravenos (administrare intravenoasă)
LCR	Lichid cefalo-rahidian
MAE	Medicamente anticonvulsivante
min.	Minut
NSG	Neurosonografia transfontanelară
Na	Natriu
Per os	Mod de administrare a preparatelor (prin cavitatea bucală)
Pb	Plumb
RMN	Rezonanța magnetică nucleară
SATI	Secția anestezie și terapie intensivă
SNC	Sistem nervos central
TA	Tensiune arterială
TAs	Tensiune arterială sistolică
TAd	Tensiune arterială diastolică
TIC	Tensiune intracraniană

PREFATĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: PCN-8, „Convulsii febrile”, ediția II, și Ordinul nr. 429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implementării 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;

Ciobanu Irina - 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: decembrie (Aprobat prin Ordinul directorului 96 din 13.12.2024) în baza:

- PCN-8, „Convulsii febrile”, ediția II, Aprobat prin Ordinul MS al RM nr. 887 din 31.10.2024 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Convulsiile febrile”, ediția II

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Convulsii febrile

Exemple de diagnostic clinic:

1. Convulsii febrile simple (benigne), accese generalizate, tonico-clonice.
2. Convulsii febrile complexe, cu accese focale.

A.2. Codul bolii (CIM 10): R 56.0 Convulsii febrile

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor de AMP (medicii de familie și asistentele medicului de familie).
NOTĂ: Protocolul poate fi utilizat, la necesitate, și de alți specialiști, implicați în asistența medicală acordată copiilor cu CF.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a pacienților cu CF
2. Îmbunătățirea calității tratamentului pacienților cu CF
3. Îmbunătățirea profilaxiei recurențelor la pacienții cu CF
4. Micșorarea numărului cazurilor de complicații ale CF
5. Micșorarea numărului cazurilor de deces prin CF

A.5. Elaborat: 2008

A.6. Revizuit: 2024

A.7. Următoarea revizuire: 2029

A.8. Definițiile folosite în document

Convulsii febrile – Convulsiile febrile sunt convulsii ocazionale (accidentale), ce survin la un copil cu vârsta cuprinsă între 3 luni – 5 ani, pe fondalul unor pusee de febră, în absența semnelor de suferință cerebrală (neuroinfecție). Sunt 3 factori principali care pot fi cauza convulsiilor febrile: febra, vârsta și predispoziția genetică. Convulsiile febrile se clasifică în funcție de evoluție în (1) convulsii febrile simple și (2) convulsii febrile complexe.

Convulsiile febrile simple – apar la un copil cu vârsta de la 6 luni până la 5 ani, pe fondal de febră, în contextul maladiilor inflamator-infecțioase, cu excepția infecțiilor sistemului nervos central. Sunt primar generalizate (tonice, tonico-clonice sau atonice), durează până la 15 minute, nu se mai repetă pe parcursul aceluiași puseu febril (< 24 ore) sau în afebrilitate. Deficitul motor postcritic este absent. Anamneza neurologică anterioară nu este agravată. Reprezintă 70-75% din numărul total de CF.

Convulsiile febrile complexe – durează peste 15 minute, sunt focale sau unilaterale, pot trece în status epilepticus rapid, se repetă în serie pe parcursul a 24 de ore sau pe fondalul aceluiași episod febril, pot persista deficite motorii postcritice (paralizia Todd). Survin până la vârsta de 1 an. Anamneză familială poate fi agravată prin epilepsie sau prin alte maladii neurologice. Se pot complica prin apariția bolii epileptice în 10% cazuri. Reprezintă 30-35% din numărul total de CF.

Status epilepticus – este o condiție care rezultă fie din eșecul mecanismelor responsabile de încetarea convulsiilor sau celor de inițierea mecanismelor, ce duc la convulsii anormal de prelungite (după timpul t1). Este o afecțiune care poate avea sechele pe termen lung (după punctul t2), inclusiv moartea neuronală, leziuni neuronale și afectarea rețelelor neuronale, în funcție de tipul și durata crizelor.

Status epilepticus convulsiv generalizat – sunt crizele convulsive generalizate tonice, clonice, tonico-clonice, atonice sau mioclonice subintrante, fără recuperarea conștiinței între crize.

Status epilepticus convulsiv focal – sunt crize clonice repetitive, focale sau de hemicorp, între care persistă un deficit motor permanent. Un aspect particular are epilepsia parțială continuă Kojevnikow, în cadrul căreia are loc o activitate clonică focală continuă sau intermitentă, ce poate dura săptămâni sau luni și se soldează cu instalarea progresivă a unei hemipareze de partea afectată.

Status epilepticus absență sau status epilepticus non-convulsiv (status petit mal) – perturbare a conștiinței în măsură variabilă (de la o simplă lentoare intelectuală la torpoare profundă) cu păstrarea aptitudinilor motorii. Manifestările clinice atipice pot include: catatonie și tulburările de memorie.

A.9. Informația epidemiologică

Convulsiile febrile reprezintă convulsii ocazionale (accidentale), constituind cea mai comună problemă a neurologiei pediatrice. Sunt una dintre cele mai frecvente cauze declanșatoare ale status-ului epileptic la copii.

În SUA, America de Sud și Europa de Vest 2-5% din toți copiii până la 5 ani prezintă una sau mai multe crize febrile pe fondalul unei maladii febrile. CF sunt mai frecvente în țările din Asia. Predomină ca frecvență la băieți. Vârsta cea mai frecventă de debut – 18-22 luni.

Mortalitatea prin CF este mică. În studiul National Cooperative Perinatal Project (NCCP) nu s-a constatat nici un caz de deces în grupul format din 1821 pacienți cu CF.

Dezvoltarea mentală și neurologică la pacienții cu CF rămâne normală în majoritatea cazurilor.

Sechelele cele mai frecvente sunt: hemiplegia, diplegia, coreoatetoză și rigiditatea de decorticare.

Cel mai mare risc asociat cu CF sunt recurențele. Circa 30-37% din pacienți vor prezenta minim o recurență. În majoritatea cazurilor apar 2-3 recurențe. În 50% cazuri recurențele survin în primele 6 luni de la primul episod de CF și în $\frac{3}{4}$ cazuri - până la 1 an. Recurențele sunt cu atât mai frecvente cu cât mai precoce a apărut episodul de CF.

Epilepsia se poate dezvolta din contul CF simple în 3-8% cazuri. În cazul CF complexe, riscul dezvoltării epilepsiei este mai mare, până la 10%.

