



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 175 (XIX) — Nr. 885 bis

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 27 decembrie 2007

SUMAR

Pagina

Anexa la Ordinul ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și al ministrului sănătății publice nr. 762/1.992/2007 pentru aprobarea criteriilor medico-psihosociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap.....	3-118
---	-------

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL
MUNCII, FAMILIEI ȘI EGALITĂȚII DE ȘANSE
Nr. 762 din 31 august 2007

MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII PUBLICE
Nr. 1.992 din 19 noiembrie 2007

ORDIN pentru aprobarea criteriilor medico-psihsociale pe baza cărora se stabilește încadrarea în grad de handicap*)

În temeiul art. 84 alin. (5) din Legea nr. 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, cu modificările și completările ulterioare,
având în vedere prevederile:

— art. 14 din Hotărârea Guvernului nr. 381/2007 privind organizarea și funcționarea Ministerului Muncii, Familiei și Egalității de Șanse;

— art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 862/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul muncii, familiei și egalității de șanse și ministrul sănătății publice emit următorul ordin:

Art. 1. — Se aprobă Criteriile medico-psihsociale de încadrare în grad de handicap, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. — Autoritatea Națională pentru Persoanele cu Handicap, Comisiile de evaluare a persoanelor adulte cu handicap, Comisiile pentru protecția copilului și Direcțiile

generale de asistență socială și protecția copilului județene, respectiv ale sectoarelor municipiului București vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

Art. 3. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul muncii, familiei și egalității de șanse,
Paul Păcuraru

Ministrul sănătății publice,
Gheorghe Eugen Nicolăescu

*) Ordinul nr. 762/1.992/2007 a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 885 din 27 decembrie 2007 și este reprodus și în acest număr bis.

Anexa

CRITERII MEDICO-PSIHOSOCIALE DE ÎNCADRARE ÎN GRAD DE HANDICAP

CAPITOLUL I

FUNȚIILE MENTALE

I. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP LA PERSOANELE CU DEZVOLTARE INCOMPLETĂ A FUNCȚIILOR MENTALE ȘI PSIHOSOCIALE *

PARAMETRI FUNCȚIONALI		<p>Evaluarea comportamentului adaptativ respectiv:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. nivelul de dezvoltare bio-psiho-comportamentală, b. capacitatea de învățare (QI, memorie, atenție), c. adaptarea socială <p>Instrumente de lucru:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. examen psihiatric, II. teste psihometrice, III. anchetă socială
DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	HANDICAP UȘOR	<ul style="list-style-type: none"> - Întârzierea mintală ușoară (QI – 50-55/70) - Prezintă capacitate de comunicare orală și scrisă, dar manifestă o întârziere de 2-3 ani în evoluția școlară, fără ca aceasta să fie determinată de carențe educative, dificultăți de învățare și gândire deficitară. Carențele se manifestă numai în cazul solicitării intelectuale. - Se pot antrena în activități simple. - Pot desfășura activități lucrative dacă beneficiază de servicii de sprijin.
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> - Întârzierea mintală ușoară (QI – 50-55/70), <u>asociată cu o altă deficiență senzorială, epilepsie, tulburări comportamentale sau autism</u>. În funcție de severitatea deficienței asociate se va trece la handicap accentuat sau grav**. - Întârzierea mintală moderată (QI – 35-50) Își însușesc cu dificultate operațiile elementare însă pot învăța să scrie și să citească cuvinte scurte; au deprinderi elementare de autoservire și se adaptează la activități simple de rutină; au capacități de autoprotecție suficiente, putând fi integrați în comunitate și să desfășoare activități lucrative în condiții protejate .
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT**	<ul style="list-style-type: none"> - Întârzierea mintală accentuată – (QI – 21-34) - Adaptarea la situații noi nu se realizează conform vârstei cronologice. - Persoana are un ritm de dezvoltare lent, curba de perfecționare este plafonată, având loc blocaje psihice. - Sunt capabili să efectueze sarcini simple sub supraveghere, au nevoie de servicii de sprijin și se pot adapta la viața de familie, comunitate.
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> - Întârzierea mintală profundă – (QI < 21) - Minimă dezvoltare senzitivo-motorie, reacționează la comenzi simple îndelung executate, au nevoie de asistenta permanentă fiind incapabili de autoconducție și autocontrol. - Necesită asistent personal.

**Se referă la retardul mintal și tulburarea autistă*

Întârzierea mintală este caracterizată prin funcționare intelectuală semnificativ sub medie (un QI sub 70 cu debut înaintea vârstei de 18 ani), precum și prin deficite sau deteriorări concomitente în activitatea adaptativă în cel puțin două din următoarele domenii: comunicare, autoîngrijire, viața de familie, aptitudini sociale uz de resursele comunității, autoconducere, aptitudini școlare funcționale, timp liber, sănătate și siguranță.

Tulburarea autistă este o tulburare pervazivă de dezvoltare caracterizată prin: deteriorarea calitativă în interacțiunea socială, deteriorări calitative în comunicare precum și patternuri stereotipe și restrânse de comportament, preocupări și activități. Este de asemenea caracterizată de întârzieri, cu debut înaintea vârstei de 3 ani, în cel puțin unul din următoarele domenii :

- interacțiune socială
- limbaj, așa cum este utilizat în comunicarea socială
- joc imaginativ sau simbolic

Relațiile interpersonale generează anxietate mai ales când intervine contactul cu persoane necunoscute. Anxietatea generează și schimbările ambientale. Aceste persoane nu au abilitățile afective și cognitive care ar avea ca rezultat formarea deprinderilor de relaționare interpersonală normală (retragere patologică în sine).

*** Profunzimea deficienței asociate determină încadrarea în categoria de persoană cu handicap, în funcție de intensitatea tulburărilor funcționale generate de structura sau structurile afectate.*

**** În măsura în care nu există un alt handicap asociat care să necesite îngrijire specială sau tulburări comportamentale.*

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	<ul style="list-style-type: none"> - Dezvoltă, de regulă, aptitudini sociale și de comunicare în timpul anilor preșcolari, au o deteriorare minimă în ariile senzitivo-motorii ; - Pot achiziționa cunoștințe școlare corespunzătoare nivelului clasei a VI-a, capătă aptitudini sociale și profesionale adecvate pentru autoîntreținere, pot trăi satisfăcător în societate dacă nu există o tulburare asociată ; - Uneori asociază tulburări de comportament care pot atinge intensitatea unor acte antisociale, adicții de substanțe psihoactive. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesită pregătire în condiții speciale; - Au nevoie de sprijin pentru inițiere și inserție socială pe piața muncii pentru a dobândi abilități de trai independent ; - Monitorizare și măsuri educative în cazul celor cu comportament deviant.
HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> - Pot beneficia de pregătire profesională și, cu supraveghere moderată, pot avea grijă de ei înșiși; - Pot efectua activități lucrative - Au nevoie de servicii de sprijin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Au nevoie de sprijin pentru însușirea unei meserii, în funcție de abilități/aptitudini. Implicarea agenției de formare profesională este necesară pentru inserția socială pe piața muncii.
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> - Au o dezvoltare psihomotorie redusă; - Pot dobândi deprinderi igienice elementare; - Pot efectua sarcini simple. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pot desfășura activități simple; - Au nevoie de sprijin pentru a efectua activitățile pentru care au fost pregătiți.
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> - Au nevoie de asistență permanentă. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesită asistent personal .

II. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN REGRESIA (DETERIORAREA) FUNCȚIILOR INTELECTUALE*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
- examen psihiatric; - teste psihologice (MMSE); - evaluarea degradării intelectuale (IDC); - CT; RMN; - anchetă socială.	- scor MMSE \geq 21; - deteriorare cognitivă, atrofie corticală ușoară / generalizată; - uita evenimentele recente; - necesitatea de a repeta de mai multe ori o relatare în vederea memorării; - ezitare în a răspunde la întrebări.	- scor MMSE 15-20; - tulburări de memorie și tulburări psihice de intensitate ușoară; - accentuarea tulburărilor de memorie; - deteriorare socială moderată cu dificultăți în activitatea profesională.	- scor MMSE 10-14; - atrofie corticală generalizată accentuată; - uitarea numelor, numerelor de telefon, adreselor; - uitarea conversației recente, a evenimentelor curente; - sarcini neterminate deoarece nu știe de unde să le reia.	- scor MMSE \leq 9; - atrofie corticală marcată cerebral, fără tulburări motorii; - demență Alzheimer - atrofie corticală marcată în lobiile frontali și parietali + triada simptomatică; - uitarea numelor celor apropiați; - uitarea datelor personale; - incapacitate de memorare; - deteriorarea judecării, a controlului pulsional; - triada patognomonică (agnozie, apraxie, afazie)

* Se referă la demențe atrofico-degenerative (demență senilă, demență în boala Alzheimer, boala Pick), boli care afectează primar, direct și selectiv creierul, caracterizate prin:

- pierderea abilităților intelectuale suficient de severă pentru a interfera cu activitățile sociale și profesionale;
- deteriorarea gândirii abstracte;
- tulburări ale activității corticale superioare: afazie, apraxie, agnozie, dificultăți construcționale;
- modificarea personalității;
- starea de conștiență clară.

Demența presenilă-degradarea progresivă a funcțiilor cognitive, volitivă și prosexică fără triada simptomatică (agnozie, apraxie, afazie) – se consideră demență presenilă atunci când tulburările apar după vârsta de 40-45 de ani și demență senilă atunci când tulburările apar după vârsta de 60 de ani.

Demența Alzheimer-demență atipică cu debut precoce sau tardiv, cu atrofie cerebrală generalizată, predominant frontală și lobi temporali și triada simptomatică (agnozie, apraxie, afazie). Funcțiile psihice superioare sunt pierdute, funcțiile neurologice clasice, ca și cele vișcerale, sunt păstrate.

Demența Pick- forma mai rară, afectează regiunile frontale și temporale ale cortexului. Evoluează cu apatie pronunțată și tulburări de memorie.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Pot desfășura activități fără suprasolicitări fizice/psihice, în condiții de confort psihic și fizic, în mediu colectiv.	Sprijin pentru a fi menținuți în activitate sau pentru desfășurarea acesteia la domiciliu sau în colaborare.
HANDICAP MEDIU	Pot desfășura activități specializate, având nevoie de îndrumare periodică.	Sprijin pentru a fi menținuți în activitate sau pentru desfășurarea acesteia la domiciliu sau în colaborare.
HANDICAP ACCENTUAT	Dependență parțială pentru autoservire, îngrijire, viață socială, autodeterminare	Sprijin în desfășurarea activităților cotidiene și implicare în viața socială prin asigurarea participării la anumite acțiuni preferate.
HANDICAP GRAV	Dependență totală de îngrijirile primite din afară, limitarea în relaționare socială, lipsă de autodeterminare	Necesită asistent personal. Necesită îngrijiri la domiciliu sau servicii sociale specializate

III. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP LA PERSOANELE CU TULBURĂRI DE PERSONALITATE*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
- Examen psihiatric - Examen psihologic: testarea a funcțiilor cognitive, afective, a comportamentului și a personalității (prin teste psihometrice și probe proiective); - Anchetă socială.	Decompensări de scurtă durată cu frecvență rară (1-2/an), de intensitate nevrotică, cu remisiuni bune, spontan sau sub tratament.	Decompensări mai dese (2-3 /an), de durată mai lungă, nevrotice, cu exacerbări comportamentale, eventual cu asocierea consumului de substanțe toxice. Tulburările pot fi compensate parțial prin tratament. Tipuri: paranoid, schizoid, antisocial, anancast.	- Decompensări frecvente (peste 2/an) de intensitate psihotică, eventuale elemente deteriorative, eficiență terapeutică slabă, asociere cu consumul de substanțe toxice. - Dificultate majoră de relaționare socio-profesională, conflictualitate marcată, eșecuri repetate la locul de muncă, schimbarea frecventă a locului de muncă. - Tipuri: paranoid, schizoid, antisocial.	- Persoane cu comportament sociopat, fără control al sferei instinctuale, afective și comportamentale; - Nu-și recunosc deficitul structural - Au, în general, hotărâre judecătorească de punere sub interdicție.

NB a. În stabilirea deficienței funcționale se vor avea în vedere:

- tipul tulburării de personalitate,
- frecvența și intensitatea decompensărilor (de tip psihotic),
- durata decompensărilor,
- răspunsul terapeutic și calitatea remisiunilor,
- integrarea socio-comunitară și profesională,
- profesiunea,
- toxicofilia asociată.

b. Este necesară o anamneză minuțioasă corelată cu ancheta socială, urmărindu-se obținerea de date, atât privind activitatea profesională (ruta profesională-mobilitatea profesională) cât și comportamentul longitudinal în familie și societate.

c. Examenul psihologic aduce date privitoare la posibilele elemente deteriorative, cât și în evidențierea trăsăturilor dominante în cazul tulburărilor mixte de personalitate.

***Se referă la tipurile de tulburări de personalitate (boli structurale-psihopatii):**

- Tulburare de personalitate paranoidă;
- Tulburare de personalitate schizoidă;
- Tulburare de personalitate antisocială;
- Tulburare de personalitate instabil-emoțională
 - de tip impulsiv și
 - de tip borderline;

Caracterizate prin:

1. controlul incomplet al sferelor afectiv-voliționale și instinctive,
2. nerecunoașterea deficitului structural,
3. incapacitatea de integrare armonioasă și constantă în mediul social.

În practică se întâlnesc aspecte clinice polimorfe care asociază doua sau mai multe trăsături dizarmonice realizând tablouri simptomatologice complexe - tulburări de personalitate mixte (polimorfe).

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Poate presta orice activitate profesională în funcție de calificare, cu evitarea celor care impun responsabilitate și contact cu publicul	- Participare fără restricții – activitatea profesională într-un loc de muncă accesibil, având un rol psihoterapeutic important; - Monitorizare medico-psiho-socială pentru prevenirea decompensărilor de tip psihotic.
HANDICAP MEDIU	- Pot efectua numeroase activități profesionale în funcție de calificare, fără suprasolicitare psihică, într-o ambianță relațională adecvată; - Transferul activităților de vârf, de responsabilitate și mai ales decizionale, altor membri ai echipei.	- Participare cu condiția realizării unui climat profesional tolerant din partea conducerii și colectivului de muncă, fără tensiuni psihice în scopul inserției profesionale sau menținerii în activități organizate; - Monitorizare medico-psihosocială.
HANDICAP ACCENTUAT	Pot executa nenumărate activități profesionale în funcție de calificarea înșușită sau în curs de formare, fără solicitare psihică accentuată, responsabilități sau contact cu publicul.	Facilitarea relațiilor interpersonale în colectivul de lucru, în vederea inserției sociale.
HANDICAP GRAV	Pot desfășura activități lucrative și au nevoie de servicii de sprijin.	- Necesită un mediu psiho-socio-familial suportiv și asigurarea accesului la servicii specializate - Necesită asistent personal.

IV. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP LA PERSOANELE CU TULBURĂRI ALE DISPOZIȚIEI ȘI PREVALENT DE GÂNDIRE *

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
- Examen psihiatric (aprecierea clinică a intensității tulburării psihice și a prognosticului apropiat al afecțiunii); - Examen psihologic: testarea a funcțiilor cognitive, afective, a comportamentului și a personalității (prin teste psihometrice și probe proiective); - Investigații sociale	În forme clinice reziduale, stabilite cu prudență	În remisii cu dispariția fenomenelor delirante și halucinatorii premitând reluarea activității la un nivel inferior	În formele catatonice, dezorganizate (hebefrenice), paranoide, nediferențiate. NB În formele care au instituită interdicția, handicap grav	În formele cu evoluție progredientă severă a personalității și a comportamentului, cu potențial antisocial

* Se referă la :

- *psihoze cu debut precoce (copilărie- adolescență; ex. schizofrenia, boli afective);*
- *afecțiuni psihice majore (psihoze) grefate pe o întârziere mentală, indiferent de gradul acestora și de vârsta solicitantului;*
- *psihoze la care se reține o componentă ereditară indubitabilă;*
- *psihoze la care se asociază o tulburare de personalitate (structurală).*
- *psihoze majore, indiferent de vârstă, la persoane fără venituri.*

NB De reținut:

1. Debutul psihotic poate fi necaracteristic și, ulterior, se pune diagnosticul de afecțiune psihică majoră. Debutul este reprezentat de prima consultație avută de pacient la un serviciu de psihiatrie (fișa de consultație este utilă).
2. Schizofrenia, în faza activă (productivă), este caracterizată prin:
 - a. idei delirante, halucinații, incoerență, autism, catatonie, afect plat sau evident inadecvat (discordant);
 - b. idei delirante, bizare;
 - c. halucinații proeminente;
 - d. în timpul puseului – munca, relațiile sociale și autoîngrijirea sunt afectate major;
 - e. nu poate fi stabilit un factor organic care a inițiat sau menținut tulburarea.
3. La evaluarea gradului de handicap în schizofrenie se vor avea în vedere:
 - a. forma clinică : catatonică, hebefrenică, paranoidă, nediferențiată, reziduală, simplă și depresia post schizofrenică. Primele patru forme sunt cele mai severe și au un potențial handicapant major;
 - b. tipul de evoluție:
 - subcronică sau cronică, cu sau fără episoade de acutizare;
 - în remisiune (când o persoană cu schizofrenie nu mai prezintă nici un semn de tulburare);
 - c. cooperarea la monitorizarea medicală și eficiența acțiunilor psihoterapeutice;
 - d. climatul familial și socioprofesional.
4. La evaluarea gradului de handicap în psihozele afective se va avea în vedere:
 - mania cronicizată, formele bipolare, ciclotimia rapidă, depresia severă cronică.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	<ul style="list-style-type: none"> -Pot presta activități în condiții de confort psihic și fizic din punct de vedere al ambianței relaționale și materiale. -Sunt contraindicate activitățile care implică suprasolicitare psihica, stresante și cu responsabilitate ridicată. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sprijin pentru menținerea în activitate – activități organizate, accesibile; - Monitorizarea medico-psihosocială la serviciul teritorial de psihiatrie.
HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> - Pot desfășura activități, cu program integral sau parțial, în același loc de muncă. Schimbarea locului de muncă se va face numai dacă acesta este corespunzător din punctele de vedere ale solicitării psihice și al relațiilor interpersonale; - Evitarea profesiunilor cu risc de acutizare a tulburării. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sprijin pentru menținere în același loc de muncă sau pentru eventuala schimbare a locului de muncă; - Facilitarea relaționării interpersonale în colectivul de lucru; - Sprijin pentru monitorizarea medico-psiho-sociala.
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> - Nu pot desfășura activități profesionale organizate, indiferent de natura și nivelul de solicitare; - Eventual activități în secții de ergoterapie-terapie ocupațională, cu rol psihoterapeutic; - Au afectată parțial capacitatea de autodeterminare și autoservire; - Nu necesită supraveghere permanentă din partea altei persoane. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sprijin familial pentru respectarea tratamentului de specialitate, cooperare la activitățile de psihoterapie sau/și terapie ocupațională; - Asigurarea unui climat comunitar și familial de înțelegere, sprijin, fără factori stresanți psihoafectivi.
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> - Au pierdut capacitatea de autodeterminare, autoservire, autoîngrijire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizare medico-psiho-socială permanentă. - Necesită asistent personal. - Necesită servicii specializate.

CAPITOLUL 2

FUNȚIILE SENZORIALE

I. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA FUNCȚIILOR VEDERII*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
- Acuitatea vizuală (calitatea vederii) mono-binoculară (cu cea mai bună corecție, la ochiul cel mai bun) Refractometrie oculară (autorefractometru dioptron)	1/2 =0,5 – 1/3=0,3 (2/3, 1/2, 1/3)	VAO între 1/4 (0,25)-1/10 (0,1)	VAO între 1/12=0,08 (4m) – 1/25=0,04 (2m)	VAO sub 1/25<0,04 (2m) cecitate relativă VAO=pmm pl, fpl= cecitate absolută
- Câmp vizual (manual) la ochiul cel mai bun	Normal	Redus concentric în jurul punctului de fixație la 30 – 40 grade	Redus concentric în jurul punctului de fixație la 10 – 30 grade	Tubular, în jurul punctului de fixație (0-10 grade)
- Câmp vizual computerizat **	În funcție de structura oculară afectată			
- Percepția luminii la stimuli vizuali***				
- Potențiale vizuale evocate (PEV)	Normal	Normal	Potențiale modificate	Lipsă percepție luminoasă
- Electroretinograma (ERG)	Normal	Normal	Retina încă funcțională	Traseu stins (retina nefuncțională)

* În afecțiunile cronice primar și secundar oculare, inflamatorii, heredodegenerative, degenerative, traumatice, tumorale, vasculare cu evoluție cronică-progresivă sub tratament specific sau cu sechele morfofuncționale handicapante.

Cataractă cu indicație chirurgicală va fi evaluată după intervenția operatorie.

Vicii de refracție, de acomodare, nistagmusul.

** Câmpul vizual computerizat oferă relații privind sensibilitatea retinei cu modificări specifice structurii funcțiilor vizuale afectate efectiv (are programe prestabilite în funcție de diagnosticul clinic).

*** PEV și ERG utilizate în aprecierea stării funcționale a retinei (teste obiective).

	ACTIVITĂȚI –LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Orice profesie	Fără restricții
HANDICAP MEDIU	Profesiuni care nu comportă periclitare oculară sau suprasolicitare vizuală.	Fără restricții
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> - Limitări în orientarea spațială, în acomodarea la trecerea de la lumină la întuneric și invers; - Profesiuni care nu comportă periclitare oculară sau suprasolicitare oculară. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asigurarea de lupe măritoare pentru reperele prelucrate; - Afișarea cu litere mari a instrucțiunilor de muncă și de protecția a muncii; - Iluminat mai puternic compensator.
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultăți majore de orientare în spațiu. - Pot desfășura activități lucrative . 	<ul style="list-style-type: none"> - Marcarea drumului de acces spre locul de muncă; - Schimbarea sistemului de alarmă; - Ajustarea ambianței luminoase; - Loc de muncă protejat pentru regasirea materiei prime și a uneltelor, eventual cu jalonarea drumului mâinii; - Montarea de apărătoare în zonele periculoase pentru muncă; - Informarea în muncă să se faca verbal sau în Braille; - Necesită ajutor regulat.

II. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA FUNCȚIILOR AUZULUI*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	FĂRĂ DEFICIENȚĂ	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ
	INFIRMITATE	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
Audiometrie (subiectivă – liminară sau supraliminară sau audiometrie vocală și obiectivă cu potențiale evocate), impedansmetrie și otoemisiuni acustice	Scăderea sau abolirea unilaterală a auzului Tulburari de auz bilaterale cu pierdere între 0-20 dB	Pierdere auditivă bilaterală între 20-40 dB	Pierdere auditivă bilaterală între 41-70 dB protezabilă	– Pierderea auditivă peste 70 dB care se protezează greu asociată cu tulburări psihice și de limbaj; – Surditate congenitală sau dobândită înaintea achiziționării limbajului însoțită de mutitate (surdocecitate cu demutizare slabă/nulă), cu pierdere peste 90 dB (cofoză)

* În afecțiunile cronice auditive de cauză diversă: inflamatorie, infecțioasă, toxică, vasculară, heredodegenerativă, traumatică, tumorală – congenitale sau dobândite precoce (copilărie/adolescență) însoțite de hipoacuzie (tip transmisie, neurosenzorială, mixtă), protezabile sau neprotezabile sau cu surditate (cofoza), cu sau fara tulburări de comunicare (surdomutitate-surdocecitate).

