

la Regulamentul privind organizarea și efectuarea expertizei medicale a funcționarilor publici cu statut special din cadrul Ministerului Afacerilor Interne și Centrului Național Anticorupție, a candidaților pentru angajare în funcții publice cu statut special din aceste instituții și a candidaților pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale Ministerului Afacerilor Interne

## BAREMUL MEDICAL

### I. BOLILE SISTEMULUI RESPIRATOR

Paragraful baremului medical		<p align="center"><u>COLOANA 1</u></p> <p>Candidați la angajare în subdiviziunile MAI/CNA (fpss) și candidați pentru studii în instituțiile de învățământ ale MAI</p>	<p align="center"><u>COLOANA 2</u></p> <p>Angajați (fpss) din cadrul subdiviziunilor MAI/CNA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cu destinație specială;</li> <li>- misiuni internaționale;</li> <li>- pompieri;</li> <li>- scafandrieri;</li> <li>- salvatori;</li> <li>- servicii: căutare-salvare, lucrări la înălțime, descarcerare grea;</li> <li>- conducători autospeciale de intervenție;</li> <li>- candidați la reangajare sau transfer din alte autorități publice cu statut special/militar care au o vechime în muncă (calendaristică) mai mare de 3 ani, pentru funcțiile din domeniile descrise în coloana respectivă.</li> </ul>	<p align="center"><u>COLOANA 3</u></p> <p>Angajați MAI/CNA (fpss) din domeniile:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- patrulare și reacționare operativă;</li> <li>- constatare și investigare infracțiuni;</li> <li>- asigurarea operativă a activității speciale de investigații;</li> <li>- evidențe speciale și căutarea persoanelor;</li> <li>- securitate internă;</li> <li>- investigații speciale și financiare;</li> <li>- urmărire penală;</li> <li>- poliție de sector;</li> <li>- protecția martorilor;</li> <li>- supraveghere tehnică;</li> <li>- accidente rutiere;</li> <li>- interacțiune justiție;</li> <li>- pază, gardă, detenție și escortă;</li> <li>- interacțiune comunitară și siguranță copii;</li> <li>- siguranță trafic rutier;</li> <li>- supraveghere armament și activități licențiate;</li> <li>- protecție internă și anticorupție;</li> <li>- management operațional, planificare, monitorizare și control;</li> <li>- protecție civilă și managementul dezastrelor;</li> <li>- protecție inginerescă/chimică și radioactivă/medico-biologică;</li> <li>- apărare împotriva incendiilor (prevenție);</li> <li>- gestionare deșeuri radioactive;</li> <li>- control stații de salvare;</li> <li>- SMURD;</li> <li>- Supravegherea și controlul trecerii frontierei de stat;</li> <li>- combaterea migrației ilegale și criminalității transfrontaliere;</li> <li>- formare profesională;</li> <li>- cooperare polițienească internațională;</li> <li>- chinologi;</li> <li>- curieri speciali;</li> <li>- conducători auto;</li> <li>- candidați la reangajare sau transfer din alte autorități publice cu statut special/militar care au o vechime în muncă (calendaristică) mai mare de 3 ani, pentru funcțiile din domeniile descrise în coloana respectivă.</li> </ul>	<p align="center"><u>COLOANA 4</u></p> <p>Angajați (fpss) din cadrul Aparatului central al MAI/CNA/, autorităților administrative/subdiviziunilor din subordinea MAI/CNA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- management resurse umane (excepție: formare profesională);</li> <li>- management operațional (CNA);</li> <li>- activitate juridică;</li> <li>- expertiză, educație și politici anticorupție (CNA);</li> <li>- analiza strategică, operațională, tactică, etc a corupției (CNA);</li> <li>- evaluare a integrității instituționale (CNA);</li> <li>- evaluare, administrare și valorificare a bunurilor indisponibilizate (CNA);</li> <li>- activitate de psihologie;</li> <li>- economie, finanțe și audit intern;</li> <li>- evidență contabilă și retribuire a muncii;</li> <li>- protecția datelor cu caracter personal;</li> <li>- protecția secretului de stat;</li> <li>- statistică și evidențe;</li> <li>- sisteme informaționale și analitică (CNA);</li> <li>- cooperare internațională;</li> <li>- relații publice;</li> <li>- secretariat, cancelarii și arhivă;</li> <li>- logistică, achiziții și administrarea patrimoniului;</li> <li>- criminalistică și expertize judiciare;</li> <li>- analiză și protecție informații;</li> <li>- management proiecte;</li> <li>- management strategic și evaluare politici;</li> <li>- dispecerate;</li> <li>- tehnologii informaționale și radiocomunicații;</li> <li>- asistență și expertiză medicală;</li> <li>- artistice;</li> <li>- sănătate;</li> <li>- învățământ și cercetare;</li> <li>- candidați la reangajare sau transfer din alte autorități publice cu statut special/militar care au o vechime în muncă (calendaristică) mai mare de 3 ani, pentru funcțiile din domeniile descrise în coloana respectivă.</li> </ul>
1	2	3	4	5	6
<b>1. Bolile infecțioase și parazitare ale aparatului respirator</b>					

	<i>Tuberculoza aparatului respirator</i> (tuberculoza pulmonară, a bronșiilor, ganglionilor limfatici intratoracici, pleurei):				
<b>1.1</b>	a) activă cu eliminarea de microbacterii și/sau cu destrucție;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) activă fără destrucție și/sau eliminare de microbacterii;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) activă involutivă;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	d) inactivă în absența semnelor de activitate în decursul a 3 ani.	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	<i>Tuberculoza extratoracice</i> (ganglionilor limfatici periferici și mezenteriali, pericardului, peritoneului, intestinului, oaselor și articulațiilor, organelor urogenitale, ochilor, pielii, altor organe):				
<b>1.2</b>	a) activă progresivă;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) activă involutivă în perioada tratamentului de bază;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) activă involutivă după încheierea tratamentului de bază;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	d) inactivă în absența semnelor de activitate în decurs de 3 ani.	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	<i>Tuberculoza pulmonară operată:</i>				
<b>1.3</b>	a) exereza pulmonară la mai puțin de un lob pulmonar, fără tulburări funcționale ventilatorii	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) exereza pulmonară lobară cu tulburări funcționale	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) alte operații (toracoplastie, decorticare)	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<b>1.4</b>	<i>Sindroame post-tuberculoase</i> cu tulburări funcționale ușoare, medii sau severe	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<b>2. Bolile nespecifice ale aparatului respirator</b>					
<b>2.1</b>	<i>Pleurezia netuberculoasă acută</i>	Inapt	Inapt	Tratament	Tratament
	Afecțiuni pleurale cronice nespecifice - sechele pleurale după afecțiuni acute, pahipleurite, sechele postoperatorii etc.:				
<b>2.2</b>	a) cu tulburări funcționale reduse;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) cu tulburări funcționale medii sau severe	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	<i>Pneumotoraxul:</i>				
<b>2.3</b>	a) spontan-idiopatic	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) secundar	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual

2.4	<i>Supurațiile pulmonare</i> (cronice, rebele la tratament: abcesul și gangrena pulmonară)	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
2.5	<i>Sarcoidoză pulmonară</i>				
	a) st.I-II fără tulburări sau tulburări ușoare ale funcției;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) st. III-IV, cu tulburări moderate sau severe ale funcției;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) asociată cu sarcoidoza altor organe.	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
2.6	Astmul bronșic:				
	a) ușor intermitent sau persistent;	Inapt	Inapt	Apt	Apt
	b) forma moderată;	Inapt	Inapt	Apt	Apt
	c) forma severă.	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
2.7	<i>Bronhopneumopatie obstructivă cronică:</i>				
	a) cu tulburări funcționale ușoare VEMS > 80% din valoarea prezisă	Inapt	Inapt	Apt	Apt
	b) moderată VEMS 50-80% din valoarea prezisă;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) sever cu VEMS 30-50% din valoarea prezisă;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	d) foarte sever cu VEMS sub 30% din valoarea prezisă.	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
2.8	<i>Bronșiectazii</i> confirmate prin computer tomografie:				
	a) fără tulburări funcționale sau cu tulburări funcționale ușoare;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) cu tulburări funcționale moderate;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) cu tulburări funcționale severe;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
2.9	<i>Pneumopatie interstițială difuză:</i>				
	a) fibroză pulmonară idiopatică;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) alte variante clinice.	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
2.10	<i>Insuficiență respiratorie cronică manifestă</i> (necesitate de oxigenoterapie de lungă durată) - indiferent de afecțiunea care a condus la această complicație.	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
2.11	<i>Cord pulmonar cronic decompensat</i> - indiferent de afecțiunea care a condus la această complicație.	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
2.12	<i>Transplant pulmonar</i>	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
2.13	<i>Alte bolile cronice nespecifice ale plămânilor și pleurei:</i>				

a) cu tulburări ușoare și/sau moderate ale funcției;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
b) cu tulburări semnificative ale funcției.	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt

**EXPLICAȚIE**  
**PRIVIND APLICAREA PARAGRAFELOR BAREMULUI MEDICAL**  
**PRIVIND BOLILE SISTEMULUI RESPIRATOR**

**Paragraful nr.1** prevede tuberculoza, atât a aparatului respirator, cât și extrarrespiratorie.

În cazul tuberculozei respiratorii (TBR) și extrarrespiratorii (TBER) active, cu sau fără eliminarea de microbacterii și/sau cu destrucție, în faza activă a bolii persoanele preconizate pentru expertiza medicală vor fi considerate inapte, conform recomandărilor de la acest paragraf. Pentru tuberculoza inactivă și în absența semnelor de activitate în decursul a ultimilor 3 (sau 3-5 ani în TBER) angajații își pot exercita funcția în conformitate cu recomandările comisiei de experți, luând în considerație prezența sau lipsa tulburărilor funcționale ventilatorii. Acest lucru este valabil și pentru persoanele operate pentru tuberculoză pulmonară sau cele cu sindroame post-tuberculoase.

**Paragraful nr.2** prevede bolile cronice nespecifice ale plămânilor și pleurei, bolile pulmonare diseminate de etiologie netuberculoasă.

**Pct. 2.1** prevede pleurezia netuberculoasă, o patologie acută, pentru care se recomandă tratament pentru persoanele angajate. În unele cazuri boala se poate solda cu sechele, astfel expertiza medicală se va realiza conform recomandărilor din punctul 2.2.

**Pct. 2.2** prevede afecțiunile pleurale cronice nespecifice.

**Pct. 2.3** prevede pneumotoraxul. Acești pacienți necesită evaluarea funcției ventilatorii și a riscului de recurență a pneumotoracelui, excluderea deficitului de alfa1-antitripsină și a altor boli pulmonare asociate cu modificări chistice, emfizem pulmonar (evaluare paraclinică prin bodypletismografie și DLCO, HRCT torace). Expertiza medicală va include și evaluarea riscurilor legate de recurență a bolii determinate de activitatea profesională.

**Pct. 2.4** se referă la bolile cronice supurative ale plămânilor - cazurile nerezolvate în 3 luni, abcesul cronic, gangrena pulmonară complicate cu fistule bronhiale, modificări fibrotice cu bronșiectazii de tracțiune și/sau carnificare de segment/lob, cu acutizări frecvente (mai mult de 2 ori pe an), asociate cu scăderea considerabilă a capacității de muncă.

**Pct. 2.5** prevede sacoidoza (endotoracică și extrarrespiratorie). Persoanele evaluate cu sarcoidoză se clasează în dependență de stadiul bolii, gradul dereglărilor ventilației pulmonare. Diagnosticul maladiei trebuie confirmat prin rezultatele investigațiilor histologice. În caz de refuz de la puncția sau biopsia diagnostică, diagnosticul se stabilește prin datele clinice și de laborator (inclusiv calciuria și calciemia, nivelul ACE serice).

**Pct. 2.6** prevede astmul bronșic. Persoanele evaluate cu astm se clasează în dependență de severitatea bolii.

Astmul bronșic trebuie să fie stabilit după examenul medical în staționar sau în consiliu medical de experți pneumologi-alergologi. Pentru diagnosticul de astm bronșic este necesar de efectuat spirometria, (până și după proba farmacologică și/sau cu efort fizic) și PEF-metria (diurnă și vespérală, până și după proba farmacologică și/sau cu efort fizic). La acești pacienți astmul se diferențiază cu sindromul obstructiv din bolile infecțioase a căilor respiratorii superioare, bronșitele cu tuse paroxismală, tusea atopică la persoanele cu reacții alergice la alergeni habituali, alimentari, medicamentoși, polinoze, rinite vazomotorii.

Astmul bronșic ușor (intermitent sau persistent) cu crize de scurtă durată nu mai frecvent de 2 – 3 ori pe săptămână, accese nocturne foarte rare, nu mai frecvent de 1 dată în 2 luni, care ușor se jugulează prin administrarea preparatelor bronhodilatatoare sau de la sine, iar perioada dintre accese nu e însoțită de insuficiența respiratorie, VEMS > 80% și PEF > 80%, variabilitatea PEF < 20%.

Astmul bronșic moderat este cu accese de dispnee nu mai frecvent de 2 – 4 ori pe săptămână, accese nocturne cu frecvența nu mai frecvent de 1 dată pe săptămână, dispnee clasa funcțională gradul II-III, VEMS 60-80% și PEF 60-80%, variabilitatea PEF 20-30%, iar în perioada dintre accese fără semne de insuficiența respiratorie.

Astmul bronșic sever este cu crize zilnice, accese nocturne frecvente poate fi complicat cu insuficiența respiratorie și cord pulmonar, VEMS < 60% și PEF < 60% din valoarea estimată, variabilitatea PEF > 30%; cu tratament repetate în staționar (uneori stare de „mal” astmatic); astmul bronșic hormonal dependent sau dificil.

**Pct. 2.7** prevede BPOC. Pentru confirmarea diagnosticului este obligatoriu de efectuat spirometria cu proba farmacologică, care să demonstreze ireversibilitatea obstrucției bronșice, cu un raport CVF/VEMS1 ≤70%. Este recomandată evaluarea pacientului de experți pneumologi, pentru evaluarea riscului de exacerbări și deciderea tratamentului de durată cu bronhodilatatoare. Expertiza va evalua și complicațiile bolii și comorbiditățile (inclusiv insuficiența respiratorie, cordul pulmonar, sindromul de apnee obstructivă în somn, etc)

**Pct. 2.8** prevede bronșiectaziile. Este recomandată evaluarea pacientului de experți pneumologi, pentru evaluarea riscului de exacerbări, colonizarea cu germeni multirezistenți.

**Pct. 2.9** prevede pneumopatiile interstițiale difuze. Stabilirea diagnosticului se va face în staționar, prin implicarea consiliilor multidisciplinare. Varianta clinică se va stabili în baza criteriilor histologice, imagistice (HRCT toracic), particularităților istoricului medical. Expertiza medicală va coopta experți-pneumologi pentru evaluarea riscurilor evolutive influențate de factorii profesionali, monitorizarea dereglărilor funcției ventilației pulmonare și selectarea tratamentului de durată.

**Pct. 2.10** prevede insuficiență respiratorie cronică manifestă (cu necesitate de oxigenoterapie de lungă durată și/sau ventilație non/invazivă). Stabilirea diagnosticului impune gazometria sângelui arterial, testul de mers de 6 min, eventual testarea cardiopulmonară (veloergometrie+spirometrie de efort).

**Pct. 2.11** se referă la cordul pulmonar cronic decompensat. Necesare evaluare EcoCG, screening-ul pentru tromboembolism pulmonar.

**Pct. 2.12** prevede pacenții cu transplant pulmonar care sunt inapți pentru serviciu.

**Pct. 2.13** se referă pacenții cu alte patologii, inclusiv pacenții cu consecințele intervențiilor chirurgicale (segmentectomie, pneumonectomia sau lobectomia, toracoplastie), cu rezecțiile pulmonare atipice (înlăturarea unei părți a segmentului, rezecție marginală) cu pneumofibroze extinse sau pneumofibroza locală de etiologie diversă, cu sau fără dereglări a funcției ventilației pulmonare. Expertiza va lua în considerație gradul disfuncției respiratorii, precum și prezența insuficienței respiratorii și cardiace.

## II. BOLILE SISTEMULUI CARDIOVASCULAR

Paragraful baremului medical	Nozologie	<u>COLOANA 1</u>	<u>COLOANA 2</u>	<u>COLOANA 3</u>	<u>COLOANA 4</u>
1	2	3	4	5	6
<b>1.1</b>	<i>Boli cardiace congenitale*:</i>				
	a) Malformații congenitale de cord necorectate chirurgical fără legătură între sistemul arterial și venos: -coarctația de aortă -stenoza aortică -stenoza pulmonară -boala Ebstein -atrezia de tricuspudă -alte anomalii congenitale	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) Malformații congenitale de cord cu șunt stânga-dreapta necorectate chirurgical: - defect septal interventricular - defect septal interatrial - persistența de canal arterial - drenaj venos pulmonar aberant	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) Malformații congenitale de cord cu șunt dreapta-stânga necorectate chirurgical - Tetralogia Fallot; - Sindromul Eisenmenger	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	d) Anomalii de poziție a cordului - Tip 1: dextrocardia cu situs solitus - Tip 2: dextrocardia cu situs inversus - Tip 3: dextrocardia cu Situs ambiguus	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	<i>Boli cardiace congenitale corectate chirurgical*:</i>				
<b>1.2</b>	a) cu restabilirea completă a hemodinamicii	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	b) cu restabilirea parțială a hemodinamicii	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt

## 2. Bolile pericardului, miocardului și endocardului

<b>2.1</b>	<b>Bolile pericardului *</b>				
	a) Pericardita acută	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) Pericardita cronică lichidiană	Inapt	Inapt	Inapt	
<b>2.2</b>	Miocardita*	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<i>Valvulopatii cardiace*:</i>					
<b>2.3</b>	a) Leziuni valvulare asimptomatice necorectate chirurgical	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) Leziuni valvulare simptomatice necorectate chirurgical	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) Leziuni valvulare cardiace corectate chirurgical	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<i>Reumatismul articular acut*:</i>					
<b>2.4</b>	a) fără sechele cardiace	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) cu sechele cardiace (miocardită, regurgitări valvulare gr. II-IV, insuficiență cardiacă)*	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>2.5</b>	<b>Prolapsul de valvă mitrală*</b>				
	a) fără semne clinice, evidențiat ecografic ( $\leq 5$ mm)	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) cu semne clinice, ecografice, fără tulburări de ritm	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) cu semne clinice, ecografice și tulburări de ritm - aritmie extrasistolică, tulburări paroxistice de ritm, documentate electrocardiografic	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>2.6</b>	Cardiomiopatiile primitive și secundare*	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>2.7</b>	Endocardita infecțioasă	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
<b>3. Hipertensiunea arterială</b>					
<i>Hipertensiunea arterială esențială:</i>					
<b>3.</b>	a) gradul I cu cifre max TA 140-159/90-99 mmHg	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
	b) gradul II cu cifre max TA 160 - 179/100 - 109 mmHg	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) gradul III cu cifre max TA $\geq 180$ /110 mmHg	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>3.1</b>	Hipertensiunea arterială secundară*	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește	Aptitudinea se stabilește

				individual	individual
<b>4.</b>	<i>Cardiopatia ischemică*:</i>				
	a) Sindroame coronariene cronice -angina pectorală de efort -angina microvasculară - angina vasospastică	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	b) Sindroame coronariene acute fără tratament chirurgical sau interventional - angina pectorală instabilă -infarct miocardic acut	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) Infarct miocardic vechi	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	d) corecția intervențională a ischemiei coronariene prin angioplastie percutană (PCI)	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	e) corecția chirurgicală a ischemiei coronariene prin by-pass aorto-coronarian - CABG	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>4.1</b>	<b>Asocieri de doi sau mai mulți factori de risc CV:</b> - obezitate - dislipidemie (cholesterol total $\geq 5,0$ , LDL $\geq 3,0$ , trigliceride $\geq 1.7$ mmol/l - TA la limită (TAs 130-140 mmHg)	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Apt
<b>5. Tahiaritmiile cardiace*</b>					
<b>5.1</b>	<i>Tahiaritmiile supraventriculare:</i>				
	a) - Tahicardia sinusală; - Tahicardia atrială	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	b) - Tahicardia prin reintrare nodală; - Tahicardia prin reintrare atriventriculară; - Fibrilație/flutter atrial	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>5.2</b>	<i>Tahiaritmiile ventriculare:</i>				
	a) Extrasistolia ventriculară	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) -Tahicardia ventriculară - Forme particulare de tahicardii ventriculare (torsade vârfurilor, flutterul ventricular, fibrilația ventriculară)	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>5.3</b>	Sindroamele de preexcitație intermitente	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt



	sau permanente				
<b>5.4</b>	Tulburări de ritm corectate prin proceduri intervenționale, electrofiziologice sau chirurgicale	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Apt
<i>Bradiaritmii și tulburări cardiace de conducere*:</i>					
	a) Disfuncția nodului sinusal: -aritmia sinusală respiratorie -bradicardia sinusală (40-60 b/min) pe cord intact	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) Disfuncția nodului sinusal: - Bloc sino-atrial de gradul I, II și III - Sindromul taqi-bradiaritmie	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) Blocuri atrioventriculare (AV) - bloc AV gr.I	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	d) Blocuri atrioventriculare (AV) - bloc AV gr.II și III	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>6.</b>	<b>e) Tulburări de conducere intraventriculare</b> - bloc de ramură dreaptă - bloc de ramură stângă - bloc bifascicular - bloc trifascicular	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	<b>f) Tulburări de conducere intraventriculare</b> - hemiblock fascicular anterior stâng - hemiblock fascicular posterior stâng	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
	g) corectarea tulburărilor de ritm și de conducere prin implantarea de dispozitive electronice (cardiostimulatoare permanente, defibrilatoare interne)	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>7.</b>	<b>Bolile aortei*:</b> a) Disecție de aorta b) Aneurism de aorta c) Alte boli (Sindromul Marfan, aortite, boala aortică aterosclerotică)	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<i>Bolile arteriale periferice*:</i>					
<b>7.1</b>	a) Arteriopatia periferică cronică a membrilor inferioare	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	b) Sindromul de ischemie acută periferică	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) Bolile arterelor membrilor superioare	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	d) Trombangita obliterantă	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	e) Tulburări vasculare funcționale	Inapt	Aptitudinea se stabilește	Aptitudinea se stabilește	Aptitudinea se stabilește

	- Boala/Fenomenul Raynaud - Livedo reticularis		individual	individual	individual
7.2	<i>Bolile arterelor carotide*</i> :				
	a) Netratate interventional/chirurgical	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	b) tratate prin angioplastie cu implantare de stent	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	c) tratate prin endarteriectomie carotidiană	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
7.3	<i>Bolile venelor*</i> :				
	a) Tromboflebita superficială	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) Tromboza venoasă profundă	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
7.4	Boala varicoasă și posttrombotică, limfedemul, varicocele:				
	a) cu tulburări circulatorii și funcționale accentuate	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări circulatorii și funcționale moderate	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	c) cu tulburări circulatorii și funcționale neînsemnate	Apt	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
	d) cu semne obiective, fără tulburări circulatorii și funcționale	Apt	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
7.5	Hemoroizi:				
	a) cu acutizări frecvente și anemie secundară	Inapt	Inapt	Inapt	Apt
	b) cu acutizări rare și tratament reușit	Apt	Apt. Aptitudinea în unitățile cu destinație specială se stabilește individual	Apt	Apt
8.	Trombembolismul pulmonar*:	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
9.	Alte boli ale aparatului cardiovascular*	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual

\* Diagnosticul va fi precizat într-o clinică/secție specializată sau va fi dovedit prin documentație medicală de specialitate.

**EXPLICAȚIE**  
**PRIVIND APLICAREA PARAGRAFELOR BAREMULUI MEDICAL**  
**PRIVIND BOLILE SISTEMULUI CARDIOVASCULATOR**

**Paragraful nr.1** prevede bolile cardiace congenitale.

**Pct.1.1** include boli cardiace congenitale necorectate chirurgical:

*Lit.(a)* prevede malformații congenitale de cord necorectate chirurgical fără legătură între sistemul arterial și venos:

- coarctarea de aortă
- stenoza aortică
- stenoza pulmonară
- boala Ebstein
- atrezia de tricuspudă
- alte anomalii congenitale

*Lit.(b)* prevede malformații congenitale de cord cu șunt stânga-dreapta necorectate chirurgical:

- defect septal interventricular
- defect septal interatrial
- persistența de canal arterial
- drenaj venos pulmonar aberant

*Lit. (c)* prevede malformații congenitale de cord cu șunt dreapta-stânga necorectate chirurgical

- Tetralogia Fallot;
- sindromul Eisenmenger

*Lit.(d)* prevede anomalii de poziție a cordului :

- Tip 1: dextrocardia cu situs solitus
- Tip 2: dextrocardia cu situs inversus
- Tip 3: dextrocardia cu Situs ambiguus

Referitor la *lit. (d)* este recomandat RMN a cordului pentru a stabili tipul anomaliei, în caz de Tip 1 și Tip 3 va fi considerat „**Inapt**” pentru coloana I-III, iar pentru tipul 2, coloana IV se va recomanda Holter - ECG, ECoCG, NP – proBNP, evaluarea clasei NYHA a insuficienței cardiace și aptitudinea se va stabili individual.

**Pct. 1.2** include boli cardiace congenitale corectate chirurgical:

*Lit. (a)* cu restabilirea completă a hemodinamicii

*Lit (b)* cu restabilirea parțială a hemodinamicii

*La lit. (a)* se referă bolile cardiace congenitale simple: defectul septal interatrial, defectul septal interventricular, persistența de canal arterial, stenoză aortică, stenoză pulmonară.

*La lit. (a)*, coloana IV se va recomanda ECG în repaus, Holter ECG, ECoCG, NP– proBNP, evaluarea clasei NYHA a insuficienței cardiace și aptitudinea se va stabili individual.

**Paragraful nr. 2** include bolile pericardului, miocardului și endocardului

**Pct. 2.1** se referă la bolile pericardului:

**a)** Pericardita acută

**b)** Pericardita cronică lichidiană

Pentru *lit. (a)*, coloana III-IV aptitudinea se va stabili individual, în baza rezultatelor ECG de repaus, ECoCG, proBNP și în caz de dovadă a unei efuziuni pericardice mari (>2,0 cm) la debut, lipsa răspunsului după 7 zile de la inițierea terapiei cu un antiinflamator nesteroidian, miopericardită, imunosupresie, NYHA III-IV a fi considerat „**Inapt**”.

**Pct. 2.2** include miocardita de etiologie infecțioasă ( virală, bacteriană, rikeții, fungi, paraziți, spirochete) și neinfecțioasă ( reacții de hipersensibilitate, toxice, leziuni fizice, boli autoimune). Aptitudinea se va stabili individual după examinare specializată în condiții de staționar, cu evaluarea obligatorie ECG de repaos, ECoCG, NP – proBNP, test ” mers 6 min”(valoarea de referință  $\geq 400$ m), se va evalua clasa NYHA.

**Pct. 2.3** se referă la valvulopatii cardiace dobândite.

- a) Leziuni valvulare asimptomatice necorectate chirurgical
- b) Leziuni valvulare cardiace simptomatice necorectate chirurgical
- c) Leziuni valvulare cardiace corectate chirurgical\*

*Lit. (a) și (c)*, coloana III-IV vor fi indicate ECG de repaos, ECoCG, NP – proBNP, test ” mers 6 min”(valoarea de referință  $\geq 400$ m), se va evalua clasa NYHA și aptitudinea se va stabili individual.

*Lit. (b)* include cazurile în absența indicațiilor pentru tratament chirurgical

**Pct. 2.4** prevede reumatismul articular acut:

- a) fără sechele cardiace
- b) cu sechele cardiace (miocardită/ regurgități valvulare gr. II-IV/ insuficiență cardiacă)

*Lit. (a), coloana III-IV* prevede evaluarea frotiului istmo-fariangian, ECG, ECoCG și aptitudinea va fi stabilită în comun cu experți din reumatologie.

**Pct. 2.5** se referă la prolapsul de valvă mitrală:

- a) fără semne clinice, evidențiat ecografic ( $\leq 5$  mm );
- b) cu semne clinice, ecografice, fără tulburări de ritm;
- c) cu semne clinice, ecografice și tulburări de ritm - aritmie extrasistolică , tulburări paroxistice de ritm, documentate electrocardiografic

*Lit. (a)* se vor indica ECoCG Doppler color, în caz de regurgitare mitrală  $\geq$  gr. II, a fi considerat „**Inapt**”

**Pct. 2.6** prevede cardiomiopatiile primare și secundare, care se clasifică în:

- Cardiomiopatii primare (dilatativă idiopatică, hipertrofică, restrictivă, aritmogenă a ventricolului drept)
- Cardiomiopatia peripartum
- Cardiomiopatii secundare unor afecțiuni metabolice, endocrine, nutriționale, sistemice, hematologice, etc

**Pct. 2.7** Endocardita infecțioasă presupune forma activă și vindecată:

În Endocardita infecțioasă activă se va recomanda tratamentul (circa 4-6 săptămâni). Din momentul când pacientul corespunde criteriilor de endocardită infecțioasă vindecată (clinic, hemocultură) aptitudinea se stabilește individual conform punctului 3.3.

**Paragraful nr. 3** prevede hipertensiunea arterială esențială:

- a) gradul I cu cifre TA max înregistrate din anamnezic (140-159/90-99 mmHg)
- b) gradul II cu cifre TA max înregistrate din anamnezic (160-179/100-109 mmHg)
- c) gradul III cifre TA max înregistrate din anamnezic ( $\geq 180 / 110$  mmHg )

*Lit. (a)* la coloana I-II, *(b)* la coloana III-IV se va efectua stratificarea riscului adițional cardiovascular în funcție de TAS, TAD, factorii de risc, afectarea asimptomatică de organ țintă, DZ, BCR și boli CV simptomatice. În caz de *risc moderat spre înalt, înalt, înalt spre foarte înalt, foarte înalt* a fi considerat „**Inapt**”.

**Pct. 3.1** prevede hipertensiunea arterială secundară. Aptitudinea se va stabili individual după maladia de bază și gradul tensiunii arteriale.

**Paragraful nr. 4** include cardiopatie ischemică:

- a) Sindroame coronariene cronice manifestate prin angina pectorală de efort, angina pectorala microvasculara, angina vasospastică, angina pectorala silențioasă;
- b) Sindroame coronariene acute fără tratament chirurgical sau intervențional (angina pectorală instabilă, infarct miocardic acut);
- c) Infarct miocardic vechi;
- d) Corecția chirurgicală sau intervențională a ischemiei coronariene - PCI, CABG;
- e) Corecția chirurgicală a ischemiei coronariene prin bypass aorto-coronarian – CABG.

*Lit. 4 (a), (c), (d), coloana IV* se va efectua ECoCG, test de efort/farmacologic pe fondal de tratament medicamentos continuu, NP-pro BNP, coronarografie (după indicații). În caz de test de efort/farmacologic "pozitiv" pe fondal de tratament medicamentos continuu/FE<40%/varori crescute NP-proBNP/afectare multicoronariană la coronarografie/ NYHA III-IV a fi considerat „**Inapt**”. La reangajare considerat – „**Inapt**”.

**Pct. 4.1** se refera la asocierea de doi sau mai mulți factori de risc CV din cei enumerați:

- obezitate ( IMC  $\geq 30,0$  kg/m<sup>2</sup>)
- dislipidemie (cholesterol total  $\geq 5$  mmol/l, LDL  $\geq 3,0$  mmol/l, trigliceride  $\geq 1.7$ mmol/l)
- TA  $\geq 140/90$  mmHg

Punctul 4.1, coloana I-II-III se va aprecierea riscul pentru boli CV fatale după diagrama SCORE 2, în caz de rezultat  $\geq 5\%$ , a fi considerat “**Inapt**”.

**Paragraful nr.5** prevede tahiaritmiile cardiace:

**Pct.5.1** Tahiaritmiile supraventriculare:

- a)
  - Tahicardia sinusală
  - Tahicardia atrială
- b)
  - Tahicardia prin reintrare nodală
  - Tahicardia prin reintrare atrio-ventriculară
  - Fibrilație/flutter atrial

**Pct.5.2 Tahiaritmii ventriculare:**

- a) Extrasistolia ventriculară
- b)
  - Tahicardia ventriculară
  - Forme particulare de tahicardii ventriculare (torsade vârfurilor, flutterul ventricular, fibrilația ventriculară)

**Pct. 5.3** Sindroamele de preexcitație intermitente sau permanente.

**Pct.5.4** Tulburări de ritm corectate prin proceduri intervenționale, electrofiziologice transcateter.

*Pct. 5.1 (a), coloana IV, Pct. 5.2 (a), coloana III, IV, și pct. 5.4 coloana III*, în cazul aptitudinii individuale se va efectua EcoCG, Holter ECG, la prezența aritmiei extrasistolice >60/oră/alte tahiaritmii/ modificări structurale ECoCG a fi considerat „**Inapt**”

**Paragraful nr. 6** include bradiaritmii și tulburări cardiace de conducere:

- a) Disfuncția nodului sinusal manifestat prin:
  - aritmia sinusală respiratorie

- bradicardia sinusală (40-60 b/min) pe cord intact
- b) Disfuncția nodului sinusal manifestat prin
  - Bloc sino-atrial de gradul I, II și III
  - Sindromul tahi-bradiaritm
- c) Blocurile atrioventriculare
  - bloc atrioventricular gr.I
- d) Blocurile atrioventriculare
  - bloc atrioventricular gr.II și III
- e) Tulburări de conducere intraventriculare
  - bloc de ramură dreaptă
  - bloc de ramură stângă
  - bloc bifascicular
  - bloc trifascicular
- f) Tulburări de conducere intraventriculare
  - hemiblock fascicular anterior stâng
  - hemiblock fascicular posterior stâng
- g) Corectarea tulburărilor de ritm și de conducere prin implantarea de dispozitive electronice (cardiostimulatoare permanente, defibrilatoare interne)

*Lit. (c), coloana I, II, III, IV, (e) coloana III, IV și (f) coloana I, II se va efectua ECG de repaus, Holter ECG, ECoCG, în caz de PR>300ms pe ECG de repaus/ modificări structurale cardiace ECoCG/pauze > 2 secunde la Holter ECG a fi considerat „Inapt”. Pentru hemiblocul stâng este necesar și – CEM.*

**Paragraful nr. 7** prevede bolile aortei:

- a) Disecție de aorta
- b) Aneurism de aorta
- c) Alte boli (Sindromul Marfan, aortite, boala aortică ateromatoasă)

**Pct. 7.1** include bolile arteriale periferice

- a) Arteriopatia periferică cronică a membrelor inferioare
- b) Sindromul de ischemie acută periferică
- c) Bolile arterelor membrelor superioare
- d) Trombangeita obliterantă
- e) Tulburări vasculare funcționale

*Lit. (a), coloana IV, (e), II, III, IV și se va efectua USG Doppler color a arterelor, în caz de afectare aterosclerotică și în alte teritorii a patului arterial a fi considerat „Inapt”. Se va aprecia în contextul baremului bolilor reumatologice.*

**Pct. 7.2** prevede bolile arterelor carotide:

- a) Necorectate intervențional/chirurgical

- b) Corectate intervențional/chirurgical
- c) Tratate prin endarterioectemie carotidiană

*Lit. (a), (b)* se va efectua USG Doppler color carotidiană, în caz de stenoză carotidiană  $\geq 50\%$  prezență a stenozelor multiple, inclusiv  $\leq 50\%$  a fi considerat „**Inapt**”

**Pct. 7.3** prevede bolile venelor

- a) Tromboflebita superficială
- b) Tromboza venoasă profundă

*Lit. 7.3 (a), coloanal IV* se va aprecia în contextul baremului bolilor chirurgicale. În caz de extindere a procesului în sistemul venos profund, flebita purulentă, hiperpigmentarea la nivelul varicelor, persistența nodulilor în țesuturile afectate a fi considerat „**Inapt**”

**Pct. 7.4** Prevede afecțiunile și consecințele boala varicoasă și posttrombotică, limfedemul, varicocelul:

*Lit.(a)* prevede boala posttrombotică și varicoasă a membrelor inferioare cu insuficiența venoasă de gradul IV (insuficiența valvulelor venelor profunde, subcutanate și comunicante cu edem permanent, hiperpigmentarea și atrofia pielii, indurații, dermatită sau ulceratii, cicatricii postulceroase); elefantiazis (limfedemul) de gradul IV; angiotrofonevrozele de stadiul III (necrotico-gangrenoase); consecințele intervențiilor chirurgicale reconstructive la vasele periferice cu dereglări circulatorii severe și evoluție progresantă a bolii.

*Lit. (b)* prevede boala posttrombotică sau varicoasă cu insuficiența venoasă cronică de gradul II; elefantiazis (limfedemul) de gradul II; angiotrofonevrozele de stadiul II cu sindrom algic persistent, cianoza degetelor, rigiditatea mișcărilor la frig în cazul tratamentului staționar neefectiv și repetat; consecințele reconstructive la vasele periferice cu dereglări circulatorii neînsemnate; varicocel de gradul III (funiculul e deplasat mai jos de polul inferior al testiculului atrofiat).

*Lit. (c)* prevede boala posttrombotică sau varicoasă cu insuficiența venoasă cronică de gradul I; consecințele după safenectomie; limfedemul de gradul I; varicocel de gradul II (funiculul e deplasat mai jos de polul superior al testiculului). Pe coloana II în unități cu destinație specială – „**Inapt**”.

*Lit. (d)* prevede boala varicoasă a membrelor inferioare fără insuficiența venoasă (de gradul unu); angiotrofonevrozele stadiul unu. Limfedemul de gradul unu (edem neînsemnat pe suprafața dorsală a labei piciorului care dispare după odihnă). Pe coloana II în unități cu destinație specială – „**Inapt**”.

Prezența varicelor pe segmente aparte ale membrelor inferioare sub formă cilindrică sau sinuozități elastice fără insuficiența venoasă, varicocel de gradul I, nu întemeiază aplicarea acestui paragraf, nu limitează aptitudinea pentru angajare în cadrul MAI/CNA și studii în instituțiile de învățământ ale MAI. Decizia poate fi adoptată după examenul medical cu aplicarea metodelor de investigare care confirmă diagnosticul.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI diagnosticați cu afecțiuni și consecințele leziunilor venelor periferice, vaselor limfatice (boala varicoasă și posttrombotică, limfedemul, varicocelul) sunt apreciați „**Inapt**”.

**Pct. 7.5** Prevede hemoroizii:

- a) Cu acutizări frecvente și anemie secundară
- b) Cu acutizări rare și tratament reușit

Dacă sunt indicații, li se propune tratament chirurgical sau conservativ. În cazul rezultatelor nesatisfăcătoare ale tratamentului sau refuzului la aceasta, clasarea se efectuează conform *lit.(a) sau (b)*, în dependență de manifestările anemiei secundare și frecvenței acutizărilor.

