



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

**Standardul
privind întreruperea sarcinii
în condiții de siguranță**

Chișinău, 2020

Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale din 03.07.2020, proces verbal nr.2
Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.766 din 18.08.2020 Cu privire la aprobarea Standardului privind efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță

Introducere

Standardul privind **efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță** stabilește cadrul normativ de activitate a instituțiilor medico-sanitare privind prestarea serviciilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii.

Scopul Standardului.

Scopul Standardului privind efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță este ameliorarea calității îngrijirii în avort pentru femeile din Republica Moldova, micșorarea morbidității și reducerea mortalității materne cauzate de avort.

Standardul are următoarele **obiective**:

1. Promovarea celor mai bune practici ale îngrijirii în avort, bazate pe dovezi științifice;
2. Promovarea principiilor și drepturilor esențiale ale femeii în îngrijirile în avort, astfel ca dreptul la consiliere, acord informat și calitate înaltă a serviciilor, la respectarea intimității și confidențialității, la metodele recomandate de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) de întrerupere a sarcinii: aspirației electrice, aspirației vacuum manuale și avortului medicamentos ca metode sigure de avort;
3. Asigurarea accesibilității universale a oricărei femei, care are o sarcină nedorită sau indicații medicale, sau sociale, la servicii de întrerupere sigură a sarcinii;
4. Oferirea informației referitor la managementul optimal al complicațiilor legate de avort.

Revizuirea

Standardul național pentru efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță este elaborat în conformitate cu principiile medicinei bazate pe dovezi științifice și se actualizează o dată la 5 ani.

Utilizatorii Standardului:

Standardul este destinat medicilor obstetricieni-ginecologi din instituțiile medico-sanitare publice, departamentale și private, acreditate pentru prestarea serviciilor de avort:

- Asociațiile Medicale Teritoriale (AMT);
- Centrele de Sănătate a Femeii (CSF);
- Cabinetele de Sănătate a Reproducerii (CSR);
- Secțiile Consultative din cadrul Centrelor Perinatologice;
- Institutul Mamei și Copilului (IMC), Centrul Sănătatea Reproducerii și Genetică Medicală (CSRGM), secția Sănătatea Reproducerii;
- Instituțiile medico-sanitare (IMS) de asistență medicală spitalicească (AMS) (secții consultative, de ginecologie sau obstetrică-ginecologie);
- Instituțiile medico-sanitare (IMS) de asistență medicală primară (AMP) (pentru oferirea consilierii pre-avort);
- Medicii rezidenți (pentru procesul de instruire);
- Alte.

Noțiuni, definiții:

Conform OMS **avortul** este o procedură medicală sigură, atunci când este efectuat conform recomandărilor OMS, în condițiile unui acces universal la servicii de calitate și lipsă a oricărei stigmatizări a femeii, care are nevoie de acest serviciu (1, 2, 3,4). În versiunea actualizată în anul 2012 a publicației OMS, AVORT FĂRĂ RISCURI și Recomandările pentru sistemele de ocrotire a sănătății în probleme de strategie și practică din 2018, MANAGEMENTUL MEDICAMENTOS AL AVORTULUI, **OMS recomandă următoarele metode de întrerupere a sarcinii:**

Vaccum- aspirația manuală sau electrică, tehnică recomandată de efectuare a **avortului chirurgical** până la 12 -14 săptămâni de gestație. Procedură care nu trebuie să fie completată prin efectuarea chiuretajului de control cu chiureta ascuțită!!!

Metode medicamentoase: Metoda recomandată pentru avortul medicamentos, nechirurgical, este administrarea de mifepristonum, urmată de administrarea de misoprostolum.

Metodele de avort după 12 săptămână de sarcină sunt: cea medicamentoasă care constă în administrarea mifepristonulum, după care urmează doze repetate de prostaglandine - misoprostolum sau gemeprostum, iar cea chirurgicală preferabilă este dilatarea colului uterin și evacuarea produsului de concepție cu utilizarea vacuum-aspirației și a pensei, după pregătirea prealabilă a colului uterin cu misoprostolum.

Către metodele nerecomandate de OMS se referă dilatarea și chiuretajul (raclajul), care este o metoda riscantă de avort. Incidența complicațiilor severe în urma chiuretajului depășește de 2-3 ori incidența complicațiilor cauzate de vacuum-aspirație. Chiuretajul trebuie înlocuit cu aspirarea vacuum și metode medicamentoase de avort.

Capitolul I.

Organizarea prestării serviciilor de întrerupere a cursului sarcinii

1. Condiții privind organizarea activității de întrerupere voluntară a cursului sarcinii

- 1) Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se efectuează conform prevederilor Legii nr.411-XIII din 28 martie 1995 ocrotirii sănătății (Monitorul Oficial Nr.34, art. 373) și Legii nr.138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii (Monitorul Oficial Nr. 205-207). Articolul nr.673 din Legea nr.138 prevede, că Statul asigură fiecărei femei accesul la metode sigure de întrerupere a cursului sarcinii.
- 2) Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se efectuează în instituțiile medico-sanitare acreditate pentru prestarea acestui gen de servicii, la alegerea femeii gravide, indiferent de locul de trai sau viza de reședință.
- 3) Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se efectuează de către medicii specialiști în obstetrică-ginecologie, instruiți în prestarea acestui serviciu. În localitățile în care medicul ginecolog nu este disponibil, consilierea și referirea pentru întreruperea sarcinii se efectuează de către echipa medicului de familie.
- 4) Medicii rezidenți în obstetrică-ginecologie pot efectua întreruperea voluntară a cursului sarcinii doar sub supravegherea responsabililor pentru instruirea și pregătirea lor.
- 5) Instituția medico-sanitară asigură accesul liber și nestingherit al femeilor gravide la serviciul de întrerupere voluntară a cursului sarcinii și efectuarea acestuia în condiții de confidențialitate.
- 6) Prestatorii de servicii din instituția medico-sanitară consiliază și informează fiecare femeie gravidă, care se adresează pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii, despre metodele, alternativele, precum și despre riscurile existente, conform prevederilor Legii nr.263-XVI din 27 octombrie 2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului (Monitorul Oficial Nr. 176-181, art. 867).
- 7) Conducătorii instituțiilor medico-sanitare ce prestează servicii de întrerupere a sarcinii vor asigura prezența echipamentului și consumabilelor necesare pentru efectuarea avortului în condiții de siguranță, conform anexei nr. 5 la Standard și a personalului medical instruit în metodele sigure de avort (AVM, AVE și avortul medicamentos).
- 8) Instituțiile medico-sanitare vor oferi întreruperea sigură a sarcinii prin metoda aleasă de femeia gravidă sau o vor referi către altă instituție medico-sanitară care prestează astfel de servicii.
- 9) Instituția medico-sanitară afișează în loc vizibil și accesibil drepturile pacientului și tarifele intervențiilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni, conform actelor normative în vigoare.
- 10) Medicii obstetricieni-ginecologi, care efectuează întreruperea voluntară a cursului sarcinii, sunt obligați să urmeze cursuri de instruire în metodele sigure de întrerupere a sarcinii în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și/sau altor Centre de instruire, acreditate în acest domeniu, nu mai rar de 1 dată la 5 ani.
- 11) Instituția medico-sanitară va menține evidența pacientelor în conformitate cu Fișa medicală de întrerupere voluntară a cursului sarcinii (formularul nr. 003-3/e).
- 12) Femeile gravide, care efectuează o întrerupere voluntară a cursului sarcinii, își vor exprima consimțământul înainte de procedură prin semnarea acordului informat (Anexele nr. 3 și 4), care se va anexa la Fișa medicală de întrerupere voluntară a cursului sarcinii (formularul nr.

003-3/e).

- 13) În cazul minorilor cu vârsta până la 16 ani, consimțământul benevol pentru obținerea serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii este exprimat atât de minor, cât și de reprezentantul legal al acestuia. În cazul când este imposibil de a obține consimțământul reprezentantului legal al minorului și când serviciile medicale sânt indicate pentru a păstra viața și sănătatea acestuia, este suficient consimțământul său benevol. În această situație, decizia este luată în mod consultativ de către prestatorii de servicii, în interesul superior al minorei, în conformitate cu actele normative ale Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Legea nr.138 din 15.06.2012 privind sănătatea reproducerii (Monitorul Oficial Nr. 205-207 art. Nr:673). Această afirmație se referă implicit și la avortul în condiții de siguranță, deoarece este parte componentă a serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii.
- 14) În cazul unei situații medicale de urgență, când întreruperea sarcinii e necesară pentru a salva viața femeii gravide, atunci când aceasta nu-și poate exprima voința, iar consimțământul reprezentantului său legal nu poate fi obținut, personalul medical, abilitat în modul stabilit de legislație, are dreptul de a lua decizia de a întrerupe sarcina în interesul femeii.
- 15) Consilierea pre și post-avort în planificarea familiei și oferirea de contraceptive post-avort este obligatorie. Femeia după avort trebuie să părăsească instituția medicală cu contraceptivul ales de ea: COC, DIU, contraceptivul injectabil, implantul sau prezervativele care i se vor oferi conform prevederilor în vigoare. Acest fapt se documentează în Fișa medicală de întrerupere voluntară a cursului sarcinii (formularul nr. 003-3/e), cu semnătura de confirmare a pacientei.
- 16) Instituția, care efectuează întreruperea voluntară a cursului sarcinii, la necesitate, va elibera certificat de concediu medical pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii, conform Hotărârii Guvernului nr.282/2019 din 29.05.2019, pentru modificarea Instrucțiunii privind modul de eliberare a certificatului de concediu medical, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr.469/2005 (Monitorul Oficial Nr. 185-191 art. 327).
- 17) Despre complicațiile survenite în urma întreruperii voluntare a cursului sarcinii, medicul obstetrician-ginecolog curant, de comun cu șeful subdiviziunii, în mod de urgență anunță conducătorul instituției medico-sanitare, care informează Secția de evaluare, monitorizare și integrare a serviciilor medicale a IMSP Institutul Mamei și Copilului.
- 18) Instituția medico-sanitară întocmește Raportul statistic nr.13 „Privind întreruperea de sarcină” (aprobat prin Ordinul nr.106 din 6 octombrie 2008 al Biroului Național de Statistică al Republicii Moldova), care se prezintă trimestrial, semestrial și anual către Agenția Națională pentru Sănătate Publică.
- 19) La externare medicul va completa și oferi pacientei Extrasul medical (Formular nr. 027/e), cu menționarea diagnosticului, metodei efectuate pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii și recomandărilor la domiciliu.
- 20) Întreruperea voluntară a cursului sarcinii se codifică și se raportează după Clasificarea Internațională a Maladiilor (CIM) revizia a X OMS.

2. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni de sarcină

1. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni de sarcină, **la dorință sau la indicații medicale și sociale (Anexele nr. 1 și nr. 2)**, se efectuează în instituțiile medico-sanitare publice, departamentale și private prin următoarele metode: vacuum aspirarea manuală sau electrică sau avort medicamentos.
2. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda medicamentoasă, în perioada primelor

12 săptămâni, fără patologie asociată, se efectuează de către medicii obstetricieni-ginecologi, care au pregătirea necesară în efectuarea avortului medicamentos, în Asociațiile Medicale Teritoriale, Centrele de Sănătate a Femeii, Cabinetele de Sănătate a Reproducerii, Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, Secțiile Consultative din cadrul Centrelor Perinatologice și în secția Sănătatea Reproducerii a IMSP IMC, instituțiile medico-sanitare departamentale, dacă acestea dispun de condiții, ce corespund cerințelor actelor normative în vigoare.

3. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda vacuum aspirării manuale sau electrice, în perioada primelor 12 săptămâni, fără patologie asociată, se efectuează de către medicii obstetricieni-ginecologi, care au pregătirea necesară în efectuarea vacuum aspirării manuale sau electrice, în Asociațiile Medicale Teritoriale, Centrele de Sănătate a Femeii, Cabinetele de Sănătate a Reproducerii, Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor, Secțiile Consultative din cadrul Centrelor Perinatologice și în secția Sănătatea Reproducerii a IMSP IMC, dacă acestea dispun de condiții, ce corespund cerințelor actelor normative în vigoare.
4. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii prin metoda vacuum aspirării manuale/electrice, sau metoda medicamentoasă la femeile cu patologie asociată (cu risc major pentru pacientă), se efectuează în instituțiile medico-sanitare ce oferă asistență medicală spitalicească (secții de ginecologie sau obstetrică-ginecologie).
5. Se interzice întreruperea sarcinii prin dilatare și chiuretaj, fiind o metodă mai riscantă pentru hemoragii, perforații și complicații întârziate!!!
6. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni prin aspirarea vacuum se efectuează obligatoriu cu anestezie locală sau generală, la alegerea pacientei, după informarea ei în cadrul consilierii, și exprimarea consimțământului prin semnarea acordului informat.
7. OMS nu recomandă anestezia generală de rutină pentru avortul din primul trimestru, fiind mult mai riscantă; dacă pacienta optează pentru anestezia generală, ea este referită în instituțiile medico-sanitare ce oferă asistență medicală specializată spitalicească.

3. Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni de sarcină

1) Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni de sarcină se efectuează doar după consilierea și primirea acordului femeii, în instituțiile medico-sanitare publice, departamentale sau private, ce corespund cerințelor actelor normative în vigoare, prin metoda medicamentoasă (Capitolul IV).

2) Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni se efectuează la indicații medicale și sociale până la sfârșitul a 21-a săptămână de sarcină (Anexele nr.1 și 2 la Standard), iar în cazurile de malformațiile fetale incompatibile cu viața/incurabile, pe tot parcursul sarcinii, după examinarea cazului în cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului, de către un Consiliu Medical reprezentativ, aprobat anual prin ordinul conducătorului instituției.

3) Instituția medico-sanitară, ce oferă asistență medicală specializată de ambulator:

- prin intermediul medicilor obstetricieni-ginecologi, asigură perfectarea Fișei personale a gravidei și lăuzei (formularul nr.111/e) și perfectarea îndreptării către Compania Națională de Asigurări în Medicină/ Agenția teritorială pentru eliberarea Poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală;
- asigură efectuarea investigațiilor, consultațiilor medicilor specialiști de profil în argumentarea indicațiilor și asigură evidența cazurilor de întrerupere voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni;
- aprobă prin ordin intern Comisia Medicală Consultativă în următoarea componență:

vicedirectorul medical, șeful secției obstetrică, medicul curant specialist obstetrician-ginecolog, medicul specialist medicină internă, juristul din cadrul instituției medico-sanitare (în caz de indicații sociale).