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Orice activitate	Fără restricții
HANDICAP MEDIU	Orice activitate	Fără restricții
HANDICAP ACCENTUAT	Acces la majoritatea locurilor de muncă, cu condiția evitării activităților de comunicare cu publicul.	Asigurarea unor sisteme optice de semnalizare înlocuindu-le pe cele sonore, atât în scopul protecției muncii, cât și de asigurare a unui flux tehnologic normal, cu preluarea sarcinilor de supraveghere.

III. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA FUNCȚIILOR VESTIBULARE*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV*
Evaluarea reflexelor : – vestibulo-ocular (electronistagmografie); – vestibulo-spinal (posturo-grafie dinamică computerizată și cranio-corpo-grafie)	Diferențe funcționale la probele provocate între cele 2 vestibule de cel puțin 20% Hipo/hiper excitabilitate vestibulară bilaterală	Diferența între cele două vestibule la probele provocate depășește 30% (nistagmus spontan sau deviații nete)	Ortostatismul este posibil dar dificil de menținut, nistagmus spontan, diferența mare între vestibule (tulburări calitative ale traseului electronistagmografic), tulburări funcționale echivalente cu 60-80%	Ortostatismul este imposibil în criză, însoțit de tulburări vegetative. Probele spontane și provocate (dacă se pot practica) sunt net pozitive. Tulburări funcționale echivalente cu 80-100%* Pentru perioade limitate de 6-12 luni, în funcție de durata și reversibilitatea tulburărilor majore de echilibru la acțiunile de recuperare.

- * În afecțiunile cronice vestibulare, precum și a căilor acestora, congenitale sau contractate precoce.
NB: În general tulburările vestibulare periferice au un caracter pasager, tranzitoriu. Tulburările de echilibru survin când există o diferență funcțională mai mare de 20 – 30 % între cele două vestibule.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Orice activitate	Fără restricții
HANDICAP MEDIU	Orice activitate	Restricție pentru activitățile care se desfășoară la înălțime
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> – Locuri de muncă – fără suprasolicitare posturală și deplasări posturale de durată sau care impun alternanța rapidă în variantele posturale; – Sunt accesibile, în general, muncile statice, activitățile de birou/ meșteșugărești. 	Adaptarea locului de muncă, astfel încât să nu fie suprasolicitată postura ortostatică sau să o faciliteze prin mijloace suplimentare de sprijin, scaune adaptate, etc.
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> – Sprijin pentru autoservire, îngrijire și autogospodărie în activitățile de bază ale vieții de zi cu zi. – Pentru perioada în care ortostatismul și mobilizarea nu se pot realiza. 	<ul style="list-style-type: none"> – Necesită asistență de specialitate. – Necesită asistent personal.

CAPITOLUL 3

FUNȚIILE FONATORII ȘI DE COMUNICARE VERBALĂ

EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA VOCII*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
<ul style="list-style-type: none"> - Examen ORL - Examen laringoscopic - Examen histopatologic - Probe ventilatori - Anchetă 	<ul style="list-style-type: none"> - Disfonie izolată (raguseală); - Voce bitonală (pareză coardă vocală – recurentială, unilaterală) 	<ul style="list-style-type: none"> - Diplegie recurentială în poziție de abducție sau adducție (cu păstrarea vocii dar cu tulburări de respirație), în funcție și de specificul profesiei (profesioniști ai vocii) 	<ul style="list-style-type: none"> - Traheostomă permanentă fără laringectomie. - Traheostomă cu laringectomie, determinată de procese maligne sau zdrobirea laringelui. - Ablația laringelui cu traheostomă permanentă și lipsa crigmofonatiei, cu tulburări de vorbire, de ventilație și, eventual, de nutriție, ținând seama de cauza care a determinat afectarea structurală.

* Se referă la tulburările fonatorii determinate de afectarea laringelui, cauzate de:

- stenoze post traumatice,
- pareze sau paralizii (corzi vocale – n. recurentiali),
- procese tumorale benigne, maligne,
- procese inflamatorii cronice, trenante sau repetitive.

Funcția fonatorie poate fi tulburată începând cu cavitatea bucală (stomatolalie) și până la organul fonator principal, laringele, sub formă de :

- voce bitonală în paralizie recurentială,
- disfonie prin formațiuni tumorale,
- afonie consecutivă ablației laringelui.

Cuantificarea tulburărilor fonatorii se face în raport de inteligibilitatea vocii de la ușoară și până la accentuată, când este vorba de afonie.

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

- specificul profesiei (profesioniști ai vocii),
- efectul terapiei,
- eventualele recidive (nodului corzi vocale, polipi – recidive tumorale benigne sau malignă).

NB Funcțiile mentale ale limbajului, de articulare, tulburările de limbaj vorbit – mutitatea, limbaj slab cu toate încercările de reeducare (labiolectura) sunt prevăzute la capitolele respective.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI*	PARTICIPARE – NECESITĂȚI*
HANDICAP UȘOR	Orice activitate profesională fără suprasolicitare fizică mare, în condiții de microclimat adecvat, fără variații termice, mediu prea rece sau prea cald sau uscat, fără curenți de aer, umezeală.	Asigurarea unui loc de muncă cu solicitare redusă, în condiții de microclimat, fără variații termice, curenți de aer, prea umed.
HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesională fără suprasolicitare fizică mare, în condiții de microclimat adecvat, fără variații termice, mediu prea rece sau prea cald sau uscat, fără curenți de aer, umezeală. Pentru profesioniști ai vocii (profesori, avocați, solisti, cântăreți vocali s.a.), schimbarea locului de muncă fără solicitarea vocii, în condiții favorabile de microclimat – condiții ambientale la locul de muncă sau profesiei.	Asigurarea unui loc de muncă cu solicitare redusă în condiții de microclimat, fără variații termice, curenți de aer, prea umed. Monitorizare medicală la serviciul de ORL, tratament adecvat.
HANDICAP ACCENTUAT	Au capacitatea de autoservire și autoîngrijire conservate.	Monitorizare medico-psiho-socială la serviciul ORL, de logopedie, și psihologie teritorială. Sprijin familial și eventual comunitar pentru unele activități (de autogospodărire).

* *In principiu, afectarea vocii pentru anumite profesii și locuri de muncă poate fi hotărâtoare, în timp ce, în altele, unde nu există mesaj vorbit, munca se poate desfășura normal.*

CAPITOLUL 4

FUNȚIILE SISTEMULUI CARDIOVASCULAR, HEMATOLOGIC, IMUNITAR ȘI RESPIRATOR

A. FUNCȚIILE SISTEMULUI CARDIOVASCULAR

I. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA FUNCȚIILOR INIMII*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
EKG de repaus ; Test de toleranță la efort (TTE); Ecografie bidimensională, ecografie Doppler ; Cateterism cardiac, angiografie Monitorizare tensiune arterială (TA) Examen fund de ochi (FO).	IC Nyha I – Persoana este asimptomatică în timpul activității uzuale sau/și profesionale ; – Tulburări de ritm și conducere minore, influențate de tratamentul specific.	IC Nyha II – Persoana este asimptomatică în condiții de repaus, efectuează activități zilnice uzuale, dar nu poate face eforturi fizice prelungite ; – Tulburări de ritm sau/și de conducere repetitive care necesită tratament susținut continuu la care toleranța de efort este limitată de apariția tulburărilor funcționale la eforturi de intensitate mare sau medie.	IC Nyha III – Persoana prezintă simptome limitatoare de prestare a activității zilnice de întreținere, prezintă semne de ICC corectabile sub tratament ; – Cardiostimulare eficientă cu tulburări funcționale la eforturi mici, chiar și în repaus ; – Aritmii ES ce nu pot fi controlate prin tratament și induc tulburări hemodinamice manifeste accentuate în efort.	IC Nyha IV – Persoana este simptomatică în repaus, apar semne de ICC, gradul de afectare cardiacă între 85-100%, ireversibilă la tratament ; – Tulburări de ritm și de conducere grave, neinfluențate de tratament – Cardiostimulare inefficientă.

- * 1. În afectarea primară a funcției contractile a inimii:
- Cardiomiopatiile primare, primitive sau idiopatice:
 - CMP dilatativă sau congestive,
 - CMP hipertrofică sau obstructive,
 - CMP restrictivă sau obliterantă.
2. În afectarea secundară a funcției contractile a inimii:
- Angiopatii congenitale cianogene sau necianogene operate sau neoperate cu insuficiență cardiacă cronică clinic manifestată:
 - DSA, DSV, Coarctare aortă Stenoză de aortă, Stenoză de arteră pulmonară asociată cu DSV,
 - Tetralogia Fallot, transpoziții de vase mari,
 - Atrezia de tricuspidă, anomalia Ebstein.
 - Valvulopatii: de etiologie diversă, complicate sau decompensate neoperate sau operate (protezate), contractate precoce.
3. În afectarea ritmului și conducerii cardiace:
- Tulburări de ritm și de conducere persistente și severe contractate precoce (purtator de pacemaker).
4. Complicații post-transplant cardiac.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Orice activitate profesională	Participare fără restricții
HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesională care nu necesită efort fizic mare.	Nu se pot adapta la efort fizic de intensitate mare și durată.
HANDICAP ACCENTUAT	Limitarea capacității de adaptare la efort fizic (profesional și casnic)	Măsuri de adaptare a utilajelor pentru reducerea efortului fizic necesar, evitarea poziției forțate în muncă, deplasării posturale pe distanțe mari pe plan înclinat, urcarea de scări.
HANDICAP GRAV	Limitare majoră a capacității de autoîngrijire și autogospodărire, de menținere a stării de sănătate, de comunicare și participare la viața de familie.	<ul style="list-style-type: none"> - Necesită asistent personal. - Necesită servicii specializate.

II. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA FUNCȚIILOR ARTERELOR LEGATE DE FLUXUL SANGUIN

- a. **CONSTRICȚIA ȘI/SAU OBSTRUCȚIA ARTERIALĂ (ARTERIOPATII OBLITERANTE – TROMBANGIOPATII OBLITERANTE - BOALĂ BURGER**
 b. **ANGINEUROPATII PRIMARE (BOALĂ RAYNAUD)***
 c. **LIMFEDEMUL PRIMAR****

PARAMETRII FUNCȚIONALI		<ul style="list-style-type: none"> - Oscilometria; - Ecografia intravasculară; - Examen Doppler; - RMN; - Angiografia cu substanța de contrast; - Pletismografia prin impedanță; <p>NB. 1. Evaluare în funcție de gradul de ischemie periferică, modul de apariție al claudicației intermitente și intensitatea tulburărilor ischemico-necrotice; 2. Evaluare după clasificarea Leriche-Fontaine.</p>
DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	HANDICAP UȘOR	Arteriopatie obliterantă std. Iia și std. Iib cu claudicație intermitentă sau constricția arterială evaluată prin metode de laborator (parametri funcționali).
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Arteriopatie obliterantă stadiul III cu claudicație intermitentă în repaus, dureri în decubit. Arteriopatie obliterantă stadiul IV cu amputație gambă unilateral protezată. BR cu crize vaso-spastice frecvente, cu dureri, cianoza degetelor mâinii și parestezii. Limfedemul primar cu deformarea unilaterală globală a membrului inferior.
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	Arteriopatie obliterantă stadiul IV cu: Amputații de membre unilaterale sau bilaterale greu protezabile sau neprotezabile: <ul style="list-style-type: none"> - Amputație de coapsă (bont mai mic de 6 cm.) greu protezabilă, dezarticulație coxo-femurală; - Amputație bilaterală a membrului pelvin de la nivelul gambelor; - Amputație unilaterală asociată cu anchiloze și calusuri vicioase contralateral. Arteriopatie obliterantă stadiul IV cu amputație gambă unilateral neprotezată, cu tulburări trofice cutanate la membrul contralateral. Angioneuropatiile primare (B.R.) forme avansate. Limfedemul primar bilateral cu deformare globală a membrului inferior, cu tulburări de statică și mers.
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	Arteriopatie obliterantă stadiul IV cu: <ul style="list-style-type: none"> - Amputație a ambelor coapse (imposibilitatea realizării ortostatismului fără cârje); - Lipsa prin dezarticulație a unui membru pelvin, asociată cu anchiloza membrului pelvin opus; - Lipsa prin dezarticulație a unui membru pelvin, asociată cu amputație sau dezarticulație de membru toracic; - Amputația membrului toracic unilaterală cu reducerea prehensiunii contralateral; - Amputație a ambelor membre toracice (de la diferite niveluri) cu redori strânse ale articulațiilor cu imposibilitatea realizării gestualității profesionale și uzuale.

- * – Caracterizate prin spasm al arteriolelor de la nivelul degetelor și, ocazional, al altor extremități, prag scăzut pentru aplicații reci sau orice cauză care activează simpaticul sau eliberarea de catecolamine;
 - În formele severe se pot forma tromboze ale articulațiilor mici care pot favoriza apariția de necroze cu amputații (pierderi tisulare) la nivelul falangelor degetelor, mai rar la police;
 - Afectează mai ales sexul feminin;
 - Patogenia este incertă.
- ** – Caracterizat prin acumularea excesivă de lichid limfatic și tumefierea țesutului cutanat datorită obstrucției, distrugerii sau hiperplaziei vaselor limfatice;
 - Poate surveni la naștere, adolescență sau mai târziu, pe parcursul vieții;
 - Mai frecventă la femei și de obicei unilateral;
 - Edem difuz cu deformarea membrului inferior sau superior în fazele înaintate, fără modificări cutanate sau semene de insuficiență venoasă.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI		PARTICIPARE – NECESITĂȚI	
HANDICAP GRAV	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP MEDIU	HANDICAP UȘOR	
<p>Activitățile indicate și accesibile, ca și limitările în funcție de intensitatea deficienței funcționale precum și restricțiile și serviciile necesare pentru participare sunt prezentate la Cap 7, subcap. III - Evaluarea gradului de handicap în afectarea funcțiilor motorii, a stăției și mobilității – locomotiei, sau/și gestualității</p>				

B. FUNCȚIILE SISTEMULUI HEMATOLOGIC

De reținut :

- În afecțiunile care evoluează în pusee, evaluarea se va face în perioadele de remisiune, luându-se în considerare însă, ca element important, frecvența și durata episoadelor acute (confirmate prin documente medicale).
- Se va ține seama de posibilitatea tratamentului, durata acestuia, efectele produse și persistența lor în timp.
- Evaluarea funcțională se face la 6 – 12 luni.
- În situația aplicării tratamentului citostatic, imuno-supresor și radioterapeutic, în evaluare se vor avea în vedere atât efectele nefavorabile ale acestora cât și tulburările funcționale determinate de afecțiunea hematologică propriu-zisă.
- În caz de transplant de măduvă osoasă, evaluarea se va face la 6 luni de la realizarea transplantului.

I. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN ANOMALII ALE CELULELOR HEMATOPOETICE (FUNCȚIILOR DE PRODUCERE A SÂNGELUI ȘI ALE MĂDUVEI OSOASE)*

1. Leucemii acute**

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
<ul style="list-style-type: none"> - hemoleucograma completă - frotiu de sânge periferic - mielogramă - acid uric - creatinină - computer tomograf - lichid cefalorahidian (LCR) - transaminaze 	În remisiunile durabile de 4-5 ani, sub rezerva verificărilor funcționale, anual	În remisiunile durabile sub 4-5 ani	-Afecțiune evolutivă cu complicații și răspuns nesatisfăcător la tratament. -Recădere după 3-4 ani (recădere rezistentă la tratament).	În formele accentuate care determină imobilizarea și pierderea capacității de autoservire, prin complicații grave, ireversibile

- *
 1. Leucemii acute
 2. Leucemia granulocitară cronică
 3. Leucemia limfoidă cronică
 4. Policitemia vera (Boala Vaquez)
 5. Trombocitemia hemoragică
 6. Mielofibroza cu metaplazie medulară
 7. Sindromul mielo-displazic
 8. Anemiile aplastice

- **
 a. Proliferare malignă a celulelor hematopoetice, caracterizată prin oprirea lor în diferențiere și maturație, asociată sau nu cu trecerea celulelor blastice în sangele periferic.
 Caracterul esențial (major) de diagnostic = prezența de celule blastice peste 30% din totalul celulelor medulare la puncție sau biopsie osoasă.
 b. Intensitatea deficienței funcționale este determinată de caracterul malign al bolii, de anemia însoțitoare, de hemoragii, de infecții, precum și de alte complicații ca: meningita leucemică, infiltrate craniene, pulmonare sau nefropatia urică.

2. Leucemia granulocitară cronică*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
<ul style="list-style-type: none"> - clinic: <ul style="list-style-type: none"> - splenomegalie; - hepatomegalie (ușoară); - dureri osoase. - paraclinic: <ul style="list-style-type: none"> - hemoleucogramă: leucocitoză marcată cu deviere la stânga - anemie în grad variabil; - mielogramă: măduvă hiperplazică, predominând granulocitară; - acid uric, creatinină; - ecografie renală (abdominală) - examen citogenetic. 	În formele ușoare cu remisiuni de lungă durată, clinice și citologice.	În formele cu evoluție lentă, cu remisiuni trecătoare dar repetate, cu complicații moderate (litiază renală)	În faze accentuate și de metamorfozare blastică cu complicații severe, leucocitoză care nu răspunde la tratament	În faza blastică (finală) – ca în leucemiile acute

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

3. Leucemia limfatică cronică*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
<ul style="list-style-type: none"> - clinic : - transpirații nocturne, - astenie fizică, - scădere ponderală, - adenopatii, - hepato-splenomegalie. - paraclinic : - hemoleucogramă: limfocitoză > 30.000 mmc - mielogramă: infiltrații limfocitare în maduva osoasă ce depășesc 30% (criteriu major), - electroforeza proteine și test Coombs. 	În stadiul 0 sau I, când apar adenopatii, evoluție staționară pe timp îndelungat, răspuns favorabil la tratament.	În stadiul II, când apare hepatomegalia sau/și splenomegalia cu remisiuni de minimum 3 ani sub tratament.	În leucemia limfatică cronică stadiul III și IV cu anemie <11gr% Hb, hematocrit sub 33%, trombocitopenie (sub 100.000 mmc), cu răspuns terapeutic slab și prognostic nefavorabil.

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

4. Policitemia vera (Boala Vaquez)*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘORĂ	DEFICIENȚĂ MEDIĂ	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
<ul style="list-style-type: none"> - clinic: <ul style="list-style-type: none"> - splenomegalie; - hepatomegalie; - HTA - examen neurologic - paraclinic: <ul style="list-style-type: none"> - hemogramă completă: <ul style="list-style-type: none"> - nr. hematii - Hb gr. % - nr. leucocite - nr. trombocite - HT - mielogramă sau/și - puncție osoasă - teste de coagulare - ecografie cardiacă - saturația cu O₂ a Hb din sângele arterial(daca este cazul) - eritropoietină serică sau urinară 	În faza policitemică în remisiune clinica și citologică, cu HT între 40-45%, trombocite sub 400.000 mmc	În faza policitemică fără remisiune, cu complicații moderate (HTA, hemoragice sau tromboze reduse), cu HT de 50%, cu splenomegalie moderată, cu saturație de HbO ₂ normală, cu trombocitoză peste 400.000 mmc și leucocitoză peste 12.000 mmc/	În faza policitemică cu sechele persistente prin complicații trombotice (neurologice, cardiace, hepatice) sau în faza de metaplazie, postpolicitemică, cu splenomegalie tumorală, fibroză medulară extinsă, tablou sangvin cu leucoeritroblasti, masă eritrocitară normală sau scăzută.	În metaplazia mieloidă postpolicitemică și de leucemie acută cu complicații severe neurologice sau cardiace, care împiedică autoservirea.

* Este o afecțiune hematologică (din cadrul bolilor mieloproliferative) caracterizată prin proliferarea excesivă a celulelor din seria roșie

Evoluează în trei faze

- faza policitemică în care sunt posibile remisiuni clinice și citologice până la 20 ani,
- faza de metaplazie mieloidă postpolicitemică,
- faza de leucemie acută postpolicitemică.

5. Trombocitemie hemoragică esențială sau primară*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
<ul style="list-style-type: none"> - nr. trombocite = crescute mai mult de 600.000/mmc, fără o cauză identificabilă (infecție, neoplasm sau hematologice); - mielograma = hipercelulară cu hiperplazie megacariocitară ; - masa eritrocitară normală (sub 36 ml/kg corp la B și sub 32 ml/kg corp la F) ; - absența fibrozei extinse a măduvei ; - splenomegalie, în evoluție atrofie splenică ; - agregate trombocitare. 	În faze de remisiune clinică și hematologică cu trombocite de 400.000 mmc.	În formele cu complicații trombotice și/sau hemoragice remise și cu remisiune citologică (trombocite 400.000 mmc) cu splenomegalie moderată.	În formele cu complicații trombotice și/sau hemoragice severe, cu sechele persistente, cu trombocitoză peste 600.000 mmc, rezistente la tratament.

* a. Este o anomalie hematologică (din bolile mieloproliferative cronice) caracterizată prin proliferare megacariocitelor, ceea ce conduce la creșterea numărului de trombocite în sânge.

b. Diagnosticul se pune pe :

- trombocite > 600.000/mmc
- masa eritrocitară normală, bazofilie prezentă
- splenomegalie

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

6. Mielofibroză cu metaplazie mieloidă*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ
	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
<ul style="list-style-type: none"> - splenomegalie moderată sau gigantă ; - hemogramă (Hb scăzută, Ht scăzut, reticulocitoză, nr. leucocite normal sau scăzut, formula leucocitară deviată la stangă și bazofilie) frotiu sânge-hematii «în picătură»; - mielogramă (biopsie medulară din creasta iliacă : tablou leucoeritroblastic și mielofibroză); - În fazele avansate = insuficiența medulară = pancitopenie cu: <ul style="list-style-type: none"> - Sindrom anemic - Sindrom infecțios - Sindrom hemoragic. - Acid uric; - Creatinină; - Sideremie 	În faze proliferative fără complicații.	În faza de insuficiență medulară cu pancitopenie, cu sindrom anemic, hemoragic și infecțios.

- * a. Este o afecțiune neoplazică, hematologică din grupa bolilor mieloproliferative cronice, caracterizată prin:
- Hiperproducție de celule hematopetice;
 - Hiperproducție de celule stromale (fibroblasti).
- b. Supraviețuirea este, în medie, de 5-7 ani, cu limite între 1-20 ani.

7. Sindromul mielo-displazic*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ/ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT/ GRAV
<ul style="list-style-type: none"> - Anemie cu semne de hipoxie anemică și cu modificări morfologice cu macrocitoză, poichilocitoză, siderocite în sângele periferic; - Megaloblastoză, sideroblasti patologici multinucleați în măduva osoasă. - Mielograma cu colorații speciale. 	În remisiuni complete, clinice și citologice, în anemii simple, refractare.	În remisiuni parțiale, de durată medie, cu rezultate favorabile la tratament, în anemiile refractare, în leucemia mielomonocitară cronică, în faze cronice fără complicații.	<ul style="list-style-type: none"> - În anemie refractară simplă sau cu exces de blaști, cu Hb sub 8 gr/dl, cu tratament inefficient; - În anemii cu exces de blaști în transformare care preced leucemia acută; - În leucemia mielomonocitară cronică în perioada de acutizare a afecțiunii.

- * a. Este forma de insuficiență medulară datorată imposibilității maturării celulare din seriile mieloide;
- b. Sunt incluse stări preleucemice cu anemie refractară simplă sau cu sideroblaști inelari sau cu exces de blaști și leucemia cronică mielomonocitară;
- c. Durata de viață 1-3 ani.

