

INTRODUCERE

Expertiza medicală a capacității de muncă este o formă de asistență medico-socială care evaluează, prin metode și tehnici specifice, capacitatea de muncă a persoanelor cu diferite tulburări morfologice și funcționale, în vederea prestațiilor de asigurări sociale (*medicina de asigurări sociale*).

Demersurile specifice acestei activități sunt centrate pe profilaxia invalidității și pe recuperarea capacității de muncă, cu finalitate în reinsertia socio-profesională a asiguraților afectați prin boli sau accidente.

Particularitățile de ordin medical și socio-profesional care intervin frecvent în evaluare fac uneori greu de aplicat standarde foarte precis definite. În acest sens, medicului expert al asigurărilor sociale, care realizează evaluarea, i se permite o anumită distanțare față de baremele stabilite, fără a încălca însă principiile și spiritul acestora. În aceste situații, se impune expunerea cu claritate a motivelor care au condus la abordarea individualizată a cazului.

(1) Diagnosticul funcțional se bazează pe elemente clinice și pe rezultatele investigațiilor de laborator. Exprimă severitatea tulburărilor funcționale și mecanismele prin care acestea se produc. Permite evaluarea restantului funcțional și a mecanismelor funcționale care pot interveni compensator.

(2) Deficiența funcțională este consecința unor tulburări morfologice sau funcționale variate (boli, accidente, anomalii genetice); este cuantificabilă prin evaluări clinice și funcționale standard și se regăsește în formularea diagnosticului funcțional. Se corelează cu incapacitatea adaptativă și cu gradul de invaliditate.

(3) Incapacitatea adaptativă este generată de tulburări morfologice și funcționale diverse și exprimă limitele persoanei în efortul de a se adapta la mediul natural și social. Se exprimă procentual în cadrul unui sistem cuantificat din capacitatea adaptativă normală.

(4) Capacitatea de muncă se definește prin posibilitatea desfășurării unei activități organizate, prin care persoana își asigură întreținerea sa și a familiei. Capacitatea de muncă se exprimă ca **un raport** între posibilitățile biologice individuale (evaluate strict din punct de vedere medical) și solicitarea profesională (ca element medico-social). Este determinată de abilitățile fizice și intelectuale, determinate genetic, și de nivelul de integrare socio-profesională, care ține de pregătire și de experiență.

(5) Invaliditatea este o noțiune medico-juridică care exprimă statutul particular al unei persoane asigurate în sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale, care beneficiază de drepturi conform legii.

Invaliditatea este cuantificată în raport cu posibilitatea desfășurării activităților legate de viața cotidiană și/sau profesională, astfel:

- 1. invaliditate de gradul I**, caracterizată prin pierderea totală a capacității de muncă, a capacității de autoservire (autoîngrijire, activități gospodărești etc.), necesitând asistență permanentă din partea altei persoane;
- 2. invaliditate de gradul II**, caracterizată prin pierderea totală a capacității de muncă, dar cu conservarea capacității de autoservire (autoîngrijire, activități gospodărești etc.);
- 3. invaliditate de gradul III**, caracterizată prin pierderea a cel puțin jumătate din capacitatea de muncă, acest statut fiind compatibil cu prestarea unei activități profesionale cu program redus și în condiții adecvate de solicitare.

Relația „deficiență funcțională - incapacitate adaptativă - grad de invaliditate“ este reprezentată pe o *scală negativă*, care exprimă *pierderea funcțională* cu repercusiuni asupra îndeplinirii rolului adecvat conform vârstei, gradului de instruire și factorilor socio-culturali existenți.

Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Gradul de invaliditate
Fără deficiență funcțională	0-19%	nu determină invaliditate
Deficiență ușoară	20-49%	nu determină invaliditate
Deficiență medie	50-69%	III
Deficiență accentuată	70-89%	II
Deficiență gravă	90-100%	I

- * *fără deficiență funcțională* (incapacitatea adaptativă 0-19%) – exprimă limitele largi ale normalului;
- * *deficiență ușoară* (incapacitatea adaptativă 20-49%) – afectează nesemnificativ activitățile cotidiene și profesionale; pot apărea contraindicații privind activitatea profesională/recomandări privind schimbarea locului de muncă; capacitatea de muncă este păstrată;
- * *deficiență medie* (incapacitatea adaptativă 50-69%) – limitează capacitatea adaptativă la mediul profesional în privința programului sau a locului de muncă; capacitatea de muncă este redusă cu cel puțin jumătate față de standard;
- * *deficiență accentuată* (incapacitatea adaptativă 70-90%) – împiedică desfășurarea unei activități profesionale în sistemul organizat de muncă; capacitatea de muncă este pierdută în totalitate;
- * *deficiență gravă* (incapacitatea adaptativă 90-100%) – pierde, pe lângă capacitatea de muncă, și pe cea de autoservire.

(6) În evaluarea capacității de muncă se va avea în vedere tratamentul complex (farmacologic activ, chirurgical, recuperator etc.) și efectele acestuia.

(7) Criteriile de diagnostic funcțional, incapacitate adaptativă și de evaluare a capacității de muncă sunt reactualizate și îmbunătățite periodic, pentru a fi aliniate la eventualele precizări și reglementări în domeniul medical care apar pe parcurs.

(8) Pentru bolile rare, pentru care nu există criterii specifice de apreciere a deficienței funcționale și a capacității de muncă, se vor urmări elementele clinice, evoluția, complicațiile și deficiența funcțională determinată, aplicându-se criteriile existente.

1. AFECȚIUNI ALE APARATULUI CARDIOVASCULAR

CRITERII DE DIAGNOSTIC FUNCȚIONAL ȘI DE EVALUARE A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN BOALA CARDIACĂ ISCHEMICĂ (BCI)

În boala cardiacă ischemică, deficiența funcțională se stabilește în funcție de:

1. **Simptome:** caracterul durerii toracice, frecvența crizelor anginoase și nivelul de efort la care apar, răspunsul la tratamentul specific, prezența și complexitatea aritmiilor, prezența semnelor de insuficiență cardiacă.

2. **Severitatea ischemiei miocardice/stenozelor coronariene** apreciate prin: EKG, TEF, ecografie cardiacă și coronarografie.

3. **Severitatea disfuncției sistolice a ventriculului stâng:** ecografic.

Criterii de evaluare a deficienței funcționale, IA, a capacității de muncă în BCI stabilă

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Angina pectorală stabilă (AP)	Fără deficiență funcțională – crizele anginoase apar numai la efort fizic de intensitate foarte mare (eforturi exhaustive > 8 METs – cedează prompt la NTG sau repaus – fără simptome anginoase și modificări electrice (EKG) interaccusuale – funcție sistolică VS normală (FE > 55%)	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
AP clasa I	Deficiență funcțională ușoară – crizele anginoase apar la eforturi fizice mari (7-8 METs) – cedează rapid la administrarea de nitrocompuși și la repaus – fără simptome anginoase sau modificări electrice (EKG) interaccusuale – disfuncție sistolică VS ușoară (FE = 54-45%) – insuficiență cardiacă NYHA I	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
AP clasa II	Deficiență funcțională medie – crizele anginoase apar la eforturi mari și medii (5-6 METs) – cedează ușor la repaus și la administrarea de nitrocompuși – modificări minore EKG* – TEF*** relevă modificări electrice cu pattern ischemic la o intensitate > de 80% din nivelul maxim teoretic individual – disfuncție sistolică moderată (FE = 44-40%) – insuficiență cardiacă NYHA II	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III

AP clasa III	Deficiență funcțională accentuată – crizele anginoase apar la eforturi de intensitate mică, uneori și în repaus (3-4 METs) – cedează greu la administrarea de nitrocompuși – modificări importante EKG**accusuale și interaccesuale – disfuncție sistolică VS moderată (FE = 39-30%) – insuficiență cardiacă NYHA III – toleranță mică la efort – permite activitatea de autoîngrijire	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
AP clasa IV	Deficiență funcțională gravă – crizele anginoase apar în repaus (1-2 METs) și sunt obiectivate de modificări EKG** – disfuncție sistolică gravă VS (FE < 30%) – insuficiență cardiacă NYHA IV – bolnavii își pierd capacitatea de autoîngrijire	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

INFARCTUL MIOCARDIC

Pentru bolnavii cu IM vechi, deficiența funcțională se stabilește în funcție de: extinderea zonei de necroză, severitatea disfuncției sistolice a VS, complexitatea tulburărilor de ritm și de conducere asociate, intensitatea simptomelor reziduale – toleranța la efort, eficacitatea tratamentului.

Tabelul de mai jos redă criteriile de apreciere a deficienței funcționale, IA și a capacității de muncă în IM vechi.