4) Comisia Medicală Consultativă:

- selectează indicațiile medicale sau sociale pentru fiecare caz aparte, în baza cererii femeii gravide, documentației juridice și/sau medicale prezentate, și consimțământul femeii gravide prin semnarea acordului informat;
- eliberează trimitere-extras (formularul nr.027/e), ce servește bilet de trimitere pentru spitalizarea femeii gravide în staționarul obstetrico-ginecologic în termene nu mai mult de 5 zile din momentul diagnosticării indicației medicale sau adresării femeii cu indicații sociale.

5) Instituția medico-sanitară ce oferă asistență medicală specializată spitalicească:

- asigură perfectarea Fișei medicale a bolnavului din staționar, Forma nr.003/e;
- efectuează evidența fiecărei femeii gravide pentru întrerupere voluntară a cursului sarcinii după primele 12 săptămâni în Registrul de evidență a internărilor bolnavilor și renunțărilor la spitalizare, Forma nr. 001/e, și Registrul de înregistrare a intervențiilor chirurgicale în staționar, Forma nr. 008/e;
- efectuează intervenția de întrerupere a cursului sarcinii.

6) **În caz de diagnostic incert de malformații congenitale**, dar și pentru stabilirea conduitei de mai departe, femeia gravidă se va îndrepta la IMSP Institutul Mamei și Copilului, pentru confirmarea diagnosticului, întreruperea sarcinii sau oferirea consilierii privind pronosticul și perspectivele postnatale în caz de continuare a sarcinii.

7) Decizia de a întrerupe sau a continua sarcina, îi aparține în totalitate femeii gravide, după consilierea ei și semnarea acordului informat.

Capitolul II.

Examinarea pre-avort, consilierea și decizia informată.

1. Examinarea pre-avort.

- 2) Se ia cunoștință cu antecedentele medicale ale femeii și se înregistrează în Fișa medicală pentru efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii (Formularul nr. 003-3/e).
- 3) Prezența sarcinii se confirmă prin efectuarea testului urinar de sarcină (la domiciliu sau în instituția medicală). Vârsta gestațională a sarcinii se confirmă și se consemnează în baza anamnezei personale (ultima menstruație) și examenului clinic (examenul vaginal).
- 4) Examenul ultrasonografic înainte de avort nu este necesar pentru toate femeile, cu excepția celor enumerate în alin. 4) din acest punct.
- 5) Instituțiile care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să efectueze sau să refere pacienta la examenul ultrasonografic, în mod special, în cazul când:
 - a) diagnosticul de sarcină este incert;
 - b) există o discordanță între vârsta gestațională cronologică și cea clinică;
 - c) există suspiciunea de sarcină extrauterină;
 - d) există patologie ginecologică asociată (exemplu: fibromatoză uterină, malformații uterine, etc.);
 - e) există incertitudinea prezenței unui dispozitiv intrauterin;
 - f) post-avort, când există suspiciunea golirii incomplete a cavității uterine.
- 6) Semnele vitale (exemplu: tensiunea arterială, pulsul și temperatura) se urmăresc în mod obligatoriu.

- 7) Determinarea hematocritului și a hemoglobinei se efectuează la femeile cu antecedente sau simptome de anemie.
- 8) Grupa sanguină și Rh-ul se vor determina la femeile care fac întrerupere de sarcină, în cazul în care nu sunt cunoscute și documentate. În avortul la termeni precoce nu a fost demonstrată Rh-sensibilizarea. Administrarea imunoglobulinei anti-resus pentru pacientele Rh – negative cu termenul de sarcină mai mare de 56 zile de amenoree va fi recomandată și poate fi efectuată dacă aceasta este disponibilă (8);
- 9) Infecțiile aparatului genital se constată în baza simptomelor pacientei, semnelor clinice în timpul examenului în valve. La necesitate, pot fi efectuate testele de screening ale maladiilor sexual-transmisibile (gonoreea și chlamydia) sau frotiul vaginal pentru diagnosticul infecțiilor vaginale (vagiноza bacteriană, trichomonioza), înainte de întreruperea voluntară a cursului sarcinii după explicarea necesității pacientei și primirea acordului informat.
- 10) La depistare la femeia gravidă a proceselor inflamatorii acute și sub-acute de toate localizările și a bolilor infecțioase acute, operația de întrerupere a cursului sarcinii poate fi amânată până la tratarea lor sau se inițiază tratamentul antibacterian și se efectuează avortul (11,12). În cazul termenului – limită de 11-12 săptămâni de sarcină se inițiază terapia antibacteriană și se efectuează avortul.
- 11) Momentul întreruperii sarcinii poate reprezenta un prilej potrivit pentru evaluarea unei posibile patologii cervicale. Femeilor care au mai mult de 25 de ani și nu au efectuat un test citologic cervical în ultimii 3 ani li se efectuează un asemenea test. În cazul în care se efectuează un test citologic în momentul întreruperii de sarcină, este necesar de a comunica femeii rezultatul testului și de a urma prevederile actelor normative în vigoare.
- 12) La prezentarea pentru efectuarea întreruperii sarcinii, este necesar ca medicul să identifice și alte necesități de sănătate ale femeilor, în special legate de sănătatea reproducerii sau sociale (violența bazată pe gen, traficul, prezența maladiilor cu transmitere sexuală etc.) și să i se ofere femeii recomandări sau referire pentru tratamentul/asistență specializată de profil, într-o rezolvare a acestora.

2. Consilierea și decizia informată.

1. Consilierea este discuția cu femeia care a solicitat avortul, despre sentimentele și fricile ei și alte subiecte afiliate procedurii de avort cu scopul de a-i diminua neliniștea înainte de procedură și de a-i oferi informația necesară pentru luarea unei decizii informate.
2. Luarea unei decizii informate și libere de către pacientă este esențială pentru procesul de efectuare a întreruperii sarcinii.
3. Fiecare femeie care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să fie informată corespunzător în vederea luării unei decizii informate.
4. Informația oferită trebuie să fie veridică, obiectivă, să nu conțină informație personalizată și nebazată pe dovezi științifice.
5. Femeia gravidă este liberă să-și aleagă metoda de întrerupere a sarcinii și metoda de anestezie, în baza informației oferite în timpul consilierii.
6. Fiecărei femei care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să i se ofere posibilitatea de a fi consiliată voluntar (dacă acceptă acest lucru) despre decizia de a întrerupe sarcina și sentimentele aferente. Convingeți-vă că decizia de a întrerupe sarcina este una benevolă. Consilierea voluntară trebuie să aibă loc în condiții de intimitate și confidențialitate.
7. Informațiile oferite trebuie să includă:
 - alternativele întreruperii sarcinii;

- suportul pe care femeile gravide îl pot obține potrivit legislației în vigoare;
 - instituțiile care pot oferi acest suport;
 - metodele de efectuare a întreruperii sarcinii, potențialele riscuri și beneficiile procedurii, inclusiv cele referitoare la anestezia utilizată;
 - informații exacte despre tehnica procedurii de aspirație vacuum electrică sau manuală, sau avortul medicamentos, dacă femeia a ales una din aceste metode;
 - riscurile efectuării avortului prin dilatare și chiuretaj și ale anesteziei generale;
 - complicațiile și sechelele posibile;
 - opțiunile de contracepție imediată după avort.
8. Avortul, constituie un moment oportun de consiliere a femeii în contracepție. Consilierea despre contracepție trebuie efectuată înainte de efectuarea întreruperii sarcinii. DIU și implantul reprezintă 2 metode de contracepție reversibile de lungă durată care scad numărul sarcinilor nedorite în viitor și sunt cele mai indicate de a fi utilizate femeilor după naștere și după avort.
 9. Dacă femeia a ales o metodă de contracepție, care nu îi poate fi oferită în instituția dată, ea urmează a fi referită la o altă instituție, unde poate obține acest serviciu.
 10. Dacă problemele și necesitățile femeii se extind dincolo de scopurile și posibilitățile consilierii, femeia urmează a fi referită la serviciile oportune din comunitate - psiholog, asistent social, poliție, etc.
 11. Informațiile se expun femeii într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate.
 12. Consilierea verbală trebuie însoțită de oferirea unor materiale/broșuri/pliante în format scris, cu informații corecte și imparțiale, pe care pacienta să le înțeleagă și care le poate lua cu sine, pentru a le citi ulterior.
 13. Fiecare femeie, care efectuează o întrerupere a sarcinii, în mod obligatoriu trebuie să citească și să semneze înainte de efectuarea procedurii consimțământului informat, specific procedurii de avort, ce atestă consimțământul ei despre faptul că înțelege procedura și alternativele existente, riscurile posibile, beneficiile și complicațiile, faptul că decizia luată este liberă și că este pregătită pentru întrerupere de sarcină. Consimțământul informat semnat de pacientă se atașează la Fișa de întrerupere a sarcinii (Formularul nr. 003-3/e).
 14. Confidențialitatea informației trebuie să fie respectată de către toți prestatorii de servicii implicați în oferirea avortului, luându-se toate precauțiile.

Capitolul III.

Metoda chirurgicală de întreruperea a sarcinii.

1. Aspecte generale.

- 1) Metoda chirurgicală recomandată pentru întreruperea sarcinii în primele 12 săptămâni de sarcină este aspirația cu vacuum electrică sau manuală.
- 2) Metoda dilatării și chiuretajului **este interzisă de a mai fi utilizată**, comportând un nivel mai înalt de complicații (hemoragii, complicații infecțioase, perforații, etc).
- 3) Pregătirea colului înainte de avortul chirurgical este benefică și trebuie făcută obligatoriu în cazul pacientelor sub 18 ani, la primipare, la sarcinile mai mari de 9 săptămâni sau în orice alte situații, când medicul anticipează dificultățile posibile pe parcursul dilatării colului uterin. Pentru pregătirea colului se administrează misoprostol 400 mcg, intravaginal sau sublingual, cu 2-3 ore înainte de intervenție.

- 4) Respectați precauțiile standard universale de prevenire și control al infecțiilor.
- 5) Este necesar de urmărit tehnica de neatingere pe parcursul procedurii: orice instrumente ori părți de instrumente, care intră în uter trebuie să fie sterile. Nu se permite ca vârful instrumentelor să se atingă de obiecte și suprafețe înainte de a fi introduse în col.
- 6) Colul uterin trebuie dilatat progresiv și grijuliu, utilizând dilatoare din masă plastică sau metal.
- 7) Examinarea țesutului aspirat cu ochiul liber după avort este obligatoriu, deoarece permite identificarea tuturor părților produsului de concepție și ajută la prevenirea complicațiilor întreruperii sarcinii legate de retenția de țesut, permite suspectarea și diagnosticarea precoce a sarcinii ectopice sau molare.
- 8) Chiuretajul de control de rutina după aspirare **nu se efectuează!**
- 9) Conținutul uterin evacuat poate fi examinat patomorfologic în caz de suspiciune de sarcină molară.
- 10) Pacienta trebuie reevaluată atunci când țesutul aspirat (produsul de concepție) obținut este incomplet.

2. Antibioticoprofilaxia preoperatorie.

- 1) În timpul întreruperii de sarcină prin metoda chirurgicală pacientelor li se recomandă obligatoriu antibiotice, cu scop profilactic (3,4).
- 2) Regimurile recomandate pentru antibioticoprofilaxie sunt:
 - a) Metronidazolium 1g peroral, înainte de procedură, apoi 500 mg fiecare 6 ore, până la 3 doze; sau
 - b) Doxycyclinum 100 mg peroral, cu 60 minute înainte de procedură și 200 mg 30 min după procedură (8, 11, 12);
 - c) Profilaxia antibacteriană nu trebuie continuată după ziua efectuării procedurii (8);
 - d) Când se utilizează metronidazolium pentru profilaxie, nu se combină de rutină cu administrarea și a unui antibiotic de spectru larg ca doxycyclinum (8);
 - e) La pacientele cu risc sporit pentru chlamydioză se va administra Doxycyclinum 100 mg de 2 ori pe zi, timp de 7 zile, cu începere imediat după avort (12).
 - f) Grupurile cu risc sporit de infecții cu transmitere sexuală, inclusiv chlamydioza includ (12):
 - g) debut precoce al activității sexuale;
 - practicarea sexului neprotejat schimbarea frecventă/parteneri sexuali multipli;
 - istoric de MST în ultimul an.

3. Controlul durerii.

3.1 Suportul psihologic.

Suportul psihologic, oferit prin consilierea înainte, în timpul și după procedură, ajută considerabil în reducerea anxietății, în special, în cazul în care se folosește anestezia locală fără sedative. Oferit corect, înainte de/pe parcursul și după procedură, suportul psihologic reduce frica și anxietatea femeii, dar și senzația ei de durere.

3.2 Folosirea substanțelor analgezice și/sau sedative în doze mici.

Folosirea sedativelor presupune o stare de conștientă inhibată, în care pacienta poate răspunde la stimulenți fizici și verbali, iar reflexele respiratorii rămân neafectate.

Se recomandă:

- 1) Ibuprofenum 400 mg, administrate oral, câte 1-2 comprimate, cu 30-60 minute înainte

de operație; și/sau

- 2) Diazepamum 5-10 mg, administrate oral, cu 30-60 minute înainte de operație.

3.3 Anestezia generală versus cea locală.

Întreruperea cursului sarcinii, se efectuează doar cu anestezie.

- 1) Pentru avortul din primele 12 săptămâni de sarcină se recomandă folosirea anesteziei locale, paracervicale cu lidocainum, care este recomandată de OMS, fiind mai sigură, și cu mai puține riscuri.
- 2) Pe parcursul anesteziei locale femeia poate explica ceea ce simte, astfel diminuându-se riscul perforației uterine, scade durata perioadei de recuperare, ea poate părăsi clinica mai repede și fără persoană de suport, e capabilă să asculte și să recepționeze recomandările medicului.
- 3) În anestezia locală riscul de aspirație pulmonară, când femeia mănâncă sau bea înaintea procedurii, este mult mai diminuat.
- 4) Anestezia locală este mai puțin costisitoare.
- 5) Anestezia generală nu este recomandată deoarece comportă riscul crescut de hemoragii, perforații, leziuni cervicale și a complicațiilor respiratorii datorită efectului sistemic al agenților anestezici.
- 6) Anestezia generală, dacă aceasta a fost alegerea pacientei, va fi efectuată numai în condiții de staționar și doar după consultația medicului anesteziolog.
- 7) Dacă pacienta optează pentru anestezie generală, pe tot parcursul efectuării întreruperii sarcinii și a îngrijirii anestetice monitorizate, în sala în care se efectuează procedura trebuie să fie prezent personalul medical calificat în domeniul anesteziologiei.
- 8) Pe tot parcursul anesteziei generale și sedării, oxigenarea, ventilația, funcția cardiovasculară și temperatura corpului femeii trebuie evaluate continuu (accesul i/v, suportul respirator).