8. Anemiile aplastice*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ/GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT/ GRAV
- Hemograma completă - Hematocrit (HT) - Hemoglobină (Hb) - Număr trombocite - Mielogramă sau puncție osoasă, biopsie - Sideremie - Glicemie - Probe de insuficiență hepatică	În forme ușoare sau remisiuni totale ale acestora.	În formele medii, fără tendințe evolutive, fără complicații sau în fazele de remisiune parțială.	- În forme cronice care necesită transfuzii repetate, cu hemosideroză, ciroză hepatică și cu diabet zaharat ; - În formele severe cu complicații grave ; - În forme ce necesită transfuzii repetate, atât în perioade acute cât și 2 ani după obținerea unei remisiuni.

- * a. Caracterizate prin citopenie periferică și medulară cu hipo sau acelularitate.
- b. Pot avea aspect de:
- Anemie eritroidă pură (eritroblastopenie) cu reticulocite <1%
 - Aplazie granulocitară (agranulocitoză) în care granulocitele sunt <500/ml
 - Aplazie megacariocitară în care trombocitele sunt sub 20.000/ml
- c. Complicații: infecții, hemoragii, mielodisplazie, leucemie acută în fazele tardive
- d. Remisiunile sunt rare, dar pot fi parțiale sau totale.
- e. În formele severe mortalitate este > 80%, din care peste 50% mor în primul an de evoluție

II. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA CAPACITĂȚII SÂNGELUI DE A TRANSPORTA OXIGEN

	ANEMIE FERIPRIVĂ*	ANEMIE MEGALOBLASTICĂ**	ANEMII HEMOLITICE***
PARAMETRI FUNCȚIONALI	<ul style="list-style-type: none"> - Hb + HT scăzute; - CHEM <30% ; - VEM <80 micrometri; - Sideremie <50 micrograme la 100ml ; - Mielogramă: absentă hemosiderinei medulare și a sideroblastilor. - Investigații pentru determinarea cauzei 	<ul style="list-style-type: none"> - Hb + HT scăzute ; - Trombo-leucopenie ; - Scad reticulocitele ; - În frotiu macrocite ; - Mielogramă: modificări de tip megaloblastic pe toate seriile. <p>Alte semne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glosita Hunter, - Manifestări neurologice, - Anaclorhidrie histamino-rezistentă, - Gastrită atrofică, - Test Schilling cu valori scăzute (normal 8-25%), - Vitamina B₁₂ în sânge <100mg %. - Acid folic-dozare 	<p>Clinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paloare ; - Subicter conjunctival sau/și tegumentar ; - Splenomegalie cu/fără hepatomegalie. <p>Paraclinic :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hb + HT scăzute ; - Reticulocite crescute ; - Mielograma arată hiperplazie eritroblastică cu inversarea raportului G/E ; - Bilirubinemie crescută, în special indirectă; - Urobilinogen prezent; - Teste de hemoliză

De reținut:

- a. Anemiile reprezintă bolile sistemului eritocitar determinate de scăderea hemoglobinei și/sau a masei eritrocitare totale care, prin scăderea capacității de transport a O₂ de către sânge, determină diferite grade de hipoxie tisulară sau celulară.
- b. Dacă se ia ca parametru valoarea hemoglobinei, se consideră:
 - Valori normale = 14 g/dl (±2) la bărbați ; 13 g/dl (±2) la femei (valorile variază în funcție de vârstă)
 - Anemie ușoară la Hb între 10-12 g/dl ;
 - Anemie medie la Hb între 8-10 g/dl;
 - Anemie severă la Hb sub 8 g/dl.
- c. În aprecierea deficienței funcționale se ține seama de :
 - Severitatea anemiei ;
 - Necesitatea transfuziilor repetate ;
 - Răspunsul la tratament și caracteristicile bolii primare care a generat anemia.

	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ/GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT/ GRAV
ANEMII	Forme ușoare cu Hb între 10-12 gr%, cu răspuns imediat și persistent la tratament corespunzător.	Forme moderate cu Hb între 8-10 gr% cu răspuns favorabil la tratament, fără complicații.	<ul style="list-style-type: none"> - Anemie severă cu Hb sub 8 gr% ; - Forme cu complicații, tromboze, hemoragii repetate, mielodisplazie ; - Forme care necesită transfuzii frecvente.

* *Este o anemie hipocromă microcitară în care tulburarea de bază o reprezintă scăderea cantității de fier din hematii.*

** *Este o anemie datorată tulburării diviziunii celulare prin scăderea sintezei ADN urmare unui deficit de vitamină B12/de acid folic.*

- a. *Se produc prin liza excesivă a eritrocitelor ;*
- b. *Durata de viață a eritrocitelor scade la 80-90 zile în hemolize ușoare, până la 5-10 zile în hemolize severe;*
- c. *Forme de anemie hemolitică :*
 - *sferocitoză ereditară,*
 - *eliptocitoză ereditară,*
 - *hemoglobinuria paroxistică nocturnă,*
 - *hemoglobinopatii (talazemia majoră și minoră),*
 - *enzimopatii,*
 - *autoimune,*
 - *methemoglobinopatii.*

III. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA SISTEMULUI LIMFOID*

1. Boala Hodgkin**

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
Clinic: - adenopatii periferice și/sau profunde; - hepatosplenomegalie; - febră; - prurit; - scădere ponderală; Paraclinic: - biopsie ganglionară (criteriu major); - electroforeză-imunelectroforeză; - hemoleucogramă; număr de trombocite; - VSH; - Fibrinogenemie. - CT pentru stadializare.	Formele în remisiune completă.	În formele cu remisiune incompletă.	- Formele în evoluție în perioadele de acutizare (cel puțin 6 luni de la inițierea tratamentului fazei acute); - În formele cu complicații viscerale.	În formele diseminate cu casexie neoplazică care împiedică autoservirea, autoîngrijirea și autogospodărirea.

N.B. Evoluția cuprinde 4 stadii:

- Stadiul I (1E) = afectarea unei singure grupe ganglionare sau a unui organ visceral prin contiguitate;
- Stadiul II (2E) = afectarea a două grupe ganglionare de aceeași parte a diafragmului cu/fără afectarea unui organ visceral prin contiguitate;
- Stadiul III (3E) = afectarea de grupe ganglionare supra și subdiafragmatice;
- Stadiul IV (4E) = determinări viscerale (examen: maduvă osoasă, ficat etc.) produse prin diseminare hematogenă.

*

Se referă la :

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

**

- a. *Este determinată de proliferarea malignă a unei clone celulare, probabil din seria limfoidă cu forme de celule gigante tip STENBERG REED, paralele cu dezvoltarea unei reacții celulare polimorfe granulomatoase.*
- b. *Post terapeutic pot apare remisiuni de lungă durată, care pot fi complete (dispariția ganglionilor și a semnelor biologice) sau incomplete (dispariția sau reducerea adenopatiilor cu VSH și fibrinogen crescute).*

2. Limfoame Nonhodgkiniene (LNH)*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
<p>Clinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Febră; - Pierdere ponderală; - Adenopatii (70% din cazuri); - Splenomegalie (30% din cazuri); - Hepatomegalie (30-50% din cazuri). <p>Paraclinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen histologic (criteriu major): <ul style="list-style-type: none"> - LNH cu limfocite mici cu evoluție lentă de câțiva ani, - LNH cu malignitate medie, - LNH cu malignitate mare, cu prognostic sumbru. - VSH; - Fibrinogenemie; - Electroforeză- imunoelectroforeză; - Hemoleucogramă; - Număr trombocite; - Examen neurologic; - RMN; - Computer tomograf; - Ecografie hepatică. 	În formele cu celule mici, cu remisiune de durată crescută.	În remisiuni incomplete și de durate mai scurte, mai ales în formele cu malignitate medie.	<ul style="list-style-type: none"> - În formele cu remisiuni incomplete, de scurtă durată; - Cele rapid evolutive (în special LNH cu malignitate mare); - În determinările viscerale. 	În formele cu invazie medulară, hepatică, sistem nervos central – care împiedică autoservirea, autoîngrijirea și autogospodărirea.

* *Anomalie neoplazică cu proliferarea unei clone maligne de celule aparținând sistemului imunitar. Face parte din sindromul limfoproliferativ cronic. Evoluție în patru stadii (vezi B. Hodgkin).*

3. Mielomul multiplu*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
Criterii majore: - Plasmocitoză tisulară; - Plasmocitoză medulară peste 30%; - Componenta M (IgG>3,5 gr%, IgA>2gr%, eliminare de proteina Bence Jons (BJ)>2gr/24h). Criterii minore: - Plasmocitoză medulară între 10-30%; - Componentă M cu valori mai scăzute decât în criteriile majore; - Leziuni osoase; - Scăderea imunoglobulinelor normale. - Hemoleucogramă, calcemie, creatinină, ac uric.	În stadiul I, în remisiune, după tratament.	În stadiul II, cu fracturi consolidate corect, cu anemie ușoară, cu afectare renală incipientă.	În stadiul III, cu complicații osoase, renale, infecțioase etc.	În formele cu sindrom de compresiune medulară sau paralizii sau insuficiență renală gravă, ceea ce conduce la pierderea capacității de autoservire, a capacității de autoîngrijire și a capacității de autogospodărire.

NB În remisiuni: - scade componenta monoclonală cu 50-75% și eliminarea proteinei BJ în urină cu 90%,
 - se stabilizează leziunile osoase și
 - se normalizează calciul seric.

Evoluție stadială (trei stadii):

- I. Hb>12gr%
 - a. Ca seric normal
 - b. Leziuni osoase absente
 - c. IgG sub 5gr%, IgA sub 3gr%
 - d. Proteina BJ în urină sub 4gr/24h
- II. Intermediar între I-III
- III. Hb<8gr%
 - Ca seric peste 12mg%
 - Complicații specifice

- *
 a. Produsă de proliferarea malignă a celulelor plasmocitare, caracterizată prin leziuni osoase, tulburări în metabolismul imunoglobulinelor, insuficiență medulară și insuficiență renală.
 b. Fracturi patologice, sindrom de compresiune medulară, insuficiență renală, infecții, sindrom hemoragipar, sindrom de hipercalcemie, sindrom de hipervasozitate.
 c. Durata medie de viață în formele netratate este de peste 7 luni, la cei tratați, peste 30 de luni.

4. Boala Waldenstrom (macroglobulinemia)*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ
	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
Clinic: - Adenopatii; - Hepatosplenomegalie; - Fenomene hemoragipare cutaneo- mucoase; - Sindrom de hipervascozitate sanguină; - Tulburări de memorie și orientare; - Somnolență. Paraclinic: - Anemie cu prezența de rulouri de hematii pe frotiu; - Creștere mare a proteinemiei- Electroforeză proteine - Crește VSH; - Creșterea IgM și a vâscozității serice; - Teste psihologice (cognitive); - Uree, creatinină, acid uric. - Medulogramă; - PBO	- În perioada de remisiune ; - În forme cu anemie moderată ; - În formele cu determinări viscerale reduse.	- În forme avansate cu sindrom hemoragic ce duce la anemii pronunțate; - În forme complicate cu insuficiență cardiacă sau insuficiență renală.

- *
a. Este produsă prin proliferarea maligna a seriei limfo-plasmocitare și se exprimă prin hiperplazia organelor limfoide, creșterea monoclonală de IgM și fenomene de hipervascozitate sangvină;
b. Apare de obicei la vârstnici ;
c. Durata supraviețuirii este variabilă.

IV.EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA FUNCȚIILOR DE COAGULARE*

1. Purpura trombocitopenică idiopatică (PTI)**

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
Clinic: - Sângerări cutaneo-mucoase; - Absența splenomegaliei. Paraclinic: - Număr trombocite în sângele periferic: trombocitopenie cu număr mai mare de megacariocite; - Mielograma (puncție osoasă): megacariocite normale sau crescute în măduva osoasă; - Determinare de anticorpi antitrombocitari; - Teste de coagulare-sângerare.	Forme în remisiuni cu trombocite mai mult de 150.000/mmc.	Forme în remisiune incompletă cu trombocite între 70.000-150.000/mmc.	În formele severe cu trombocite sub 50.000/mmc, cu sângerări la traume minime sau spontan.	În formele severe cu sângerări în SNC, cu deficit motor de tip paretic sau plegic.

De reținut :

- a. la un număr de trombocite mai mare de 100.000/mmc nu apar sângerări,
- b. între 30.000-50.000/mmc apar sângerări la traume minime,
- c. trombocite sub 30.000/mmc –apar sângerări cutaneo-mucoase,
- d. trombocite sub 10.000/mmc –se constituie sindromul hemoragic generalizat cu risc crescut de hemoragii în SNC.

*

Se referă la :

- 1.) Purpura trombocitopenică idiopatică (PTI)
- 2) Sindroame hemoragice prin deficit de factori plasmatici ai coagulării
Hemofilia A și B
- 3) Alte sindroame hemoragice prin deficit de factori plasmatici ai coagulării
- 4) B. Von Willebrand
- 5) Trombofilii ereditare (primare)

**

- a. Este un sindrom hemoragic produs prin trombocitopenie imună datorată anticorpilor antitrombocitari, ceea ce produce distrugerea prematură a trombocitelor în sistemul macrofagic.
- b. Durata de viață, în majoritatea cazurilor, este normală, mortalitatea fiind mai mică de 10%.

2. Sindroame hemoragice prin deficit de factori plasmatici ai coagulării

Hemofilia A și B prin deficit de factor VIII și IX ai coagulării

A fost tratată la Cap. 7 - Evaluarea afectării funcțiilor de statică, locomoție sau/și gestualitate – prin care devin handicapante

3. Alte sindroame hemoragice prin deficit de factorii plasmatici ai coagulării

SINDROAME HEMORAGICE	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ/ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT/ GRAV
<ul style="list-style-type: none"> - Deficit de factor I (hipo sau afibrogenemia) și deficit de factor II (hipoprotrombinemie), au de obicei o evoluție benignă; - Sindrom Owren (hipoproaccelerinemie) în general benign; - Parahemofilie Alexander cu hemoragii articulare mici, puțin importante; - Deficit de factor XIII, în general benign dar pot apare hemoragii intracraniene. 	În formele fără complicații hemoragice.	În formele medii fără limitarea ortostatismului, locomoției sau/și gestualității.	În situația hemoragiilor intracraniene, în raport de intensitatea și sechelele motorii de tip paretic sau plegic.

4. Boala Von Willebrand (BvW)*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
<p>- TS alungit; - Scăderea nivelului factorului VIII C și a factorului vW(Ag); - Deficiența agregării plachetare.</p> <p>Clinic:</p> <p>- evenimente hemoragice diverse cutaneo-mucoase, în forme ușoare ale bolii; - hemartroze sau hematoame profunde, în formele severe; - hemoragii severe după traumatisme , intervenții chirurgicale sau extracții dentare.</p> <p>NB. Intensitatea manifestărilor hemoragice poate scădea cu vârsta sau în cursul sarcinii. Sunt și cazuri asimptomatice. Deficiența funcțională este determinată de :</p> <p>- Frecvența și gravitatea manifestărilor hemoragice, - Sechelele pe care le produc, - Răspunsul la tratament.</p>	<p>În cazuri asimptomatice cu modificări hematologice de mică intensitate sau în situația unor evenimente hemoragice muco-cutanate ce survin rar și răspund prompt la tratament.</p>	<p>În formele în care episoadele hemoragice survin relativ frecvent dar răspund favorabil la tratament.</p>	<p>În formele cu hemoragii severe ce survin după traumatisme minore, în hemartroze sau hematoame profunde, care necesită tratamente substitutive prelungite.</p>

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

5. Trombofilii ereditare (primare)*

Tromboze unice sau recurente (venoase sau/și arteriale) sau predispoziții pentru accidente trombotice generate de o stare latentă și permanentă de hipercoagulabilitate plasmatică de cauză ereditară.

Mutațiile genetice implică :

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

Studii populaționale au evidențiat frecvența ridicată a anomaliilor protrombinei, a factorilor V, a hiperhomocisteinemiei și a inhibitorilor proteinei C, proteinei S și a antitrombinei III.

Transmiterea este de tip autosomal.

Accidentele trombotice pot să apară din mică copilărie sau la adulții tineri.

Sunt mai frecvente la hemozigoți sau la dublu heterozigoți.

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

Factori predispozanți pentru precipitarea accidentelor vasculare sunt: sarcina, lăuzia, contraceptivele orale, traumatismele sau manevrele chirurgicale laborioase.

După diagnostic, pacienții trebuie anticoagulați toată viața.

DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
În formele cu tromboze de intensitate redusă, unice sau recurente, care nu lasă sechele durabile.	În formele cu accidente trombotice repetate, în care se implică teritoriile venoase profunde, în formele cu necroză cutanată.	În formele cu accidente trombotice cu sechele durabile, în special cerebrale care împiedică autoservirea, autoîngrijirea și autogospodărirea.

* Deficiența funcțională este determinată de :

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

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

DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	La formele fără complicații (apreciate de medicul curant).
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Status post auto sau allo transplant de celule Stem hematopoetice în care hematopoeza post transplant este cu deficit (grefare cu deficit). Se evidențiază :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trombocitopenie (ușoară-moderată), - Leucopenie (ușoară-moderată), - Anemie (ușoară-moderată) - care nu necesită tratament substitutiv în condiții bazale prin hipoplazie medulară datorată unei grefe insuficiente în ceea ce privește cantitatea de celule Stem conținute.
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	<p>Status post auto sau allo transplant de celule Stem hematopetice în care există complicații legate de regimul de condiționare :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cataractă secundară corticoterapiei și/sau iradierii corporale totale ; - complicații neurologice tardive, secundare iradierii craniene, chimioterapiei sau neurotoxicității unor medicamente ; - disfuncții pulmonare, cardiace, hepatice și/sau renale, considerate a fi secundare procedurii (tratament și/sau regimului de condiționare) ; - boala malignă a cărei apariție poate fi legată de procedura de transplantare (iradiere corporală totală, deficiență imună secundară transplantului, infecțiilor, medicației imunosupresoare); - existența bolii de grefă contragază, indiferent de forma și/sau întinderea sa (organele interesate) în cazul allo transplantului ; - hematopoeză post transplant cu defect (grefare cu defect) cu bi- sau pancitopenie moderată/severă (trombocitopenie, leucopenie sau anemie) care necesită tratament substitutiv lunar, prin hipoplazie medulară datorită unei grefe insuficiente în ceea ce privește cantitatea de celule Stem conținute.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI*
HANDICAP UȘOR	Locuri de munca cu solicitari energetice de intensitate redusă și medie.	Participare fără restricții cu condiția monitorizării medicale și administrării tratamentului adecvat alterării sistemului hematologic.
HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> - Activități cu solicitari de intensitate redusă și medie, cu program normal sau redus, fără expunere la toxice cu acțiune pe sistemul hematopetic, fără risc de traumatizare fizică, fără expunere la factori fizici nefavorabili de mediu; - Capacitatea de adaptare la efort este limitată parțial ; - Se recomandă evitarea suprasolicitării cu activități suplimentare la locul de muncă. 	<ul style="list-style-type: none"> - Măsurile de reducere a efortului fizic prin utilizarea unor auxiliare tehnico-mecanice de ridicare și transport a greutăților ; - Adaptarea utilajului de lucru pentru a reduce solicitarea posturală, gestuală și poziția forțată în muncă ; - Ajustarea mediului fizic ambiant pentru a se evita expunere la un microclimat cu substanțe toxice cu acțiune pe sistemul hematopetic, cu risc de traumatizare, accidentare ; - Asigurarea unui loc de muncă fără regim impus cu posibilitatea alimentației fracționate (mese mici și repetate) ; - Sprijin pentru monitorizarea medicală.
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> - Au în general limitată capacitatea de efectuare a unor activități organizate datorită capacității reduse de adaptare la efort ; - Conservarea, în cea mai mare parte, a capacității de autoservire și autoîngrijire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sprijin pentru posibilitatea efectuării unor activități de colaborare pentru profesiunile cu pregătire superioară, cu rol psihoterapeutic, după principiul «cum și cât poate» ; - Sprijin pentru monitorizarea medicală și asigurarea tratamentului, în funcție de tulburările morfofuncționale.
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> - Lipsa capacității de a presta orice activitate profesională, indiferent de nivel de solicitare și condițiile de desfășurare ; - Lipsa capacității de autoîngrijire autoservire și autogospodărire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesită asistent personal. - Sprijin familial și comunitar pentru cooperarea la monitorizarea medicală, la serviciile de specialitate, ambulatorii sau spitalicești ; - Sprijin pentru asigurarea tratamentului substitutiv corespunzător și urmărirea eficienței.

** Elemente valabile în toate afectările funcțiilor sistemului hematologic (indiferent de structura afectată)*

C. FUNCȚIILE SISTEMULUI IMUNITAR

EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN SINDROMUL IMUNODEFICITAR CRONIC DOBANDIT *

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
- Testul infecției HIV pozitiv (Ac anti- HIV); - Stabilirea categoriei imunologice bazată pe numărul de limfocite CD ₄ și pe procentul acestora din totalul limfocitelor (CDC- Atlanta/1994) - Categorii, după celele CD ₄ ± μ/l 1. = ≥ 500 2. = 200-499 3. = <200 indicator celular de SIDA; - Investigații variate în funcție de modificările structurale specifice infecției HIV și celor oportuniste; - Investigații sociale.	În infecția HIV asimptomatică cu test HIV pozitiv (pentru Ac anti-HIV). Categoria A1	În stadiul clinico-imunologic A2, infecție HIV simptomatică (categoria B1 și A2) cu manifestări clinice datorită infecției sau scăderii imunității celulare, de ex: - Angiomatoză, - Candidoză oro-faringiană, - Candidoză vulvo-vaginală, - Herpes Zoster, - Trombocitopenie idiopatică, - Boli inflamatorii pelvine.	Formele cu deficiență globală accentuată, cu manifestări diverse datorită imuno-depresiei (de exemplu: candidoză, febră mai mult de o lună și repetată, herpes Zoster recidivant, neuropatii periferice, inflamații sau abcese pelvine, pneumonii recurente) care se corelează cu stadiile clinico-imunologice A2, B1 și B2 la adulți + confirmare de către laborator a infecției HIV.	În formele cu deficiență globală gravă, cu manifestări variate și cu evoluție progresivă (de exemplu: leucoencefalopatie multifocală, septicemii recurente cu salmonella netifoidică, toxoplasmoză cerebrală, sindromul de emaciare HIV, febră continuă, diaree cronică), corespunde stadiilor clinico-imunologice A3, B3, C1, C2 și C3 la adult, suprapunându-se cu diagnosticul de SIDA. Este obligatorie confirmarea de către laborator a infecției HIV

NB În SIDA stadiul clinico-imunologic C3, indiferent de complicațiile specifice și infecțiile oportuniste este necesară recomandarea asistentului personal sau a indemnizației de însoțitor.