Afecțiunea Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Infarctul miocardic vechi (Fără supradenivelare de ST, fără undă Q sau cu supradenivelare de ST, cu undă Q)	Deficiență funcțională ușoară – bolnav asimptomatic sau cu simptomatologia dureroasă (angină pectorală), care apare la eforturi fizice mari (7-8METs) – EKG relevă sechela electrică a IM fără alte modificări. – disfuncția sistolică ușoară VS (FE = 45-54%) – insuficiență cardiacă NYHA I	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie – bolnavul prezintă la eforturi mari/medii (5-6METs) dureri anginoase, dispnee, palpitații – EKG de repaus relevă sechela electrică de IM și posibile modificări minore* de fază terminală, posibile aritmii benigne – TEF*** obiectivează modificări electrice cu pattern ischemic la o intensitate > 80% din efortul teoretic maxim individual – disfuncție sistolică moderată (FE = 44-40%), eventual HVS – insuficiență cardiacă NYHA II	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată – bolnavii prezintă dureri anginoase la eforturi mici sau medii (3-4 METs), dispnee, palpitații – EKG de repaus relevă, pe lângă sechela de IM, modificări de fază terminală** și/sau alte modificări electrice severe (aritmii, tulburări de conducere) – disfuncție sistolică moderată (FE = 39-30%) – insuficiență cardiacă NYHA III – toleranță la efort mică – permite activități de autoîngrijire	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	Deficiență funcțională gravă – tulburări de ritm și de conducere severe – edeme pulmonare acute repetitive – insuficiență cardiacă NYHA IV – disfuncție sistolică VS gravă (FE = < 30%) – bolnavii au capacitatea de autoîngrijire limitată	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

* Subdenivelare ST < 1 mm, T aplatizat, difazic, ușor negativ.

** Subdenivelare ST > 1 mm, descendentă, orizontală, T negativ, simetric, ascuțit.

*** Dacă modificările electrice cu pattern ischemic apar la o intensitate de efort < 80% din efortul maxim teoretic individual, deficiența funcțională poate fi accentuată. Modificările vor fi coroborate cu alte date obiective ale bolnavului.

O mențiune aparte trebuie făcută pentru BCI nedureroasă, în care, semnele subiective fiind absente sau atipice, diagnosticul clinic și funcțional poate fi pus numai pe investigații paraclinice (vezi baremul de investigații). În funcție de severitatea modificărilor oferite de investigațiile cardiovasculare, de gradul insuficienței cardiace (NYHA), se va face o apreciere corespunzătoare a statusului funcțional și a capacității de muncă utilizând criteriile de la angina pectorală stabilă.

Observații:

1. Clasificarea Canadiană (Canadian Cardiac Society, CCS) a anginei pectorale stabile

CLASA I – angină pectorală la efort intens, rapid prelungit; efortul obișnuit nu prezintă angină; corespunde unui consum energetic de 7-8 METs (METs = echivalențe de consum de O₂ la efort).

CLASA II – angina de efort mediu, care limitează ușor activitatea pacientului (5-6 METs).

CLASA III – angina la activități uzuale, eforturi mici, cu limitarea activităților zilnice; corespunde unui consum energetic de 3-4 METs.

CLASA IV – angină pectorală ce apare în repaus, pacientul fiind sever inabilitat (capacitatea de efort pierdută, sub 1-2 METs).

2. Caracterizarea diferitelor activități în funcție de consumul energetic

*CHESTIONARUL DE ACTIVITATE (VA)
(VETERANS ADMINISTRATION QUESTIONNAIRE)*

Se cere pacientului să sublinieze activitățile pe care le poate îndeplini fără să prezinte dispnee, durere precordială, oboseală.

1 MET	mănâncă, se îmbracă, lucrează la birou
2 METs	face duș, coboară 8 trepte
3 METs	se plimbă încet pe o suprafață de aproximativ 2 blocuri
4 METs	muncă ușoară (strâns frunze, vopsit sau tâmplărit ușor)
5 METs	plimbare 4 mph, dans, spălat mașina
6 METs	tâmplărie grea
7 METs	muncă grea: săpat, joc tenis, cărat 30 kg
8 METs	împins mobile grele, jogging, cărat 10 kg pe scări
9 METs	bicicletă moderat, sărit coarda
10 METs	înot, bicicletă la deal, mers repede la deal
11 METs	schii fond, baschet meci întreg
12 METs	alergare 8 mph
13 METs	orice activitate competițională

3. Clasificarea disfuncției sistolice a VS, conform datelor din literatura de specialitate (Braunwald Heart Disease – eight edition), este următoarea:

- funcție sistolică **normală** – EF > 55%;
- disfuncție sistolică **ușoară** – FE = 45-54%;
- disfuncție sistolică **moderat** – FE = 30-44%;
- disfuncție sistolică **gravă** – FE < 30%.

4. La bolnavii care au fost investigați invaziv, datele coronarografice vor constitui elemente funcționale (numărul de vase afectate, severitatea stenozelor) și vor fi coroborate cu simptomele, disfuncția sistolică etc.

I. HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ ESENȚIALĂ

Pentru stabilirea deficienței funcționale în HTA, se vor identifica următoarele elemente funcționale: forma clinică (clasificarea HTA în funcție de valori), semne de afectare a principalelor organe „țintă“, prezența diferitelor condiții clinice, pentru care HTA constituie un factor de agravare al patologiei respective sau această patologie reprezintă o complicație a HTA.

Tabelul de mai jos prezintă criteriile de evaluare a deficienței funcționale, IA și a capacității de muncă în HTA pe baza asocierii formelor clinice de HTA (clasificarea ESC-2009) cu elementele menționate.

Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate	
HTA – forma clinică, fără afectarea organelor „țintă”(AOT), fără boală vasculară asociată					
HTA ușoară (gr. I)* TAS = 140-159mmHg TAD = 90-99mmHg HTA moderată**(gr. II) TAS = 160-179mmHg TAD = 100-109mmHg HTA severă*** (gr. III) TAS > 180, mmHg TAD > 110mmHg	ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează	
HTA – forma clinică asociată cu afectarea organelor „țintă“ (AOT)					
HTA ușoară* HTA moderată** HTA severă***	– HVS determinată ecografic: SIV/PPVS ≥ 15mm și/sau – creatinina sanguină > 1,5mg/dl, clearance cr. < 60ml/min	medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	– microalbuminurie – plăci aterosclerotice, carotide, aortice	ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
HTA – forma clinică asociată cu boală vasculară clinic manifestă					
HTA ușoară* HTA moderată** HTA gravă***	– boală coronariană ischemică, IM, revascularizare miocardică, IC; – boală vasculară cerebrală, AVC: ischemic, tranzitor, hemoragic; – boală vasculară periferică; – afectare renală: insuficiență renală, proteinurie; – retinopatie avansată: hemoragii, exudate, edem.	În funcție de severitatea condiției clinice asociate	În concordanță cu deficiența funcțională	În concordanță cu deficiența funcțională și incapacitatea adaptativă	Corespunzător reducerii capacității de muncă
HTA malignă					
HTA cu evoluție accelerată, malignă; Definiția OMS: TAD > 130mmHg, FO cu exsudate hemoragice, IR progresivă, rezistență la tratament.	Deficiența funcțională accentuată/gravă în funcție de severitatea complicațiilor și răspunsul la tratament	70-100%	Capacitatea de muncă și (eventual) de autoservire pierdută în totalitate	Gradul I sau II de invaliditate	

II. HIPERTENSIUNEA SECUNDARĂ

Aprecierea deficienței funcționale, a incapacității adaptative și a capacității de muncă se va face după criteriile de evaluare a HTA primară (esențială).

AFEȚIUNI CONGENITALE NECIANOGENE

Afețiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Defectul septal atrial (DSA)	Deficiența funcțională ușoară DSA cu șunt stânga-dreapta nesemnificativ, cu cord compensat, fără semne de mărire a cordului drept	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiența funcțională medie DSA cu șunt stânga-dreapta moderat cu semne de supraîncărcare a inimii drepte cu tulburări funcționale (dispnee la eforturi mari și medii)	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III

	Deficiență funcțională accentuată DSA cu șunt stânga-dreapta semnificativ (raport flux pulmonar/flux sistemic peste 1,5/1) și HTP; DSA cu cardiomegalie importantă sau cu tulburări de ritm persistente sau frecvent repetitive, cu dispnee la eforturi minore	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
DSA operat Aprecierea se va face la 6 luni de la intervenție	Deficiență funcțională ușoară DSA mic operat cu <i>restitutio ad integrum</i> cu dispnee numai la eforturi mari	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie DSA operat cu dilatare mică a cordului, presiune pulmonară sistolică normală, dispnee la eforturi mari și medii	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată DSA operat cu persistența cardiomegaliei, a HTP, a tulburărilor de ritm	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Defectul septal interventricular (DSV)	Tulburările funcționale în DVS sunt dependente de mărimea comunicării și starea patului vascular pulmonar			
	Deficiență funcțională ușoară DSV mic ($0,5\text{cm}^2/\text{m}^2$) cu șunt stânga-dreapta modest, cu raport flux pulmonar/flux sistemic (QP/QS) sub 1,5. VD nu este dilatat sau hipertrofiat. Pacienți asimptomatici. Prezintă dispnee doar la eforturi mari	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie DSV moderat ($0,5-1\text{cm}^2/\text{m}^2$), raport QP/QS de 1,5-2 prin șunt stânga-dreapta semnificativ. În efort mare sau mediu, pacienții prezintă dispnee. Examele paraclinice (eco, EKG, Rx. cord pulmonar) arată cardiomegalie ușoară/moderat, HVD, HTP moderată, insuficiență cardiacă NYHA II	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată Bolnav cu DSV mare ($> 1\text{cm}^2/\text{m}^2$) cu raport QP/QS mai mare de 2. Prezintă dispnee la eforturi mici sau chiar în repaus, infecții pulmonare. Obiectiv HTP arterială gravă, cardiomegalie cu hipertrofie biventriculară, semne de insuficiență cardiacă NYHA III sau III/IV, aritmii ventriculare	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	Deficiență funcțională gravă DSV cu insuficiență cardiacă gravă ireductibilă sau aritmii ventriculare grave cu risc de moarte subită, conducând la pierderea capacității de autoservire	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
DSV operat Aprecierea tulburărilor funcționale se face la 6 luni de la intervenție. Pentru bolnavii cu HTP preoperator sau cu semne clinice de DSV rezidual se efectuează cateterism cardiac.	Deficiență funcțională ușoară DSV operat fără șunt rezidual	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie DSV operat cu șunt rezidual moderat și HTP moderată	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată DSV operat cu șunt mare, HTP persistentă, dispnee la eforturi mici și repaus	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Persistența de canal arterial (PCA)	PCA determină un șunt stânga-dreapta a cărui mărime depinde de calibrul canalului și de relațiile dintre rezistența vasculară sistemică și cea pulmonară			
	Fără deficiență funcțională PCA mic, cu șunt nesemnificativ hemodinamic, bolnavi asimptomatici	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează

	Deficiență funcțională ușoară PCA mic/moderat cu șunt redus, fără cardiomegalie, cu tulburări funcționale (dispnee) la eforturi foarte mari	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie PCA moderat cu elemente de HVS sau hipertrofie biventriculară și de încărcare pulmonară (HTP). Dispnee la eforturi mari și medii	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată PCA cu HTP gravă, cu suflu continuu tipic la care se asociază rulment de flux diastolic apical, cardiomegalie, dispnee la efort mic și chiar de repaus, insuficiență cardiacă	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
PCA operat Aprecierea se face după 6 luni	Deficiență funcțională ușoară Bolnavi asimptomatici cu examen fizic cardiac Rgr. și EKG normale	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie Dacă persistă o HTP reziduală (prin cateterism cardiac și sunt simptomatici)	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
Coarctația aortică (CoA)	Fără deficiență funcțională Bolnavi asimptomatici. Tensiunea arterială normală, suflu sistolic moderat în sp. II IC stg., fără semne de HVS și circulație colaterală, test de efort normal.	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională ușoară Bolnavi pauci simptomatici, eventual cefalee, amețeli, pulsații craniene. S.S. SP. II IC STG., toleranță bună la efort. HVS ușoară (EKG, eco, radiologice)	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie Bolnavii prezintă simptomatologia unei HTA (cefalee, epistaxis, tinitus, scotoame, congestie cefalică), angină, dispnee – asociate senzației de răceală în membrele pelvine, chiar claudicație intermitentă sau dureri abdominale. Obiectiv, diferența dintre TA brahială și poplitee este de 10 mmHg. Circulația colaterală moderat dezvoltată. HVS moderat/severă, dar cu funcție ventriculară normală	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată Co.A. semnificativă: gradient maxim de 20 mmHg, cu flux continuu în timpul diastolei în Ao descendentă. Circulația colaterală dezvoltată, cardiomegalie, insuficiență cardiacă NYHA III, III/IV, tulburări de ritm cu sincope, crize anginoase, accidente vasculare cerebrale. Pot avea alte cardiopatii congenitale asociate	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	Deficiență funcțională gravă Bolnavi cu insuficiență cardiacă gravă ireductibilă sau sechele după accidente vasculare cerebrale care fac imposibilă autoservirea	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	
Coarctația aortică operată sau după angioplastie percutană cu balon	Tulburările funcționale vor fi apreciate în raport de: prezența sau dispariția gradientului la nivelul coarctației; scăderea TA până la normalizarea valorilor; dispariția fenomenelor subiective, a tulburărilor de ritm, a crizelor anginoase			
	Deficiență funcțională ușoară În situația realizării dezideratelor mai sus enunțate	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează

	Deficiență funcțională medie În situația menținerii gradientului la nivelul coarctăției, cu valori TA crescute (dominant sistolice) la nivelul membrelor toracale, cu semne subiective de HTA, cu tulburări funcționale la eforturi mari și medii	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată Bolnavii la care intervenția nu a dat rezultate sau au apărut complicații post operatorii (disecție de aortă, anevrism Ao) au deficiență funcțională accentuată prin intensitatea tulburărilor și prognostic nefavorabil	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Stenoza aortică congenitală (SAo) Sunt 3 forme principale de SAo: – valvulară; – supravalvulară – subvalvulară (cazul bolnavilor care ating vârsta adultă).	Deficiență funcțională ușoară Aria orificiului valvular 1,5-2,5 cm ² , gradient mediu < 20 mmHg, gradient maxim 16-36 mmHg; bolnavii asimptomatici sau pauci simptomatici numai la eforturi mari (dispnee, amețeli), absența HVS, test de toleranță la efort normal; insuficiență cardiacă NYHA I	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie Bolnavii cu SAo moderată: aria orificiului valvular 0,75-1,5 cm ² (gradient mediu 20-50 mmHg, gradient maxim 36-80 mmHg la Eco Doppler), dispnee la efort mare și mediu, HVS ușoară/moderată, capacitate funcțională normală sau ușor redusă, insuficiență cardiacă NYHA II;	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată Bolnavii cu SAo gravă: aria orificiului valvular < 0,75, gradient mediu > 50 mmHg, gradient maxim > 80 mmHg, crize de angină pectorală, sincope repetate, tulburări de ritm și conducere în repaus sau la efort, cardiomegalie, HVS, insuficiență cardiacă NYHA III	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	Deficiență funcțională gravă Bolnavii cu SAo cu insuficiență cardiacă NYHA IV, ireductibilă, cu pierderea posibilității de autoservire	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
Stenoza pulmonară valvulară: Severitatea stenozei este în funcție de gradientul transvalvular maxim apreciat prin examen Eco-Doppler, astfel: – discretă – grad. < 25 mmHg – ușoară – grad. 25-49 mmHg – moderată – grad. 50-79 mmHg – gravă – grad. > 80 mmHg La gradient > 80 mmHg apar HVD marcată și fenomene de insuficiență tricuspida	Fără deficiență funcțională Stenoză pulmonară valvulară minimă fără semne subiective și fără repercusiuni hemodinamice	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională ușoară Stenoză pulmonară valvulară ușoară, cu absența HVD (EKG, Rgr și eco); Doppler arată gradient redus, iar Rdg. o dilatare post-stenotică a arterei pulmonare Bolnavi asimptomatici în repaus, cu dispnee la eforturi mari	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie Stenoză pulmonară moderată, cu tulburări funcționale la eforturi mari și medii. Cateterismul cardiac și Eco Doppler arată gradient transvalvular de 50 mmHg sau >, cu unele semne de disfuncție de VD	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată Stenoză pulmonară valvulară gravă cu HVD marcată cu insuficiență cardiacă dreaptă, cu tulburări de ritm, sincope, crize anginoase, dispnee de repaus și la eforturi mici	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	Deficiență funcțională gravă Gradient transvalvular maxim > 80 mmHg, Insuficiență cardiacă ireductibilă, sincope frecvent repetitive, cu pierderea autoservirii	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

Stenoza pulmonară operată – aprecierea se va face la 6 luni după intervenție	Deficiență funcțională ușoară Asimptomatici, funcție ventriculară dreaptă normală	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie Persistă unele semne de disfuncție de VD și tulburări funcționale la efort mare și mediu	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
Sindromul Eisenmenger – boală vasculară obstructivă pulmonară secundară unui șunt larg stânga-dreapta, cu o creștere a PAP ce poate egala PAS și inversa șuntul.	Deficiență funcțională accentuată Dispnee în repaus, intensificată la eforturi minime, insuficiență cardiacă NYHA III sau IV, tulburări de ritm severe	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	Deficiență funcțională gravă Insuficiență cardiacă NYHA IV, ireductibilă, aritmii ventriculare grave, cu pierderea capacității de autoservire	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

VALVULOPATII

În aprecierea diagnosticului funcțional într-o valvulopatie, se va ține seama de:

- sediul leziunilor;
- existența unor leziuni multiple;
- volume ventriculare, arii valvulare, gradiente intraventriculare;
- funcția sistolică globală;
- existența factorilor care indică un proces inflamator activ (reumatism articular acut, endocardite, miocardite, pericardite);
- existența complicațiilor;
- posibilitatea și rezultatele tratamentului chirurgical specific.