3.4 Anestezia locală. Blocada paracervicală.

- 1) Precauțiile pentru blocada paracervicală includ anamneză alergologică pentru alergia la anesteticele locale și grija de a nu nimeri într-un vas sanguin, prin tragerea spre sine a pistonului seringii la fiecare introducere a acului.
- 2) Se utilizează lidocainum de 0,5-1%, 15-20 ml.
- 3) Doza minimală toxică a lidocainum este de 200 mg, nu se admite depășirea acesteia.
- 4) Se injectează 1-2 ml din soluția pregătită, în submucoasă, la orele 12, unde va fi aplicată pensa de col. Pensa de col se aplică pe locul anesteziat.
- 5) Blocada paracervicală se efectuează în locul de trecere a epiteliului cervical la cel vaginal, în două locuri - la orele 4 și 8, avansând circa 3 cm în direcția orificiului intern al colului uterin.
- 6) Pentru a mări toleranța pacientei la durere:
 - a) la introducerea acului, femeii i se propune să tușească pentru a masca durerea.
 - b) după efectuarea blocadei, se așteaptă 1-2 minute până a începe intervenția.

4. Tehnica aspirației vacuum electrice sau manuale.

- 1) Determinarea mărimii și poziției uterului prin examenul bimanual.
- 2) Alegerea canulei de diametrul potrivit (3):
 - a) poate fi utilizată canula cu diametrul mai mic decât termenul sarcinii (de la data ultimei menstruații). De exemplu: dacă pacienta a avut ultima menstruație cu 9 săptămâni în urmă, atunci diametrul canulei poate fi de la 5 până la 10 mm;

- b) pot fi utilizate canule flexibile standard de 6, 7, 8 mm, pentru toate termenele, până la a 10-a săptămână de gestație, fără a folosi dilatatoare rigide.

Tabelul nr.1. Alegerea dimensiunii canulei.

Mărimea aproximativă a uterului (săptămâni LMP)	Mărimea aproximativă a canulei
4-6 LMP	4-7 mm
7 - 9 LMP	5-10 mm
9 - 12 LMP	8- 12 mm
12-14 LMP	10-14 mm

- 3) Inserarea valvei pentru vizualizarea colului.
- 4) Inspectia colului pentru determina dacă nu e dilatat și nu are semne de infecție, traumă, rupturi.
- 5) Badijonarea regiunii cervicale cu o soluție antiseptică.
- 6) Fixarea colului pe loc cu un tenacul și aplicarea gentilă a unei mici tracțiuni pentru a îndrepta unghiul dintre colul și corpul uterin.
- 7) Aplicarea anesteziei paracervicale. Anestezia locală este efectuată de medicul obstetrician ginecolog.
- 8) Dilatarea colului (la necesitate). Dilatarea colului e necesară atunci, când gradul de deschidere a colului nu permite pasajul unei canule corespunzătoare mărimii uterului. Dilatarea se efectuează atent cu dilatatoare mecanice, sau cu canule de mărimi crescânde, luând seama să nu se traumatizeze.
- 9) Introducerea atentă a canulei prin col în cavitatea uterină până la trecerea nemijlocită de colul uterin. Rotarea gentilă a canulei cu o mică presiune deseori înlesnește inserarea.
- 10) Atașarea seringii pregătite de canulă, susținând capătul canulei cu o mână, iar siringa cu alta. A se încredința că canula nu s-a mișcat înainte în uter în timpul atașării seringii.
- 11) Împingerea lentă a canulei în cavitatea uterină până se atinge de fundul uterin. Apoi se trage puțin canula înapoi.
- 12) Eliberarea valvelor seringii pentru a transfera vacuumul prin canulă în uter. Țesuturile, sângele și bulele vor începe a intra prin canulă în seringă.
- 13) Evacuarea conținutului uterului prin mișcare lentă și atentă a canulei înainte și înapoi în cavitatea uterină, rotind în același timp siringa. E important a nu scoate aperturile canulei dincoace de vestibulul uterin, pentru că aceasta va face să se piardă vacuumul. Odată cu stabilirea vacuumului și introducerea canulei în uter, niciodată nu se apucă siringa de brațele pistonului pentru a fi sigur că brațele pistonului nu se vor mișca din poziția lor. Dacă pistonul lunecă accidental în seringă, aceasta poate împinge țesutul și aerul înapoi în uter.
- 14) Controlul semnelor de finisare a procedurii. Procedura se efectuează cu mult mai repede decât chiuretajul uterin și e completă atunci când sunt prezente următoarele condiții: în canulă se vede spumă roșie sau roză, fără țesuturi; la mișcarea pe suprafața uterului evacuat e o senzație de nisip; și uterul se contractă în jurul canulei.
- 15) Detașarea seringii și înlăturarea tuturor instrumentelor după examinarea țesutului.
- 16) Examinarea țesuturilor aspirate.
- 17) Dacă femeia a fost consiliată anterior și a ales DIU drept metoda de contracepție, dispozitivul poate fi inserat după ce au fost examinate țesuturile și medicul s-a convins că aspiratul conține tot produsul de concepție.

5. Examinarea țesuturilor aspirate. Conduita în caz de țesut insuficient sau lipsă.

- 1) Examinarea țesutului este efectuată obligatoriu când pacienta se află pe masa ginecologică în sala de operație, în caz că este nevoie de re-aspirare.
- 2) Eliberarea conținutului aspiratorului vacuum electric sau seringii pentru aspirație vacuum manuală printr-o strecurătoare.
- 3) Spălarea conținutului strecurătoare cu apă rece, plasându-l apoi într-un vas transparent.
- 4) Evaluarea conținutului evacuat din uter se face cu ochiul liber; după plasarea lui în apă într-un container transparent. Iluminarea lui dedesubt facilitează identificarea produsului de concepție. Scopul examinării țesutului este identificarea prezenței sacului gestațional la vârsta de gestație sub 8 săptămâni și a prezenței tuturor părților embrionului după 8 săptămâni.
- 5) Dacă țesutul evaluat sau produsul de concepție este incomplet, se suspectează o aspirare incompletă și se respectă următoarele etape de asistență medicală și investigații:
 - a) evaluarea repetată a țesutului aspirat;
 - b) evaluarea pacientei;
 - c) reaspirarea;
 - d) efectuarea examenului ultrasonografic, în caz de suspjecție de avort incomplet sau alte complicații.
- 6) Dacă aspiratul nu conține rezultatul așteptat al concepției (fragmente de trofoblast), trebuie de presupus o sarcină ectopică. Femeia este informată despre simptomele și pericolele sarcinii ectopice și se investighează în continuare:
 - a) examinare ecografică;
 - b) dacă cavitatea uterină este evaluată ca fiind vidă, trebuie efectuată determinarea HCG serologic cantitativ. Testul HCG serologic cantitativ se efectuează imediat după procedură și la 48 de ore după intervenție. Dacă există o scădere cu mai mult de 50%, nu mai este necesară o re-examinare pentru sarcina ectopică;
 - c) dacă testul HCG serologic cantitativ nu indică nici o schimbare, sau indică o creștere sub-normală în valoare, trebuie instituite și documentate evaluarea pentru sarcina ectopică și tratamentul definitiv al acesteia, sau trebuie efectuată și documentată referirea pacientei către o instituție de nivel mai înalt al asistenței medicale.
- 7) Femeia se monitorizează până când diagnosticul de sarcină ectopică nu este exclus sau documentată referirea adecvată.
- 8) După examinare, țesuturile după avort sunt deșeuri identificate cu codul 18 01 02 în Lista deșeurilor, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.99 din 30.01.2018 (Monitorul Oficial Nr. 33-39 art. 115) se gestionează conform Regulamentului sanitar privind gestionarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.696 din 11.07.2018 (Monitorul Oficial Nr. 295-308 art. 835).
- 9) Țesuturile anormale se examinează în mod obligatoriu de către medicul morfopatolog pentru a exclude mola hidatiformă sau chorionepitelioma.

6. Îngrijirea după procedura chirurgicală de întrerupere a sarcinii. Contracepția.

- 1) Accesibilitatea și calitatea serviciilor de îngrijire post-avort este o componentă importantă a serviciilor de întrerupere a sarcinii. Majoritatea complicațiilor severe în rezultatul avortului pot fi detectate în perioada imediată după avort.
- 2) Femeia se monitorizează în perioada de recuperare de către un medic sau o asistentă medicală/moașă instruită în acordarea îngrijirilor postoperatorii. Femeia poate părăsi instituția

medicală imediat ce se simte bine.

- 3) După anestezie generală personalul medical din Serviciul Anesteziologie și Terapie Intensivă asigură, în perioada de recuperare, monitorizarea pacientei timp de 2-3 ore.
- 4) La externare pacienta este în stare satisfăcătoare, cu tensiune și puls stabile, sângerarea și durerea descrește în dinamică.
- 5) Femeia trebuie informată despre semnele perioadei de post-avort normale și simptomele posibilelor complicații postoperatorii, cât și despre revenirea fertilității în perioada post-avort.
- 6) Informația trebuie să includă:
 - a) Semnele restabilirii normale:
 - unele crampe uterine timp de următoarele câteva zile, ce pot fi diminuate cu preparate antiinflamatorii non-steroidiene;
 - unele sângerări, de tip menstrual, cu durata de până la 30 zile, cu diminuare în dinamică;
 - instrucțiuni în scris pentru luarea oricăror medicamente prescrise și o listă a instituțiilor medicale unde poate apela în caz de urgență medicală.
 - b) Revenirea pentru o vizită de control nu este obligatorie, dar pacienta poate reveni oricând dacă are întrebări sau neclarități;
 - c) Informații despre igiena personală și reîntoarcerea la activitatea sexuală, revenirea menstruațiilor și planificarea familiei:
 - pacienta nu trebuie să introducă nimic în vagin în timpul și câteva zile după avort (spălături, tampoane);
 - o nouă menstruație va începe în 4-8 săptămâni;
 - fertilitatea pacientei se va reîntoarce repede după procedură (10-14 zile), de aceea, dacă la moment sarcina nu e dorită, va fi nevoie de utilizarea contracepției se recomandă ca pacienta să se abțină de la relații sexuale pe durata sângerărilor.
 - d) Semnele și simptomele ce necesită atenție și adresare la medic imediată:
 - hemoragie îndelungată și/sau mai abundentă decât cea menstruală (mai mult de 2 absorbante într-o oră, timp de două ore consecutiv);
 - durere intensă sau în creștere;
 - eliminări cu miros neplăcut;
 - febră, frisoane;
 - sincope (pierderi de cunoștință);
 - sursele de ajutor medical urgent și modalitatea de contact cu instituția medicală 24 de ore din 24.
 - e) După întreruperea voluntară a cursului sarcinii pacientei i se eliberează:
 - extras-trimitere (Formular nr.027/e) despre mersul intervenției de întrerupere voluntară a cursului sarcinii;
 - informație scrisă privind simptomele unor complicații postoperatorii;
 - metoda aleasă de contracepție (după consilierea în planificarea familiei):DIU, contraceptive orale combinate, Medroxyprogesteron*, etc, care se documentează în Fișa medicală de întrerupere voluntară a cursului sarcinii (formularul nr. 003-3/e), cu semnătura de confirmare a pacientei.
 - f) Femeia poate fi invitată pentru a efectua o vizită de evaluare peste 2 săptămâni după intervenția de întrerupere voluntară a cursului sarcinii, dar aceasta nu este obligatorie.

Capitolul IV.

Înteruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă.

1. Înteruperea sarcinii până la 12 săptămâni de amenoree.

1.1 Aspecte generale

- 1) Metoda medicamentoasă este o metodă sigură și eficientă de întrerupere a sarcinii în condiții de ambulator. Eficacitatea metodei la termene de gestație mai mici de 10 săptămâni constituie 94-98%. La termene de gestație de 10-12 săptămâni, cu folosirea a 2-3 doze de misoprostol, eficacitatea metodei medicamentoase variază între 89-93%. Consilierea adecvată și informarea pacientei cresc siguranța și acceptabilitatea acestei metode (1, 6).
- 2) Pentru întreruperea sarcinii până la 12 săptămâni de amenoree prin metoda medicamentoasă este recomandată utilizarea mifepristonum în combinație cu prostaglandine - misoprostolum.
- 3) Mifepristonum și misoprostolum pot fi administrate în instituția medicală sau la domiciliu, în funcție de decizia pacientei și termenul de gestație, după evaluarea riscurilor de complicații posibile.
- 4) Administrarea de misoprostolum la domiciliu este sigură până la termenul de 10 săptămâni. La termene mai mari de 10 săptămâni aceasta necesită supraveghere medicală.
- 5) Preparatul pentru avortul medicamentos (mifepristonum și misoprostolum) se procură din farmacia, în baza rețetei, sau, dacă sunt disponibile, se eliberează din farmacia instituției medicale.
- 6) Contraindicațiile medicale pentru întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă sunt:
 - a) anemia severă;
 - b) dereglări de coagulare;
 - c) tratament îndelungat cu glucocorticoستيروizi;
 - d) insuficiență suprarenală;
 - e) dispozitiv intrauterin (necesită înlăturare în prealabil);
 - f) sarcină extrauterină consemnată sau suspectă;
 - g) alergii cunoscute la mifepristonum sau misoprostolum;
 - h) date argumentate de porfirie în familie;
 - i) maladii extragenitale în stare de decompensare.
- 7) În avortul medicamentos oferirea de rutină, profilactică, a antibioticilor nu se consideră necesar (8,11, 14)
- 8) Instituția medicală trebuie să ofere posibilitatea de acces în caz de urgență 24 din 24 ore sau să refere pacienta în caz de complicații, pentru efectuarea aspirației cavității uterine.
- 9) Cine poate fi furnizorul de servicii de avort medicamentos în afară de medicul specialist ginecolog:
 - a) Pentru a asigura accesul la avortul medicamentos în primele 12 săptămâni, OMS recomandă implicarea personalului medical și medicilor de alte specialități. Echipele medicului de familie (medicul și asistenta medicală) poate consilia femeia înainte de avortul medicamentos și oferi sprijinul necesar pe parcursul lui prin oferirea răspunsurilor dacă femeia are întrebări sau diagnosticul și referirea în caz de complicații (1).
 - b) Femeile pot fi ele însele implicate în gestionarea anumitor componente ale avortului în afara instituției medicale. În cazul în care femeia a ales luarea preparatelor pentru avort medicamentos la domiciliu, ea are nevoie de acces la o sursă de informații exacte și la un prestator de servicii medicale, care o poate ghida la distanță (1).

- 10) Înregistrarea întreruperilor de sarcină prin metoda medicamentoasă este obligatorie. Ele se înregistrează în Fișa medicală pentru efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii (Formularul nr. 003-3/e).
- 11) Raportarea întreruperilor de sarcină prin metoda medicamentoasă se efectuează conform modalității stabilite de MSMPS.