Acutizări frecvente se consideră când bolnavul se află la tratament staționar de 3 și mai multe ori pe an, cu durata spitalizării din cauza complicațiilor hemoroizilor (hemoragie, tromboză, inflamație de gr. II – III sau prolabarea hemoroizilor) 30 și mai multe zile.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI diagnosticați cu hemoroizi de grad avansat (gradul III) sunt apreciați „Inapt”.

**Paragraful nr. 8** se referă la trombembolismul pulmonar.

**Paragraful nr. 9** prevede alte boli ale aparatului cardiovascular. Aptitudinea se va stabili individual după examinare specializată în condiții de staționar, cu evaluarea obligatorie ECG de repaos, ECoCG, NP – proBNP, test ” mers 6 min”(valoare de referință - 400m), se va evalua clasa NYHA.

### III. PATOLOGIIILE REUMATOLOGICE

Paragraful baremului medical	Nozologie	<u>COLOANA 1</u>	<u>COLOANA 2</u>	<u>COLOANA 3</u>	<u>COLOANA 4</u>
1	2	3	4	5	6
1.	<b>ARTRITE INFLAMATORII</b> <b>Artrite seropozitive:</b> <i>Artrita reumatoidă (INCLUSIV: Sindromul Felty; Artrita reumatoidă cu atingerea altor organe sau aparate, artrita reumatoidă seronegativă)</i>				
	a) Activitate înaltă (DAS28-4 $\geq 5,1$ )	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) Activitate medie (MODERATĂ) (DAS28-4 $\geq 3,2$ - $< 5,1$ )	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) Activitate joasă (inclusiv remisiune) (DAS28-4 $< 3,2$ )	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	d) Stadiul radiologic 1	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	e) Stadiul radiologic 2	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	f) Stadiul radiologic 3	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	g) Stadiul radiologic 4	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>2. Artrite seronegative (Spondiloartrite seronegative):</b>					
2.1	<i>Artrite reactive (urogenitale, enterocolitice, mixte):</i>				
	a) Evoluție acută (<6 luni)	Inapt	Tratament	Tratament	Tratament
	b) Evoluție trenantă (>6 - <12 luni)	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) Evoluție cronică (>12 luni)	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
2.2	Spondiloartrita anchilozantă (formele axială, periferică, mixtă)	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
2.3	Spondiloartropatii cu debut juvenil	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
2.4	Artrita psoriazică	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
2.5	Artrite secundare infecțiilor intestinale (în	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește



	cadrul bolii Crohn, rectocolitei hemoragice etc)				individual
2.6	Sindromul SAPHO	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
2.7	Spondiloartrite nediferențiate	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
<b>3. Artrite microcristaline (Guta și Pseudoguta)</b>					
3.	a) Artrita acută	Inapt	Tratament	Tratament	Tratament
	b) Perioada intercritică	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) Artrita cronică tofacee	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	d) Afectarea organelor "țintă" (rinichi, cardiovascular, SNC)	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>4. ARTRITELE NON-INFLAMATORII</b>					
4.1	<b><i>Osteoartrita (Osteoartrita)</i></b> inclusiv poliosteoartroză, gonartroză, coxartroză, osteoartrita altor articulații ale membrilor inferioare și superioare, osteoartrita primară și secundară				
	a) Stadiul radiologic 1	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) Stadiul radiologic 2	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) Stadiul radiologic 3	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	d) Stadiul radiologic 4	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	e) Insuficiența funcțională articulară 1	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	f) Insuficiența funcțională articulară 2	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	g) Insuficiența funcțională articulară 3	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
4.2	<b><i>Spondiloza (Spondiloartroză)</i></b> cu implicarea oricărui segment anatomic al coloanei vertebrale, spondiloza primară și secundară:				
	a) Stadiul radiologic 1	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual (lipsa insuficienței funcționale articulare)	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) Stadiul radiologic 2	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) Stadiul radiologic 3	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	d) Stadiul radiologic 4	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	e) Insuficiența funcțională articulară 1	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	f) Insuficiența funcțională articulară 2	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	g) Insuficiența funcțională articulară 3	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt

4.3	<i>Bolile chirurgicale și leziunile articulațiilor mari, cartilagiilor, osteopatiile și deformațiile osteopatiile și deformațiile osteomusculare dobândite (leziunile intraarticulare ale genunchiului, osteomielita, periostita, alte leziuni infecțioase ale oaselor, osteita deformantă și osteopatiile, osteocondropatiile, alte boli și leziuni ale articulațiilor, oaselor și cartilagiilor):</i>				
	a) Insuficiența funcțională articulară 1	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) Insuficiența funcțională articulară 2	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	c) Insuficiența funcțională articulară 3	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
5.	<b>PROCESE INFLAMATORII SAU DEGENERATIVE ALE APARATULUI PERIARTICULAR</b> (inclusiv <b>tendinite-tendinoze, entezopatii, ligamentite-ligamentoze, bursite</b> etc)	<i>Fără dereglarea funcției articulare - Aptitudinea se stabilește individual</i>	<i>Fără dereglarea funcției articulare - Aptitudinea se stabilește individual</i>	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	a) Insuficiența funcțională articulară 1	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) Insuficiența funcțională articulară 2	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	c) Insuficiența funcțională articulară 3	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
6.	<i>Deformațiile membrelor ce determină dereglări funcționale sau dificultăți în portul uniformei și încălțăminte:</i>				
	a) Insuficiența funcțională articulară 1	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) Insuficiența funcțională articulară 2	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	c) Insuficiența funcțională articulară 3	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
7.	<i>Lipsa, deformațiile, defectele mâinii și degetelor:</i>				
	<b>Lipsa, deformațiile, defectele mâinii și degetelor:</b> a) cu tulburări funcționale semnificative și moderate	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări funcționale nesemnificative	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) cu semne obiective în lipsa tulburărilor funcționale	Inapt	Inapt	Apt	Apt
8.	Lipsa membrului: a) lipsa bilaterală a membrilor superioare sau inferioare la orice nivel; lipsa totală a membrului superior sau inferior	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) lipsa membrului superior sau inferior la orice nivel	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
9.	<b>MALADII DE SISTEM A ȚESUTULUI CONJUNCTIV</b> (inclusiv Lupus eritematos de sistem, Sclerodermie de sistem,	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt

	Dermatopolimiozită/Polimiozită și alte miopatii inflamatorii ideopatice, sindromul Sjogren, Boala mixtă a țesutului conjunctiv)				
<b>10. VASCULITE DE SISTEM</b>					
<b>10.1</b>	Vasculite de vas mic - <i>Vasculitele ANCA pozitive</i> (Poliangiită microscopică (PMA); Granulomatoza cu poliangiită (GPA – fosta boala Wegener); Granulomatoza eozinofilică cu poliangiită (GEPA, fostul sindrom Churg-Strauss)	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>10.2</b>	Vasculite de vas mic - <i>Vasculite prin complexe imune</i> (Boala anti membrană bazală glomerulară); Vasculita crioglobulinemică, Vasculita crioglobulinemică, Vasculita IgA (fosta purpură Henoch-Schonlein); Urticaria hipocomplementemică	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
<b>10.3</b>	Vasculite de vas mare (Arteriita Takayasu, Arteriita giganto-celulară)	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>10.4</b>	Vasculite de vas mediu (Poliarterita nodoasă (PAN), Boala Kawasaki	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>10.5</b>	Vasculitele asociate cu etiologie probabilă (Vasculita crioglobulinemică asociată virusului hepatitic C; Vasculita asociată virusului hepatitic B; Vasculita prin complexe imune asociată medicamentelor; Vasculita ANCA+ asociată medicamentelor; Vasculita asociată neoplaziilor	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
<b>10.6</b>	Vasculitele de vas variabil (Boala Behcet, Sindromul lui Cogan)	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual

**EXPLICAȚIE  
PRIVIND APLICAREA PARAGRAFELOR BAREMULUI MEDICAL  
AL PATOLOGIIILOR REUMATOLOGICE**

**Paragraful nr1.** prevede artritele seropozitive (în special artrita reumatoidă și formele sale particulare).

Artrita reumatoidă (AR) se definește drept o patologie inflamatorie autoimună, de etiologie necunoscută, cu evoluție cronică și progresivă, caracterizată prin artrită erozivă simetrică și manifestări polisistemice. Odată instalată, aceasta maladie determină dezvoltarea destrucțiilor articulare care, ulterior, sunt urmate de producerea unui deficit funcțional, fapt ce reduce considerabil calitatea vieții pacienților. Deopotrivă cu sindromul articular, evoluția AR se complică frecvent prin asocierea manifestărilor sistemice care, în funcție de severitatea lor, pot influența semnificativ speranța de viață a pacienților.

Clasificarea insuficienței funcționale articulare:

- Clasa I: activitate fizică normală
- Clasa II: activitățile zilnice pot fi efectuate, dar cu durere și cu reducerea mobilității articulare
- Clasa III: capacitate de autoîngrijire deficitară
- Clasa IV: imobilizare la pat sau în scaun cu roțile, incapacitate de autoîngrijire

Stadializarea radiologică a afectării structurale a articulațiilor:

- Stadiul I (precoce):
  - Niciun semn radiologic de destrucție
  - Aspectul de osteoporoză poate fi prezent
- Stadiul II (moderat):
  - Osteoporoză cu sau fără leziuni ușoare cartilajinoase sau osoase
  - Absență a deformațiilor (limitarea mobilității poate fi prezentă)
  - Atrofie musculară de vecinătate
  - Leziuni periarticulare, prezența posibilă a nodulilor sau a tenosinovitei
- Stadiul III (sever):
  - Destruccii cartilajinoase sau osoase
  - Deformări axiale, fără anchiloză fibroasă sau osoasă
  - Atrofie musculară extinsă
  - Leziuni periarticulare, prezența posibilă a nodulilor sau a tenosinovitei
- Stadiul IV (terminal):
  - Anchiloză fibroasă sau osoasă
  - Criteriile stadiului III

Efectivul de ofițeri și subofițeri, care au atins vârsta limită de aflare în serviciu sau au vechimea necesară pentru calcularea pensiei, cât și cei care urmează a fi eliberați din MAI/CNA din alte motive, sunt supuși expertizei conform stadializării radiologice și a insuficienței funcționale articulare indiferent de localizarea, stadiul radiologic, funcțional și activitatea procesului autoimun, cât și timpul de la debutul maladiei.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu artrite inflamatorii seropozitive sunt apreciați **“Inapt”**.

**Paragraful nr.2.** Prevede artritele seronegative (în special artrita reactivă, artrita psoriazică, spondilita anchilozantă etc).

Clasificarea Spondiloartropatiilor seronegative (Adaptat după Dougados M, Hochberg MC, 2002).

#### I. Subgrupe de boli:

- Spondilita anchilozantă
- Artrita psoriazică
- Artrita reactivă
- Artrita din cadrul bolilor intestinale inflamatorii
- Spondiloartrita juvenilă
- Spondiloartrita nediferențiată

#### II. Manifestări clinice

-Manifestări reumatice:

- Afectare axială
- Artrită periferică
- Entezită

### III. Manifestări extra-articulare:

- Uveită anterioară acută
- Afectare cardiacă (bloc cardiac, insuficiență aortică)
- Fundal genetic:
- Istoric familial
- Antigen HLA-B27

### IV. Manifestări specifice:

- Psoriazis
- Boala intestinală inflamatorie (boala Crohn, colită ulceroasă nespecifică), etc.

La această clasificare se va adăuga gradul activității bolii și indicele alterării funcționale, calculate prin instrumente validate.

**Pct. 2.1.** Artritele reactive. Artrita reactivă (ARe) este o patologie articulară inflamatorie nesupurativă, cu un component autoimun minimal, ce se instalează în urma infecțiilor intestinale sau urogenitale, preponderent la persoane cu predispoziție genetică. Artrita reactivă este asociată infecțiilor gastro-intestinale cu speciile *Sigella*, *Salmonella* și *Campylobacter*, cât și a altor microorganisme, precum și cu infecțiile uro-genitale (în special cu *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*).

ARe face parte din spondiloartritele seronegative, având două forme majore:

- ARe forma uro-genitală;
- ARe forma entero-colitică.

După debutul bolii:

- Acut <6 luni - prezența sau suspjecția la prezența agentului infecțios etiologic la tratarea căruia se obține recuperarea totală a funcțiilor articulare;
- Trenant 6-12 luni – habituarea îndelungată a agentului infecțios etiologic la tratarea căruia se obține recuperarea parțială a funcțiilor articulare din cauza lansării mecanismelor imunopatologice;
- Cronic >12 luni – se caracterizează prin declanșarea și menținerea autonomă a reacțiilor imunopatologice cu deteriorarea funcțiilor articulare și atingerea organelor viscerale.

Factorii etiologici ai ARe - *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Salmonella enteritidis*, *Salmonella typhimurium*, *Shigella flexneri*, *Shigella dysenteriae*, *Campylobacter jejuni*, *Yersinia enterocolitica*, *Clostridium difficile*.

**Nota:** Pentru alte infecții la moment nu sunt date convingătoare suficiente de factor causal.

Clasificarea insuficienței funcționale articulare:

- Clasa I: activitate fizică normală
- Clasa II: activitățile zilnice pot fi efectuate, dar cu durere și cu reducerea mobilității articulare
- Clasa III: capacitate de autoîngrijire deficitară
- Clasa IV: imobilizare la pat sau în scaun cu rotile, incapacitate de autoîngrijire

Stadializarea radiologică a afectării structurale a articulațiilor

•Stadiul I (precoce):

- Nici un semn radiologic de destrucție;
- Aspectul de osteoporoză poate fi prezent.

- Stadiul II (moderat):
  - Osteoporoză cu sau fără leziuni ușoare cartilaginoase sau osoase;
  - Absență a deformațiilor (limitarea mobilității poate fi prezentă);
  - Atrofie musculară de vecinătate;
  - Leziuni periarticulare, prezența posibilă a nodulilor sau a tenosinovitei.
- Stadiul III (sever):
  - Destrucții cartilaginoase sau osoase;
  - Deformări axiale, fără anchiloză fibroasă sau osoasă;
  - Atrofie musculară extinsă;
  - Leziuni periarticulare, prezența posibilă a nodulilor sau a tenosinovitei.
- Stadiul IV (terminal):
  - Anchiloză fibroasă sau osoasă.

### **Criteriile stadiului III (sever)**

Efectivul de ofițeri și subofițeri, care au atins vârsta limită de aflare în serviciu sau au vechimea necesară pentru calcularea pensiei, cât și cei care urmează a fi eliberați din cadrul MAI/CNA din alte motive, sunt supuși expertizei conform stadializării radiologice și a insuficienței funcționale articulare indiferent de localizarea, stadiul radiologic, funcțional și activitatea procesului autoimun, cât și timpul de la debutul maladiei.

Candidații pentru angajate în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu artrite reactive de evoluție acută și trenantă vor fi supuși tratamentului infecțiilor incriminate și la vindecarea lor cu restabilirea funcțiilor articulare sunt apreciați apti. Cei ce se află în forma cronică sau trenantă după tratarea agentului infecțios, dar cu păstrarea insuficienței funcționale articulare sunt apreciați **“Inapt”**.

**Pct. 2.2-2.3.** Alte spondiloartrite seronegative. Spondilita anchilozantă - este o boala inflamatoare cronică care interesează predominant articulațiile sacroiliace și coloana vertebrală, capabilă să intereseze, cu frecvență și gravitate diferită, articulațiile periferice și entezele și să realizeze o gamă largă de dereglări extraarticulare (uveita, afectarea tractului gastrointestinal, afectare cardiovasculară, pulmonară sau renală).

**Pct. 2.4** Artrita psoriazică este o artropatie inflamatorie cronică însoțită de modificări clinice, ce includ artralgiile, hiperemie, tumefiere, deseori cu redoare matinală prelungită și radiologice caracteristice, ce apar la bolnavii cu psoriazis tegumentar sau poate fi premergătoare psoriazisului. APs face parte din spondiloartritele seronegative, având variante: artrita articulațiilor interfalangiene distale; oligoartrita asimetrică; poliartrita asimetrică sau simetrică asemănătoare cu poliartrita reumatoidă (rheumatoid-like); artrita axială (afectarea coloanei vertebrale și/sau articulațiilor sacroiliace); artrită mutilantă sau distructivă.

Evaluarea și chestionarea acestor artropatii seronegative se efectuează conform chestionarelor unificate.

Aprecierea activității bolii, scor BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

Activitate SA conform BASDAI:

- < 2 – activitate mică (joasă);
- 2,0-3,9 – activitate moderată;
- 4,0-6,9 – activitate înaltă;
- > 7 – activitate foarte înaltă.

Aprecierea activității bolii, scor ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS-PCR))

Activitate SA conform ASDAS:

- < 1,3 – activitate mică (joasă);

- $>1,3 < 2,1$  – activitate moderată;
- $>2,1 < 3,5$  – activitate înaltă;
- $> 3,5$  – activitate foarte înaltă.

Determinarea stadiului radiologic de afectare a coloanei vertebrale în comun cu scorul afectării articulațiilor sacroiliace (după schema gradării de la New York) (BASRI).

Scorul total = (puncte pentru art. SI) + (puncte col. vertebrală cervicală) + (puncte col. vertebrală lombară).

Interpretarea:

- scorul 0-3 - corespunde modificărilor minime;
- scorul 4-8 - corespunde modificărilor moderate;
- scorul 9-12 - corespunde modificărilor semnificative.

Efectivul de ofițeri și subofițeri, care au atins vârsta limită de aflare în serviciu sau au vechimea necesară pentru calcularea pensiei, cât și cei care urmează a fi eliberați din cadrul MAI/CNA din alte motive, sunt supuși expertizei conform stadializării radiologice și a insuficienței funcționale articulare indiferent de localizarea, stadiul radiologic, funcțional și activitatea procesului autoimun, cât și timpul de la debutul maladiei.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu spondiloartrite seronegative altele de cât artrita reactivă sunt apreciați **“Inapt”**.

Pentru angajații examinați pe coloana IV (management operațional, analiză, control, și planificare strategică, resurse umane, economie, finanțe și control financiar, juridic, relații internaționale, management documente, logistică, telecomunicații, relații cu publicul, artistice, sănătate, învățământ), inclusiv la reangajare în aceste funcții, la care aptitudinea se va stabili individual în baza insuficienței funcționale articulare (gradul 0-1 apti, gradul 2 - apti convențional, gradul 3 - inapti)

**Paragraful nr.3** prevede artritele microcristaline (Guta și Pseudoguta) cu toate formele sale.

Guta - este o afecțiune cronică determinată de tulburarea metabolismului acidului uric, care se manifestă clinic, prin artrita recidivantă și formarea nodulilor guțoși subcutanați (tofi), formați din acumulări de microcristale de urat monosodic monohidrat.

Guta primară (congenitală) - dereglarea metabolismului acidului uric, determinată de defect enzimatic la nivel tubular sau defect al sistemelor enzimatice, ce participă la metabolismul purinelor (90% pacienți).

Guta secundară (dobândită) - dereglarea metabolismului acidului uric, care se dezvoltă pe fondul unei producții excesive de acid uric sau pe fondul deprimării renale tubulare a eliminării acidului uric din organism (10% din pacienți).

Artrita guțoasă acută - se caracterizează prin apariția bruscă a unor dureri foarte intense, de regulă la nivelul unei singure articulații, de obicei noaptea.

Artrita guțoasă cronică - se realizează pe fondul acceselor repetate de gută, datorată unei abordări neadecvate sub aspect terapeutic a cazului de către medic (tratament suboptimal) sau unei lipse de complianță a pacientului [10].

Tofusuri - tofus reprezintă un depozit rotund sau ovalar format din cristale fine de urat monosodic monohidrat, adesea dispuse radial, înconjurat de un strat inflamator de celule mononucleare, în jurul căruia există o reacție celulară de tip ”corp străin”.

Nefropatie guțoasă - este rezultatul depunerii progresive de urat monosodic monohidrat sub forma de cristale în interstițiul renal și al inflamației pe care aceasta o declanșează. Urolitiaza – prevalența acesteia este de 0,25% la bolnavii guțoși care nu au alte boli asociate. Frecvența urolitiazii se corelează pozitiv cu gradul hiperuricemiei.

Clasificarea gutei după evoluție clinică:

- a) hiperuricemie asimptomatică;
- b) artrita acută guțoasă;

- c) guta intercritică;
- d) guta cronică tofacee;

Clasificarea nefrolitiazii urice (după Gutman și Yu, 1968):

- a) nefrolitiază urică idiopatică;
- b) nefrolitiază urică asociată cu hiperuricemie;
- c) nefrolitiază urică asociată cu deshidratarea extrarenală excesivă;
- d) nefrolitiază urică asociată hiperuricozuriei, fără hiperuricemie semnificativă;

Clasificarea insuficienței funcționale articulare:

- a) Clasa I: activitate fizică normală;
- b) Clasa II: activitățile zilnice pot fi efectuate, dar cu durere și cu reducerea mobilității articulare;
- c) Clasa III: capacitate de autoîngrijire deficitară;
- d) Clasa IV: imobilizare la pat sau în scaun cu rotile, incapacitate de autoîngrijire.

Efectivul de ofițeri și subofițeri, care au atins vârsta limită de aflare în serviciu sau au vechimea necesară pentru calcularea pensiei, cât și cei care urmează a fi concediați din MAI/CNA din alte motive, sunt supuși expertizei conform stadializării radiologice și a insuficienței funcționale articulare indiferent de localizarea, stadiul radiologic, funcțional și activitatea procesului autoimun, cât și timpul de la debutul maladiei.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu artrite microcristaline sunt apreciați „**Inapt**”, cu excepția candidaților pentru reangajare în funcții prevăzute în coloana IV a Baremului medical, la care aptitudinea se va stabili individual în baza insuficienței funcționale articulare (gradul 0-1 apti, gradul 2 - apti convențional, gradul 3 - inapti) după tratamentul atacului gutoasă acută sau dovezii menținerii perioadei intercritice mai mult de 2 ani, în lipsa afectării organelor „țintă”.

**Paragraful nr.4.** prevede artritele non-inflamatorii ale articulațiilor periferice și a scheletului axial (osteoartroza și expresiile ei asupra scheletului axial - spondiloză/spondiloartroză) cu toate formele sale.

**Pct. nr.4.1** care include include bolile articulare cronice non-inflamatorii degenerative, ce reprezintă boli cronice cu evoluție lentă, dar cu afectarea calității vieții. Osteoartroza (OA) - reprezintă o grupă heterogenă de afecțiuni, care pot avea etiologie diversă, dar consecințe clinice, biologice, și morfologice identice. Procesul patologic cuprinde nu doar cartilajul articular, dar întreaga articulație, incluzând osul subcondral, ligamentele, capsula articulară, membrana sinovială și mușchii periarticulari. În sfârșit are loc degenerarea cartilajului articular cu fibrilarea, fisurarea, exulcerarea și pierderea completă a lui. În literatura de specialitate, în special cea anglo-saxonă, este întâlnit frecvent termenul de osteoartrită, pentru a reflecta prezența concomitentă a unui proces inflamator articular de amplitudine joasă. Totuși, luând în considerație că procesul patologic de bază este cel degenerativ, se propune utilizarea termenului de osteoartroză.

#### Chestionar de evaluare a statutului funcțional pentru gonartroză și coxartroză (indexul algofuncțional Lequesne)

I. Durere sau disconfort:

- a) Durere nocturnă;
- b) Doar la mișcări sau în anumite poziții – 1;
- c) Chiar și în repaus – 2.

II. Redoare matinală sau durere după somn:

- a) Până la 15 min – 1;
- b) 15 min și mai mult – 2;
- c) Accentuarea durerii după odihnă timp de 30 min – 1.



III. Durere ce apare la mers:

- a) Doar după parcurgerea unei distanțe – 1;
- b) Apare imediat și treptat se mărește – 2;
- c) Durere sau disconfort la ridicarea de pe scaun – 1.

IV. Distanța maximală, parcursă fără durere:

- a) Mai mult de 1 km, dar cu odihnă – 1;
- b) Aproximativ 1 km – 2;
- c) De la 500 până la 900 m – 3;
- d) De la 300 până la 500 m – 4;
- e) De la 100 până la 300 m – 5;
- f) Mai puțin de 100 m – 6;
- g) Merge cu ajutorul unui baston sau cârje +1;
- h) Merge cu două bastoane sau cârje +2.

V. Dificultăți în activitățile zilnice:

- a) Puteți să ridicați scările la un etaj? 0 – 2;
- b) Puteți să coborâți scările unui etaj? 0 – 2;
- c) Puteți să puneți un obiect pe raftul de jos al dulapului, stând în genunchi? 0 – 2;
- d) Puteți merge pe o suprafață neregulată? 0 – 2.

VI. Apare durere acută sau senzație de instabilitate articulară în membrul afectat:

- a) Uneori – 1;
- b) Frecvent – 2;

Gradarea răspunsurilor:

- 1. 0 – ușor - corespunde IFA 1;
- 2. 1 – cu dificultate - corespunde IFA 2;
- 3. 2 – imposibil - corespunde IFA 3.

Gravitatea gonartrozei:

- 1. 1 - 4 ușor manifestă - corespunde IFA 1;
- 2. 5 – 7 moderată - corespunde IFA 2;
- 3. 8 – 10 manifestă - corespunde IFA 3;
- 4. 11 – 12 evident manifestă - corespunde IFA 3;
- 5.  $\geq 12$  (exagerat) foarte manifestă - corespunde IFA 3.

Clasificarea OA Clasificarea OA după ACR

*I. Idiopatică (primară)*

A. Localizată:

Mâini:

- Noduli Heberden și Bouchard (forma nodulară);
- OA erozivă a articulațiilor interfalangiene (forma anodulară);
- OA carpo-metacarpiană - I (rizartroză).

Plante:

- hallux valgus;
- hallux rigidus;
- contracturi flexorii/extensorii ale degetelor.

Genunchi:

- OA porțiunii mediale a articulației tibio-femorale;
- OA porțiunii laterale a articulației tibio-femorale;
- OA articulației patelo-femorale.

Articulația coxo-femurală:

- excentrică (superioară);
- concentrică (axială, medială);
- difuză (coxae senilis).

Coloana vertebrală:

- OA articulațiilor apofizare;
- OA discurilor intervertebrale;
- Spondiloza (osteofite);
- OA ligamentară (hiperostoza, boala Forrestier, hiperostoza difuză idiopatică a scheletului).

Alte localizări:

- OA humerală;
- OA articulației acromio-claviculare;
- OA tibio-calcaneană;
- OA articulațiilor sacro-iliace;
- OA temporo-mandibulară.

B. Generalizată (include 3 și mai multe grupe articulare expuse anterior):

- OA articulațiilor mici și a articulațiilor vertebrale;
- OA articulațiilor mari și a articulațiilor vertebrale;
- OA articulațiilor mari și mici și a articulațiilor vertebrale.

*II. Secundară*

A. Posttraumatică

1. Acută;
2. Cronică (legată de unele activități profesionale, activități sportive).

B. Maladii înnăscute și anomalii de dezvoltare:

*Localizate:*

a) Maladii ale articulației coxo-femorale:

- boala Legg-Kalve-Pertes;
- displazia înnăscută a șoldului;
- alunecarea epifizei femurale.

b) Factori locali și mecanici:

- scurtarea membrului inferior;
- deformarea în valgus/varus;

- sindromul de hipermobilitate;
- scolioza.

#### *Generalizate*

- a. Displaziile osoase;
- b. Boli metabolice:
  - Hemocromatoza;
  - ocronoza (alcaptonuria);
  - boala Wilson-Conovalov;
  - boala Gaucher.
- c. Boli cu depuneri ale sărurilor de calciu:
  - Maladia cu depunerea cristalelor de pirofosfat de calciu;
  - Maladia cu depunerea cristalelor de hidroxiapatită de calciu;
- d. Alte boli ale oaselor și articulațiilor.

#### Localizate:

- fracture;
- necroză avasculară;
- infecții;
- artropatia gutoasă

#### Difuze:

- artrită reumatoidă;
- boala Paget;
- osteopetroză;
- osteocondrită.

#### Altele:

##### a. Maladii endocrine:

- acromegalie;
- hiperparatireoidie;
- diabet zaharat;
- obezitate;
- hipotireoidie.

##### b. Artropatia Charcot

##### c. Alte:

- degerături;
- boala Kesson;
- maladia Kashin-Beck;
- hemoglobinopatii.

#### Clasificarea radiologică a OA (după Kellgren & Lawrence):

1. gradul 0 (absent): definește absența schimbărilor radiologice de osteoartroză;
2. gradul 1 (suspect): este suspectie la îngustarea spațiului articular și posibil lipire osteofitică;

3. gradul 2 (minimal): definește prezența osteofitelor singulare de dimensiuni mici și posibil îngustarea ușoară a spațiului articular;
4. gradul 3 (moderat): sunt prezente osteofite multiple de dimensiuni moderate, definește îngustarea semnificativă a spațiului articular, apariția sclerozei subcondrale și posibil deformitate osoasă;
5. gradul 4 (sever): sunt prezente osteofite multiple de dimensiuni mari, îngustare pronunțată al spațiului articular, scleroză subcondrală severă și definește deformitate osoasă;

Efectivul de ofițeri și subofițeri, care au atins vârsta limită de aflare în serviciu sau au vechimea necesară pentru calcularea pensiei, cât și cei care urmează a fi eliberați din MAI/CNA din alte motive, sunt supuși expertizei conform stadializării radiologice și a insuficienței funcționale articulare indiferent de localizarea procesului degenerativ articular, stadiul radiologic și funcțional, cât și timpul de la debutul maladiei.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu maladii articulare non-inflamatorii degenerative vor fi examinați în baza stadializării radiologice și a deficitului funcțional articular, de la stadiul 2 este apreciat înapți.

**Pct. 4.2.** prevede afecțiunile degenerativ-distrofice ale coloanei vertebrale și consecințele lor (spondiloza, boli ale discurilor intervertebrale, alte afecțiuni ale coloanei vertebrale – deviația și alte deformații dobândite ale coloanei vertebrale), inclusiv cifoza traumatică (sindromul Kummel-Verneuil); spondilolisteza de gradul III – IV (dislocarea mai mult de jumătate din diametrul transversal al corpului vertebral) cu sindrom algic pronunțat și permanent, instabilitatea coloanei vertebrale; spondiloza deformantă a segmentului cervical al coloanei vertebrale însoțită de instabilitate; spondiloza deformantă a segmentului toracal și lombar cu multiple exostoze masive în regiunea joncțiunilor intravertebrale și pe marginile vertebrelor cu ieșire la nivelul lamelelor de conexiune, cu sindrom algic stabil și pronunțat, ce se confirmă prin adresări frecvente, tratament staționar repetat în ultimii 2 – 3 ani, fără efect clinic stabil și pierderea capacității de muncă pe un termen îndelungat (peste 90 de zile pe an), dorsopatiile deformante (cifozele, scoliozele de gradul III - IV) cu deformarea accentuată a cutiei toracice și insuficiența respiratorie de gradul III de tip restrictiv. Caracterul modificărilor patologice ale coloanei vertebrale trebuie să fie confirmat prin investigații radiologice poliaxiale, teste funcționale, tomografia și alte investigații.

La fel vizează osteocondropatiile coloanei vertebrale (cifozele, scoliozele de gradul III) cu deformarea moderată a cutiei toracice și insuficiență respiratorie de gradul II de tip restrictiv; spondiloza deformantă răspândită și osteocondrita intervertebrală de gradul II cu multiple osteofite coracoide masive în regiunea joncțiunilor intervertebrale cu sindrom algic; spondilolisteza de gradul I – II (dislocarea 1/4 sau 1/2 din diametrul transversal al corpului vertebral) cu sindrom algic; stările după înlăturarea discurilor intervertebrale sau laminectomie.

Deformațiile dobândite ale coloanei vertebrale însoțite de rotația vertebrelor, scolioza de gradul II, cifoza de origine osteocondropatică cu deformare cuneiformă a 3 și mai multe corpuri vertebrale, însoțită de scăderea înălțimii suprafeței anterioare a corpului vertebral de 2 ori și mai mult și alte deformații ale coloanei vertebrale; spondiloză deformantă limitată (afectarea a 3 și mai multe corpuri vertebrale); osteocondroza intervertebrală (afectarea a 3 și mai multe discuri intervertebrale) cu sindrom algic la efort fizic și semne distincte de deformație, depistate prin examenul clinic și radiologic; stările după microdiscectomie.

Gradul scoliozei este determinat de către radiolog după radiograme în baza determinării unghiului scoliozei: gradul I: 1-10°, gradul II: 11–25°, gradul III: 26-50°, gradul IV: peste 50° (după V. Ciacin). Distanța dintre procesul spinos al vertebrei VII cervicale și tuberozitatea occipitală la înclinarea capului se mărește cu 3 – 4 cm, iar la retroflexie se micșorează cu 8 – 10 cm. Distanța dintre procesele spinale ale vertebrei VII cervicale și I sacrale la înclinarea corpului se mărește cu 5 – 7 cm în comparație cu ținuta obișnuită și se micșorează cu 5 – 6 cm la retroflexia corpului. Mișcările laterale în segmentele toracal și lombar sunt posibile în limitele 25 - 30° de la linia verticală.

Sacralizarea vertebrei lombare V, lombalizarea vertebrei sacrale I, fracturile consolidate a apofizelor fără dereglări ale funcției coloanei vertebrale nu motivează aplicarea acestui paragraf.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu spondiloza și stările determinate de ea, boli ale discurilor intervertebrale, alte afecțiuni ale coloanei vertebrale – deviația și alte deformații dobândite ale coloanei vertebrale sunt considerați „înapți”, cu excepția examinațiilor cu stadiul radiologic I și fără insuficiență funcțională articulară.

**Pct. 4.3.** prevede bolile chirurgicale și leziunile articulațiilor mari, cartilagiilor, osteopatiile și deformațiile osteopatice, deformațiile osteomusculare dobândite (leziunile intraarticulare ale genunchiului, osteomielite, periostita, alte leziuni infecțioase ale oaselor, osteita deformantă și osteopatiile, osteocondropatiile, alte boli și leziuni ale articulațiilor, oaselor și cartilagiilor).

Include anchiloza unei articulații mari sau defectul oaselor, care formează articulația și determină instabilitatea acesteia, limitările accentuate ale mișcărilor sau mobilitatea patologică; contractura stabilă a articulației cu limitarea semnificativă a mișcărilor; osteoartroza deformantă pronunțată în articulațiile mari cu sindrom algic persistent cu atrofia mușchilor membrului; stările după intervenții chirurgicale radicale la articulațiile mari și cu endoprotezare; maladia Legg – Kalive – Perthes cu dereglări funcționale semnificative; osteomielite cu cavități sechestrare, sechestrare, fistule cu evoluție torpidă sau frecvent recidivante (nu mai rar de 1 – 2 ori pe an).

Luxațiile frecvente (mai multe de 3 cazuri pe an) în articulațiile mari, ce apar la solicitări fizice neînsemnate, cu instabilitate pronunțată sau sinovită recidivantă a articulației, cu atrofie moderată a mușchilor membrului; maladia Legg – Kalive - Perthes cu dereglări funcționale moderate; osteoartroza deformantă în una din articulațiile mari cu sindrom algic pronunțat; deformarea posttraumatică a suprafețelor articulare ale oaselor; osteomielite (primară, cronică) cu acutizări rare (o dată în 2 – 3 ani); hiperostozele care împiedică mișcările membrului sau portul uniformei, încălțăminte sau muniției.

Luxațiile, ce se repetă până la 3 ori pe an, instabilitatea și sinovita articulațiilor în urma eforturilor fizice moderate sau traumelor repetate; osteomielite cu acutizări rare în lipsa cavităților sechestrare și sechestrarelor.

Procesul osteomielitic se consideră tratat în lipsa acutizărilor, cavităților sechestrare și sechestrarelor pe parcursul a 3 și mai mulți ani. Recidivul luxației unei articulații mari trebuie confirmată prin acte medicale și radiogramele articulației până și după poziția luxației. Instabilitatea articulației în urma lezării ligamentelor și capsulei acestea se confirmă clinic și radiologic.

În degenerarea chistică a oaselor, osteocondritei disecante în articulațiile mari se propune tratament chirurgical. În caz de refuz sau rezultate nesatisfăcătoare după operație, decizia despre aptitudinea pentru îndeplinirea serviciului în MAI/CNA se adoptă în dependență de gradul dereglării funcției membrului sau articulației.

Persoanele cu boala Osgood-Schlatter fără dereglarea funcției articulației sunt clasate “**Apt**” pentru îndeplinirea serviciului în cadrul MAI/CNA.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu leziuni ale articulațiilor mari, cartilagiilor, osteopatiile și deformațiile osteopatice și deformațiile osteomusculare dobândite (leziunile intraarticulare ale genunchiului, osteomielite, periostită, alte leziuni infecțioase ale oaselor, osteita deformantă, osteopatiile, osteocondropatiile, alte boli și leziuni ale articulațiilor, oaselor și cartilagiilor sunt apreciați “**Inapt**”.

**Paragraful nr. 5.** prevede procese inflamatorii sau degenerative ale aparatului periarticular (inclusiv tendinite-tendinoze, entezopatii, ligamentite-ligamentoze, bursite etc) inclusiv piciorul plat și alte deformații dobândite fixate ale piciorului.

*Lit. (a), (b)* Vizează piciorul plat și alte deformații dobândite fixate ale piciorului - piciorul equin, calcanean, var, cav și alte deformații ireversibile accentuat manifestate ale picioarelor, care fac imposibilă purtarea încălțăminte standard, inclusiv piciorul plat de gradul III cu contractură în abducție a primului deget, cu exostoze ale oaselor piciorului și abducție laterală, cu artroză în joncțiunea talonaviculară; lipsa, contractura sau imobilitatea tuturor degetelor la ambele picioare; lipsa unei părți a piciorului la orice nivel; lipsa, contractura sau imobilitatea tuturor degetelor la nivelul falangelor proximale la ambele picioare; lipsa, contractura sau imobilitatea primului sau a două degete la un picior, tuturor degetelor la nivelul falangelor medii la ambele picioare; fracturile funcționale (de efort) ale oaselor tubulare ale piciorului în cazurile tratamentului prelungit (peste 3 luni), cu modificări patologice concomitente (picior plat de gradul I – II, artroză în articulațiile mici ale piciorului etc.).

La fel prevede deformațiile moderat manifestate ale piciorului cu sindrom algic ne semnificativ cu dereglare de statică, în care e posibilă adaptarea pentru purtarea încălțăminte standard; piciorul plat de gradul III în lipsa exostozei și deformațiilor piciorului; piciorul plat de gradul I sau II cu fenomene de artroză în joncțiunea talonaviculară.

Platipodia de gradul II fără fenomene de artroză în joncțiunile talonaviculare, nu împiedică activitatea în cadrul MAI/CNA. Candidații la înmatriculare în instituțiile de învățământ ale MAI sunt – **“Inapt”**, în prezența dereglărilor funcționale și fenomenelor de artroză.

La aprecierea aptitudinii pentru activitate în cadrul MAI/CNA a persoanelor supuse expertizei cu picior cav se va ține cont de faptul, că picioarele cu bolțile de dimensiuni sporite în planul longitudinal adesea prezintă o variantă a normei. Picior cav se consideră deformația acestuia sub formă de supinație a sectorului posterior și pronație a celui anterior cu înălțimea sporită a bolții interne și externe (așa-numitul picior accentuat torsionat), sectorul anterior al piciorului e desfăcut, lat și slab abducționat, cu bătăături sub capetele oaselor metatarsiene medii.