Valvulopatii mitrale

Afecțiunea Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Insuficiența mitrală (IM) (reumatismală sau prin alt mecanism valvular)	Fără deficiență funcțională IM cu semne clinice minime (suflu sistolic I sau II) fără tulburări funcționale. Funcție sistolică ventriculară stângă normală: FE > 55%, DTSVS < 45 mm	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională ușoară IM cu suflu sistolic gr. II sau III, fără tulburări de ritm, fără tulburări funcționale în repaus și la eforturi medii, dar cu dispnee, palpitații la eforturi mari (> 6 METs), cu disfuncție sistolică VS ușoară: FE = 54-45%, DTSVS 45-50 mm	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie IM cu suflu sistolic gr. III cu semne de HVS clinice, radiologice, ecocardiografice și EKG, cu tulburări funcționale la eforturi medii și mari (5-6METs). Disfuncție sistolică VS moderată: FE = 40-44%, DTSVS 50-55 mm.	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată IM cu S.S. gr. III/IV, cu sincope frecvente, cu tulburări de ritm sau de conducere grave, cu semne de insuficiență cardiacă NYHA III. Disfuncție sistolică VS moderată: FE = 39 = 30%, DTSVS > 55mm.	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	Deficiență funcțională gravă IM cu insuficiență cardiacă NYHA IV, ireductibilă, cu tulburări funcționale importante în repaus, care limitează mult sau duc la pierderea totală a capacității de autoservire, disfuncție sistolică gravă FE < 30%	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

Stenoza mitrală (SM)	Fără deficiență funcțională SM largă (AOM 1,5-2,5cm ²), cu semne minime clinice radiologice, ecografice, EKG, fără tulburări funcționale (dispnee) la efort	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională ușoară SM largă (AOM.1,5-2,5cm ²), gradient mediu < 6 mmHg, PAP normală sau HTP ușoară, cu tulburări funcționale (dispnee) numai la eforturi mari (> 6METs)	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie SM medie (AOM 1-1,5cm ² , gradient mediu 6-12 mmHg), cu HTP moderată, tulburări funcționale (dispnee) la eforturi medii (5-6METs)	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată SM strânsă (AOM < 1cm ² , gradient mediu > 12 mmHg), HTP moderat/gravă și/sau tulburări de ritm, și/sau edem pulmonar acut în antecedente, insuficiență cardiacă dreaptă	70-89%	Capacitate de muncă pierdută în totalitate	Gradul II
	Deficiență funcțională gravă SM complicată cu insuficiență cardiacă (NYHA IV) ireductibilă, cu EPA frecvent repetitiv, cu infarctele pulmonare sau cu accidente embolice care conduc la tulburări motorii grave. Posibilitatea subiecților de a se îngriji singuri este mult diminuată, până la pierderea capacității de autoservire	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
Boala mitrală Asocierea SM cu IM cu semnele însumate ale celor două afecțiuni	Aprecierea se va face în raport cu gravitatea tulburărilor funcționale, conform datelor enunțate la stenoza mitrală și insuficiența mitrală			
Afecțiunile tricuspidiene	Sunt mult mai rare, de obicei asociate leziunilor mitrale. Aprecierea incapacității se va face conform cu normele stabilite în afecțiunile valvulare mitrale			

Valvulopatii aortice

Afecțiunea	Deficiența funcțională	Incapacitatea	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Insuficiența aortică	Fără deficiență funcțională Afecțiune de grad ușor, fără tulburări funcționale, cu semne clinice minime, funcție sistolică VS normală (FE > 55%, DTSVS < 45 mm)	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională ușoară Afecțiune aortică de grad ușor, cu semne clinice minore, cu tulburări funcționale (dispnee, amețeli, palpitații) numai la eforturi mari, cedând rapid la repaus, disfuncție sistolică VS ușoară (FE = 54-45%, DTSVS = 45-50 mm)	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie Afecțiune Ao medie la care tulburările funcționale (dispnee, crize anginoase, tulburări de ritm) apar la eforturi fizice de intensitate medie, insuficiență cardiacă NYHA II, disfuncție sistolică VS moderată (FE = 40-44%; DTSVS = 50-55 mm)	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată Afecțiune Ao gravă, în care tulburările funcționale sunt intense (dispnee la efort dar și de repaus, crize anginoase repetate, stări sincopale, tulburări de ritm sau conducere, insuficiență cardiacă NYHA III sau III/IV, disfuncție sistolică VS moderată (FE 39-30%, DTSVS > 55 mm)	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

Afecțiunea	Deficiența funcțională	Incapacitatea	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
	Deficiență funcțională gravă Afecțiune Ao cu insuficiență cardiacă NYHA IV, ireductibilă, cu tulburări funcționale grave care împiedică autoservirea. Disfuncție sistolică VS gravă FE < 30%.	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
Stenoza aortică	Fără deficiență funcțională Stenoză aortică ușoară, fără tulburări funcționale, cu semne clinice minime	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională ușoară Stenoză aortică ușoară: AOA > 1,5cm ² Gradient mediu < 20 mmHg Gradient maxim: 16-36 mmHg Angină, dispnee, palpitații numai la eforturi mari (7-8METs)	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie Stenoză aortică medie: AOA = 0,75-1,5 cm ² Gradient mediu 20-50 mmHg Gradient maxim 36-80 mmHg Angină, dispnee, palpitații apar la eforturi de intensitate medie (5-6METs), insuficiență cardiacă NYHA II	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată Stenoză aortică gravă: AOA < 0,75cm ² Gradient mediu > 50mmHg Gradient maxim > 80mmHg Crize anginoase repetate, stări sincopale, tulburări de ritm și conducere, insuficiență cardiacă NYHA III sau NYHA III/IV	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	Deficiență funcțională gravă Stenoză aortică gravă cu insuficiență cardiacă ireductibilă, NYHA IV, cu tulburări funcționale grave, care împiedică autoservirea	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

Deficiența funcțională în boala aortică va fi apreciată după criteriile funcționale prezentate la cele două entități. Afecțiunile aortice, asociate cu afecțiunile mitrale, vor fi apreciate în raport cu datele funcționale prezentate la capitolul despre afecțiunea aortică și afecțiunea mitrală.

Valvulopatii pulmonare

Stenoza pulmonară câștigată este foarte rară. Pentru evaluare funcțională, se vor aplica criteriile de la stenoza pulmonară congenitală.

Insuficiența valvulară pulmonară apare mai frecvent secundar hipertensiunii pulmonare de orice etiologie sau secundar dilatației arterei pulmonare (idiopatică). Insuficiența pulmonară organică este, de asemenea, rară; poate fi congenitală (asociată frecvent cu alte malformații) sau câștigată. Evaluarea funcțională se va face în funcție de severitatea simptomelor (dispnee) și a hipertensiunii pulmonare.

Valvulopatii post-intervenții chirurgicale

(comisurotomii, proteze valvulare)

Afecțiunea Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Valvulari operați pentru corectarea viciului valvular	Deficiență funcțională ușoară Postoperator, persistă dispnee la eforturi mari, în absența altor fenomene patologice	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie Postoperator, prezintă dispnee la eforturi mari, tulburări de ritm trecătoare, tulburări de conducere, dureri anginoase la eforturi mari	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III

	Deficiență funcțională accentuată Postoperator, dispnee la eforturi medii, tulburări de ritm, de conducere, dureri anginoase. Sunt prezente semne de restenozare, disfuncții ale protezei, procese endocarditice, colmatări, embolii	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	Deficiență funcțională gravă Postoperator, restenozare, accidente embolice cu sechele neurologice importante, insuficiență cardiacă gravă, ireductibilă, care împiedică posibilitatea de autoservire	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

TULBURĂRI DE RITM ȘI CONDUCERE CARDIACĂ

Afecțiunea	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Tulburări de ritm cardiac	Pentru stabilirea deficienței funcționale se vor lua în considerare: – etiologia aritmiei (BCI, valvulopatii, cardiomiopatii, boli endocrine etc.) – simptomatologia produsă – frecvența episoadelor aritmice – existența disfuncției sistolice ventriculare stângi și/ sau a tulburărilor hemodinamice – răspunsul la tratament – prezența complicațiilor induse de aritmie – tipul tulburărilor de ritm – tulburări de irigație coronariană sau cerebrală produse sau intensificate de aritmie			
Aritmii sinusale (tahicardii, bradicardii, aritmii sinusale)	Fără/deficiență ușoară – tulburările de ritm sinusale, controlate terapeutic, care nu afectează capacitatea de efort.	0-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență medie (o perioadă limitată pentru controlul aritmiei și al simptomelor) pentru tahicardia sinusală inapropiată (creșterea persistentă, neadecvată a FC în raport cu efortul fizic, emoțiile, stările patologice la care este supus bolnavul) sau bradicardia sinusală simptomatică, care limitează capacitatea de efort.	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
Aritmii extrasistolice – Supraventriculare (ESSV) – Ventriculare (EV)	Aprecierea deficienței funcționale în aritmia extrasistolice se face ținând seama de: – originea extrasistolei – precizarea mono- sau plurifocalității extrasistolei – tipul morfologic (mono- sau polimorf) – frecvența – sistematizarea – modificări ale undei T la complexul post-extrasistolice; – substratul patogenic – relația cu efortul; Pentru EV se va lua în considerare complexitatea acestora – clasificarea Lown: – clasa 0-EV absente – clasa I-EV rare, izolate (< 1 EV/min.) – clasa II-EV frecvente (> 1 EV/min.) – clasa III-EV polimorfe, bigeminate – clasa IV-EV cuplate, în salvă – clasa V-EV cu fenomen R/Tcu index de precocitate > 0,05			