* Se referă la sindromul imunodeficientar cronic dobândit = infecția HIV-SIDA

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

În evaluare trebuie avute în vedere :

a. stadiul clinico-imunologic al infecției HIV-SIDA (intensitatea supresei imunologice)

b. infecțiile specifice bolii SIDA – intensitatea tulburărilor funcționale

c. infecțiile oportuniste grevate pe organisme fără apărare (rezistentă foarte scăzută sau absentă)

SIDA este o problemă cu precădere medicală în ultimele faze, care timp de ani devine o problemă socială, educativă, comunitară, cu largi implicații economice.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	<ul style="list-style-type: none"> - Orice activitate profesională, fără limitări. - Capacitatea de prestație profesională păstrată. 	Participare fără restricții, cu necesitatea de monitorizare medicală la Serviciul de boli infecțioase pentru testare și tratament adecvat, dacă este cazul.
HANDICAP MEDIU	Activități profesionale cu solicitare redusă, cu normă întreagă sau jumătate de normă, în condiții de confort.	Participare cu condiția : <ul style="list-style-type: none"> - asigurării unui loc de muncă cu solicitare redusă, - dispensarizării pentru tratament specific antiretroviral și particularizat manifestărilor.
HANDICAP ACCENTUAT	<p>Dupa recuperarea episodului acut sub tratament antiretroviral, activități profesionale cu solicitare redusă, cu normă întreagă sau jumătate de normă, în condiții de confort.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sunt accesibile, în general, muncile statice, activitățile de birou/ meșteșugărești. 	Participare cu condiția : <ul style="list-style-type: none"> - asigurării unui loc de muncă cu solicitare redusă, - dispensarizării pentru tratament specific antiretroviral și particularizat manifestărilor.
HANDICAP GRAV	<p>În stadiile A3, B3, C1, C2:</p> <ul style="list-style-type: none"> -după recuperarea episodului acut sub tratament antiretroviral și specific activități profesionale cu solicitare redusă, cu normă întreagă sau jumătate de normă, în condiții de confort; - sunt accesibile, în general, muncile statice, activitățile de birou/ meșteșugărești. <p>La persoanele cu SIDA stadiul C3 – pierderea totală a capacității de a efectua activități de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire din cauza tulburărilor funcționale severe și progresive.</p>	<p>În stadiile A3, B3, C1, C2 :</p> <p>Participare cu condiția :</p> <ul style="list-style-type: none"> - asigurării unui loc de muncă cu solicitare redusă, - dispensarizării pentru tratament specific antiretroviral și particularizat manifestărilor. <p>Necesită asistent personal.</p> <p>Supraveghere medicală permanentă.</p>

D. FUNCȚIILE SISTEMULUI RESPIRATOR

EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA FUNCȚIILOR SISTEMULUI RESPIRATOR*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluarea ventilației pulmonare (metoda spirometrică și pneumotahografică) = severitatea disfuncției ventilatorii (reducere VEMS față de valoarea teoretică sau scăderea ventilației maxime); - Evaluarea globală a schimburilor gazoase (gazanaliza sângelui arterial, în repaos și eventual în condiții de efort)**; - Aprecierea adaptării la efort (teste de efort) = capacitatea maximă de prestație***; - Mecanică pulmonară; - Pletismografie – determinarea rezistenței la flux - Examen radiologic; - EKG; - CT, RMN (dacă este cazul); - Examen histologic (dacă este cazul). 	VEMS ≥ 60% PaO ₂ ≤ 70mmHg (hipoxie ușoară).	VEMS 59-40% PaO ₂ = 69-60mmHg (hipoxie medie).	VEMS = 40-30% PaO ₂ = 59-45 mmHg PaO ₂ = 44-35 mmHg (severă) (hipoxie accentuată/severă).	VEMS = < 30 % Pa O ₂ < 35mmHg PaCO ₂ > 70mmHg (hipoxie gravă) Hipercapnie ICC dreaptă (CPC).

* 1. În afecțiunile respiratorii cronice, contractate precoce (copilărie, adolescență până 26 ani), care determină tulburări funcționale permanente sau care riscă să devină permanente, de exemplu: astmul bronșic, anomalii congenitale, agenezie pulmonară parțială, BPOC, pneumopatii interstițiale fibrozante difuze, bronșiectazii supurații bronhopulmonare, tuberculoză pulmonară activă, tuberculoză pulmonară operată, sindromul post tuberculos;

2. Cancerul bronho-pulmonar;

3. Transplantul pulmonar.

** Se poate determina: - presiunea parțială a O₂ în sângele arterial sistemic (Pa O₂)-Valori normale: 78-100mm Hg

- presiunea parțială a CO₂ în sângele arterial sistemic (Pa CO₂)-Valori normale: 35-45 (în medie 40 mm Hg)

- saturația O₂ a Hb în sângele arterial sistemic (Sa O₂)-Valori normale = 95%

*** - reducere ușoară 150-110 w

- reducere medie 110-80 w

- reducere accentuată 80-35 w

- reducere gravă < 35w

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Se vor evita activitățile cu solicitări energetice excesive, în mediu cu variații termice și noxe respiratorii.	Asigurarea unor condiții de micro și macroclimat adecvat în scopul prevenirii manifestărilor spastice bronșice – agravării tulburărilor funcționale în funcție de structura anatomică afectată.
HANDICAP MEDIU	Capacitate redusă de adaptare la efort. Sunt indicate activități fără suprasolicitare fizică, în mediu de confort, fără expunere la intemperii, noxe respiratorii (praf-pulberi), de exemplu: activități de birou cu pregătire superioară sau medie sau activități meșteșugărești.	<ul style="list-style-type: none"> - Măsuri de adaptare a locului de muncă pentru a reduce efortul fizic necesar; - Preocupare pentru ameliorarea microclimatului profesional în cazul existenței unor factori nefavorabili la locul de muncă.
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> - Sunt indicate activități statice cu solicitare fizică redusă. - Este limitată major capacitatea de adaptare la efort fizic datorită hipoxiei. - Se vor evita expunerea la micro sau macroclimat necorespunzător, deplasările posturale pe distanțe mari sau urcarea de trepte, care implică efort și agravează insuficiența respiratorie. 	<p>Este necesară:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diminuarea efortului fizic prin mijloace auxiliare tehnico-mecanice de ridicare și transportare a greutăților; - asigurarea unor condiții de micro și macroclimat corespunzător, fără noxe respiratorii – mediu uscat, umed, rece, cu variații termice, cu praf (pulberi nocive bronho-pulmonare) ; - sprijin, din partea agenților economici, pentru monitorizare medicală.
HANDICAP GRAV	Lipsește în totalitate sau aproape în totalitate capacitatea de autoservire și autoîngrijire din cauza insuficienței respiratorii manifeste/severe și complicațiilor secundare (CPC), neinfluențate de acțiunile recuperatorii particularizate structurii respiratorii afectate.	<ul style="list-style-type: none"> - Necesită asistent personal. - Trebuie să se asigure oxigenoterapia permanentă (dacă este cazul).

CAPITOLUL 5

FUNȚIILE SISTEMULUI DIGESTIV, METABOLIC ȘI ENDOCRIN

I. a. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA UNOR FUNCȚII ALE SISTEMULUI DIGESTIV (DE DIGESTIE, SECREȚIE, ABSORBȚIE-ASIMILAȚIE)*

PARAMETRI FUNCȚIONALI**	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
- Indicele ponderal (starea de nutriție)***; - Hemograma (Hb gr%); - Evaluarea malabsorbției: - Proteinemie, - Ionograma, - Glicemie, - Amilazemie, - Amilazurie; - Ecografie abdominală; - Examen radiologic gastro-duodeno-intestinal; - Endoscopie eso-gastro-jejunală (eventual cu biopsie ecoghidată); - Colonosigmoidoscopie; - Rectoscopie; - Irigografie; - CT-RMN; - Examen histopatologic.	- Denutriție cu deficit ponderal între 20-25%; - Anemie ușoară.	- Sindrom de malabsorbție cu deficit ponderal între 25-30%; - Anemie cu Hb între 7-10 gr%.	- Anemie severă (sub 7 gr% Hb); - Dereglări severe de resorbție, malabsorbție-malasimilație, cu denutriție peste 30%;	- Anemie severă (sub 7 gr. Hb %) rezistență la tratament; - Stare de casexie (malabsorbție și malasimilație progresivă și severă).
	În stenozele esofagiene confirmate radiologic, cu manifestările de mai sus care nu se remit complet la tratament (dilației) și necesită tratament chirurgical. Pentru perioade limitate, până la recuperare cu restabilirea tulburărilor de nutriție.	În stenozele esofagiene strânse cu gastrostomă; TM gastrice cu gastrostomă pentru alimentație; TM de colon, rect, sigmoid și alte segmente intestinale cu colostomă; Cancerul pancreatic cu rezecții parțiale sau totale, în tratament de substituție.	În tumorile maligne inoperabile sau operabile cu recidive loco-regionale sau în faze de generalizare.	

* Se referă la :

- unele tumori maligne ale tubului digestiv, operabile sau neoperabile:
 - Gastrectomie largă pentru ADK cu gastrostomă;
 - TM oro-faringo-esofago-gastrice sau ale unor segmente intestinale inoperabile sau în faze de generalizare.
 - Rezecția unor segmente intestinale pentru TM cu colostomă, anus iliac, sigma anus sau anus contra lateralis (definitive),
- pancreatectomie parțială sau totală pentru TM,
- stenoze esofagiene strânse, de cauză diversă, care necesită dilației, esofagoplastii, protezare, gastrostomă pentru alimentație.

** Parametrii funcționali se vor selecta în raport de segmentul de tub digestiv afectat, modificările morfologice și biochimice induse, precum și de datele antropometrice în funcție de care se stabilește echilibrul ponderal.

*** Indicele ponderal ideal se stabilește după formula Lorencz:

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

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Independența în exercitarea activităților profesionale	Participare fără restricții
HANDICAP MEDIU	Activități fără efort fizic mare, în mediu fără variații de temperatură precum și fără substanțe toxice digestive, în ritm liber.	<ul style="list-style-type: none"> - Asigurarea unor locuri de muncă fără efort fizic mare, fără expuneri la un micro sau macroclimat necorespunzător; - Asigurarea unor pauze pentru hrănire.
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> - Activități fără efort fizic, în mediu fără variații de temperatură, precum și fără substanțe toxice digestive, în ritm liber; - Activități care nu impun deplasări posturale, mers pe plan înclinat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Măsuri de reducere a efortului fizic și de evitare a activității în mediu nefavorabil, în scopul prevenirii agravărilor ; - Măsuri pentru ajustarea mediului ambiant fizic ; - Regim de muncă adecvat pentru asigurarea meselor fracționate ; - Măsuri igienico-sanitare.
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> - Necesită ajutor periodic pentru igiena corporală, autoservire și pentru activitățile de zi cu zi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesită asistent personal. - Ajutor pentru activitățile cotidiene (autogospodărire) pentru perioade variabile, în funcție de evoluție, agravarea structurilor afectate, răspunsul la tratament, cooperarea la acțiunile medico-sociale de recuperare; - Asigurarea de punți speciale pentru persoanele cu gastrostomă, colostomă.

I. b. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA FUNCȚIILOR HEPATICE*

PARAMETRII FUNCȚIONALI**	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
- Anamneză; - Examen clinic; - Ecografie abdominală; - (Ex radiologic esofagian); - Ex endoscopic; - CT-RMN; - Puncție biptică hepatică; - Ex histopatologic; - Hemogramă completă; - Indice de protrombină; - Electroforeză, imunelectroforeză, prezența de anticorpi, - Enzimogramă; - Bilirubinemie, glicemie, creatininemie; - Determinare AchVC în ser; - Determinare AgHBs în ser; NB. 70-80% dintre hepatitele cronice și 40% dintre ciroze au drept cauze VHC.	În formele stabilizate sau persistente, neevolutive, cu hepato- splenomegalie moderată, fără semne de insuficiență hepatică (teste biologice în limite normale sau slab pozitive, dominant de activitate mezenchimală).	În formele moderat active sau ciroze hepatice compensate, (Child Pugh A) fără fenomene de hipertensiune portală; - Teste paraclinice alterate la nivel mediu; - Purtător de AgHBs sau AchVC.	În formele active de hepatite cronice, cu semnele clinice specifice (ficat mare/ mic, indurat, sau/și splenomegalie) cu fenomene de hipersplenism, ecografie cu modificări imagistice caracteristice și teste biologice alterate semnificativ; purtător de AgHBs sau AchVC, răspuns parțial sau fără răspuns la acțiunile de recuperare. - Ciroze hepatice, decompensate parenchimos sau/și vascular, cu varice esofagiene (radiologic sau endoscopic) cu semne de hipertensiune portală (circulație colaterală sau/și ascită) cu frecvență periodică, reductibilă. (clasa Child Pugh B și C)	- Ciroze hepatice (clasa Child Pugh C) cu hipertensiune portală ireductibilă, hemoragii digestive repetate (rupere de varice esofagiene sau prin tulburări de crază sanguină), cu fenomene de encefalopatie hepatică, cu episoade de insuficiență hepatică acută și insuficiență hepato-renală ; - Adenocarcinom hepatic sau cancer primitiv hepatic cu agravare progresivă și pierdere ponderală continuă . Au pierdută capacitatea de autoservire și necesită îngrijire permanentă din partea altor persoane. NB. În transplantul hepatic (total sau parțial) în primele 12 luni, apoi în funcție de bilanțul clinic și parclinic postoperator în dinamică, de eventualele fenomene de respingere și complicații postoperatorii.

* Se referă la: afecțiuni cronice hepatice indiferent de etiologie:

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> -hepatite cronice și -ciroze hepatice -cancer hepatic primar sau secundar, -transplant hepatic total sau parțial. | } | <i>contractate precoce(copilarie adolescenta
 pana la 26 ani)</i> |
|--|---|---|

** Parametrii funcționali se vor selecta în raport de structurile și funcțiile hepatice afectate și de natura afecțiunii.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Pot desfășura orice activitate profesională cu evitarea locurilor de muncă care impun efort fizic mare și contact cu substanțe hepatotoxice.	<ul style="list-style-type: none"> - Participare fără restricție cu evitarea locurilor de muncă cu solicitări fizice mari; - Asigurarea unor condiții de microclimat profesional corespunzător, fără factori nocivi (substanțe hepatotoxice).
HANDICAP MEDIU	Vor fi orientați sau îndrumați profesional spre locuri de muncă adecvate, fără solicitări fizice și psihice mari, sarcini suplimentare, muncă în ture, muncă de noapte, în ritm impus, precum și într-un mediu inadecvat, cu factori toxici.	Preocupare pentru orientarea profesională sau îndrumarea spre locuri de muncă fără solicitare fizică și psihică mare, ritm liber, fără ture de noapte, într-un microclimat fără factori nocivi (hepatotoxici).
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> - Tulburările funcționale de intensitate accentuată contraindică prestarea oricărei activități profesionale; - Au conservată capacitatea de autoservire, autoîngrijire și, în mod limitat, pe cea de autogospodărire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesită sprijin pentru efectuarea activităților cotidiene care solicită efort fizic și deplasări posturale ; - Sprijin pentru monitorizarea medico-socială.
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> - Lipsește capacitatea de prestare a unei activități profesionale indiferent de nivelul de solicitare și condițiile de muncă; - Lipsește capacitatea de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesită asistent personal. - Sprijin pentru cooperare la monitorizare medicală.

II. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA UNOR FUNCȚII METABOLICE*

PARAMETRII FUNCȚIONALI**	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ / GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP ACCENTUAT/ GRAV
1. Examine paraclinice: a. –glicemie à jeun, repetate, peste 130 mg/dl; b. –glicemie venoasă după testul de toleranță la glucoză (dacă este cazul) de cel puțin 170mg/dl (săgeată hiperglicemică) sau 130mg/dl după 2 ore; c. –glicozurie de minimum 5gr‰ în urină din 24 de ore; -examen sumar urină (densitate, albumină, corpi cetonici); -dozare albumină în urină (dacă este cazul); -creatinină, uree, acid uric; -examen oftalmologic (FO, AV, câmp vizual); -examen neurologic; -oscilometrie- eco Doppler- indice oscilometric membre inferioare 2. Examen clinic	- În formele cu echilibru glicemic cu profil glicemic convenabil, fără complicații (funcția renală normală, FO normal, examen neurologic normal, indici oscilometrici normali); -Necesar de insulină administrat în două prize.	- În formele care se pot echilibra din punct de vedere glicemic - Cu tulburări de reglare simpaticoparsimpatic - Hipotensiune ortostatică; - Cu complicații incipiente microangiopatice, cu modificări nesemnificative (microalbuminurie în repaos dozabilă la efort) -Necesar de insulină repartizat în trei prize.	- În formele dezechilibrate metabolic, instabile, cu/fără fenomene de decompensare metabolică (tip hipoglicemic-cetocetonic), necomplicate, pentru perioada necesară echilibrării.	- În formele cu complicații specifice (microangiopatice) manifeste pe un organ țintă sau pe mai multe organe predilecte sau cu microangiopatie periferică (artropatia Charcot-picior diabetic)- în funcție de intensitatea tulburărilor morfofuncționale. NB. Pentru evaluare vezi criteriile stabilite pentru afectarea funcției respective (funcției vizuale, urinare, de mobilitate, statică și locomoție).

* Se referă la diabetul zaharat tip I, juvenil sau al adultului tânăr până la 26 ani).

NB. Diabetul zaharat tip I este o boală metabolică, de cele mai multe ori determinată genetic, cu evoluție cronică stadială, în care lipsa sau scăderea insulinei eficiente determină scăderea glucozei celulare urmată de hiperglicemie care, dacă nu este corectată, antrenează perturbări ale metabolismului lipidic, protidic și ale echilibrului hidro-electrolitic. Aceste perturbări, după o perioadă variabilă, în funcție de o serie de factori favorizanți/determinanți, medico-psiho-sociali, conduc la apariția complicațiilor metabolice, cardiovasculare, oftalmologice, renale, infecțioase.

- Cu cât diabetul este depistat la o vârstă mai tânără (copilarie), cu atât prognosticul este mai rezervat

** Vor fi selectate și aprofundate investigațiile paraclinice în funcție de echilibrul metabolic și decelarea complicațiilor specifice (microangiopatii cu localizare oculară, renală și plăcută neuro-motorie)

NB. - Examenle paraclinice de la pct. 1, lit. a, b și c au importanță majoră pentru controlul terapeutic.

- Examenul clinic în diabetul tip I necomplicat are importanță minoră.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	<ul style="list-style-type: none"> - Loc de muncă corespunzător, cu solicitare energetică redusă și psihică medie, în condiții ambientale corespunzătoare; - Evitarea activității în ture, munca de noapte, la înălțime, lângă foc, unelte în mișcare, siguranța circulației; - Ritm liber cu pauze de masă pentru administrarea insulinei. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asigurarea unui loc de muncă adecvat, în aceeași profesie sau îndrumare profesională spre activități care nu se desfășoară la înălțime, lângă foc, unelte în mișcare și care nu impun suprasolicitare vizuală; - Sunt contraindicate activitățile care pot periclita siguranța circulației; - Asigurarea pauzei de masă pentru mese fracționate și administrarea necesarului de insulină; - Monitorizarea medicală la Centrul Antidiabetic (CAD) pentru urmărirea echilibrului metabolic și prevenirea apariției complicațiilor specifice.
HANDICAP MEDIU	<p>NB. Pentru adolescenți, orientarea și formarea profesională pentru profesii care :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nu impun suprasolicitarea analizatorului vizual (activități de precizie) - impun activități în mediu cald, - se desfășoară la înălțime, - impun deplasări posturale frecvente, - necesită solicitare fizică și psihică intensă. 	
HANDICAP ACCENTUAT	<p>Incapacitate tranzitorie de desfășurare a oricărei activități profesionale pe perioada necesară echilibrării metabolice, stabilirii necesarului de insulină și de hidrați de carbon (regim igienodietetic).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Necesită ajutor din partea familiei pentru respectarea regimului alimentar și administrarea la timp a cantității de insulină; - Monitorizare la CAD pentru echilibrare și prevenirea complicațiilor specifice. <p>NB. După echilibrarea homeostaziei glicemice, îndrumarea sau orientarea profesională spre locuri de muncă sau profesii compatibile cu respectarea indicațiilor și contraindicațiilor prevăzute pentru persoanele cu handicap ușor și mediu.</p>
HANDICAP GRAV	<p>Stabilite pentru afectarea funcțiilor: vederii, urinare, mobilității, staticii și locomoției.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vezi capitolele respective; - Necesită asistent personal.

III. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA FUNCȚIILOR ENDOCRINE

1. Evaluarea gradului de handicap în hiperfuncția hipofizară (tumora hipofizară secretantă de GH – hormon de creștere)*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
<p>Examen endocrin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modificarea fizionomiei; - creșterea de volum a extremităților; - visceromegalie; - sindrom clinic tumoral cerebral; - tulburări de metabolism glucidic (DZ tip II); - tulburări hormonale secundare paraclinic; - creștere hormon GH în ser și în LCR; - CT, RMN și radiografie de sea turcească - tumoră hipofizară în std. I-IV (Hardy); <p>Examen oftalmologic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tulburări de câmp vizual, - Hemianopsie, - Scotoame; <p>Examen neurologic: semne de hipertensiune intracraniană;</p> <p>EEG;</p> <p>Examen histopatologic.</p>	<p>Încadrare în tablou clinic și paraclinic incomplet, în tratament simptomatic.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tumoră hipofizară oprită în evoluție, spontan sau după tratament specific (Roentgen terapie, hormonoterapie antisecretorie sau intervenție chirurgicală); - Fără semne neurologice sau oftalmologice; - Tulburări echilibrate prin tratament hormonal substitutiv. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tumoră hipofizară evolutivă, aflată în tratament antihormonal complex sau - Tumoră hipofizară recent stabilizată cu tulburări hormonale secundare, parțial echilibrate prin tratament substitutiv sau - Tumoră hipofizară oprită în evoluție după tratament sau spontan, însă cu sechele neurologice, oftalmologice sau endocrine accentuate sau - Tumoră hipofizară cu examen histopatologic de malignitate, în tratament specific. 	<p>Tumoră hipofizară cu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sechele oftalmologice grave (cecitate practică sau absolută) sau - tulburări neurologice grave sau - tulburări metabolice grave (casexie hipofizara) care necesită îngrijire permanentă din partea altei persoane.

* Se referă la acromegalie – tumoră hipofizară secretantă de GH (hormon de creștere) la adult.

2. Evaluarea gradului de handicap în hipofunția hipofizară

a. Nanismul hipofizar*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
Clinic și paraclinic: - hipotrofie staturală; - antropometrie armonioasă; - schelet gracil; - musculatură hipotrofică; - facies infantil; - dozări hormonale (hormon GH, gonadotropi, tiroidieni, corticotropi); - măsurătoarea taliei; - teste psihologice (QI); - EKG, tensiune arterială.	- Tulburări de gestualitate și locomoție ușoare; - Talie 1,49-1,40 m; - Performanțe intelectuale normale.	- Tulburări de gestualitate – locomotorii de intensitate medie; - Talie 1,39 -1,30 m; - Performanțe intelectuale normale.	- Tulburări de gestualitate și locomotorii accentuate; - Talie sub 1,29 m; - Performanțe intelectuale normale; - Deficit al hormonilor hipofizari: - Gonadotropi=infantilism sexual, - Tireotropi=mixedem secundar, - Corticotropi = hipotensiune arterială = performanță de efort scăzută. NB. Intensitatea tulburărilor hormonale asociate se cuantifică după criteriile stabilite pentru afectarea funcției respective.

* Se referă la insuficiența hipofizară de GH (hormon de creștere) sau tulburări la nivelul receptorilor periferici prin GH insuficient în perioada de creștere somatică cu hipotrofie staturală armonioasă, prezentând un deficit statural mai mare de 3 derivații standard (3DS) față de media de înălțime pentru generația respectivă de vârstă, uneori asocieri de insuficiență hipofizară pluritropă (panhipopituitarism).

b. Condrodisplazia*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
Examen clinic: - Hipotrofie staturală; - Antropometrie dizarmonică; - Hipotrofia extremităților toracale și pelviene; - Mobilitatea articulațiilor scapulohumerale-coxofemorale limitate prin artropatii secundare; Examen paraclinice: - prezentate la nanismul hipofizar.	În evaluarea deficienței funcționale și a gradului de handicap se vor avea în vedere: <ul style="list-style-type: none"> - criteriile stabilite pentru afectarea mobilității articulare, (artropatia condrodisplazică determina tulburări de realizare a variantelor posturale și a gestualității), - criteriile de înălțime prezentate în insuficiența hipofizară (nanismul hipofizar). 		