În caz de platipodie cu grad diferit la ambele picioare, decizia se adoptă după gradul mai avansat al patologiei.

Lipsa degetului la picior se consideră lipsa acestuia la nivelul articulației falangometatarsiene.

Contractura totală sau imobilitatea degetului se consideră ca lipsa acestuia.

În cazul deformațiilor primului deget însoțite de platipodie și alte deformații ale piciorului, care dereglează funcția și împiedică purtarea încălțăminte standard, expertiza se efectuează conform protocolului artritelor non-inflamatorii, iar în lipsa unui deget al piciorului (cu excepția primului) numai cu exostoze ale osului metatarsian și devierea laterală a primului deget.

*Lit. (c)* prevede deformațiile membrilor ce determină dereglări funcționale sau dificultăți în portul uniforme și încălțăminte; scurtarea dobândită a membrilor, inclusiv și cea din cauza deformației unghiulare în urma fracturilor.

- scurtarea membrului superior sau inferior cu peste 8 cm.
- scurtarea membrului superior sau inferior de la 5 cm până la 8 cm inclusiv.
- scurtarea membrului inferior de la 2 până la 5 cm inclusiv.
- scurtarea membrului superior până la 5 cm sau celui inferior până la 2 cm.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu deformațiile membrilor ce determină dereglări funcționale sau dificultăți în portul uniforme și încălțăminte; scurtarea dobândită a membrilor, inclusiv și cea din cauza deformației unghiulare în urma fracturilor sunt considerați inapți.

**Paragraful nr. 6** prevede deformațiile membrilor ce determină dereglări funcționale sau dificultăți în portul uniforme și încălțăminte; scurtarea dobândită a membrilor, inclusiv și cea din cauza deformației unghiulare în urma fracturilor.

*Lit. (a)* prevede scurtarea membrului superior sau inferior cu peste 8 cm.

*Lit. (b)* prevede scurtarea membrului superior sau inferior de la 5 cm până la 8 cm inclusiv.

*Lit. (c)* prevede scurtarea membrului inferior de la 2 până la 5 cm inclusiv.

*Lit. (d)* vizează scurtarea membrului superior până la 5 cm sau celui inferior până la 2 cm.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu deformațiile membrilor ce determină dereglări funcționale sau dificultăți în portul uniforme și încălțăminte; scurtarea dobândită a membrilor, inclusiv și cea din cauza deformației unghiulare în urma fracturilor sunt considerați inapți.

**Paragraful nr.7** prevede lipsa, deformațiile, defectele congenitale, consecințele traumelor, leziunilor mâinilor și degetelor.

*Lit. (a)* prevede lipsa: ambelor mâini la nivelul articulațiilor mâinilor; lipsa mâinii la nivelul oaselor metacarpiene; 3 degete la nivelul articulațiilor metacarpofalangiene la fiecare mână; câte 4 degete la nivelul extremităților distale ale falangelor proximale la ambele mâini; policelui și indexului la nivelul articulațiilor metacarpofalangiene la ambele mâini; prevede lipsa unei mâini la nivelul articulației mâinii; lipsa la o mână: a 3 degete la nivelul articulației metacarpofalangiene, a 4 degete la nivelul segmentelor distale ale falangelor proximale, policelui și indexului la nivelul articulațiilor metacarpofalangiene, policelui la nivelul articulației interfalangiene și degetelor doi – cinci la nivelul extremităților distale ale falangelor medii;

ambelor police la nivelul articulațiilor metacarpofalangiene; luxațiile înveterate sau defectele a trei și mai multe oase metacarpiene; defectele și starea după artroplastie a trei și mai multe articulații metacarpofalangiene; lezarea arterelor ulnare și radiale (sau a fiecărei aparte) cu tulburări circulatorii pronunțate în mână și degete sau declanșarea contracturii ischemice a mușchilor mâinii; leziunile înveterate sau defectele tendoanelor flexorilor a trei și mai multe degete proximal nivelului oaselor metacarpiene; complexul leziunilor înveterate a 3 și mai multe degete ce a declanșat o contractură stabilă sau tulburări trofice pronunțate (anestezia, hipoestezia etc.).

*Lit. (b)* prevede lipsa policelui la nivelul articulației interfalangiene și indexului la nivelul falangei proximale sau al degetelor trei – cinci la nivelul segmentelor distale ale falangelor medii la o singură mână; degetelor doi – patru la nivelul segmentelor distale ale falangelor medii la o singură mână; câte 3 degete la nivelul segmentelor proximale ale falangelor medii la ambele mâini; policelui sau indexului la nivelul articulației metacarpofalangiene la o singură mână; policelui la nivelul articulației interfalangiene de la mâna dreaptă (pentru stângaci – mâna stângă); ambelor police la nivelul articulațiilor interfalangiene; a două degete la nivelul segmentelor proximale ale falangelor proximale la o singură mână; lipsa falangelor distale la degetele doi – patru la ambele mâini; luxații înveterate, osteocondropatiile și osteomielitele oaselor articulației mâinii; anchiloza articulației mâinii; defectele a două oase metacarpiene sau pseudoarticulații și osteomielite cronice a trei și mai multe oase metacarpiene; luxațiile a două oase metacarpiene; distrugerea, defectele și stările după artroplastie a două articulații metacarpofalangiene; sindromul canalului carpal sau lateral; lezarea ramurilor comune ale nervilor median sau ulnar cu tulburări moderate în inervarea a două degete (anestezie, hipoestezie etc.); lezarea a trei artere palmare comune cu dereglări circulatorii moderate în două degete; leziunile înveterate ale tendoanelor flexorilor a două degete la nivelul oaselor metacarpiene și flexorului lung al policelului; complexul leziunilor structurilor mâinii, articulației mâinii și degetelor cu dereglări moderate ale funcției mâinii și tulburări trofice (anesteziei, hipoesteziei mâinii și degetelor).

*Lit. (c)* prevede leziunile structurilor mâinii și degetelor, care n-au fost indicate la literile a) sau b).

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu afecțiunile menționate la literile a), b) sau c) al prezentului paragraf sunt considerați inapți, precum și examinații pentru reangajare conform literilor a) și b) pe coloanele III și IV.

Leziunile și afecțiunile oaselor, tendoanelor, vaselor sau nervilor degetelor, care au adus la contracturi stabile în poziție vicioasă se consideră ca lipsa degetului.

Ca lipsă a degetului poate fi considerat: pentru primul și al doilea deget – lipsa falangei unghiale; pentru restul degetelor – lipsa falangei unghiale și medii; lipsa falangei la nivelul capului ei proximal se consideră ca lipsa degetului.

**Paragraful nr.8** prevede lipsa membrului.

*Lit. (a)* vizează lipsa bilaterală a membrului superior sau inferior la orice nivel; lipsa unilaterală totală a membrului superior sau inferior; lipsa membrului la nivelul treimeii superioare al brațului sau femurului; lipsa tuturor degetelor membrelor inferioare.

*Lit. (b)* vizează și lipsa degetelor I, II și III aabei unui picior sau mînei propriu zise.

În cazul amputației membrului superior sau inferior la orice nivel din cauza neoformațiilor maligne sau bolilor vasculare (endarterita, ateroscleroza etc.) decizia CMC este primită conform maladiei principale prevăzute.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu afecțiunile menționate în literele (a) sau (b) al prezentului paragraf sunt considerați inapți.

**Paragraful nr.9** prevede maladii de sistem a țesutului conjunctiv (inclusiv lupus eritematos de sistem, sclerodermie de sistem, dermatopolimiozită/polimiozită și alte miopatii inflamatorii ideopatice, sindromul sjogren, boala mixtă a țesutului conjunctiv).

Efectivul de ofițeri și subofițeri, care au atins vârsta limită de aflare în serviciu sau au vechimea necesară pentru calcularea pensiei, cât și cei care urmează a fi eliberați din MAI/CNA din alte motive, sunt supuși expertizei conform stadializării radiologice și a insuficienței funcționale articulare indiferent de localizarea, stadiul radiologic, funcțional și activitatea procesului autoimun, cât și timpul de la debutul maladiei.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățăminte ale MAI cu maladii de sistem a țesutului conjunctiv (autoimune) sunt apreciați **“Inapt”**.

**Paragraful nr. 10** prevede vasculitele de sistem.

**Pct. 10.1** Vasculite de vas mic - Vasculitele ANCA pozitive (Poliangiita microscopică (PMA); Granulomatoza cu poliangiită (GPA – fosta boala Wegener); Granulomatoza eozinofilică cu poliangiită (GEPA, fostul sindrom Churg-Strauss).

Efectivul de ofițeri și subofițeri, care au atins vârsta limită de aflare în serviciu sau au vechimea necesară pentru calcularea pensiei, cât și cei care urmează a fi eliberați din MAI/CNA din alte motive, sunt supuși expertizei conform stadializării activității bolii, evoluției și gradului de afectare a organelor ”țintă” și activitatea procesului autoimun, cât și timpul de la debutul maladiei.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu vasculite de sistem ANCA pozitive sunt apreciați **“Inapt”**.

**Pct. 10.2** Vasculite de vas mic - Vasculite prin complexe imune Boala anti membrană bazală glomerulară, Vasculita crioglobulinemică, Vasculita IgA (fosta purpură Henoch-Schonlein); Urticaria hipocomplementemică.

Efectivul de ofițeri și subofițeri, care au atins vârsta limită de aflare în serviciu sau au vechimea necesară pentru calcularea pensiei, sunt supuși expertizei conform stadializării activității bolii, evoluției și gradului de afectare a organelor “țintă” și activitatea procesului autoimun, cât și timpul de la debutul maladiei.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu vasculite prin complexe imune sunt apreciați inapți, cu excepția persoanelor examinate pe coloana IV, la care aptitudinea se va stabili individual în baza activității procesului autoimun sistemic, afectărilor organelor “țintă”, acutizări anuale.

**Pct. 10.3** Vasculite de vas mare (Arteriita Takayasu, Arteriita giganto-celulară).

Efectivul de ofițeri și subofițeri, care au atins vârsta limită de aflare în serviciu sau au vechimea necesară pentru calcularea pensiei, sunt supuși expertizei conform stadializării activității bolii, evoluției și gradului de afectare a organelor “țintă” și activitatea procesului autoimun, cât și timpul de la debutul maladiei.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu vasculite de sistem ANCA pozitive sunt apreciați **“Inapt”**.

**Pct. 10.4** Vasculite de vas mediu (Poliarterita nodoasă (PAN), Boala Kawasaki).

Efectivul de ofițeri și subofițeri, care au atins vârsta limită de aflare în serviciu sau au vechimea necesară pentru calcularea pensiei, sunt supuși expertizei conform stadializării activității bolii, evoluției și gradului de afectare a organelor “țintă” și activitatea procesului autoimun, cât și timpul de la debutul maladiei.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu vasculite de sistem ANCA pozitive sunt apreciați **“Inapt”**.

**Pct. 10.5** Vasculitele asociate cu etiologie probabilă (Vasculita crioglobulinemică asociată virusului hepatitic C; Vasculita asociată virusului hepatitic B; Vasculita prin complexe imune asociată medicamentelor; Vasculita ANCA+ asociată medicamentelor; Vasculita asociată neoplaziilor).

Efectivul de ofițeri și subofițeri, care au atins vârsta limită de aflare în serviciu sau au vechimea necesară pentru calcularea pensiei, sunt supuși expertizei conform stadializării activității bolii, evoluției și gradului de afectare a organelor “țintă” și activitatea procesului autoimun, cât și timpul de la debutul maladiei.



Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu vasculitele asociate cu etiologie probabilă (Vasculita crioglobulinemică asociată virusului hepatitic C; Vasculita asociată virusului hepatitic B; Vasculita prin complexe imune asociată medicamentelor; Vasculita ANCA+ asociată medicamentelor; Vasculita asociată neoplaziilor) sunt apreciați inapți, cu excepția persoanelor examinate pe coloanal IV, la care aptitudinea se va stabili individual în baza activității procesului autoimun sistemic, afectărilor organelor “țintă”, acutizări anuale.

**Pct. 10.6** Vasculitele de vas variabil (Boala Behcet, Sindromul lui Cogan).

Efectivul de ofițeri și subofițeri, care au atins vârsta limită de aflare în serviciu sau au vechimea necesară pentru calcularea pensiei, sunt supuși expertizei conform stadializării activității bolii, evoluției și gradului de afectare a organelor “țintă” și activitatea procesului autoimun, cât și timpul de la debutul maladiei.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu vasculitele de vas variabil (Boala Behcet, Sindromul lui Cogan) sunt apreciați inapți, cu excepția persoanelor examinate pe coloanal IV, la care aptitudinea se va stabili individual în baza activității procesului autoimun sistemic, afectărilor organelor “țintă”, acutizări anuale.

#### IV. BOLILE SISTEMULUI DIGESTIV

Paragraful baremului medical	Nozologie	<u>COLOANA 1</u>	<u>COLOANA 2</u>	<u>COLOANA 3</u>	<u>COLOANA 4</u>
1	2	3	4	5	6
<b>1. Boli ale esofagului</b>					
<b>1.1</b>	Boli esofagiene curente sau în anamneză necomplicate/ tratate* (boala de reflux gastroesofagian, esofagita de reflux, hernie hiatală tip I)	Apt	Apt	Apt	Apt
<b>1.2</b>	Boli esofagiene curente sau în anamneză care includ ulcerări, stricturi, fistule	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>1.3</b>	Boala de reflux gastroesofagian complicată cu: strictura esofagiană, Esofag Barrett	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>1.4</b>	Boli funcționale esofagiene (pirosis funcțional, hipersensitivitate de reflux, durere retrosternală noncardiacă, disfagie funcțională, globus..)	Apt	Apt	Apt	Apt
<b>1.5</b>	Esofagita eozinofilică	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>1.6</b>	Hernia hiatală de oricare tip (prin alunecare, prin rostogolire, mixta) netratată	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<b>1.7</b>	Diverticuli esofagieni	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<b>1.8</b>	Tulburări motorii esofagiene (spasmul difuz esofagian, esofagul „spărgător de nuci”)	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>2. Boli ale stomacului și duodenului</b>					

<b>2.1</b>	Bolile stomacului și duodenului curente sau în anamneză tratate (gastrita acută sau cronică, gastroduodenită, duodenită, polip gastric < 2 mm*)	Apt	Apt	Apt	Apt
<b>2.2</b>	Ulcer peptic necomplicat tratat cel puțin cu 6 luni în urmă	Apt	Apt	Apt	Apt
<b>2.3</b>	Ulcer peptic complicat cu hemoragie digestivă, stenoză sau perforare, cu o vechime mai mica de 5 ani	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<b>2.4</b>	Rezecție stomacală din diferite cauze (precum și alte intervenții chirurgicale, ex. Bypass gastric).	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
<b>2.5</b>	Dispepsie gastrică care nu răspunde la tratament	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Apt
<b>2.6</b>	Tumorile gastrice benigne: a) Polipii gastrici (> 2 mm)	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Apt
	b) Leiomiomul	Inapt	Inapt	Apt	Apt
	c) Leiomioblastomul, lipomul	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	d) Tumori carcinoide gastrice	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>2.7</b>	Tumorile și limfoamle maligne gastrice	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>3. Boli ale pancreasului</b>					
<b>3.1</b>	<i>Boli ale pancreasului:</i> a) Pancreatita acută sau cronică în exacerbare, pseudochist sau chisturi pancreatice)	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) Pancreatita cronică latentă	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
<b>4. Bolile intestinului subțire și ale colonului</b>					
<b>4.1</b>	Boli inflamatorii intestinale curente sau în anamneză cu tratament sau fără tratament (Colita ulcerativă, Boala Crohn, colita microscopică, colita ischemică)	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt

4.2	Boli intestinale asociate cu sl de malabsorbție (enteropatia glutenică, insuficiența pancreatică, după intervenții chirurgicale, insuficiența lactazică)	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
4.3	Boli intestinale cronice, cu vechime de cel mult 2 ani, care includ pseudobstrucție, megacolon, volvulus	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
4.4	Sindromul de intestin iritabil	Inapt	Apt	Apt	Apt
4.5	<i>Diverticuli ai intestinului subțire și intestinului gros:</i>				
	a) Diverticoli solitari (cu sau fără semne de diverticulită)	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Apt
	b) Diverticuloza	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>5. Boli hepatice cronice</b>					
5.1	<i>Boli hepatice cronice virale:</i>				
	Gradul de fibroză:				
	a) cu grad de fibroză F0-F1	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) cu grad de fibroză F1-F2	Apt	Apt	Apt	Apt
	c) cu grad de fibroză F2-F3	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	d) cu grad de fibroză F3-F4	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	<i>Gradul de activitate și dereglări funcționale:</i>				
	a) Cu semen obiective fără dereglări funcționale	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) Activitate minimală și dereglări funcționale ne semnificative	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
	c) Cu activitate moderată și/sau dereglări funcționale moderate	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
d) Cu activitate înaltă și/sau dereglări funcționale semnificative	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt	
5.2	<b>Boli hepatice cronice virale tratate</b>				
	<i>Gradul de fibroză:</i>				
	a) cu grad de fibroză F0-F1	Apt	Apt	Apt	Apt

	b) cu grad de fibroză F1-F2	Apt	Apt	Apt	Apt
	c) cu grad de fibroză F2-F3	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	d) cu grad de fibroză F3-F4	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<i>Gradul de activitate și dereglări funcționale:</i>					
	e) Cu semen obiective fără dereglări funcționale	Apt	Apt	Apt	Apt
	f) Cu activitate minimală și dereglări funcționale ne semnificative	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
	g) Cu activitate moderată și/sau dereglări funcționale moderate	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	h) Cu activitate înaltă și/sau dereglări funcționale semnificative	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>6. Boli hepatice nonvirale</b>					
<b>6.1</b>	<i>Boli hepatice cronice nonvirale</i> (hepatita autoimună, colangita biliară primară, colangita sclerozantă primitivă, colangita autoimună, boala Wilson,	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>6.2</b>	Hemocromatoza idiopatică, deficiența de alfa-1 antitripsina) <i>Hiperbilirubinemiile ereditare</i> (sl Gilbert, s. Krieglner-Najjar, Dabin-Jonson)	Apt	Apt	Apt	Apt
<b>7.</b>	<i>Boala ficatului gras metabolic asociată:</i>				
	a) Steatoza hepatică	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) Steatohepatita*	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<b>8.</b>	Ciroza hepatică	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>9.</b>	Chisturi hepatice (unice sau multiple), formațiuni tumorale benigne, hemangiom	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<b>10.</b>	Carcinom hepatocelular și alte tumori hepatice maligne	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>11.</b>	Boli hepatice vasculare (sl Budd-Chiari, bola veno-ocluzivă, tromboza de venă portă, pelioza hepatică, hepatita ischemică)	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt

<b>12.</b>	Stare post-transplant hepatic	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>13. Boli ale vezicii biliare și ale căilor biliare</b>					
<b>13.1</b>	Sindromul postcolecistectomic (fără disfuncția sf.Odi)	Inapt	Inapt	Apt	Apt
<b>13.2</b>	Lipsa vezicii biliare (postcolecistectomie fără dereglări)	Apt	Apt	Apt	Apt
<b>13.3</b>	Disfuncția de sfincter Oddi	Inapt	Inapt	Apt	Apt
<b>13.4</b>	Bolile funcționale ale vezicii biliare	Apt	Apt	Apt	Apt
<b>13.5</b>	Litiază biliar	Inapt	Inapt	Apt	Apt
<b>13.6</b>	Colecistita acută	Inapt	Necesită tratament	Necesită tratament	Necesită tratament
<b>13.7</b>	<i>Polipi ai vezicii biliare:</i>				
	a) polip solitar (pînă la 5mm)	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) polipoza veziculară	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<b>14.</b>	Herniile (inghinală, crurală, ombilicală); alte hernii abdominale:	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	a) cu dereglări funcționale semnificative				
	b) cu dereglări funcționale moderate				
c) cu semne obiective, fără dereglări funcționale	Inapt	Inapt	Apt	Apt	

**EXPLICAȚIE  
PRIVIND APLICAREA PARAGRAFELOR BAREMULUI MEDICAL  
PRIVIND SISTEMUL DIGESTIV**

**Paragraful nr 1**

**Pct.1.6.** col. 3 și 4 aptitudinea se stabilește individual se referă către persoanele care necesită tratament de întreținere pentru o lungă durată de timp (mai mulți ani), fără corecție chirurgicală. Pentru aceste persoane este recomandată evaluarea periodică (odată la 6 luni) de către medicul specialist gastroenterolog, chirurg, pentru corecția chirurgicală. La apariția complicațiilor aptitudinea se stabilește după punctul 2.2.

**Pct.1.7.** col. 3 și 4 aptitudinea se stabilește individual prevede că aceste persoane își pot continua activitatea, în lipsa simptomelor clinice și complicațiilor.

## **Paragraful nr 2**

**Pct.2.2** se referă la ulcerile pieptice necomplicate, cu sau fără cicatrice, se admite deformații ulcero-cicatriciale moderate, dar fără dereglări evacuatorii.

**Pct.2.3**, col. 3 și 4 aptitudinea se stabilește individual se referă către persoanele la care endoscopic s-a stabilit vindecare totală se consideră „**Apti**”, inclusiv soluționate chirurgical. În cazul stenozelor de indică duodenografia și la stabilirea retardării evacuației mai mult de 2 ore a substanței de contrast se consideră „**Inapt**”. Reangajarea pe coloana III-IV este admisă după vindecare, cu o perioadă de remisie mai mare de 3 ani.

**Pct. 2.4** pentru coloana 4 la reangajare se va lua decizia apt pentru candidații după rezecție gastrică în cazul în care nu este dereglată funcția digestivă (Dumping- sindrom, diaree persistentă, malnutriția cu IGC 18,5-19 și mai jos).

**Pct.2.5** col. 3 Aptitudinea se stabilește individual se referă către persoanele care necesită tratament de întreținere pentru o lungă durată de timp (mai mulți ani). Pentru aceste persoane este recomandată evaluarea periodică (odată la 6 luni) de către medicul specialist gastroenterolog, pentru corecția medicamentoasă. Persoanele respective pot fi încadrate în activitate militară. (de exclus).

**Pct.2.6**, col. 3 aptitudinea se stabilește individual se referă către persoanele care au fost supuși polipectomiei endoscopice, pentru polipi adenomatoși mai mari de 2 mm (fără semne de malignizare la examen histopatologic), sau pentru polipii hiperplastici necomplicați. În cazul diagnosticării polipilor adenomatoși mai mari de 2 mm supuși tratamentului chirurgical (excizie prin gastrectomie sau prin chirurgie laparoscopică), sau polipilor hiperplastici îndepărtați chirurgical, acești pacienți vor fi considerați „**Inapt**” pentru activitate.

## **Paragraful nr.3**

**Pct.3.1** pancreatita acută necesită tratament și se supune expertizei în perioada de remisie. Dereglările funcționale exo și endocrine cu intensitate moderat-severă pot fi motiv pentru inaptitudine. Pancreatita acută complicată, chisturi și pseudochisturi de pancreas pe coloana I, II se clasează ca – „**Inapt**”.

## **Paragraful nr.4**

**Pct. 4.5**, col. 4 aptitudinea se stabilește individual se referă către persoanele cu diverticuli solitari și fără semne de diverticulită. Aceste persoane pot fi încadrate în activitatea militară.

## **Paragraful nr.5**

**Pct. 5.1** vizează hepatitele virale cronice. Aptitudinea individuală se stabilește în dependență de gradul fibrozei și activității maladiei/dereglării funcționale. La suprapunerea acestor indicatori aptitudinea se va aprecia după criteriul mai sever. Prezența manifestărilor extrahepatice (hipersplenism, hipertensie portală, vrice esofagieni) prezumă – „**Inapt**”.

**Pct. 5.2.** Se va considera hepatită cronică virală tratată în lipsa ADN/ARN viral la testul PCR; Prezența marcerilor de imunitate (ex.: anti-HBS), în toate cazurile la angajare și reangajare se va efectua gradul de fibroză și activitatea procesului. La suprapunerea acestor indicatori aptitudinea se va aprecia după criteriul mai sever. Prezența manifestărilor extrahepatice (hipersplenism, hipertensie portală, vrice esofagieni) prezumă – „**Inapt**”.

**Paragraful nr.6**, aptitudinea se stabilește individual se referă către persoanele cu steatohepatită în prezența sindromului de citoliză moderat-sever. Aceste persoane necesită a fi tratate, apoi evaluate pentru încadrare în activitate. Persistența activității sever/înaltă pe fondal de tratament cu repetarea investigațiilor peste o lună prevede – „**Inapt**”. Pe col. II-IV decizia va fi luată în dependență de gradul fibrozei și activității maladiei/dereglării funcționale.

**Paragraful nr.19.** pe coloana III-IV în lipsa creșterii și lipsa dereglărilor funcționale - nu împiedică activitatea în MAI/CNA.

**Paragraful nr.12**, la acest paragraf se atestă și donatorii de organ, care pentru angajare/reangajare sunt „**Inapt**”, iar pe coloanele III-IV decizia se va lua individual în dependență de dereglări funcționale. Dereglările moderat/severe se clasează – „**Inapt**”.

### **Paragraful nr.13**

**Pct.13.2** aprecierea aptitudinii se poate face după 6 luni de la colecistectomie. Lipsa sindromului postcolecistectomic și a dereglărilor funcționale nu împiedică satisfacerea serviciului.

**Pct. 13.7** lit. (b). polipoza veziculară se consideră o stare precanceroasă și la dimensiunile polipilor >5mm se recomandă intervenție chirurgicală, în caz de refuz la tratament chirurgical se ia decizia „**Inapt**”. La reangajare pentru coloana 3 și 4 se ia decizia „**Inapt**”, iar după 6 luni de la tratamentul chirurgical fără complicații și dereglări funcționale se consideră „**Apt**”. La angajare după tratament chirurgical se examinează conform punctului 1.2.

**Paragraful nr.14** prevede herniile (inghinală, crurală, ombilicală, hiatală); alte hernii abdominale.

În cazul herniilor la momentul examinării medicale sunt apreciate inapt. După 6 luni de la tratamentul chirurgical fără complicații și dereglări funcționale se consideră apti.

Acest paragraf se aplică în cazul rezultatelor nesatisfăcătoare ale tratamentului (recidivele herniei) sau refuzul de la tratament chirurgical, cât și contraindicațiile pentru tratament chirurgical.

*Lit.(a)* prevede herniile externe voluminoase cu recidive repetate, pentru reducerea cărora este necesară aplicația manuală sau decubitul orizontal al corpului, cu dereglarea funcției organelor interne; herniile diafragmale (cât și relaxarea diafragmatică), cu dereglarea funcției organelor cutiei toracice sau încarcerări frecvente (2 și mai multe ori pe an); herniile multiple; herniile ventrale nereductibile. Primul recidiv al herniei după tratament chirurgical nu prevede aplicarea punctului „a”.

*Lit. (b)* prevede herniile hiatalului esofagian al diafragmei, fără dereglările expuse în punctul „a” și cu rezultatele satisfăcătoare ale tratamentului, herniile externe recidivante de dimensiuni moderate cu tendința de încarcerare, care apar în decubit vertical la efort fizic neînsemnat, prin tusă, cât și herniile ventrale, care necesită portul bandajului.

Herniile mici ombilicale, lipoma preperitoneală a liniei albe, cât și dilatarea inelelor inghinale fără hernie la efort fizic, (scremet și tusea) nu permit aplicarea acestui paragraf, nu constituie contraindicație pentru îndeplinirea activitatea în MAI/CNA și studii în instituțiile de învățământ ale MAI.



## V. BOLILE APARATULUI GENITO-URINAR

Paragraful baremului medical	Nozologie	<u>COLOANA 1</u>	<u>COLOANA 2</u>	<u>COLOANA 3</u>	<u>COLOANA 4</u>
1	2	3	4	5	6
<b>1. N00-N08 Boli glomerulare</b>					
<b>1.1</b>	<p><b>N00.0 Sindrom nefritic acut, anomalie glomerulara minora</b>                      N00.1 Sindrom nefritic acut, leziuni glomerulare segmentare si focale                      N00.2 Sindrom nefritic acut, glomerulonefrita membranoasa difuza                      N00.3 Sindrom nefritic acut, glomerulonefrita proliferativa mesangiala difuza                      N00.4 Sindrom nefritic acut, glomerulonefrita proliferativa endocapilara difuza                      N00.5 Sindrom nefritic acut, glomerulonefrita mesangio-capilara difuza                      N00.6 Sindrom nefritic acut, boala cu depozit dens                      N00.7 Sindrom nefritic acut, glomerulonefrita difuza in crestere                      N00.8 Sindrom nefritic acut, altul                      N00.9 Sindrom nefritic acut, nespecificat</p>	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>1.2</b>	<p><b>N01.0 Sindrom nefritic progresiv rapid, anomalie glomerulara minora</b>                      N01.1 Sindrom nefritic progresiv rapid, leziuni glomerulare segmentare si focale                      N01.2 Sindrom nefritic progresiv rapid, glomerulonefrita membranoasa difuza                      N01.3 Sindrom nefritic progresiv rapid, glomerulonefrita proliferativa mesangiala difuza                      N01.4 Sindrom nefritic progresiv rapid, glomerulonefrita proliferativa endocapilara difuza                      N01.5 Sindrom nefritic progresiv rapid,</p>	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt

	glomerulonefrita mesangio-capilara difuza N01.6 Sindrom nefritic progresiv rapid, boala cu depozit dens N01.7 Sindrom nefritic progresiv rapid, glomerulonefrita difuza in crestere N01.8 Sindrom nefritic progresiv rapid, altul N01.9 Sindrom nefritic progresiv rapid, nespecificat				
<b>1.3</b>	<b>N02.0 Hematuria persistenta si recurenta, anomalie glomerulara minora</b> N02.1 Hematuria persistenta si recurenta, leziuni glomerulare segmentare si focale N02.2 Hematuria persistenta si recurenta, glomerulonefrita membranoasa difuza N02.3 Hematuria persistenta si recurenta, glomerulonefrita proliferativa mesangiala difuza N02.4 Hematuria persistenta si recurenta, glomerulonefrita proliferativa endocapilara difuza N02.5 Hematuria persistenta si recurenta, glomerulonefrita mesangio-capilara difuza N02.6 Hematuria persistenta si recurenta, boala cu depozit dens N02.7 Hematuria persistenta si recurenta, glomerulonefrita difuza in crestere N02.8 Hematuria persistenta si recurenta, alta N02.9 Hematuria persistenta si recurenta, nespecificata	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
<b>1.4</b>	<b>N03.0 Sindrom nefritic cronic, anomalie glomerulara minora</b> N03.1 Sindrom nefritic cronic, leziuni glomerulare segmentare si focale N03.2 Sindrom nefritic cronic, glomerulonefrita membranoasa difuza N03.3 Sindrom nefritic cronic, glomerulonefrita proliferativa mesangiala difuza N03.4 Sindrom nefritic cronic, glomerulonefrita proliferativa endocapilara difuza N03.5 Sindrom nefritic cronic, glomerulonefrita mesangio-capilara difuza N03.6 Sindrom nefritic cronic, boala cu depozit dens N03.7 Sindrom nefritic cronic,	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual

	glomerulonefrita difuza in crestere N03.8 Sindrom nefritic cronic, altul N03.9 Sindrom nefritic cronic, nespecificat				
1.5	<b>N04.0 Sindrom nefrotic, anomalie glomerulara minora</b> N04.1 Sindrom nefrotic, leziuni glomerulare segmentare si focale N04.2 Sindrom nefrotic, glomerulonefrita membranoasa difuza N04.3 Sindrom nefrotic, glomerulonefrita proliferativa mesangiala difuza N04.4 Sindrom nefrotic, glomerulonefrita proliferativa endocapilara difuza N04.5 Sindrom nefrotic, glomerulonefrita mesangio-capilara difuza N04.6 Sindrom nefrotic, boala cu depozit dens Syndroma nephroticum, glomerulonephritis membranoproliferativa typus 2 N04.7 Sindrom nefrotic, glomerulonefrita difuza in crestere N04.8 Sindrom nefrotic, altul N04.9 Sindrom nefrotic, nespecificat	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
1.6	<b>N05.0 Sindrom nefritic nespecificat, anomalie glomerulara minora</b> N05.1 Sindrom nefritic nespecificat, leziuni glomerulare segmentare si focale N05.2 Sindrom nefritic nespecificat, glomerulonefrita membranoasa difuza N05.3 Sindrom nefritic nespecificat, glomerulonefrita proliferativa mesangiala difuza N05.4 Sindrom nefritic nespecificat, glomerulonefrita proliferativa endocapilara difuza N05.5 Sindrom nefritic nespecificat, glomerulonefrita mesangio-capilara difuza N05.6 Sindrom nefritic nespecificat, boala cu depozit dens N05.7 Sindrom nefritic nespecificat, glomerulonefrita difuza in crestere N05.8 Sindrom nefritic nespecificat, altul N05.9 Sindrom nefritic nespecificat, nespecificat	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
1.7	<b>N06.0 Proteinurie izolata cu leziune morfologica specificata, anomalie glomerulara minora</b>	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3)

	N06.1 Proteinuria izolata cu leziune morfologica specificata, leziuni glomerulare segmentare si focale N06.2 Proteinuria izolata cu leziune morfologica specificat, glomerulonefrita membranoasa difuza N06.3 Proteinuria izolata cu leziune morfologica specificata, glomerulonefrita proliferativa mesangiala difuza N06.4 Proteinuria izolata cu leziune morfologica specificata, glomerulonefrita proliferativa endocapilara difuza N06.5 Proteinuria izolata cu leziune morfologica specificata, glomerulonefrita mesangio-capilara difuza N06.6 Proteinuria izolata cu leziune morfologica specificata, boala cu depozit dens N06.7 Proteinuria izolata cu leziune morfologica specificata, glomerulonefrita difuza in crestere N06.8 Proteinuria izolata cu leziune morfologica specificata, alta N06.9 Proteinuria izolata cu leziune morfologica specificata, nespecificata				Apt, K-DOQI $\geq$ 3 Inapt)
<b>1.8</b>	<b>N07.0 Nefropatia ereditara, anomalie glomerulara minora</b>	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>2. N10-N16 Bolile renale tubulo-interstitiale</b>					
<b>2.1</b>	<b>N10 Nefrita tubulo-interstitiala acuta</b>	Tratament	Tratament	Tratament	Tratament
<b>2.2</b>	<b>N11.0 Pielonefrita neobstructiva cronica asociata cu un reflux</b> N11.1 Pielonefrita obstructiva cronica N11.8 Alta nefrita tubulo-interstitiala cronica N11.9 Nefrita tubulo-interstitiala cronica, nespecificata	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI $\geq$ 3 Inapt)	Aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI $\geq$ 3 Inapt)
<b>2.3</b>	<b>N12 Nefrita tubulo-interstitiala, nespecificata ca acuta sau cronica</b>	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI $\geq$ 3 Inapt)	Aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI $\geq$ 3 Inapt)
<b>2.4</b>	<b>N13.0 Hidronefroza cu obstructia jonctiunii pelviene-ureterale</b> N13.1 Hidronefroza cu strictura ureterala, neclasificata altunde N13.2 Hidronefroza cu obstructie calculoasa renala si ureterala	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI $\geq$ 3 Inapt)	Aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI $\geq$ 3 Inapt)

	N13.3 Hidronefroza, alta si nespecificata N13.4 Hidro-ureter N13.5 Cudura si strictura ureterala fara hidronefroza N13.6 Pionefroza N13.7 Uropatia asociata cu un reflux vezico-ureteral N13.8 Alta uropatie obstructiva si cu reflux N13.9 Uropatia cu reflux si obstructiva, nespecificata				
2.4	<b>N14.0 Nefropatia analgezica</b> N14.1 Nefropatia cauzata de alte droguri, medicamente si substante biologice N14.4 Nefropatia toxica, neclasificata altundeva	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI≥3 Inapt)	Aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI≥3 Inapt)
3.	<b>N15.1 Abces renal si perirenal</b> N15.9 Boala tubulo-interstitiala renala, nespecificata	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
4.	<b>N17-N19 Insuficienta renala</b> N17.0 Insuficienta renala acuta cu necroza tubulara N17.1 Insuficienta renala acuta cu necroza corticala acuta N17.2 Insuficienta renala acuta cu necroza medulara N17.8 Alta insuficienta renala acuta N17.9 Insuficienta renala acuta, nespecificata	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
5.	<b>N18.0 Boala renala in stadiul final (BCR)</b>	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
6.	<b>N20-N23 Litiaza urinara</b>	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
7.	<i>Chist renal:</i>				
	a) cu tulburări funcționale semnificative;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări funcționale moderate;	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	c) cu tulburări funcționale ne semnificative;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	d) cu semne obiective în lipsa tulburărilor funcționale	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual, în unitățile cu destinație specială- inapt	Apt	Apt
8.	<b>N30.0 Cistita acuta</b>	Tratament	Tratament	Tratament	Tratament
9.	<b>N31.0 Vezica urinara neuropatica</b>	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
10.	<b>N32.0 Obstructia colului vezicii urinare</b> N32.1 Fistula vezico-intestinala	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual

	N32.2 Fistula vezicala urinara, neclasificata altundeva N32.3 Diverticulul vezicii urinare N32.4 Ruptura vezicii urinare, netraumatica			(pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI≥3 Inapt)	(pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI≥3 Inapt)
11.	<b>N34.0 Abces uretral</b> N34.1 Uretrita nespecifica	Tratamant	Tratamant	Tratamant	Tratamant
12.	<b>N35.0 Strictura uretrala, post-traumatica</b> N35.1 Strictura uretrala post-infecioasa, neclasificata altundeva N35.9 Strictura uretrala, nespecificata	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI≥3 Inapt)	Aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI≥3 Inapt)
13.	<b>N36.0 Fistula uretrala</b> N36.1 Diverticul uretral N36.3 Prolapsul mucoasei uretrale	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI≥3 Inapt)	Aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI≥3 Inapt)
14.	<b>N39.1 Proteinuria persistenta, nespecificata</b> N39.2 Proteinuria ortostatica, nespecificata N39.3 Incontinenta urinara de stress N39.81 Sindromul hematuriei/durerii in lombe			Aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI≥3 Inapt)	Aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI≥3 Inapt)
15.	<i>Nefroptoza:</i>				
	a) Gradul I	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) Gradul II	Apt	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
	c) Gradul III-IV	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
16.	<i>Bolile organelor genitale la bărbați (hiperplazia, afecțiunile inflamatorii și alte afecțiuni ale prostatei; hidrocelul, orhita și epididimita; hipertrofia prepuțului și fimoză; afecțiuni ale penisului; alte afecțiuni ale organelor genitale; criptorhizm):</i>				
	a) cu tulburări funcționale semnificative;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări funcționale moderate;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) cu tulburări funcționale ne semnificative;	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
	d) cu semne obiective în lipsa tulburărilor funcționale	Apt	Apt	Apt	Apt
17.	<i>Afecțiuni inflamatorii cronice ale organelor genitale ale femeii (afecțiunile inflamatorii ale ovarelor, trompelor uterine, ale țesutului adipos pelvian, peritoneului, colului uterin, vaginului, vulvei), însoțite de tulburări funcționale ale sferei genitale:</i>				
	a) cu acutizări frecvente (mai mult de 3 ori pe an);	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) cu acutizări rare (până la 3 ori pe an).	Aptitudinea se stabilește individual	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
18.	<i>Endometrioza genitală și extragenitală:</i>				

	a) cu tulburări funcționale semnificative;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări funcționale moderate;	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) cu tulburări funcționale ne semnificative.	Apt	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
<b>19.</b>	<i>Prolapsul și alte anomalii de poziție ale organelor genitale la femei, fistule ale tractului genital:</i>				
	a) cu tulburări funcționale semnificative;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări funcționale moderate;	Aptitudinea se stabilește individual	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) cu semne obiective în lipsa tulburărilor funcționale.	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<b>20.</b>	<i>Dereglarea funcțiilor ovariene și menstruale:</i>				
	a) cu tulburări funcționale semnificative;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) cu tulburări funcționale moderate;	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) cu tulburări funcționale ne semnificative.	Apt	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
<b>21.</b>	Histerectomia, cu sau fără anexe	Apt	Apt	Apt	Apt
<b>22.</b>	Dereglări funcționale temporare după afecțiunile acute, acutizarea celor cronice ale sistemului genito-urinar, organelor genitale la femei sau după tratament chirurgical	Tratament	Tratament	Tratament	Tratament
<b>23.</b>	<b>SARCINA, NAȘTEREA, LĂUZIA ȘI COMPLICAȚIILE ACESTORA</b>				
	<b>Sarcina. Lăuzia:</b>				
	a) evoluție cu complicații;	Se examinează după soluționarea sarcinii	Se examinează după soluționarea sarcinii	Se examinează după soluționarea sarcinii	Se examinează după soluționarea sarcinii
b) fără complicații.	Se examinează după soluționarea sarcinii	Se examinează după soluționarea sarcinii	Se examinează după soluționarea sarcinii	Se examinează după soluționarea sarcinii	

**EXPLICAȚIE**  
**PRIVIND APLICAREA PARAGRAFELOR BAREMULUI MEDICAL**  
**PRIVIND SISTEMUL GENITO-URINAR**

**Paragraful nr. 1.** prevede bolile glomerulare cu manifestare de sindroame nefritic, nefrotic și hipertensiv.

**Glomerulonefritele primare** (GN) prezintă o grupă heterogenă de afecțiuni patologice declanșate, în principal, de dereglări imunologice cu semne clinico-morfologice inflamatorii a glomerulilor. **Glomerulonefritele cronice** (GNC) – grup de maladii renale cu afectarea glomerulilor cu etiologie, patogenie, manifestări clinice, morfologice, evoluție și prognostic diferit.