	<p>Fără deficiență funcțională ESSV rare, izolate sau EV clasa I (Lown), ce apar fără legătură cu efortul, sunt foarte rare, nu produc tulburări subiective, nu apar pe un fond patologic organic</p>	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	<p>Deficiență funcțională ușoară EV clasa II (Lown) la care nu se evidențiază un fond patogenetic cardiovascular, nu au relație cu efortul, nu au consecințe hemodinamice, răspund prompt, favorabil la medicație antiaritmică</p>	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	<p>Deficiență funcțională medie ESSV repetitive frecvente sau EV clasa III ce apar în cadrul unor afecțiuni cardiovasculare și care produc unele consecințe hemodinamice care împiedică efectuarea eforturilor mari și medii; aritmiile sunt controlate nesatisfăcător prin tratament antiaritmie</p>	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	<p>Deficiență funcțională accentuată EV (Lown III sau IV) ce nu pot fi controlate corespunzător prin tratament, apar pe un fond de boală organică cardiacă certă, aritmii EV cu fenomen R/T (LownV) sau QT prelungit sau cu lambouri de TPV, care induc tulburări hemodinamice manifeste; toleranță redusă la efort de intensitate mică</p>	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	<p>Aprecierea deficienței funcționale în TPSV trebuie să ia în considerare: – tipul aritmiei în funcție de mecanismul electrofiziologic; – fondul etiopatogenic (tulburări neurovegetative, BCI, valvulopatii, cardiomiopatii, HTA, WPW, hipertiroidii etc.); – categoria de tahicardie supraventriculară în relație cu durata (1. paroxistice recurente – durată: secunde, ore); 2. persistente – zile, săptămâni, recurente; 3. cronice); – simptomatologia determinată (în raport cu frecvența, durata, bolile asociate): angină, dispnee, lipotimii, sincope; – riscul letal.</p>			
Tahicardii paroxistice Supraventriculare (TPSV)	<p>Fără deficiență funcțională TPSV unice sau care apar la intervale foarte mari de timp, fiind produse în anumite condiții specifice (exces nicotinic sau cofeină, stres etc.); nu alterează, în afara crizelor, posibilitatea de efort fizic, sunt autolimitate sau răspund la manevre vagale</p>	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	<p>Deficiență funcțională ușoară În TPSV cu recurențe rare, care răspund favorabil la tratament, când nu sunt semne de afectare organică a cordului și fondul patogenetic al tulburării de ritm este neuro-vegetativ sau dismetabolic, când toleranța la efort intercritică este bună</p>	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	<p>Deficiență funcțională medie TPSV cu recurențe frecvente, asimptomatică intercritic, necesită tratament antiaritmie cronic, toleranța la efort poate fi limitată de apariția tulburărilor de ritm și a tulburărilor funcționale (palpitații, dispnee, amețeli) la eforturi de intensitate mare și medie; TPSV recurente frecvente, la persoane asimptomatice, cu sindrom WPW intermitent;</p>	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	<p>Deficiență funcțională accentuată TPSV persistentă, simptomatică, parțial controlată de medicația specifică; toleranța redusă la efort de intensitate mică; TPSV paroxistică sau persistentă recurentă, a cărei etiologie este sindromul WPW permanent (risc crescut de moarte subită);</p>	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

	<i>N.B. Subiecții cu WPW, care beneficiază de tratament prin cateter ablație a fasciculului accesoriu; la care procedura a fost eficientă și a decurs fără complicații vor fi reevaluați post-procedural, urmărindu-se principalele elemente funcționale necesare stabilirii diagnosticului funcțional.</i>			
Tahicardii ventriculare	Deficiență funcțională medie TV cu crize la intervale mari, controlate terapeutic Tulburările de ritm și cele funcționale apar la eforturi de intensitate mare/medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată Tahicardie ventriculară bidirecțională, torsada vârfului și ritmul idio-ventricular accelerat, necontrolate suficient prin tratament. De asemenea, în TV însoțite de insuficiență cardiacă, fenomene de ischemie cerebrală, sincope, ischemie miocardică și tulburări hemodinamice. Prin substratul lor, de cele mai multe ori fiind afecțiuni cardiace grave, tulburările de ritm ventricular determină o deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Fibrilația atrială, flutter-ul atrial	În FA și flutter, deficiența funcțională se va aprecia în raport de substratul etiopatogenic, de caracterul permanent sau paroxistic (în acest caz se va lua în considerare frecvența și durata episoadelor paroxistice) de alură ventriculară, de existența semnelor de insuficiență cardio-circulatorie și de toleranță la efort (în principiu, mult redusă).			
	Deficiență funcțională ușoară Episod de FA paroxistică unic sau episoade rare ce apar la intervale mari de timp, declanșate de factori extracardiaci, autolimitate, sau controlate de medicația specifică; intercritic, capacitatea de efort fizic nu este alterată.	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie FA paroxistică, recurentă, indusă de prezența bolii structurale cardiovasculare sau de factori extracardiaci (afecțiuni pulmonare, hipertiroidism, idiopatică) etc.	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Flutter atrial paroxistic, recurent, indus de prezența bolii structurale cardiovasculare sau de factori extracardiaci (afecțiuni pulmonare, hipertiroidism, idiopatică) etc.	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	FA permanentă, cu AV medie controlată medicamentos, fără semne clinice de insuficiență cardiacă, cu toleranță bună la eforturi cu solicitări energetice medii.	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată Flutter-ul atrial cronic (mai rar), indiferent de etiologie; FA persistentă sau permanentă, simptomatică (palpitații, angină, dispnee) cu tendință de agravare a bolii de bază, risc tromboembolic crescut, risc de cardiomiopatie aritmogenă	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	Deficiență funcțională gravă În situația tulburărilor produse prin accidente tromboembolice cu sechele neurologice care împiedică autoservirea.	90-100%	Capacitatea de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

TULBURĂRI CRONICE DE CONDUCERE

Afecțiunea	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Blocurile atrioventriculare	Se va considera fondul etiopatogenic al tulburării, caracterul permanent sau tranzitoriu, existența simptomatologiei (lipotimii, sincope, angină pectorală, dispnee, crize Adams Stokes, pierderi de cunoștință), răspunsul la tratament și posibilitatea implantării unui stimulator. De asemenea, se vor lua în considerare și alte modificări patologice EKG concomitente cu blocul.			
	Deficiență funcțională ușoară BAV gr. I sau gr. II tip 1	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie BAV gr. II (cu substrat organic) sau unele forme de BAV gr. III (ex: congenital), în care există o toleranță la eforturi mici/medii satisfăcătoare, simptomatologia clinică este redusă și nu se evidențiază alte modificări patologice EKG în afara blocului A-V.	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată BAV gr. II și III, simptomatice, cu toleranță redusă la eforturi de intensitate mică	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Blocurile intraventriculare	Aprecierea funcțională se va face în raport de substratul etiopatogenic al afecțiunii, de gradul de complexitate al tulburărilor de conducere, de simptomatologia pe care o determină, de riscul vital pe care-l presupune și de răspunsul la tratamentul specific.			
	Deficiență funcțională ușoară BRD incomplet, BRD complet congenital, BFAS, BFPI, fără alte modificări morfofuncționale ale inimii, fără limitarea capacității de efort	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie BRD sau BRS major, asociate altor afecțiuni cardiace, la care bolnavii sunt simptomatici la eforturi mari și medii, dar au conservată capacitatea de prestație fizică pentru eforturi de mică intensitate	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată Blocuri bifasciculare (BRD major + BFAS, BRD major + BFPI, BRS major) și trifasciculare (bloc bifascicular + bloc AV) ce apar în cadrul unei cardiopatii cronice, simptomatice la eforturi de mică intensitate și chiar în repaus	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Boala nodului sinusal (BNS)	Aprecierea tulburărilor funcționale se va face în funcție de complexitatea disritmiei supraventriculare asociată posibil cu tulburări de conducere AV sau chiar intraventriculare, prezența simptomatologiei: palpitații, angină, amețeli, dispnee, sincope, chiar Adam Stokes, precum și toleranța la efortul fizic. Se vor lua de asemenea în discuție indicația implantării de stimulator cardiac, precum și existența altor modificări structurale cardiovasculare			
	Deficiență funcțională ușoară BNS cu bradicardie sinusală asimptomatică. Fără afectarea capacității de efort.	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie BNS cu disritmii supraventriculare simptomatice; toleranța la eforturi de intensitate medie păstrată.	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată BNS simptomatică, cu disritmii supraventriculare complexe, eventual asociate cu tulburări de conducere AV, toleranța la efort păstrată doar pentru eforturi de intensitate mică.	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

Bolnavi purtători de stimulator cardiac (pacemaker)	Se vor lua în considerare următoarele elemente: – dispariția, ameliorarea sau persistența simptomatologiei clinice care a motivat intervenția (cu referire dominant la stările lipotimice sau sincopale); – prezența unor anomalii de puls cauzate fie de epuizarea sursei de energie, fie de malfuncția de stimulare și decelare a eventualelor extrasistole; – semne EKG ale eficacității stimulării, precum și a situației patologice care a necesitat patingul; – tipul de stimulator, cardiopatia pacientului purtător și vechimea generatorului de puls implantat; – eventuale complicații			
	Deficiență funcțională ușoară În cardio-stimulare eficientă, cu stare clinică funcțională bună, fără alte alterări ale funcției inimii	20-49%	Păstrată Se pot desfășura activități profesionale sedentare/ușoare în condiții optime de microclimat, fără risc profesional	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie Pacienții prezintă unele tulburări funcționale, la eforturi mari și medii, există modificări patologice EKG în afara celor induse de pacing	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate (cu aceleași recomandări ca mai sus)	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată Pacienți cu afecțiuni cardiace organice severe, la care implantarea stimulatorului a permis doar regularizarea ritmului cardiac, dar care, prin natura și amploarea modificărilor morfo-funcționale cardiovasculare, au capacitate funcțională mult redusă, prezintă simptome la eforturi mici și chiar în repaus și au risc vital crescut	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Bolnavi după By-pass coronarian sau angioplastie coronariană	Aprecierea tulburărilor funcționale se va face în raport cu: – evoluția simptomatologiei (angină, palpitații, dispnee); – evoluția aspectului EKG: modificări de fază terminală, aritmii, tulburări de conducere; – tulburările de cinetică regională și funcția sistolică globală a VS; – existența restenozărilor.			
	Deficiență funcțională ușoară Fără simptome anginoase sau angina apare la intervale mari, aspect EKG normal sau EKG relevă modificări minore de fază terminală, aritmii benigne; funcție cardiacă normală sau disfuncție sistolică ușoară (FE = 50-45%)	20-49%	Păstrată Pentru activitatea profesională cu solicitări energetice mici, în condiții de microclimat corespunzător, fără risc profesional	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie Revascularizare incompletă, cu persistența anginei la eforturi medii; disfuncție sistolică moderată de VS (FE = 40-44%; insuficiență cardiacă NYHA II;	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată În situația în care simptomatologia și tulburările funcționale persistă și după aceste tehnici, sau dacă s-au produs restenozări sau infarct miocardic acut post intervenție; disfuncție sistolică moderată (FE = 39-30%); insuficiență cardiacă NYHA III.	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