CF preced 15% cazuri de debut al epilepsiei în copilărie. La pacienții cu CF în anamneză pot fi observate toate tipurile de epilepsie, inclusiv absențele, crizele generalizate tonico-clonice și cele focale. Există unii factori de risc ce pot contribui la dezvoltarea epilepsiei după CF.

Recent a apărut conceptul de sindrom epileptic genetic – epilepsie generalizată plus CF (GEFS+) – *generalized epilepsy plus febrile seizures*. GEFS se manifestă prin mai multe fenotipuri, inclusiv CF, CF plus (debut în mediu la 1 an, CF multiple în asociere cu convulsii afebrile, cu durată până la 5-6 ani) și epilepsia mioclonic-astatică, mai rară. Este oportun studiul genetic molecular al familiilor cu astfel de manifestări, pentru identificarea genelor specifice CF și epilepsiilor generalizate. Este frecventă asocierea CF și a epilepsiei cu scleroză temporală mezială, în special în cazul CF complicate, cu durată îndelungată.

Prognosticul pe termen lung al epilepsiei secundare CF, inclusiv a capacităților neurologice, motorii, cognitive și educaționale, nu a fost influențat de tipul de tratament aplicat în copilărie.

Există o asociere preferențială între CF și epilepsia temporală și o asociere mai puțin preferențială între CF și epilepsia generalizată. Conform studiilor, CF nu par a fi un factor de risc evident pentru epilepsia extratemporală.

Relația dintre CF și epilepsie este bazată pe componentul genetic. Studiile genetice moleculare și clinice recente sugerează că sunt o serie de sindroame genetice specifice pentru CF.

Impactul CF asupra cheltuielilor efectuate de către serviciul de ocrotire a sănătății a determinat ca fiind necesar studierea mai activă a acestora începând cu anii 90 ai secolului trecut în mai multe țări. În SUA și Europa grupurile de experți au elaborat primele ghiduri de management și tratament al CF. În întreaga lume medicală solicitările pentru ghidurile de practică sunt în creștere continuă. Societățile științifice medicale internaționale reeditează periodic (1 dată la 3-4 ani) ghidurile deja publicate.

Actualitatea bolii se conturează și în spațiul postsovietic, inclusiv în Republica Moldova – apar publicații cu referire la CF, au fost editate primele recomandări locale de management al copilului cu CF.

A.10. Clase de dovezi și scala de evaluare pentru recomandări

A.10.1. Clase de dovezi

Clasa A	Dovezi cu valoare înaltă (puternică)	Dovada a fost inițial obținută prin studii randomizate controlate, meta-analiza acestor studii sau studii epidemiologice metodologic argumentate. Beneficiile puternice ale implementării recomandării depășesc în mod clar dezavantajele/daunele
Clasa B	Dovezi cu valoare moderată	Dovada a fost obținută din studii prospective de valoare mai joasă, studii restrospective de caz-control și studii mari de tip observațional, de cohortă sau de prevalență, și era bazată pe informație clar fiabilă.
Clasa C	Dovezi cu valoare joasă (slabă)	Dovada a fost obținută din studii mai mici de tip observațional, studii bazate pe informație retrospectivă sau mai puțin sigură, opinii autoritare exprimate în recenzii, sau opinii ale experților membrilor grupului de lucru. Este mai puțin clar că beneficiile depășesc dezavantajele/daunele.
Niciuna	Dovezi insuficiente (declarație de practică)	Puține dovezi sau dovezi irelevante pentru soluționarea problemei, sau dovezile revizuite au fost extrem de conflictuale. Opinie/sfaturi ale experților pentru domenii în afara strategiei de căutare sau în care există o lipsă de dovezi pe care să se bazeze o recomandare.

A.10.2. Scala de evaluare pentru recomandări

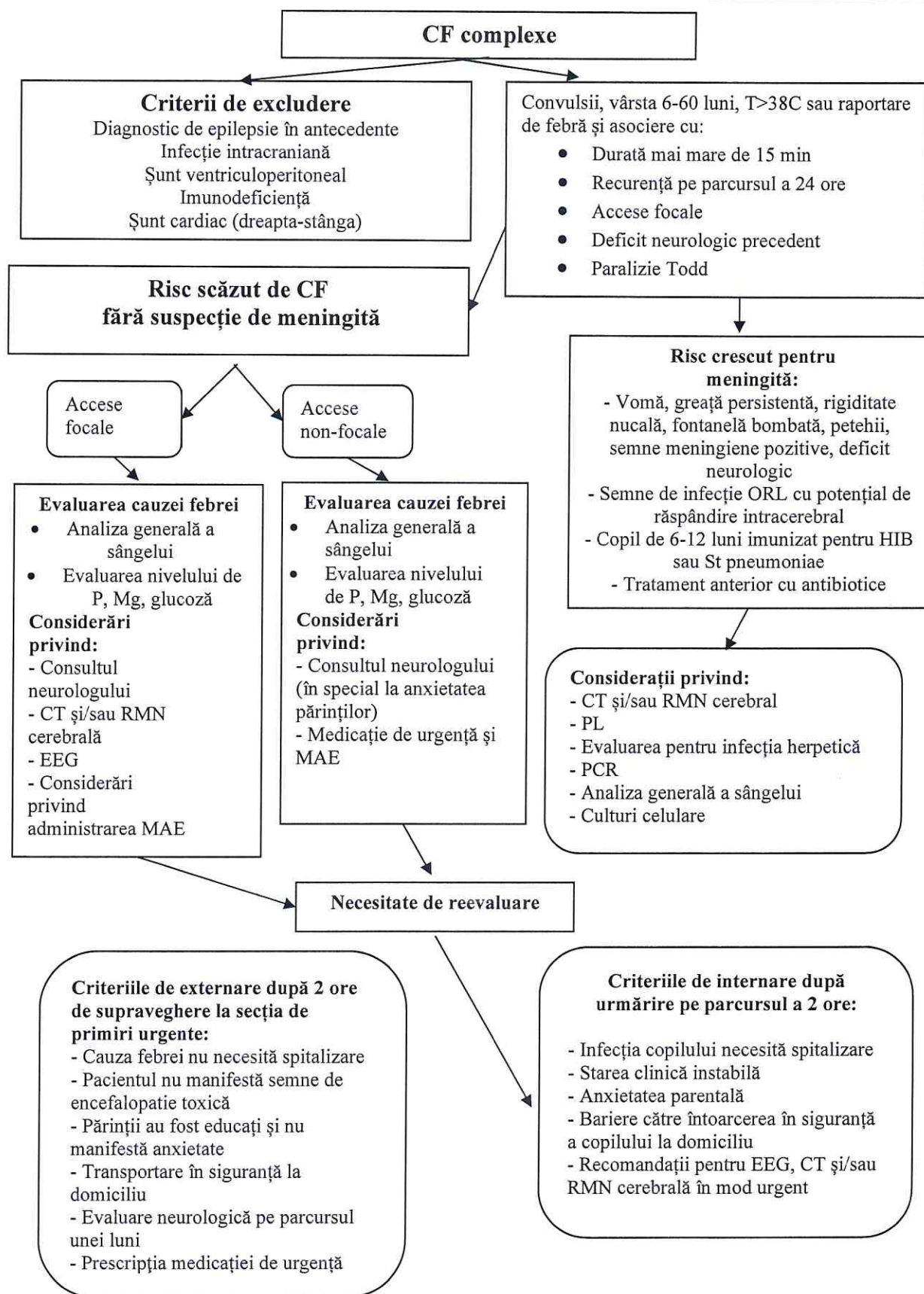
- 1 Recomandat** Grupul de lucru a concluzionat că intervenirea este o abordare necesară pentru tratamentul acelor pacienți, cărora li se atribuie problema în cauză. Acest nivel este, în general, bazat pe dovezi cu valori cuprinse între moderat și înalt. Concluzia este puțin probabil să fie schimbată în urma cercetărilor ulterioare. De asemenea, amploarea impactului este suficientă pentru a justifica recomandarea. Noțiunea de **Recomandat** a fost, de asemenea, utilizată pentru a descrie intervențiile care sunt probabile de a avea un efect semnificativ asupra evoluției pacientului, chiar dacă sunt bazate pe dovezi cu valoare joasă.
- 2 Puțin recomandat** Grupul de lucru a concluzionat că intervenirea este o abordare rațioasă. Totuși, nu toți pacienții și clinicienii ar dori să urmeze în mod necesar recomandarea este puțin probabil să ducă la o evoluție nefavorabilă în general, bazat pe dovezi cu valori cuprinse între jos și moderat. Direcția acestuia pot fi schimbate în urma cercetărilor ulterioare.
- 3 Nu este recomandat** Dovezile au fost considerate inadecvate sau prea contradictorii pentru a ajunge la o oarecare concluzie semnificativă.