**Glomeruloscleroza focală și segmentară** (GSFS) este o boală glomerulară cu un tablou histologic ce se caracterizează printr-un proces de glomeruloscleroză care cuprinde numai o porțiune din glomerul (leziune segmentară) și numai o parte din glomerule (leziune focala).

**Glomerulonefrita membranoproliferativă** (GNMP) este o boală glomerulară, ce se caracterizează: din punct de vedere histologic – prin proliferarea celulelor mezangiale, expansiunea celulelor și matricei mezangiale în spațiile subendoteliale și îngroșarea peretelui capilarelor glomerulare, asociind adesea depozite de complexe imune sau nonimune și complement: iar din punct de vedere patogenic – prin scăderea persistentă a nivelului complementului seric și clinic prin sindrom nefrotic, hematurie microscopică sau macroscopică, hipertensiune arterială și evoluție progresivă spre (BCR).

**Nefropatia cu IgA** reprezintă o patologie glomerulară, caracterizată prin prezența depozitelor mezangiale de imunoglobuline, majoritatea fiind din clasa IgA.

**Glomerulonefrita membranoasă** (GNM) termenul de nefropatie membranoasă definește un grup de afecțiuni glomerulare manifestate, caracterizate morfologic prin îngroșarea difuză și uniformă a membranei bazale glomerulare și prin depozite imune localizate subepitelial, în absența proliferării celulare sau a modificărilor inflamatorii glomerulare.

**Glomerulonefrita rapid progresivă** (GNRP) este o entitate clinico-patologică care se caracterizează printr-o pierdere rapidă a funcțiilor renale – de la câteva săptămâni până la 12 luni – cu afectarea extensivă a glomerulelor cu semiluni (cu implicarea a mai mult de 50% din glomerule).

**Sindromul nefrotic** reprezintă complexul de manifestări clinico-biologice apărute în cursul anumitor boli renale sau extrarenale, exprimate prin proteinurie egală sau mai mare de 3,5 g/24 ore, asociată cu lipurie, urmate de consecințe clinice și metabolice ca hipoproteinemie, hipoalbuminemie, hiperlipemie, cu hipercolesterolemie, edeme cu oligurie, al căror substrat morfologic este reprezentat de leziuni la nivelul membranei bazale glomerulare cu creșterea secundară a permeabilității acesteia.

Pentru GNC sunt caracteristice 3 sindroame:

1. Sindrom nefrotic
2. Sindrom nefritic cronic
3. Sindrom rapid progresiv

### **1. Sindrom nefrotic primar**

*Substratul histopatologic este variabil:*

- Leziuni glomerulare minime
- Glomeruloscleroza focală și segmentară
- Glomerulonefrita extramembranoasă
- Glomerulita proliferativă
- Glomerulonefrita membrano-proliferativă
- Alte glomerulonefrite proliferative:
  - Glomerulonefrita proliferativă mezangială
  - Glomerulonefrita proliferativă intra- și extracapilară
  - Glomerulonefrita proliferativă focală și segmentară

### **2. Sindrom nefrotic secundar**



### ***Cauze:***

- Afecțiuni renale:
  - Glomerulonefrita poststreptococică
  - Nefropatia gravidică
  - Transplantul renal
  - Pielonefrită cronică cu reflux vezico-ureteral
  - Necroza papilară
  - Polichistoza renală
  - Stenoza de arteră renală
  - Glomerulonefrita cu depozite de IgA
  
- Infecții:
  - Cronice;
  - Specifice;
  - Tuberculoză;
  - Lues;
  - Lepră;
  - Nespecifice;
  - De focar;
  - Generale.
  
- Acute:
  - Difteria;
  - Endocardita bacteriană;
  - Nefrita de șunt;
  - Hepatita virală B;
  - Mononucleoza infecțioasă;
  - Varicela;
  - Boala incluziilor citomegalice;
  - Citomegaloviroze.
  
- Parazitoze:
  - Malaria;
  - Leishmanioza;
  - Toxoplasmoza.
  
- Toxic-medicament:
  - Exogene: insecticide, fungicide, anticonvulsivante, săruri de Au, Hg, Bi, Pb, Li, Trimetadionă, Parametadionă, Penicilamină, Probenecid, Hidrochinonă, Tolbutamid, citostatice, Captopril, Heroina, Ampicilina;

- Endogene – eliminări crescute de Acid uric, Calciu, etc.
- Alergice:
  - Vaccino și seroterapie;
  - Diverși alergeni: polenuri, pulberi, înțepături de insecte, mușcături de șarpe, otravă de stejar sau de iederă, rhus toxicodendron, paraziți intestinali.
- Mecanice (congestive, vasculare):
  - Tromboză de venă cavă sau de vene renale;
  - Pericardită constrictivă;
  - Valvulopatii tricuspidiene;
  - Cardiopatii congenitale;
  - Insuficiență cardiacă.
- Endocrino – metabolice:
  - Glomerulopatia diabetică;
  - Cistinoze;
  - Glicogenoze;
  - Mixedem;
- Paraproteinoze (rinichiul disglobulinemic):
  - Amiloidoză;
  - Mielom multiplu;
  - Macroglobulinemia Waldenström;
  - Boala lanțurilor grele Franklin;
  - Crioglobulinemii;
  - Disproteinemii atipice.
- Imunologice (boli de sistem)
  - LES;
  - Poliarterita nodoasă;
  - Sclerodermie;
  - Vasculite sistemice;
  - Poliartrita reumatoidă;
  - Purpura Henoch-Schonlein;
  - Dermatomiozita;
  - Boala Sharp (Maladia mixtă a țesutului conjunctiv);
  - Lipodistrofia parțială;
  - Sindromul Sjogren;

- Sarcoidoza.
  - Neoplazice, hemopatii maligne:
    - Cancere viscerale (pulmon, gastric, colon, mamar);
    - Limfoame Hodgkin și non-Hodgkin;
    - Leucoze;
    - Hipernefromul, tumora Wilms;
    - Melanom malign;
    - Cancere ale glandelor endocrine;
    - Cancer ovarian;
  - Genetice congenitale:
    - Sindrom Alport;
    - Boala Fabry;
    - Deficit de  $\alpha 1$  antitripsină;
    - Sindrom unghie-patelă;
    - Sindrom nefrotic congenital.
  - Diverse:
    - Dermatoze (dermatita hepetică, lichen plan, psoriazis);
    - Obezitate;
    - Jejuno-ileita, colita ulceroasă;
    - Drepanocitoza;
    - SIDA;
    - Astmul bronșic.

#### Cauzele sindromului nefritic cronic:

- GNC poststreptococică sau alte GNC infecțioase;
- GNC primitive, cu depuneri mezangiale de tip membranos sau proliferativ, cu depuneri mezangiale de IgA/IgG;
- hematuria recurentă idiopatică, proteinuria permanentă izolată, bolile renale ereditare etc.

În funcție de predominanța HTA sau a edemelor și rapiditatea evoluției spre BCR, sunt descrise 4 forme clinice ale sindromului nefritic cronic:

- Forma vasculară – cu HTA (proteinurie < 3,5 g/24 ore);
- Forma cu sindrom nefrotic – cu edeme (proteinurie > 3,5 g/24 ore, fără HTA);
- Forma mixtă – cu HTA și edeme (ca un sindrom nefrotic impur);
- Forma rapid progresivă – BCR terminală în 6 luni – 2 ani;

N.B. numai ¼ din sindroamele nefritice cronice au în antecedente un sindrom nefritic acut.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu nefropatii glomerulare sunt apreciați „**Inapt**”. Pentru angajații examinați pe coloana IV cu *N06.0 Proteinurie izolată cu leziune morfologică specificată, anomalie glomerulară minoră* aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 - Apt, K-DOQI≥3 - „**Inapt**”).

**Paragraful nr 2.** prevede N10-N16 Bolile renale tubulo-interstițiale.

Nefropatii interstițiale sunt afecțiuni renale în care leziunile dominante sunt situate în interstițiul renal la care se asociază ulterior modificări tubulare, cu păstrarea integrității glomerulare și a vascularizației intrarenale.

Nefropatii interstițiale acute (NIA) - sunt boli renale acute care apar de obicei pe rinichi normali, mai rar survin pe leziuni preexistente ale parenchimului renal (glomerulare sau vasculare renale), afectarea inițială fiind cea interstițială.

Nefrita tubulo-interstițială este afectarea tubulo-interstițială de tip inflamator, caracterizată prin dereglarea funcției de concentrare și uneori de filtrare a rinichilor. Pot fi modificări glomerulare, dar poartă (de obicei) un caracter secundar.

Pielonefrita cronică (PNC) reprezintă o inflamație cronică infecțioasă a sistemului calicebazinet renal cu implicarea secundară a țesutului tubulo-interstițial, în stadiile avansate fiind afectate și alte structuri anatomice renale, ca vase și glomerule, cu dezvoltarea consecutivă a sclerozei parenchimului renal. Din punct de vedere terminologic interpretarea noțiunii de pielonefrită variază între școlile de instruire medicală anglo-saxonă și germano-rusă. Conform datelor din literatură termenul anglo-saxon de infecție urinară superioară poate fi considerat echivalent cu pielonefrită cronică în acutizare sau cu pielonefrită acută, diferență între ele rămânând nesubliniată. Referindu-se la noțiunea infecțiilor urinare, în acest caz este necesar de concretizat localizarea (cistită, pielonefrită) și substratul morfologic (inflamație, necroză, supurație) – particularitățile, care în continuare vor modula tactica terapeutică și de management. În CIM 10 (Organizația Mondială a Sănătății, 1995 – varianta morfopatologică) în calitate de compromis, este utilizat termenul de nefrită tubulo-interstițială infecțioasă cronică (postinfecțioasă, cauzată de germeni bacterieni), subliniind astfel substratul morfologic principal, procesul patologic de bază și caracteristica etiologică a maladiei în cauză. Însă, la moment nu există revizia clinică a CIM 10 și diagnosticul de nefrită tubulo-interstițială cronică poate fi stabilit numai histologic. Cu atât mai mult, nu există criterii morfopatologice clare de diferențiere a nefritei tubulo-interstițiale cronice infecțioase în remisiune de alte forme de nefrită tubulo-interstițială cu excepția modificărilor în sistemul calice-bazinet (deformare, dilatare, focare de scleroză), ceea ce și confirmă viabilitatea noțiunii de pielonefrită cronică în calitate de entitate nosologică caracterizată prin coexistența modificărilor patologice primare la nivelul sistemului calice-bazinet cu cele din interstițiul parenchimului renal. Astfel de abordare este ușor de introdus în practică medicală curentă fiindcă această definiție de pielonefrită cronică oferă o posibilitate reală de stabilire clinică a diagnosticului de pielonefrită cronică fără a efectua biopsia renală, facilitând astfel managementul pacienților cu această patologie.

**Pct. 2.1** (*N10 Nefrita tubulo-interstițială acută*) prevede recomandarea efectuării tratamentului în departamentul de profil nefrologic cu luarea deciziei la finele tratamentului efectuat în baza funcției renale.

**Pct. 2.2** (*N11.0 Pielonefrita neobstructivă cronică asociată cu un reflux*), **2.3** (*N12 Nefrita tubulo-interstițială, nespecificată ca acută sau cronică*) și **pct. 2.4** (*N13.0 Hidronefroza cu obstrucția jonctiunii pelviene-ureterale*) - nou-angajații în MAI, candidații pentru studii în instituțiile de învățământ ale MAI și examinații pe coloanele II sunt considerați inapți. Examinații pe coloanele III-IV - aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 - Apt, K-DOQI≥3 - „**Inapt**”).

**Pct.2.4** (*N14.0 Nefropatia analgezică*) - candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA, candidații pentru studii în instituțiile de învățământ ale MAI și examinații pe coloanele II sunt considerați inapți. Examinații pe coloanele III-IV - aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3 - Apt, K-DOQI≥3 - „**Inapt**”).

**Paragraful nr 3.** prevede N15.1 Abces renal și perirenal - candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA, candidații pentru studii în instituțiile de învățământ ale MAI și examinații pe coloanele II-IV - sunt considerați „**Inapt**”.

**Paragraful nr. 4-5.** prevede dereglările funcției renale prin injurie renală acută și boala cronică renală.

**Afectarea renală** este definită ca prezența unor modificări patologice clinice sau de laborator ca de exemplu: microalbuminuria, proteinuria sau hematuria persistentă; modificări structurale renale demonstrate ultrasonografic sau radiologic, glomerulonefrita demonstrată prin biopsie.

**Insuficiența renală acută (IRA)** este o alterare rapidă a funcției renale, care duce la retenția azotată, dereglări hidroelectrolitice și acido-bazice (definiție patogenetică). Primă definiție de consens, elaborată în 2005 la conferința Acute Kidney Injury Network (Amsterdam), în care au participat societățile nefrologice din toată lumea, precum și experții-cheie în domeniul IRA la adulți și copii, sugerează utilizarea termenului de *leziune (injurie) renală acută* (acute kidney injury – AKI) în loc de insuficiență renală acută și rezervarea termenului IRA numai pentru cazurile cele mai grave ale AKI. AKI este definită ca un sindrom patologic complex poli etiologic, care se caracterizează clinic prin creșterea valorilor de creatinină: de la cele ușor ridicate pînă la dezvoltarea IRA. AKI este o creștere bruscă, pe parcurs a mai puțin de 48 de ore, a creatininei serice cu 26,5  $\mu\text{mol/l}$  (0,3 mg/dl) (valorile absolute) sau cu 50% (valorile relative); și/sau oliguria documentată (diminuarea diurezei sub 0,5 ml/kg/oră timp de mai mult de 6 ore). Introducerea limitei de 48 de ore este necesară pentru diferențierea IRA și a IRC. Limita de creștere a creatininei în dinamică, egală 26,5  $\mu\text{mol/l}$  (0,3 mg/dl), este selectată reieșind din datele clinice, care au demonstrat cert că o astfel de majorare este asociată cu creșterea statistic semnificativă a mortalității. Introducerea în cadrul criteriilor AKI a oliguriei este condiționată de faptul bine cunoscut că diureza se sistează în majoritatea cazurilor înainte de creșterea creatininemiei și, astfel, are o valoare predictivă vădită. Este important de conștientizat, că o măsurare corectă a debitului urinar este de facto posibilă numai în condiții de cateterism urinar – cel mai des realizat în SATI, ceea ce limitează evident aplicarea acestui indice în populația generală. În acest context, conform recomandărilor ADQI (2004) și definiției consensuale AKIN (2005) insuficiență renală acută (IRA) este definită ca o creștere rapidă a creatininei serice de 3 ori peste valorile inițiale sau ca o creatininemie peste  $\approx 360 \mu\text{mol/l}$  (4 mg/dl) asociată cu o creștere absolută cu cel puțin  $\approx 45 \mu\text{mol/l}$  (0,5 mg/dl) asociată sau nu cu oligoanurie. Alți autori propun nivelul creatininei  $> 180 \mu\text{mol/l}$  (2 mg/dl) cu creștere dinamică cel puțin 100% și/sau diureza nictemirală  $< 400 \text{ ml}$  ca criterii definitorii ai IRA. Criteriile alternative de diagnostic a IRA sunt creșterea zilnică a concentrației creatininei serice cu  $> 45 \mu\text{mol/l}$  (0,5 mg/dl) și/ sau ureei în ser cu  $> 1,7 \text{ mmol/l}$  (10 mg/dl). Debitul urinar sub 0,25-0,5 ml/kg/oră (timp de 24 de ore) sau diureza nictemirală sub 400- 500 ml definește starea de **oligurie**. **Anuria** se caracterizează prin diureza nictemirală sub 50–100 ml. Este important de menționat, că oligoanuria poate fi ușor mascată de administrarea diureticilor. **IRA oligurică** se definește ca IRA, asociată cu diminuarea diurezei nictemirale sub 400-500 ml. **IRA nonoligurică** se definește ca IRA cu păstrarea diurezei nictemirale peste 400-500 ml. Prezența IRA oligurice sau nonoligurice influențează prognosticul pacienților. Stabilirea formei etiopatogenetice este esențială pentru o conduită optimă a pacientului cu suspexie de IRA. Evidențierea factorului etiologic este importantă și pentru orientarea pacienților pentru spitalizare în secția respectivă. Condițiile contractării IRA (extraspitalicească, intraspitalicească și în SATI) influențează esențial repartizarea cazurilor IRA în funcție de formă etiopatogenetică, gradul de severitate, prognostic, și, efectiv, de caracterul distribuirii resurselor sociale și medicale cu scopul optimizării conduitei pacienților cu IRA. **IRA prerenală** (azotemie prerenală, IRA extrinsecă) este definită ca IRA, ce se dezvoltă ca consecință a tulburărilor irigației renale, fără o afectare renală inițială propriu-zisă. **IRA renală** (IRA intrinsecă, IRA „veridică”, propriu-zisă) este consecința afectării directe a rinichiului de diferiți factori patogeni (infecție, substanțe toxice, procesul autoimun etc.). Pentru **IRA postrenală** este caracteristică o dereglare gravă a pasajului urinar, de obicei, bilateral sau a unicului rinichi. **IRA mixtă** este constatată la pacienții, cu asocierea a doua sau a mai multor forme etiopatogenetice de IRA. Merită de menționat, că orice formă etiopatogenetică a IRA netratată sau tratată neadecvat tardiv are o tendință certă de asociere și a altor forme de IRA, cu o agravare evidentă a evoluției maladiei. Starea arenală, fiind însăși o formă rară, este constatată atunci, cînd la pacient sunt înlăturați ambii rinichi sau unicul rinichi congenital/iatrogen. În practica medicală se înregistrează cazuri, cînd creșterea rapidă a valorilor creatininei și ale ureei, sunt condiționate de hipermetabolism proteic, fără nicio afectare renală asociată și cu diureza frecvent păstrată – „uremie prin hiperproducție”, pseudouremie. Evaluarea nivelului și a dinamicii creatininei din ser, a valorilor și a duratei oliguriei sunt criterii independente, care determină gradul de severitate a IRA și triajul pacientului la etapa prespitalicească și la cea spitalicească, necesitatea aplicării metodelor de epurare extrarenală. Aceste criterii determină stadiul IRA în funcție de gradul de severitate (3 stadii conform clasificării AKIN, 2005). Este importantă definitivarea IRA ca o complicație sau ca o manifestare izolată sau IRA în cadrul insuficienței poliorganice. În ultimul caz este semnificativ agravat prognosticul pacienților, pacientul necesită transfer în SATI, iar unele metode convenționale de tratament devin inaplicabile. Diagnosticarea fazei

evolutive este importantă pentru determinarea complexului de măsuri, aplicate la fiecare etapă de diagnosticare și de tratament, avînd un tablou clinic caracteristic. Clasic sunt evidențiate 4 faze evolutive: debut (acțiunea factorului etiologic patogen), oligoanurie (manifestare clinică a IRA), poliurie (diureză > 3 l/24 de ore, fără diuretice) și reconvalescență (vindecare).

**Boala cronică renală** afectarea rinichilor cu durata  $\geq 3$  luni, care se manifestă prin dereglări structurale și funcționale cu/fără micșorarea RFG. Afectările acestea se manifestă prin: schimbări patomorfologice a parenchimei renale sau dereglări în serul sanguin sau în urină; RFG < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> pe parcursul a 3 și mai multe luni, în prezența sau lipsa altor semne de afectare renală. **Insuficiență Renală Cronică** este un sindrom, instalat ca urmare a scăderii capacității rinichiului de a-și asigura normal funcțiile, datorită leziunilor organice ireversibile bilaterale sau unilaterale în caz de rinichi unic. Există diferite abordări ale concepției de IRC. Conform opiniei savanților americani, IRC este considerată numai în stadiul V al BCR, pe cînd savanții europeni consideră **IRC începînd cu stadiul III al BCR**.

### Clasificarea conform stadiilor K-DOQI a bolii cronice renale

Stadiul	Descrierea	RFG (ml/min/1,73m <sup>2</sup> )	Complicațiile
1.	Afectare renală cu RFG normal	$\geq 90$	-
2.	Afectare renală cu RFG ușor scăzut	60-89	Creșterea concentrației parathormonului Posibil HTA
3.	Scăderea moderată a RFG	30-59	Scăderea absorbției calciului Micșorarea excreției fosfaților Hiperparatiroidism Micșorarea ratei de metabolizare a lipoproteidelor Hipertrofia ventriculului stîng Anemie HTA
4.	Scăderea severă a RFG	15-29	Hiperfosfatemia Malnutriție Acidoză metabolică Tendințe spre hiperkaliemie HTA
5.	Insuficiență renală stabilă	<15	Uremie Insuficiență cardiacă Hiperhidratare HTA

**Pct.4** (N17-N19 *Insuficienta renala (forma prin injurie renală acută)*) – candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru studii în instituțiile de învățămînt ale MAI și examinații pe coloanele II-IV - sunt considerați „**Inapt**”.

**Pct.5** (N18.0 *Boala renala in stadiul final (BCR - Boala cronică renală)*) - candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru studii în instituțiile de învățămînt ale MAI și examinații pe coloanele II-IV - sunt considerați „**Inapt**”.

**Paragraful nr. 6** prevede N20-N23 Litiaza urinara - candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru studii în instituțiile de învățămînt ale MAI și examinații pe coloana II sunt considerați „**Inapt**” în cazul calculelor ce depășesc 6 mm, cu sau fără deformarea SCB. La

înlăturarea calculelor prin metoda non-invazivă examinarea se efectuează peste 6 luni de la procedură. Examinaii pe coloanele III-IV - aptitudinea se stabilește individual, dependent de gradul de afectare funcțională (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI≥3 - „Inapt”).

**Paragraful nr.7** prevede Chist renal. Chistul renal reprezintă o formațiune de volum, cu membrană subțire, formată dintr-o capsulă fibroasă din țesut epitelial, care se dezvoltă din parenchimul renal și care conține, de obicei, lichid seros, uneori hemoragic. Evaluarea pacientului cu chist renal are ca principal scop evaluarea funcțională a rinichiului afectat concomitent cu excluderea altor boli concomitente. Ecografia abdominală este cel mai comun și rapid test imagistic utilizat, fiind posibil astfel să se determine poziția, dimensiunile și raporturile formațiunii chistice, în cazurile chisturilor septate, care prezintă o vascularizare a septurilor prin Doppler este suspect pentru carcinomul renal. În continuare se va efectua urografie intravenoasă sau tomografie computerizată, care oferă informații de mai mare acuratețe și care evaluează totodată și funcția unității renale respective. Examenul de screening include teste de laborator – teste clinice generale de sânge și urină, precum și determinarea nivelului de uree și creatinină din sânge pentru a evalua starea funcțională a rinichilor. Clasificarea Bosniak ar trebui utilizată numai în studiile prin Tomografie Computerizată, deoarece evaluarea calcificării este limitată la Rezonanță Magnetică Nucleară și Ecografie. Rezonanța Magnetică Nucleară poate ajuta la clarificarea chisturilor hemoragice suspectate la examenul ecografic și prin Tomografie Computerizată.

Leziunile chistice renale cu semne de contrastare în secvențele postcontrast sunt sugestive pentru neoplasme și ar trebui urmărite în dinamică.

Clasificarea Bosniak care le împarte în funcție de o posibilă malignizare ulterioară: Categoria I – chisturi simple, necomplicate, benigne, bine delimitate la USG, CT sau RMN. Se întâlnesc cel mai frecvent, sunt asimptomatice și nu necesită tratament, doar supraveghere. Categoria II – chisturi benigne, cu modificări minime. Se caracterizează prin apariția unor pereți în interior, prin depuneri de calciu pe membrană sau în interiorul chistului, precum și chisturile cu conținut hiperdens. Acestea sunt chisturi care conțin sânge învechit, modificat sau coagulat, din care cauză are loc modificarea densității conținutului chistului la CT. Chisturile clasice hiperdense sunt, de obicei, mici (până la 3 cm), cu contur circular clar și care nu se contrastează. Această categorie de chisturi, practic, nu se malignizează nici o dată și necesită doar o supraveghere ecografică. Categoria III – chisturile neclare cu tendință spre malignizare. Radiologic au contur neclar, membrane îngroșate și depuneri de calciu asimetrice. În lipsa factorilor predispozanți, cum sunt traumatismul renal sau patologia infecțioasă, intervenția chirurgicală este indicată, de obicei, la pacienții tineri. Categoria IV – chisturi cu conținut lichidian crescut, contur neclar și care, pe alocuri, acumulează contrast din contul componenteii tisulare, ceea ce ne sugerează o malignizare.

Aptitudinea individuală se stabilește în dependență de dereglările funcționale (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI≥3 - „Inapt”).

**Paragraful nr. 8** prevede N30.0 cistita acuta prevede recomandarea efectuării tratamentului în departamentul de profil nefrologic cu luarea deciziei la finele tratamentului efectuat în baza funcției renale.

**Paragraful nr. 9** prevede N31.0 vezica urinara neuropatica – candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru studii în instituțiile de învățământ ale MAI și examinații pe coloanele II-IV - sunt considerați „Inapt”.

**Paragraful nr 10** prevede N32.0 obstructia colului vezicii urinare (N32.1 Fistula vezico-intestinala; N32.2 Fistula vezicala urinara, neclasificata altundeva; N32.3 Diverticulul vezicii urinare; N32.4 Ruptura vezicii urinare, netraumatica, inclusiv rezeccție de viziică) - nou-angajații în MAI, candidații pentru studii în instituțiile de învățământ ale MAI și examinații pe coloana II sunt considerați „Inapt”, iar examinații pe coloanele III-IV - aptitudinea se stabilește individual (pentru gradul K-DOQI<3, K-DOQI≥3 - „Inapt”).

**Paragraful nr. 11** prevede N34.0 Abces uretral – Examinarea se va efectua în perioada de remisie.

**Paragraful nr. 12** prevede N35.0 Stricturea uretrala, post-traumatica (N35.1 Stricturea uretrala post-infecțioasa, neclasificata altundeva; N35.9 Stricturea uretrala, nespecificata) – candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru studii în instituțiile de învățământ ale MAI sunt examinații pe coloana II sunt considerați „Inapt”, iar examinații pe coloanele III-IV - aptitudinea se stabilește individual în dependență de dereglările funcționale (pentru gradul K-DOQI<3, K-DOQI≥3 - „Inapt”).

**Paragraful nr 13** prevede N36.0 Fistula uretrala (N36.1 Diverticul uretral; N36.3 Prolapsul mucoasei uretrale) - candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru studii în instituțiile de învățământ ale MAI și examinații pe coloana II sunt considerați „**Inapt**”, iar examinații pe coloanele III-IV - aptitudinea se stabilește individual în dependență de dereglările funcționale (pentru gradul K-DOQI<3, K-DOQI≥3 - „**Inapt**”).

**Paragraful nr. 14** prevede N39.1 Proteinuria persistenta, nespecificata (N39.2 Proteinuria ortostatica, nespecificata; N39.3 Incontinenta urinara de stress; N39.81 Sindromul hematuriei/durerii in lombe) - candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru studii în instituțiile de învățământ ale MAI și examinații pe coloana II sunt considerați „**Inapt**”, iar examinații pe coloanele III-IV - aptitudinea se stabilește individual în dependență de dereglările funcționale (pentru gradul K-DOQI<3, K-DOQI≥3 - „**Inapt**”).

**Paragraful nr. 15** Nefroptoza.

*Lit. (a)* prevede nefroptoza unilaterală sau bilaterală de gradul I, fără dereglarea funcției excretorii a rinichilor și în lipsa modificărilor patologice în urină.

*Lit. (b)* prevede nefroptoza unilaterală sau bilaterală de gradul II, fără dereglarea funcției excretorii a rinichilor și în lipsa modificărilor patologice în urină, examinații se consideră apt pe coloanele I, II și IV. Pentru coloana II aptitudinea se stabilește individual în dependență de evoluția dereglărilor excretorii, sindromului algic și patologiilor secundare.

*Lit. (c)* prevede nefroptoza unilaterală sau bilaterală de gradul III-IV, precum și distopia pelviană a rinichiului Examinațiilor pe coloanele III-IV - aptitudinea se stabilește individual în dependență de dereglările funcționale (pentru gradul K-DOQI<3 Apt, K-DOQI≥3 - „**Inapt**”).

Gradul nefroptozei se determină de către radiolog după radiograme efectuate în poziția verticală a celui examinat: gradul I – coborârea polului inferior al rinichiului cu 2 vertebre; gradul II – cu 3 vertebre, gradul III – mai mult de 3 vertebre.

**Paragraful nr. 16.** Bolile organelor genitale la bărbați. În cazul afecțiunilor organelor genitale la bărbați, după indicații, celor supuși expertizei li se propune tratament chirurgical. Dacă rezultatele tratamentului sunt nesatisfăcătoare sau dacă persoana supusă expertizei refuză tratamentul, decizia se adoptă în dependență de gradul dereglărilor funcționale.

*Lit. (a)* prevede adenomul prostatei de stadiul III – IV, cu dereglări semnificative ale urinării cu rezultate nesatisfăcătoare ale tratamentului sau refuzul de la acesta, lipsa penisului.

*Lit. (b)* prevede adenomul prostatei de stadiul II cu dereglarea moderată a eliminării urinei (urina restantă până la 50 ml); prostatita cronică ce necesită tratament în staționar al bolnavului peste 3 ori pe an; hidrocelul unilateral sau bilateral recidivant (după tratamentul chirurgical repetat), chist spermatic sau testicular; spermatocele cu volumul lichidului de peste 100 ml. O singură recidivă a hidrocelului sau spermatoceleului nu poate motiva aplicarea punctului „b”.

*Lit. (c)* vizează adenomul prostatei de stadiul I, alte maladii ale organelor genitale la bărbați cu manifestări clinice nesemnificative; prostatita cronică ce necesită tratament în staționar al bolnavului 2 - 3 ori pe an.

*Lit. (d)* prevede hidrocelul sau spermatoceleul cu volumul lichidului mai mic de 100,0 ml; fimoză, criptorhizmul bilateral; ectopia testiculară; prostatita cronică cu acutizări rare și evoluție asimptomatică.

Lipsa unui testicul, după înlăturarea acestuia din motive de boală sau traumă (cu caracter nespecific și benign) sau altei leziuni, nu pot motiva aplicarea prezentului paragraf, nu împiedică activitatea în cadrul MAI/CNA și înscrierea în instituțiile de învățământ ale MAI.

**Paragraful nr. 17.** Afecțiunile inflamatorii cronice ale organelor genitale la femei sau consecințele ireversibile ale acestora (afecțiunile inflamatorii ale ovarelor, trompelor uterine, ale țesutului adipos pelvian, peritoneului, colului uterin, vaginului, vulvei, etc.) însoțite de tulburări funcționale ale sferei genitale.

*Lit. (a)* prevede afecțiunile inflamatorii cronice ale organelor genitale la femei sau consecințele ireversibile cu acutizări frecvente (mai mult de 3 ori pe an);

*Lit. (b)* prevede afecțiunile inflamatorii cronice ale organelor genitale la femei sau consecințele ireversibile cu acutizări rare (până la 3 pe an).



Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu afecțiuni inflamatorii cronice ale organelor genitale (la femei) cu consecințe ireversibile sunt considerați „Inapt”.

**Paragraful nr. 18.** Endometrioza genitală și extragenitală.

La stabilirea gravității maladiei și gradul dereglării funcțiilor organelor afectate se ține cont de gradul de răspândire a procesului patologic, numărul focarelor, durata dereglării funcțiilor și eficacitatea tratamentului.

*Lit. (a)* prevede endometrioza genitală și extragenitală cu tulburări funcționale semnificative.

*Lit. (b)* prevede endometrioza genitală și extragenitală cu tulburări funcționale moderate.

*Lit. (c)* prevede endometrioza genitală și extragenitală cu tulburări funcționale nesemnificative.

Aprecierea aptitudinii candidaților pentru ocuparea funcției în cadrul MAI și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu endometrioza genitală și extragenitală conform cu tulburările funcționale. Remisia completă a procesului (după 6 luni) permite adoptarea deciziei apt.

**Paragraful nr.19.** Prolapsul și alte anomalii de poziție a organelor genitale la femei, fistule ale tractului genital.

*Lit. (a)* prevede prolapsul complet al uterului sau vaginului, ruptura completă a perineului, fistule cu includerea organelor genitale (genito-urinare, genito-intestinale) cu rezultate nesatisfăcătoare sau refuzul tratamentului.

Prolaps uterin se consideră starea, când în poziție verticală (sau orizontală la scremet) uterul iese completamente din limitele fantei genitale, inversionând după sine pereții vaginului.

Ruptura completă a perineului se consideră ruptură la care integritatea mușchilor perineului este lezată complet și sunt înlocuiți prin țesut cicatriceal cu trecerea pe peretele intestinului rect, anusul este întredeschis și nu are contur regulat.

*Lit. (b)* prevede prolapsul incomplet al organelor genitale la femei. Prolaps utero-vaginal se consideră starea când la scremet fanta genitală este întredeschisă și din ea se arată colul uterin, pereții anteriori și posteriori ai vaginului, dar ei nu ies din limitele acesteia.

În prolapsul organelor genitale, complicat cu incontinență de urină expertiza se efectuează conform punctului „a” sau „b”, în dependență de rezultatele tratamentului.

*Lit. (c)* prevede prolapsul nesemnificativ al pereților vaginului; procesele cicatriceale și aderențiale în bazinul mic; malpoziția uterului însoțită de menoragii, constipații, sacralgii și dureri în regiunea inferioară a abdomenului.

Malpoziția uterului fără dereglarea funcției nu motivează aplicarea prezentului paragraf, nu împiedică activitatea în cadrul MAI/CNA și pentru studiile în instituțiile de învățământ ale MAI.

În cazul malpoziției uterului, însoțită de menoragii, constipații, sacralgie și dureri în regiunea inferioară a abdomenului, expertiza se efectuează conform punctului „c”.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu prolaps și alte anomalii de poziție ale organelor genitale la femei, fistule ale tractului genital sunt apreciați după 6 luni de la soluționarea chirurgicală a maladiei.

**Paragraful nr. 20.** Disfuncțiile ovariene

*Lit. (a)* prevede disfuncțiile ovariene cu dismenoree, menoragii și metroragii; care duc la anemie.

*Lit. (b)* vizează dereglările funcției ovariene, manifestate prin oligomenoree, amenoree (și postoperatorie), inclusiv și sindromul Stein-Leventhal (sindromul ovarelor polichistice). La excluderea prolactinomului poate fi considerat apt, dependent de gradul de compensare.

*Lit. (c)* prevede infantilismul genital cu dezvoltarea generală satisfăcătoare, sterilitatea primară cu ciclul ovarian în două faze.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu disfuncții ovariene sunt apreciați conform gradului dereglărilor funcționale.

**Paragraful nr. 21.** Histerectomie cu sau fără înlăturarea anexelor. Necesită examinarea citologică anual la histerectomie subtotală, la depistarea celulelor atipice se aplică paragraful corespunzător.

**Paragraful nr.22.** Dereglările funcționale temporare după afecțiunile acute; acutizarea celor cronice ale sistemului genito-urinar; organelor genitale la femei sau după tratament chirurgical; cu efect pozitiv după tratament staționar. Persoanele efectivului de trupă și corpului de comandă, după suportarea glomerulonefritelor difuze acute, pielonefritelor cu evoluție trenantă și complicată, precum și după maladiile inflamatorii acute ale organelor genitale la femei (bartolinite, vulvită, colpită, endometrită, anexită), la necesitate, sunt examinați după finalizarea tratamentului.

În lipsa datelor despre dereglarea funcției renale și modificărilor patologice în urină după o afecțiune inflamatorie acută a rinichilor, cei supuși expertizei se clasează „**Inapt**” pentru activitate în MAI/CNA.

Păstrarea modificărilor patologice în urină după afecțiunile inflamatorii acute ale rinichilor la candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA în serviciu prevede amânare medicală pentru 12 luni.

Concluzia definitivă despre prezența sau lipsa nefritei cronice (pielonefritei) poate fi făcută după examenul repetat în staționar.

Aptitudinea candidaților pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI, care au suportat afecțiuni acute sau acutizarea celor cronice ale sistemului genito-urinar; organelor genitale la femei sau după tratament chirurgical se apreciază individual ținând cont de evoluția bolii, durata acesteia și rezultatele tratamentului (6 luni după finalizarea tratamentului).