<p>Cardiomiopatia hipertrofică (CMH) este o afecțiune miocardică primitivă, caracterizată prin hipertrofia VS și/sau VD, care afectează predominant septul interventricular.</p> <p>Caracteristici: VS nedilatată, variabilitatea mare a gradului de hipertrofie; Pentru definirea CMH: grosimea peretelui > 13 mm</p>	<p>Variabilitatea simptomelor care determină deficiența funcțională este determinată de interacțiunea complexă dintre HVS, gradientul intraventricular, ischemia miocardică și disfuncția diastolică și sistolică. Criteriile de apreciere a deficienței funcționale sunt rezultatul coroborării datelor clinice: dispnee, angină pectorală, presincope, sincope; paraclinice: ecocardiografice – metoda de elecție pentru determinarea severității HVS, localizarea și cuantificarea gradientului intraventricular; a disfuncției cardiace; electrice: HVS cu gradient QRS-T alterat, unde Q patologice, aritmii.</p>			
	<p>Deficiență funcțională ușoară CMH asimptomatice cu toleranță bună la eforturi mari și medii. Hipertrofie septală > 13 mm</p>	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	<p>Deficiență funcțională medie Bolnavii paucisimptomatici în repaus și la eforturi mici, dar cu dispnee, sincope la efort mediu și mare, angină, palpitații, modificări EKG, hipertrofie septală avansată, SAM, gradient intraventricular. Insuficiență cardiacă NYHA II</p>	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	<p>Deficiență funcțională accentuată Bolnavii simptomatici la efort mic și repaus: angină, palpitații dispnee, SAM, cu obstrucție importantă a căii de ieșire a VS (eco), cu tulburări de ritm grave, cu sincope sau presincope în antecedente (repetitive). Insuficiență cardiacă NYHA III</p>	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	<p>Deficiență funcțională gravă CMH cu insuficiență cardiacă NYHA IV, ireversibilă, tulburări grave de ritm și sincope frecvente care împiedică autoservirea</p>	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
<p>Cardiomiopatia dilatativă (CMD): dilatația VS sau a ambilor ventriculi, conform criteriilor de diagnostic acceptate în prezent: D.T.DVS > 2,7cm/m² FE < 45%</p>	<p>Elementele funcționale sunt consecința reducerii contractilității miocardice. Pentru aprecierea deficienței funcționale sunt suficiente datele clinice: dispnee, fatigabilitate, reducerea toleranței la efort; Paraclinic: ecocardiografia este investigația esențială, care detectează dilatația VS și disfuncția sistolică; EKG este întotdeauna anormală, dar anomaliile electrice sunt de cele mai multe ori nespecifice: TS, applatizare T, subdenivelare ST, Q patologice, BRS etc.</p>			
	<p>CMD în faza inițială pot avea deficiență funcțională ușoară, dacă au toleranță bună la efort</p>	20-49%	Păstrată	Ne se încadrează
	<p>Deficiență funcțională medie CMD cu dispnee la efort mare și mediu, crize anginoase rare, tulburări de ritm episodice. Disfuncție sistolică VS moderată (FE = 40-44%) Insuficiență cardiacă NYHA II</p>	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	<p>Deficiență funcțională accentuată Bolnavii cu insuficiență cardiacă NYHA III, III/IV cu tulburări severe de ritm și/sau conducere cu tromboze intracavitare Disfuncție sistolică V.S. moderată (FE = 39-30%)</p>	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	<p>Deficiență funcțională gravă CMD cu insuficiență cardiacă gravă, ireversibilă sau cu sechele grave după accidente embolice care împiedică autoservirea Disfuncție sistolică VS gravă (FE < 30%)</p>	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
<p>Cardiomiopatia restrictivă</p>	<p>Evaluarea se va face în raport cu: dispnee, semne de stază periferică, creșterea mare a presiunii venoase la fel ca în pericardita cronică</p>			

Pericardita cronică	Constituirea unei pericardite cronice constrictive este adesea îndelungată, putând să apară la un timp variabil de la pericardita acută (luni până la ani). După apariția manifestărilor majore, evoluția bolii este rapidă			
	Deficiență funcțională medie Starea după pericardita acută, ca și pericardita cronică constrictivă cu tulburări funcționale (dispnee) la eforturi mari și medii, cu semne de insuficiență cardiacă NYHA II	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Pericardita cronică constrictivă cu semne de insuficiență cardiacă NYHA III sau IV cu tulburări de ritm sau conducere, cu dispnee de repaus sau la efort mic; determină deficiență accentuată	70-89%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul II
	Deficiență funcțională gravă Pericardita cronică constrictivă cu insuficiență cardiacă gravă, ireversibilă	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
Cordul pulmonar cronic (CPC)	Deficiența funcțională se va aprecia prin coroborarea datelor clinice (ale afecțiunii respiratorii sau vasculare, care a generat CPC) cu rezultatele testelor funcționale respiratorii și datele obiective care relevă HTP și suprasolicitarea VD (HVD, cu sau fără dilatație) oferite de EKG, ecografie cardiacă.			
	Deficiența funcțională ușoară Bolnavii cu dispnee la eforturi mari, HPT ușoară, HVD incipientă	20-49%	Păstrată	Ne se încadrează
	Deficiența funcțională medie Bolnavii cu dispnee la eforturi mari și medii, HTP moderată, HVD moderată (evaluată ecografic)	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	Deficiența funcțională accentuată Bolnavii cu dispnee la eforturi mici, HTP gravă, HVD, semne de insuficiență cardiacă dreaptă	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	Deficiența funcțională gravă Bolnavii cu dispnee la eforturi minime sau cu ortopnee, cu semne de insuficiență cardiacă dreaptă decompensată, ireversibilă, care conduc la pierderea capacității de autoservire	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

Severitatea hipertensiunii pulmonare (HTP): date ecocardiografice

HTP ușoară: PAP sistolică = 30-44 mmHg

HTP moderată: PAP sistolică = 45-70 mmHg;

HTP gravă: PAP sistolică > 70 mmHg

TRANSPLANTUL CARDIAC

Transplantul cardiac se definește ca terapie de elecție în cazuri selecționate de boli cardio-vasculare ireversibile, care amenință viața pacientului. Indicația de transplant cardiac este limitată la un număr relativ restrâns de pacienți, la care se estimează un beneficiu real în privința creșterii duratei de supraviețuire și a calității vieții.

Sunt evaluați, de regulă, în vederea transplantului cardiac pacienți cu insuficiență cardiacă congestivă clasele III, IV NYHA. Pacienții cu simptome clasificate în clasa II NYHA pot fi evaluați în vederea transplantului cardiac în cazul asocierii unor condiții severe care întunecă prognosticul bolii. Pot fi indicații de transplant cardiac:

- boala cardiacă ischemică refractară la terapia medicamentoasă;
- tahicardia ventriculară susținută, refractară la toate metodele terapeutice, inclusiv implantarea de defibrilatoare;
- cardiomiopatia dilatativă;
- cardiomiopatia restrictivă;
- cardiomiopatia dilatativă;
- boli cardio-vasculare congenitale, în situațiile în care riscul chirurgical este foarte mare.

Diagnostic funcțional

În aprecierea deficienței funcționale, a incapacității adaptative, respectiv a gradului de invaliditate, se va ține seama de:

- gradul afectării funcției cardio-vasculare, evaluată prin parametrii hemodinamici specifici;
- evoluția post-transplant;
- existența complicațiilor cauzate de boala de fond, de intervenția operatorie sau de tratamentul imunosupresor cronic.

Pacienții cu evoluție post-operatorie favorabilă, cu funcție hemodinamică adecvată post-transplant prezintă deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%, **capacitate de muncă pierdută în totalitate**.

Evoluția nefavorabilă cu restabilire inadecvată a parametrilor hemodinamici și/sau prezența complicațiilor determină deficiență funcțională gravă cu incapacitate adaptativă de 90-100%, **capacitate de muncă și autoservire pierdute în totalitate**.

Complicațiile care duc la includerea bolnavului în categoria invalidității totale cu însoțitor sunt:

- respingerea allogrefei;
- disfuncția allogrefei (din cauza efectelor farmacologice sau vasculare – vasculopatia allogrefei);
- boala coronariană ischemică;
- complicații cauzate de imunosupresia cronică (insuficiență renală – nefrotoxicitatea ciclosporinei, infecții severe, neoplazii);
- tulburări psihice – depresie reactivă.