B. PARTEA GENERALĂ

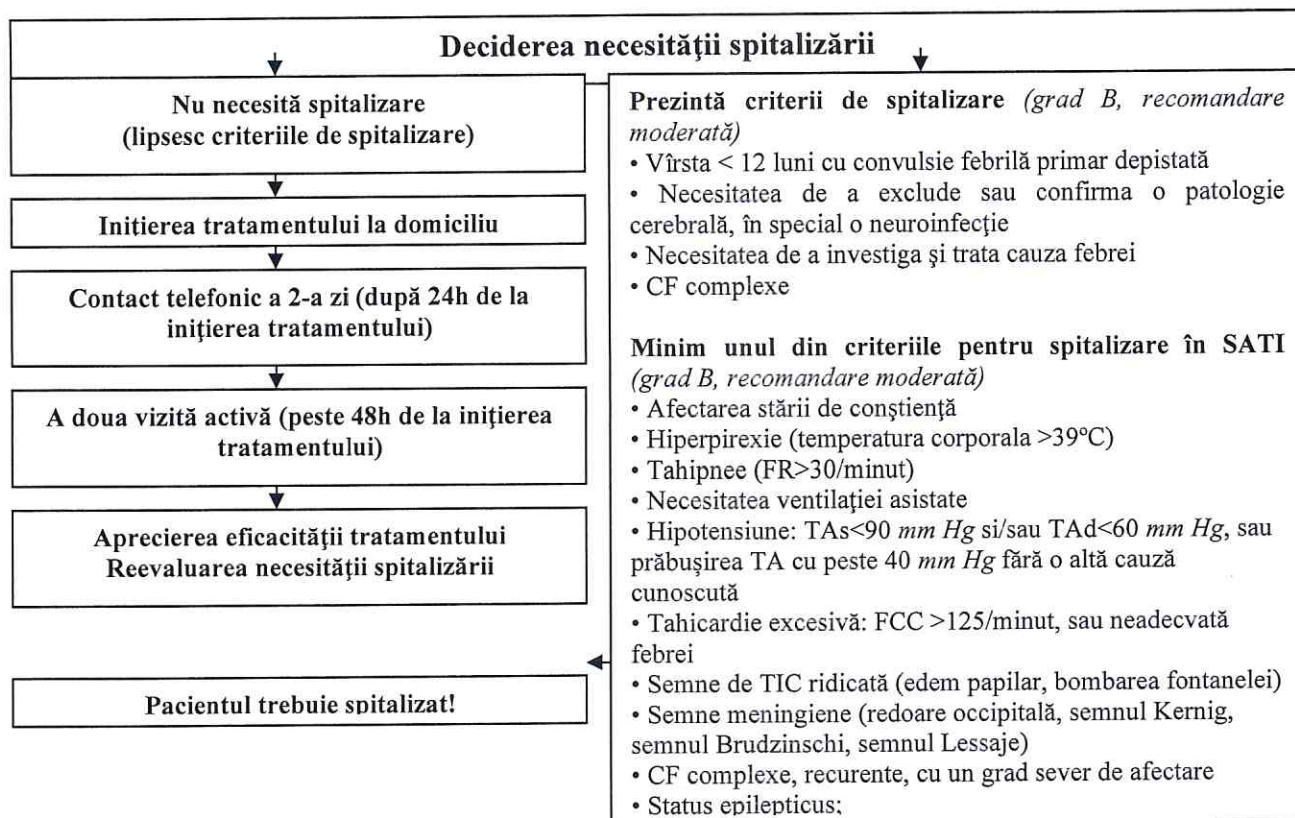
<i>Nivelul de asistență medicală primară (medic de familie)</i>		
Descriere	Motive	Pași
<p>1. Diagnosticul</p> <p>1.1. Suspectarea diagnosticului de convulsii febrile</p>	<p>Anamneza permite suspectarea CF în majoritatea cazurilor, dar necesită evaluare atentă pentru excluderea unei neuroinfecții</p>	<p>Standard/Obligativ:</p> <p>Anamneza (<i>Caseta 3</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prezentarea clinică (<i>Caseta 1</i>) • Examenul fizic (<i>Caseta 4</i>) • Testele de diagnostic (<i>Casetele 2,5</i>) • Diagnosticul diferențial (<i>Caseta 6</i>)
<p>1.2. Decizia: consultația specialiștilor și/sau spitalizarea</p>	<p>Consultul medicului neurolog pediater este sugestiv în contextul unor convulsii febrile repetate, convulsii febrile complexe, în cadrul SE febril, sau a unei suspiecții de debut al epilepsiei, la fel și la necesitatea aplicării tratamentului specializat</p>	<p>Standard/Obligativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultarea specialiștilor este luată la discreția medicului de familie în scopul determinării originii febrei, care a asociat și CF (<i>Casetele 7,8</i>) • Criterii de spitalizare (<i>Casetele 9,10</i>)
<p>2. Tratamentul.</p>	<p>Educarea părinților privind acordarea primului ajutor la domiciliu permite prevenirea leziunilor și/sau complicațiilor. Tratamentul va preveni controlul crizelor și apariția recidivelor.</p>	<p>Standard/Obligativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratament antipiretic medicamentos în caz de febră (<i>Casetele 11,12,13</i>) • Tratament etiologic al infecției febrile • Tratament anticonvulsivant (<i>Casetele 16,17,18</i>) • Evaluarea eficacității tratamentului antipiretic (<i>Caseta 14</i>) • Tratament nemedicamentos (<i>Caseta 15</i>) • Educarea părinților privind acordarea primului ajutor în caz de convulsii și prescrierea la domiciliu a preparatului Diazepamum tub rectal 5 mg, 10 mg în scopul tratamentului de urgență
<p>3. Supravegherea.</p>	<p>Supravegherea copiilor până la vârsta de 5-6 ani care au suportat convulsii febrile pentru monitorizarea frecvenței convulsiilor și prevenirea complicațiilor</p>	<p>Standard/Obligativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reevaluarea criteriilor de spitalizare (în caz de ineficiență a tratamentului) • Consultul după efectuarea examenelor de laborator, paraclinice, imagistice repetate

C. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C. 1.1. Algoritm de conduită a convulsiilor febrile complexe



C. 1.2. Algoritmul spitalizării pacientului cu CF



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Diagnosticul

Caseta 2. Procedurile de diagnostic în CF complexe:

- Anamneza
- Examenul clinic complet, inclusiv examen neurologic
- Investigațiile de laborator și paraclinice
- EEG, NSG transfontanelară, imagistica prin CT și/sau RMN cerebral

C.2.1.1. Anamneza

Caseta 3. Recomandări pentru colectarea anamnezei (grad B, recomandare moderată)

- Debutul bolii cu febră (acut sau insidios, când anume)
- Semne ale bolii cu febră la care s-a asociat criza convulsivă (congestie nazală, rinoree, otalgie, cefalee, dureri în gât, polipnee, dureri abdominale, vomă, diaree – scaune muco-purulente, cu striuri de sânge)
- Debutul crizei convulsive
- Durata crizei convulsive
- Descrierea crizei convulsive (tip, localizare)
- Asociată sau nu cu pierderea conștiinței
- Prezența/absența fenomenului de urinare spontană
- Mușcarea limbii
- Durata perioadei postcritice
- Deficit motor tranzitor sau permanent (paralizia Todd) în perioada postcritică
- Manifestările neurologice postcritice (copilul este mai "moale", nereceptiv la joacă)
- Repetarea crizei convulsive în aceeași zi
- Evidențierea factorilor de risc pentru recurența crizei convulsive:
 - ✓ vârstă mică de debut
 - ✓ istoric de CF la rudele de prim grad
 - ✓ durată scurtă a febrei înainte de prima criză convulsivă
 - ✓ febră relativ joasă la momentul crizei convulsive inițiale
 - ✓ posibil istoric familial de convulsii afebrile
- Boli cronice în antecedente
- Infecții recurente în antecedente
- Crize convulsive precedente

C.2.1.2. Examenul fizic

Caseta 4. Regulile examenului fizic în CF:

- Examen fizic complet
- Examen neurologic:
 - ✓ semne de focar
 - ✓ semne meningiene (redoare occipitală, semnele: Kernig, Brudzinski, Lessaje)
 - ✓ starea de conștiință

Notă: Tabloul clinic al CF este foarte variat în funcție de etiologie, vârstă, boli concomitente, reactivitatea organismului gazdă.

Particularitățile clinice pot fi generalizate în următoarele momente cheie:

- ✓ Manifestările clinice clasice ale CF (debutul acut, cu febră certă, criză convulsivă generalizată, absența altor semne de afectare a sistemului nervos etc.) nu sunt specifice pentru toate cazurile, uneori, pot lipsi
- ✓ Recurențele convulsive sunt mai frecvente atunci când prima criză convulsivă apare precoce (înainte de primul an de viață – 50%, după vârsta de 1 an – 28%)
- ✓ Un diagnostic etiologic cert de CF nu este posibil doar în baza datelor clinice și de laborator
- ✓ Cele mai frecvente infecții asociate cu CF sunt: infecția tractului respirator superior (în special, gripa), otita medie, pneumonia, gastro-enterita, infecția tractului urinar, exantema subitum (Human Herpes Virus 6)

C.2.1.3. Investigații paraclinice

Caseta 5. Investigații paraclinice (grad B, recomandare moderată)

Investigații obligatorii pentru CF complexe:

- Analiza generală a sângelui
- Analiza generală a urinei
- Analiza biochimică a sângelui: ureea
- Glicemia a jeune

Investigații recomandate:

- PL și examinarea LCR (**grad A, recomandare puternică**)

Indicații:

- ✓ copil sub vârsta de 12 luni, chiar și în lipsa semnelor meningiene
- ✓ copil mai mare de 1 an (mai mic de 18 luni recomandabil), dacă sunt prezente semne de iritație meningiană sau când există cea mai mică suspiciune de meningită
- ✓ semne meningiene (redoare occipitală, semnele: Kernig, Brudzinski, Lessajé) și simptome de meningită (peteșii cutanate, somnolență, slăbiciune etc.)
- ✓ CF complexe (focale, cu durata > 15 min., multiple în 24h), rezistente la MAE
- ✓ status epilepticus