* Hipotrofie staturală disarmonică prin lipsa receptorilor pentru GH la nivelul cartilajelor de creștere ale extremităților toracale și pelviene, cu artropatii secundare.

c. Sindrom Sheehan*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
Examen endocrin: - semne de hipotiroidie; - semne de hipogonadism, hipogonadotropi; - insuficiență cortico- suprarenală cronică; - hipoanabolism care poate merge până la cașexie; Dozări hormonale specifice; Examen neurologic; EKG; Examen psihic.	Insuficiență hipofizară neînsoțită de complicații.	Insuficiență hipofizară cu complicații compensate cu tratament hormonal substitutiv.	Insuficiență hipofizară cu tulburări endocrino- metabolice accentuate, necompensate clinic și biologic sub tratament substitutiv complex, asociat cu complicații metabolice (pierdere ponderală progresivă), cardiovasculare și neuropsihice.	Insuficiență hipofizară severă cu tulburări endocrine și metabolice grave și complicații cardiovasculare și neuropsihice care conduc la pierderea capacității de autoîngrijire, autoservire și autogospodărire.

* Se referă la insuficiența hipofizară primară (sindrom Sheehan) – afecțiune uni sau, mai frecvent, pluritropă, exprimată prin tulburări clinice și hormonale.

3. Evaluarea gradului de handicap în insuficiența hipofizară posterioară, prin deficit total/parțial de vasopresină (AVP)*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
Clinic și paraclinic: - Diureza = 3l /24h; - densitate urinară sub 1010; - subizostenurie-osmolaritate urinară < 300mEq/l - -Clearance-ul apei libere pozitiv; - proba de sete cu test la vasopresină (adiuretin) pozitiv – în etiologia tumorală; - investigații hormonale; - CT, RMN.	În formele care răspund la tratamentul cu vasopresină sau analogi.	În diabetul insipid lezional sau tumoral, compensat în tratament substitutiv cu vasopresină (adiuretin).	Post tumoral sau postoperator, rezistente la tratament cu vasopresină sau analogi, asociate cu complicații neurologice și hormonale secundare.

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

4. Evaluarea gradului de handicap în insuficiența tiroidiană*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
<p>Clinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metabolic: creștere ponderală, infiltrarea tegumentelor, anemie secundară; - Neuropsihic: lentoare psihică, frilozitate; - Cardiovascular: cardiomiopatie mixedematoasă, insuficiență cardiacă; - Nanism dizarmonic cu întârziere mentală (mixedem congenital), dozări hormonale specifice ±gusă; <p>Paraclinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - T₃, T₄ scăzute, PBI scăzut; - TSH crescut (mixedemul primar); - Șcintigrama tiroidiană (lipsa tiroidei în disgenezia tiroidiană, imagine neomogenă în gușa multinodulară); - RIC scăzut sau absent; - EKG (tulburări de conducere, bradicardie, microvoltaj); - Ecografie cardiacă (cord mărit); - Hb, HT scăzute (anemie secundară); - Radiografie cord-plămân (indice cardio-toracic crescut); - Biochimie: <ul style="list-style-type: none"> - Hiperlipoproteinemie, - Hipercolesterolemie; 	<p>Hipotiroidismul subclinic, evidențiat prin dozări hormonale (TSH crescut) fără expresie clinică manifestă sau oligosimptomatic, forme ușoare cu răspuns la substituția hormonală, în doze minime.</p>	<p>Insuficiența tiroidiană clinic manifestă, în tratament hormonal substitutiv, cu complicații cardiovasculare și metabolice echilibrabile.</p>	<p>Insuficiența tiroidiană cu complicații persistente (cardiovasculare și metabolice) sau leziuni degenerative nervoase și osteoarticulare neechilibrate sau sechelare, decompensate la tratament specific.</p>	<p>Insuficiența tiroidiană severă cu visceralizări – cu complicații cardiovasculare și neurologice grave, insuficiență cardiacă congestivă ireductibilă, poliserozite, encefalopatie.</p>

* Se referă la:

- mixedemul primar cu visceralizare;
- mixedemul congenital (disgenezie tiroidiană).

Sindrom clinic determinat de scăderea cantității de hormoni tiroidieni la nivelul receptorilor celulari ceea ce determină infiltrarea țesuturilor cu consecințele respective, handicapante.

5. Evaluarea gradului de handicap în afectarea funcției paratiroidiei

a. Hiperfuncție paratiroidiană*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
<p>Clinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leziuni scheletale (osoase), oase lungi și vertebre: <ul style="list-style-type: none"> - Fracturi spontane, - Osteoporoză cu arii de demineralizare și - Formarea de chisturi osoase; - Tulburări renale: poliurie, litiază; - Tulburări gastro-intestinale; - Tulburări neuropsihice; <p>Paraclinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Calcemie peste 11mg% (repetată); - Calciurie peste 400mg%/24h; - Fosfatemie scăzută (sub2,5mg%); - Fosfatază alcalină crescută (în leziuni osoase); - PTH seric (imunodozare) cu nivel crescut în condițiile calcemiei crescute sau normale; - EKG: scurtare interval QT; - Examen radiologic: <ul style="list-style-type: none"> - Geode osoase sau/și lacune diseminate; - Fracturi, calusuri; - Osteoporoză generalizată; - Litiază renală (nefrocalcinoză); - Ulcer gastric. 	<p>Hipercalcemie serică asimptomatică sau cu tablou clinic oligosimptomatic.</p>	<p>Hiperparatiroidism operat, cu sechele osoase sau renale neevolutive, cu tulburări de locomoție și excreție medie.</p>	<p>Hiperparatiroidism operat, forma osteodistrofică cu tulburări locomotorii accentuate prin deformări osoase și forma nefrolitiazică moderată cu IRC stadiul de RAF.</p>	<p>Hiperparatiroidism cu fracturi multiple și deformări osase cu deficiență locomotorie gravă.</p>

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

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

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

b. Hipofuncție paratiroidiană*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
<p>Clinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hiperexcitabilitate neuro-musculară; - Crize spontane de contractură musculară, localizate pe grupuri musculare sau generalizate; - Crize de contractură musculară provocate de hiperpnee; - Semne mecanice de hiperexcitabilitate neuromusculară (semnul Chwostek și Weiss pozitive); - Tulburări trofice (cataractă în formele cronice, îndelungate) <p>Paraclinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ca total și/sau ionic scăzut; - Mg total și/sau ionic scăzut; - EMG pozitiv. 	Tetanie latentă (spasmofilie) în tratament specific cu manifestări sporadice.	Tetanie cronică cu manifestări clinice și crize relativ frecvente sub tratament specific.	<p>Tetanie cronică cu crize acute frecvente, neinfluențate de tratament.</p> <p>NB. Manifestări mai rar întâlnite în afectarea primitivă a glandelor paratiroide.</p>

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

6. Evaluarea gradului de handicap în afectarea glandei suprarenale

— Insuficiența corticosuprarenală cronică, primară (Boala Addison)*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
<p>Clinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Astenie, adinamie, fatigabilitate; - Grețuri, vărsături, dureri musculare; - Scădere ponderală, deshidratare; - Melanodermie; - Hipotensiune arterială. <p>Paraclinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dozări hormonale specifice; - Ionogramă: <ul style="list-style-type: none"> - Na⁺ scăzut, - K⁺ crescut, - Glicemie: hipoglicemie serică; - Test stimulare cu ACTH (cortrosyn) negativ. 	<p>În forma compensată clinic și hormonal, sub tratament substitutiv.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiență CSR cronică cu decompensări repetate sau - Insuficiență CSR cronică cu rezerve hormonale labile, parțial echilibrate sub tratament sau - Insuficiență CSR cronică uni sau bilateral operată, în tratament substitutiv continuu, până la echilibrare. 	<p>Insuficiență CSR cronică decompensată, rezistentă la tratament, care necesită îngrijire permanentă din partea altei persoane.</p>

* Se referă la insuficiența corticosuprarenală primară cronică (CSR), datorită distrugerii ambelor corticosuprarenale (peste 80%), care determină:

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

7. Evaluarea gradului de handicap în insuficiența gonadică

a. Insuficiența gonadică primară (primitivă)*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU
<p>Sindrom clinic caracterizat prin formarea deficitară a testiculelor datorită unor defecțiuni cromozomiale; Disgenezie a tubilor seminiferi determinate de anomalii ale formulei cromozomiale.</p> <p>Tablou clinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fenotip masculin; - Aspect enucoid; - Aspect infantil/normal; - Testicule mici; - Ginecomastie; - Obezitate ±; - Deficit intelectual de intensitate variabilă <p>Paraclinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spermatograma – azoospermie; - H. gonadotropi serici crescuți; - Testosteron plasmatic scăzut. 	<p>Forme clinice cu tablou oligosimptomatic, compensat prin substituție cu hormoni sexoizi, fără scăderea capacității de efort fizic sau fără tulburări psihice handicapante.</p>	<p>Formele clinice cu tulburări de dezvoltare musculară și osteoporoză sexiodoprivă cu scăderea capacității de efort fizic și prin tulburări neuropsihice de intensitate medie.</p>

* Se referă la: insuficiența gonadică primitivă, disginezii gonadale (mai frecvent) cu simptomatologie variabilă, în funcție de:

- tipul gonadic;
- vârsta instalării;
- intensitatea insuficienței gonadice;
- cauza insuficienței gonadice.

b. Insuficiența gonadică prin disgenezii gonadale cu fenotip feminin (Sindromul Turner)*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT
<p>Tablou clinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipotrofie staturală disarmonică; - Facies caracteristic; - Organe genitale externe infantile; - Infertilitate; - Malformații somatice: cardiace, renale, surditate; - Semne de hipotiroidie. <p>Tablou paraclinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dozări hormonale specifice; - Estradiol plasmatic scăzut; - Hormoni gonadotropi crescuți; - Glicemie: tulburări de glicoreglare; - Examen psihologic: QI (cel puțin intelect liminar); - Audiogramă (hipoacuzie/surditate). 	<ul style="list-style-type: none"> - Forme clinice cu hipotrofie staturală între 140–149 cm.; - Forme fără malformații somatice handicapante. 	<ul style="list-style-type: none"> - Forme cu hipotrofie staturală între 130-139 cm. cu tulb locomotorii, de realizare a variantelor posturale și de prehensiune (gestualitate) de intensitate medie; - Forme cu tulburări funcționale somatice (cardiovasculare, renale) și tulburări psihice de intensitate medie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Forme clinice cu hipotrofie staturală sub 120 cm, malformații cardiovasculare, scăderea accentuată a capacității de prestație fizică sau prin tulburări neuropsihice accentuate.
	<p>NB: În evaluarea gradului de handicap se vor avea în vedere și:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Criteriile de la insuficiența hipofizară (antehipofizară); – Criteriile de la nanismul hipofizar; – Criteriile de la insuficiența tiroidiană; – Criteriile prevăzute la afectarea fibrei miocardice; – Criteriile prevăzute la afectarea funcțiilor mentale (nede dezvoltarea globală a funcțiilor mentale); – Criteriile prevăzute la afectarea funcțiilor urinare. 		

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

8. Evaluarea gradului de handicap în afectarea funcției tiroidiene din proliferările maligne*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
<p>Clinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glanda tiroidă marită, dură, cu/fără adenopatii sau nodul ferm, tiroidian; - Ganglioni laterocervicali (palpabili); - Tablou metabolic consumptiv. <p>Paraclinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scintigrama tiroidiană (imagini neomogene sau lacunare); - RIC – hipocaptare sau valori normale; - Dozări hormonale complementare (hiperfuncționalitate); - Puncție bioptică tiroidă – examen histopatologic; - Examen radiografic pulmonar și osos pentru formele metastatice. 	<ul style="list-style-type: none"> - În timpul tratamentului complex, chirurgical și radioizotopic; - În formele operate cu recidive locale sau cu sechele dezechilibrate sub tratament continuu. 	<ul style="list-style-type: none"> - În formele inoperabile sau - Trate chirurgicale sau/și izotopice, în faze de diseminare cu metastaze (pulmonare, osoase etc.).

* Se referă la:

- cancerul tiroidian operat recent sau cu sechele metabolice sau pulmonare, dezechilibrate, sub tratament continuu,
- formele inoperabile sau/și tratate chirurgicale sau/și izotopice în faze de diseminare.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Pot desfășura activități cu solicitări fizice de intensitate redusă, în poziție predominant șezând, care nu necesită variante posturale, deplasări posturale, într-un micro/macro-climat de confort organic.	<p>Au redusă capacitatea de adaptare la efort. Este necesar să se diminueze efortul fizic prin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - măsuri de adaptare a utilajelor la locul de muncă, - ajustarea mediului ambiental fizic, - măsuri tehnico-mecanice de ridicare și transport al greutăților, - măsuri pentru evitarea poziției forțate în muncă sau deplasărilor posturale pe distanțe mari, pe plan înclinat sau urcare pe scări. În aceste situații trebuie să se asigure un mijloc de transport adecvat. - evitarea sarcinilor suplimentare.
HANDICAP MEDIU		
HANDICAP ACCENTUAT		
HANDICAP GRAV	Au limitată parțial sau total capacitatea de a efectua activități profesionale.	<ul style="list-style-type: none"> - Sprijin pentru compensarea pierderii parțiale sau totale a capacității de autoîngrijire și autogospodărire. - Necesită asistent personal; - Monitorizare medicală.

NB. Pentru funcțiile care, pe lângă limitarea capacității de adaptare la efort au și alte disfuncții, de obicei complexe, vezi:

Criteriile de la afectarea mobilității-locomoției,

Criteriile de la afectarea funcțiilor mentale, pentru cazurile cu deficiențe prin nedezvoltarea globală intelectuală (pot executa sarcini în raport de nivelul lor de integrare și comportamentul adoptat de familie și comunitate).

CAPITOLUL 6

FUNȚIILE UROGENITALE

I. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA FUNCȚIILOR DE FILTRARE ȘI SECREȚIE RENALĂ, DE COLECTARE ȘI STOCARE A URINEI ÎN VEZICA URINARĂ*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘORĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ MEDIE/ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ /GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR (IRC Std. I)	HANDICAP MEDIU (IRC Std. II faza a)	HANDICAP MEDIU/ ACCENTUAT (IRC Std. II faza b)	HANDICAP ACCENTUAT (IRC Std. III preuremic)	HANDICAP GRAV (IRC Std. IV de uremie terminăla)	HANDICAP ACCENTUAT /GRAV (IRC Std. V de uremie depășită)**
Densitate urinară	<1025	≤1022	<1017	1010-1011	≤1010	Variabilă
Uree sanguină (mg/dl)	<50	<50	50-100	>100	300-500	<500
Creatinină sanguină(mg/dl)	Normal	1.5-2.5	3-4	>4.5	>6	Variabilă
Hb gr/dl	12-15	12-13	10-12	8-10	8	Variabilă
Cl uree (ml/min)	Normal	70→26	26-20	20-2.5	7.5-1.2	Variabilă
Cl creatinină (ml/min)	120-70	70→40	40-30	40→12	<7.5	Variabilă
Nr nefroni funcționali (%)	100→50	50→35	35→25	25-10	<10	<10
Sumar urină; Dozare albumină în urină CT, RMN, cistoscopie; Ex histopatologic	<p align="center">Dacă este cazul În funcție de structura afectată În funcție de structura afectată</p>					

*Se referă la:

1. Toate afecțiunile cronice renale, congenitale sau dobândite, de etiologie multiplă, cu afectare primară sau secundară renală, localizate la ambii rinichi sau într-unul singur, în caz de rinichi unic congenital sau dobândit.

De exemplu:

- Cauze malformative (agenezie renală unilaterală, hipoplazii renale, rinichi polichistic, rinichi în potcoavă, duplicare ureterală, hidronefroză etc.);
- Cauze tumorale ;
- Hipertensiune arterială renovasculară ;
- Boli renale sau pielonefrită pe rinichi unic congenital sau chirurgical cu fenomene de IRC.

Afecțiuni renale cu evoluție progresivă, care au ca expresie funcțională **insuficiența renală cronică**.

2. Rezecția totală a vezicii urinare pentru cancer, cu implantare de uretere (indiferent unde este implantul) – pierderea funcției de colectare și stocare a urinei de către vezica urinară.

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

Stadii	Insuficiența funcțională
Std. I – de deplină compensare	– Funcția renală normală în repaos, ușor alterată în condiții de suprasolicitare ; – Homeostazie hidroelectrolitică și acido-bazică normală ; – Probe funcționale renale normale ; – Rata de filtrare glomerulară (Clearance-ul creatininei endogene)=120-70ml/min – Nu există anemie.
Std. II – insuficiența renală compensată a. faza poliurică b. faza RAF	– Funcția renală normală în repaos prin intervenția mecanismelor compensatorii (hipertrofia funcțională a nefronilor rezanți, hipertensiune, poliurie compensatorie, retenție azotată) ; – Probe funcționale renale puțin sau moderat modificate ; – Homeostazie modificată moderat (in faza b) ; – Rata de filtrare glomerulară (Clearance-ul creatininei endogene)=69-40ml/min – Anemie ușoară sau moderată.
Std. III – IRC decompensată (preuremie)	– Funcția renală afectată în repaos ; – Homeostazie constant alterată; – Rata de filtrare glomerulară (Clearance-ul creatininei endogene)=39-24ml/min – Anemie moderată.
Std. IV – de uremie terminală	– Funcția renală grav alterată ; – Homeostazie grav alterată prin creșterea semnificativă a produșilor de retenție azotată ; – Rata de filtrare glomerulară (Clearance-ul creatininei endogene)=24-12ml/min – Anemie medie sau severă.
Std. V * – de uremie depășită	Supraviețuirea este asigurată prin mijloace de substituție a funcției renale. Constantele statice și dinamice renale sunt variabile în funcție de metoda de epurare extrarenală: <ul style="list-style-type: none"> - hemodializa (epurare extracorporeală) ; - dializa peritoneală (epurare intracorporeală) sau - transplantul renal.

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

În evaluare se vor avea în vedere :

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

În stările post transplant de rinichi :

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

În evaluare se va ține seama și de efectul tratamentului imunosupresor, psihicului și cooperarea pacientului.

II. EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA FUCȚILOR UROGENITALE

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

**DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ/
DEFICIENȚĂ GRAVĂ**

**HANDICAP ACCENTUAT /
HANDICAP GRAV**

În funcție de apariția recidivelor locoregionale sau determinărilor la distanță, precum și de starea de nutriție – obligatorie ancheta socială cu obiective precizate de comisie

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	- Activități fără suprasolicitare fizică, într-un microclimat fără variații tremice (temperaturi extreme), umiditate, toxice renale, trepidații.	Sprijin pentru: - asigurarea condițiilor de muncă (microclimat) adecvate; - activitate pe același loc de muncă sau, eventual, schimbarea locului de muncă;
HANDICAP MEDIU	În general activități intelectuale, munci de birou, statice sau de colaborare (activități la domiciliu). - Cu condiția respectării programului de hemodializă/ dializă peritoneală sau /și	În IRC IV și IRC V sprijin pentru: - activitățile cotidiene, ale vieții de zi cu zi; - transport la și de la centrul de hemodializă; - transportul materialelor de epurare intracorporeală (de la unitatea sanitară la domiciliu) ; - suplinirea capacității de autoservire sau autoîngrijire în cazul complicațiilor induse de procedura de epurare sau de agravarea structurilor de fond.
HANDICAP ACCENTUAT	- Cu asigurarea monitorizării clinice, paraclinice și terapeutice la centrul care a efectuat transplantul renal sau la unitățile sanitare la care sunt în evidență persoanele cu dializă peritoneală și hemodializă.	
HANDICAP GRAV	În cazul existenței unor complicații secundare, ineficienței metodei de epurare extrarenală sau transplant renal nefuncțional – <u>lipsește</u> capacitatea de realizare a unor activități aducătoare de venit și chiar a activităților cotidiene de autoîngrijire – autogospodărire. Idem pentru persoanele cu rezecție totală de vezică, cu tumori maligne uro-genitale cu recidive loco-regionale sau determinări la distanță.	La persoanele cu rezecții totale de vezică urinară: sprijin pentru asigurarea pungilor de colectare a urinei și pentru schimbarea lor în condiții aseptice

CAPITOLUL 7

FUNȚIILE
NEURO-MUSCULO-SCHELETICE
ȘI ALE MIȘCĂRILOR AFERENTE

I. EVALUARE GRAD DE HANDICAP ÎN AFECTAREA MOBILITĂȚII ARTICULAȚIILOR ȘI OASELOR*

1. Afecțiuni osteo-articulare congenitale sau contractate precoce

PARAMETRI FUNCȚIONALI**	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
– Examen ortopedic; – Examine radiografice, segment afectat și, eventual, contralateral, în funcție de limitarea funcțională secundară (articulații, coloană vertebrală); – CT (eventual – în funcție de structura afectată); – Testări biometrice; – Testarea mobilității articulare; – Examen oscilometric; – Examen eco – Doppler; – Spirometrie. ** Selectarea se face în funcție de anomalie, structura afectată și cauzele care le-au determinat (etiologia lor).	Încadrarea în grad de handicap ușor, mediu, accentuat sau grav se realizează particularizat în funcție de : <ul style="list-style-type: none"> - intensitatea tulburarilor de postură sau/și gestualitate; - localizarea unilaterală sau bilaterală a deteriorării (anomaliei); - membrul sau membrele afectate; - consecințele secundare (la articulațiile suprajacentei, coloana vertebrală); - capacitatea respiratorie afectată secundar; - existența tulburarilor neurologice secundare de tip paretic/plegic; - în raport de gestualitatea și deservirea necesară; - capacitatea de mobilizare cu mijloace protetice, ortetice, mijloace speciale de deplasare; - limitarea prehensiunii și manipulației; - capacitatea de autoservire. 			