Reluarea activității este posibilă numai într-un număr foarte restrâns de cazuri. Dacă pacientul dorește să își reia activitatea profesională, se vor avea în vedere:

- aspectele legate de locul de muncă (solicitări energetice și neuro-psihice, condiții de microclimat, securitatea muncii);
- nivelul de inteligență, profilul psihologic, nivelul pregătirii profesionale, situația familială și socială.

BOLILE ARTERELOR PERIFERICE (BAP)

Evaluarea funcțională și aprecierea capacității de muncă în arteriopatiile periferice

Afecțiunea	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Arteriopatiile periferice	Fără deficiență funcțională – arteriopatii de st. I: asimptomatic, absența pulsului arterial, raport gleznă/braț 0.9-0,8; indice oscilometric 0,5	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională ușoară – arteriopatii st. II A: claudicație intermitentă la > 200 m mers și terminarea testului de efort standardizat la covor rulant*, indicele gleznă/braț între 0,7-0,8; indice oscilometric 0,5	20-49%	Păstrată. Necesită schimbarea locului de muncă (dacă este cazul) și urmărirea continuă a evoluției bolii	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie – arteriopatii st. II B: claudicație intermitentă la puțin de 200 m de mers, incapacitatea de a termina testul la covor rulant*, indicele gleznă/braț 0,7-0,6; indice oscilometric 0, asociate și cu alte localizări aterosclerotice	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate. Monitorizare continuă; în funcție de locul de muncă, poate lucra și cu normă întreagă	Gradul III
	Deficiență funcțională accentuată – arteriopatii st. III: durere ischemică de repaus; – arteriopatii st. IV: apar tulburări trofice; – indice gleznă /braț < 0,6; indice oscilometric 0; – amputație până la nivelul gambei unilaterale + BAP st. II/III membru controlateral; – *amputație gambe bilaterale; – *amputație gambă unilateral + anchiloză genunchi, șold controlateral	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

	Deficiență funcțională gravă – arteriopatii cu amputații ce duc la tulburări funcționale grave și necesită îngrijire permanentă; – amputație unilaterală coapsă + BAP st. III-IV membru controlateral; – amputația ambelor coapse; – amputație coapsă unilateral + anchiloză șold controlateral BAP = boală arterială periferică	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
--	--	---------	---	-----------------

* În aceste situații, deficiența funcțională poate fi accentuată sau gravă, în funcție de posibilitățile de protezare și de eventualele asocieri cu alte localizări ale aterosclerozei (coronariene, cerebrale etc.), precum și în funcție de extensia și severitatea acesteia.

Arteriopatii obliterante operate

Evaluarea insuficienței arteriale postoperatorii implică determinarea semnelor și a simptomelor ce rezultă din diminuarea circulației arteriale tisulare locale.

Aprecierea tulburărilor funcționale se va face în raport cu evoluția simptomelor subiective (durere de repaus, claudicație), existența semnelor fizice revelatoare de insuficiență circulatorie arterială, datele obiective oferite de investigațiile paraclinice specifice (oscilometrie, indice presional (IP), Doppler vascular, angiografie). Bolnavul va fi inclus într-un stadiu evolutiv al clasificării Leriche-Fontaine, după care se va stabili deficiența funcțională și, implicit, capacitatea de muncă. Se va ține cont de toleranța la tratamentul anticoagulant cronic, acolo unde este cazul.

* Testul de efort standardizat la covor rulant pentru aprecierea clinică a ischemiei cronice constă în 5 minute de mers cu o viteză de 3,2 km/h și o înclinare a pantei de 10°. Terminarea testului plasează bolnavul în st. II A Fontaine, iar incapacitatea de a termina testul din cauza claudicației este echivalentul st. II B Fontaine.

INSUFICIENȚA VENOASĂ CRONICĂ

Evaluarea funcțională și aprecierea capacității de muncă în insuficiența venoasă cronică

Afecțiunea	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul invaliditate
CEAP- C0-C2	Fără deficiență funcțională – varice simple – pachete varicoase	0-19%	Păstrată. Schimbarea locului de muncă nefavorabil prin temperaturi ridicate și ortostatism	Nu se încadrează
Insuficiența venoasă cronică gradul 1 CEAP- C3	Deficiență funcțională ușoară – dilatații arciforme cu hipertensiune venoasă ortostatică – edem moderat	20-49%	Păstrată. Schimbarea locului de muncă	Nu se încadrează
Insuficiența venoasă cronică gradul 2 CEAP- C4-C5	Deficiență funcțională medie – dilatații varicoase extinse – edem moderat/sever – senzație de greutate în gambă marcată – modificări pigmentare, eczemă, lipodermatoscleroză – ulcer venos de gambă vindecată	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
Insuficiența venoasă cronică gradul 3 CEAP- C6	Deficiență funcțională accentuată – edemul cuprinde întreaga gambă – senzație de greutate imediat după adoptarea ortostatismului – ulcer venos de gambă activ	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

Clasificarea CEAP – Stadializarea insuficienței venoase cronice pe baza criteriilor Clinice, Etiologice, Anatomice și Patofizologice

2. AFECȚIUNI RESPIRATORII

Pentru evaluarea capacității de muncă în afecțiunile respiratorii, sunt necesare:

I. Evaluarea clinică:

- Simptome (tuse, expectorație, dispnee la efort, paroxistică sau permanentă);
- Evoluție (forme stabile, exacerbări rare/frecvente);
- Impactul asupra calității vieții;
- Nivelul limitării activității fizice;
- Nivelul consumului de medicamente.

II. Explorările funcționale pulmonare:

- evaluarea ventilației pulmonare prin spirometrie;
- evaluarea globală a schimburilor gazoase (gazanaliza sângelui arterial în repaus și efort);
- evaluarea mecanismelor de adaptare la efort prin teste specifice;
- efectuarea de teste suplimentare de explorare funcțională pulmonară (determinarea VR și CRF, teste de mecanică pulmonară, teste de transfer gazos prin membrana alveolo-capilară, pletismografie cu determinarea rezistenței la flux în căile aerifere – Raw etc.).

III. Examenul radiologic pulmonar:

- este obligatoriu în toate afecțiunile respiratorii;
- este util pentru:
 - diagnosticul pozitiv și diferențial;
 - urmărirea evoluției bolii;
 - evidențierea complicațiilor.

IV. **Electrocardiograma, ecografia cardiacă** în cazurile complicate cu cord pulmonar cronic sau insuficiența cardiacă dreaptă.

ASTMUL BRONȘIC

Criterii de diagnostic funcțional

- I. Simptome: diurne/nocturne, intermitente/permanente, controlate terapeutic sau nu, impactul asupra activității zilnice;
- II. **Funcția ventilatorie (VEMS, PEF variabilitate);**
- III. **Tratament** (tratamentul cronic și tratamentul crizelor).

Severitatea astmului bronșic

În clinicile de pneumologie, acestea se clasifică pe baza elementelor clinice și funcționale înainte de tratament.

Dacă pacientul se află deja în tratament, severitatea bolii se apreciază în funcție de răspunsul la tratament (controlul clinic).

Observații:

Tabelul 1 prezintă criteriile de evaluare a deficienței funcționale, a incapacității adaptative și a capacității de muncă stabilite pe baza clasificării severității astmului bronșic conform caracteristicilor clinice și funcționale (Global Initiative for Asthma-GINA 2006).

Noțiunea de *control* vizează componenta clinică și se referă la efectele tratamentului asupra manifestărilor bolii.

Evaluarea funcțională a severității prin spirometrie este obligatorie pentru stabilirea deficienței funcționale.

În cazurile corect tratate, se va ține seama în evaluarea cazurilor și de nivelul de control al astmului bronșic.

Tabelul 1. Criterii de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și al capacității de muncă în astmul bronșic

Afecțiunea (forma clinică, stadiul)	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Astm bronșic intermitent	Fără deficiență funcțională Simptome mai puțin de o dată pe săptămână; simptome nocturne mai puțin de două ori pe lună; exacerbări rare, de scurtă durată; asimptomatic în afara crizelor, nu afectează activitatea zilnică • VEMS, PEF \geq 80% din prezis • Variabilitate PEF sau VEMS \leq 20%	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Astm bronșic persistent ușor	Deficiența funcțională ușoară Simptome mai mult de o dată pe săptămână, dar mai puțin de o dată pe zi; simptome nocturne mai mult de două ori pe lună; exacerbări frecvente, care pot afecta activitatea zilnică și somnul; • VEMS, PEF până la 65% din prezis • Variabilitate PEF sau VEMS 20-30%	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Astm bronșic persistent moderat	Deficiența funcțională medie Simptome zilnice; simptome nocturne mai mult de o dată pe săptămână; exacerbări frecvente care pot afecta activitatea zilnică și somnul, însoțite de alterarea funcției ventilatorii (VEMS, PEF 60-50% prezis, variabilitate PEF sau VEMS $>$ 30%)	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	III
Astm bronșic persistent sever	Deficiența funcțională accentuată Simptome zilnice; exacerbări frecvente, severe; simptome nocturne frecvente; limitarea importanță a activității zilnice, însoțită de alterarea funcției ventilatorii (VEMS, PEF \leq 50% prezis, Variabilitate PEF sau VEMS $>$ 30%)	70-89%	Pierdută în totalitate	II
Complicații (insuficiență respiratorie cronică, CPC, ICD)	Deficiența funcțională gravă VEMS, PEF $<$ 30% prezis, hipoxemie severă de repaus \pm hipercapnie (pa O ₂ $<$ 60 mmhg, pa CO ₂ $>$ 50 mmhg) + Semne de cord pulmonar cronic, insuficiență cardiacă ireductibilă	90-100%	Capacitate de autoservire pierdută	I