Contraindicații:

- ✓ simptome de șoc septic
- ✓ diagnostic clinic de meningită invazivă cu erupții hemoragice
- ✓ TIC crescută cu risc de edem-tumefiere a creierului
- ✓ simptome neurologice de focar în fosa posterioară
- ✓ Scara Glasgow sub 8 puncte
- Analiza electrolică a sângelui și ionograma (calciu, magneziu); (**grad C, recomandare slabă**)
- Amoniemia
- Hemocultura
- Coprocultura (în cazul prezenței unei diarei muco-purulente sau sanguinolente)
- Screening toxicologic (în special, la suspiciunea intoxicației cu Pb sau cu unele medicamente: antidepresive triciclice, Clorpromazină, Atropină, Aspirină – administrate în doze mari)
- EEG
- NSG transfontanelară, CT și/sau RMN cerebrală în caz de: modificări la examenul

neurologic, persistența CF în pofida tratamentului profilactic, CF complexe, CF simple recidivante (mai mult de 6)

- Oftalmoscopia
- Examenul ecografic al organelor interne (la pacienții cu boli concomitente)
- Consultațiile specialiștilor din alte domenii (pediatru, genetician, oftalmolog, neurochirurg, infecționist, nefrolog, endocrinolog etc.) la necesitate

Notă: Investigațiile paraclinice sunt necesare, în special, în cazul CF complexe inițiale, pentru precizarea unei afecțiuni neurologice sau metabolice (**grad B, recomandare moderată**)

C.2.1.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 6. Diagnosticul diferențial al CF se face cu următoarele condiții:

- Frisonul febril (caracterizat prin mișcări ritmice, oscilatorii ale corpului fără pierderea conștienței)
- Delirul febril (confuzie acută și tranzitorie asociată cu febră înaltă, EEG: încetinire posterioară în banda de frecvență delta timp de câteva zile)
- Sincopa febrilă (poate fi declanșată de febră, frică, emoție, patologie cardiacă)
- Convulsii anoxice reflexe (copiii devin dintr-o dată cianotici datorită unor evenimente dureroase sau șocuri)
- Atacuri de reținere a respirației (copiii își rețin voluntar respirația și pot pierde treptat conștiența)
- Intoxicații (cu organofosforice)
- Deficit de electroliți (deshidratări), tetanie rahitogenă (primăvara, însoțite de alte semne de rahitism)
- Evoluția unui sindrom epileptic: febra declanșează epizoade de convulsii (debutul unei epilepsii asociată cu febră – sindromul Dravet)
- Status epilepticus refractar
- Crize simptomatice în cadrul unor afecțiuni neurologice acute (meningitele purulente, encefalitele virale etc.)

Caseta 11. Condiții în care febra poate fi prezentă ca simptom

- Maladii infecțioase:
 - ✓ virale
 - ✓ bacteriene
 - ✓ boala Lyme; malaria; tularemia
- Reacția la un vaccin
- Colagenoze (boala Kawasaki, purpura Schonlein-Henoch, artrita reumatoidă juvenilă, febra reumatică acută)
- Maladii maligne:
 - ✓ limfom Hodjkin sau non-Hodjkin
 - ✓ maladii limfoproliferative
 - ✓ carcinom renal și hepatocelular
 - ✓ leucemia
- Maladii reumatice:

- ✓ arterită temporală/arterită cu celule gigante
- ✓ boala Still
- ✓ lupus eritematos sistemic
- ✓ sarcoidoza
- ✓ artrită reumatoidă
- Maladii intestinale cu sindrom inflamator
- CF indusă de medicamente (administrarea unui medicament nou sau produs biologic, des asociată cu rash cutanat, eozinofilie)
- Maladii endocrine (tireotxicoza, feocromocitom)
- Embolie pulmonară (febră ușoară, semne ale unei maladii tromboembolice)
- Osteomielită
- Abces ocult
- Maladii genetice (febră familială mediteraneană)

Caseta 12. Condiții în care convulsiile pot fi prezente ca simptom

- Epilepsia și sindroame epileptice
- Convulsii secundare:
 - ✓ disgenезii cerebrale (tulburări de migrare neuronală, heterotopii, lissencefalie)
 - ✓ infecții congenitale (complexul TORCH - toxoplasmoză, rubeolă, citomegalovirus, herpes simplex virus, lues)
 - ✓ anomalii metabolice (tulburări electrolitice: hiponatriemia, hipernatriemia, hipomagneziemia, hipocalciemia; hipoglicemia)
 - ✓ deficiența de piridoxină
 - ✓ maladii metabolice (aminoacidopatii, acidemii organice, defecte ale ciclului ureei, maladii mitocondriale, maladii peroxismale, maladii de depozitare a glicogenului, maladii ale metabolismului glucidic, sialidoze)
 - ✓ maladii degenerative (maladia Alpers, sindromul Rett, maladia Unterricht-Lundborg, maladia Lafora, lipofuscinoza ceroidă neuronală)
 - ✓ maladii genetice (sindromul Angelman, sindromul Aicardi, sindromul Smith-Lemli-Opitz)
 - ✓ efectul unor medicamente, intoxicații sau suspendarea unor medicamente (frecvent, sedative)
 - ✓ traumatism cranio-cerebral
 - ✓ leziuni ale structurale cerebrale (tumori, hematom subdural, abces)
 - ✓ maladii cerebro-vasculare (ischemie cerebrală, hemoragie intracerebrală, hemoragie subarahnoidiană)
 - ✓ encefalopatie hipoxico-ischemică
 - ✓ neuroinfecții (meningită, encefalită)
 - ✓ encefalita Rasmussen, encefalita Hashimoto
 - ✓ hipoxia
- Convulsii non-epileptice (nu sunt asociate cu o activitate cerebrală patologică; frecvente în sincope, lipotimii, reflux gastro-esofagian, aritmii, migrenă, vertij paroxismal benign, parasomnii, afecțiuni psihice: pseudoconvulsii, etc.