1.2 Etapele întreruperii de sarcină prin metoda medicamentoasă până la 12 săptămâni:

Se consemnează vârsta sarcinii pe baza primei zile ale ultimei menstruații. Ecografia poate fi recomandată, pentru a confirma și consemna vârsta sarcinii când examenul fizic și ultima menstruație nu oferă informație suficientă sau vin în contradicție, în caz de suspiciune de sarcină ectopică (dureri în partea de jos a abdomenului și eliminări sangvinolente după reținerea menstruației) sau dacă femeia are ciclul menstrual neregulat, sau nu ține minte când a avut ultima menstruație **sau**

- 1) Anamneza pacientei se consemnează și se determină dacă pacienta este eligibilă pentru această metodă.
- 2) Pacienta se consiliază și se informează despre:
 - a) eficiența, efectele secundare și riscurile metodei, în special despre posibilitatea sângerării excesive, riscul teratogenic minim al misoprostolum și despre faptul că în cazul eșecului metodei medicamentoase i se va recomanda repetarea procedurii sau întreruperea prin aspirarea vacuum, iar dacă va dori continuarea sarcinii – va fi referită către îngrijirea antenatală;
 - b) la necesitate controlul durerii în timpul avortului medicamentos poate fi efectuat cu preparate antiinflamatorii non-steroidiene (ibuprofenum 800 mg, cu repetarea dozei peste 3 ore la necesitate);
 - c) modul de folosire a medicamentelor;
 - d) simptomele complicațiilor posibile.
- 3) Consilierea în planificarea familiei și alegerea contracepției se oferă pacientei la momentul administrării de mifepristonum.
- 4) Alăptarea nu este o contraindicație pentru avortul medicamentos cu mifepristonum și misoprostolum. Mifepristonum practic nu trece în laptele matern și nu este necesară întreruperea alăptării după administrarea a 200 mg de mifepristonum. Misoprostolum nimereste în cantități mici, dar lactația trebuie oprită pentru o perioadă scurtă de timp (până la 5 ore). Poate fi recomandată stoarcerea laptelui înainte de procedură pentru a hrăni sugarul și nu abținerea de la alăptare timp de 5 ore după administrarea de misoprostolum (13). Pacientele trebuie informate că alăptarea poate continua neîntrerupt, fără preocupări de efectele secundare la sugari (8).
- 5) Dacă pacienta optează pentru contracepția orală combinată aceasta se administrează din ziua administrării de mifepristonum sau a misoprostolum.

Tabelul nr.2

Recomandările pentru administrarea preparatelor pentru întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă

Recomandarea	Doza de mifepristonum	Doza de misoprostolum	Intervalul dintre mifepristonum și misoprostolum
Avort medicamentos până la 9 săpt.	200 mg oral	400 mcg sublingval	Nu mai puțin de 24 ore

Avort medicamentos 9-12 săpt. (8)	200 mg oral	800 mcg bucal, cu repetarea dozei de 2 ori la necesitate	Nu mai puțin de 24 ore
Avort incomplet <13 săpt. (1)	-	400 mcg sublingval, sau 600 mcg oral	
Avort incomplet >13 săpt. (1)	-	400 mcg sublingval, fiecare 3 ore pana la expulzare	
Avort medicamentos >12 săpt. (1)	200 mg oral	400 mcg sublingval fiecare 3 ore pana la expulzare	Nu mai puțin de 24 ore
Înteruperea sarcinii în moartea intrauterina a fătului 14-28 săpt* (1)	200 mg oral	400 mcg sublingval sau bucal fiecare 4-6 ore pana la expulzare	Nu mai puțin de 24 ore
Înteruperea sarcinii la indicații medicale 25-26 săpt** (7)		200 mcg sublingval sau bucal fiecare 4 ore pana la expulzare	
Înteruperea sarcinii la indicații medicale 27-28 săpt (7)		200 mcg sublingval sau bucal fiecare 4 ore	
Înteruperea sarcinii la indicații medicale >28 săpt (7)		100 mcg sublingval sau bucal fiecare 6 ore	

*Pentru termene mai mari de 21 -22 de săptămâni, OMS recomandă utilizarea feticidului, pentru a preveni nașterea unui făt viu cu malformații congenitale. O injecție intra-amniotică sau intra-fetală de 1 mg de digoxinum poate fi administrată transabdominal sau transvaginal și poate provoca feticidul. Kalii chloridum sau lidocainum intracardiac, în atriu fetal, pot fi la fel utilizate pentru aceasta (4).

** Există unele dovezi că, pentru întreruperile medicamentoase a sarcinii la termenele 13-26, riscul de ruptură uterină în rândul femeilor după o cezariană este mai mic de 0,3% 1,17; alte studii au concluzionat că nu există diferențe semnificative în ceea ce privește rezultatele pentru femeile cu cezariene anterioare. Prin urmare, FOGO a ajuns la concluzia că misoprostolum poate fi utilizat pentru femeile cu cezariană în anamneză sau alte cicatrici uterine transmurale pe parcursul a 13–26 săptămâni (7). Nu există dovezi suficiente pentru a recomanda un regim de misoprostolum pentru termenul după 26 de săptămâni de gestație la femeile care au o cicatrice uterină. Dozele de misoprostolum pot fi diminuate sau mărit intervalul dintre ele (7).

- 6) **La termene de gestație până la 9 săptămâni**, femeilor li se recomandă administrarea per os a unei pastile, 200 mg de mifepristonum, iar peste nu mai puțin de 24 ore 2 pastile, 400 mcg misoprostolum sublingval. Pacientele pot alege să administreze misoprostolum la domiciliu sau în clinică. Conform studiilor utilizarea de misoprostolum la domiciliu este sigură.
- 7) **La termene mai mari de 9 și până la 12 săptămâni**, femeilor li se recomandă administrarea per os a unei pastile, 200 mg de mifepristonum, iar peste cel puțin 24 ore - 4 pastile (800 mcg) misoprostolum bucal (câte 2 pastile sub fiecare falcă). Administrarea vaginală este la fel de eficientă. Dacă expulzia nu a avut loc, peste 4 ore se administrează încă o doză suplimentară

de 4 pastile (800 mcg) de misoprostolum bucal (câte 2 pastile sub fiecare falcă) (8). Dacă expulzia nu a avut loc, peste 4 ore poate fi administrată și a treia doză de 800 mcg de misoprostolum bucal. La termene egale sau mai mari de 10 săptămâni, administrarea de misoprostolum se va efectua în instituțiile medicale de tip ambulatoriu, care au condiții pentru aflarea pacientei timp de 4-12 ore pentru monitorizarea ei.

- 8) Se monitorizează starea sănătății femeii pe parcursul la 3 ore. În fișa de observație pentru întreruperea sarcinii se notează:
 - data și ora administrării de misoprostolum;
 - timpul expulziei produsului de concepție (dacă a avut loc);
 - efectele adverse observate sau raportate (dacă au fost înregistrate);
 - timpul plecării la domiciliu.
- 9) Pentru procedura de avort medicamentos, femeilor li se vor oferi datele de contact ale instituției medico-sanitare de referință în caz de urgențe sau necesitate de a obține informație suplimentară. Femeile, de asemenea, vor fi informate privind semnele de pericol și necesitatea de adresare de urgență la instituțiile medico-sanitare și necesitatea prezentării la medic la vizita de supraveghere.
- 10) Femeile care optează pentru administrarea de misoprostolum **la domiciliu** vor fi instruite privind:
 - modul de administrare a tabletelor și efectele adverse așteptate;
 - necesitatea planificării unui repaus de câteva ore după administrarea de misoprostolum;
 - managementul durerii;
 - datele de contact ale instituției medico-sanitare de referință în caz de urgențe sau necesitate de a obține informație suplimentară;
 - semnele de pericol și necesitatea de adresare de urgență la instituțiile medico-sanitare;
 - semnele de expulzie a produsului de concepție;
 - necesitatea prezentării la medic la vizita de supraveghere.

1.3. Stabilirea avortului medicamentos complet:

- 1) Evaluarea pentru stabilirea unui avort medicamentos complet poate fi efectuată la 7-14 zile de la prima vizită, dar vizita în persoana a pacientei pentru aceasta nu este obligatorie.
- 2) Avortul complet poate fi confirmat:
 - a) Prin chestionarea femeii prin telefon pe baza simptomelor:
 - dispariția semnelor sarcinii;
 - siguranța femeii ca nu mai este gravidă;
 - semnele clinice ale avortului medicamentos au parcurs fără devieri;
 - femeia a văzut expulzia sacului gestațional sau al embrionului.
 - b) Cu ajutorul unui examen ginecologic efectuat în timpul vizitei la 7-14 zile de la momentul administrării de misoprostolum.
 - c) Examenul cu ultrasunete permite diagnosticarea unui avort complet sau a unei sarcini în curs de dezvoltare. Cu toate acestea, măsurarea grosimii endometrului, nu este informativă pentru diagnosticul avortului incomplet, poate duce la intervenții chirurgicale necorespunzătoare, de aceea nu se recomandă de rutină.
 - d) Prin efectuarea testului de sarcină (va fi negativ peste 4 săptămâni după luarea preparatelor).
- 3) Dacă s-a confirmat avortul complet se discută dacă femeia a inițiat metoda de contracepție și dacă nu - se discută toate opțiunile de planificare a familiei:

- a) **dispozitivul intrauterin (DIU)** poate fi inserat la vizita de evaluare dacă aceasta este alegerea pacientei sau după prima menstruație;
- b) **contracepția hormonală:** COC, inelul vaginal, plasturele contraceptive pot fi utilizate din ziua administrării de mifepristonum;
- c) prezervativul masculin poate fi utilizat oricând;
- d) metoda calendarului poate fi utilizată nu mai devreme de trei cicluri menstruale.

1.4 Tactica în cazul unui eșec al avortului medicamentos

- 1) Dacă sarcina este continuă și viabilă, (creșterea dimensiunii uterului de două săptămâni sau constatarea activității cardiace a embrionului la ultrasonografie) pacientei se va propune repetarea procedurii de avort medicamentos sau intervenția de întrerupere voluntară a cursului sarcinii prin metoda chirurgicală de aspirare vacuum manuală sau electrică.
- 2) Dacă femeia dorește continuarea sarcinii, ea va fi referită la îngrijirea antenatală, cu consultul unui genetician.
- 3) Dacă sarcina este stagnată sau avortul este incomplet, pacienta este stabilă hemodinamic și nu prezintă semne de pericol, pacientei i se vor recomanda următoarele opțiuni (WHO, 2018):
 - să i se administreze suplimentar misoprostolum 400 mcg sublingual sau 600 mg per os;
 - să i se ofere aspirarea vacuum manuală;
 - să se utilizeze tactica expectativă și să se mai aștepte încă 7 zile, cu programarea unei vizite suplimentare.

1.5 Avortul medicamentos prin telemedicină

Serviciul de avort medicamentos de la distanță, la domiciliu, ghidat de un prestator de servicii, prin telemedicină, este o metodă la fel de sigură și eficientă ca și serviciul prestat în persoană (5, 9,10).

Avortul medicamentos prin telemedicină permite prestarea sigură și eficientă a avortului medicamentos, fără o ecografie sau examen vaginal pre-avort, atunci când pacienta este eligibilă din punct de vedere medical, având în vedere că acestea pot fi obstacole semnificative pentru acces, și, în cazul unei epidemii, pot crește transmiterea infecției la pacienți și lucrătorii din domeniul sănătății.

Criteriile de eligibilitate

- Sarcina confirmată prin testul urinar pozitiv, testul seric sau prin ecografie.
- Prima zi a ultimei menstruații a fost cu ≤ 63 zile înainte de data prevăzută pentru inițierea metodei.
- Femeia este sigură de ultima menstruație +/- 1 săptămână.
- Femeia nu are nici unul dintre următoarele simptome sau factori de risc pentru sarcina ectopică:
 - sângerare vaginală sau eliminări sangvinolente pe parcursul ultimei săptămâni;
 - dureri pelviene unilaterale sau dureri pelviene bilaterale semnificative în ultima săptămână;
 - sarcină ectopică în anamneză;
 - ligaturare a trompelor sau alte operații tubare;
 - DIU în uter la concepție sau în prezent.
- Niciuna dintre contraindicațiile pentru avort medicamentos:
 - dereglări de hemostază sau terapie anticoagulantă concomitentă;
 - insuficiență suprarenală cronică;

- terapie sistemică concomitentă cu corticosteroizi de lungă durată;
- porfirie ereditară;
- alergie la mifepristonum, misoprostolum sau alte prostaglandine.
- Femeia nu are vreo preferință puternică pentru ecografie sau examen pelvian sau alte teste de laborator

Procedura

Pacienta are nevoie de următoarele:

- Mifepristonum 200 mg, 1 pastilă;
- Misoprostolum 800 mcg, 4 pastile (două doze, 8 pastile la termenele mai mari de 8 săptămâni);
- Analgezice (ibuprofenum), antiemetice;
- Ghidul pacientei la domiciliu și informații unde poate apela în caz de urgență;
- Un test de sarcină.

Pacientele cu termenul de sarcină ≤ 63 de zile, 9 săptămâni, trebuie să ia mifepristonum 200 mg pe cale orală, urmat de misoprostolum 400 mcg sublingual cu 24-48 ore mai târziu. Dacă nu apare nici o sângerare în primele 24 de ore după prima doză de misoprostolum pacientele vor lua a doua doză de 400 mcg, după consilierea de către un medic.

Ghidul pacientului la domiciliu trebuie discutat în comun.

Etapele

- I. După ce au confirmat sarcina cu ajutorul unui test sau al ultrasonografiei, femeile vor primi consilierea de la un medic ginecolog sau medic de familie, prin intermediul unei videoconferințe.
- II. Mai apoi vor accesa medicamentele la o farmacie din localitate, pe baza prescripției medicale expediate prin telefon femeii sau la farmacie.
- III. Evaluarea va avea loc la 1-2 săptămâni mai târziu prin intermediul telefonului sau videoconferinței, în care se va constata prin chestionare, dacă avortul e complet sau pacienta trebuie să vină la medic.
- IV. Peste 4 săptămâni femeile vor repeta testul de sarcina pentru o ultima evaluare a avortului complet.