**Paragraful nr. 23.** Sarcina și lăuzia.

Angajatele din cadrul subdiviziunilor, autorităților administrative și instituțiilor din subordinea MAI sau subdiviziunile CNA, de sex feminin la care s-a stabilit prezența sarcinii, sunt considerate „**Apt**” pentru serviciu în MAI/CNA.

*Lit. (a)* prevede sarcina care decurge cu complicații.

*Lit. (b)* prevede sarcina care decurge fără complicații.

Persoanele de sex feminin, candidate la angajare în serviciu în MAI/CNA și pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI, la care s-a depistat sarcina se consideră temporar inapte (pe parcursul sarcinii).

## VI. BOLI ENDOCRINE, DEREGLĂRI DE NUTRIȚIE ȘI METABOLISM

Paragraful baremului medical	Nozologie	<u>COLOANA 1</u>	<u>COLOANA 2</u>	<u>COLOANA 3</u>	<u>COLOANA 4</u>
1	2	3	4	5	6
<b>1. Boli endocrine</b>					
<b>Diabet zaharat</b>					
<b>1.1</b>	a) diabetul zaharat tip 1 fără complicații cronice. (E10.9)	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	b) diabetul zaharat tip 2 fără complicații cronice tratat cu preparate non-insulinice (E11.9)	Inapt	Inapt	Apt	Apt
	c) diabetul zaharat tip 2 fără complicații cronice tratat cu insulină (E11.9)	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	d) prediabet fără complicații cronice specifice diabetului zaharat	Apt	Apt	Apt	Apt
<b>Patologiile glandei tiroide</b>					
<b>1.2</b>	a) hipotiroidia compensată. E03.0-E03.9, E89.0	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) hipotiroidia necompensată. E03.0-E03.9, E89.0	Inapt.	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual.
	c) tiroidita acută (E06.0), subacută (E06.1), fibroasă (E06.5).	Inapt.	Tratament	Tratament	Tratament
	d) tireotoxicoză sau hipertiroidie (E05.0-E05.9) necompensată.	Inapt.	Tratament	Tratament	Tratament
	e) tireotoxicoză sau hipertiroidie (E05.0-E05.3, E05.8, E05.9) compensată.	Inapt.	Aptitudinea se stabilește individual.	Aptitudinea se stabilește individual.	Apt.
	f) tiroidita autoimună	Apt	Apt	Apt	Apt

	(E06.3) cu eutiroidie.				
	g)oftalmopatie endocrină (sau tireotoxică H06.2*) ușoară după EUGOGO	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual.	Aptitudinea se stabilește individual.	Aptitudinea se stabilește individual.
	h)oftalmopatie endocrină (sau tireotoxică H06.2*) medie activă după EUGOGO	Inapt	Tratament	Tratament	Tratament
	i)oftalmopatie endocrină (sau tireotoxică H06.2*) medie inactivă după EUGOGO	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual.
	j)oftalmopatie endocrină (sau tireotoxică H06.2*) severă.	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual.
	k)gușă difuză netoxică, nodul tiroidian unic netoxic, gușă multinodulară netoxică (E04.0-E04.2, E04.8, E04.9) ce nu necesită examinare prin puncție biopsie cu ac fin.	Apt	Apt	Apt	Apt
	<b>Patologia suprarenalelor</b>				
<b>1.3</b>	a) hipercorticismul sau Sindromul Cushing	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	b) insuficienț corticosuprarenală	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	c) feocromocitom	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual.
	d) hiperaldosteronismul primar	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	e) hiperplazie corticosuprarenală congenitală.	Inapt	Inapt.	Aptitudinea se stabilește individual.	Aptitudinea se stabilește individual
	f) formațiuni de volum nesecretante.	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual.	Aptitudinea se stabilește individual
<b>1.4</b>	<i>Patologia hipofizară</i>				
	a)acromegalie (E22.0) activă.	Inapt	Tratament	Tratament	Tratament
	b)acromegalie (E22.0) inactivă.	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual

	c)diabet insipid E23.2 N25.1	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	d)prolactinom cu hiperprolactinemie.	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	e)prolactinom cu nivel normal de prolactină.	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	f)insuficiență adenohipofizară la adulți cu deficit de STH fără tratament de substituție	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	g)tumori hipofizare nesecretante.	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	h)nanismul hipofizar	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>1.5</b>	<i>Patologia gonadelor:</i>				
	a)hipogonadism fără tratament de substituție.	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	b)sindromul ovarelor polichistice.	Aptitudinea se stabilește individual.	Aptitudinea se stabilește individual.	Aptitudinea se stabilește individual.	Aptitudinea se stabilește individual
	c)sindromul Turner	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	d)sindromul Klinefelter	Inapt	Inapt.	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
<b>1.6</b>	<b>Patologia paratiroidelor</b>				
	a)hipoparatiroidia.	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual.	Aptitudinea se stabilește individual
	b)hiperparatiroidie primară	Inapt.	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual.	Aptitudinea se stabilește individual
<b>1.7</b>	<i>Dereglările de nutriție:</i>				
	a)malnutriția avansată, obezitatea de gradul 3	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	b)supraponderea și obezitatea de gradul 1- 2; malnutriția grad ușor	Apt	Apt	Apt	Apt
<b>1.8</b>	Deficitul de vitamina D	Apt	Apt	Apt	Apt
<b>1.9</b>	Starea după intervenție chirurgicală la glandele endocrine fără afectarea funcției.	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual

**EXPLICAȚIE**  
**PRIVIND APLICAREA PARAGRAFELOR BAREMULUI MEDICAL**  
**PRIVIND SISTEMUL ENDOCRIN, DEREGLĂRI DE NUTRIȚIE ȘI NUTRIȚIE**

**Pct.nr. 1.1 Diabetul zaharat**

*Lit.(a)* prevede că în cazul prezenței complicațiilor cronice expertiza medicală se va efectua corespunzător complicației cronice prezente conform paragrafelor respective. În cazul diabetului zaharat secundar (alte tipuri de diabet zaharat) expertiza medicală se va efectua corespunzător cauzei și tratamentului acestuia, complicațiilor diabetului zaharat prezente la pacient, menținerea valorilor hemoglobinei glicozilate în limitele țintelor individuale stabilite de către medicul endocrinolog sau medicul de familie. În cazul diabetului zaharat pancreatogen și LADA, decizia va fi similară cu cea din diabetul zaharat de tip 1 (.a).

*Lit. (b), (c)* prevede că toți pacienții cu diabet zaharat tip 2 și atât fără complicații cronice, cât și cu complicații cronice, indiferent de tratament, se vor considera ași dacă ultimile 2 valori ale hemoglobinei glicozilate, efectuate la interval de 2-3 luni vor fi în limitele țintelor individuale stabilite de către medicul endocrinolog sau medicul de familie conform prevederilor protocolului clinic național „Diabetul zaharat necomplicat”, ceea ce indică un control optim al diabetului.

*Lit. (d)* prevede că toți pacienții cu prediabet (pct.1.1,lit.d) cu vârsta pînă la 45 ani este necesar de dozat în sânge markerii autoimunității pancreatice; se vor considera ași doar acei, la care rezultatele vor fi în limitele normei de referință. Dacă rezultatele indică prezența unui diabet zaharat de etiologie autoimună, atunci evaluarea se va efectua conform punctului Paragraful nr.1 lit.(a).

*Lit. (a), (c)* prevede ca la reangajare sunt considerați – „Inapt”.

**Pct. 1.2 Patologia glandei tiroide**

La toți pacienții cu patologie a glandei tiroide care provoca dificultăți în purtarea uniformei aptitudinea se va stabili individual.

*Lit. (a)* prevede pacienții cu **hipotiroidia compensată** pentru cea primară menținerea valorilor TSH în limitele normale de referință, iar pentru cea secundară menținerea valorilor freeT4 și T3 sau freeT3 în limitele normale de referință (se vor considera ultimile 2 valori efectuate la interval de 1,5-2 luni).

*Lit. (b)* prevede toți pacienții cu **hipotiroidia necompensată** se consideră inapți pentru nou-angajații și candidații pentru studii în instituțiile de învățământ ale MAI, iar în cazul persoanele deja angajate aptitudinea se stabilește individual.

*Lit. (e)* prevede pacienții cu **tireotxicoza sau hipertiroidie compensată** prevede menținerea valorilor TSH și freeT4 în limitele normale de referință (se vor considera ultimile 2 valori efectuate la interval de 1,5-2 luni).

Toți pacienții cu gușa difuză toxică (sau boala Graves, sau boala Basedow), adenom tireotoxic, gușă multinodulară toxică vor fi evaluați corespunzător stării funcționale a glandei tiroide: în caz de tireotxicoza sau hipertiroidie vor fi evaluați conform punctelor lit.(c) și lit.(e); în caz de eutiroidie vor fi evaluați conform lit. (e); în cazul când nivelul freeT4 este în limitele normei de referință dar TSH încă rămâne scăzut, vor fi evaluați conform lit. (e).

În cazul prezenței complicațiilor tireotxicozei sau hipertiroidiei evaluarea medicală se va efectua corespunzător complicației prezente conform paragrafelor respective.

În cazul prezenței oftalmopatiei endocrine prevăzute la lit. (g), (h), (i) și (j)) expertiza medicală se va efectua în comun cu medicul oftalmolog conform paragrafelor respective.

Toți pacienții cu tiroidită autoimună și hipotiroidie vor fi evaluați conform lit. (a) și (b).

Toți pacienții cu tiroidită autoimună și tireotxicoză sau hipertiroidie vor fi evaluați conform lit.(d) și (e).

Termenul netoxic prezent în denumirea tuturor patologiilor incluse în lit. (k) prevede nivelul hormonilor freeT4 și TSH în limitele normei de referință (se vor considera ultimile 2 valori efectuate la interval de 1,5-2 luni), pacienții fiind fără tratament specific ce poate influența funcția glandei tiroide. Dacă patologiile incluse în lit.(k) necesită examinare prin puncție biopsie cu ac fin, atunci evaluarea medicală se va efectua corespunzător rezultatului examenului histologic.

Prezența nodulilor tiroidieni implică examinarea polidisciplinară endocrinolog, internist, oncolog, iar deciziile se vor lua în dependență de pct.1.2 respectiv.

### **Pct.1.3 Patologia suprarenalelor**

*Lit. (c) și (d)* –pentru pacienții cu feocromocitom și hiperaldosteronism primar, care sunt persoanele deja angajate examinarea se efectuează după finisarea tratamentului chirurgical radical.

### **Pct.1.4 Patologia hipofizară**

*Lit.(b)* specifică că acromegalia se consideră inactivă dacă nivelul IGF-1 se menține în limitele normei de referință (se vor considera ultimile 2 valori efectuate la interval de 1,5-2 luni), sau se înregistrează supresia STH (sub 1,0 ng/dl) în cadrul testului de supresie cu glucoză.

În cazul **acromegaliei active** *lit.(a) și inactive lit (b)* evaluarea medicală se va efectua și corespunzător cauzei acromegaliei, manifestărilor clinice și complicațiilor acromegaliei prezente la pacienți, conform paragrafelor respective. Dacă cauza acromegaliei este tumoarea hipofizară, atunci evaluarea medicală se va efectua și corespunzător manifestărilor tumorale ale tumorii.

În cazul gigantismului, decizia va fi similară cu cea din acromegalie (lit.a și b).

În cazul prolactinomului lit. (a) și lit. (e) evaluarea medicală se va efectua și corespunzător manifestărilor tumorale ale tumorii.

În cazul hiperprolactinemiei de oricare altă genă decît cea hipofizară-tumorală (prolactinom) evaluarea medicală se va efectua corespunzător cauzei hiperprolactinemiei.

În cazul pacienților cu insuficiență adenohipofizară evaluarea medicală se va efectua corespunzător cauzei care determină insuficiența și în funcție de hormonii deficitari.

Pacienții cu insuficiență adenohipofizară cu deficit de STH cu tratament de substituție se consideră „**Inapt**” pentru angajare în cadrul MAI/CNA și pentru studii în instituțiile de învățământ ale MAI (coloana 1). În cazul pacienților cu insuficiență adenohipofizară cu deficit de STH cu tratament de substituție la care valoarea IGF-1 se menține în limitele normei de referință (se vor considera ultimile 2 valori efectuate la interval de 1,5-2 luni) deja angajați, aptitudinea se va stabili individual pentru toate coloanele. Pacienții cu insuficiență adenohipofizară cu deficit de STH cu tratament de substituție la care valoarea IGF-1 nu se menține în limitele normei de referință (se vor considera ultimile 2 valori efectuate la interval de 1,5-2 luni) vor fi evaluați conform lit. (f).

În cazul pacienților cu tumori hipofizare evaluarea medicală se va efectua corespunzător dimensiunilor tumorii, manifestărilor sindromului tumoral prezente la pacient și în funcție de hormonii secretați în exces sau deficitari.

În cazul pacienților cu sindrom de șa turcească goală sau empty sella evaluarea medicală se va efectua în funcție de hormonii deficitari.

În cazul pacienților cu diabet insipid (lit. (c)) evaluarea medicală se va efectua și corespunzător cauzei care determină diabetul insipid.

### **Pct. 1.5 Patologia gonadelor.**

Pacienții cu hipogonadism cu tratament de substituție sau cu contraindicații pentru tratamentul de substituție se consideră „**Inapt**” pentru angajare în cadrul MAI/CNA și pentru studii în instituțiile de învățământ ale MAI (coloana 1). În cazul pacienților cu hipogonadism cu tratament de substituție sau cu contraindicații pentru tratamentul de substituție, deja angajați, aptitudinea se va stabili individual pentru toate coloanele.

**Pct. 1.6 Patologia paratiroidelor.**

Pacienții cu hiperparatiroidie secundară se consideră „**Inapt**” pentru angajare în cadrul MAI/CNA și pentru studii în instituțiile de învățământ ale MAI (coloana 1). În cazul persoanelor deja angajate, evaluarea medicală se va efectua corespunzător cauzei care determină hiperparatiroidia secundară.

**Pct. 1.7 Dereglări de nutriția**

În cazul pacienților cu dereglă de nutriție secundară, evaluarea medicală se va efectua și corespunzător cauzei care a determinat suprapondera sau obezitatea sau malnutriția.

**Pct.1.8 Deficitul de vitamina D**

Vor fi considerați „**Apt**” doar pacienții care urmează tratament de substituție și mențin nivelul de 25-OH-VitD în limitele normei de referință (valori optime).



## VII. DERMATOVENEROLOGIE

Paragraful baremului medical	Nozologie	<u>COLOANA 1</u>	<u>COLOANA 2</u>	<u>COLOANA 3</u>	<u>COLOANA 4</u>
1	2	3	4	5	6
1.	a) Dermatoze bacteriene și parazitare: osteofoliculită, foliculită, furuncul, hidrosadenită, impetigo veziculo-bulos, panarițiu, intertrigo, erizipel (după tratament), scabie (după tratament), pediculoză (după tratament), larva migrans (după tratament), flebotodermie (după tratament), leishmanioză (după tratament), boala Lyme (după tratament), furunculoză (după tratament), carbuncul (după tratament), piodermită cronică ulceroasă (după tratament), ectimă (după tratament),	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) Gangrena gazoasă, fasciita necrozantă	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
2.	a) Viroze cutaneo-mucoase: veruci vulgare (după tratament), veruci plantare (după tratament), papiloame pediculate (după tratament), keratoză veruciformă Hopf (după tratament), condiloame acuminat (după tratament), moluscul contagios (după tratament), herpes simplex (după tratament), herpes zoster (după tratament), noduli ai mulgătorilor (paravaccină),	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) Epidermodisplazie veruciformă Lewandowsky-Lutz, condilomatoză gigantă Buschke-Lowenstein	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
3.	a) Micoze cutaneo-mucoase: pitiriazis versicolor (după tratament), epidermofitie (după tratament), rubrofitie (după tratament), microsporie (după tratament), tricofitie (după tratament) favus (după tratament), candidoză (după tratament), pseudomicoze - eritasmă (după tratament),	Apt	Apt	Apt	Apt

	b)Micoze profunde (blastomicoză, sporotricoză)	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
4.	a) Dermatoze induse de factori fizici: calozități (bătăături), bule post-traumatice, arsuri (fără limitarea mișcării), urticarie “a calore”, urticarie “a frigore”, vascularită “a frigore”, crioglobulinemii, eritem actinic, pigmentare actinică, erupție polimorfă la lumină, radiodermită, fotodermatită, fitofotodermatită,	Apt	Apt	Apt	Apt
	b)Ulcer de decubit (escară), degerături, picior de tranșee, fotocarcinogeneză, eritem pelagroid, reticuloid actinic	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
5.	a)Dermatoze imuno-alergice: dermatită de contact iritativă (după tratament), dermatită de contact alergică (după tratament), eczemă microbiană (după tratament), eczemă seboreică (după tratament), eczemă numulară (după tratament), eczemă de stază (după tratament), eczemă dishidroică (după tratament), eczemă atopică, urticarie, angioedem Quincke, mastocitoză, prurigo adultorum, toxicodermie postmedicamentoasă (după tratament), eritem exudativ polimorf (după tratament), vascularită Henoch-Schonlein (după tratament), para psoriazis acut varioliform Mucha-Habermann (după tratament), livedo reticularis, eritem nodos (după tratament), eritem indurat Bazin (după tratament),	Apt	Apt	Apt	Apt
	b)Sindrom Lyell, sindrom Stevens-Johnson, vasculită Gougerot-Ruiter, prurigo nodular Hyde	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
6.	a)Dermatoze de geneză obscură: pitiriazis rozat Gibert, parapsoriazis cronic în plăci mici, lichen plan,	Apt	Apt	Apt	Apt
	b)Parapsoriazis cronic în plăci mari	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	c)Vitiligo circumscris, psoriazis circumscris (plăci de serviciu), Vitiligo forma răspândită (focare depigmentate multiple pe pielea diferitor regiuni anatomice inclusiv și pe față)	Apt	Apt	Apt	Apt

	d) Psoriazis vulgar diseminat, psoriazis exudativ pustulos, psoriazis exudativ eritrodermic, psoriazis exudativ artropatic	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
7.	Colagenoze cu implicare cutanată: lupus eritematos cutanat, sclerodermie cutanată sau morfee, dermatomiozită, sindrom Sjogren.	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
8.	Dermatoze buloase autoimune: pemfigus vulgar, pemfigus vegetant, pemfigus seboreic, pemfigus foliaceu, pemfigoid bulos Lever, dermatită herpetiformă Duhring-Brocq.	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
9.	Dermatoze androgen dependente: seboree oleosa sau sicca, acnee vulgară, dermatită seboreică, eczemă seboreică, alopecie seboreică sau androgenică, blefarită pitirosporică.	Apt	Apt	Apt	Apt
10.	a) Afecțiuni ale părului: alopecie areată, hipertricoză, nevul Becker	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) Pseudopelada Brocq, foliculită decalvantă, mucinoză foliculară. trihotilomanie,	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
11.	a) Dermatoze rozaceiforme: rozacee,	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) Rinofima, otofima, gnatofima	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
12.	a) Afecțiuni orale și ale buzelor: cheilite, glosite, stomatite, eritroplazie, leucoplazie, afte vulgare	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) Sindromul Melkersson-Rosenthal, aftoza Behcet	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
13.	a) Precancere și cancere cutanate: cheratoze solare, cheratoze chimice, cheratoze post Rx, cicatrici cronice, acantom, cheratoacantom.	Apt	Apt	Apt	Apt
	b)Trihoepiteliom, fibrom, hemangioma, lipom,	Apt	Apt	Apt	Apt
	c)Bazaliom, spinaliom, melanom, sarcom Kaposi, limfom cu celule T, boala Bowen, boala Paget	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
14.	Genodermatoze: xeroderma pigmentosum, ihtioză vulgară, eritrodermie ihtioziformă, discheratoza foliculară Darier, pitiriazis	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt

	rubra pilar Devergie, cheratodermie palmo-plantară, epidermoliză buloasă, pemphigus Hailey-Hailey, boala Pringle-Bourneville, boala Recklinghausen				
15.	a) Boli infecțioase și veneriene: sifilis (după tratament 1 an), gonoree (după tratament), trihomoniază (după tratament), clamidioză (după tratament), micoplasmoză (după tratamnet),	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) Sindromul Reiter, infecția HIV/SIDA cu manifestări cutanate	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt

**EXPLICAȚIE  
PRIVIND APLICAREA PARAGRAFELOR BAREMULUI MEDICAL  
PRIVIND SISTEMUL DERMATOVENEROLOGIC**

**Paragraful nr.1** - Dermatozele bacteriene și parazitare depistate în timpul examinării sunt clasate ca inaptitudine temporară până la finisarea tratamentului la medicul specialist la locul de trai. La examinarea repetată după finisarea tratamentului la locul de trai cu efect pozitiv sunt clasați „Apt”. Gangrena gazoasă, fasceita necrozantă sunt apreciați ca „Inapt”.

**Paragraful nr.2** - Virozele cutaneo-mucoase depistate în timpul examinării sunt apreciate ca inaptitudine temporară până la finisarea tratamentului la medicul specialist la locul de trai. După finisarea tratamentului cu efect pozitiv sunt clasați „Apt”. Epidermodisplazia veruciformă Lewandowsky-Lutz, condilomatoza gigantă Buschke-Lowenstein cu tratament specializat sau fără, sunt apreciate ca „Inapt”.

**Paragraful nr.3** - Micozele cutaneo-mucoase sunt apreciate ca inaptitudine temporară până la finisarea tratamentului. La examinarea repetată după finisarea tratamentului la locul de trai cu efect pozitiv sunt considerați „Apt”. Micozele profunde (blastomicoza, sporotricoză) depistate la Efectivul de ofițeri și subofițeri sunt apreciați pe coloana IV ca aptitudine individuală.

**Paragraful nr.4** - Dermatozele induse de factorii fizici sunt clasate apt, după tratamentul specializat la domiciliu cu efect terapeutic pozitiv. Ulcerul de decubit (escară), degerături, picior de tranșee, fotocarcinogeneza, eritemul pelagroid, reticuloidul pelagroid sunt apreciate ca inapt la angajare și la studii, Efectivul de ofițeri și subofițeri sunt apreciate pe coloana IV ca aptitudine individuală.

**Paragraful nr.5** - Dermatozele imuno-alergice sunt clasate apt, după tratamentul specializat la domiciliu cu efect terapeutic pozitiv. Sindromul Lyell, sindromul Stevens-Johnson, vasculita Gougerot-Ruiter, prurigo nodular Hyde la angajați sunt apreciate pe coloana IV ca aptitudine individuală.

**Paragraful nr.6** - Dermatozele de genă obscură după tratamentul specializat cu efect pozitiv sunt apreciate ca apt. Psoriazisul la angajare și studii sunt apreciați ca inapt, la Efectivul de ofițeri și subofițeri sunt apreciate pe coloana IV ca aptitudine individuală.

**Paragraful nr.7** - Colagenozele cu implicare cutanată sunt apreciate „Inapt” pentru serviciu MAI/CNA.

**Paragraful nr.8** - Dermatozele buloase autoimune sunt apreciate „Inapt” pentru serviciu MAI/CNA.

**Paragraful nr.9** - Dermatozele androgen dependente sunt clasate apt, după tratamentul specializat la domiciliu cu efect terapeutic pozitiv.

**Paragraful nr.10** - Afecțiunile părului (alopecia areata, hipertricoza, nevil Becker, trihotilomanie) sunt apreciate apt pentru angajare, studii. Pseudopelada Brocq, foliculita decalvantă, mucinoza foliculară pentru angajare, studii sunt apreciați „Inapt”. Angajații sunt apreciați pe coloana IV ca aptitudine individuală.

**Paragraful nr.11** - Dermatozele rozaiciforme sunt apreciate pentru angajare, studii și reangajare pe coloanal III ca „Inapt”, iar angajații la litera a pe coloanele III, coloana IV și litera b pe coloanal IV – aptitudinea se stabilește individual.

**Paragraful nr.12** - Afecțiunile orale și ale buzelor sunt apreciate apt după tratamentul specializat cu efect pozitiv, sindromul Melkersson-Rosenthal pentru angajare și înmatriculare la studii în instituțiile de învățământ ale MAI - „**Inapt**”, iar angajații sunt apreciați pe coloana IV ca aptitudine individuală.

**Paragraful nr.13** - Precancerile cutanate după tratament sunt apreciate ca apt. Cancerile cutanate sunt apreciate pentru angajare, înmatriculare la studii în instituțiile de învățământ ale MAI și activitate în MAI - „**Inapt**”.

**Paragraful nr.14** - Genodermatozele sunt apreciate pentru angajare, înmatriculare la studii în instituțiile de învățământ ale MAI și activitate în MAI - „**Inapt**”.

**Paragraful nr.15** - Bolile infecțioase și venerice după tratament specializat sunt apreciate ca apt. Sifilisul este apreciat „**Apt**”, după 1 an de la tratament și negativarea reacțiilor serologice. Infecția HIV/SIDA cu manifestări cutanate și fără manifestări cutanate sunt apreciați la angajare, studii și activitate în MAI - „**Inapt**”.

## VIII. BOLILE INFECȚIOASE, PARAZITARE

Paragraful baremului medical	Nozologie	<u>COLOANA 1</u>	<u>COLOANA 2</u>	<u>COLOANA 3</u>	<u>COLOANA 4</u>
1	2	3	4	5	6
<b>BOLILE INFECȚIOASE, PARAZITARE ȘI MALADII TROPICALE</b>					
<b>1</b>	Bolile infecțioase și parazitare, antrozo-zoonoze bacteriene, alte boli bacteriene, rikettsiozele, infecții cu chlamydia, infecțiile intestinale, infecții virale însoțite de erupții cutanate și mucoase, infecții virale transmise prin artropode, febre virale hemoragice, alte boli virale, alte boli infecțioase și parazitare provocate de protozoare, hepatitele virale, boli prin imunodeficiență, infecții micotice, helmintiaze:				
	a) refractare sau rezistente la tratament;	Inapt	Inapt	Aptitudinea pentru serviciu se stabilește individual	Aptitudinea pentru serviciu se stabilește individual
	b) dereglările funcționale temporare după bolile infecțioase și parazitare acute.	Apt	Apt	Apt	Apt

Acest capitol include anumite afecțiuni cauzate de organisme sau microorganisme patogene, precum bacterii, viruși, paraziți sau ciuperci.  
Excluderile: Infecție care rezultă din dispozitiv, implant sau greșă și neclasificate în alte paragrafe.

Angajații MAI/CNA care au atins vârsta limită de aflare în serviciu sau au vechimea necesară pentru calcularea pensiei sunt supuși expertizei conform stadializării maladiei infecțioase și a insuficienței funcționale pe sisteme și organe (dependent de localizare, stadiul radiologic, funcțional, activitatea procesului autoimun, stadiul de afectare funcțională cât și timpul de la debutul maladiei, gradul de afectare a organelor, etc.) conform paragrafului care cuprinde afecțiunea și/sau consecințele/sechelele acestuia.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățăminte ale MAI cu maladii infecțioase acute și parazitare nu sunt admiși la comisia medicală, decât doar în faza de remisie. Candidații care suferă de boli infecțioase și parazitare sistemice/cronice, refractare la tratament, indiferent de gravitatea maladiei sunt apreciați „Inapt”.

## IX. BOLILE SISTEMULUI HEMATOPOIETIC, ONCOLOGIE

Paragraful baremului medical	Nozologie	<u>COLOANA 1</u>	<u>COLOANA 2</u>	<u>COLOANA 3</u>	<u>COLOANA 4</u>
1	2	3	4	5	6
<b>TUMORI:</b>					
<b>1.</b>	<i>Tumorile maligne:</i>				
	a) ale cavității bucale și ale faringelui, rinosinusal, laringelui	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) ale aparatului digestiv și peritoneului	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) ale aparatului respirator și mediastinului	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	d) ale oaselor, țesutului conjunctiv, pielii și ale sânului	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	e) ale aparatului urinar și organelor genitale	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	f) ale sistemului nervos central și periferic, glandelor endocrine, alte tumori maligne primare sau secundare, precum și tumorile maligne fără focar primar depista	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>2.</b>	<i>Hemopatiile maligne:</i>				
	a) Leuceemiile acute	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) Leuceemiile cronice mieloproliferative	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) Leuceemii cronice limfoproliferative	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	d) Limfomul Hodgkin	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	e) Limfomul Non-Hodgkin	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
<b>3.</b>	<i>Tumori benigne</i> (cu excepția tumorilor sistemului nervos):				
	a) cu dereglări funcționale (moderate - severe)	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt

	b) cu dereglări funcționale temporare (minore)	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<b>BOLILE SÂNGELUI ȘI ORGANELOR HEMATOPOETICE:</b>					
	a) anemii fierodeficitare	Tratament	Tratament	Tratament	Tratament
	b) anemii B12 deficiente	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) anemii foliodeficitare	Apt	Tratament	Tratament	Tratament
	d) aplazie medulară	Inapt	Inapt	Inapt	Tratament
	e) anemii hemolitice ereditare	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	f) anemii hemolitice dobândite	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	g) anemii sideroblastice	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	h) trombocitopatiile ereditare/dobândite	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	i) trombocitopeniile	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	k) coagulopatiile ereditare/dobândite	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	l) diatezele hemoragice mixte ereditare/dobândite	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	m) teleagectazia ereditară Rendu-Osler	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	n) trombofiliile ereditare/dobândite	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	o) eritrocitozele relative	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	p) eritrocitozele absolute	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual

**EXPLICAȚIE  
PRIVIND APLICAREA PARAGRAFELOR BAREMULUI MEDICAL**

**Paragraful nr.1 prevede tumorile maligne.**

*Lit. (a)* prevede tumorile maligne ale cavității bucale, rinosinusale și ale faringelui, laringelui după tratament chirurgical, chimioterapic și radioterapic; indiferent de stadiul tumorii; recăderea tumorii sau metastaze; cicatricele după tratamentul radical al tumorilor maligne ale buzei sau pielii.

*Lit. (b)* prevede tumorile maligne ale aparatului digestiv și peritoneului după tratament chirurgical, chimioterapic și radioterapic; indiferent de stadiul tumorii; recăderea tumorii sau metastaze.



*Lit. (c)* prevede tumorile maligne ale aparatului respirator și mediastinului după tratament chirurgical, chimioterapic și radioterapic; indiferent de stadiul tumorii; recăderea tumorii sau metastaze.

*Lit. (d)* prevede tumorile maligne ale oaselor, țesutului conjunctiv, pielii și ale sânului după tratament chirurgical, chimioterapic și radioterapic; indiferent de stadiul tumorii; recăderea tumorii sau metastaze.

*Lit. (e)* prevede tumorile maligne ale aparatului urinar și organelor genitale după tratament chirurgical, chimioterapic și radioterapic; indiferent de stadiul tumorii; recăderea tumorii sau metastaze.

*Lit. (f)* prevede tumorile maligne ale sistemului nervos central și periferic, glandelor endocrine, alte tumori maligne primare sau secundare, precum și tumorile maligne fără focar primar depistat.

Efectivul de ofițeri și subofițeri, care au atins vârsta limită de aflare în serviciu sau au vechimea necesară pentru calcularea pensiei sunt supuși expertizei conform literelor „a, b, c, d, e, f” indiferent de localizarea, stadiul procesului malign, cât și timpul de la debutul maladiei.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământe ale MAI cu tumori maligne sunt apreciați inapți.

### **Paragraful nr. 2. prevede hemopatiile maligne (tumorile maligne ale țesutului hematopoetic)**

*Lit. (a)* prevede leucemiile acute.

*Lit. (b)* prevede leucemiile cronice mieloproliferative (leucemia mieloidă cronică, mielofibroza primară, policitemia vera, trombocitemia esențială, leucemia monocitară cronică, leucemia mielomonocitară cronică) care reprezintă maladii cronice cu evoluție lentă, cu efect pozitiv prelungit al tratamentului.

*Lit. (c)* prevede leucemiile cronice limfoproliferative (leucemia limfatică cronică, mielomul multiplu, amiloidoza, gamapatiile monoclonale) care reprezintă maladii cronice cu evoluție lentă, dar cu afectarea calității vieții.

*Lit. (d)* prevede limfomul Hodgkin.

*Lit. (e)* prevede limfomul non-Hodgkin.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământe ale MAI cu hemopatii maligne ale țesutului hematopoetic sunt apreciați „Inapt”.

### **Paragraful nr. 3 prevede tumorile benigne (cu excepția tumorilor sistemului nervos).**

*Lit. (a)* prevede tumorile pielii și țesuturilor subcutanate, vaselor sangvine sau limfatice, care nu permit sau împiedică purtarea uniforme de serviciu și muniției; fibroamele nazo-faringiene cu evoluție progresantă, papilomatoza laringelui, tumorile mediastinului cu manifestări clinice accentuate; tumorile aparatului bronhopulmonar însoțite de hemoptizie, stenoză bronșică sau atelectazie; tumorile aparatului digestiv cu dereglarea pronunțată a deglutiției și mișcării bolului alimentar, însoțite de subnutriție; neoformațiunile glandelor cu secreție internă, fără dereglări endocrine ce duc la tulburări funcționale ale organelor adiacente (deplasarea, compresia); papiloame masive sau multiple ale vezicii urinare cu dizurie sau hemoragie; tumorile benigne ale aparatului bronhopulmonar; tumorile benigne ale aparatului digestiv; tumorile benigne ale sistemului genito-urinar (papiloamele) - cu dereglări moderate de funcție; stările de fon și maladiile pretumorale ale glandei mamare și organelor genitale feminine; displazia, hiperplazia atipică a glandei mamare, miomul uterin ce corespunde gravidității de 12 săptămâni și mai mult însoțit de hemoragie și anemie, cât și nodulii submucoși sau subseroși cu tulburarea vascularizării acestora, evoluția rapidă (creșterea tumorii până la dimensiuni ce corespund gravidității de 5 săptămâni și mai mult pe an); hiperplazia adenochistică, polipoza, adenomatoza endometriului, formele coriorezistente ale endometriozei; eroziile și displaziile colului uterin, polipii canalului cervical, chisturile glandei Bartholin, craurozis vulvar, chisturile și fibroamele vaginului cu dereglări funcționale moderate.

*Lit. (b)* prevede tumorile benigne ale organelor interne fără dereglări de funcție și tumorile benigne ale aparatului digestiv cu dereglări neînsemnate de funcție; tumorile benigne ale organelor genitale feminine, care necesită tratament chirurgical; miomul uterin cu dimensiuni ce

corespund sarcinii de 11 săptămâni, fără manifestări clinice, adenomatoza uterului și retrocervicală, fără afectarea organelor adiacente, cu efect clinic pozitiv la tratamentul conservativ; chisturile glandelor Bartholin, chisturile și fibroamele vaginului, fără manifestări clinice. Tumorile benigne situate în locurile vizibile, care din motive estetice nu permit purtarea uniformei. La depistarea ginecomastiei (diagnosticul se stabilește după 18 – 24 luni de la debutul maladiei), se recomandă tratament chirurgical, după finisarea căruia se primește decizia definitivă.

Aprecierea aptitudinii la necesitate se efectuează în comisii multidisciplinare: chirurg și oncolog, ginecolog și urolog în dependență de dereglările funcționale și deciziile prevăzute la paragrafele respective.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățăminte ale MAI cu tumori benigne menționate în punctele „a” al prezentului paragraf sunt apreciați „**Inapt**”.

Tratamentul maladiilor prevăzute în punctului „b” se acordă după tratamentul chirurgical al tumorilor benigne intratoracice sau intraabdominale, când după finisarea tratamentului staționar gradul aptitudinii pentru activitate în MAI/CNA nu se schimbă.

Tumorile benigne – lipoamele, hemangioamele pielii, nevii multipli (varicoși și pigmentari), chisturile dermoide, condiloamele pielii, care nu împiedică purtarea uniformei de serviciu, încălțăminte, muniției, cât și consecințele tratamentului chirurgical radical al eroziilor și displaziilor colului uterin, polipilor canalului cervical, chisturilor glandelor Bartholin, chisturilor și fibroamelor vaginului, fără dereglări funcționale - nu întemeiază aplicarea acestui paragraf și nu limitează aptitudinea pentru activitate în cadrul MAI/CNA și pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI.

**Paragraful nr. 4. prevede hemopatiile benigne ale țesutul hematopoetic** (anemii, eritrocitoze, diateze hemoragice, trombofiliile) și alte stări de imunodeficiență, sacoidoza (în cazul sarcoidozei expertiza medicală se efectuează în dependență de organul sau sistemul afectat pe paragraful și coloana corespunzătoare).

*Lit. (a)* prevede anemia prin deficit de fier (stadiul anemic al deficitului de fier). Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățăminte ale MAI primesc tratament de substituție cu preparate de fier până la restabilirea nivelului Feritinei. Ulterior în funcție de cauza ce a provocat anemia se apreciază individual aptitudinea de activitate în oricare din categorii. Candidații cu anemia prin deficit de fier (stadiul anemic al deficitului de fier) ușoară (gr.I) pot fi admiși la studii și angajare în cadrul MAI/CNA.

*Lit. (b)* prevede anemia megaloblastică prin deficit de vitamina B12. Abilitatea examinațiilor pe coloanele III-IV se va aprecia individual în funcție de factorul etiologic ce a cauzat deficitul vitaminei B12.

*Lit. (c)* prevede anemia megaloblastică prin deficit de vitamina B9 (acid folic). Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățăminte ale MAI primesc tratament de substituție cu preparate ce conțin acidul folic până la normalizarea hemoleucogramei. Ulterior în funcție de cauza ce a provocat anemia prin deficit de acid folic se apreciază individual aptitudinea de activitate în oricare din categorii.

*Lit. (d)* prevede aplazia medulară (idiopatică sau secundară; independent de gradul de severitate).

*Lit. (e)* prevede anemia hemolitică congenitală (*membranopatii*: sferocitoza, eliptocitoza, stomatocitoza, acantocitoza, dereglarea de reînnoire a fosfatidilcolinei; *enzimopatii*: deficit de glucozo-6-fosfat dehidrogenaza, deficit de glucozo-fosfat-izomerază, deficit de piruvatkinază...; *hemoglobinopatii*: talasemia, siclemia). Angajații examinați pe coloana IV cu talasemiile minore (heterozigote și independente de transfuzii de concentrat eritocitar) pot activa în urma aprecierii individuale al aptitudinii.

*Lit. (f)* prevede anemia hemolitică dobândită (imună, mecanică, chimică, toxică, hemoglobinuria paroxistică nocturnă). Persoanele efectivului și corpului de comandă, care au suportat un epizod de anemie hemolitică imună cu efect pozitiv după tratamentul cu steroizi sau splenectomie sunt supuse expertizei medicale cu aprecierea individuală al aptitudinii. În cazul hemoglobinuriei paroxistice nocturne persoana se consideră „**Inapt**” de muncă în cadrul MAI/CNA.

*Lit. (g)* prevede anemia sideroblastică.