C.2.1.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 9. Criteriile de spitalizare a pacienților cu CF (grad B, recomandare moderată)

- Vârsta copilului < 18 luni
- Necesitatea de a exclude sau confirma o patologie cerebrală, în special o neuroinfecție
- Necesitatea de a investiga și trata cauza febrei
- CF complexă cu durată > 20 min., cu manifestări focale, care se repetă în timpul aceluiași episod de boală sau cu recuperare incompletă după o oră (**nivel de evidență I**)
- CF complexe asociate cu anomalii neurologice postcritice, semne meningiene și afectarea stării de conștiență
- CF complexe asociate cu anomalii neurologice postcritice, semne meningiene (redoare occipitală, semnul Kernig, semnul Brudzinski, semnul Lessajé), afectarea stării de conștiență, status epilepticus, edem cerebral acut (**nivel de evidență I**)
- Prezența cel puțin al unui dintre criteriile de spitalizare în SATI
- Condiții inadecvate de îngrijire a copilului la domiciliu

Notă: dorința familiei unui pacient, care suportă CF simple cu grad de afectare ușoară, de a se trata în condiții de staționar de asemenea pledează pentru spitalizarea bolnavului.

C.2.1.6. Tratamentul CF

Odată stabilit, diagnosticul de CF indică necesitatea scoaterii pacientului din criză și inițierii medicației antipiretice, în caz de febră și MAE

Caseta 11. Recomandări pentru evitarea complicațiilor în timpul crizei CF (grad A, recomandare puternică)

- Copilul va fi plasat așa încât să se evite traumatismul fizic
- Asigurarea libertății căilor aeriene prin poziționare în decubit lateral
- Capul va fi înclinat lateral, pentru evitarea obstrucției căilor aeriene superioare cu secreții
- Tratarea rapidă a CF complexe, prelungite pentru prevenirea sechelelor neurologice

C.2.1.6.1. Tratamentul stărilor de urgență în CF la etapa prespitalicească

Caseta 12. Pașii obligatorii în acordarea asistenței de urgență prespitalicească în CF

1. Determinarea gradului de urgență
2. Asistența de urgență prespitalicească
3. Aprecierea posibilității transportabilității pacientului
4. Transportarea pacientului la spital

Caseta 13. *Tratamentul CF la etapa prespitalicească*

- Metode nemedicamentoase de scădere a febrei:
 - ✓ eliberarea parțială a tegumentelor
 - ✓ ștergerea tegumentelor cu burete înmuiat în apă caldă
 - ✓ frecții tegumentare ușoare pentru stimularea vasodilatației
- Antipiretice:
 - ✓ *Per os* sau *i/r*:
Paracetamol 25 mg/kg, apoi 12,5 mg/kg timp de 6 ore sau 60 mg/kg/zi
- Anticonvulsivă – DIAZEPAMUM: *i/m*, *i/v* (0,3 mg/kg, câte 1mg/minut) sau *i/r* – 0,5 mg/kg (maxim 5 mg până la vârsta de 3 ani, maxim 10 mg la vârsta > 3 ani), apoi, profilactic, *per os* 1 mg/kg/zi pe toată durata febrei. Se utilizează în timpul puseului febril, maxim la 48h după el
- Tratament de susținere: Phenobarbitalum 3-5 mg/kg sau Acidum Valproicum 20-30 mg/kg atunci când sunt prezente CF complexe frecvente (> de 3 CF timp de 6 luni sau > 4 CF pe an) (**grad C, recomandare slabă**)
- Topiramatum poate fi recomandat pentru prevenirea CF recurente atunci când utilizarea medicamentelor de primă linie nu este posibilă

Notă. Se evaluează criteriul risc-beneficiu în contextul administrării MAE

Unele anticonvulsivante (de exemplu, carbamazepinum, vigabatrinum și Phenytoinum sunt) sunt ineficiente în prevenirea convulsiilor febrile. Topiramatum poate fi utilizat ca medicament alternativ pentru copiii cu risc crescut de CF recurente, când Phenobarbitalum și Diazepamum nu pot fi utilizate.

Caseta 14. *Criteriile eficacității tratamentului febrei*

- Temperatura corpului normală sau < 38,5°C
- Lipsa CF recurente

Caseta 15. *Tratamentul simptomatic nemedicamentos al pacientului cu CF*

- Regimul la pat se va respecta pentru toată perioada febrilă. Se va încuraja schimbarea poziției corpului (poziționarea copilului pe o parte)
- Consumarea fluidelor pentru corecția stării de deshidratare și menținerea unui debit urinar adecvat (peste 1,5 l/24 ore)
- Regim alimentar restrâns în primele 1-2 zile (sucuri, compoturi, ceaiuri, fructe), apoi consum de alimente bogate în vitamine, ușor asimilabile, cu potențial alergizant redus, cu limitarea condimentelor și produselor iritante

Caseta 17. *Recomandări pentru administrarea i/r a Diazepamului*

- Diazepamum nediluat este administrat cu ajutorul unei seringi de mărime cât mai mică sau un cateter mic plasat pe seringă
- Medicamentul va fi administrat prin introducerea cateterului la o adâncime de 4 cm lângă mucoasa rectală. Fesele sunt ridicate, apoi strânse timp de 5 minute, cu scopul evitării evacuării conținutului rectal
- Diazepamum poate fi introdus repetat de 1-2 ori, cu interval de 5-10 minute

Caseta 18. Recomandări pentru prevenirea recurenței CF în câteva ore

- Administrarea Diazepamum, *i/r* (5 mg până la vârsta de 3 ani, 10 mg la vârsta > 3 ani)
- La necesitate, administrare repetată după 12h, *i/r*, maxim la 48 ore după puseul febril

C.2.1.7. Supravegherea pacienților cu CF

Caseta 19. Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu CF de către medicul de familie (grad C, recomandare slabă)

- Pacienții cu CF simple:
 - ✓ Cei tratați la domiciliu trebuie vizitați activ după 24 și 48 ore de la inițierea tratamentului antipiretic și anticonvulsivant (contactul telefonic este recomandat a 2-a zi)
 - ✓ Supravegheați 2-3 săptămâni după debutul bolii
- Pacienții cu CF de gravitate medie:
 - ✓ Trebuie examinați la 2-3 săptămâni după debutul bolii
 - ✓ Supravegheați timp de 1 an după debutul bolii
- Pacienții cu CF severe și foarte severe:
 - ✓ Trebuie supravegheați 2-3 săptămâni după debutul bolii, după externare
 - ✓ Supravegheați timp de 1-3 ani după debutul bolii, după externare

Notă: CF asociate cu boli concomitente necesită supraveghere suplimentară în funcție de recomandările pentru supravegherea bolilor asociate.