2. Întreruperea sarcinii după 12 săptămâni de gestație

- 1) Întreruperea sarcinii după 12 săptămâni se efectuează doar în instituții medicale tip staționar, prin metoda medicamentoasă cu mifepristonum și misoprostolum. Eficacitatea acestei metode este de 92-97%.
- 2) Metoda chirurgicală, recomandată de OMS, dilatarea și evacuarea, se permite când este disponibil echipamentul corespunzător și personalul medical care posedă tehnica acestei operații. **Efectuarea dilatării și chiuretajului este interzisă!!!**
- 3) Schema de administrare a preparatelor pentru întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă după 12 săptămâni:
 - pacienta primește 200 mg mifepristonum oral, în clinica sau acasă;
 - peste 24-48 de ore se administrează 400 mcg misoprostolum vaginal sau sublingual, apoi fiecare 3 ore se administrează câte 400 mcg misoprostolum oral sau sublingual, până la expulzarea completă a fătului și placentei;

- Intervalul dintre mifepristonum și misoprostolum nu trebuie să fie mai mic de 24 de ore.
- 4) După fiecare doză de misoprostolum, se monitorizează tensiunea arterială, temperatura, efectele adverse și hemoragia.
- 5) La necesitate, se oferă analgezie orală sau parenterală.
- 6) Dacă expulzia nu survine după 12-15 ore de la inițierea administrării de misoprostolum, inducerea va fi oprită și repetată a doua zi numai cu misoprostolum conform aceleiași scheme:
 - fiecare 3 ore se administrează 400 mcg misoprostolum oral sau sublingual, până la expulzia fătului și placentei.
- 7) Dacă produsele de concepție sunt eliminate și sunt complete la examen (inclusiv placenta), nu vor fi făcute intervenții suplimentare, ca aspirarea vacuum manuală sau chiuretajul.
- 8) Dacă fătul este expulzat, dar placenta rămâne în uter 30 minute după expulzie, femeii i se vor oferi suplimentar 400 mcg de misoprostolum oral pentru a facilita expulzia placentei și se va aștepta încă șase ore pentru a expulza placenta de sine stătător (în lipsa hemoragiei și ale altor semen de pericol).
- 9) Dacă fătul sau orice porțiune de placentă au rămas în colul uterin, se va realiza un examen cu speculul și orice produse din vagin sau orificiu cervical vor fi eliminate.
- 10) Dacă produsele sunt reținute în uter, ele vor fi eliminate în mod chirurgical, prin dilatare și evacuare sau prin vacuum aspirație, sub anestezie locală sau generală.
- 11) În mod alternativ, alte uterotonice (oxytocinum) în afară de misoprostolum pot fi oferite pentru evacuarea completă a uterului.
- 12) Pentru întreruperea sarcinii la indicații medicale la termene mai mari de 24 de săptămâni dozele de misoprostolum vor fi ajustate conform recomandărilor FIGO (Tabelul nr 1)

Capitolul V.

Conduita în cazul unor complicații.

- 1) Echipamentul funcțional și medicația curentă trebuie să fie la dispoziție pentru managementul urgențelor medicale și trebuie să includă: un sistem de furnizare de oxigen, instrumente pentru oxigenare orală, preparate uterotonice, soluții cristalinoide i/v, antagonice narcotice, glucocorticoizi, epinephrinum și diazepamum.
- 2) Instruirea continuă a personalului pentru folosirea echipamentului de urgență, managementul urgențelor și indicațiile pentru transportul de urgență trebuie asigurate.
- 3) Personalul medical trebuie să fie instruit în resuscitare cardio-pulmonară.

1. Hemoragia:

Sângerarea pre-operatorie:

- 1) Una dintre cele mai severe complicații în procedura de întrerupere a sarcinii este hemoragia. Recunoașterea imediată a sursei de hemoragie poate reduce morbiditatea și mortalitatea.
- 2) În cazul sângerării pre-operatorii trebuie luate în considerare posibilitatea unei sarcini ectopice, istmico-cervicale sau avortul spontan.

Sângerarea intra-operatorie:

În cazul în care există sângerare excesivă, medicul trebuie să întreprindă măsuri în vederea stabilirii cauzei sângerării și de stopare a hemoragiei.

Sângerarea întârziată:

- 1) Când femeia prezintă sângerare excesivă (umplerea a mai mult de un absorbant extern timp de o oră, pe parcursul a două și mai multe ore consecutive) după procedură, ea trebuie să fie sub observația aceleiași instituții sau referită către o instituție spitalicească.
- 2) Sângerarea excesivă în perioada pre-operatorie și post-operatorie este cauzată, de obicei, de hipotonia uterină, drept rezultat al evacuării incomplete a cavității uterine. Eforturile întreprinse trebuie orientate către evacuarea completă a cavității uterine și efectuarea examenului țesutului evacuat și administrarea utero-tonicilor.

2. Avortul incomplet:

- 1) Avortul incomplet se poate manifesta imediat prin hemoragie sau simptomele pot întârzia și apărea sub formă de hemoragie excesivă ori persistentă tardivă, cu dureri acute sub formă de crampe în partea inferioară a abdomenului. Diagnosticul se stabilește prin examenul clinic (uterul la palparea bimanuală este de consistență moale, mărit în dimensiuni) și ultrasonografic.
- 2) Cantități mici de țesuturi restante se pot elimina spontan și nu necesită intervenții medicale. Cantitățile mari de resturi pot cauza hemoragie și infecție. Tratamentul depinde de starea generală a pacientei, de gravitatea hemoragiei și variază de la conduita expectativă, la aspirația vacuum electrică sau manuală, sau administrarea a 400 mcg misoprostolum sublingual sau 600 mcg per os și supravegherea pacientei timp de 2-3 ore. În lipsa semnelor de infecție, administrarea antibioticelor este opțională. **Antibioticele sunt necesare în caz de infecție manifestă!!!**

3. Perforația:

- 1) Perforația uterină este o complicație a întreruperii de sarcină care poate conduce la morbiditate sporită și mortalitate.
- 2) Când se suspectează perforația uterină și canula este introdusă în cavitatea uterină, aspirarea trebuie încetată imediat, înainte de retragerea canulei.
- 3) Suspiciunea de perforație uterină este indicație pentru internarea femeii în secție specializată.
- 4) În cazul suspiciunii de perforație uterină, laparoscopia este intervenția recomandată în scop de stabilire a diagnosticului.
- 5) Dacă perforația se suspectează, dar pacienta nu prezintă simptome, femeia trebuie supravegheată în condiții de staționar, cel puțin 48 ore.
- 6) Dacă perforația s-a efectuat în ambulatoriu, pacienta în mod obligatoriu trebuie transferată la spital.

4. Complicațiile după avort cu infecții asociate asistentii medicale (IAAM), inclusiv infecțiile tractului reproductiv:

- 1) IAAM după avort pot duce la morbiditate sporită.
- 2) Suspiciunea pentru IAAM este indicație pentru internarea femeii în secție specializată.
- 3) Orice complicație prin IAAM necesită:
 - a) înscrierea în documentația medicală a pacientului (fișa de consultație etc.);
 - b) înscrierea în Registrul de evidență a bolilor infecțioase (F.R.60/e);
 - c) completarea Fișei de notificare urgentă despre depistarea cazului de boală infecțioasă, intoxicație, toxiinfecție alimentară și/sau profesională acută, reacție adversă după administrarea preparatelor imunologice (F. nr.58/e) și
 - d) notificarea în Sistemul electronic de supraveghere a bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică.

Capitolul VI.

Managementul calității serviciilor de avort în siguranță.

Monitorizarea și evaluarea calității serviciilor

- 1) Monitorizarea calității prestării serviciilor de avort se va realiza în baza: colectării sistematice a indicatorilor statistici, analizei și evaluării periodice a acestora la nivel de instituție, în conformitate cu prevederile actelor normative ce reglementează activitatea sistemului instituțional de management al calității (Consiliul Calității), auditului medical intern etc.
- 2) Monitorizarea va permite supravegherea procesului de asistență medicală, inclusiv supravegherea tendințelor în timp. Aceasta va ajuta managerii să identifice și să soluționeze problemele sau să le anticipeze. Monitorizarea adecvată va permite de a lua în considerare opinia prestatorilor de servicii medicale care poate furniza idei utile referitor la sporirea calității asistenței medicale.
- 3) Procesele și mecanismele de monitorizare a activității instituțiilor vor include: examinarea foii de observație clinică, registrelor, supravegherea activității personalului, utilizarea listelor-cadru, precum și efectuarea auditului medical intern sau a mortalității materne. Toate aceste acțiuni vor contribui la îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de avort oferite.
- 4) Monitorizarea sistematică se va baza pe următoarele aspecte:
 - a) supravegherea consilierii și a asistenței clinice pentru evaluarea calității comunicării cu femeia pe parcursul întregului proces;
 - b) asigurarea înzestrării constante și adecvate cu echipamente și consumabile;
 - c) colectarea sistematică a datelor și expedierea lor la instituțiile ierarhic superioare;
 - d) evaluarea progresului în vederea lichidării neajunsurilor depistate în timpul monitorizării.
- 5) Evaluarea calității serviciilor de avort va include o revizuire periodică a serviciilor și se va axa pe analiza relevanței, eficienței și impactului serviciilor acordate, în baza datelor statistice care reflectă specificul serviciilor de avort, colectarea cărora se efectuează în procesul monitorizării pentru a afla în ce măsură se reușește realizarea obiectivelor trasate.
- 6) Evaluarea se va efectua, de asemenea, prin interviuarea personalului medical și femeilor, pentru a afla opinia acestora despre serviciile obținute, accesul la ele, eventualele cerințe față de servicii (anexele 4 și 5).
- 7) Evaluarea va include instrumente atât cantitative, cât și calitative: sondaje sau interviuri cu factori de decizie, manageri, membri ai comunității, furnizorii de servicii și femeile - beneficiari de servicii și va servi ca model de comparație în evaluarea progresului și calității serviciilor de avort.

**Indicațiile medicale
pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii**

1. Stările în urma tratamentului chirurgical cu înlăturarea unui organ vital important.
2. Maladiile sau stările patologice care pun în pericol sănătatea și viața femeii gravide (Tabelul 3).
3. Maladii /stări patologice rare care pun în pericol sănătatea și viața femeii gravide neincluse în tabelul 3.
4. Malformațiile fetale, severe sau incompatibile cu viața/incurabile (Tabelul 3).

Tabelul 3. Maladiile sau stările patologice care servesc drept indicații pentru întreruperea cursului sarcinii

Nr d/o	Denumirea bolii. Forma. Severitatea
Capitolul I. Bolile infecțioase și parazitare.	
1	Tuberculoza. Toate formele active. Tuberculoza aparatului respirator, cu confirmare bacteriologică și histologică. Tuberculoza sistemului nervos. Tuberculoza altor organe *Remarcă: Meningită tuberculoasă contraindicată la întreruperea sarcinii. Tuberculoza miliară este contraindicație întreruperea sarcinii.
2	Sifilisul. Sifilisul recent (primar, secundar). Sifilisul tardiv. Alte forme de sifilis, fără precizare.
3	Hepatita virală. Formele grave.
4	Rubeola. Primele 3 luni de sarcină. După suportarea altor boli infecțioase în primele 3 luni de sarcină problema întreruperii sarcinii se rezolvă în mod individual.
5	Bolile prin virusul de imunodeficiență umană.
Capitolul II. Tumori maligne	
Capitolul III. Bolile sângelui, ale organelor hematopoietice și unele tulburări ale mecanismului imunitar. *Orice formă și localizare a patologiilor de mai jos	
1	Aplazii medulare
2	Anozalia de coagulare, purpură și alte afecțiuni hemoragice.
Capitolul IV. Bolile endocrine, de nutriție și Metabolism (des recidivante).	
1	Afecțiunile glandei tiroide. Sindromul insuficienței tiroide congenitale. Tireotoxicoza (hipertiroidia).
2	Diabetul zaharat (Decompensat, Forme medii și severe, Forma Severă) Diabetul zaharat insulinodependent. Diabet zaharat la ambii soți.
3	Hipoparatiroidia. Hiperparatiroidia și alte boli ale glandei paratiroide.
4	Tulburări ale glandei suprarenale.
5	Fenilcetonurie clasică.
6	Amiloidoza
Capitolul V. Tulburări mentale și de comportament*. *Obținerea acordului femeii este obligatoriu, dacă este imposibil se va obține acordul reprezentantului său legal	
1	Tulburări mentale organice. Faze organice.

2	Tulburări mentale și de comportament legate de utilizarea de substanțe psiho active.
3	Schizofrenia, tulburări schizotipale, tulburări delirante.
4	Tulburări afective.
5	Tulburări specifice ale personalității.
6	Retard mintal
7	Alcoolismul
8	Narcomania
Capitolul VI. Bolile sistemului nervos.	
1	Boli inflamatorii ale sistemului nervos central. * Cazuri severe
2	Meningită bacteriană. Meningita în cursul unor boli bacteriene clasate la alte locuri. Meningita în cursul altor boli infecțioase și parazitare clasate la alte locuri. Meningita datorită altor cauze și neprecizate
3	Encefalită, mielită și encefalomielită. Encefalita, mielita și encefalomielita în cursul unor afecțiuni clasate la alte locuri.
4	Cisticercoza.
5	Atrofii primare sistemice afectând în special sistemul nervos central. Coreea Huntington
6	Ataxia ereditară. Amiotrofia spinală și sindroame înrudite
7	Afecțiuni degenerative sistemice afectând în principal sistemul nervos central în cursul unor afecțiuni clasice la alte locuri. Alte afecțiuni degenerative ale sistemului nervos.
8	Sindroame extra piramidale și tulburări ale motricității. (Toate formele) Boala Parkinson. Sindrom Parkinson secundar Alte boli degenerative ale nucleilor centrali cenușii.
9	Boli demielinizante ale sistemului nervos central. Afecțiuni episodice și paroxistice.
10	Polinevrite și alte afecțiuni ale sistemului nervos Neuropatia ereditară și idiopatică. Afecțiuni musculare și neuromusculare. Paralizii cerebrale și alte sindroame paralitice.
Capitolul VII. Bolile ochiului și anexelor sale.	
1	Afecțiuni ale sclerotice, corneei, irisului și corpiilor ciliari. Cheratita
2	Cicatrice și capacități corneene
3	Afecțiuni ale orbitei și ale retinei. Chorioretinita.
4	Dezlipirea și ruptura retinei
5	Glaucomul
6	Afecțiuni ale nervului și căilor optice. Nevrita optică. Alte afecțiuni ale nervului și căilor optice.
7	Afecțiuni ale nervului și căilor optice în cursul unor boli clasate la alte locuri. Tulburări de vedere și cecitate (La ambii ochi mai puțin de 0,05).
Capitolul VIII. Bolile urechii și apofizei mastoide.	
1	Bolile urechii interne
2	Otoscleroza
3	Afecțiunile funcției vestibulare
Capitolul IX. Bolile aparatului circulator.	
1	Reumatismul articular acut. Cardiopatia reumatismală cronică. Bolile reumatismale ale valvei mitrale. Bolile reumatismale ale valvei aortice. Bolile reumatismale ale valvei tricuspide.