*Lit.(h)* prevede trombocitopatiile congenitale (Sindromul Bernard-Soulier, trombostenia Glazman, sindromul Wiskott-Aldrich.) și trombocitopatiile dobândite (uremice; medicamentoase induse de administrarea acidului acetilsalicilic, antiinflamatoarelor nesteroidiene; gamapatiile proteinemice).

*Lit. (i)* prevede trombocitopeniile (ca rezultat al scăderii capacității măduvei oaselor de sinteză al trombocitelor; distrugerea preamatură: imune, mecanice, toxice; consum exagerat). Persoanele efectivului și corpului de comandă, care au suportat un episod de trombocitopenie imună cu efect pozitiv după tratamentul cu steroizi sau splenectomie sunt supuse expertizei medicale cu aprecierea individuală al aptitudinii.

*Lit.. (k)* prevede coagulopatiile congenitale (hemofilia A, B, C.) și coagulopatiile dobândite (scăderea sintezei factorilor de coagulare ca rezultat al insuficienței hepatice; deficitul vitaminei K; imune; utilizarea anticoagulantelor, consumul sporit al factorilor de coagulare).

Punctul „l” prevede diatezele hemoragice mixte congenitale (maladia Willibrand congenitală tip 1, 2A, 2B, 3; deficit congenital al factorilor VII, X, V, II) și diatezele hemoragice mixte dobândite (maladia Willibrand imună, Sindromul de coagulare intravasculară diseminată, deficit imun al factorilor VII, X, V, II)

*Lit.(m)* prevede teleangectazia congenitală Rendu-Osler.

*Lit. (n)* prevede trombofiliile congenitale (Factorul V Leiden, Mutația genei G20210A, deficit de antitrombină, deficit de proteina C, deficit de proteina S..) și trombofiliile dobândite (sindromul antifosfolipidic, cancer, sarcina, imobilizare prelungită, boala varicoasă, induse medicamentos..).

*Lit (o)* prevede eritrocitozele relative (stres-eritrocitoze; sindromul Gaisbock; de dishidratare). Având în vedere că eritrocitozele relative sunt de scurtă durată și ar putea fi în epizoade unice, la restabilirea viscozității sanguine (Hematocritului - Ht) după ședințele de flebotomie, aptitudinea de activare în cadrul MAI/CNA se stabilește individual în oricare categorie.

*Lit. (n)* prevede eritrocitozele absolute (hipoxemice: nivel înalt al carboxihemoglobinei, hipoventilare alveolară, vicii cardiace congenitale; secreția sporită al eritropoietinei în maladii renale sau în tumori maligne extrarenale). Aceste tipuri de eritrocitoze sunt cronice cu risc constant de dezvoltare al evenimentelor trombotice. Persoanele din coloanele 1-3 sunt considerate „Inapt”, iar abilitatea angajaților din coloana 4 se va aprecia individual în funcție de nivelul hematocritului sanguin.

## X. TULBURĂRI MINTALE ȘI DE COMPORTAMENT

Paragraful baremului medical	Nozologie	<u>COLOANA 1</u>	<u>COLOANA 2</u>	<u>COLOANA 3</u>	<u>COLOANA 4</u>
1	2	3	4	5	6
<b>1.</b>	<b>Tulburări mentale și de comportament, Stări psihotice și alte tulburări mintale și de comportament datorate bolii, leziunii și disfuncției cerebrale. Tulburările neurocognitive (demența), tulburarea organică de personalitate și sindromul organic cerebral:</b>	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	a) stări psihotice pronunțate, trenante, tulburări mentale accentuate, stabile;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) stări psihotice cu evoluție favorabilă, tulburări mentale moderate persistente;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) cu tulburări psihotice sau nepsihotice tranzitorii de scurtă durată, cu exod de însănătoșire sau astenie neînsemnată;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	d) stările cu compensare stabilă ale manifestării morbide după traumă cerebrală acută	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt	Apt
<b>2.</b>	<i>Tulburările mentale din spectru schizofreniei și tulburări psihotice (tulburare schizotipală, tulburare delirantă persistentă, tulburare schizoafectivă, tulburare ale dispoziției afectivă):</i>				
	a) schizofrenia și altele tulburări psihotice, forme accentuate sau trenante ale tulburărilor afective bipolare, unipolare, ciclotimia cu repetarea frecventă a fazelor;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) formele ușoare ale tulburărilor afective endogene și ciclotimice cu accese rare și intervale prelungite (câțiva ani) de sănătate psihică completă.	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<b>3.</b>	<i>Tulburări psihotice și nepsihotice cauzate de factori exogene:</i>				
	a) stări psihotice cu manifestări clinice pronunțate sau cu evoluție îndelungată și tulburări de personalitate pronunțate;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt

	b) stări psihotice sau nepsihotice moderate sau recidivante, modificări patologice de personalitate tip organic sau stare astenică accentuată persistentă;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) stări astenice moderate, trenante;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	d) cu astenie ușoară de scurtă durată în urma afecțiunilor acute.	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt	Apt
	<i>Tulburări psihotice și nepsihotice (nevrotice) corelate cu stresuri și tulburări somatoforme, tulburări de adaptare, reacții la stress sever:</i>				
4.	a) tulburări psihotice cu evoluție trenantă și tulburări nevrotice accentuate, rebele la tratament;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) psihozele cu evoluție favorabile, tulburări nevrotice moderate, prelungite sau recidivante;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) tulburări psihotice de scurtă durată cu exod de însănătoșire, tulburări nevrotice moderate de scurtă durată;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Apt
	d) manifestări morbide ușoare de scurtă durată cu exod de însănătoșire;	Inapt	Apt	Apt	Apt
	<i>Tulburări specifice de personalitate și comportament, dezvoltarea patologică de personalitate:</i>				
5.	a) formele grave cu manifestări pronunțate și stabile, dezvoltare patologică a personalității cu tendințe de decompensare prelungită și repetată;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) formele moderate, manifestate prin tulburări afective, predisponibilitate dezvoltării stărilor reactive;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) manifestări ușoare cu compensare sau subcompensare a reacțiilor patocaracterologice;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Apt
	<i>Tulburări mintale și de comportament datorate utilizării de substanțe psihoactive:</i>				
6.	a) cu evoluție trenantă, tulburări accentuate de personalitate, tulburări intelectual-mnestice;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări patologice de personalitate moderate, tratament staționar neefectiv, tulburare psihotică acută, sindrom convulsiv de geneză alcoolică;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) stadiu de debut ale alcoolismului , în lipsa tulburărilor de personalitate, fenomenelor de dependență fizică.	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	<i>Retardare mentală:</i>				
7.	a) retard mental moderată și ușoară;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	a) stările limitrofe de retard mental (deficiență intelectuală subnormală);	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual

8.	<i>Epilepsia cu tulburări mintale:</i>				
	a) accese convulsive cu prezența tulburărilor mentale trenante și stabile;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) accese convulsive rare cu modificări de personalitate ușoare sau tulburări nevrotiforme neaccentuate.	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual

**EXPLICAȚIE**  
**PRIVIND APLICAREA PARAGRAFELOR BAREMULUI MEDICAL**  
**AL SISTEMUL TULBURĂRILOR MINTALE ȘI DE COMPORTAMENT**

**Paragraful nr.1** prevede stări psihotice și alte tulburări mentale și de comportament datorate bolii, leziunii și disfuncției cerebrale (traumele cranio- cerebrale, tumorile cerebrale, neuroinfecții, leziuni cerebrovasculare ș.a). Tulburările neurocognitive (demența), tulburarea organică de personalitate și sindromul organic cerebral.

Expertiza medicală a angajaților MAI/CNA se efectuează după examenul medical în condiții de staționar.

*Lit. (a)* prevede stările psihotice pronunțate trenante, tulburările mentale care se manifestă prin tulburări cognitive accentuate și stabile sau tulburări de personalitate de tip organic.

*Lit. (b)* prevede stări psihotice cu evoluție favorabilă, tulburări psihice manifestate prin instabilitate emoțional-volitivă, cu semne vegetative și afectare organică a sistemului nervos, cât și tulburare organică labil-emoțională (astenică) și alte stări nevrotiforme și psihopatiiforme persistente.

*Lit.(c)* prevede tulburări psihotice sau nepsihotice tranzitorii de scurtă durată în urma traumei acută sau afecțiunii organice cerebrale acute cu exod în însănătoșire sau astenie neînsemnată, precum și manifestări nepsihotice ușoare (astenice, nevrotiforme) ca consecințe ale traumelor sau leziunilor organice cerebrale, în lipsa semnelor afectării organice cerebrale, când sunt numai unele semne organice diseminate.

Colaboratorilor după suportarea traumelor sau leziunilor organice cerebrale acute, la finisarea tratamentului, la neccesitate, se efectuaiază expertiza medicală repetată, cu recomandare, după caz, transferul angajatului din servicii operative în neoperative.

*Lit. (d)* prevede stările cu compensare stabilă (nu mai puțin de 12 luni) ale manifestărilor morbide după boală sau traumă cerebrală acută în lipsa tulburărilor psihice și fenomenelor afectării organice cerebrale.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații la studii care a suportat traume cranio-cerebrale, sunt clasați apti pentru serviciu numai în cazurile manifestărilor clinice ușoare și de scurtă durată (astenie neînsemnată) cu compensarea stabilă (nu mai puțin de 3 ani), în lipsa semnelor de afecțiune organică cerebrală.

**Paragraful nr.2** prevede tulburările mentale din spectrul schizofreniei și altor tulburări psihotice: schizofrenia, tulburarea schizotipală, tulburările delirante persistente, tulburări schizoafective, tulburări ale dispoziției afective (episoade maniacale, depresive, ciclotimie). În cazurile când diagnosticul diferențial al schizofreniei și altor forme de tulburări psihice este dificil, expertiza medicală se efectuaiază conform paragrafelor corespunzătoare ale Baremului medical.

*Lit. (a)* prevede toate formele de schizofrenie, tulburarea schizotipală, tulburări delirante persistente, schizoafective, formele accentuante sau trenante ale tulburărilor afective bipolare, unipolare și ciclotimia cu repetarea fazelor.

*Lit. (b)* vizează numai formele ușoare ale tulburărilor afective endogene și ciclotimice cu accese rare și intervale prelungite (nu mai puțin de 3 ani) de sănătate psihică completă. Conform punctului „b” persoanelor efectivului de trupă și corpului de comandă aptitudinea se stabilește individual. În aceste cazuri este necesar de a recomanda transferul colaboratorilor din serviciilor operative în funcții neoperative.

**Paragraful nr.3** prevede tulburările psihotice și nepsihotice cauzate de factori exogeni (infecțiilor generale, intoxicațiilor, afecțiunilor somatice de genă diferită, după naștere, determinate climax, dereglări de metabolism, etc.)

În prezența tulburărilor psihice susnumite în anamneză și în lipsa patologiei organelor interne și sferei neuropsihice, expertiza se efectuează conform punctului ”d” al acestui paragraf. Exodul favorabil al acestor tulburări psihotice trebuie confirmat prin examen în staționar. În documentele medicale cu rezultatele examenului medical și expertizei efectuate se indică boala principală care a contribuit la manifestarea și evoluția tulburărilor psihice.

*Lit. (a)* prevede stări psihotice cu manifestări clinice pronunțate sau cu evoluție îndelungată, cât și tulburări de personalitate pronunțate.

*Lit.(b)* prevede stări psihotice sau nepsihotice moderate sau recidivante, care duc la modificări patologice de personalitate de tip organic sau la stare astenică accentuantă care persistă peste 3 luni (cerebrastenie), cât și fenomene de afectare organică cerebrală.

*Lit. (c)* prevede stări astenice moderate cu durată de până la 3 luni după suportarea unei infecții în lipsa afectării organice cerebrale.

Angajaților MAI/CNA, la necesitate, după concediul medical li se efectuează expertiza medicală repetată. La reangajare ex-angajații a MAI /CNA se apreciază „**Inapt**”.

*Lit.(d)* prevede tulburările psihice datorită unei afecțiuni acute care a evoluat cu astenie ușoară de scurtă durată (pînă la 2-3 săptămîni) și s-a încheiat cu însănătoșire.

Conform acestui punct candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și cei pentru admiterea în instituțiile de învățămînt ale MAI pot fi clasați „**Apt**” pentru serviciu numai în cazurile astenice ușoare, de scurtă durată în anamneză, după infecții, intoxicații și maladii somatice suportate cu exod în însănătoșire completă și în lipsa tulburărilor psihice nu mai puțin de 3 ani.

**Paragraful nr.4** prevede tulburările psihotice și nepsihotice (nevrotice) corelate cu stresuri și tulburări somatoforme, reacții la stres sever și tulburări de adaptare, etc. Expertiza stărilor nevrotiforme ce se manifestă ca sindroame ale afecțiunii organice cerebrale, infecții, intoxicații, leziuni vasculare se efectuează conform paragrafelor corespunzătoare ale Baremului medical.

*Lit. (a)* prevede tulburări psihotice corelate cu stres, cu evoluție trenantă (psihoza delirantă, psihoze disociative, etc.) și tulburări nevrotice accentuante, rebele la tratament.

*Lit. (b)* prevede psihozele corelate cu stres, cu evoluție favorabilă, cât și tulburări nevrotice moderate, prelungite sau recidivante, când manifestările morbide, necătând la tratament, persistă și împiedică îndeplinirea atribuțiilor de serviciu în MAI/CNA. Decizia despre aptitudinea pentru serviciu se adoptă după tratament în staționar nu mai puțin de 30 zile.

*Lit. (c)* prevede tulburările psihotice corelate cu stres de scurtă durată, cu exod de însănătoșire, precum și tulburări nevrotice moderate de scurtă durată. La necesitate după concediul medical, personalul efectivului și corpului de comandă li se efectuează expertiza medicală repetată. Persoanele examinate pentru reangajare în MAI/CNA se apreciază „**Inapt**”.

*Lit. (d)* prevede reacții acute la stres de scurtă durată, tulburări nevrotice ușoare, eficiente la tratament și cu exod de însănătoșire. Persoanele examinate pentru reangajare în MAI/CNA se efectuează nu mai puțin de 3 luni de remisie. Candidații pentru angajare în MAI/CNA și cei pentru admiterea în instituțiile de învățămînt ale MAI cu semne evidente de instabilitate emoțional-vegetativă, stări astenice sau anxioase cu distragerea atenției, sentimente instabile, rezistență scăzută la stres, care pot face dificil adaptarea profesională sunt recunoscute „**Inapt**”.

**Paragraful nr.5** prevede tulburările specifice de personalitate și comportament, dezvoltare patologică de personalitate (modificări durabile de personalitate), influența diferitor factori exogeni, tulburări ale habitusului și impulsurilor, reacții patocaracterologice, tulburări de preferință sexuală, etc. Examinarea angajaților MAI/CNA conform acestui paragraf se efectuează în condiții de staționar cu profil psihiatric. Pentru stabilirea diagnosticului tulburare specifică de personalitate sunt necesare date anamnestice obiective, studierea caracteristicilor anterioare și prezente de la servicii, studii, locurile de trai.

*Lit. (a)* vizează formele grave de tulburări specifice de personalitate cu manifestări pronunțate, dezvoltare patologică a personalității (paranoidă, hipohondriacă), care nu se compensează și se caracterizează prin manifestări morbide profunde și stabile, care se soldează cu incapacitatea îndelungată de a exercita atribuțiile de serviciu în MAI/CNA.

*Lit. (b)* prevede formele moderate ale tulburărilor specifice de personalitate, manifestate prin tulburări afective, predisponibilitatea dezvoltării stărilor reactive, dezechilibrarea vădită a sistemului nervos vegetativ, reacții patocaracterologice persistente și pronunțate.

*Lit. (c)* vizează alte tulburări specifice de personalitate (narcisică, pasiv-agresivă, psihonevrotică, etc.), reacții patocaracterologice ușoare, rare, cu compensare sau subcompensare ale tulburărilor emoțional-volitivă.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățămînt ale MAI, la care s-au depistat reacții patocaracterologice, instabilitate emoțional-volitivă, precum și cu autoleziuni corporale, accentuări pronunțate ale caracterului, ce pot complica adaptarea profesională și socială, se apreciază ca inapte. Persoanele cu modificări psihopatiforme, cazual legate de factori nocivi externi (infecții, intoxicații, traume cranio-cerebrale, etc), se expertizează în conformitate cu paragrafele Baremului medical, care prevăd formele nozologice ale patologiei neuro-psihice corespunzătoare.

La angajații MAI/CNA, cazurile de comportament demonstrativ, intenționat, indisciplinar, ce nu au legătură și dovadă cu prezența particularităților patocaracterologice la individ, nu pot fi apreciate manifestări de tulburare specifică de personalitate.

**Paragraful nr.6** prevede tulburări mentale și de comportament datorate utilizării de substanțe psihoactive (intoxicații îndelungate în urma abuzului cronic de alcool, drogurilor și altor substanțe toxice), stări psihotice (sindrom de sevraj cu delirium, halucinoza, paranoidă, etc). Expertiza medicală a angajaților MAI/CNA se efectuează după examen medical în condiții de staționar psihiatric sau narcologic.

*Lit. (a)* prevede tulburări mentale și de comportament ca urmare a utilizării substanței psihoactive cu evoluție trenantă sau episoade psihotice repetate, tulburări accentuante de personalitate, tulburări intelectual-mnestice.

*Lit. (b)* prevede abuzul cronic de alcool, droguri și alte substanțe toxice cu tulburări de personalitate moderate, critică insuficientă față de starea sa, lipsa dispozițiilor pozitive pentru tratament, cât și în cazul tratamentului staționar neefectiv. Tot aici se referă: tulburare psihotică acută alcoolică, sindromul convulsiv de genă alcoolică, psihoza acută în urma abuzului de droguri și altor substanțe toxice.

*Lit. (c)* prevede stadiul de debut al alcoolismului, în lipsa tulburărilor de personalitate, fenomenelor de dependență fizică.

Angajații MAI/CNA examinați pe coloana IV cu dispoziție fermă pentru tratament, remisie stabilă după tratament și caracteristică pozitivă de la serviciu, pot fi clasați „Apt” pentru serviciu.

Acest paragraf nu se aplică la persoanele efectivului de trupă și corpului de comandă în cazurile consumului episodic sau sporadic al alcoolului, drogurilor sau altor substanțe toxice fără tulburări psihice.

Candidații la serviciu și la învățămînt în instituțiile MAI cu semne de consum habitual de alcool cu tulburări vegetative, precum și consum episodic al drogurilor sau altor substanțe toxice sunt apreciați inapți.

**Paragraful nr.7** prevede retardarea mentală moderată, ușoară, stările limitrofe, (deficiența intelectuală subnormală). Formele ușoare de retardare mentală este necesar de diferențiat cu stările similare – retard psihic în cazurile stărilor astenice la bolnavii cu boli somatice grave, tulburări organice mentale progrediente, precum și apărute la vârsta precoce, tulburări specifice de dezvoltare a abilităților de învățare. Expertiza demenței dobândite se efectuează conform paragrafelor Baremului medical în dependență de etiologia bolii de bază. Candidații la serviciu ce suferă de retardare mentală de orice grad sunt considerați „Inapt” pentru serviciu în MAI/CNA.

Pentru stabilirea diagnosticului de retard mintal al angajaților, examenarea în staționar este obligatorie.

*Lit. (a)* prevede retardare mentală moderată și ușoară.

*Lit. (b)* prevede stările milimitrofe (deficiența intelectuală subnormală).

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățămînt ale MAI cărora li s-a depistat deficiență intelectuală subnormală (se manifestă prin limitare în gândire abstractă, torpiditatea gândirii, dificultăți ale memoriei, scăderea capacității de



generalizare, analiză comparativă), care nu ating nivelul retardului mental, dar creează dificultăți în adaptarea profesională sunt recunoscute inapte conform punctului „b”.

Subofițerii care sunt angajați în funcții care, conform fișei postului, nu îndeplinesc sarcini operative și care au deficiență intelectuală, care nu ating nivelul de retard mental, se consideră „**Apt**” pentru serviciul în MAI/CNA, în continuare, dar nu pot avansați în funcții.

**Paragraful nr.8 prevede** epilepsia generalizată și focară, parțială cu tulburări mentale - tulburări de personalitate (sindromul personalității din epilepsia limbică), demență epileptică, psihoza epileptică nespecificată acută și cronică, tulburări afective, tulburări nevrotiforme în cadrul epilepsiei (anxioase, obsesiv-compulsive, disociative etc.)

Epilepsia simptomatică cu tulburări mentale în acest paragraf nu se regăsește. În acest caz expertiza medicală se efectuează după constatarea maladii, ce a contribuit la dezvoltarea sindromului convulsiv. Este foarte important în stabilirea diagnosticului final, studierea particularităților personalității bolnavului, folosind metodele de investigații clinice și psihologice.

La examinarea medicală a angajaților, prezența acestora trebuie confirmată prin supraveghere medicală. În cazuri particulare pot fi luate în considerație actele semnate de persoane oficiale din efectivul nemedical și aprobate de șefii (comandanții) respectivi. În cazuri îndoielnice se vor interpela informații la locul de trai, serviciu.

Aptitudinea pentru serviciu a angajaților MAI/CNA poate fi stabilită numai după examinarea medicală în staționar.

*Lit. (a)* prevede accese convulsive cu prezența tulburărilor mentale trenante și stabile (demență, sindromul personalității din epilepsia limbică, psihoza epileptică).

*Lit. (b)* prevede accese convulsive rare (mai puțin de 3 ori pe an) cu modificări de personalitate ușoare sau tulburări nevrotiforme neaccentuate în cadrul epilepsiei.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățămînt ale MAI cu prezență în anamneză cel puțin a unui acces convulsiv fixat în documentația medicală și la care au fost observate tulburări mentale caracteristice pentru epilepsie sunt recunoscuți „**Inapt**” pentru serviciu. În unele cazuri, luând în considerare funcția, caracterul serviciului, capacitatea reală de muncă, în privința angajaților MAI/CNA, examinate conform coloanei IV ale Baremului medical, având experiență bogată și cunoștințe vaste în domeniul activității profesionale, dar neavând stagiul de serviciu necesar pentru stabilirea pensiei, se permite de a lua decizia: „**Apt**”. În cazurile când această decizie se aplică persoanelor, care suferă de epilepsie cu crize epileptice rare este contraindicată activitatea profesională ce ține de portarmă, conducerea mijloacelor de transport, lucrul la înălțimi, lângă mecanisme mobile, foc și apă.

## XI. BOLILE SISTEMULUI NERVOS

Paragraful baremului medical	Nozologie	<u>COLOANA 1</u>	<u>COLOANA 2</u>	<u>COLOANA 3</u>	<u>COLOANA 4</u>
1	2	3	4	5	6
<b>BOLILE SISTEMULUI NERVOS</b>					
<i>Bolile inflamatorii, atrofii sistemice, tulburări extrapiramidale, alte boli degenerative, boli demielinizante ale sistemului nervos central. Sechelele cu lezarea encefalului și măduvei spinării ( G00-G37):</i>					
<b>1.</b>	a) cu tulburări accentuate de funcție sau cu evoluție rapid progresivă;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări moderate de funcție	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) cu tulburări neînsemnate de funcție	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	d) cu semne organice disperse fără tulburări de funcție.	Apt	Apt	Apt	Apt
<i>Tulburări episodice și paroxistice G40- G47). Epilepsia și sindroame epileptice, Migrena, Alte sindroame de algii cerebrale:</i>					
<b>2.</b>	a) cu crize epileptice frecvente	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu crize convulsive sporadice rare (mai puțin de 3 pe an cu convulsii și fără convulsii) de epilepsie fără tulburări mintale în perioada dintre accese.	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<i>Tulburări episodice și paroxistice G40- G47). Atacuri cerebrale ischemice tranzitorii și sindroame înrudite. Sindroame vasculare cerebrale în bolile cerebrovasculare, Tulburări de somn):</i>					
<b>3.</b>	a) cu tulburări funcționale accentuate;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări funcționale moderate, cu dereglări tranzitorii frecvente ale circulației cerebrale	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) cu tulburări funcționale neînsemnate; cu dereglări tranzitorii ale circulației cerebrale	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual

	d) cu sincope frecvente și fără semne de lezare organică a sistemului nervos central;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	e) cu sincope rare și fără semne de lezare organică a sistemului nervos central.	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	<i>Afecțiunile nervilor, rădăcinilor și plexurilor nervoase ( G50-G73). Afecțiunile nervului trigemen, nervului facial, ale altor nervi cranieni, Afecțiuni ale rădăcinilor și plexurilor nervoase și compresia lor, mononeuropatii ale membrului superior sau inferior. Polineuropatii și alte afecțiuni ale sistemului nervos periferic. Alte miopatii. Afecțiuni ale joncțiunilor mioneurale și musculare:</i>				
4.	a) cu tulburări funcționale accentuate;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări funcționale moderate;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) cu tulburări funcționale neînsemnate;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	d) cu semne obiective, fără tulburări de funcție.	Apt	Apt	Apt	Apt
	<i>Paralizia cerebrală și alte sindroame paralitice(G80-G89) Paralizia cerebrală. Hemiplegia. Paraplegia și tetraplegie. Alte sindroame paralitice. Afecțiunile organice progresive ale SNC. Tumorile encefalului și măduvei spinării, anomalii congenitale (vicii de dezvoltare) și alte afecțiuni neuromusculare:</i>				
5.	a) cu tulburări funcționale accentuate sau cu progresare rapidă;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări funcționale moderate sau cu progresare lentă;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) cu tulburări funcționale neînsemnate	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	<i>Alte afecțiuni ale sistemului nervos (G90-G99). Hidrocefalia. Encefalopatia toxică. Alte afecțiuni ale sistemului nervos:</i>				
6.	a) cu tulburări funcționale accentuate;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări funcționale moderate;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) cu tulburări funcționale neînsemnate	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
7.	Deregări funcționale temporare după maladia acută, acutizarea celei cronice, traumele sistemului nervos central sau periferic, cât și după tratamentul chirurgical al acestora.	Tratament	Tratament	Tratament	Tratament

**EXPLICAȚIE**  
**PRIVIND APLICAREA PARAGRAFELOR BAREMULUI MEDICAL**  
**PRIVIND SISTEMUL NERVOS**

**Paragraful nr. 1** (G00-G37) prevede bolile inflamatorii, atrofii sistemice, tulburări extrapiramidale, alte boli degenerative și boli demielinizante, boli parazitare ale sistemului nervos central și consecințele acestora.

Lezarea encefalului și măduvei spinării în infecțiile generale, encefalitele și encefalomielitele primare, meningitele, (meningită meningococică, meningitele seroase, poliomielita, encefalitele virale etc.), precum și afecțiunile tuberculoase, sifilitice ale sistemului nervos central etc, confirmate prin examinări electrofiziologice (EEG), radiologice - CT (RMN) cerebrală sau la necesitate examen de laborator (lichidul cefalorahidian, biopsia musculară, analize genetice).

*Lit. (a)* prevede encefalitele și encefalomielitele primare (meningită meningococică, meningitele seroase, poliomielita, encefalitele virale etc.), precum și afecțiunile tuberculoase, sifilitice ale sistemului nervos central etc., însoțite de paralizii sau pareze profunde, parkinsonism accentuat, epilepsie secundară cu crize epileptice frecvente (trei și mai multe pe an), hiperkineze răspândite pronunțate, crize frecvente de epilepsie parțială, dereglări statice, hidrocefalie accentuată, hipertensiune cefalorahidiană pronunțat accentuată, arahnoidită cu dereglarea vederii, cât și consecințele mielitei cu paralizie sau pareze accentuate etc., prevede și anomaliile congenitale (vicii de dezvoltare) grave după caracterul lor și afecțiunile sistemului nervos, precum și afecțiunile cu evoluție accelerat progresivă sau însoțite de tulburări funcționale accentuate (siringomielia cu tulburări trofice accentuat manifestate, scleroză laterală amiotrofică, miastenia, amiotrofie neurală, ataxie spinală Friedreich, paralizia infantilă cerebrală, ataxia cerebeloasă Pierre-Marie etc.).

Acest punct prevede și afecțiunile grave ale sistemului nervos în sifilis, afecțiunile parazitare ale sistemului nervos.

Diagnosticul de epilepsie secundară trebuie să fie confirmat prin examinare în secția de neurologie s-au secția specializată pentru bolnavii cu epilepsie. În cazurile când există suspiciuni că crizele epileptice posibil sunt cauzate de prezența unor formațiuni tumorale se recomandă efectuarea obligatorie a CT - cerebrală (RMN-cerebrală) ori PET (SPECT) cerebrală.

*Lit. (b)* prevede fenomenele reziduale și consecințele afecțiunilor, care după gradul dereglărilor funcționale ale sistemului nervos central limitează, dar nu exclude posibilitățile satisfacerii serviciului (sechelele encefalitei, arahnoiditei cu hemipareză moderată sub formă de scădere a forței musculare, sporirea tonusului mușchilor, hidrocefalia moderată, hipertensiune cefalorahidiană moderată), epilepsia secundară cu crize epileptice rar (mai puțin de trei în decursul unui an) prevede și maladiile cu evoluție lentă, simptomele cărora progresează timp îndelungat (1 – 2 ani), miopatiile cu evoluție lentă, miotonia, siringomielia cu atrofie musculară neînsemnată și tulburări ușoare de sensibilitate, compresia craniană cu sindrom de hipertensiune etc.).

În unele cazuri, angajații MAI/CNA aflați în funcții pe coloanele III-IV a Baremului medical, care n-au împlinit stagiul de serviciu pentru calcularea pensiei, luând în considerare specialitatea, capacitatea reală de muncă, dereglările funcționale neurologice, caracterul serviciului, manifestările patologice la electroencefalografie și RMN, CT, PET (SPECT) cerebrală, precum și datele evidenței dispensariale și rezultatele tratamentului se permite de a lua decizia „**Apt**”.

Persoanele, care suferă de epilepsie secundară cu crize epileptice rare (mai puțin de trei cazuri pe an), la care în urma expertizei medicale s-a adoptat decizia: „**Apt**”, este contraindicată activitatea profesională ce ține de portarmă, conducerea mijloacelor de transport, lucrul la înălțimi, lângă mecanisme mobile, foc și apă.

Persoanele, care în timpul serviciului au suportat meningită tuberculoasă, se clasează pe punctele „a” sau „b” ale acestui paragraf.

*Lit. (c)* prevede consecințele și fenomenele reziduale ale afecțiunilor inflamatorii ale sistemul nervos central cu dereglări funcționale neânsemnate, cu semne organice solitare asociate cu instabilitate vegeto-vasculară și manifestări astenice, cu hipertensiune intracraniană ușoară. Tipul de aptitudine pentru îndeplinirea serviciului în cadrul MAI/CNA examinați conform punctului „c” al acestui paragraf se stabilește în dependență de specialitatea, capacitatea reală de muncă, caracterul și evoluția bolii, dacă atribuțiile de serviciu sunt compatibile cu incapacitatea cauzată de afecțiunea respectivă. Persoanele la reangajare pe punctele „b” și „c” vor efectua investigații detaliate de profil.

*Lit.(d)* prevede consecințele și fenomenele reziduale ale afectării sistemului nervos după suportarea afecțiunilor inflamatorii, manifestate prin astenizare neânsemnată, instabilitatea vegeto-vasculară și unele semne organice disperse fără dereglări motorii, senzitive, de coordonare și altor funcții ale sistemului nervos.

La examinarea candidaților pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidaților pentru admiterea în instituțiile de învățămînt ale MAI, care au suportat meningită meningococică, meningite seroase, poliomielită, encefalite virale, este necesar de a lua în considerare durata maladiei, timpul/perioada după însănătoșire (remisiune nu mai puțin de 3 ani), prezența sau absența dereglărilor funcționale neurologice, caracterul serviciului prevăzut, de asemenea și lipsa manifestărilor patologice la electroencefalografie și RMN (CT) cerebrală.

**Paragraful nr 2 (G40-G44)** vizează dereglări episodice și paroxistice (epilepsia și alte sindroame epileptice, Migrena și alte sindroame de algi cefalice). Prevede epilepsia ca o afecțiune cerebrală cronică cu crize generalizate sau parțiale, epilepsia simptomatică cu echivalente psihice sau cu schimbări specifice ale personalității), confirmate prin examinare electrofiziologice (EEG), radiologice CT (RMN cerebrală), confirmate prin examinare în staționar, s-au consultația medicului de profil.

Prezența în anamneză a unui acces fixat în documentația medicală, permite de a considera pe candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățămînt ale MAI – „Inapt”. Este foarte important pentru stabilirea diagnosticului studierea particularităților personalității bolnavului, folosind metodele de investigație clinice și psihologice.

La expertiza medicală a angajaților MAI/CNA prezența accesului trebuie confirmată prin supravegherea medicală. În cazuri particulare, pot fi luate în considerare actele semnate de persoane oficiale din rândul efectivului subdiviziunii, unde își satisface serviciul persoana supusă expertizei medicale și aprobate de șefii (comandanții) subdiviziunilor respective. În cazuri îndoielnice se vor interpela informații de la locul de trai, de la alte persoane martori oculari ale crizelor suportate de către examinat.

Aptitudinea pentru angajații MAI/CNA poate fi stabilită numai după examinarea medicală staționară. În caz de suspiciune a crizelor simptomatice provocate de tumori a encefalului, encefalită și altor afecțiuni organice ale sistemul nervos central, examinatul este îndreptat în pentru examinare în scopul stabilirii diagnosticului în secția de neurologie, sau secția specializată.

*Lit. (a)* prevede crize convulsive frecvente (3 și mai multe pe an) sau echivalentele psihice ale crizelor convulsive, precum și tulburările psihice progresive, procesele inflamatorii craniene și rahidiene de etiologie neelucidată.

*Lit. (b)* prevede crize convulsive sporadice rare (mai puțin de 3 pe an), precum și paroxisemele neconvulsive fără echivalente și alte modificări psihice caracteristice pentru epilepsie. diverse forme de migrenă cu accese frecvente (3 și mai multe pe an) și îndelungate (mai mult de 24 ore),

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățămînt ale MAI, precum și la reangajare, care au suportat paroxisme neconvulsive sau slab manifestate, fixate în documentația medicală, la care prin examinarea medicală se depistează modificări electrofiziologice (EEG) tipice în repaus sau cu probe funcționale (paroxisme, complexe de unde ascuțite, asimetrie cerebrală), sunt recunoscuți inapți.

Diagnosticul de epilepsie secundară trebuie să fie confirmat prin examinare în secția de neurologie s-au secția specializată pentru bolnavii cu epilepsie. În cazurile când există suspiciuni că crizele epileptice posibil sunt cauzate de prezența unor formațiuni tumorale se recomandă efectuarea obligatorie a CT - cerebrală (RMN-cerebrală) ori PET(SPECT) cerebrală.

Persoanele, care suferă de epilepsie secundară cu crize epileptice rare (mai puțin de trei cazuri pe an), la care în urma expertizei medicale s-a adoptat decizia: „Apt”, este contraindicată activitatea profesională ce ține de portarmă, conducerea mijloacelor de transport, lucrul la înălțimi, lângă

mecanisme mobile, foc și apă. În unele cazuri, luând în considerare funcția, caracterul serviciului, capacitatea reală de muncă, în privința angajaților MAI/CNA, conform coloanelor III-IV ale Baremului medical, având experiență și cunoștințe în domeniul activității profesionale, dar neavând stagiul de serviciu necesar pentru stabilirea pensiei, se permite de a lua decizia: „Apt”.

**Paragraful nr.3** (G45-G47) vizează dereglări episodice și paroxistice (Atacuri cerebrale ischemice tranzitorii și sindroame înrudite, sindroame vasculare cerebrale în bolile cerebrale.

Prevede toate afecțiunile vasculare cerebrale și medulare, dereglări cerebrale cu înrăutățirea avansată a circulației vasculare, tulburări vasculare tranzitorii, ictusurile (hemoragice și ischemice), de asemenea afecțiunile vasculare medulare, având ca consecințe focare cu sediu diferit și lezarea funcțiilor respective. ), confirmate prin ecografia Doppler, RMN cerebrală.

*Lit. (a)* prevede afecțiuni vasculare cerebrale și medulare, ictusurile repetate, dereglarea violentă a funcțiilor sistemului nervos apărute ca consecințe a infarctului cerebral sau medular, insuficiența cronică vasculară cerebrală de gradul III (hemiplegie, hemipareze adânci, monopareze, tulburări de vorbire, memorie, gândire, simptome-fenomene de parkinsonism, epilepsie secundară cu crize epileptice frecvente (mai mult de trei în an), anevrismele arteriale multiple după decuplarea lor din circulația sangvină; anevrismele arteriale solitare în cazurile, când examinatul refuză tratamentul chirurgical; dereglarea funcțiilor organelor pelviene etc.

*Lit. (b)* prevede anevrismele arterio-venoase după embolizare sau extirpare; anevrismele arteriale solitare după decuplarea lor din circulația sangvină cu evoluție favorabilă; afecțiunile vasculare cerebrale sau medulare cu evoluție favorabilă și tulburări moderate de focar; encefalopatie de gradul II în scleroza cerebrală, instabilitate, cefalee, vertij, dereglarea somnului, scăderea capacității de lucru, dereglări emoțional-volitiv însoțite de prezența unor semne organice persistente din partea sistemului nervos central, asimetria de reflexe evidentă, reacția slabă a pupilelor la lumină, simptome piramidale etc.), tulburări cerebrale în hipertensiunea arterială de gr. II, hemipareze, pareze, tulburări de vorbire, memorie, gândire cu evoluție favorabilă, epilepsie secundară cu crize epileptice rare (mai puțin de trei în an), cât și tulburările vasculare tranzitorii frecvente (3 și mai multe pe an). După tratamentul chirurgical a anevrismelor ale vaselor cerebrale, altor afecțiuni vasculare cerebrale sau rahidiene, expertiza medicală se efectuează în conformitate cu cerințele punctului „a”, indiferent de gradul semnelor reziduale ale tulburărilor circulației cerebrale și funcțiilor sistemului nervos. În caz de hemoragie cerebrală spontană, expertiza medicală se efectuează în conformitate cu punctele „a” sau „b”.

*Lit. (c)* prevede afecțiuni vasculare tranzitorii rare (nu mai mult de 2 ori pe an), însoțite de simptome organice instabile (pareze, parestezii, tulburări de vorbire), care au o durată de până la 24 ore și dispar fără afectarea funcției sistemului nervos. Tendința imprevizibilă de repetare a crizelor vasculare tranzitorii e contraindicată activitatea pe coloana I, II și III. Angajații examinați pe coloana IV, ținând cont de specialitatea, capacitatea de muncă, caracterul și evoluția crizelor tranzitorii, permite de a lua decizia „Apt”. În aceste cazuri se analizează referința de serviciu, datele evidenței dispensariale și rezultatele tratamentului.