**D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA
PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

<i>Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP</i>	Personal: <ul style="list-style-type: none">• Medic de familie• Asistent medical al medicului de familie• Medic neurolog pediatru• Medic specialist în medicina de laborator• Psiholog• Kinetoterapeut
	Aparate, utilaj: <ul style="list-style-type: none">• USG (CMF)• Laborator clinic pentru efectuarea investigațiilor de laborator• Pulsoximetru• Glucometru• Aparat de ECG• Aparat de EEG• Aparat pentru oxigenoterapie• Sală de recuperare• Transport dotat cu aparatură pentru a putea oferi servicii de înaltă calitate
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none">• Preparate antiepileptice (Diazepamum pentru administrare rectală)• Preparate antipiretice (în caz de febră) – Paracetamolum

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

№	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a pacienților cu CF	1.1. Proporția de pacienți, cu vârsta până la 18 ani, diagnosticați cu CF, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu complet (în condiții de ambulatoriu și staționar), conform recomandărilor „Protocolului clinic național CF” pe parcursul ultimelor 12 luni	Numărul de pacienți, cu vârsta până la 18 ani, diagnosticați cu CF, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu complet (în condiții de ambulatoriu și staționar), conform recomandărilor „Protocolului clinic național CF” pe parcursul ultimelor 12 luni X 100	Numărul total de pacienți, cu vârsta până la 18 ani, care se află în supravegherea medicului de familie cu diagnoza de CF pe parcursul ultimelor 12 luni
2.	Îmbunătățirea calității tratamentului pacienților cu CF	2.1. Proporția pacienților, cu vârsta până la 18 ani, diagnosticați cu CF, cărora li s-a acordat primului ajutor calificat la etapa prespitalicească de către AMU generală și specializată, conform recoman-dărilor „Protocolului clinic național CF” pe parcursul ultimelor 12 luni	Numărul de pacienți, cu vârsta până la 18 ani, diagnosticați cu CF, cărora li sa acordat primul ajutor calificat la etapa prespitalicească de către AMU generală și specializată, conform recomandări-lor „Protocolului clinic național CF” pe parcursul ultime-lor 12 luni X 100	Numărul total de pacienți, cu vârsta de până la 18 ani, care se află în supravegherea medicului de familie cu diagnoza de CF pe parcursul ultimelor 12 luni

		2.2. Proportia pacienților, cu vârsta până la 18 ani, diagnosticați cu CF, cărora li sa acordat primul ajutor calificat la etapa prespitalicească de către medicul de familie, conform recomandărilor „Protocolului clinic național CF” pe parcursul ultimelor 12 luni	Numărul de pacienți, cu vârsta până la 18 ani, diagnosticați cu CF, cărora li sa acordat primul ajutor calificat la etapa prespitalicească de către medicul de familie, conform recomandărilor „Protocolului clinic național CF” pe parcursul ultimelor 12 luni X 100	Numărul total de pacienți, cu vârsta de până la 18 ani, care se află în supravegherea medicului de familie cu diagnoza de CF pe parcursul ultimelor 12 luni
3.	Îmbunătățirea profilaxiei recurențelor la pacienți cu CF	3.1. Proportia pacienților, cu vârsta până la 18 ani, cu diagnoza de CF care au dezvoltat recurențe pe parcursul ultimilor 12 luni	Numărul de pacienți, cu vârsta până la 18 ani, cu diagnoza de CF, care au dezvoltat recurențe pe parcursul ultimilor 12 luni X 100	Numărul total de pacienți, cu vârsta de până la 18 ani, care se află în supravegherea medicului de familie cu diagnoza de CF pe parcursul ultimelor 12 luni
4.	Micșorarea numărului de cazurilor invalidizate neuro-psihică prin CF	4. Proportia pacienților, cu vârsta de până la 18 ani, invalidizați neuro-psihic prin CF pe parcursul ultimelor 12 luni	Numărul de pacienți, cu vârsta de până la 18 ani, invalidizați neuro-psihic prin CF pe parcursul ultimelor 12 luni	Numărul total de pacienți, cu vârsta de până la 18 ani, aflați în supravegherea medicului de familie cu diagnoza de CF pe parcursul ultimelor 12 luni
5.	Micșorarea numărului cazurilor de deces prin CF	5.1. Proportia pacienților, cu vârsta de până la 18 ani, care au decedat prin CF pe parcursul ultimelor 12 luni	Numărul de pacienți, cu vârsta de până la 18 ani, care au decedat prin CF pe parcursul ultimelor 12 luni	Numărul total de pacienți, cu vârsta de până la 18 ani, aflați în supravegherea medicului de familie cu diagnoza de CF pe parcursul ultimelor 12 luni

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"
Consultatia neurolog pediatru	IMSP IM si C	
Ivestigații de laborator	IMSP CS Ungheni	Cab.319,320,321
Tratament stationar	IMSP SR Ungheni	

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. Fișa standardizată de audit medical

Domeniul Prompt	Definiții și note
Denumirea IMSP evaluată prin audit	
Persoana responsabilă de completarea Fișei	Nume, prenume, parafa
Perioada de audit	DD-LL-AAAA
Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
Genul/sexul pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
CONSULTAREA	
Data debutului simptomelor	Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Data stabilirii diagnosticului	Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Adresarea primara a pacientului	
- Asistența medicală primară	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
- Asistența medicală spitalicească	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
SCREENING	
Interviul clinic	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Parametrii paraclinici	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
CRITERII DE SPITALIZARE	
Gravitatea stării generale	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Parametrii paraclinici	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Vârsta copilului	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
DIAGNOSTICUL	
Aprecierea manifestărilor clinice și a dereglărilor comcomitente	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Aprecierea parametrilor esențiali	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Evaluarea parametrilor specifici	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Efectuarea diagnosticului diferențiat	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Comorbidități	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
TRATAMENTUL	
Alimentația și particularitățile alimentației în dependență de vârstă	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Terapia medicamentoasă	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Tratamentul adjuvant și a comorbidităților	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
Precizarea programului terapeutic	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște

Stabilirea parametrilor de eficiența a tratamentului	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște
MONITORIZARE ȘI MEDICAȚIE	
Data externării	Include si data transferului la alt spital. (ZZ: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
	Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 =Necunoscută
Prescrierea tratamentului la externare	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Calitatea și durata tratamentului de susținere	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Supravegherea pacientului la medicul de familie	0= da; 1= nu
Supravegherea pacientului la medicul specialist	0= da; 1= nu

Ghidul pacientului cu convulsii febrile

Convulsiile febrile la copil (ghid pentru pacienți)