2	Boli multiple valvulare
3	Boala hipertensivă (Hipertensiune renală)
4	Boala ischemică a inimii
5	Cardiopatia pulmonară și bolile vaselor pulmonare. Stadiul II- III. Alte forme de cardiopatii.
6	Pericardita acută. Alte boli ale pericardului
7	Miocardita acută. Miocardita în bolile clasate la alte locuri.
8	Bloc atrio-ventricular și al ramurii stângi a fascicolului. Alte tulburări de conducere.
9	Stop cardiac
10	Tahicardia paroxistică. Fibrilație atrială, flutter.
11	Insuficiența cardiacă Anevrismul și disecția aortică. Embolia și tromboza arterială. Alte afecțiuni ale arterelor și arteriolelor.
Capitolul X. Bolile aparatului respirator.	
1	Sindrom de suferință respiratorie la adulți. Insuficiență respiratorie neclasată la alte locuri.
Capitolul XI. Bolile aparatului digestiv.	
*Cu stenoză și hemoragie cu diastaza peretelui abdominal	
1	Ulcerul gastric. Ulcer duodenal. Ulcer peptic, cu localizare neprecizată. Ulcer gastro-jejunal
2	Hernia abdominală. Hernia diafragmatică. Alte hernii abdominale. (Forme grave)
3	Colita ulceroasă. Alte gastro-enterite și colite neinfecțioase.
4	Boala alcoolică a ficatului. Boala toxică a ficatului. Insuficiența hepatică. Hepatita cronică
5	Fibroza și ciroza ficatului
6	Litiază biliară
7	Pancreatita acută
8	Malabsorbția intestinală
Capitolul XIII. Bolile pielii și țesutului celular subcutanat.	
1	Pemphigus. Pemphigoid
Capitolul XIII. Bolilor sistemului osteo-articular ale mușchilor și țesutului conjunctiv.	
1	Artropatii infecțioase .Poliartropatii inflamatorii.
2	Artrita reumatică seropozitivă. Alte artrite reumatoide.
3	Afecțiunile diseminate ale țesutului conjunctiv.
4	Spondilartrita anchilozantă Osteopatii și chondropatii.
Capitolul XIV. Bolile aparatului genito-urinar.	
1	Glomerulopatiile. Cu insuficiență renală.
2	Bolile renale tubulointerstițiale.
3	Insuficiența renală.
4	Fistulele tractului genital la femeie gravidă.
Capitolul XV. Sarcina, nașterea, lăuzia.	
1	Mola hidatiformă
2	Hipertensiune gestațională cu proteinurie importantă.
3	Vomă incoercibilă în cursul sarcinii.
Capitolul XVI. Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale.	
1.	Bolile ereditare
2.	Nașterea copiilor cu aceeași anomalie
3.	Existența la un copil din familie a unei boli ereditare

**Indicațiile sociale
pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii
până la sfârșitul săptămânii 21-a de sarcină**

1. Vârsta femeii gravide sub 18 ani și peste 40 ani;
2. Sarcina survenită în urma violului, incestului sau a traficului cu ființe umane;
3. Divorț în timpul sarcinii;
4. Decesul soțului în timpul sarcinii;
5. Privațiune de libertate sau decăderea din drepturi părintești a unuia sau a ambilor soți;
6. Femeile gravide aflate în procesul de migrație;
7. Femeile gravide cu 5 și mai mulți copii;
8. Femeile gravide care au în grija sa:
 - 1) un copil mai mic de 2 ani;
 - 2) unul sau mai mulți membri ai familiei cu dizabilitate severă, care necesită îngrijire, conform concluziei Consiliului de Expertiză Medicală a Vitalității.
9. Asocierea a minim 2 circumstanțe: lipsa domiciliului, lipsa surselor financiare de existență, abuz de alcool sau/și droguri, acte de violență domestică, vagabondaj.

**Acord informat
pentru intervenția de aspirație vacuum electrică sau
manuală**

Vacuum aspirația este intervenția prin intermediul căreia conținutul cavității uterine este evacuat prin o canulă specială folosind presiunea negativă produsă de aspiratorul vacuum electric sau de o sursă manuală de aspirație vacuum. Canula este moale, flexibilă, nu atinge pereții uterului și, din această cauză, vacuum aspirația este mai puțin traumatică.

Avantajele aspirației vacuum electrice sau manuale:

- Prin această metodă se reduce esențial traumatizarea colului uterin și a endometriului:
 - până la termenul de 7 săptămâni canula poate fi introdusă în uter fără dilatarea colului uterin;
 - chiuretaj de control al cavității uterine nu este necesar.
- Examinarea imediată a aspiratului obținut permite de a confirma evacuarea completă a conținutului din uter.
- Intervenția durează mult mai puțin decât chiuretajul și poate fi efectuată sub anestezie locală.
- Multiple studii științifice arată că numărul complicațiilor severe și a sterilității este mult mai redus în vacuum aspirație față de chiuretaj.

Trebuie să fiți conștientă de faptul, că în toate intervențiile chirurgicale, medicale și de diagnosticare există unele riscuri pentru infecție, dereglarea coagulării sângelui, hemoragie, șoc, reacții alergice și chiar moartea.

Riscurile aspirației vacuum electrice sau manuale:

- Hemoragie, care poate cere dilatare și chiuretaj pentru a înlătura cheagurile sau resturile din uter.
- Avort incomplet sau continuarea sarcinii, care poate necesita o intervenție suplimentară.
- Infecția uterului, trompelor și a ovarelor
- Sterilitate sau incapacitate de a naște copii
- Stenoza cervicală cu necesitate de re-dilatare
- Eșecul revenirii la ciclul menstrual
- Formarea țesutului cicatrizant intrauterin.
- Perforarea uterului cu vătămarea uterului, ovarelor, altor organe vecine, care pot necesita intervenție abdominală și operație de restabilire a intestinului, a vezicii urinare, uterului sau a vaselor sangvine, sau histerectomia (înlăturarea) uterului
- Moartea în urma complicațiilor anesteziei sau intervenției de întrerupere a sarcinii.

Aceste complicații, însă, sunt extrem de rare în aspirarea vacuum electrică sau manuală.

- **Anestezia** implică riscuri și pericole suplimentare, dar aplicarea mijloacelor anestetice este necesară pentru ușurare și protecție de durere în timpul intervențiilor prevăzute și a celor suplimentare. Anestezia, posibil, va trebui să fie modificată fără ca să primiți explicații în timpul intervenției. În urma folosirii oricărui mijloc anestetic pot surveni probleme respiratorii, reacții la medicamente, paralizia, afectarea creierului și chiar moartea, însă aceste complicații sunt **extrem de rare** și specifice mai mult **anesteziei generale**.

La alegerea Dumneavoastră se aplică anestezia generală sau locală. Avantajele anesteziei locale:

- Sunteți în contact cu medicul, vă puteți exprima propriile emoții;
- În caz de complicații diagnosticul este pus imediat, ceea ce este dificil în caz de anestezie generală;
- Sunteți scutită de riscurile anesteziei generale;
- Hemoragia în timpul intervenției este mai mică;
- După intervenție sunteți în conștiință, nu este nevoie de timp ca să reveniți la normal de la starea de somnolență care survine după anestezia generală.

În caz de anestezie locală în timpul intervenției aspirației vacuum electrice sau manuale veți simți atingerea, dar durerea va lipsi. Poate să persiste senzația de durere moderată în partea de jos a abdomenului (comparabilă cu aceea pe care o aveți în timpul menstruației, când ultima este dureroasă), de o intensitate mai mare sau mai mică, dar aceste crampe sunt absolut suportabile, mai ales că intervenția este de scurtă durată.

Fiind informată despre riscurile și beneficiile anesteziei locale sau generale eu aleg:

Anestezie locală

Anestezie generală

Trebuie să știți, că în săptămânile care urmează după avort aveți aceleași șanse să deveniți gravidă ca și după o menstruație obișnuită. De aceea este strict necesar să **discutați cu medicul și să alegeți chiar acum o metodă de contracepție.**

Fiind conștientă de decizia de a întrerupe sarcina, cerând întreruperea sarcinii și citind acest formular eu îmi asum responsabilitatea pentru rezultatul acestei intervenții în comun cu medicii și personalul care oferă aceste servicii și nu voi avea nici o pretenție în cazul survenirii unor complicații din cele enumerate.

Numele, Prenumele pacientei _____

Semnătura _____ Data _____

Confirmarea prestatorului

Eu confirm că am explicat completamente scopul și natura investigațiilor și riscul implicit.

Semnat: _____ Data _____

**Acord informat
pentru avortul medicamentos**

Avortul medicamentos este o modalitate de întrerupere a sarcinii folosind pastile administrate oral. Eu înțeleg că o altă opțiune de întrerupere a sarcinii pentru mine este un avort chirurgical.

Eu înțeleg că dacă aleg această metodă, eu voi administra 200 mg mifepriston (1 tabletă) pe cale orală. Eu înțeleg că va trebui să administrez 400 mcg misoprostol (2 sau 4 tablete) pe cale sublinguală (sub limbă) sau bucală timp de 20 minute peste 24 ore, la domiciliu. Eu înțeleg că va trebui să contactez prestatorul peste o săptămână pentru a evalua succesul avortului. Eu îl pot, de asemenea, contacta sau veni la clinică oricând, dacă am careva întrebări sau preocupări. Eu înțeleg că pot solicita și beneficia de avort chirurgical în orice moment la instituția medicală.

Eu înțeleg că unele femei pot avea unele efecte adverse de la regimul de inducere a avortului medicamentos utilizat. Eu pot avea grețuri, pot vomita sau avea diaree. Eu înțeleg că probabil voi avea dureri abdominale sau crampe abdominale și sângerare. Hemoragia poate fi mai mare decât cea pe care o am de obicei în timpul menstruației. Eu înțeleg că toate aceste efecte adverse sunt temporare, trec de la sine, fără vre-o intervenție. Eu înțeleg că acestea sunt semnele și simptomele ce necesită adresare imediată la medic:

- hemoragie îndelungată și/sau mai abundentă decât cea menstruală (mai mult de 2 absorbante într-o oră, timp de două ore consecutiv); -durere intensă sau în creștere; sincope (pierderi de cunoștință);
- eliminări cu miros neplăcut, febră cu durată mai mult de 4 ore după administrarea misoprostolului, frisoane, dureri puternice în josul abdomenului.

Eu înțeleg că regimul de inducere al avortului medicamentos poate eșua. Eu am fost informată că aceasta se întâmplă în două până la opt procente de cazuri.

Există câteva raportări ale anomaliiilor fetale de la femeile gravide care au administrat misoprostol și apoi au decis să ducă sarcinile până la termen. Prin urmare, dacă tratamentul eșuează, eu înțeleg că pot alege să repet schema de administrare sau să fiu supusă unui avort chirurgical. Dacă eu optez pentru continuarea sarcinii, eu înțeleg că pot beneficia de asistența prenatală standard oferită în țară. Eu înțeleg că pot avea un avort incomplet (pana la 2-3% de cazuri). În așa caz pot alege tactica expectativă, administrarea suplimentară a misoprostolului, sau evacuarea chirurgicală a cavității uterine.

Eu înțeleg că informația despre acest avort va fi păstrată confidențială.

Dacă am o urgență medicală în rezultatul intervenției efectuate de întrerupere a sarcinii, sau careva preocupări privind studiul, eu pot apela la dr _____ la numărul de tel. _____

Eu _____ sunt de acord să obțin avortul medicamentos. Eu am făcut cunoștință cu și înțeleg informația din acest formular de acord informat. Eu am primit răspuns la toate întrebările mele și am primit numele persoanei și numărul de telefon la care pot apela în caz de urgență.

Semnat: _____

Data: _____

Confirmarea prestatorului. Eu confirm că am explicat completamente scopul și natura investigațiilor și riscul implicit.

Semnat: _____

Data: _____

**Echipamentul și consumabilele minimum necesare
pentru instituțiile în care se efectuează aspirarea vacuum electrică sau manuală**

Instituțiile medico-sanitare publice sau private, abilitate de a presta servicii de întrerupere a sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni, trebuie să posede încăperi separate: sală mică de operații cu sală preoperatorie și ecluză și salon cu paturi sau fotolii pentru recuperarea pacienților după procedura de întrerupere a sarcinii conform Regulamentului sanitar privind condițiile de igienă pentru prestatorii de servicii medicale, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.663 din 23.07.2010 (Monitorul Oficial Nr. 131-134 art. 746).

Înainte de a începe procedura de aspirare vacuum electrică sau manuală, încredințați-vă că în sala de manopere este disponibil următorul echipament și consumabile, în stare funcțională de lucru:

Echipament:

- 1) Masă de examinare ginecologică.
- 2) Sursă puternică de lumină (lampă).
- 3) Scaun pentru medic.
- 4) Masă de lucru și sterilă.
- 5) Dulap pentru medicamente
- 6) Lampă bactericidă
- 7) Echipament/consumabile pentru curățarea/dezinfecția/ambalarea și sterilizarea instrumentarului medical și materialului moale sau contractarea serviciilor respective

Seturi de instrumente sterile:

- 1) Valve vaginale.
- 2) Pense de col.
- 3) Pensa port-tampon (pensă fenestrată).
- 4) Dilatatoare mecanice (Hegar, sau conice tip Pratt sau Denniston).
- 5) Dilatatoare osmotice dacă sunt disponibile (tip Dialapam, Lamicel).
- 6) Canule de plastic Karman sau Easy Grip, de diferite dimensiuni.

Consumabile:

- 1) Mănuși sterile
- 2) Echipament personal de protecție (costum chirurgical, halat, șorț de o singură folosință, mănuși, ecran, ciupici lavabili)
- 3) Consumabile necesare pentru colectarea separată a fiecărui tip de deșeu produs.
- 4) Detergenți, produse biocide și pentru dezinfecția instrumentariului/echipamentelor/suprafețelor și mâinilor înregistrate în Republica Moldova
- 5) Echipament/consumabile necesare pentru igiena mâinilor (dozatoare pentru săpun lichid, antiseptic pentru mâini, suport pentru ștergere de unică folosință, ștergere de unică folosință)
- 6) Vată, tifon.
- 7) Soluție antiseptică (preferabil non-alcoolică).
- 8) Seringă de 10 ml și ac spinal mărimea 22 pentru blocul para-cervical (opțional).
- 9) Ustensile pentru deredicarea curentă și generală a încăperilor.

Pentru aspirarea vacuum electrică sau manuală:

- 1) Aspirator vacuum electric sau seringă pentru aspirație vacuum manuală.
- 2) Adaptoare (pentru canule Karman flexibile).
- 3) Canule Ipas de plastic flexibile Karman sau semirigide Easy Grip.
- 4) Silicon pentru lubrifierea seringilor.

Pentru inspecția țesutului:

- 1) Dispozitiv pentru filtrare (metalic, din plastic sau tifon).
- 2) Vas transparent.
- 3) Sursă de lumină.
- 4) Soluție fixativă.
- 5) Receptacol conform cerințelor laboratorului morfofopatologic.