Tendința imprevizibilă de repetare a crizelor vasculare tranzitorii e contraindicată activitatea pe coloana I, II și III. Angajații MAI/CNA în funcții pe coloana IV, ținând cont de specialitatea, capacitatea de muncă, caracterul și evoluția crizelor tranzitorii, permite de a lua decizia „Apt”, acestor persoane este contraindicată activitatea profesională ce ține de portarmă. În aceste cazuri se analizează referința de serviciu, datele evidenței dispensariale și rezultatele tratamentului. Tot aici este inclusă cerebroscleroza incipientă, fără dereglări vasculare, consecințe ale dereglărilor medulare, cu tulburări ușoare de sensibilitate sau pareze neînsemnate ale membrului; sindromul arterei vertebrale.

Candidații la reangajare pe punctul „c” vor efectua investigații detaliate pe profil. Recuperarea totală a funcției sistemului nervos central, la Efectivul de ofițeri și subofițeri, care au suportat pentru prima dată dereglări vasculare tranzitorii, sau accidente vasculare constituite, după tratament specific corespunzător, permite adoptarea deciziei după finisarea tratamentului sau remisie stabilă.

*Lit. (d)* prevede distonia vegeto-vasculară cu crize frecvente (1 și mai multe pe lună), manifestate prin ischemie cerebrală acută (sincope simple și convulsive), confirmate în anamneză sau prin examinări. Persoanele cu sincope urmează a fi supuse unui examen medical aprofundat: examinări electrofiziologice (EEG), radiologice CT (RMN cerebrală) ori PET(SPECT).

*Lit. (e)* prevede cu distonia vegeto-vasculară cu sincope rare. Diagnosticul de distonie vegeto-vasculară se stabilește numai în acele cazuri, când examenul medical efectuat în acest scop n-a depistat alte maladii însoțite de dereglări ale sistemului nervos vegetativ. Persoanelor cu sincope le este contraindicată activitatea profesională ce ține de portarmă, conducerea mijloacelor de transport, lucrul la înălțimi, lângă mecanisme mobile, foc și apă. Angajații cu crize cerebrale vegeto-vasculare rare (3 – 4 ori pe an) aptitudinea pentru serviciu se stabilește individual, ținând cont de specialitate, capacitatea reală de muncă. Candidații la reangajare pe punctul „e” vor efectua investigații detaliate de profil.

Recuperarea totală a funcției sistemului nervos central la angajații, care au suportat pentru prima dată dereglări vasculare tranzitorii, sau accidente vasculare constituite, după tratament specific corespunzător, permite adoptarea deciziei după finisarea tratamentului sau remisie stabilă. Angajații din cadrul MAI expertizați pe coloana II, după finisarea tratamentului sau în faza de remisie stabilă sunt supuși obligator expertizei medicale.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățământ ale MAI, precum și la reangajare, care au suportat paroxisme neconvulsive sau slab manifestate, fixate în documentația medicală, la care prin examinarea medicală se depistează modificări electrofiziologice (EEG) în repaus sau cu probe funcționale, modificări la RMN ori PET (SPECT) cerebrală sunt considerate inapte.

**Paragraful nr. 4 (G50-G73).** Afecțiunile nervilor, rădăcinilor și plexurilor nervoase. Polineuropatii și alte afecțiuni ale sistemului nervos periferic. Afecțiuni ale joncțiunilor neurale și musculare.

Prevede afecțiunile sistemului nervos periferic și nervilor cranieni (cu excepția perechilor II și VIII), spinali, rădăcinilor și ganglionilor plexurilor nervilor periferici (cervical, brahial, lombar, sacral), precum și afectarea secundară din cauza intoxicațiilor, traumelor și consecințele lor etc., confirmate prin examinări radiologice, CT sau RMN zonei afectate. La necesitate EMG, ENG.

*Lit. (a)* prevede afecțiunile sistemului nervos periferic și nervilor cranieni (cu excepția perechilor II și VIII), spinali, rădăcinilor și ganglionilor plexurilor nervilor periferici, precum și afectarea secundară din cauza intoxicațiilor, traumelor, tumorilor ) și consecințele lor etc, timp de 6 luni, cu dereglări sensitive, motorii, trofice (atrofii musculare: braț > 4 cm; antebraț > 3 cm; femur > 8 cm; gambă > 6 cm, contracturi, sindrom dureros persistent, ulcere trofice, decubit ș.a.), Punctul „a” prevede și afecțiuni recidivante (2 și mai multe pe an) a nervilor cranieni (cu excepția perechilor II și VIII), spinali, rădăcinilor și ganglionilor plexurilor nervilor periferici, cu evoluție îndelungată, cu sindrom dureros, tulburări sensitive ori motorii, vegeto-trofice, ce necesită tratament timp de 4 - 6 luni, cât și nevralgia nervului trigemen, rebelă la tratament.

*Lit. (b)* prevede bolile și consecințele leziunilor nervilor și plexurilor nervilor periferici și ale plexurilor nervoase cu tulburări moderate ale funcției principale parezei unui grup de mușchi sau unui mușchi aparte funcția principală a membrului este dereglată modera: dereglarea funcției mâinii, limitarea ridicării membrului superior etc. Tot acest punct vizează afecțiunile cronice, radiculite recidivante, plexite, neuropatii în acutizarea cărora poziția corpului e forțată și însoțită de dureri, care necesită tratament staționar timp îndelungat 2-3 luni în an. Tot acest punct vizează și paralizia mușchilor mimici din cauza lezării trunchiului principal sau a ramurilor nervului facial.

*Lit. (c)* prevede bolile recidivante ale nervilor periferici și ale plexurilor cu acutizări rare, fără tendință de sporire a tulburărilor motorii, sensitive și trofice, cât și fenomenele reziduale neînsemnate condiționate de acutizările suportate (lezarea unilaterală a nervului radial sau ulnar, când e scăzută forța mușchilor extensori ai mâinii și e limitată flexia dorsală a ei ș.a), care dereglează neînsemnat funcția membrului și capacitatea de lucru a persoanei examinate, sindroamele reflectorii musculo-tonice, care se tratează ușor și provoacă dereglări funcționale neînsemnate. Candidații la reangajare pe punctul „c” vor efectua investigații detaliate pe profil.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățământ ale MAI cu manifestările reziduale ale afecțiunilor nervilor periferici sub formă de tulburări senzitive neînsemnate, atrofii ușoare sau scăderea forței musculare, paralizie ușoară a mușchilor mimici, cât și fenomenele reziduale neînsemnate condiționate de acutizările suportate, care dereglează neînsemnat funcția membrului și capacitatea de lucru a persoanei examinate și provoacă dereglări funcționale neînsemnate sunt apreciați „Inapt”. În unele cazuri, luând în considerare funcția, caracterul serviciului, capacitatea reală de muncă, în privința angajaților MAI/CNA, conform coloanelor III-IV ale Baremului medical, având

experiență și cunoștințe în domeniul activității profesionale, dar neavând stagiul de serviciu necesar pentru stabilirea pensiei, se permite de a lua decizia: „Apt”.

*Lit. (d)* prevede manifestările reziduale ale afecțiunilor nervilor periferici sub formă de tulburări senzitive neînsemnate, sau slăbiciuni ușoare a mușchilor inervați de nervii lezați, atrofii ușoare sau scăderea forței musculare, care nu limitează funcția membrului și au tendința spre restabilire. În cazul afecțiunilor secundare ale sistemului nervos periferic sunt aplicate paragrafele corespunzătoare ale Baremului medical. La afectarea sistemului osos-muscular și prezența modificărilor osoase în coloana vertebrală, care limitează mobilitatea ei și provoacă afecțiuni secundare din partea sistemului nervos periferic, se aplică paragrafele corespunzătoare ale Baremului medical. Tuturor persoanelor cu maladii ale sistemului nervos periferic condiționate de schimbările patologice în coloana vertebrală este indicată R-grafia sau CT vertebrelor, cu descrierea detaliată a modificărilor patologice, cu indicarea gradului acestor schimbări.

#### **Paragraful nr. 5 (G80-G83) vizează paralizia cerebrală și alte sindroame paralitice.**

Prevede consecințele afecțiuni vasculare cerebrale și medulare, ictusurile repetate, dereglarea violentă a funcțiilor sistemului nervos apărute ca consecințe a infarctului cerebral sau medular, insuficiența cronică vasculară de gradul III (hemiplegie, hemipareze adânci, monopareze,traumele sistemului nervos. Vizează consecințele lezării sistemului nervos central și ale măduvei spinării, sechelele (stările calificate ca atare, ca efecte tardive sau prezentate după un an și mai mult, după debutul afecțiunii cauzale) ale ictusurilor, traumelor și alte afecțiuni cerebrale și afecțiuni a măduvei spinării, complicațiile leziunilor sistemului nervos central,

*Lit. (a)* prevede consecințele afecțiunilor vasculare cerebrale și medulare, ictusurile repetate, dereglarea violentă a funcțiilor sistemului nervos apărute ca consecințe a infarctului cerebral sau medular, insuficiența cronică vasculară de gradul III (hemiplegie, hemipareze adânci, monopareze), traumelor cu tulburări motore, trofice persistente și accentuat manifestate (atrofie pronunțată unilaterală a mușchilor: brațului – peste 4 cm, antebrățului – peste 3 cm, coapsei – peste 8 cm, gambei – peste 6 cm; ulcere cronice trofice, decubit etc.), precum și consecințele leziunilor însoțite de sindromul dureros pronunțat, stabil.

*Lit. (b)* prevede consecințele parezei unui grup de mușchi sau unui mușchi aparte funcția principală a membrului este dereglată moderat.

*Lit (c)* prevede dereglări neînsemnate ale funcției membrului (pareză), prevede consecințele parezei, când funcția lor sa restabilit complet, dar prezența unor semne reziduale ușoare sub forma tulburărilor senzitive neînsemnate sau slăbiciuni ușoare, dar practic nu limitează funcția membrului.

După finisarea tratamentului expertiza se efectuează în dependență de gradul manifestărilor tulburărilor funcționale conform punctelor corespunzătoare ale acestui paragraf. Candidații la reangajare pe punctul „c” vor efectua investigații detaliate pe profil.

Candidații pentru ocuparea funcției în cadrul MAI și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu manifestările reziduale ale afecțiunilor cerebrale și medulare sub formă de tulburări motorii neînsemnate, atrofii ușoare sau scăderea forței musculare, paralizie ușoară a mușchilor mimici, cât și fenomenele reziduale neînsemnate condiționate de acutizările suportate, care dereglează neînsemnat funcția membrului și capacitatea de lucru a persoanei examinate și provoacă dereglări funcționale neînsemnate sunt clasați pe punctul „c”, conform coloanelor I și II sunt considerați inapți, conform coloanelor III și IV aptitudinea se stabilește individual, ținând cont de specialitatea, capacitatea de muncă, caracterul și evoluția maladiei, permite de a lua decizia „Apt”. În aceste cazuri se analizează referința de serviciu, datele evidenței dispensariale și rezultatele tratamentului. Candidații pentru reangajare pe punctul „c”, vor efectua investigații detaliate pe profil.

#### **Paragraful nr. 6 (G90-G99) Alte afecțiunile ale sistemului nervos.**

Vizează lezarea encefalului și măduvei spinării în intoxicațiile acute și cronice și consecințele acestora, hidrocefalie accentuată, hipertensiune cefalorahidiană pronunțat accentuată, siringomielia cu atrofie musculară neînsemnată și tulburări ușoare de sensibilitate, chist cerebral, compresia craniană cu sindrom de hipertensiune, tumorile maligne și benigne cerebrale și măduvei spinării, procesele inflamatorii craniene și rahidiene de etiologie metastatică, traumele cerebrale, ale măduvei spinării și consecințele acestora cu hidrocefalie, hipertensiune cefalorahidiană pronunțat



accentuată etc. Consecințele lezării sistemului nervos central cu factori externi, consecințele și sechelele (stările calificate ca atare, ca efecte tardive sau prezentate după un an și mai mult, după debutul afecțiunii cauzale) ale traumelor cerebrale și măduvei spinării, complicațiile leziunilor traumatice ale sistemului nervos central, precum și consecințele traumelor cauzate de unda explozivă aeriană și acțiunea altor factori externi.

*Lit. (a)* prevede consecințele leziunilor cu dereglări grave ale funcțiilor creierului și ale măduvei spinării (contuzia și compresia creierului cu paralizii stabile sau pareze profunde, dereglarea funcției organelor pelviene etc.) precum și stările la care în rezultatul lezării substanței medulare apar dereglări ale funcției cortexului cerebral (afazie, agnozie, apraxie etc). Acest punct prevede și cazurile, când după traumă se dezvoltă arahnoidita traumatică, care duce la ridicarea accentuată a tensiunii craniene, cât și cazurile de epilepsie secundară (posttraumatică) cu crize epileptice frecvente (3 și mai mult pe an), prevede și afecțiunile sistemului nervos cu evoluție accelerat progresivă sau însoțite de tulburări funcționale accentuate (tumori cerebrale ale măduvei spinării cu tulburări trofice accentuat manifestate).

*Lit. (b)* prevede consecințele cerebrale sau ale măduvei spinării, la care simptomele de focar și dereglările funcționale nu ating gradele de manifestare prevăzute în punctul „a” (pareze fără limitarea esențială a funcției membrului; dereglări moderate ale cerebelului manifestate prin instabilitate în mers, tulburări oculare, dereglări de sensibilitate, arahnoidită traumatică, hidrocefalie cu hipertensiune craniană moderată sau neînsemnată, epilepsie secundară (posttraumatică) cu crize epileptice rare (mai puțin de 3 pe an), prevede și maladiile cu evoluție lentă, simptomele cărora progresează timp îndelungat (1 – 2 ani), cu tulburări ușoare de sensibilitate, stenoza craniană cu sindrom de hipertensiune craniană etc.

*Lit. (c)* prevede consecințele leziunilor cerebrale sau ale măduvei spinării, la care în statutul neurologic se depistează semne organice diseminate (asimetria plăcilor nazo-labiale, asimetria de reflexe, dereglări ușoare de sensibilitate etc.), asociate cu manifestări astenice și instabilitate vegeto-vasculară. Acest punct prevede și fracturile înfundate ale craniului fără semne de afecțiune organică, dereglări funcționale ale sistemului nervos central și arahnoidita traumatică cu tensiune craniană ușoară, prevede sechelele cerebrale și a măduvei spinării, în prezența unor semne organice diseminate și semne neînsemnate de astenie fără dereglări funcționale.

Angajații de pe coloana I, II, III a Baremului medical cu semne organice diseminate asociate cu manifestări astenice și instabilitate vegeto-vasculară sunt apreciați inapți. Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățământ ale MAI, care au suportat traumatism cerebral acut în anamneză, sunt recunoscuți apți numai la prezentarea documentației medicale, ce confirmă traumatismul cu cel puțin 3 ani în urmă, în lipsa manifestărilor patologice la EEG, CT sau RMN cerebrală, precum și a tulburărilor funcționale ale sistemului nervos central. Angajații din unitățile cu destinație specială, scafandrierii, care au suportat comoție cerebrală cu manifestări clinice accentuate sau contuzie cerebrală, după finisarea tratamentului sau în faza de remisie stabilă sunt supuși expertizei medicale. În unele cazuri, luând în considerare funcția, caracterul serviciului, capacitatea reală de muncă, în privința angajaților, examinați conform coloanei IV ale Baremului medical, având experiență bogată și cunoștințe vaste în domeniul activității profesionale, dar neavând stagiul de serviciu necesar pentru stabilirea pensiei, se permite de a lua decizia: „**Apt**”. În aceste cazuri se analizează referința de serviciu, datele evidenței dispensariale și rezultatele tratamentului se ține cont de caracterul și evoluția bolii. În cazurile când această decizie se aplică persoanelor, care suferă de epilepsie secundară (posttraumatică) cu crize epileptice rare este contraindicată activitatea profesională ce ține de portarmă, conducerea mijloacelor de transport, lucrul la înălțimi, lângă mecanisme mobile, foc și apă.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățământ ale MAI cu tumori benigne sau maligne ale sistemului nervos sunt apreciați „**Inapt**”.

**Paragraful nr.7** Dereglări funcționale temporare după maladia acută, acutizarea celor cronice, traumele sistemului nervos central sau periferic, cât și tratamentul chirurgical al acestora, nu permite expertizarea, decât după finisarea tratamentului sau în faza de remisie stabilă. Vizează persoanele care au suportat comoție cerebrală cu manifestări clinice pronunțate sau contuzie cerebrală.

Angajații din cadrul MAI expertizați pe coloana II, care au suportat comoție cerebrală cu manifestări clinice accentuate sau contuzie cerebrală, după finisarea tratamentului sau în faza de remisie stabilă sunt supuși obligator expertizei medicale.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățământ ale MAI, precum și la reangajare sunt recunoscuți „**Apt**” numai la prezentarea documentației medicale, ce confirmă traumatismul acut cu o remisiune nu mai puțin de 3 ani în lipsa manifestărilor patologice la R-grafia craniului, EEG, CT sau RMN cerebrală, precum și a tulburărilor funcționale ale sistemului nervos central.

## XII. ORL

Paragraful baremului medical	Nozologie	<u>COLOANA 1</u>	<u>COLOANA 2</u>	<u>COLOANA 3</u>	<u>COLOANA 4</u>
1	2	3	4	5	6
1.	<i>Bolile urechii și apofizei mastoide:</i>				
	Bolile urechii externe	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
2.	<i>Otita medie nesupurată/supurată și afecțiunile trompei Eustache, mastoidita, alte afecțiuni ale urechii medii și apofizei mastoide:</i>				
	a) bilaterală sau unilaterală, cu polipi, granulații în cavitatea timpanică, caria osului sau însoțite de afecțiuni nazale cronice sau a sinusurilor paranasale cu dereglarea stabilă a respirației nazale;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) bilaterală sau unilaterală, fără a fi însoțite de afecțiunile indicate în punctul "a";	Inapt	Inapt	Apt	Apt
	c) fenomene reziduale ale otitei suportate. Dereglările barofuncției urechii medii.	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
3.	<i>Sindromul de vertij, alte afecțiuni ale aparatului vestibular:</i>				
	a) tulburări vegeto-vestibulare stabile, accentuat manifestate;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) tulburări vegeto-vestibulare nestabile cu recidive rare, moderat manifestate;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) sensibilitate accentuat manifestată și stabilă la iritățile aparatului vestibular.	Inapt	Inapt	Apt	Apt
4.	<i>Otoscleroza, alte afecțiuni ale urechii, surditate:</i>				

	a) surditate bilaterală, surdomutism;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) surditate unilaterală cu percepția vorbirii șoptite la distanța de până la 2 m la cealaltă ureche sau scăderea stabilă a auzului până la distanța de 1 m la o ureche și până la distanța de 2 m la cealaltă ureche;	Inapt	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual
	c) surditate unilaterală cu percepția vorbirii șoptite la distanța de peste 2 m la altă ureche sau scăderea stabilă a auzului cu percepția vorbirii șoptite la distanța de până la 2 m la o ureche și la distanța de până la 3 m la altă ureche.	Inapt	Inapt	Apt	Apt
5.	Deregări funcționale temporare după afecțiuni acute, acutizarea celor cronice, traume ale urechii, apofizei mastoide sau după tratament chirurgical.	Inapt	Tratament	Tratament	Tratament
<b>BOLILE APARATULUI RESPIRATOR</b>					
<i>Afecțiunile căilor respiratorii superioare (devierea septului nazal, polipi nazali, faringita și nazo-faringita cronică, sinuzita cronică, ozena, bolile cronice ale amigdalelor și vegetațiilor adenoide, rinita alergică):</i>					
6.	a) sinuzite cu polipi sau supurative;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) ozena;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) sinuzite nesupurate și alte afecțiuni fără supurate rinosinusale;	Inapt	Inapt	Apt	Apt
	d) amigdalita cronică decompensată;	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
	e) devierea septului nazal cu tulburarea respirației nazale pronunțate	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
7.	<i>Afecțiunile și leziunile laringelui și traheii, laringita și laringotraheita cronică:</i>				
	a) cu tulburarea semnificativă a funcției respiratorii și vocale;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt

b) cu tulburarea moderată a funcției respiratorii și vocale;	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
c) cu tulburarea nesemnificativă a funcției respiratorii și vocale.	Inapt	Inapt	Apt	Apt

**EXPLICAȚIE**  
**PRIVIND APLICAREA PARAGRAFELOR BAREMULUI MEDICAL**  
**PRIVIND SISTEMUL RESPIRATOR**

**Paragraful nr. 1** prevede bolile urechii externe.

Persoanele ce suferă de eczemă cronică a conductului auditiv extern (CAE), pavilion ureche, regiune cutanată periauriculară, otită cronică difuză rebelă, otomicoze, exostoze și stenoze dobândite a CAE, cu tratament în condiții de staționar neefectiv, le este contraindicat serviciul de port mască antigaz, cagulă, căștile telefonice, cască de protecție, scafandrieri și vor fi considerați „**Inapt**”.

Aptitudinea pentru candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățământ ale MAI cu boli ale urechii externe se stabilește individual.

**Paragraful nr. 2** prevede otitele medii cronice nesupurate/supurate, stările după tratament chirurgical cu epitelizare incompletă a cavității postoperatorii, prezența puroiului, granulațiilor, maselor de colesteatom.

*Lit. (a)* prevede otitele medii cronice supurate forme maligne (epitimpanită): proces osteitic (eliminări otice purulente fetide), colesteatom, granulații, polip auricular.

*Lit. (b)* prevede forme benigne cu evoluție nefavorabilă. Recidive 2 și mai multe ori pe an cu pierderea capacității de muncă, persistența puroiului nefetid în căsuța timpanică și CAE, otoree tubară cu puroi liant.

*Lit. (c)* prevede fenomene reziduale ale otitelor suportate în antecedente cu cicatrice a timpanului, sclerizarea timpanului cu limitarea mișcării timpanului, procese de fibroze adezive în căsuța timpanică, stările după operațiile de asanare a otitelor medii supurate cu păstrarea cadranului timpanului (intervenții chirurgicale funcționale, reconstructive și reabilitare a auzului) cu rezultat funcțional bun (auz normal sau puțin scăzut, vocea șoptită nu mai puțin de 3m) și vindecarea procesului supurativ, epitelizarea completă a cavității postoperatorii.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățământ ale MAI cu perforații a timpanului, fără otoree și permeabilitatea trompei auditive păstrate, li se recomandă miryngoplastie, timpanoplastie și la obținerea unui rezultat funcțional bun, confirmat audiometric; aptitudinea se stabilește individual cu o amânare de 6 luni de la intervenția chirurgicală. Candidații pentru ocuparea funcției: destinație specială, radiotelegrafiști, transmisiuni, pompieri, scafandrieri etc. a se considera – „**Inapt**”.

Cicatricele de timpan post-otită, post-traumatice cu „restituțio ad integrum”, calcinatele timpan cu mobilitatea timpanului și baro-funcția urechii medii păstrată, auz normal, confirmate audiometric, timpano-metric, se consideră Apti.

Examinarea baro-funcției urechii medii se execută de câteva ori, pentru a preciza dacă este o dereglare tranzitorie sau persistentă. Informative sunt procedeele: „înghițitul în sec”; „înghițitul în sec cu gura închisă și narile astupate” (Toynbee) grad I; ridicarea presiunii aerului în rinofaringe cu gura și narile închise (Valsalva) grad II; pronunțarea cuvintelor: „kuk”, „jack”, „kuke” și insuflarea aerului în trompele auditive cu balonul Politzer în una din narine, cealaltă fiind astupată cu degetul medicului (Politzer) grad III; cateterismul trompei Eustache cu sonda Itard și controlul permeabilității de către medic cu tubul otoscopic, grad IV.

Ilustrarea grafică a funcției de ventilare a casuței timpanice, funcției barometrice a urechii medii se efectuează prin măsurarea presiunii a sistemului aerian a urechii medii cu ajutorul timpanometriei otice sau impendansmetria.

Candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI și pentru ocuparea funcției de scafandrieri sunt considerați „**Apt**”, în cazul permeabilității bune a trompelor auditive (funcției barometrice de gradele I și II).

Candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI și pentru ocuparea funcției de scafandrieri cu funcția barometrică persistentă de gradul III sunt considerați „**Inapt**”.

Pentru angajații din cadrul MAI în funcție de scafandrieri cu dereglarea funcției barometrice persistente de gradul III - aptitudinea se stabilește individual, iar de gradul IV sunt considerați „**Inapt**”.

**Paragraful nr. 3** Prevede sindromul de vertij, alte afecțiuni ale aparatului vestibular.

*Lit. (a)* vizează afecțiunile accentuat manifestate de tip Meniere, precum și alte forme de tulburări vestibulare severe cu caracter organic sau funcțional, accesele cărora au fost supravegheate în staționar și confirmate prin documente medicale.

*Lit. (b)* vizează afecțiunile menieropatiforme cu accese de scurtă durată și tulburări vestibulo-vegetative moderate, care nu influențază esențial îndeplinirea funcțiilor de serviciu în MAI. Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățământ ale MAI, precum și angajații examinați pe coloana II sunt clasati – „**Inapt**”. Pe coloana III-IV, angajații sunt obligați să prezinte din policlinică/spital documentarea ce confirmă frecvența crizelor vegeto-vestibulare. În cazul crizelor documentate medical cu frecvența 1-2 în an, a se considera „**Apt**”, cu frecvența mai mult de 3 în an sunt „**Inapt**”. Angajații ce prezinta crize vegeto-vestibulare, îndreptați spre examinare, din cadrul MAI, din unitățile pompieri, salvatori, scafandrieri, sunt examinați în jilțul Barany și prin alte metode. Descifrarea rezultatului probei rotatorii, sunt prezentate tabelul mai jos.

<b>Grade</b>	<b>Reacția somatică</b>	<b>Grade</b>	<b>Reacția vegetativă</b>
0	Absența reacției	0	Absența dereglărilor vegetative
1	Deviere nesemnificativă a corpului la 0-5°	1	Semne subiective (vertij, greață)
2	Deviere bruscă a corpului la 5-30°	2	Hiperemia sau paliditatea feței, schimbări a activității cardiace și respiratorii
3	Pierderea echilibrului și cădere din jilț	3	Schimbări a activității cardiace și respiratorii, greață și vomă, lipotimie.

*Lit. (c)* vizează cazurile hipersensibilității la excitanții vestibulari în lipsa semnelor tulburărilor funcției vestibulare și afecțiunilor altor organe. În aceste cazuri se efectuează un examen medical aprofundat, fără a se limita numai la examinarea funcției vestibulare, deoarece reflexele vegetative pot fi inițiate nu numai din labirintul urechii, dar și din alte organe.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și angajații din cadrul MAI din unitățile cu destinație specială, pompieri, salvatori, scafandrieri, - la angajare, obligatoriu sunt examinați în jilțul Barany și prin alte metode.

Examinarea aparatului vestibular constă în următoarele probe:

1) Proba Romberg - examinatul în poziția de drept cu mâinile întinse înainte, inițial cu ochii deschiși, apoi cu ochii închiși. Prin modificarea poziției picioarelor, punându-le cu talpa unul în fața celuilalt, apoi stând pe un picior, ridicând pe rând stângul sau dreptul cu ochii închiși astfel se realizează Rombergul sensibilizat.

2) Proba indice nas. În poziția de drept, cu mâinile întinse înaintea, candidatul ajunge la nasul său cu indicele, inițial cu ochii deschiși, apoi închiși cu fiecare mână pe rând.

3) Adiadohochineza. În poziția Romberg, cu ochii închiși și mâinile întinse înaintea, candidatul face mișcări rotatorii concomitent cu ambele mâini (pronație și supinație).

4) Mersul pe linie dreaptă și flang.

a) cu ochii închiși candidatul merge 5 pași înainte și 5 înapoi.

b) candidatul face 5 pași laterali în dreapta, apoi 5 pași laterali în stânga, cu ochii închiși.

5) Reacția otolitică Voiacek „proba dublă cu rotație”:

a) investigatul în jilțul rotator Barany, înclinând capul și corpul înainte cu 90°, ținând ochii închiși.

b) se efectuează 5 rotații în 10 secunde, spre dreapta, oprind brusc jilțul.

c) după oprirea jilțului, așteptăm 5 secunde, fără a schimba poziția examenatului.

d) examenatului i se propune să ridice capul brusc, să îndrepte corpul și să deschidă ochii. Rezultatul îl apreciem după reacțiile somatice și vegetative, survenite în urma acestei probe. Proba se repetă cu rotație spre stânga.

6) Proba rotatorie. Examenatul este așezat în jilțul rotator Barany, cu capul în flexie de 30° cu ochii închiși, pentru a evita excitațiile. Se efectuează 10 rotații în 20 secunde spre dreapta, când se examinează labirintul stâng și spre stânga, când se examinează labirintul drept. Durata nistagmusului în normă este de 20-30 secunde. Rezultatele reacției otolitice și probei rotatorii se apreciază după reacția somatică și vegetativă din tabel:

Candidații pentru angajarea în cadrul MAI/CNA, cu dereglări de echilibru, reacții somatice și vegetative de gradul 1-3, sunt considerați „Inapt”, pe coloanele III- IV sunt apreciați „Apt”.

Rezultatele vestibulometriei se apreciază în comun cu medicul neurolog. În cazul, când investigațiile efectuate indică la caracterul temporar al tulburărilor vestibulare, este necesar un examen medical multilateral și tratament.

**Paragraful nr. 4** prevede otoscleroza, alte afecțiuni ale urechii, surditate.

Surditatea bilaterală sau surdomutismul trebuie să fie confirmate de instituțiile curative, de organizații sau instituții de învățământ pentru surdomuți. Surditate se consideră lipsa percepției strigătului la ureche.

*Lit. (a)* prevede surditatea profundă la o ureche, iar la cealaltă surditate permanent instalată cu percepția vocii de conversație până la 2 m sau surditate permanent instalată cu percepția vocii de conversație 0,5 m bilateral cu imposibilitate de corectare electroacustică a auzului (protezare cu aparat auditiv).

*Lit. (b)* prevede surditatea unilaterală la o ureche cu percepția vocii șoptite la distanța de până la 2 m la cealaltă ureche sau scăderea permanentă a auzului la o ureche până la 1 m și până la 2 m la cealaltă ureche.

*Lit. (c)* prevede surditate unilaterală la o ureche cu percepția vocii șoptite la distanța de peste 2 m la cealaltă ureche sau scădere permanentă a auzului cu percepția vocii șoptite la distanța de până la 2 m la o ureche și la distanța de până la 3 m la altă ureche.

În stabilirea gradului de hipoacuzie, în afară de cercetarea prin vorbirea șoptită sunt necesare investigații speciale cu vorbirea uzuală și șoptită, aplicarea diapazoanelor de 128 Hz, 2048 Hz și audiometria tonală liminară, cu stabilirea obligatorie a baro-funcției urechilor. La suspectarea surdității mono - sau bilaterale se aplică metodele de stabilire obiectivă a surdității: folosirea asurzitorului Barany, testul Govseev, Popov, Stengher, timpanometria etc.

În cazul aprecierii individuale a tipului de aptitudine este important de a lua în considerare condițiile de muncă a angajatului prin testarea funcțională a acuității auzului prin căști radiotelefonice (telefoane, transmisiuni radio).

În cazuri particulare angajații din cadrul MAI/CNA cu hipoacuzie și perceperea vocii șoptite nu mai puțin de 1m la o ureche și nu mai puțin de 4 m la cealaltă ureche sau nu mai puțin de 3 m la ambele urechi pot fi considerați „Apt” pentru angajare în serviciu.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățământ ale MAI cu otoscleroză, surditate, ce prezintă hipoacuzie unilaterală sau bilaterală, alte afecțiuni ale urechii sunt considerați „**Inapt**”.

**Paragraful nr. 5** prevede dereglări funcționale temporare după afecțiuni acute, acutizarea celor cronice, traume ale urechii, apofizei mastoide sau după tratament chirurgical.

După operațiile de asanare unilaterale la urechea medie, păstrarea cadranului timpanal, cu rezultat funcțional bun, candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățământ ale MAI, sunt considerați temporar „**Inapt**” pe un termen de 12 luni, din data efectuării operației. La expirarea acestui termen cu epidermizarea cavității postoperatorii și auz satisfăcător, confirmat audiometric, aptitudinea se apreciază conform paragrafului corespunzător.

## **BOLILE APARATULUI RESPIRATOR**

**Paragraful nr. 6** Prevede afecțiunile căilor respiratorii superioare (devierea septului nazal, polipipoza nazală, faringita și nazofaringita cronică, sinusita cronică, ozena, bolile cronice ale amigdalelor și vegetațiilor adenoide, rinita alergică), perforația de sept nazal.

*Lit. (a)* prevede sinusitele cronice supurative sau polipoase ce evoluează cu acutizări frecvente (2 și mai multe pe an) cu pierderea capacității de muncă și însoțite de modificări hipertrofice sau atrofile ale mucoasei cavității nazale și cu tulburări ale respirației nazale accentuate. În cazul puseelor epizodice (mai puțin de 2 ori/an) examinării pe coloanele III-IV – „**Apt**”.

*Lit. (b)* prevede ozena (rinita atrofică fetidă ce se manifestă printr-un proces atrofic al pituitarii și scheletului osos nazal, însoțit de formarea secrețiilor, care la uscare formează cruste fetide aderente la pituitară).

*Lit. (c)* prevede afecțiunile cronice nesupurate ale sinusurilor paranazale (catarale, seroase, vasomotorii, chisturi sinus-maxilar, mucocel al sinusurilor fronto-etmoidal, dereglări a permeabilității ostiumurilor sinusale și a barofuncției sinusurilor paranazale, vacuum-sinusuri și alte forme nepurulente) fără semne de distrofie ale țesuturilor căilor respiratorii superioare și acutizări frecvente, perforația septului nazal mai mare de 0,5 cm însoțită de degenerarea distrofică a pituitarei cu formare de cruste.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățământ ale MAI, precum și angajații examinați pe coloana II sunt apreciați „**Inapt**”.

Tulburarea barofuncției sinusurilor paranazale se stabilește în baza acuzelor, stării cavității nazale, testul toleranței variațiilor de presiune în barocameră cu investigația radiologică a sinusurilor paranazale până și după test.

*Lit.(d)* prevede amigdalita cronică decompensată ce se caracterizează prin acutizări frecvente (2 și mai multe ori pe an), prezența intoxicației amigdaliene, antrenarea în procesul inflamatoriu a țesuturilor paraamigdalene, ganglionilor limfatici regionali (abces paraamigdalian în anamneză, complicații metatonzilare) – considerați inapți pe coloana I-II. După efectuarea asanării prin tratament chirurgical-Amigdalectomie, a se considera - Apti. La reangajare pe coloanele III-IV candidații sunt examinați după tratament chirurgical cu rezultat funcțional favorabil. Alte forme ale amigdalitei cronice (forme compensate) nu permit aplicarea acestui paragraf.

*Lit. (e)* prevede deviația septului nazal cu tulburarea respirației nazale, fenomene subatrofile instabile ale mucoasei căilor respiratorii superioare, hipertrofia parietală a mucoasei sinusurilor maxilare, dacă prin puncția diagnostică n-a fost primit puroi sau transudat, e păstrată permeabilitatea ostiumului sinusului maxilar, precum și fenomenele reziduale (cicatrice liniară a plicii de trecere a vestibului cavității bucale, anastomoza sinusului operat cu cavitătea nazală sau voalarea pe radiograme), nu permit aplicarea acestui paragraf.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățământ ale MAI cu patologie rinosinusală, fără tratament chirurgical sunt apreciați „**Inapt**”, dar după tratament chirurgical cu rezultat funcțional favorabil sunt apreciați „**Apt**”.

Diagnosticul afecțiunilor cronice supurate și nesupurate ale sinusurilor paranazale trebuie să fie confirmat prin rinoscopie (eliminări purulente), R-grafia sinusurilor în 2 proiecții, cu contrast (la necesitate), pentru sinusurile maxilare prin puncția diagnostică, ecosinusoscopia, computer tomografia.



**Paragraful nr. 7.** Prevede maladiile, consecințele leziunilor laringelui sau segmentului cervical al traheei, cu rezultate nesatisfăcătoare după tratament sau în caz de refuz la acesta.

*Lit. (a)* prevede lipsa stabilă a fonației, a respirației prin căile naturale, funcției de separare în deglutiție.

*Lit. (b)* prevede dificultăți persistente ale respirației cu insuficiența respiratorie de gradul II de tip obstructiv, dificultăți persistente de fonație (disfonie, scăderea sonorității glasului). Voce inteligibilă cu respirație compensată, a se socoti apți pe coloana III-IV.

*Lit. (c)* prevede dificultatea respirației cu insuficiența respiratorie de gradul I de tip obstructiv.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățământ ale MAI, precum și angajații examinați pe coloana II cu maladiile, consecințele leziunilor laringelui sau segmentului cervical al traheei sunt apreciați „**Inapt**”.

### XIII. OFTALMOLOGIA

Paragraful baremului medical	Nozologie	<u>COLOANA 1</u>	<u>COLOANA 2</u>	<u>COLOANA 3</u>	<u>COLOANA 4</u>
1	2	3	4	5	6
1.	<i>Scăderea acuității vizuale în dependență de anomalii de refracție, tulburărilor stabile ale mediilor optice și fundului de ochi (patologiilor vasculare – diabet, Hipertensiune arterială, tumorile, afecțiunile degenerativ distrofice ale ochiului, etc.)</i>				
	a) Necorectată cel puțin 0,3 binocular Corectată 1,0 binocular AV < 1,0 necesită corecție optică	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) Necorectată cel puțin 0,1 binocular Corectată 0,5 binocular	Inapt	Inapt	Apt	Apt
2.	<i>Câmpul vizual:</i>				
	a) >120 orizontal, >90 vertical	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) <120 orizontal, <90 vertical	Inapt	Inapt	Apt	Apt
3.	<i>Vederea binoculară:</i>				
	a) Prezentă	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) Monoculară	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
4.	<b>Vederea cromatică</b>				
	a) Tricromazie C	Apt	Apt	Apt	Apt
	b) Tricromazie A,B, dicromazie și monocromazie	Aptitudinea se stabilește individual	Inapt	Inapt	Apt
5.	<i>Intervenții chirurgicale suportate:</i>				
	a) Keratomie radială (RK), keratotomie acută (AK) și grefe corneene	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) Lentile de contact intraoculare și lentile intraoculare fahice	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) Keratoplastie fotorefractivă PRK, LASIK, LASEK, ISCRS și chirurgie corneeană laser	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual

	d) Chirurgia cataractei	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<b>6.</b>	<i>Decolarea de retină:</i>				
	a) De etiologie netraumatică la ambii ochi	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	b) De etiologie post-traumatică la ambii ochi	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) De orice etiologie la un singur ochi	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<b>7.</b>	<i>Glaucoma:</i>				
	a) În stadiu dezvoltat și următor la ambii ochi	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) În stadiu dezvoltat și următor la un singur ochi	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) În stadiu de debut, preglaucom la unul sau ambii ochi	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<b>8.</b>	<i>Leziunile traumatice ale globului ocular și anexele sale, consecințele și fenomenele reziduale ale acestora:</i>				
	a) Consecințele leziunilor trtaumatice ale globului ocular și anexelor sale cu dereglări grave, ireversibile ale funcțiilor vizuale, inclusiv anoftalm	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) Consecințele leziunilor traumatice ale globului ocular și anexelor sale cu dereglări moderate ale funcției	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) Consecințele leziunilor traumatice ale globului ocular și anexelor sale cu dereglări neînsemnate și cu evoluție favorabilă ale funcției vizuale	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	d) Consecințele leziunilor traumatice ale globului ocular și anexelor sale cu semne obiective neînsemnate fără dereglări funcționale.	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Apt
<b>9.</b>	<i>Afecțiunile cronice rebele în tratament sau incurabile de etiologie tuberculoasă , diabetică, hipertensivă, degenerativă, distrofică inclusiv tumorile ochiului și anexele sale, etc.</i>				

a) Accentuat manifestate cu scădere progresantă a funcțiilor vizuale sau cu acutizări frecvente la ambii ochi	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
b) Aceleași modificări patologice la un ochi sau moderat manifestat la ambii ochi	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
c) Moderat manifestate fără progresare cu acutizări rare la un singur ochi.	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt

## EXPLICAȚIE

### PRIVIND APLICAREA PARAGRAFELOR BAREMULUI MEDICAL AL SISTEMULUI OFTALMOLOGIC

#### **Paragraful nr. 1 prevede schimbări ale acuității vizuale:**

*Lit. (a)* prevede acuitatea vizuală necorectată mai mare de 0,3 binocular, corectată 1,0 binocular. AV mai mică de 1,0 necesită corecție optică. Dacă AV nu atinge nivelul dat candidații din coloana 1 și 2 sunt considerați inapți, cei din coloana 3 și 4 apți.