* Se referă la anomalii și structuri afectate, respectiv la:

1. – bolile constituționale ale oaselor (de ex. acondrodisplazia);
 - malformații (de ex. amelia unui membru, totală sau parțială, toracal sau pelvin, sindactilie);
 - deformări rahitice cu tulburări de postură;
 - luxație congenitală de șold (unilateral sau bilateral) cu coxartroză secundară și/sau modificări ale coloanei vertebrale;
 - redori și anchiloze congenitale post traumatice sau după osteoartrită TBC, redori strânse mono sau bilaterale de șold, genunchi sau combinate, în poziții vicioase, asociate sau nu cu paralizii nervoase;
 - lipsa policei sau a patru degete, bilateral;
 - anchiloze ale pumnului, coatelor sau umerilor;
 - pseudartroze (gambă, coapsă, antebraț, braț - neoperabile)
2. Hemofilia A și B, boală congenitală care apare la sexul masculin prin deficit de factor VIII (Hemofilia A) și factor IX (Hemofilia B), în formele cu modificări ale mecanicii articulare sau în formele cu anchiloze în poziții vicioase și amiotrofii care împiedică mobilizarea (locomoția) sau/și autoservirea.
3. Colagenoze:
 - a. poliartrită reumatoidă (PR): boală imunoinflamatorie cronică progresivă care afectează, cu predilecție, articulațiile mici ale membruleor, simetric și distructiv;
 - b. sclerodermia: cu tulburări cutanate specifice, care reduce gestualitatea datorită sclerodactiliei;
 - c. dermatomiozita.
 - d. lupusul eritematos sistemic.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Orice activitate	Fără restricții
HANDICAP MEDIU	Orice activitate	Fără restricții
HANDICAP ACCENTUAT	Locuri de muncă fără solicitare posturală sau/și gestuală, fără deplasări în teren, în funcție de structura/structurile afectate cu limitările funcționale secundare.	<ul style="list-style-type: none"> - Asigurare de mijloace compensatorii (protetice, ortetice etc.), adaptate în raport de secvențele muncii (pense, cârlige etc.) în raport de membrul sau membrele afectate; - Mijloace speciale de deplasare (baston, cadru, scaun rulant, mașini adaptate etc.); - Reorganizarea procesului de producție, adaptarea locuinței pentru a facilita integrarea socială; - Sprijin pentru activitățile cotidiene – instrumentale în cazul persoanelor cu deficiențe grave.
HANDICAP GRAV		

2. Hemofilia A și B*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
<ul style="list-style-type: none"> - Examen ortopedic; - Examen radiografic, segment afectat și, eventual, contralateral, în funcție de limitarea funcțională secundară (articulații, coloană vertebrală); - CT (eventual – în funcție de structura afectată); - RMN; - Testări biometrice; - Testarea mobilității articulare; - Examen oscilometric; - Examen eco – Doppler; - Spirometrie; - Determinarea factorilor plasmatici ai coagulării : <ul style="list-style-type: none"> - factorul VIII, - factorul IX. 	În formele ușoare, fără tulburări hemoragice.	<ul style="list-style-type: none"> - În formele medii cu sângerări minore, fără determinări articulare sau - În formele cu artropatii necomplicate care necesită tratament antihemofilic periodic. 	<ul style="list-style-type: none"> - În formele severe cu artropatii cronice, cu modificări reversibile ale mecanicii articulare, care necesită administrări repetate de preparate antihemofilice și transfuzii frecvente. 	<ul style="list-style-type: none"> - În formele severe cu anchiloze în poziții vicioase, cu amiotrofii care împiedică autoservirea și mobilizarea.
<p>NB. În evaluare se va ține seama și de afectarea altor structuri care predispun la sângerare.</p>				

* *Sindrom hemoragic produs prin deficit de factori plasmatici ai coagulării.*

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Orice activitate profesională într-un loc de muncă fără risc de traumatism fizic.	Participare fără restricții, cu condiția evitării riscului de accidentare.
HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesională într-un loc de muncă fără risc de traumatism fizic.	Participare fără restricții, cu condiția evitării riscului de accidentare.
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> - Activități fără solicitare fizică mare sau cu risc de traumatizare indiferent de intensitate și cauze. - Sunt limitate activitățile care suprasolicită postura ortostatică, deplasările posturale prelungite, menținerea forțată a unei variante posturale și cele în mediu cu trepidații. 	<p>Sprrijin pentru:</p> <ul style="list-style-type: none"> - asigurarea unui loc de muncă adecvat care să prevină traumatizarea fizică, activarea hemartrozei și cronicizării artropatiei specifice, - facilitarea mobilizării (baston, cadru, orteze etc.), - monitorizarea activității medicale (dispensar, administrarea de produse antihemofilice, efectuarea de transfuzii – în funcție de situație).
HANDICAP GRAV	Intensitatea tulburărilor funcției locomotorii, ireversibilă, neinfluențată de tratamentul specific limitează total sau aproape total capacitatea de mobilizare, autoservire, autoîngrijire și autogospodărire.	<ul style="list-style-type: none"> - Sprrijin permanent din cauza pierderii capacității de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire; - Sprrijin pentru pierderea autonomiei – capacitatea de mobilizare; - Sprrijin pentru facilitarea deplasării în interiorul sau/și exteriorul locuinței în funcție de necesități. - Necesită asistent personal.

3. Colagenoze

a. Poliartrită reumatoidă (PR)*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
-VSH crescut; -Proteina C reactivă crescută; -Fibrinogen seric crescut; -Electroforeza : hipergamaglobulinemie; -IGM și IGG mult crescute; -Factor reumatoizi prezenți : -Waler Rose pozitiv, -Latex: pozitiv; -Ex radiologic; -CT-RMN.	În PR la debut : -redori matinale la nivelul articulațiilor periferice; -mobilizarea articulațiilor periferice fără dureri; -fără semne obiective patologice; -testarea mobilității articulare (mobilitate normală). NB. Clasa funcțională I (Steinbrocker) – capacitatea funcțională completă (capacitate normală de a-și executa profesiunea).	În PR stadiul I, II/III - moderat active: -redori matinale; -dureri la mobilizarea articulațiilor periferice și în repaos; -forța de prehensiune redusă; -reducerea medie a mobilității articulare; -testele de activitate (evoluție) pozitive, dar nu obligatoriu. NB. Clasa funcțională II (Steinbrocker) – capacitatea funcțională normală cu excepția handicapului durerii și redorii la una sau mai multe articulații.	în PR forme severe stadiul III și III/IV: leziuni distructive cartilaginoase sau osoase; deformări ale degetelor; subluxații; derivații axiale (cubitale ale mâinilor); atrofia mușchilor cu afectarea prehensiunii; semne radiologice caracteristice și de laborator specifice; capacitate funcțională limitată; autoservire parțial afectată. NB. Clasa funcțională III (Steinbrocker) – permite numai o mică parte din ocupațiile casnice și autoservire.	în PR gravă stadiul V : leziuni osteoarticulare cu deformări și anchiloze (degete, pumni, coate, șolduri, genunchi în semiflexie, tibiotarșene cu deformarea antepiciorului); limitarea aproape totală sau totală a gestualității sau/și a posturii și deplasărilor posturale; capacitatea de autoservire pierdută. NB. Clasa Funcțională IV (Steinbrocker) – infirmitate importantă – persoana imobilizată a pat sau în fotoliu, care nu se poate ocupa de propria îngrijire sau o face cu foarte mare dificultate.

* Diagnosticul se stabilește atunci când sunt satisfăcute patru din cele șapte criterii ale Asociației de Reumatologie Americane (ARA):

- redori matinale,
- artrite la trei sau mai multe articulații,
- artrita mâinilor,
- artrita simetrică a mâinilor,
- noduli reumatoizi,
- factori reumatoizi în ser,
- semnele radiologice caracteristice.

b. Sclerodermia (afecțiunea țesutului conjunctiv)

PARAMETRI FUNCȚIONALI*	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
–Fenomene de tip Raynaud; –Infiltrații dure ale feței, trunchiului, membrelor; –Teste circulatorii periferice; –Teste funcționale renale; –Teste ventilatorii; –Biopsie musculară. * În funcție de forma clinică: –Progresivă cu sindactilie, –Progresivă cu tulburări viscerale, –Progresivă edematoasă.	Evaluarea gradului de handicap se face în funcție de forma clinică, respectiv de intensitatea tulburărilor de gestualitate, renale, respiratorii și de nutriție, prevăzute pentru afectarea structurilor, prezentate la capitolele în cauză.			

c. Dermatomiozită**

DETERMINAREA PARAMETRILOR FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
–Edem în 1/2 superioară a feței; –Deficit muscular de grade diferite (de la fatigabilitate până la incapacitatea de a ridica brațul și coapsele); –Teste enzimatic (transaminaza, creatinfosfokinaza, lactico- dehidrogenaza); –Traseu EMG caracteristic pentru afectare fibrelor musculare; –Biopsia – necroze focale.	În conformitatea cu criteriile prezentate la Cap. 4: evaluarea gradului de handicap în afectarea funcției musculilor.			

** Afecțiune în cadrul larg al miopatiilor inflamatorii ideopatică, cu etiologie multifactorială (infecțioasă, autoimună și vasculo-ischemică-vasculitică).

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Capacitate funcțională completă cu posibilitatea de a executa normal profesiunea.	<ul style="list-style-type: none"> - Sunt necesare măsuri profilactice: evitarea frigului, umezelii, curenților de aer la locul de muncă; - Dispensarizare la medicul de familie sau reumatologie, ambulatorii de specialitate pentru controale periodice; - Profilaxia infecțiilor acute și tratarea infecțiilor cronice pentru a preveni progresiunea alterărilor funcționale.
HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitate funcțională normală cu excepția handicapului durerii și redorii la una sau mai multe articulații; - Limitarea gestualității profesionale și a mersului; - Activități cu solicitări fizice reduse fără deplasări posturale pe distanțe mari, fără ridicarea de greutate, urcat-coborât scări; - Unele limitări în activitățile cotidiene, casnice. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sunt necesare măsuri profilactice: evitarea frigului, umezelii, curenților de aer la locul de muncă; - Dispensarizare la medicul de familie sau reumatologie, ambulatorii de specialitate pentru controale periodice; - Profilaxia infecțiilor acute și tratarea infecțiilor cronice pentru a preveni progresiunea alterărilor funcționale; - Măsuri pentru asigurarea unui loc de muncă fără solicitare fizică/trepidații, în condiții de microclimat corespunzător sau schimbarea locului de muncă, recalificare profesională după caz, în funcție de vârstă, procesele evolutive și răspunsul la tratamentul aplicat.
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitate funcțională limitată permițând numai o parte din activitățile casnice și autoservirea; - Imposibilitatea efectuării unor activități profesionale în sistem organizat; - Eventuale activități de colaborare în funcție de deficitul de prehensiune; - Se va avea în vedere faptul că: <ul style="list-style-type: none"> - se ridică cu greutate de pe scaun, chiar și cu sprijin, - nu poate ridica și transporta greutate, - dexteritatea se realizează cu dificultate. 	<ul style="list-style-type: none"> - În general afectarea accentuată a posturii, a deplasărilor posturale (mobilizarea), alternanță posturală, gestualitatea – prehensiunea și manipulația – fac imposibilă participarea la activități profesionale; - Necesită sprijin pentru facilitarea mobilizării (baston, scaun rulant); - Monitorizare periodică medicală.
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmitate importantă – persoana cu handicap imobilizată la pat sau în fotoliu; - Nu se poate ocupa de propria sa îngrijire sau o face cu foarte multă dificultate; - Necesită îngrijire și supraveghere permanentă, nu poate sta confortabil pe scaun, nu se poate ridica din poziția șezând în cea ortostatică; - Nu pot păstra ortostatismul nesprrijinit și fără ajutor; - Nu se pot îmbrăca, dezbrăca, nu-și pot tăia alimentele; - Capacitatea de autoservire și autoîngrijire este afectată major. 	<ul style="list-style-type: none"> - Suplinirea pierderii în totalitate a capacității de autoservire, autoîngrijire și autogospodărire; - Dependența socială permanentă; - Necesită asistent personal.

II. EVALUARE GRAD DE HANDICAP ÎN AFECTAREA MOBILITĂȚII COLOANEI VERTEBRALE*

1.Spondilită anchilozantă (SA)

PARAMETRI FUNCȚIONALI	<ul style="list-style-type: none"> - Examen radiologic**: - radiografie bazin, - radiografia altor zone interesate, - tomografie – TC, RMN - scintigramă osteo-articulară; - Investigații biologice : - VSH crescută, - electroforeză cu hiperalfaglobuline crescute și ușoară hipergamă globulinemie, - proteina C reactivă pozitivă, - fibrinogen în sânge crescut, - imunelectroforeză serica IGA crescută, - factori reumatoizi negativi, - antigen HLA B₂₇ *** prezent; - Probe paraclinice : - testarea mobilității coloanei vertebrale și a articulațiilor mari, - spirometrie, - examen oftalmologic, - examen neurologic.
DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	<p style="text-align: center;">HANDICAP UȘOR</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sacroileită gr. IV sau/și punți vertebrale între două corpuri vertebrale; - Fără semne inflamatorii clinice; - Rectitudinea sau redoarea coloanei DL; - Mobilitatea coloanei CDL în limite fiziologice sau o reducere cu 40% din valorile fiziologice ale flexiei, extensiei, înclinări laterale dreapta și stânga; - Semne biologice de inflamație (în puseele acute) : VSH ușor crescut, fibrinogen ușor crescut, proteina C absentă, antigen HLA B₂₇ pozitiv, - Fără afectare oculară; - Fără disfuncție respiratorie.
DEFICIENȚĂ MEDIE	<p style="text-align: center;">HANDICAP MEDIU</p> <p>Forma centrală:</p> <ul style="list-style-type: none"> - generalizarea sindesmofitelor cu formare de punți la un număr important de discuri vertebrale; - mobilitatea coloanei CDL: reducere cu 50% din valorile fiziologice ale flexiei, extensiei, înclinări laterale, rotații; - redoare matinală coloană CDL persistentă; - deficiență ventilatorie restrictivă ușoară; - fără deficiență vizuală sau cu deficiență ușoară. <p>Forma periferică:</p> <ul style="list-style-type: none"> - articulații periferice afectate de proces inflamator cronic, frecvent asimetric, cel mai des la genunchi; - tendinițe, fascită plantară, - mobilitatea articulațiilor periferice redusă cu 30- 40% din valorile fiziologice; - semnele biologice moderat crescute; - antigen HLA B₂₇ pozitiv.

DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Forma centrală:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cu prinderea coloanei CDL; - fixarea coloanei cervicale în flexie în mod ireversibil, în puseele acute; - deficiență ventilatorie medie de tip restrictiv; - deficiență vizuală medie prin sechele de iridociclită; - afectarea mobilității coloanei vertebrale cu peste 70% din valorile fiziologice (urcă și coboară scările dar cu dificultate) <p>Forma mixtă:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cu prinderea coloanei CDL; - cu prinderea centurilor scapulo-humerale și coxo-femorale, bilateral; - deficiență ventilatorie medie sau accentuată de tip restrictiv; - deficiență vizuală medie prin afectare oculară sechelară iridociclitei; - afectarea funcționalității articulațiilor periferice până la 80% din valorile fiziologice (se deplasează cu greutate cu baston sau cârje și pe distanțe mici); <p>Forma periferică:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cu prinderea articulațiilor mari: coxo-femorale, genunchi, articulația coatelor, pumn și degete; - afectarea funcțiilor articulațiilor periferice cu peste 80-85% din valorile fiziologice.
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	<p>Forma centrală:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cu prinderea centurilor toracice și pelviene, - cu prinderea umerilor (anchiloza în adducție), - cu prinderea coxo-femurală bilateral cu tendință la anchiloze, - deficiență ventilatorie severă de tip restrictiv. <p>Forma periferică:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cu anchiloza pumnilor, coatelor - în semiflexie, anchiloza tibio-tarsiană în equin, - cu deformarea accentuată a antepiciorului. <p>Forma mixtă:</p> <ul style="list-style-type: none"> - forma severă cu/fără afectarea gravă a acuității vizuale. <p>NB.</p> <p>Persoanele cu SA stadiul IV se deplasează cu mare dificultate și sprijinite. Sunt în imposibilitatea realizării activităților vieții zilnice de autoservire și îngrijire. Necesită asistent personal.</p>

* Se referă la :

1. **Spondilita anchilozantă (SA)**, forma centrală, periferică sau mixtă (centrală și periferică) – afecțiune inflamatorie cronică care afectează preponderent coloana vertebrală, procesul inflamator debutând frecvent la nivelul articulațiilor sacro-iliace și progresează ascendent.

2. **Cifoscolioze și scolioze deformante**- idiopatice, cu grad mare de curbură, operate sau nu, care împiedică capacitatea respiratorie normală și/sau cu tulburări neurologice (parapareze, paraplegii)

** Principalul criteriu de diagnostic pozitiv poate consta, în funcție de evoluție, în:

- Sacroileită gr. III (moderată): scleroză și osteocondensare ale articulațiilor;
- sacroileită grad IV: anchiloză cu dispariția spațiilor articulare;
- apariția de punți intervertebrale (inițial D₁₁-D₁₂, L₁-L₂) – sindesmofite (osificări interligamentare), ulterior se generalizează – aspect „trestie de bambus”;
- afectarea articulațiilor interapofizare cu tendință la pensare și anchiloze care pot lua aspect de „șină de tramvai”

*** Antigenul HLA B₂₇: are semnificație predispozantă pentru afecțiune; este prezent la 80-90% dintre persoane.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Orice activitate profesională. Pot defasura activități fizice, nu au probleme cu mobilizarea, urcatul și coborâtul de scări și ridicarea de greutate. Pot desfășura activități casnice (sociale și ale vieții zilnice)	Participare fără restricție, necesită: - monitorizare medicală, - controale periodice, - cure balneare și - program de kinetoterapie.
HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesională cu evitarea suprasolicităților gestuale, posturale – ortostatismul sau mersul prelungit, ridicarea de greutate, într-un mediu adecvat, fără curenți de aer, variații termice, trepidații.	- Asigurarea unui loc de muncă accesibil pentru prevenirea evoluției spre stadii superioare; - Sprijin din partea angajatorilor și al familiei pentru aplicarea măsurilor profilactice: - dispensarizare medic de familie sau serviciul de reumatologie, - program de kinetoterapie (gimnastică medicală), - eventual schimbarea locului de muncă pentru activități fără eforturi fizice, fără ortostatism prelungit, în mediu cu curenți de aer, umezeală, poziții vicioase – fixe în timpul muncii.
HANDICAP ACCENTUAT	- Activități fără suprasolicitare posturală, fără deplasări prelungite sau care să impună variante posturale; - Activități fără suprasolicitare fizică și vizuală. În general au redusă capacitatea de efectuare a oricărei activități profesionale organizate, cu program normal, - Au limitată posibilitatea de a realiza majoritatea activităților necesare vieții zilnice și pentru cele de autoservire (ex: aplecat, îmbrăcat/dezbrăcat, transport greutate); - Au limitată capacitatea de mobilizare (se deplasează cu greutate cu baston) precum și posibilitatea de menținere îndelungată a poziției ortostatice sau sezande și a variantelor posturale; - Capacitatea de efort fizic – redusă.	Participare în condiții de monitorizare medicală și profesională: - Internare în secții de reumatologie în puseele acute, pentru tratament particularizat și controlat; - Dispensarizare medic de familie sau specialist reumatolog pentru control periodic; - Program de kinetoterapie la domiciliu sau dispensar, ambulatoriu de specialitate; - Schimbarea locului de muncă sau orientare pentru munci fără efort fizic, ortostatism prelungit, frig, curenți de aer, umezeală, poziții vicioase, suprasolicitarea vederii. În timpul muncii: - Sprijin din partea angajatorilor pentru asigurarea unui loc de muncă adaptat; - Ajutor din partea familiei pentru realizarea unor activități necesare îngrijirii și gospodăririi (vieții cotidiene).
HANDICAP GRAV	- Pierderea totală a capacității de muncă, de autoservire sau/și de orientare spațială; - Limitarea majoră a capacității de mobilizare; - Limitarea majoră a posibilității de realizare a activităților vieții cotidiene, instrumentale și de autoîngrijire.	- Necesită asistent personal; - Necesită sprijin pentru obținerea unor mijloace de deplasare (baston, fotoliu rulant etc.) - Asistentă medicală la domiciliu, particularizată.

2. Cifoscolioze idiopatice

DETERMINAREA PARAMETRILOR FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
<ul style="list-style-type: none"> -Radiografii coloană vertebrală, umeri și șold, în raport de consecințele secundare; -Tomografie (TC), RMN; -Examen ortopedic; -Examen neurologic; -Testarea mobilității coloanei vertebrale; -Testarea mobilității articulațiilor mari; -Probe ventilatorii. 	Încadrarea în grad de handicap se realizează în raport de existența și intensitatea tulburărilor de postură, locomotorii, respiratorii și motorii – conform criteriilor stabilite în afectarea structurilor respective.			

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI	
HANDICAP UȘOR	<p>Activități accesibile și participare efectivă în funcție de intensitatea deficienței funcționale și gradul de handicap prezentate în afectarea funcțiilor motorii, statice și locomotoiei.</p> <p>Orientarea profesională a tinerilor spre locuri de muncă accesibile, concomitent cu monitorizarea medicală adecvată pentru prevenirea consecințelor secundare.</p>		HANDICAP MEDIU
HANDICAP ACCENTUAT			HANDICAP GRAV

III . EVALUARE GRAD DE HANDICAP ÎN AFECTAREA FUNCȚIILOR MOTORII (A STATICII ȘI MOBILITĂȚII – LOCOMOȚIEI SAU/ȘI GESTUALITĂȚII)

1.Amputații*

PARAMETRI FUNCȚIONALI		<p>Examen ortopedic; Examen radiologic :</p> <ul style="list-style-type: none"> -bont, -articulația suprajacentă, contralateral, coloană vertebrală, în funcție de localizare, pentru evaluarea consecințelor handicapului locomotor; <p>Testarea bontului; Testarea funcționalității protezei și a membrului/membrelor; Indici oscilometrici; Testări biometrice particularizate structurii afectate; Testarea mobilității articulare; Testări musculare; Testarea mobilității coloanei vertebrale.</p>
Fără deficiență	Infirmitate locomotorie	<p>Amputație totală sau parțială a degetelor de la unul sau ambele picioare; Se va evalua în funcție de tulburările secundare.</p>
DEFICIENȚĂ USOARĂ	HANDICAP UȘOR	<p>Deficiență locomotorie ușoară: Amputație Lisfrank, Amputație Chopart, Deficiență de manipulație ușoară: Lipsa prin amputație a 1-3 degete (în afara policelui); Lipsa ultimilor falange de la toate degetele de la o mână.</p>
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	<p>Deficiență locomotorie medie : Amputație gambă unilaterală (la orice nivel); Amputație coapsă– bont protezat, proteză funcțională, fără consecințe secundare. Deficiență de manipulație medie : Lipsa degetelor de la o mână; Dezarticulație radio-carpiană; Amputația membrului toracic: antebraț-braț, de la diferite nivele, în raport de vârstă, cauză și cu gestualitatea și deservirea necesar. NB. Pentru perioade limitate, în vederea adaptării la unimanualitate, transfer gestualitate– handicap accentuat.</p>
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	<p>Deficiență locomotorie accentuată : Amputație coapse – bont greu protezabil sau neprotezabil sau cu proteză nefuncțională; Dezarticulație coxo-femurală; Amputație bilaterală membru pelvin, de la nivelul gambelor-protezate, proteze funcționale; Deficiență de manipulație accentuată : Dezarticulație scapulo-humerală; Amputația membrului toracic unilaterală cu reducerea prehensiunii contralateral.</p>

DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	<p>Imposibilitatea realizării ortostatismului - deficiență locomotorie gravă:- Lipsa prin amputație a ambelor coapse, protezate sau neprotezate; Lipsa prin dezarticulație a unui membru pelvin asociat cu anchiloza membrului pelvin opus; Lipsa prin dezarticulație sau prin amputație a unui membru pelvin, cu amputație sau dezarticulație de membru toracal; Amputație bilaterală a membrelor pelvine de la nivelul gambelor – protezate ineficient sau neprotezate. NB. Pentru perioade limitate în vederea protezării și adaptării la proteză.</p> <p>Imposibilitatea realizării gestualității și manipulației : Amputații ambele membre toracice de la diferite nivele cu/fără redori strânse ale articulațiilor.</p>
-------------------------	----------------------	--

* Se referă la:

- a. *Amputații congenitale, contractate precoce (copilărie-adolescență), unilateral sau bilateral de membru inferior sau superior, indiferent de nivel, dezarticulație membru pelvin, dezarticulație membru toracal, protezabile, neprotezabile sau greu protezabile.*
- b. *Amputații de membru superior sau inferior, unilateral sau bilateral (protezabile, protezabile ineficient, greu protezabile, neprotezabile), indiferent de vârstă și statut.*

NB. Amputații cu dificultăți de realizare a ortostatismului, mersului ori gestualității.