Pentru resuscitarea de urgență:

- 1) Echipament pentru perfuzii i/v și fluide.
- 2) Sac Ambu cu oxigen.
- 3) Conductă de aer (oxigen)

Medicamente:

- 1) Pentru analgezie (ibuprofenum 400mg).
- 2) Anxiolitice (ex: diazepamum).
- 3) Anestezice (lidocainum 0,5 – 1 %).
- 4) Preparate pentru antibioticoprofilaxia pre-avort.
- 5) Uterotonice.
- 6) Pentru stările de urgență (atropinum, norephinephrinum, diazepamum, glucocorticoizi).
- 7) Pentru facilitarea dilatării colului uterin misoprostoljm 200 mcg.
- 8) Soluții i/v (ser fiziologic, ringher lactat).
- 9) Contraceptive orale combinate, Medroxyprogesteronum*, Levoplant, DIU, preservative (pentru distribuirea gratis pacientei la alegerea ei la plecarea din instituția medicala)

*Produsul medicamentos nu este inclus în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor, dar recomandat de Ghidurile internaționale bazate pe dovezi.

Ghidul pacientei pentru întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă

După ce luați misoprostolul, dvs. ați putea avea: crampe, grețuri, vomă, diaree, eliminări sanguinolente gen menstruale, febra până la 38 de grade timp de 4 ore. Trebuie să planificați ca să vă odihniți timp de câteva ore.

În caz de senzații dureroase puteți folosi: Ibuprofen 400mg, cu repetarea dozei peste 3 ore.

Trebuie de contactat imediat medicul dacă:

1. *au apărut dureri puternice în abdomen, care nu se jugulează cu Ibuprofen;*
2. *aveți febră peste 38⁰C, care persistă mai mult de 24 ore, frisoane (friguri);*
3. *aveți o sângerare prea puternică - se elimină cheaguri mari de sânge sau sunteți nevoită să folosiți peste 2 absorbante într-o ora, timp de 2 ore consecutive;*
4. *Nu ați avut nici o sângerare timp de 24 de ore după luarea misoprostolului ;*
5. *au apărut eliminări vaginale purulente sau cu miros neplăcut;*
6. *aveți slăbiciuni puternice, ați pierdut cunoștința (leșin), aveți respirație îngreunată;*
7. *menstruația nu a apărut după 4 - 8 săptămâni după procedură.*

Administrarea **mifepristonului**: data _____ ora _____

Administrarea **misoprostolului**: data _____ ora _____

Reveniți la **vizita programată**: data _____ ora _____

Prescripții

Antibiotice: _____

Contracepție: _____

Combaterea durerii: _____

Medicul _____ Tel. _____

Semnătura _____

După avort: ce trebuie să cunoască pacienta.

1. După întreruperea sarcinii, timp de 2-3 săptămâni, este normal să aveți dureri sub formă de spasme în partea inferioară a abdomenului și o sângerare ușoară.
2. Majoritatea femeilor puteți reveni la activitățile lor obișnuite practic imediat.
3. Puteți deveni gravidă imediat după avort, fără ca să apară o menstruație. Din aceste considerente este foarte important să folosiți o metodă eficientă de contracepție.

**Ghidul pacientei
după întreruperea sarcinii prin metoda
aspirației vacuum electrice sau manuale**

Ce trebuie să cunoască pacienta.

1. După întreruperea sarcinii, timp de 2 săptămâni, este normal să aveți dureri sub formă de spasme în partea inferioară a abdomenului și o sângerare ușoară.
2. Majoritatea femeilor puteți reveni la activitățile lor obișnuite practic imediat după aspirație.
3. Puteți deveni gravidă imediat după avort, fără ca să apară o menstruație. Din aceste considerente este foarte important să folosiți o metodă eficientă de contracepție.
4. Puteți reveni la medic pentru un control de rutină peste 2 - 3 săptămâni după avort, dar nu este obligatoriu.
5. Avortul se poate complica cu o infecție.

Trebuie de adresat imediat la medic dacă:

- a. *au apărut dureri puternice în abdomen;*
- b. *aveți febră peste 38⁰C, frisoane (friguri);*
- c. *aveți o sângerare prea puternică – se elimină cheaguri mari de sânge sau ești nevoită să folosești peste 2 pachete igienice timp de 2 ore;*
- d. *au apărut eliminări vaginale purulente sau cu miros neplăcut;*
- e. *aveți slăbiciuni puternice, ți-ai pierdut cunoștința (leșin), ai respirație îngreunată;*
- f. *menstruația nu a apărut după 4 - 8 săptămâni de la procedură.*

Data efectuării procedurii:

Metoda:

Prescripții

Antibiotice: _____

Contracepție: _____

Combaterea durerii: _____

Medicul _____ Tel. _____

Semnătura _____

**Chestionar privind evaluarea gradului de satisfacție a pacientelor despre
calitatea serviciilor de întrerupere a sarcinii**
(Chestionar de anchetare anonimă)

1. Până la procedură, ați fost informată de către personalul medical despre esența și etapele procedurii de întrerupere a sarcinii?

Da, Nu, Nu țin minte (de subliniat)

2. V-a fost oferită informație despre decurgerea perioadei post-avort și semnele complicațiilor posibile (de exemplu, ce de făcut în caz de dureri abdominale, febră sau hemoragie abundentă; de evitat raporturile sexuale până la încetarea sângerării?)

Da, Nu, Nu țin minte (de subliniat)

3. Au asistat alte persoane în timpul consilierii sau procedurii?

Da, Nu, Nu țin minte (de subliniat)

4. Ați discutat cu personalul metodele de contracepție după avort?

Da, Nu, Nu țin minte (de subliniat)

5. În opinia Dvs., a fost prea lungă perioada de la adresare în clinică până la efectuarea procedurii?

Da, Nu, Nu țin minte (de subliniat)

6. În opinia Dvs., este acceptabil costul acestei proceduri?

Da, Nu, (de subliniat)

7. Dacă o să aveți nevoie de altă întrerupere a sarcinii, o să reveniți în această instituție medicală ori o să preferați alta? Veți recomanda instituția respectivă și procedura prietenelor?

Da, Nu, Nu am decis încă (de subliniat)

Comentarii:

Vă mulțumim pentru colaborare.

SUMARUL

cerințelor pentru IMS prestatoare de servicii de întrerupere a sarcinii în condiții de siguranță

GENERALE:
Acces liber (fără îndreptare)
Medicii instruiți în vacuum aspirație electrică sau manuală și avort medicamentos
Personalul mediu instruit în consilierea pentru vacuum aspirație electrică sau manuală și avort medicamentos
Fișa medicală de întrerupere a sarcinii
Prezența standardelor și protocoalelor locale:
De prevenire și control al infecției
Asigurare cu contraceptive
Administrare rațională a antibioticelor (Stewardship Programme)
Administrare a anesteziei
Proceduri de întrerupere a sarcinii
Legătură telefonică 24 ore
Posibilitatea oferirii tuturor metodelor de anestezie
Serviciu de urgență
Test la sarcină disponibil
Posibilitatea efectuării ultrasonografiei
Facilități de laborator (grupa, Rh, froțiul citologic)
Materiale educaționale disponibile pentru pacienți
CONSILIEREA:
Efectuată în încăpere izolată
Discutarea deciziei
Discutarea riscurilor
Prezentarea metodelor de întrerupere și alegerea celei potrivite
Descrierea tehnicii
Discutarea și alegerea metodei de anestezie
Discutarea necesității aplicării metodelor de contracepție
Consimțământ informat
Intervalul dintre consiliere și procedură mai puțin de o oră
PREVENIREA ȘI CONTROLUL INFECȚIEI:
Spălarea dezinfectia igienică și chirurgicală a mâinilor de fiecare dată conform celor 5 momente ale OMS
Purtarea echipamentului personal de protecție de către personalul medical de fiecare dată în corespundere cu riscul evaluat
Igiena mediului spitalicesc conform procedurilor operaționale instituționale (fotoliul, masa și încăperea după fiecare pacientă – prelucrate)
Tehnica gestionării instrumentarului steril non-contact respectată în timpul avortului
Decontaminarea, sterilizarea, ambalarea instrumentelor (valva, dilatatoare, containere ale pompei, seringă, canulele), păstrarea și utilizarea conform procedurilor operaționale instituționale
Colectarea separată pe categorii a deșeurilor generate direct la sursă, ambalarea, etichetarea, păstrarea, transportarea, tratarea lor conform protocoalelor operaționale instituționale
CONDUITA POSTAVORT:
Salon de recuperare
Evaluarea semnelor vitale cel puțin o dată
Asigurarea cu instrucțiuni scrise
Discutarea perioadei normale de după avort
Discuția semnelor complicațiilor posibile
Consilierea contraceptive
Disponibilitatea contraceptivelor
Oferirea numărului de telefon 24 de ore din 24
Planificarea vizitei de supraveghere

Prelucrarea instrumentelor pentru aspirație vacuum manuală

Descrierea aspiratoarelor

Există două modele de aspiratoare:

- ▶ Ipas MVA Plus
- ▶ aspirator cu o singură valvă.

Fiecare aspirator este format dintr-un cilindru, un piston și valve. Majoritatea aspiratoarelor vin curate, nesterile.

Canulele Karman Flexibile, care necesită adaptoare

Canulele Easy Grip, semirigide

Prelucrarea instrumentelor

ATENȚIE. Risc de expunere la risc: atingerea instrumentelor nedecontaminate cu mâinile fără mănuși. Folosiți mănușile!

Aspiratoarele Ipas MVA Plus și cele cu o singură valvă fac parte din instrumentele reutilizabile. Aceste instrumente după fiecare utilizare/procedură necesită curățarea și dezinfectie pentru eliminarea agenților infecțioși, iar înainte de utilizare trebuie sterilizate prin autoclavare sau sterilizare chimică și. În lipsa posibilității efectuării sterilizării se va asigura minimul efectuarea dezinfectiei de grad înalt.

Canula Ipas EasyGrip poate fi reutilizată după curățare, dezinfectie și sterilizare.

Canula flexibilă Karman și canula de 3 mm sunt de unică folosință. După utilizare, acestea se consideră deșeuri infecțioase (18 01 03*).

ATENȚIE. Metodele de procesare, nespecificate în aceste instrucțiuni pot cauza deteriorarea și / sau decolorarea dispozitivului.

I. Înmuiera într-o soluție dezinfectantă

După procedură, aspiratoarele, canulele Ipas EasyGrip și adaptoarele reutilizabile trebuie plasate într-un vas special destinat cu o soluție până la curățare (Exemplu soluție de cloramină 0,5%). Dacă dispozitivele se usucă, toată contaminarea va fi dificilă de eliminat.

II. Curățarea

Aspiratoarele trebuie dezamblate înainte de curățarea și procesarea ulterioară. În timpul acestui lucru, de asemenea, trebuie să eliminați inelul de etanșare a pistonului. Adaptoarele detașabile trebuie scoase din canulele flexibile Karman și spălate cu grijă toate suprafețele în apă caldă cu detergent. Mai bine de folosit detergent decât săpun, deoarece după săpunul poate să rămână pe instrumente.

ATENȚIE. Nu folosiți obiecte ascuțite pentru curățarea pieselor sau detașarea inelului. Se poate deteriora dispozitivul și duce la incapacitatea acestuia de menținere a vacuumului.

III. Dezinfecția și sterilizarea

După curățare, Ipas MVA Plus, sau aspiratoarele cu o singură supapă, canulele Ipas EasyGrip, adaptoarele (dacă sunt utilizate) trebuie dezinfectate utilizând produse biocide/dispozitive medicale înregistrate în Republica Moldova cu acțiune virulicidă conform instrucțiunilor de utilizare de la producător. După dezinfecție urmează de efectuat clătirea, uscarea, ambalarea și sterilizare/dezinfecția de grad înalt.

ATENȚIE. Important este să urmați instrucțiunile pentru realizarea corectă a prelucrării precum și evitarea deteriorării instrumentarului.

Opțiuni de sterilizare

► Pentru aspiratorul Ipas MVA Plus, canula Ipas EasyGrip și adaptoarele: nu așezați în autoclavă aspiratorul cu o singură valvă!

Sterilizați cu abur într-un autoclav cu abur la un regim de temperatura 121° C (250 ° E), presiunea 1,1 Atm, durata de 45 minute. Plasați aspiratorul dezasamblat Ipas MVA Plus pe țesătură, hârtie Kraft sau alte ambalaje adecvate pentru autoclave cu indicator chimic. Este necesar de procesat cu abur toate suprafețele. Piesele nu trebuie să se atingă și trebuie amplasate astfel încât găurile să nu fie blocate pentru scurgerea apei. Canulele Ipas EasyGrip, mai ales cele de dimensiuni mici, se pot distruge în autoclavă. Pentru a reduce acest lucru, se ambalează câte una în hârtie, pânză sau alte ambalaje potrivite pentru autoclavă cu indicator chimici adecvați regimului de sterilizare și plasați-le de-a lungul peretelui sau în partea de jos a autoclavei. Asigurați-vă că locația altor obiecte nu va cauza curbarea canulei.

Opțiuni de dezinfecție de grad înalt

► Pentru adaptoare Ipas MVA Plus, canula Ipas EasyGrip:

(nu folosiți Sporox pentru aspiratoarele o singură supapă.)

Scufundați complet piesele dezasamblate în Sporox II timp de 6 ore. Vărsați soluția în conformitate cu instrucțiunile producătorului sau mai repede, în funcție de rezultate testului Sporox din eprubete.

► (Pentru toate dispozitivele reutilizabile.)

Scufundați complet piesele dezasamblate într-o soluție de 2% glutaraldehidă (produse etichetate de producător și înregistrate în Republica Moldova pentru dezinfecția de nivel înalt). Pentru soluția de 2% glutaraldehidă timpul este de 10 ore, sau utilizați timpul specificat în instrucțiunile producătorului. Articolele trebuie scufundate complet. Eliminați soluția în conformitate cu recomandările producătorului sau mai rapid dacă soluția este tulbure.

!!! După dezinfecție de grad înalt tot instrumentarul trebuie clătit bine de substanțe chimice dezinfectante în apă sterilă.

► Substanțele chimice sunt periculoase, la procesare instrumentelor luați măsurile necesare de siguranță. Pentru utilizarea în siguranță, citiți instrucțiuni de siguranță ale producătorului.

Reasamblați aspiratorul respectând măsurile de asepsie.

1. În Ipas MVA Plus introduceți corpul seringii la loc în interiorul valvei, aliniind proeminențele interne. Închideți valvele până face clic. Fixați capacul la sfârșitul supapei.