În cazul acuității vizuale necorectate mai mici de 0,1 binocular, corectate mai mici de 0,5 binocular toți candidate sunt apreciați ca inapți.

Refracția nu trebuie să depășească 3,0 D sferice (sferoecvivalent), sau 2,0 D cilindrice pentru coloana 1 și 2.

Cei, care necesită corecția acuității vizuale, trebuie să aibă o pereche de ochelari de rezervă (acest lucru se aplică indiferent dacă aceștia poartă ochelari sau lentile de contact)

*Lit. (b)* prevede acuitatea vizuală pentru candidați pentru angajare conform coloanei I și reangajare coloana II se stabilește pentru fiecare ochi aparte fără corecție și trebuie să fie egală cu 0,3 și nu mai jos. Refracțometria atât la miopie cât și la hipermetropie să nu depășească 3,0 D, iar astigmatismul de orice tip cu diferența de refracție în 2 mediane principale să nu depășească 2,0D (în caz contrar se consider inapți). Examinății conform coloanelor 3 și 4 se consider apți, dacă AV (acuitatea vizuală) fără corecție e de 0,3 și mai jos fără corecție binocular, iar cu corecție binocular = 0,5 și mai sus. Refracția apreciată refractometric, atât miopică cât și hipermetropică să nu depășească 6,0D pentru coloana III și până la 10,0D pentru coloana IV. Astigmatismul de orice tip cu diferența de refracție în 2 meridiane principale să nu depășească conform coloanei III și IV de 4,5 D, în caz contrar se consideră Inapți.

Acuitatea vizuală a colaboratorilor conform coloanei II trebuie să fie la fiecare ochi de 0,3 fără corecție și nu mai jos, refracția atât miopică cât și hipermetropică să nu depășească de 3,0D, în caz contrar se consider Inapți pentru lucru operativ.

Acuitatea vizuală a angajaților conform coloanei III și IV expertizați pentru studii fără frecvență trebuie să fie cu corecție = 0,5 și mai sus, refracția atât miopică cât și hipermetropică să nu depășească de 6,0D, iar astigmatismul de orice tip până la 4,5D, în caz de anizometropie se i-a în considerație corecția tolerantă, dar cu diferență în puterea lentilelor de corecție pentru ambii ochi nu mai mare de 3,0D.

#### **Paragraful nr.2 prevede schimbări ale câmpului vizual vizual:**

În cazul îngustării câmpului vizual mai jos de 120 grade pe orizontală și 90 grade pe verticală candidații din coloana I și II sunt apreciați inapți. Prezența scotoamelor centrale, hemianopsiilor, cuadranopsiilor este cauza inaptitudinii în toate subdiviziunile.

#### **Paragraful nr. 3 prevede vedere binoculară:**

*Lit. (a)* prevede prezența vederii binoculare.

*Lit. (b)* prevede vederea monoculară și este inacceptabilă pentru coloană I și II, și acceptabilă pentru coloana III și IV în cazul în care AV corectată este 0,5-0,7.

**Paragraful nr. 4 prevede vedere cromatică:**

Tricromazia anomală tip C, dacă în tabelele Rabkin se percep mai mult de 12 tabele cu recunoașterea obligatorie a tabelului nr 18. Cu tricromazie anomală tip C angajații din cadrul MAI/CNA, candidații pentru admiterea la studii și candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA se consideră „**Apt**” conform coloanelor Baremului medical.

Candidații pentru angajare la funcțiile prevăzute în coloana IV cu tricromazie anormală A, B, dicromazia sau monocromazia sunt apreciați apt, iar pentru funcțiile prevăzute pe coloanele II-III – „**Inapt**”.

**Paragraful nr. 5 prevede intervenții chirurgicale suportate:**

*Lit. (a)* prevede keratomie radială (RK), keratotomie acută (AK), grefe corneene pentru candidații din coloana I și II sunt inacceptabile, pentru coloană III și IV se stabilește individual, în conformitate cu funcțiile vizuale.

*Lit. (b)* prevede lentile de contact intraoculare și lentile intraoculare fahice pentru candidații din coloana I și II sunt inacceptabile, pentru coloană III și IV se stabilește individual, în conformitate cu funcțiile vizuale.

*Lit. (c)* prevede keratoplastie fotorefractivă PRK, LASIK, LASEK, ISCRS și chirurgie corneeană laser sunt acceptabile, dar trebuie evaluat la cel puțin peste opt săptămâni după intervenție chirurgicală (vezi paragraful 1,2,3).

*Lit. (d)* prevede chirurgia cataractei:

- Chirurgia cataractei prin facoemulsificare (mică incizie) este acceptabilă pentru toate subdiviziunile,
- Operația de extracție extracapsulară a cataractei (incizie mare) nu este acceptabilă pentru ocuparea funcției în cadrul MAI și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI.

**Paragraful nr. 6 decolarea de retină:** pentru candidații din coloana 1 și 2 este inacceptabilă, pentru coloană 3 și 4 se stabilește individual, în conformitate cu funcțiile vizuale și starea retinei.

*Lit. (a)* prevede persoane ce au suportat tratament chirurgical neefectiv a dezlipirii de retină la ambii ochi cu scăderea progresată a vederii și câmpului vizual. Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA candidații la studii în instituțiile de învățământ care au suportat dezlipirea de retină de orice etiologie sunt „**Inapt**”. Angajații MAI/CNA care suportat operația de dezlipire de retină de orice etiologie la un singur ochi sau ambii ochi, în cazul unei evoluție post-operatorie pozitivă aptitudinea se stabilește conform funcțiilor vizuale. Angajații MAI/CNA expertizați conform coloanei pe 2, 3 și 4 inclusiv șoferii, precum și activitatea legată de vibrația corpului sunt apreciați individual.

*Lit. (c)* persoanele examinate pe coloana II pentru unități cu destinației specială, pompieri, salvatori, scafandrieri etc. sunt considerați „**Inapt**”.

**Paragraful nr. 7 Glaucoma:** Aptitudinea pentru serviciu se stabilește numai după tratament conservativ sau chirurgical, în dependență de stabilizarea procesului și funcțiilor ochiului (acuitatea vizuală, câmpului vizual, prezența sau absența scotomului paracentral, inclusiv a probelor funcționale cu efort, precum și excavarea discului nervului optic, etc.)

**Paragraful nr. 8 prevede diverse traume ale globului ocular și anexelor sale, consecințele și fenomenele reziduale (stările calificate ca efecte tardive după debutul afecțiunii) la care în rezultatul lezării apar dereglări ale funcției vizuale.**

*Lit. (a)* prevede consecințele leziunilor traumatice ale globului ocular și anexelor sale cu dereglări grave, ale funcției vizuale precum și stările la care în rezultatul lezării globului ocular și a anexelor sale au apărut tulburări ireversibile ale funcției vizuale cu scăderea progresivă a vederii, rebele în tratamentul conservativ sau chirurgical la unul sau ambii ochi (inclusiv enoftalmul).

*Lit. (b)* prevede consecințele leziunilor traumatice ale globului ocular și anexelor sale cu dereglări moderate, ale funcției vizuale, la care dereglările funcției vizuale nu ating gradele de manifestare prevăzute în punctul „a”, corp străin intra-ocular, care nu declanșează modificări inflamatorii sau distrofice (fără semne de metaloză). În toate cazurile prezenței corpurilor străini intraoculari aptitudinea pe coloanele III sau IV pentru angajații din cadrul MAI/CNA poate fi adoptată numai peste 3 luni după rănire. În cazul că funcția ochiului (acuitatea vizuală, câmpul vizual, TCO etc.) corespund cerințelor § 1 al Baremului medical, fără modificări inflamatorii și simptome de metaloză, angajatul MAI/CNA se consideră „Apt” pe coloanele III sau IV și „Inapt” pe coloana II.

*Lit. (c)* prevede consecințele leziunilor traumatice ale globului ocular și anexelor sale cu dereglări funcționale neînsemnate ale funcției vizuale, cu evoluție favorabilă.

*Lit. (d)* prevede consecințele leziunilor traumatice ale globului ocular și anexelor sale, precum și consecințele intervențiilor chirurgicale în legătură cu înlăturarea corpurilor străini intraoculari, extirparea tumorilor etc. fără tulburări funcționale. Angajații care au suportat intervenții chirurgicale la ochi și anexele sale se ia decizia după finisarea tratamentului sau remisie stabilă.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățământ ale MAI, care au suportat traume penetrante ale ochiului sunt apreciați „Inapt”.

**Paragraful nr. 9 prevede afecțiunile cronice rebele în tratament sau incurabile de etiologie tuberculoasă, degenerativă, virotică, distrofică, inclusiv tumorile ochiului și anexelor sale, etc.**

În cazurile procesului patologic cu evoluție neprogresivă și cu acutizări rare (mai rar de 2 ori pe an), precum și după transplantarea țesuturilor, aptitudinea pentru îndeplinirea serviciului în cadrul MAI/CNA se stabilește în dependență de funcția ochiului, în corespundere cu paragrafele respective ale Baremului medical.

Toți angajații cu tumori maligne ale ochiului și anexelor sale indiferent de caracterul lor și localizare se consideră inapți. Tumorile benigne, care nu dereglează funcția ochiului, nu servesc temei pentru aplicarea acestui paragraf, nu limitează aptitudinea pentru angajare în serviciu sau pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI.

*Lit. (a)* prevede afecțiunile cu scăderea progresivă a acuității vizuale, rebele în tratament conservativ sau chirurgical, stările după cheratoprotezare la unul sau ambii ochi, cât și abiotrofiile tapetoretiniene, indiferent de funcțiile ochiului. Degenerescența pigmentară a retinei cu sau fără pigment, asociată cu dereglarea adaptării la întuneric (hemeralopie sau cecitate la întuneric) trebuie confirmată prin efectuarea adaptometriei repetate cu folosirea testelor de control în cercetarea vederii mezopice (crepusculare).

În cazul atrofiei nervului optic aptitudinea pentru efectiv și corpul de comandă se stabilește în dependență de funcțiile ochiului (acuitatea vizuală și câmpul vizual, scotom central etc.). În caz că atrofia nervului optic este la ambii ochi cu scăderea progresivă a vederii, angajații din cadrul MAI sunt examinați conform punctului „a” al acestui paragraf și sunt considerați inapt pentru serviciu în Ministerul Afacerilor Interne.

În cazul îngustării stabile a câmpului vizual cu hemianopsie omonimă sau heteronimă până la 30° la ambii ochi aptitudinea corespunde punctului „a” al acestui paragraf. Hemianopsia stabilă se referă la punctul „a” al acestui paragraf.

*Lit. (b)* prevede uveitele cronice și uveopatiile confirmate în staționar, însoțite de hipertensiune intraoculară, keratoglob și keratocon, afachia, artifachia la unul sau ambii ochi, modificări degenerativ-distrofice ale fundului ochiului (degenerescență retiniană periferică, focare corioretinale multiple, stafilom posterior etc.), cu scăderea progresivă a funcțiilor vizuale.

În cazul îngustării stabile a câmpului vizual cu hemianopsie omonimă sau heteronimă până la 30° la un singur ochi. Îngustarea câmpului vizual cu hemianopsie omonimă sau heteronimă de la 30° până la 45° la ambii ochi.

În cazul atrofiei nervului optic aptitudinea pentru angajați se stabilește în dependență de funcțiile ochiului (acuitatea vizuală și câmpul vizual, scotom central etc.). În caz că atrofia nervului optic este la un singur ochi, angajații din cadrul MAI/CNA sunt examinați conform punctului „b” al acestui paragraf și sunt considerați **„Inapt”** pentru serviciu în MAI/CNA.

*Lit. (c)* prevede aceleași modificări manifestate neînsemnat, fără progresare cu acutizări rare la un singur ochi.

Angajații din cadrul MAI/CNA cu afachia la un singur ochi este considerată bilaterală, dacă la celălalt ochi se constată opacifierea în cristalin, micșorând acuitatea vizuală a acestui ochi până la 0,4 și mai jos. Luxația și subluxația cristalinului se consideră ca afachie, în aceste cazuri expertiza medicală se efectuează în conformitate cu acest paragraf în dependență de acuitatea vizuală cu corecție.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățămînt ale MAI cu artifachie și afachie sunt apreciați inapți pe coloana I, precum și la reangajare pe coloana II. Efectivul de ofițeri și subofițeri cu artifachie bilaterală aptitudine se stabilește individuală luând în considerație metoda extracției cataractei (vezi § 5 lit.(d) chirurgia cataractei ).

Persoanele după tratament chirurgical optico-reconstructiv la cornee sunt considerate **„Apt”** pentru angajarea în cadrul MAI/CNA și pentru admiterea la studii în instituțiile de învățămînt ale MAI numai după 8 săptămîni de la operație, în lipsa complicațiilor postoperatorii și modificărilor degenerative sau distrofice ale corneei, fundului ochiului, dacă documental și obiectiv este confirmat că gradul ametropiei până la tratament n-a depășit normele prevăzute în paragrafele 1 (scăderea acuității vizuale) ale Baremului medical.

Așa-numita sclipire colorată, luminiscentă, granulațiile, adânciturile și vacuolele, depunerile congenitale a pigmentului pe capsula anterioară a cristalinului, depistate numai prin biomicroscopie, fără scăderea acuității vizuale, nu dă temeii pentru aplicarea acestui paragraf. În cazul depistării opacităților sub capsula posterioară a cristalinului, cu semne convingătoare de progresare a acestora (creșterea dimensiunilor și numărului opacităților în urma supravegherii îndelungate) sunt considerați inapți pentru angajare la serviciu. Aptitudinea pentru serviciu a angajaților din cadrul MAI se apreciază individual, în dependență de evoluția acuității vizuale.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea în instituțiile de învățămînt ale MAI cu opaciere de cristalin sunt **„Inapt”**.

#### XIV. CONSECINȚELE TRAUMELOR, OTRĂVIRILOR ȘI ALTOR ACȚIUNI ALE FACTORILOR EXTERNI

Paragraful baremului medical	Nozologie	<u>COLOANA 1</u>	<u>COLOANA 2</u>	<u>COLOANA 3</u>	<u>COLOANA 4</u>
1	2	3	4	5	6
<b>1.</b>	<i>Consecințele traumelor, otrăvirilor și altor acțiuni ale factorilor externi</i> <i>Fracturile craniului fără semne de lezare organică a sistemului nervos central (fractura bolții craniului, oaselor feței, inclusiv a maxilarelor, alte fracturi ale oaselor craniului, fracturile multiple ale craniului sau feței cu fracturile altor oase):</i>				
	a) cu corp străin intracranian; cu defect osos al bolții craniului de peste 20 cm <sup>2</sup> , protezat sau mai mare de 8 cm <sup>2</sup> neprotezat; defectele și deformațiile regiunii maxilo-faciale cu tulburări funcționale semnificative;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu defect osos al craniului până la 8 cm <sup>2</sup> , neprotezat; cu defect până la 20 cm <sup>2</sup> protezat.	Inapt	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
<b>2.</b>	<i>Fracturile coloanei vertebrale, oaselor trunchiului, membrelor (fracturile bazinului, scapulei, humerusului, osului radial și ulnar, colului femurului, tibiei și fibulei, maleolelor, fracturi multiple ale oaselor tubulare):</i>				
	a) cu tulburări funcționale semnificative;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări funcționale moderate;	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual. În unitățile cu destinație specială – Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) cu dereglări funcționale ne semnificative;	Apt	Aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
<b>3.</b>	<i>Traumele organelor cutiei toracice, abdomenului și bazinului (pneumo și hemotoraxul traumatic, leziunea traumatică a cordului, plămânilor, tractului digestiv, ficatului, splinei, rinichilor, organelor pelviene, altor organe ale abdomenului, politrauma gravă):</i>				
	a) cu tulburări funcționale semnificative;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări funcționale moderate;	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual. În unitățile cu destinație specială - Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) cu dereglări funcționale ne semnificative;	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual. În unitățile cu destinație specială - inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual



	d) cu semne obiective în lipsa tulburărilor funcționale	Apt	Apt. În unitățile cu destinație specială aptitudinea se stabilește individual	Apt	Apt
4.	<i>Consecințele lezării pielii și țesutului adipos subcutanat:</i>				
	a) cu tulburări funcționale semnificative;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări funcționale moderate;	Aptitudinea individuală	Aptitudinea individuală	Aptitudinea individuală	Aptitudinea individuală
	c) cu dereglări funcționale ne semnificative	Apt	Apt	Apt	Apt
5.	<i>Intoxicațiile prin medicamente și substanțe biologice, efectele toxice ale substanțelor nemedicamentoase. Efectele cauzelor externe (radiațiilor, temperaturilor înalte, joase și luminii, presiunii atmosferice și presiunii apei, altor cauze externe):</i>				
	a) cu tulburări funcționale semnificative;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări funcționale moderate;	Inapt	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
	c) cu dereglări funcționale ne semnificative;	Apt	Apt	Apt	Apt
6.	<b>Dereglări funcționale temporare după tratamentul afecțiunilor sistemului osteo-articular, țesutului conjunctiv, rănilor, traumelor, intoxicațiilor, efectelor cauzelor externe.</b>	Deciziile se i-au după finisarea tratamentului/ în faza de remisie			
7.	<b>ALTE BOLI:</b> Dezvoltarea fizică insuficientă, greutatea corpului sub 50 kg și înălțimea sub 160 cm	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual	Aptitudinea se stabilește individual
8.	Enurezis	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt

### EXPLICAȚIE

#### PRIVIND APLICAREA PARAGRAFELOR BAREMULUI MEDICAL PRIVIND CONSECINȚELE TRAUMELOR, OTRĂVIRILOR ȘI ALTOR ACȚIUNI ALE FACTORILOR EXTERNI

**Paragraful nr. 1.** prevede fracturile craniului fără semne de lezare organică a sistemului nervos central (fractura bolții craniului, oaselor feței, inclusiv a maxilarelor, alte fracturi ale oaselor craniului, fracturile multiple ale craniului sau feței cu fracturile altor oase).

*Lit. (a)* prevede defectele și deformațiile regiunii maxilo-faciale după răniri și traume, fără a fi înlocuite cu transplant; anchilozele articulațiilor temporomandibulare; pseudoarticulațiile mandibulare, contracturile în regiunea maxilo-facială cu lipsa efectului de la tratament, inclusiv a celui chirurgical sau refuzul la acesta.

În cazul defectului osos al bolții craniene de peste 8 cm<sup>2</sup> care nu este înlocuit cu material plastic sau defectul osos de peste 20 cm<sup>2</sup>, înlocuit cu material plastic, corpi străini în substanța creierului, fără manifestări clinice, defecte și deformații ale regiunii maxilo-faciale după tratamentul ortopedic cu rezultate satisfăcătoare, în unele cazuri, luând în considerare funcția, caracterul serviciului, capacitatea reală de muncă, ținând cont de caracterul și evoluția bolii, rezultatele tratamentului, în privința angajaților efectivului de trupă și corpului de comandă, având experiență bogată și cunoștințe vaste în domeniul activității profesionale, dar neavând stagiul de serviciu necesar pentru stabilirea pensiei, angajatul MAI/CNA poate fi supus expertizei conform punctului „b” al prezentului paragraf.

*Lit. (b)* prevede defect osos al craniului până la 8 cm<sup>2</sup> fără material plastic sau de la 8 până la 20 cm<sup>2</sup>, înlocuit cu material plastic. Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI care au suportat fracturi ale bolții craniului și deformațiile regiunii maxilo-faciale după răni și traume, anchilozele articulațiilor temporomandibulare; pseudoarticulațiile mandibulare, contracturile în regiunea maxilo-facială cu lipsa efectului de la tratament sunt apreciați “Inapt”.

**Paragraful nr. 2.** prevede fracturile coloanei vertebrale, oaselor trunchiului, membrilor (fracturile bazinului, scapulei, humerusului, osului radial și ulnar, colului femurului, tibiei și fibulei, maleolelor, fracturi multiple ale oaselor tubulare).

*Lit. (a)* prevede stările după tratamentul fracturilor multiple, penetrante, instabile ale corpurilor vertebrale la două și mai multe vertebre cu compresiune de gradul II - III; stările după tratamentul chirurgical al fracturilor, luxațiilor și fracturilor-luxații ale corpului vertebrelor prin spondilo- și corporodeză (aptitudinea pentru serviciul militar al corpului de comandă se stabilește după concediu medical conform punctului „a” sau „b”); consecințele fracturilor învechite a 2 corpuri vertebrale și mai multe cu deformație scoliotică sau cifotică pronunțată a coloanei vertebrale; fracturile multiple, vicios consolidate ale oaselor bazinului cu dereglarea integrității inelului pelvian; consecințele fracturii fosei cotiloide cu luxația centrală a capului femurului (anchiloză sau artroza deformantă cu dereglarea semnificativă a funcției). Fracturile oaselor tubulare în consolidare lentă (mai mult de 8 luni), complicate prin osteite și alte procese inflamatorii secundare (cu sau fără fistule). Prezența aparatelor fixatoare extrafocare (cu imobilizare pe termen îndelungat).

*Lit. (b)* prevede fractura sau luxația corpului vertebral, indiferent de gradul dereglărilor funcționale și exodul tratamentului; consecințele învechite ale fracturii corpului a două vertebre cu deformația cuneiformă de gradul II - III și sindrom algic; starea după fracturile unilaterale ale bazinului cu dereglarea integrității inelului pelvian și rezultate nesatisfăcătoare ale tratamentului; consecințele luxației centrale a capului femurului cu dereglarea moderată a funcției membrului; fracturile colului femurului cu rezultate nesatisfăcătoare ale tratamentului.

Acest punct mai vizează fracturile complicate ale oaselor tubulare rezultate nesatisfăcătoare ale tratamentului și cu dereglarea moderată a funcției membrului. În cazul formării pseudoarticulațiilor, celor expertizați li se propune tratament chirurgical. Decizia despre aptitudine se adoptă după finalizarea tratamentului în dependență de rezultatele acestuia. Dacă bolnavii refuză tratamentul chirurgical, expertiza se efectuează conform punctului „a”.

*Lit. (c)* vizează fracturile prin compresie ale corpurilor vertebrale cu compresie de gradul II și consecințele acestora cu sindrom algic nesemnificativ și deformație cifotică a corpurilor vertebrale de gradul I; fractura colului femurului cu utilizarea osteosintezei în cazul restabilirii incomplete a funcției articulației coxo-femorale; construcțiile metalice neînlăturate după fracturile oaselor, care dereglează funcția, inclusiv cu semne de metaloză în caz de refuz la înlăturarea acestora. Acest punct mai vizează expertiza persoanelor după tratamentul pe motiv de fractură a arcurilor apofizelor vertebrale cu dereglarea nesemnificativă a funcțiilor coloanei vertebrale și cu sindrom algic.

După fracturile corpurilor vertebrale cu exod favorabil, precum și fracturile izolate, consolidate ale unor oase aparte ale bazinului, fără deformarea inelului pelvian, nu pot motiva aplicarea prezentului paragraf, nu împiedică angajarea în serviciu în MAI/CNA și înmatricularea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI care au suportat fracturi ale corpurilor vertebrale sunt apreciați “Inapt”.

**Paragraful nr. 3.** prevede traumele organelor cutiei toracice abdomenului și bazinului (pneumo- și hemotoraxul traumatic, leziunea traumatică a cordului, plămânilor, tractului digestiv, ficatului, splinei, rinichilor, organelor pelviene, altor organe ale abdomenului, politraumatismul).

*Lit. (a)* prevede stările și consecințele rănilor și traumelor aparatului bronhopulmonar cu insuficiența respiratorie de gradul III, obliterația masivă a pericardului; anevrismul cardiac sau aortic; rezecția esofagului, stomacului sau aplicarea gastroenteroanastomozei, rezecția intestinului subțire (nu mai puțin de 1,5 m) sau celui gros (nu mai puțin de 30 cm) cu dereglări semnificative ale funcției digestive sau malnutriție accentuată IMC 18,5 – 19,0 și mai jos), aplicarea anastomozelor biliodigestive; fistule biliare sau pancreatice, cu rezultate nesatisfăcătoare ale tratamentului; rezecția unui lob hepatic sau a unei părți a pancreasului; lipsa unui rinichi cu dereglarea funcției rinichiului rămas, indiferent de gradul de manifestare a funcției, precum și lipsa penisului pentru persoanele de sex masculin.

Aptitudinea pentru serviciu a angajaților MAI/CNA cu consecințe în urma rănirii cordului, pericardului, înlăturarea chirurgicală a corpurilor străini din mediastin în regiunea vaselor magistrale, se stabilește în dependență de stadiul dereglărilor circulatorii, în prezența insuficienței respiratorii – conform paragrafelor respective Baremului medical.

În cazul consecințelor politraumei a două sau mai multe cavități cu dereglarea moderată a funcției, se aplică punctul „a”.

*Lit. (b)* vizează stările și consecințele rănilor și traumelor aparatului bronhopulmonar cu insuficiența respiratorie de gradul II; lipsa unui plămân, indiferent de gradul insuficienței respiratorii; rezecția stomacului cu aplicarea gastroenteroanastomozei cu manifestări moderate de dumping sindrom (scaun instabil, malnutriție moderată); intestinului subțire (nu mai puțin de 1 m) sau celui gros (nu mai puțin de 20 cm), lipsa splinei; lipsa unui rinichi cu funcția normală a rinichiului rămas.

*Lit. (c)* prevede consecințele rănilor, traumelor cu manifestări clinice neînsemnate: înlăturarea unui lob al plămânului, rezecția stomacului, rezecția unui segment de rinichi, rezecția unui sector din ficat și altor organe.

*Lit. (d)* prevede stările după suportarea rezecțiilor atipice ale plămânilor fără insuficiența respiratorie, lichidarea pneumo- sau hemotoraxului, stările după contuzia rinichilor cu hematurie tranzitorie.

Conform §3 al Baremului medical se expertizează și persoanele cu consecințele tratamentului chirurgical al maladiilor inflamatorii și malformații ale aparatului bronhopulmonar.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu traumele organelor cutiei toracice, abdomenului și bazinului (pneumo- și hemotoraxul traumatic, leziunea traumatică a cordului, plămânilor, tractului digestiv, ficatului, splinei, rinichilor, organelor pelviene, altor organe ale abdomenului, politraumatismul) sunt considerați “Inapt”.

**Paragraful nr. 4.** prevede consecințele lezării pielii și țesutului adipos subcutanat.

*Lit. (a)* prevede cicatricile hipertrofice, cheloide masive în regiunea gâtului, corpului și membrilor cu exulcerații sau ușor vulnerabile, care împiedică purtarea uniformei, încălțăminte și muniției, cu rezultat nesatisfăcător la tratament sau refuz de la acesta; stările după combustii profunde pe o suprafață de 20% și mai mare din suprafața pielii.

*Lit. (b)* vizează cicatricile cheloide, hipertrofice și atroifice fără exulcerații, care moderat limitează mișcările sau împiedică purtarea uniformei, încălțăminte sau muniției, cât și cicatricile care duc la deformarea feței cu rezultat nesatisfăcător după tratament sau refuz de la acesta; consecințele combustii profunde pe o suprafață de 50% și mai mare din suprafața membrului inferior sau superior.

La primirea deciziei se apreciază și caracterul estetic.

*Lit. (c)* prevede cicatricile fără exulcerații, care nesemnificativ limitează mișcările sau împiedică purtarea uniformei, încălțăminte sau muniției; consecințele combustii profunde cu plastică peste 70% din suprafața pielii membrului superior.

Persoanele cu consecințele combustii sau dereglărilor cu lezarea ochilor, mâinilor sau picioarelor se expertizează conform paragrafelor corespunzătoare ale Baremului medical.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu cicatrice care limitează mișcările sau împiedică purtarea uniformei, încălțămintei sau muniției sunt apreciați **“Inapt”**.

**Paragraful nr. 5.** prevede consecințele otrăvirilor cu substanțe medicamentoase, intoxicațiile cu substanțe toxice, acțiunile acute sau cronice ale câmpurilor electromagnetice, razelor ionizante, altor cauze externe, reacțiilor alergice.

În expertiza medicală a angajaților din cadrul MAI/CNA care au suportat boala actinică se iau în considerare nu numai modificările în sângele periferic, dar și alte manifestări clinice ale bolii. În prezența sechelelor neânsemnate după suportarea bolii actinice de gradul II, iar candidaților pentru angajare în cadrul MAI/CNA de gradul I, expertiza se efectuează în faza de remisie.

Persoanele care au suportat boala actinică fără consecințe se supun expertizei conform punctului „c” și se apreciază inapți pentru lucrul cu substanțe radioactive și surse de radiații ionizante.

Angajații din cadrul MAI/CNA care lucrează cu substanțe radioactive și surse de radiații ionizante și au primit o doză de radiație care depășește limita dozei anuale admisibile de 5 ori se trimit la examen medical staționar și sunt clasați inapți pentru îndeplinirea serviciului cu substanțe radioactive și surse de radiații ionizante.

În cazul recidivei sindromului acțiunii cronice a câmpului electromagnetic de gradul II și III, cu exod favorabil, persoanele expertizate sunt apreciate inapte pentru serviciul cu sursele de câmpuri electro-magnetice.

Studentii, elevii și cursanții instituțiilor de învățământ care suferă de alergii alimentare cu manifestări clinice (confirmată prin examen medical staționar) la produsele alimentare de bază din rația alimentară sunt supuși expertizei conform literei „b”. În alte boli alergice (urticaria, polinozele, rinitele alergice, dermitele etc.) expertiza se efectuează conform paragrafelor respective ale Baremului medical, în dependență de starea funcțiilor organului sau sistemului lezat.

*La lit. (b)* se referă stările după otrăvirile acute, acțiunile toxico-alergice, maladiile alergice acute (șocul anafilactic, boala serului, sindromul Lyell, Stevens-Johnson), acțiunea altor cauze externe, iar aptitudinea pentru serviciul militar se stabilește în dependență de exodul maladiilor și funcțiilor organelor și sistemelor afectate, în corespundere cu paragrafele corespunzătoare ale Baremului medical. Necesitatea în concediu medical se stabilește în cazuri excepționale, când pentru restabilirea completă a funcțiilor dereglate și capacității de muncă este necesar termenul de 1 – 2 luni. După finisarea tratamentului aptitudinea pentru serviciu se apreciază individual, în dependență de gradul restabilirii funcției organelor și sistemelor.

*La lit. (c)* se referă dereglările funcționale nesemnificative provocate de alte cauze externe nespecificate mai sus.

Aptitudinea pentru candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu consecințe a otrăvirilor cu substanțe medicamentoase, intoxicațiile cu substanțe toxice, acțiunile acute sau cronice ale câmpurilor electromagnetice, razelor ionizante se apreciază în dependență de dereglările funcționale.

**Paragraful nr. 7** prevede dezvoltarea fizică insuficientă.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA cu greutatea corpului sub 50 kg și înălțimea sub 160 cm nu limitează aptitudinea pentru serviciu. Se va lua în considerație doar nanismul și gigantismul, fiind apreciați conform paragrafilor corespunzătoare din Barem – **“Inapt”**.

**Paragraful nr. 8** prevede enureza.

Examenul medical trebuie să fie complex, cu participarea medicilor: urolog, neuropatolog, dermatovenerolog și psihiatru.

Dacă enureza e un simptom al unei maladii, hotărârea se adoptă conform paragrafelor Baremului medical, ce prevăd boala principală.

## XV. MALFORMAȚII CONGENITALE, DEFORMAȚII ȘI ANOMALII CROMOZOMIALE

Paragraful baremului medical	Nozologie	<u>COLOANA 1</u>	<u>COLOANA 2</u>	<u>COLOANA 3</u>	<u>COLOANA 4</u>
1	2	3	4	5	6
<b>1.</b>	MALFORMAȚII CONGENITALE, DEFORMAȚII ȘI ANOMALII CROMOZOMIALE:				
	a) cu tulburări funcționale semnificative;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	b) cu tulburări funcționale moderate;	Inapt	Inapt	Inapt	Inapt
	c) cu dereglări funcționale ne semnificative;	Inapt	Inapt	Aptitudine individuală	Aptitudine individuală
	d) cu semne obiective, în lipsa tulburărilor funcționale.	Aptitudine individuală	Aptitudine individuală	Apt	Apt

### EXPLICAȚIE PRIVIND APLICAREA PARAGRAFELOR BAREMULUI MEDICAL

**Paragraful nr. 1** prevede malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale.

Prezentul paragraf se aplică în cazurile, când tratamentul malformațiilor congenitale este imposibil, refuzului de la tratament sau rezultatele nesatisfăcătoare ale acestuia.

*Lit. (a)* prevede malformațiile aparatului bronho-pulmonar și pleurei cu insuficiență respiratorie de gradul III; anomaliile regiunii maxilo-faciale (inclusiv palatoschizisul și cheiloschizisul, anotia, microtia bilaterală, atrezia CAE, atrezia choanală unilaterală, glota palmată larigeană), organelor digestive cu manifestări clinice semnificative și dereglări accentuate pronunțate de funcție; dorsopatiile congenitale fixate (cifozele, scoliozele etc.) cu deformația pronunțată a cutiei toracice (ghibus costal etc.) și insuficiența respiratorie de gradul III tip restrictiv; osteoscleroza (boala marmorată); lipsa unui rinichi sau a funcției acestuia cu dereglarea funcției rinichiului rămas indiferent de gradul manifestării acesteia; polichistoza renală cu dereglarea semnificativă a funcției excretorii sau cu insuficiența renală cronică; anomaliile vaselor renale (confirmate prin angiografie) cu hipertensiune arterială simptomatică renală, hemoragiile renale; anomaliile organelor genitale (lipsa penisului, atrezia vaginului); deformațiile bazinului, însoțite de limitarea accentuată a mișcărilor în articulațiile coxo-femorale; deformația vară a colului femurului cu scurtarea membrului peste 8 cm; genu-varus – devierea mediană a gambei în articulația genunchiului, când prin apropierea călcâilor distanța dintre condilii interni femurali depășește 20 cm sau genu-valgus – devierea externă a gambei, când prin apropierea genunchilor distanța dintre maleolele interne depășește 15 cm (pentru ofițeri se aplică lit „b”); ihtioza congenitală, eritrodermia psoriatică.

*Lit. (b)* prevede lipsa sau deformația mutilantă a pavilionului auricular uni- sau bilaterală, sinechie comisură anterioară laringe; deformația bazinului cu limitarea moderată a mișcărilor în articulațiile coxo-femorale; deformația cutiei toracice și insuficiența respiratorie de gradul II tip restrictiv; lipsa unui rinichi sau a funcției acestuia cu păstrarea funcției normale a rinichiului rămas; polichistoza, displaziile; dedublarea rinichilor și

elementelor acestora, rinichiul sub formă de potcoavă, anomaliile ureterelor sau vezicii urinare cu dereglarea moderată a funcției excretorii; hipospadia scrotului sau perineului; deformația vară a colului femurului cu scurtarea membrului inferior de la 5 până la 8 cm; genu-varus cu distanța dintre condilii interni femurali de la 12 până la 20 cm sau genu-valgus cu distanța dintre maleolele interne ale gambelor de la 12 până la 15 cm.

*Lit. (c)* prevede microtia unilaterală; atrezia ductului auditiv cu perceperea vorbirii șoptite la cealaltă ureche la distanța de peste 2 m; cifoza osteocondropatică cu sindrom algic și dereglarea ne semnificativă a funcției; osteocondropatiile cu exodul procesului și manifestări clinice moderate (în efort fizic obișnuit cu dereglare ne semnificativă de funcție); deformația vara a colului femurului cu scurtarea membrului inferior de la 2 până la 5 cm; chisturi renale solitare cu dereglarea ne însemnată a funcțiilor; fistula uretrei de la bază până la 1/3 medie a penisului; retenția testiculelor în cavitatea abdominală, canalele inghinale sau la orificiile externe ale acestora; retenția unui testicul în cavitatea abdominală; chisturile dermoide recidivante coccigiene după tratamentul chirurgical radical repetat (mai mult de 3 ori), cheratodermiile congenitale, cu dereglarea funcției mâinii și a plantelor.

*Lit (d)* prevede dorsopatiile nefixate fără manifestări clinice (anomalia Kimerlli); anomaliile congenitale renale fără dereglarea funcțiilor; retenția unui testicul în canalul inghinal sau la orificiul extern al acestuia; deformația vară a colului femurului cu scurtarea membrului inferior până la 2 cm.

Sacralizarea vertebrei lombare V sau lombalizarea vertebrei sacrale I, spina bifida nu motivează aplicarea prezentului paragraf, nu împiedică activitatea în MAI/CNA și studii în instituțiile de învățământ ale MAI.

Persoanele cu vicii congenitale ale sistemului nervos și cei cu tulburări mintale și de comportament se supun expertizei conform paragrafelor respective ale Baremului medical în corespundere cu caracterul defectului.

Persoanele cu vicii congenitale ale mâinii sau piciorului se supun expertizei conform paragrafelor respective ale Baremului medical.

La acest paragraf se referă și alte anomalii de dezvoltare care nu se regăsesc în alte paragrafe ale baremului medical, deciziile în fiecare caz în parte se vor lua separat.

Candidații pentru angajare în cadrul MAI și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI cu malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale vor fi examinați în dependență de dereglările funcționale și nu împiedică activitatea în MAI/CNA și studii în instituțiile de învățământ ale MAI.

Lipsa de organ pentru candidații pentru angajare în cadrul MAI/CNA, precum și candidații pentru admiterea la studii în instituțiile de învățământ ale MAI sunt considerați „**Inapt**”, iar pentru candidații la reangajare în cadrul MAI/CNA, pentru coloanele II și III - „**Inapt**”, iar pentru coloana IV decizia se va lua individual.