În evaluarea deficienței funcționale se vor avea în vedere:

Cauza care a condus la indicația de amputație:

- a) distrugerea unui membru prin strivire,
- b) pierderea vascularizației,
- c) gangrene de cauze variate (arteriopatii, diabet zaharat, embolii),
- d) durere severă de cauză circulatorie,
- e) tumori maligne,
- f) infecție necontrolabilă terapeutic;

Starea bontului: scurt; cu cicatrici vicioase; cu calus vicios; cu nevroame hiperalgice, cu leziuni trofice, fistule cronice; cu sechele complexe;

Nivelul amputației, la membrul sau membrele afectate.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Orice activitate profesională fără limitări, cu excepția celor care solicită gestualitate fină, de precizie.	Participare fără restricții. Necesită schimbarea locului de muncă în cazul unor profesii (ex: pianist, violonist s.a.).
HANDICAP MEDIU	Orice profesie cu excepția celor care solicită: -ortostatism și deplasări posturale prelungite, -bimanualitate.	Asigurarea unui loc de muncă accesibil. Formare și îndrumare profesională în funcție de vârstă persoanelor care și-au pierdut bimanualitatea, cu referire la muncile manuale – necalificate. Asigurare cu proteze, orteze, proteze estetice diferențiate în vederea activării în viața socială fără restricții.
HANDICAP ACCENTUAT	<p>-Locuri de muncă fără solicitare fizică, fără deplasări și variante posturale sau/și gestuale, în funcție de deteriorările morfofuncționale.</p> <p>NB. În elaborarea programelor de recuperare se vor avea în vedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> -localizarea și nivelul amputației, -cauzele care au produs-o, -eficiența protezării, -vârsta, <p>-pregătirea generală și profesională – în funcție de care se recomandă:</p> <ul style="list-style-type: none"> -schimbarea locului de muncă sau -formare profesională pentru munci statice, accesibile handicapului postural sau/și de gestualitate. 	<p>Furnizare de mijloace protetice, de adaptare a utilajelor, reorganizarea muncii la nevoie, cu atribuirea sarcinilor ce nu pot fi îndeplinite altor membri ai colectivului.</p> <p>Pentru deficienții locomotori posturali: În afara protezării adecvate și adaptării locului de muncă astfel încât să nu fie solicitată postura pe care nu o poate realiza, se recomandă facilitarea prin mijloace suplimentare de sprijin (scaune adaptate ergonomic) sau permiterea cu ușurință a modificărilor posturale impuse de muncă, prin balustrade sau mânere de sprijin.</p> <p>Transferul unor comenzi ale mașinii de la picior la mână sau automatizarea comenzilor respective.</p> <p>Pentru cei care au asociată afectarea mobilității coloanei vertebrale: sisteme mecanice de manevrare a greutateților și cărucioare de transport de înălțimea bancului de lucru astfel încât transferul greutateților de pe cărucior pe banc și invers să se facă prin alunecare.</p> <p>Pentru persoanele cu deficiență fizică cu afectarea gestualității: Este posibilă, după caz, protezare sau ortezare, eventual proteze de muncă adaptate în raport cu secvențele muncii (pense, cârlige etc), schimbarea lateralității și adaptări ale utilajului, ca de pildă transferul comenzilor de la o mână la alta sau de la mână la picior, schimbarea sistemului de pârghii ale comenzilor pentru scăderea efortului fizic.</p>

HANDICAP GRAV	<i>Idem</i> handicap accentuat	<i>-Idem</i> handicap accentuat; -Dupa protezare, adaptare la proteze/orteze: -asigurarea de mijloace de deplasare pentru persoanele cu deficiență posturală (baston sau cadru pentru cele cu amputații unilaterale, fotoliu rulant, cărucioare pentru cele cu amputații bilaterale); -asigurarea de mijloace de autoservire sau/și de muncă pentru cei cu pierderea bilaterală a gestualității; -sprijin total pentru îngrijire și activitățile cotidiene, de autogospodărire. Necesită asistent personal.
----------------------	--------------------------------	--

2. Afecțiuni neurologice*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	Examen neurologic; Eco Doppler; CT, RMN cerebral; Examen oftalmologic (acuitate vizuală, campimetrie, fund de ochi); EKG; EEG; Glicemie, Teste de coagulare; Hemoleucogramă completă; Angiografie carotidiană; Echocardiografie.	<i>Se stabilesc în funcție de structura /structurile afectate.</i>
DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	HANDICAP UȘOR	Deficit motor minim la un membru sau care nu afectează prehensiunea, manipulația. Tulburări de coordonare și echilibru ușoare. Se poate deplasa, mersul fiind posibil dar cu oșilații.
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Deficit motor al unui membru inferior sau al ambelor membre inferioare dar care nu afectează desfășurarea activităților vieții cotidiene sau profesionale; Se deplasează cu ușoară dificultate pe distanțe lungi sau cu dificultate moderată pe distanțe scurte, dar fără sprijin, putând desfășura activități profesionale normale, în funcție de natura profesiei. Deficit motor la un membru superior care afectează minimum mobilitatea, gestualitatea și prehensiunea. Dificultăți de coordonare și de manipulație neinfluențate de deficitul motor. Se poate deplasa fără sprijin pe distanțe variabile, cu dificultate, cu oșilații (vezi criteriile de la afectarea funcției de coordonare). Tulburări ușoare de vorbire: dizartrie, balbism, alte tulburări ale vorbirii specifice unor afecțiuni neurologice (vezi criteriile de la afecțiunile respective: boala Parkinson, miastenia gravis s.a.).
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	Deficiență locomotorie accentuată. Se poate deplasa sprijinit în baston (sprijin unilateral) sau nesprijinit, dar cu mare dificultate. Nu poate realiza mersul normal, nici chiar pe distanțe scurte. Deficit motor total al unui membru superior ce afectează activitatea profesională și cea cotidiană sau deficit motor bilateral moderat. Tulburări accentuate de coordonare: se deplasează cu sprijin unilateral sau nesprijinit dar cu mare greutate, cu bază de susținere largită, cu tendință la deviații în cazul asocierii unor tulburări vestibulare de intensitate medie (vezi criteriile de la afectarea funcțiilor de coordonare). Tulburări de vorbire de tipul afaziei expresive moderate. Permite, în cazul în care nu se asociază deficit de locomoție, de manipulație, de coordonare, exercitarea activităților vieții cotidiene și, eventual, efectuarea unor activități specifice profesiei.

DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	<p>Deficit grav de locomoție :</p> <ul style="list-style-type: none"> -persoana nu se poate deplasa nici cu sprijin nici fără sprijin, fiind dependentă de un mijloc de transport adecvat (fotoliu rulant, alte dispozitive) sau este imobilizat la pat; -nu își poate îndeplini activitățile vieții cotidiene, nu-și poate asigura existența prin activitatea pentru care a fost pregătită; -nu se poate autoservi; -necesită asistent personal. <p>NB. Persoanele cu paraplegii, parapareze forte pot presta activități legate de capacitatea și de pregătirea intelectuală, beneficiind de o asistență socială adecvată și de prezența asistentului personal deoarece necesitățile sunt mult sporite din punct de vedere material, social, psihologic etc.</p>
-------------------------	----------------------	---

* Se referă la:

- a. **Afecțiuni neurologice congenitale sau contractate precoce** cu tulburări posturale și gestuale de intensitate variată, de exemplu:
 - malformații congenitale (ex: mielomeningocelul, porencefalia, hidrocefalia, microcefalia);
 - sechele neurologice (pareze, paralizii etc.) – după meningoencefalopatii infantile;
 - leziuni traumatice ale SNC;
 - sechele după sindrom ischemic medular cu parapareze sau plegii, tertrapareze sau tetraplegii, monopareze sau monoplegii;
 - sechele după traumatisme cerebrale severe;
 - paralizii de plex brahial;
 - leziuni de nervi periferici care produc tulburări de manipulație, uni sau bilaterale;
 - tulburări neurologice sechelare cu deficit tip bi-tri-tetraparetic/plegic cu/fără tulburări trofice, afectând deplasarea și gestualitatea normală sau tulburări de tip epileptic ori alte tulburări de focar;
 - sechele după poliomielită și afecțiuni medulare infecțioase;
 - paralizii cerebrale: ex. hemiplegie-hemipareza infantilă, paraplegie-parapareză spastică infantilă, boala Little;
 - tumori cerebrale benigne care determină prin extensie tulburări de focar, tumori maligne.
- b. **Accidentele vasculare cerebrale (AVC) :** hemoragice, trombotice sau embolice, cu diverse localizări, cu deficite locomotorii secundare, disfazie/afazie sau/și tulburări sfincteriene **indiferent de vârstă și statut, la persoanele cu:**
 - Sechele AVC care au drept cauze o malformație congenitală vasculară;
 - Sechele AVC embolice după valvulopatii reumatismale contractate precoce sau congenitale;
 - Sechele AVC din angiocardipatiile congenitale;
 - Sechele AVC din cardiomiopatiile primitive (idiopatice sau primare);
 - Sechele AVC din HTA reno-vasculară;
 - Deficite motorii din afecțiunile hemoragipare (cuagulopatii, trombocitopenii s.a.), din afecțiuni hematologice (policitemia vera);
 - Deficite motorii ale unor neoplazii – primar sau secundar cerebrale – de sistem nervos, osteoarticular, părți moi.
- c. **Parapareze/paraplegii, tetrapareze/tetraplegii, monopareze/monoplegii** - indiferent de etiologie (traumatică, vasculară, infecțioasă, tumorală, degenerativă etc.), indiferent de vârstă și statut.

NB. Structurile afectate indiferent de data contractării, cauză, localizare, pot determina tulburări:

-ale staticii, mobilității – locomoției sau/și ale manipulației (gestualității) sau/și de coordonare și echilibru sau/și de vorbire, cu implicații diferite, în funcție de predominanța lor și limitarea la viața socială, comunitară și familială.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Orice muncă cu program normal, cu evitarea celor care impun activitatea la înălțime.	Participare fără restricții cu condiția monitorizării medicale, evitarea activității la înălțime sau care impune variații posturale mari și deplasări pe distanțe mari.
HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesională – loc de muncă fără suprasolicitare posturală, activități preponderent statice, fără deplasări posturale, fără suprasolicitare fizică și psihică, în condiții de confort organic, fără relații cu publicul dacă sunt asociate tulburări de vorbire.	Sprijin pentru asigurarea locului de muncă adecvat în vederea desfășurării activității cu program normal sau redus sau, dacă nu este posibil, schimbarea locului de muncă; Monitorizare medico-socială.
HANDICAP ACCENTUAT	În general nu pot presta activități profesionale datorită intensității afectării funcțiilor motorii sau/și de manipulație, coordonare, vorbire; În cazul deficitelor motorii de tip paraparetic, tetraparetic, sunt posibile activități adaptate, cu solicitări fizice reduse, fără deplasări posturale, în condiții de confort organic.	Asigurare mijloace de deplasare (baston, cârje, cadru, fotoliu rulant – în funcție de intensitatea deficitului motor la membrele superioare sau/și inferioare); Asigurare dispozitive de mers (orteze) în special pentru persoanele cu sechele după afectări de neuroni motori periferici; Sprijin familial și comunitar (în funcție de caz și situație) pentru efectuarea unor activități cotidiene și de îngrijire.
HANDICAP GRAV	Intensitatea afectării funcției motorii face imposibilă desfășurarea oricăror activități profesionale, activități cotidiene, de autoîngrijire, autogospodărire; În cazul persoanelor cu parapareze forte, paraplegii, fără afectarea funcțiilor intelectuale (în situații particulare) este posibil și indicat acces pentru prestarea profesiunilor cu pregătire superioară, activități legate de pregătirea intelectuală, în ritm liber, beneficiind de asistent personal.	Necesită asistent personal. Monitorizare medicală la domiciliu pentru recuperare (CFM) și pentru prevenirea leziunilor de decubit. Asigurarea mijloacelor de transport adecvat (cărucioare – alte dispozitive) sau de mobilizare (fotoliu rulant). Pentru cei care sunt încadrați în muncă și folosesc fotoliul rulant- este necesară ajustarea bancului de lucru și a spațiului de sub banc, precum și eliberarea căilor de acces pentru a permite persoanei cu handicap să ajungă la locul de muncă. Organizarea planului de lucru astfel încât să regasească în aria de muncă materia primă și uneltele necesare.

3. Afecțiuni demielinizante - degenerative*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	DEFICIENȚĂ MEDIE	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	DEFICIENȚĂ GRAVĂ
	HANDICAP UȘOR	HANDICAP MEDIU	HANDICAP ACCENTUAT	HANDICAP GRAV
Examen neurologic**; Examen oftalmologic; (AV, campimetrie, FO); ENG; PEV auditive și vizuale; Diplopie provocată; Imunoglobulină G în LCR și sânge; RMN, CT. ** Examen neurologic complet cu precizarea formei de evoluție și a sindroamelor afectate, respectiv sindromul pur sau combinate.	În formele oligosimptomatice cu: - Sindrom bipiramidal frust; - Sindrom vestibular frust; - Sindrom cerebelos frust, susținute pe examen RMN sau CT.	În formele clinice cu perioade de remisiune, cu tulburări ușoare și medii de mers – deplasare posibilă fără sprijin, cu menținerea: - sindromului piramidal, - sindromului vestibular, - sindromului cerebelos, Parametrii funcționali confirmă afecțiunea demielinizantă (modificări FO, PEV, diplopie, ENG, RMN, CT, ImG în sânge și LCR)	În formele clinice cu evoluție progresivă sau cu pusee acute frecvente : tulburări accentuate de mers, mers dificil, uneori cu sprijin unilateral; tulburări de echilibru; tulburări de coordonare; tulburări de manipulație; sindromul piramidal tip paretic; cerebello-vestibular; tulburări vizuale (diplopie, modificări CV); tulburări de sensibilitate.	În formele cu evoluție continuă care conduc la pierderea autonomiei locomotorii, făcând dependentă persoana de o altă persoană (parțial sau total), datorită: a. sindromului piramidal variat: - hemiplegie dr/stg, - paraplegie-parapareză accentuată, - tetrapareză – tetraplegie; b. sindromului vestibulo-cerebelos cu tulburări de statică și echilibru grave.

* Se referă la leuconevraxită: sinonime – scleroză în plăci, encefalopatie diseminată cronică, encefalopatie periaxială difuză, boală Devic (oftalmoneuromielită), indiferent de forma clinică.

NB. Diagnosticul pozitiv se susține pe:

- simptome și tulburări tranzitorii ca: oftalmopareze, deficite piramidale sau de sensibilitate, sindroame medulare acute, afectarea altor nervi cranieni, combinații de semne subiective și obiective;
- diagnosticul să cuprindă **forma clinică de evoluție și sindroamele respective (combinat sau pure).**

Forme clinice: - forme cu recăderi și remisiuni,

- forma primar generalizată,
- forma secundar progresivă.

Sindroame: - Sindromul motor: - paraparetic (paraplegic) spastic,

- hemiparetic (hemiplegic) spastic,
- monoparetic sau tetraparetic (tetraplegic) spastic.

- Sindromul ataxic: - ataxie prin tulburări cerebeloase;

- ataxie prin tulburări vestibulare;
- ataxie prin tulburări de sensibilitate profundă.

- Semne oculare caracteristice: - oftalmopareze;

- tulburări de acuitate vizuală și câmp vizual;
- modificări FO: **decolorare papilară globală sau numai temporală (mai frecvent).**

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Activități cu program normal în locuri de muncă care nu impun deplasări posturale prelungite sau o gestualitate rapidă și cu precizie.	Asigurarea unui loc de muncă accesibil în poziție dominant sezând, fără suprasolicitare fizică și ritm impus. Monitorizarea medicală pentru prevenirea agravării deficitului motor, vestibular și cerebelos.
HANDICAP MEDIU	Activități cu program normal sau redus, cu solicitări mici sau medii, fără ritm impus, care nu solicită mișcări de precizie și rapide din partea membrilor superioare și inferioare, într-un microclimat de confort organic.	Participare cu condiția asigurării unor locuri de muncă fără solicitări fizice mari, deplasări posturale prelungite și gestualitate rapidă și de precizie; Monitorizare permanentă pentru prelungirea duratei remisiunii și pentru prevenirea apariției puseelor acute.
HANDICAP ACCENTUAT	În general, intensitatea tulburărilor funcționale limitează prestarea oricărei activități profesionale organizate. Pot, eventual, efectua activități de colaborare în ritm liber, cu efect psihoterapeutic; Este conservată capacitatea de autoîngrijire.	Pentru persoanele cu pregătire superioară: sprijin pentru efectuarea unor activități de colaborare în funcție de posibilitățile psiho-fizice și de suportul familial; Sprijin pentru obținerea mijloacelor de deplasare (baston, cârje, scaun rulant s.a.), parțial pentru activitățile de autoîngrijire și autogospodărire și pentru monitorizarea medico-socială.
HANDICAP GRAV	Datorită intensității tulburărilor de postură, de mers, gestualitate sau/și de vedere, nu pot presta nici o activitate; Capacitatea de autoservire parțial/total afectată; Capacitatea de mobilizare: de la mers cu sprijin bilateral prin forțe proprii, până la imobilizare; Limitarea gestulității până la imposibilitatea executării unor mișcări cu membrul respectiv; Afectarea vederii până la cecitate relativă și absolută.	Necesită asistent personal. Asigurarea de mijloace de mobilizare (cadru, fotoliu rulant, cărucior) pentru deplasare în cadrul locuinței; Dispensarizarea medicală (la domiciliu sau, cand este necesar, la serviciul de specialitate).

IV. EVALUARE GRAD DE HANDICAP ÎN AFECTAREA FUNCȚIILOR MUȘCHILOR*

1. Evaluare grad de handicap în distrofia musculară progresivă (DMP) și formele ei

PARAMETRI FUNCȚIONALI	<p>Examen neurologic :</p> <ul style="list-style-type: none"> -deficit motor în funcție de forma clinico-genetică, indiferent dacă debutul este distal sau proximal, afectarea grupelor musculare se generalizează; <p>Deficitul motor are ca expresie :</p> <ul style="list-style-type: none"> -amiotrofii progresive-simetrice; -retracții tendinoase; -ROT vii. <p>Paraclinic :</p> <ul style="list-style-type: none"> -creșterea activității unor enzime glicolitice (de ex : LDH); -biopsia musculară este sugestivă, evidențiază modificări de tip miogen; -EMG: -absența activității bioelectrice spontane, -diminuarea amplitudinii maxime a traseelor; -reducerea duratei medii a potențialelor.
DEFICIENȚĂ USOARĂ HANDICAP UȘOR	<p>Deficit motor frust. Amiotrofii simetrice distal și proximal nesemnificative.</p>
DEFICIENȚĂ MEDIE HANDICAP MEDIU	<p>Deplasarea cu dificultate prin scăderea performanței de ortostatism și mers prelungit și prin tulburări de precizie și viteză a mișcărilor.</p>
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ HANDICAP ACCENTUAT	<p>Deplasare cu mare dificultate prin forța proprie, neprijinit și cu sprijin. Imposibilitatea efectuării aproape a oricărei gestualități profesionale. Dificultăți de respirație.</p>
DEFICIENȚĂ GRAVĂ HANDICAP GRAV	<p>Persoana nedeplasabilă prin forța proprie. Tulburări de gestualitate bilateral. Pierderea capacității de autoservire. Tulburări mari de deglutiție și respirație.</p>

* Se referă la:

1. *Neuromiopatii: afectarea unității motorii (a fibrei musculare striate), a plăcii neuro-musculare, nervului motor și nervului motor spinal – cu amiotrofii și determinare genetică:*
 - a. *DMP:*
 - Forma severă (Duchenne),*
 - Forma benignă (Becker);*
 - b. *Fenotipul Duchenne – forma centurilor;*
 - c. *DMP forma:*
 - Facio-scapulo-humerală,*
 - Distală,*
 - Oculo-faringiană.*
2. *Miotonii (determinate genetic) – este implicat un deficit de membrană celulară:*
 - a. *miotonia congenitală (Thompson),*
 - b. *distrofia miotonică (Steinert).*
3. *Polimiozita primitivă (cu leziuni musculare de tip inflamator)*
4. *Miastenia (boala sinapsei neuro-musculare)*
5. *Boli degenerative și heredodegenerative ale SNC (boli genetice cu aspect anatomo-patologic de tip degenerativ):*
 - a. *amiotrofia neuronală Charcot – Marie Tooth,*
 - b. *scleroza laterală amiotrofică (SLA),*
 - c. *eredoataxia spinocerebeloasă Friedreich,*
 - d. *heredo-ataxia cerebeloasă Pierre Marie.*
6. *Anomalii și malformații musculare congenitale, dacă împiedică statica și locomoția (de ex: hipertrofii, redori, retracții musculare mutilante).*

2. Evaluare grad de handicap în miotonii*

PARAMETRI FUNCȚIONALI		<p>În miotonia Thompson Examen neurologic: -distribuția fenomenului mitotonic la flexorii degetelor, mușchii policelui, a musculaturii orbiculare, pleoape și pe parcursul evoluției – hipertrofii musculare difuze la toate grupele musculare, cu predominanță la membrele inferioare (aspect halterofil). Examen paraclinic: -EMG: creșterea progresivă a amplitudinii potențialelor cu o frecvență de 40/50 cicl/sec (criteriul patognomonic=fenomen de încălzire)</p> <p>În distrofia miotonică Steinert Examen neurologic: -amiotrofii musculare distale la membrele superioare și inferioare; -mușchii fonatori, cu modificarea vocii; -muschiului cardiac; -atrofie gonadică. Examene paraclinice: -microscopia electronică evidențiază afectarea arhitecturii miofibrilelor, care apar șterse; -microscopia optică evidențiază alternanța de fibre musculare atrofiate cu fibre hipertrofiate, dezorganizarea miofibrilelor; EMG – descărcări spontane repetitive, în salve, asociate cu modificări ale unității motorii de tip miopatic; Enzimograma serică (LDH, FCK, TGO, TGP – sunt scăzute sau normale).</p>
DEFICIENȚĂ USOARĂ	HANDICAP UȘOR	În formele ușoare cu manifestări fruste care nu afectează capacitatea fizică de prestație.
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Scăderea forței musculare distale la membrele superioare; Oboseală precoce; Scăderea forței și vitezei de executare a mișcărilor; Scăderea capacității fizice de prestație la efort, manipularea de greutate.
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	Deplasare cu dificultate; Tulburări de manipulație și gestualitate bilateral; Tulburări de vedere și de vorbire.
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	În formele clinice cu evoluție îndelungată care conduc la deplasarea dificilă sau la imobilizare datorită atrofiilor musculare marcate, cu tulburări respiratorii, tulburări de deglutiție, fonație, alimentație.

* Sunt caracterizate printr-o lentoare a relaxării musculare după contracție voluntară, fenomenul diminuând progresiv după repetarea contracției voluntare (fenomen de încălzire).

3.Evaluare grad de handicap în polimiozită primitivă*

PARAMETRI FUNCȚIONALI		<p>EMG = caracterizată printr-un traseu constând din activitate bioelectrică spontană reprezentată de potențiale de fibrilație, potențiale polifazice care apar la contracții voluntare, activitate repetitivă cu frecvență rapidă, evocate de stimularea mecanică a mușchilor.</p> <p>AP: aspect histologic greu de diferențiat de cel al distrofiilor musculare.</p>	
DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	HANDICAP UȘOR	<p>Criterii de încadrare în grad de handicap asemănătoare cu cele din distrofia musculară progresivă, cu precizarea că evoluția este ondulantă, cu agravări și remisii spontane și terapeutice.</p>	
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU		
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT		
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV		

* Se caracterizează printr-o simptomatologie dureroasă cu traseu EMG polimorf și leziuni musculare de tip inflamator.