2. Împingeți cilindrul în baza valvei. Nu rotiți cilindrul în supapă la asamblare, deoarece acest lucru poate duce la o deplasare a căptușelii și dispozitivul va funcționa defectuos.

4. Puneți inelul de cauciuc al pistonului și ungeți-l, distribuind o picătură de silicon sterilizat pe inel pentru o funcționare corectă. Unsoarea de silicon este furnizată (non-sterilă).

Depozitarea instrumentelor

Depozitați instrumentele sterilizate prin autoclavare se va face în ambalajul de sterilizare cu respectarea termenilor de valabilitate. Instrumentarul dezinfecat de grad înalt, după clătire trebuie uscat la temperatura camerei într-un container/dispozitiv cu mediu curat și uscat lipsit de contaminare, mediul în care nivelul necesar de sterilitate corespunde normelor. Dacă o astfel de depozitare este imposibilă, repetați dezinfecția de grad înalt și clătirea înainte de următoarea utilizare.

Lista grupului de lucru
pentru revizuirea Standardelor pentru efectuarea îtreruperii sarcinii în
condiții de siguranță:

Numele Prenumele	Funcția, instituția
Rodica Comendant	Director, Centrul de Instruire în Domeniul Sănătății Reproductive, Conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie USMF “Nicolae Testemițanu”;
Stelian Hodorogea	Conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie USMF “Nicolae Testemițanu”;
Irina Sagaidac	Asistent universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie USMF “Nicolae Testemițanu”;
Victoria Cibotaru	Șef Serviciu de monitorizare și evaluare, IMSP Institutul Mamei și Copilului. Coordonator al Programului național privind sănătatea și drepturile sexuale și reproductive;
Virginia Șalaru	Conferențiar universitar, Catedra de medicină de familie a USMF “Nicolae Testemițanu”;
Maria Cumpănă	Director adjunct, Agenția Națională pentru Sănătate Publică;
Angela Anisei	Șef Direcție managementul calității serviciilor de sănătate, Agenția Națională pentru Sănătate Publică;
Ecaterina Busuioc	Șef Secție supravegherea epidemiologică a infecțiilor asociate asistenței medicale și rezistența antimicrobiană, Agenția Națională pentru Sănătate Publică;
Svetlana Nicov	Director, Centrul de Sănătate a Femeii “Ana”, Drochia
Cristina Bubulici	Medic rezident, Departamentul Obstetrică și Ginecologie USMF “Nicolae Testemițanu”;

Abrevieri:

AMP	Asistență medicală primară
AMS	Asistență medicală spitalicească
AMT	Asociație Medicală Teritorială
AVE	Aspirație vacuum electrică
AVM	Aspirație vacuum manuală
CIM	Clasificarea Internațională a Maladiilor
CSF	Centru de Sănătate a Femeii
CSPT	Centru de Sănătate Prietenos Tinerilor
CSR	Cabinet de Sănătate a Reproducerii
CSRGM	Centrul Sănătatea Reproducerii și Genetică Medicală
DIU	Dispozitiv intra-uterin
HCG	Gonadotropina Corionică Umană
i/v	Intra-venos
IAAM	infecții asociate asistenței medicale
IMC	Institutul Mamei și Copilului
IMS	Instituție medico-sanitară
ITS	Infecții cu transmitere sexuală
LMP	Data ultimei menstruații, last menstrual period
MS	Ministerul Sănătății
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
Rh-ul	Rhesus-factor

CUPRINS

Introducere.		2
Scopul Standardului		2
Revizuirea		2
Utilizatorii Standardului		2
Noțiuni, definiții		3
Capitolul I. Organizarea prestării serviciilor de întrerupere a cursului sarcinii		4
1.	Condiții privind organizarea activității de întrerupere voluntară a cursului sarcinii	4
2.	Întreruperea voluntară a cursului sarcinii în perioada primelor 12 săptămâni de sarcină	5
3.	Întreruperea voluntară a cursului sarcinii după 12 săptămâni de sarcină	6
Capitolul II. Examinarea pre-avort, consilierea și decizia informată.		7
1.	Examinarea pre-avort.	7
2.	Consilierea și decizia informată.	8
Capitolul III. Metoda chirurgicală de întreruperea a sarcinii.		9
1	Aspecte generale.	9
2.	Antibioticoprofilaxia preoperatorie	10
3	Controlul durerii.	10
	3.1 Suportul psihologic.	10
	3.2 Folosirea substanțelor analgezice și/sau sedative în doze mici.	11
	3.3 Anestezia generală versus cea locală.	11
	3.4 Anestezia locală. Blocada paracervicală.	11
4	Tehnica aspirației vacuum electrice sau manuale.	11
5	Examinarea țesuturilor aspirate. Conduita în caz de țesut insuficient sau lipsă.	13
6.	Îngrijirea după procedura de întrerupere a sarcinii. Contracepția.	13
Capitolul IV. Întreruperea de sarcină prin metoda medicamentoasă.		15
1	Întreruperea de sarcină ce nu depășește 12 săptămâni de amenoree.	15
	1.1 Aspecte generale.	15
	1.2 Etapele întreruperii de sarcină prin metoda medicamentoasă până la 12 săptămâni:	16
	1.3 Stabilirea avortului	18
	1.4 Tactica în cazul unui eșec al avortului medicamentos	19
	1.5 Avortul medicamentos prin telemedicină	19
2	Întreruperea de sarcină după 12 săptămâni de gestație	20
Capitolul V. Conduita în cazul unor complicații		21
1	Hemoragia	21
2	Avortul incomplet.	22
3	Perforația.	22
4	Complicațiile după avort cu IAAM.	22
Capitolul VI. Managementul calității serviciilor de avort în siguranță.		23
	Monitorizarea și evaluarea calității serviciilor.	23
Anexa nr. 1. Indicațiile medicale pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii		24
Anexa nr. 2. Indicațiile sociale pentru întreruperea voluntară a cursului sarcinii		27
Anexa nr. 3. Acord informat pentru intervenția de aspirație vacuum electrică sau manuală		28

Anexa nr. 4. Acord informat pentru avortul medicamentos	30
Anexa nr. 5. Echipamentul și consumabilele pentru instituțiile în care se efectuează aspirarea vacuum electrică sau manuală	31
Anexa nr. 6A. Ghidul pacientei după întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă	33
Anexa nr. 6B. Ghidul pacientei după întreruperea sarcinii prin metoda aspirației vacuum electrice sau manuale	34
Anexa nr. 7. Chestionar privind evaluarea gradului de satisfacție a pacientelor despre calitatea serviciilor de întrerupere a sarcinii	35
Anexa nr. 8. Sumarul Cerințelor pentru instituția medico-sanitară prestatoare de servicii de întrerupere a sarcinii în condiții de siguranță	36
Anexa nr. 9. Prelucrarea instrumentelor pentru aspirația vacuum manuală	38
Lista grupului de lucru.	40
Abrevieri	41
Cuprins	42
Bibliografie.	44

Bibliografie:

1. Medical management of abortion, WHO, Geneva, 2018, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1>
2. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. ISBN: 978 92 4 154926 4. World Health Organization, 2015
3. Clinical practice handbook for safe abortion. ISBN 978 92 4 154871 7. World Health Organization, 2014
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97415/9789241548717_eng.pdf?sequence=1
4. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. ISBN: 978 92 4 154843 4. World Health Organization, 2012
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/163433/9789241548434_rum.pdf?sequence=1
5. WHO Ghidul Consolidat de auto-ingrijire, 2019
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325480/9789241550550-eng.pdf>
6. Kapp NE, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception*. 2018 (in press). doi:10.1016/j.contraception.2018.11.002.
7. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics, <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12181>
8. Evidence-based guidelines that set the standards for abortion care in North America, 2020.
<https://5aa1b2xfmfh2e2mk03kk8rsx-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020-CPGs-Final-for-web.pdf>
9. RCOG, Coronavirus (COVID-19) și ingrijirile în avort
<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-01-coronavirus-covid-19-infection-and-abortion-care.pdf>
10. Elizabeth G, Raymond A, Daniel G, Mark A, Ushma D. Upadhyay, Gillian Dean, Mitchell D. Creinin, et al, No-Test Medication Abortion: A Sample Protocol for Increasing Access During a Pandemic and Beyond, *Contraception*. 2020 Apr 16 doi: 10.1016/j.contraception.2020.04.005
11. NICE Guideline, Abortion Care (NG140) <https://www.rcog.org.uk/en/about-us/nga/nga-news/nice-guideline-abortion-care/>
12. NICE, Sexually transmitted infections and under-18 conceptions: prevention Public health guideline [PH3] Published date: 28 February 2007 <https://www.nice.org.uk/guidance/ph3/chapter/2-Public-health-need-and-practice>
13. What are the recommendations for breastfeeding after a medical termination of pregnancy? <https://www.pharmaceutical-journal.com/learning/learning-article/what-are-the-recommendations-for-breastfeeding-after-a-medical-termination-of-pregnancy/11080485.article?firstPass=false>
14. RCOG, Best practice in comprehensive abortion care
<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-2.pdf>
15. Avort fără riscuri: Recomandări în probleme de strategie și practică pentru sistemele de ocrotire a sănătății, Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, 2003
16. Donati S, Medda E, Proietti S, Rizzo L, Spinelli A, Subrizi D and Grandolfo ME. (1996) Reducing pain of first trimester abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 70:145-149.
17. Elul B, Hajri S, Ngoc NN, Ellertson C, Slama CB, Pearlman E and Winikoff B. (2001) Can women In less- developed countries use a simplified medical abortion regimen? *Lancet* 357:1402-1405.
18. Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2): 1-4.
19. Greenslade FC, Benson J, Winkler J, Henderson V, Wolf M and Leonard A. (1993) Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. *IPAS Advances in Abortion Care* 3(2):1-4. King TD, Abernathy M, Hord C, Nicholson LA, Benson J and Johnson BR. (1998) A guide to assessing resource use in the provision of postabortion care. Carrboro, Ipas.
20. Clinician's guide for second-trimester abortion. Carrboro, NC, Ipas.
21. The Population Council. Medical methods of early abortion in developing countries: Consensus statement. *Contraception* 1998;58:257-259.
22. Thong KJ, Baird DT. Induction of abortion with mifepristone and misoprostol in early pregnancy.

- British Journal of Obstetrics & Gynaecology 1992;99:1004-1007.
23. World Health Organization Scientific Group on Medical Methods for Termination of Pregnancy. Medical methods for termination of pregnancy. WHO technical report series; 871. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1997.
 24. Baird DT. Medical abortion in the first trimester. Best practice & research. Clinical Obstetrics & Gynaecology 2002;16:221-36.
 25. Kahn JG, Becker BJ, Macisaa L, et al. The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. Contraception 2000;61:29-40.
 26. Elul B, Hajri S, Ngoc NTN, Ellertson C, Slama BC, Pearlman E, Winikoff B. Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? Lancet 2001;357(9266):1402-1405.
 27. Guengant JP, Bangou J, Elul B, Ellertson C. Mifepristone-misoprostol medical abortion: Home administration of misoprostol in Guadeloupe. Contraception 1999;60:167-172.
 28. Khan JG, Becker BJ, MacIsaac L, et al. The efficacy of medical abortion: A meta-analysis. Contraception 2000;61:29-40.
 29. Tang OS, Ho PC. Pilot study on the use of sublingual misoprostol for medical abortion. Contraception 2001;64:315-317.
 30. Harper C, Ellertson C, Winikoff B. Could American women use mifepristone-misoprostol pills safely with less medical supervision? Contraception 65 (2002) 133-42.
 31. Castleman, Laura, and Carol Mann. 2002. *Manual vacuum aspiration (MVA) for uterine evacuation: Pain management*. Chapel Hill, NC, Ipas.
 32. Avort fără riscuri: Recomandări în probleme de strategiei și practică pentru sistemele de ocrotire a sănătății, OMS, 2003
 33. Raportul "Evaluarea strategică a aspectelor de politici, calitate și acces ale serviciilor de contracepție și avort în Republica Moldova"
 34. Strategia Națională în Sănătatea Reproducerii în Republica Moldova pentru anii 2005- 2015
 35. Standarde și recomandări de practică pentru efectuarea întreruperii electivă de sarcină, MSF, România, 2003
 36. The care of Women Requesting induced abortion. Evidence-based Guideline No 7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Due to review 2003.
 37. Manual Vacuum aspiration : A summary of Clinical and Programmatic Experience Worldwide. Forrest C. Greenslade et al., Ipas, 1993
 38. Ghid pentru furnizarea serviciilor la avort. Teresa McInerney etc., Ipas, 2003.
 39. Sopwith W, Garner P, Hart A. (2001) Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review of decontamination procedures. Liverpool School of Tropical Medicine. Available online at: www.liv.ac.uk/1stm/deconreview.html.
 40. Tang OS, Thong KJ and Baird DT. (2001) Second trimester medical abortion with mifepristone and gemeprost: a review of 956 cases. Contraception 64:29-32.
 41. University of North Carolina. (2001) PRIME postabortion care. Chapel Hill, University of North Carolina, Program for International Training in Health (INTRAH).
 42. World Health Organization. (2001) Basic documents. Forty-third edition. Geneva, World Health Organization.
 43. Baird TL and Flinn SK. (2001) Manual vacuum aspiration: expanding women's access to safe abortion services. Chapel Hill, NC, Ipas.
 44. Creinin MD. (2000) Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. Contraception 62:117-124.
 45. Breitbart V. (2000) Counseling for medical abortion. American Journal of Obstetrics and Gynecology 183(Suppl 2):S26-S33.
 46. Creinin MD. (2000) Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. Contraception 62:117-124.
 47. Gemzell-Danielsson K and Ostlund E. (2000) Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. The clinical experience of 197 consecutive cases. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 79:702-706.
 48. RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline No.7. London, RCOG Press.
 49. Cook R and Dickens B. (2000) Considerations for formulating reproductive health laws. Second

- edition. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/00.1)
50. RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2000) The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline No.7. London, RCOG Press.
 51. Berer M. (2000) Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. *Bulletin of the World Health Organization* 78:580-592.
 52. Baird T, Castleman LD, Gringle RE and Blumenthal PD. (2000)
 53. Center for Reproductive Law and Policy. (2000) Making abortion safe, legal, and accessible: a tool kit for action. New York, Center for Reproductive Law and Policy. Comprehensive abortion care with Ipas MVA Plus TM – Reference manual and trainer’s manual. Chapel Hill, NC, Ipas (forthcoming).
 54. Ngai SW, Chan YM, Tang OS and Ho PC. (1999) The use of misoprostol for pre-operative cervical dilatation prior to vacuum aspiration: a randomized trial. *Human Reproduction* 8:2139-2142.
 55. AVSC International. (1999) Infection prevention curriculum: a training course for health care providers and other staff of hospitals and clinics. New York, AVSC International.