Introducere

Acest ghid include informații despre asistența medicală și tratamentul persoanelor cu convulsii febrile (convulsii ocazionale, care pot apare la copii (de la 6 luni pînă la 5 ani), pe fundal de febră > 38,0°C), în cadrul Serviciului de Sănătate din Republica Moldova. Ghidul este destinat familiilor copiilor cu convulsii febrile, celor care doresc să afle cât mai multe despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire și de tratament, disponibile în Serviciul de Sănătate din RM. Ghidul nu oferă prezentarea în detaliu a maladiei, analizele și tratamentele necesare. Aceste aspecte le puteți discuta cu cadrele medicale, adică cu medicul de familie sau cu o asistentă medicală. Tot aici sunt incluse întrebări-model care, fiind adresate medicului, vă vor ajuta în acumularea cunoștințelor necesare în administrarea unui tratament. Sunt prezentate, de asemenea, unele surse suplimentare de informații.

Indicațiile din ghidul pentru pacienți acoperă:

- modul în care medicii trebuie să stabilească dacă copilul are convulsii febrile
- prescrierea medicamentelor pentru tratarea convulsiilor febrile
- modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu convulsii febrile

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiază copilul dvs. trebuie să țină cont de necesitățile și de preferințele personale. Aveți dreptul să fiți informat pe deplin și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă gestionează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații accesibile și relevante pentru starea copilului dvs., să vă ofere posibilități de tratamente (pe dvs. și pe copilul dvs.) cu respect, sensibilitate și cu loialitate și să vă explice pe înțeles ce sunt convulsiile febrile, care este prevalența lor, prognosticul și tratamentul cel mai potrivit pentru copilul dvs.

Informația oferită de cadrele medicale trebuie să includă detalii despre avantajele și eventualele riscuri în administrarea tratamentelor.

În tratamentul și în asistența medicală de care beneficiază copilul dvs., precum și în oferirea informațiilor trebuie să țină cont și de alte aspecte: religie, etnie sau cultură precum și de alți factori suplimentari, cum sunt dizabilitățile fizice.

Convulsiile febrile

Convulsiile febrile sunt convulsii ocazionale (accidentale), ce survin la un copil (cu vârsta de la 3 luni pînă la 5 ani), pe fundalul unor pusee de febră > 38,0°C, în absența oricăror semne de suferință cerebrală. Sunt 3 factori principali care pot cauza convulsiilor febrile: febra, vârsta fragedă și predispoziția genetică.

Diagnosticul de convulsii febrile se stabilește în baza manifestărilor clinice ale bolii, precum: febră, convulsii, pierdere a conștienței, tulburări neurovegetative (respiratorii, aritmii, cianoză), tulburări vasomotorii (accese de paloare), absența altor semne ce

pledează pentru o suferință cerebrală, semne fizice pe care medicul le evidențiază în timpul examinării bolnavului, apărute recent și poate fi confirmat prin examen suplimentar paraclinic.

Factorii care pot predispuce la apariția CF sunt: febra $> 38,0^{\circ}\text{C}$ la o vârstă mică, istoric de CF la rudele de gradul I, un posibil istoric familial de convulsii afebrile, antecedente neurologice, unele boli concomitente.

Instruire și echipament

Medicii de familie și asistentele medicale trebuie să fie instruiți în modul în care să examineze un pacient cu convulsii febrile.

Diagnosticarea convulsiilor febrile

Medicul de familie va stabili diagnosticul de convulsii febrile și va aprecia gradul de severitate a bolii în baza rezultatelor examenului clinic și a rezultatelor investigațiilor paraclinice pe care le va indica obligator tuturor pacienților.

Testele și analizele obligatorii

Analizele trebuie să includă o analiză generală de urină, analiza generală a sângelui (dintr-o probă de sânge), glicemia și ureea serică.

Diagnosticul poate rămâne incert fără o confirmare electroencefalografică sau imagistică.

După obținerea rezultatelor testelor și analizelor medicul de familie trebuie să discute cu dvs. rezultatul analizelor și să vă comunice modalitățile de tratament.

Tratamentul medicamentos

Dacă la prima consultație copilului dvs. i s-a stabilit diagnosticul de CF, medicul evaluează gradul de afectare și criteriile de spitalizare. Odată stabilit, diagnosticul de CF indică inițierea imediată a tratamentelor antipiretic și anticonvulsivant.

Pacienții cu CF simple, forme ușoare, fără boli concomitente și antecedente neurologice, pot fi tratați cu succes la domiciliu cu antipiretice *perorale* și anticonvulsivante administrate *i.r.* și *per os*.

Alegerea antipireticului și anticonvulsivantului este empirică, determinată de gradul de severitate a CF, de vârsta pacientului și de bolile concomitente prezente la pacient, însă cele mai eficiente sunt Paracetamolum, Phenobarbitalum și Diazepamum.

Tratamentul nemedicamentos

Medicul de familie și asistenta medicală trebuie să discute cu dvs. alimentația și modul de viață al copilului dvs.

Întrebări-model despre medicamentele utilizate în CF

- Îmi puteți explica de ce ați ales să prescrieți acest tip de medicament copilului meu?
- Cum îi va ajuta medicamentul?
- Care sunt cele mai frecvente efecte secundare ale tratamentului? Există unele efecte la care ar trebui să atrag atenția?
- Ce trebuie să fac dacă la copil apar efectele secundare? (trebuie să sun medicul de familie, să merg la secția de urgență a unui spital?)
- Cât timp va dura tratamentul copilului meu?
- Există alte opțiuni de tratament?
- Ce se va întâmpla, dacă voi alege să nu dau medicamentul copilului meu?

- Există vreo broșură despre tratamentul pe care pot să-l administrez?

Întrebări-model despre evidența tratamentului

- Există diferite tratamente pe care l-aș putea administra copilului meu?
- Este necesar să schimb doza tratamentului curent?
- Când trebuie să mă programez pentru următoarea vizită?

Continuarea sau întreruperea tratamentului

Scopul tratamentului este tratarea CF. De regulă, tratamentul de susținere mai continuă încă 7-10 zile cu Phenobarbitalum și Ca glicerofosfat.

Administrarea medicamentului poate fi întreruptă doar de medicul dvs.

Medicul vă poate recomanda repetarea testelor de laborator, a examenelor paraclinice și imagistice, pentru a verifica tratamentul CF.