Sunt delimitate trei tipuri de polimiozită:

- a. Polimiozita primitivă incompletă,
- b. Polimiozita din colagenoze,
- c. Polimiozita paraneoplazică.

} trebuie luate în considerare criteriile stabilite pentru afecțiunile respective.

4.Evaluare grad de handicap în miastenie*

PARAMETRI FUNCȚIONALI		<p>Clinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> -deficitul motor miastenic se produce prin relaxarea progresivă a mușchiului care face efortul și prin diminuarea progresivă a forței, iar repaosul reface forța musculară; -o caracteristică a fenomenului miastenic = deficitul miastenic este mai accentuat în a doua parte a zilei; -ROT prezente sau ușor diminuate. <p>Paraclinic:</p> <ul style="list-style-type: none"> -proba de efort, care caracterizează sau evidențiază deficitul motor; -testul cu miostin sau tensilon ameliorează deficitul dar de scurtă durată; -EMG: cu stimularea nervului cubital și culegerea potențialului evocat din eminența hipotenară.
DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	HANDICAP UȘOR	<p>NB. La încadrarea în grad de handicap trebuie să se țină seama de intensitatea deficitului miastenic, care se poate manifesta prin :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tulburări oculare (strabism, diplopie, ptoza palpebrală și chiar imposibilitatea convergenței); 2. tulburări de fonatie (disfonie, nazonare, dizartrie), care apar sau se accentuează la efort; 3. tulburări de deglutiție, la început pentru solide, apoi lichide și în cazuri grave pentru salivă; 4. tulburări de masticatie : apar mai mult sau mai puțin precoce, pot merge până la deficit total și se pot asocia cu căderea mandibulei; 5. atingerea musculaturii faciale, deformarea mimicii (facies-ul miastenic caracteristic); 6. afectarea musculaturii cefei, trunchiului și membrilor poate să producă: <ul style="list-style-type: none"> -căderea capului – necesită menținerea bărbiei cu mâna, -trecerea din clinostatism la ortostatism, poate fi imposibilă sau se execută cu dificultate (cu efort mare), 7. interesarea membrilor inferioare se remarcă inițial la urcatul și coborâtul scărilor, iar ulterior și la mersul pe nivel plat, 8. tulburări respiratorii: exprimate prin dispnee, sunt obiectivate de reducerea capacității vitale. <p>Deficitul miastenic, indiferent de manifestare, se poate ameliora la tratamentul medicamentos corespunzător.</p> <p>Gradul de handicap se evaluează în funcție de intensitatea deficiențelor funcționale, după criteriile prezentate pentru afectarea funcțiilor respective, reversibilitatea și rezistența la tratamentul medicamentos specific.</p>
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	

* Este o boală a sinapsei neuromusculare care se caracterizează prin oboseală excesivă și defect al musculaturii striate ce apare la efort și se recuperează, parțial sau total în repaos și sub acțiunea unor substanțe anticolinesterazice.

5. Evaluare grad de handicap în afecțiunile degenerative și heredo – degenerative ale SNC

PARAMETRI FUNCȚIONALI		
		<p>a) Amiotrofia neuronală Charcot – Marie Tooth:</p> <ul style="list-style-type: none"> – atrofii musculare simetrice distale: <ul style="list-style-type: none"> – la membrul inferior aspect de picior de cocos; – la membrul superior 1/3 inferioară antebraț – aspect de atrofii în mănușă – tulburări de sensibilitate de tip polinevritic; – tulburări vegetative – hipersudorație; – tulburări endocrine (insuficiență gonadică); – examen bioptic: atrofii musculare de tip neuronal alternând cu zone hipertrofice. <p>b) Scleroză laterală amiotrofică (SLA):</p> <ul style="list-style-type: none"> – amiotrofii distale, simetrice, progresive; – semne piramidale (spasticitate osteo-tendinoasă, Babinski prezent); – fenomene bulbare (tulburări de fonație, de deglutiție, atrofii ale limbii, atrofii simetrice ale feței); – EMG: aspect = denervare; – microscopie electronică: întreruperi la nivelul miofibrilelor, stergerea arhitecturii, depozit de glicogen; – microscopia optică: depozite de lipofuscină. <p>c) Eredoataxia spinocerebeloasă Freidreich:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ataxie cerebeloasă (mers ebrios, cu bază de susținere lărgită, dizartrie, vorbire lentă, ROT abolite precoce); – amiotrofii distale (aspect picior de cocos sau picior scobit); – EMG aspect de denervare; – biopsie: aspect de degenerescență axonală <p>d) Eredoataxia cerebeloasă Pierre Marie: asemănător eredoataxiei Freidreich, cu semne piramidale mai evidente și tulburări de sensibilitate profundă mai reduse, ROT vii.</p>
DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	HANDICAP UȘOR	Scăderea ușoară a performanțelor de ortostatism și mers prelungit, în precizia și viteza mișcărilor (realizarea gestualității).
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Mobilizare cu greutate; Scăderea performanțelor de ortostatism și mers prelungit; Scade precizia și viteza mișcărilor (afectarea medie a manipulației și gestualității).
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	Persoana se deplasează cu mare dificultate prin forța proprie, neprijinit și cu sprijin; Nu poate efectua eficient gesturi profesionale, cele cotidiene sunt păstrate; Dificultăți de respirație.
DEFICIENȚĂ RAVĂ	HANDICAP GRAV	În formele cu evoluție îndelungată care duc la : deplasarea dificilă sau la imobilizare datorită atrofiilor musculare sau/și la tulburări marcate de respirație, tulburări marcate de deglutiție, tulburări marcate de alimentație, imposibilitatea realizării activităților de autoîngrijire și autogospodărire.

6. Evaluare grad de handicap în malformații musculare*

PARAMETRI FUNCȚIONALI		<p>Teste biometrice și musculare; Dinamometrie pentru aprecierea forței musculare – în funcție de localizare și tipul de sechelă.</p>	
DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	HANDICAP UȘOR	DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV
<p>Încadrarea în grad de handicap se realizează în funcție de limitarea sau pierderea capacității de realizare a staticii, mobilității sau/și gestualității. Evaluare în conformitate cu criteriile stabilite pentru persoanele cu miopatii.</p>			

* Se referă la persoane cu anomalii și malformații congenitale sau contractate precoce (copilărie - adolescență), de ex: hipertrofii, redori, retracții musculare mutilante, care împiedică statica și locomoția.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Orice activitate profesională cu evitarea celor care necesită gestualitate cu viteză și precizie și deplasări posturale prelungite.	Sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.
HANDICAP MEDIU	Orice activitate profesională cu evitarea celor care necesită mișcări cu viteză și precizie și deplasări posturale prelungite. Sunt contraindicate activitățile care impun finețe, repere mici, ritm impus.	Sprijin pentru asigurarea unui loc de muncă fără efort fizic mare, deplasări posturale prelungite sau, eventual, pentru schimbarea locului de muncă.
HANDICAP ACCENTUAT	Activități cu efort fizic neînsemnat, în postură predominant sezând, care nu necesită finețe, viteză, complexitate și alternanță gestuală. De exemplu: munci de birou pentru cei cu pregătire superioară sau medie.	Participare în cazul asigurării unui loc de muncă accesibil, fără efort fizic de intensitate mare și medie, ortostatism prelungit, deplasări posturale, care să necesite suprasolicitare gestuală. Să fie scutite de eforturi fizice mari. Pentru aceasta să se utilizeze sisteme mecanice de manipulare a greutăților, să se monteze sisteme de susținere a mâinii pentru a evita oboseala musculară.
HANDICAP GRAV	Au pierdută capacitatea de autoservire, autogospodărire și autoîngrijire.	Necesită asistent personal. Sprijin pentru asigurarea unor mijloace de deplasare (baston, cadru, fotoliu rulant, cărucior).

V. EVALUARE GRAD DE HANDICAP ÎN AFECTAREA FUNCȚIILOR DE COORDONARE*

PARAMETRI FUNCȚIONALI**		<p>Examen neurologic: tablou dominat de trei semne cardinale:</p> <ol style="list-style-type: none"> tremorul (ritm lent, apare în repaus, uneori în menținerea unei atitudini – tremur postural). Aspect caracteristic la membrele superioare – „numărarea banilor”, „răsucirea țigărilor”, iar la membrele inferioare – „pedalare”, „bătut tactul”. rigiditate – varianta particulară de hipertonie –, interesează toate grupele musculare, predominând la rădăcina membrelor – evidențiată prin fenomenul de roată dințată; bradi sau akinezie (apare imobil, cu activitate gestuală săracă). Evidențiată prin proba marionetelor, batutul tactului, pensa digitală cu fiecare deget. <p>Aspectul caracteristic: facies fijat, imobil, atitudinea caracteristică a capului și trunchiului (înclinate), mers cu pași mici, tulburări de vobire.</p> <p>Examen obiectiv: ROT vii, tulburări de motilitate oculară, tulburări vegetative (sialoree, hipercrinie), tulburări psihice.</p> <p>Examene paraclinice:</p> <p>PEG, CT = atrofie corticală cu localizare în general frontală și, uneori, hidrocefalie;</p> <p>EEG = modificări difuze exprimate prin activarea unei Theta, predominând fronto-temporal;</p> <p>EMG: decelează caracteristicile fiziologice ale tremurăturii (descărcări ritmice de 4-7 cicli/sec);</p> <p>Determinări biochimice (dozarea dopaminei în LCR și urină sau/și sanguin).</p> <p><i>** Diferențe nesemnificative în funcție de structura afectată care a determinat tulburarea de coordonare.</i></p>
DEFICIENȚĂ UȘORĂ	HANDICAP UȘOR	Semne puțin caracteristice, tulburări vegetative, forme cu tremor cu caracter localizat la membrele superioare (hemisindrom Parkinson), hipertonie discretă. Semnul Noica și tremur discret, evidențiat prin EMG.
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Simptomatologie subiectivă și modificări obiective caracteristice. Sunt de intensitate medie și tind să devină permanente, influențate parțial de tratament.
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	Formele la care predomină tremorul sau cele akineto-hipertone, la care simptomatologia este permanentă, influențată parțial de terapie, însoțite de tulburări de locomoție, statică și mers, de tulburări de manipulație, deglutiție, fonație și vorbire.
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	Formele clinice cu evoluție îndelungată care pot duce la imobilizare. Pot fi însoțite de tulburări psihice și de vorbire (afazie expresivă). Deficiențe de deglutiție și respirație permanente, rezistente la diverse variante terapeutice.

* Se referă la:

- a. **Sindroamele extrapiramidale**, de cauză diversă, postencefalitice, vasculare, medicamentoase, toxice, tumorale;
- b. **Boala Parkinson** (paralizie agitată);
- c. **Coreea cronică Huntington** (sindromul de neostriat-putamino-caudat), care produce sindromul distono-diskinetic, tulburări locomotorii și gestuale, ce împiedică activitatea normală.
Boală ereditară, cu debut de regulă la 30-35 de ani.
Tulburări funcționale asemănătoare sindromului extrapiramidal, bolii Parkinson, cu deosebirea că mișcările involuntare sunt mai ample și tulburările psihice evoluează spre demență lent progresivă;
- d. **Boala Wilson** – degenerescență hepato-lenticulară (sindromul de panstriat cu ataxie, coreeo-atetoză cu afectarea posturii și gestualității).
Afecțiune metabolică cu determinare genetică, caracterizată prin acumularea de cupru în SNC, ficat, cornee, rinichi, cu doua entități:
 - **Boala Wilson** – debut la 7-15 ani, dominată de rigiditate extrapiramidală, facies hipomimic, bradikinezie, puerilism, degradare involutivă progresivă.
 - **Boala Westphall – Strumpell** – debut la 25-40 de ani, tablou clinic dominat de tremurătură ce declanșează spasme în musculatură opozițională, de o violență mare, degradare psihică, modificări biochimice (cupremia poate fi scăzută).

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	Orice activitate profesională cu limitarea celor care impun precizie, finețe în mișcări, suprasolicitare fizică și psihică.	Participare fără restricții, cu condiția asigurării încadrării sau îndrumării profesionale spre un loc de muncă adecvat.
HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> - Activități profesionale care nu impun deplasări prelungite, ortostatism îndelungat, mișcări (gesturi) de viteză și precizie. - Sunt indicate activitățile statice, cu solicitări fizice reduse, în condiții de confort microambiental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Este necesar să li se asigure un sistem de fixare și ghidaj care să le permită executarea sarcinilor de muncă. - Evitarea activităților de finețe, cu repere mici. - Asigurarea unui climat relaxant, neconflictual, în cadrul colectivului de muncă și în familie.
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> - Sunt incapabili de prestarea oricăror activități profesionale. - Autoservirea este parțial afectată. - Se pot deplasa cu mare dificultate prin forțe proprii, nesprijinit sau cu sprijin unilateral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesită sprijin pentru obținerea de mijloace de deplasare (baston, cârje, scaun rulant); - Monitorizarea evoluției tulburărilor funcționale în condiții de tratament corect administrat și susținut.
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> - Pierderea capacității de autoservire și autoîngrijire. - Nedeplasabili prin forțe proprii – este mobilizat numai cu ajutorul altei persoane. - Tulburările de limbaj fac imposibilă stabilirea relațiilor cu mediul înconjurător. - Tulburările de deglutiție și respirație permanente, impun asistarea din partea altei persoane. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesită asistent personal.

VI. EVALUARE GRAD DE HANDICAP ÎN DISFUNCTIILE ACTIVITĂȚII CORTICALE*

PARAMETRI FUNCȚIONALI	– Anamneza; – EEG**; – CT cerebral (RMN); – Angiografie carotidiană.		Evidențiază: – Disfuncția activității corticale; – Procese expansive cerebrale; – Malformații vasculare cerebrale
	** Uneori EEG cu activare (numai în centre specializate). În 10-20% din cazuri aspect EEG normal în special în faza intercritică. NB. 1. Numai prin corelarea datelor anamnestice, clinice și paraclinice se poate confirma sau infirma diagnosticul de epilepsie. 2. Documentele medicale trebuie să obiectiveze: existența crizelor, aspectul lor, frecvența lor, confirmarea clinică sau/si EEG, evoluția bolii în sensul numărului de crize într-un interval de timp dat (sub tratament), existența tulburărilor psihice asociate.		
DEFICIENȚĂ UȘOARĂ	HANDICAP UȘOR	Persoane cu crize parțiale mai rar de una pe săptămână sau o criza generalizată mai rar de o dată pe lună.	
DEFICIENȚĂ MEDIE	HANDICAP MEDIU	Crize generalizate, convulsive sau nu, sub tratament adecvat, 1-2/lună generalizate, sau 1-2 crize parțiale/săptămână, sau/și prezența unor tulburări psihice.	
DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ	HANDICAP ACCENTUAT	Crize generalizate cel puțin 2-3/lună sau Crize parțiale 2-3/săptămână cu stare postcritică prelungită, cu tratament anticonvulsivant sau/și prezența de tulburări psihice specifice.	
DEFICIENȚĂ GRAVĂ	HANDICAP GRAV	Ține mai puțin de frecvența crizelor, aspectul lor, starea postcritică și mai mult de frecvența episoadelor subintrante, dar în special de prezența unor tulburări psihice grave: psihoza epileptică , care pune în pericol viața persoanei în cauză sau a anturajului său. Necesită asistent personal.	

* Se referă la epilepsie (malconvulsivant) cu debut precoce (copilărie-adolescență), indiferent de etiologie.

	ACTIVITĂȚI – LIMITĂRI	PARTICIPARE – NECESITĂȚI
HANDICAP UȘOR	<ul style="list-style-type: none"> - Orice activitate profesională cu limitarea celor care se execută la înălțime, lângă apă, foc, mecanisme în mișcare, curenți de înalta tensiune. - Contraindicație pentru meseriile de conducător auto sau care țin de siguranța circulației. 	<ul style="list-style-type: none"> - În cazul activităților contraindicate se recomandă schimbarea locului de muncă și reconversia profesională. - Respectarea strictă a recomandărilor medicale și tratamentului medicamentos. - Monitorizare la serviciul de specialitate care îl are în evidență.
HANDICAP MEDIU	<ul style="list-style-type: none"> - Evitarea activităților cu efort fizic mare, muncă în ture, de noapte. - Este interzis să lucreze <ul style="list-style-type: none"> - la înălțime, - conducător auto, - în siguranța circulației, - în contact cu surse de foc, - în preajma utilajelor în mișcare. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asigurarea unui loc de muncă corespunzător / schimbarea locului de muncă sau orientarea tinerilor spre profesii accesibile. - Monitorizare pentru respectarea tratamentului medicamentos, a regimului de viață, evitarea stărilor conflictuale, munca în ture, munca de noapte, consumul de cafea, alcool, alți excitanți.
HANDICAP ACCENTUAT	<ul style="list-style-type: none"> - Pot presta munci statice cu solicitare fizică și psihică limitată în condiții de confort organic. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizare medicală și socio-profesională prin grija familiei și a colectivului de muncă.
HANDICAP GRAV	<ul style="list-style-type: none"> - Limitarea majoră a capacității de autoîngrijire și autogospodărire datorită crizelor subintrante sau tulburărilor psihice grave. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesită asistent personal.

CAPITOLUL 8

FUNȚIILE PIELII

EVALUAREA GRADULUI DE HANDICAP ÎN AFECTAREA FUNCȚIILOR PIELII

Afectarea funcției de protecție și reparative a pielii* -

AFECȚIUNE	PARAMETRI FUNCȚIONALI	DEFICIENȚĂ UȘOARĂ HANDICAP USOR	DEFICIENȚĂ MEDIE HANDICAP MEDIU	DEFICIENȚĂ ACCENTUATĂ HANDICAP ACCENTUAT	DEFICIENȚĂ GRAVĂ HANDICAP GARV
Dermatoze	Se vor selecta în funcție de manifestările structurale: - Examen fizic amănunțit; - Examen dermatologic; - Examen biptic (în cazul în care sugerează malignitate); - Puncție-biopsie; - Examen microscopic asupra produselor obținute după răzuire; - Culturi-antibiogramă; - Vizualizarea pielii în camera întunecată cu lampă Wood; - Teste de imunofluorescență (îmmunoelectroforeză); - Glicemie;	Psoriazis localizat, sensibil la tratament.	Psoriazis cronic cu acutizări frecvente. În formele cronice cu evoluție prelungită.	Psoriazis generalizat sau artropatic neinfluențat de tratament. În formele cronice generalizate cu răspuns inconstant și invizibil la tratament, cu reacții adverse și complicații	Formele maligne de psoriazis pustulos cu pusee subintraante, ca și în cel artropatic, cu tulburări grave de gestualitate, locomotie.
		Ihtioza ereditară	În formele cu hiperkeratoză la plante sau/și palme care limitează ortostatismul sau/și gestualitatea.	În formele cu hiperkeratoză generalizată, epidermoliice (eritoderma ihtioziformă congenitală buloasă) cu evoluție îndelungată, care necesită tratament îndelungat \geq 1 an.	
	Epidermoliza buloasă	- În formele esofagiene cu stricturi esofagiene; - În formele retiniene cu dezlipire de retină; Evaluare grad de handicap în funcție de intensitatea tulburărilor de nutriție (deficit ponderal) și de afectarea funcțiilor acuității vizuale - vezi criteriile de evaluare grad de handicap în afectarea funcției vizuale.			
	Dermatomiozită	În formele incipiente cu alterări funcționale medii	În formele cu modificări cutanate și alterări funcționale medii	În formele cu alterări avansate ale funcției motorii cu sclerodermie sistemică	În formele cu tulburări mari de gestualitate, tulburări ventilatorii restrictive severe, tulburări digestive, de deglutiție
Neurofibromatoză Recklinghausen	Examen radiologic (în cazul complicațiilor articulare secundare).	În formele cu afectare: - de nervi periferici, - cerebrală, - viscerală;	Evaluare grad de handicap în raport de intensitatea tulburărilor funcționale neurologice, psihice, locomotorii, digestive și generate de afectarea funcției respective		
Tumori maligne ale pielii		- În formele cu metastazare directă la piele	În formele cu metastazare la organe interne, inoperabile, cu pierderea capacității de autoservire și cu necesitatea de îngrijire permanentă		

* Se referă la :

1. *Dermatoze :*

a. *În psoriazis (dermatoză cu evoluție cronică și tendință la recidive) :*

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

b. *Pemfigus – afecțiune cutanată autoimună, caracterizată prin bule intradermice și eroziuni extinse ;*

c. *Ihtioza ereditară caracterizată prin acumularea excesivă de scuame pe suprafața pielii. Poate fi asociată cu manifestări de tip polinevritic, tulburări mentale. Poate fi întâlnită și în unele boli sistemice.*

d. *Epidermoliza buloasă (simplă sau distrofică) :*

- *în formele esofagiene cu stenoze cicatriceale*
- *în formele retiniene cu dezlipire de retină*

2. *Dermatomiozite:*

- *în formele cu scleroză musculară cronică și difuză,*
- *în formele care determină deformații ireductibile ale membrilor.*

3. *Neurofibromatoza Recklinghausen :*

- *Afecțiune congenitală caracterizată prin tumorete cutanate și noduli subcutanați localizați pe traiecul nervilor periferici ;*
- *Se pot asocia cu afectări cerebrale și viscerale.*

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

		DERMATOZE		DERMATOMIOZITĂ		NEUROFIBROMATOZĂ RECKLINGHAUSEN	TUMORI MALIGNALE ALE PIELII
		Activități – limitări	Participare – necesități	Activități – limitări	Participare – necesități	Activități – limitări/ Participare – necesități	Activități – limitări/ Participare – necesități
UȘOR	Orice activitate fără limitări.	Participare fără restricții.	Orice activitate fără limitări.	Participare fără restricții.	Prezentate la persoanele cu afectări ale unor funcții neurologice, psihice, locomotorii și de Nutriție.		În raport de structură, funcțiile afectate și intensitatea deficienței sau deficiențelor pe care le generează, pierderea capacității de autoservire și de autoîngrijire.
MEDIU	Orice activitate cu evitarea expunerii la soare, variații termice.	Fără restricții cu condiția de a se asigura o îmbrăcăminte adecvată. Preocupare pentru autoîngrijire și igienă personală.	Orice activitate în condiții de confort organic.	Fără restricții cu asigurarea igienei personale.			
ACCENTUAT	- Activități în condiții de confort organic, evitarea mediului prea cald, umed, uscat, cu substanțe iritante pentru piele. - Activități fără suprasolicitare fizică sau psihică.	Asigurarea unui mediu socio-familial și de igienă personală care să nu agraveze afectarea funcțiilor de protecție și reparative ale pielii.	Activități fără suprasolicitare fizică, gestuală +/- posturală în condiții ambientale adecvate.	Măsuri compensatorii sau adaptări ale locului de muncă pentru reducerea efortului fizic, gestual, +/- postural.			
GRAV	-Limitarea majoră a gestualității sau/și autonomiei - Limitarea capacității de autoîngrijire pentru majoritatea activităților curente în funcție de forma clinică, tulburări funcționale predominante.	-Sprijin pentru suplinirea capacității de autoîngrijire pentru activitățile vieții cotidiene. - Sprijin pentru limitarea autonomiei locomotorii prin dispozitive de mers, cadru, cârje	Dependent total sau aproape total pentru activitățile de bază ale vieții.	Asistentă din partea altei persoane pentru îngrijire și suplinirea pierderii capacității de autoservire.			

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 318.51.29/150, fax 318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, internet: www.monitoruloficial.ro
Adresa pentru publicitate: Centrul pentru vânzări și relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 411.58.33 și 410.47.30, fax 410.77.36 și 410.47.23
Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.