Tabelul 2. Stadializarea astmului bronșic în funcție de nivelul de control terapeutic

Caracteristici	Controlat	Parțial controlat	Necontrolat
Simptome pe parcursul zilei	Fără sau mai puțin de două ori/săptămână	Mai mult de două ori pe săptămână	Cel puțin trei dintre elementele precizate la astmul bronșic parțial controlat în fiecare săptămână
Limitarea activității	Fără	Prezentă	
Simptome nocturne (trezesc pacientul)	Fără	Prezente	
Tratament de urgență	Nu este necesar sau poate fi necesar de mai puțin de două ori pe săptămână	Necesar de mai mult de două ori pe săptămână	
Funcția pulmonară (VEMS sau PEF)	Normală	$<$ 80% din prezis sau din cea mai bună valoare personală (dacă este cunoscută)	
Exacerbări	Niciuna	Cel puțin una pe an	Una pe săptămână

BOALA PULMONARĂ OBSTRUCTIVĂ CRONICĂ (BPOC) *

Criterii de diagnostic funcțional

I. **Simptome:** tuse, expectorație, dispnee progresivă accentuată la efort;

II. **Funcția ventilatorie:** obstrucție la flux parțial reversibilă, cu sau fără simptome prezente, evaluată prin spirometrie (VEMS, VEMS/ CVF).

III. **Determinări gazanalitice sanguine.**

Severitatea BPOC

Se clasifică pe baza parametrilor ventilatori determinați prin spirometrie, corelați cu frecvența, durata și intensitatea exacerbărilor, eventual cu prezența complicațiilor (insuficiență respiratorie cronică, CPC, ICD).

* Conform recomandărilor ghidurilor **GOLD** (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inițiativa Globală privind Diagnosticul, Monitorizarea și Prevenirea BPOC)

Severitatea alterărilor spirografice definită prin valorile procentuale ale VEMS

Gradul de severitate	VEMS % prezis
ușor	80-65
moderat	64-50
sever	50-35
foarte sever	< 35

Criterii de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și al capacității de muncă în BPOC

Afecțiunea (forma clinică, stadiul)	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Stadiul I BPOC forma ușoară	Deficiență funcțională ușoară • VEMS/CVF < 0,70 • VEMS, ≥ 80% prezis Simptome prezente sau nu; nu este afectată activitatea zilnică	1-29%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Stadiul II BPOC forma moderată	Deficiență funcțională ușoară • VEMS/CVF < 0,70 • VEMS 80-60% din prezis Dispnee la efort, exacerbări care necesită tratament de specialitate, nu este afectată activitatea zilnică	30-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Stadiul II BPOC forma moderată	Deficiență funcțională medie • VEMS/CVF < 0,70% • VEMS 59-50% din prezis Dispnee la efort, exacerbări care necesită tratament de specialitate; poate fi afectată activitatea zilnică	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	III
Stadiul III BPOC forma gravă	Deficiență funcțională accentuată • VEMS/CVF < 0,70 • VEMS 49-30% din prezis Dispnee la eforturi medii/mici, exacerbări repetate, afectare importantă a activității zilnice	70-89%	Pierdută în totalitate	II
Stadiul IV BPOC forma foarte gravă	Deficiență funcțională gravă • VEMS/CVF < 70% • VEMS < 30% din prezis sau VEMS 49-30% din prezis, dar cu complicații • Insuficiență respiratorie cronică (pa O ₂ < 60 mmHg, pa CO ₂ > 50 mmHg) • CPC, ICD ireductibilă Afectare severă a activității zilnice; necesită OLD	90-100%	Capacitate de autoservire pierdută	I

PNEUMOPATIILE INTERSTITIALE DIFUZE (PID)

Pneumopatiile interstițiale difuze reprezintă un grup numeros și eterogen de afecțiuni pulmonare care însoțesc condiții clinice variate, congenitale sau dobândite, complicând tabloul clinic și evoluția acestora.

Cauze mai frecvente de PID

- **Afecțiuni pulmonare primitive:** Fibroza interstițială difuză idiopatică, sarcoidoza, histiocitoza X, broșiolita obliterantă, pneumonia limfocitară interstițială;
- **Afecțiuni reumatismale sistemice:** artrita reumatoidă, LES, sclerodermia, boala mixtă de colagen, spondilita anchilozantă etc.
- **Iatrogene:** antibiotice, antiinflamatoare, antihipertensive, citostatice etc;
- **Expunere profesională:** silicoza, azbestoza, berilioza, pulberi, gaze, vapori cu acțiune fibrozantă etc.;
- **Vasculită pulmonară:** granulomatoza Wegener;
- **Afecțiuni congenitale:** fibroza pulmonară idiopatică familială, neurofibromatoza, scleroza tuberoasă, boala Gaucher etc.

Observație. În cazul în care condiția patologică primară este identificată, se vor aplica criteriile respective, considerând PID asociată ca un factor agravant.

Tabelul 3. Criterii de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și al capacității de muncă în pneumopatiile interstițiale difuze (PID)

Stadiul clinic	Diagnosticul clinic și funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Stadiul I	Deficiență funcțională ușoară Dispnee la efort VEMS $\geq 65\%$ din prezis, factorul de transfer gazos (TL,CO) normal sau ușor scăzut (până la 60% din prezis), capacitatea de efort normală sau ușor scăzută (5-7 MET), eventual hipoxemie ușoară la efort ($\text{SaO}_2 \leq 95\%$)	20-49 %	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Stadiul II	Deficiență funcțională medie Dispnee la eforturi moderate VEMS 64-50% din prezis, TL,CO reducere moderată (60-40% din prezis), capacitatea de efort – reducere moderată (3-5MET), eventual hipoxemie ușoară/moderată la efort în repaus sau efort (SaO_2 94 – 93%)	50-69 %	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
Stadiul III	Deficiență funcțională accentuată Dispnee în repaus VEMS $< 50\%$ din prezis, TL, CO reducere severă ($< 40\%$ din prezis), reducere accentuată a capacității de efort ($< 3\text{MET}$), hipoxemie moderată sau severă în repaus sau la efort ($\text{SaO}_2 < 93\%$)	70-89 %	Pierdută în totalitate	Gradul II
Stadiul IV	Deficiență funcțională gravă VEMS $< 30\%$ din prezis sau VEMS 49-30% din prezis, dar cu complicații Insuficiență respiratorie conică ($\text{paO}_2 < 60$ mmHg, $\text{paCO}_2 > 50$ mmHg CPC, ICD ireductibilă Afecțare severă a activității zilnice; necesită OLD	90-100 %	Capacitate de autoservire pierdută	Gradul I

SUPURAȚII BRONHOPULMONARE CRONICE

Supurațiile bronhopulmonare constituie un grup eterogen de afecțiuni, caracterizate prin infecție recurentă sau persistentă de tip supurativ, care se manifestă clinic prin:

- bronhoree purulentă – recurentă și/sau persistentă, eventual fetidă sau hemoptoică (în fazele acute depășind 50 ml/24 h);
- dispnee de efort sau repaus;
- semne generalizate de infecție.

Se includ în acest grup:

- supurații bronșice – bronșite cronice purulente, bronșiectazii supurate;
- supurații pulmonare – abcese pulmonare, supurații pulmonare, difuzepioscleroză pulmonară.

Supurații bronhopulmonare

Criterii de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și al capacității de muncă în supurațiile bronhopulmonare cronice

Clinic și funcțional	Exacerbări	Controlul terapeutic	Incapacitatea adaptativă	Deficiența funcțională/ Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
<ul style="list-style-type: none"> • pusee supurative episodice • dispnee gr. I • fără disfuncție ventilatorie 	< 2 luni/an	complet reversibile	1-19%	Fără Păstrată	Nu se încadrează
<ul style="list-style-type: none"> • disfuncție ventilatorie ușoară VEMS > 65% • bronhoree 50-70 ml/24 h în cursul puseelor supurative 	< 2 luni/an	complet reversibile	20-49%	Ușoară Păstrată	Nu se încadrează
<ul style="list-style-type: none"> • disfuncție ventilatorie moderată VEMS 50-65% din prezis a) bronhoree >70 ml/24 h în timpul puseelor supurative • dispnee gr. I-II b) bronhoree 70 ml/24 h în timpul puseelor supurative. • hipoxemie la efort • reducere moderată a capacității de efort 	> 2 luni/an < 3 luni/an	reversibile prin tratament	50-69%	Medie Capacitatea de muncă pierdută cel puțin jumătate	III
<ul style="list-style-type: none"> • disfuncție ventilatorie severă VEMS 35-49% din prezis • bronhoree > 70 ml/24 h • hipoxemie în repaus sau la efort • semne prezente de CPC 	> 3 luni/an	Parțial sau temporar reversibile	70-89%	Accentuată Capacitatea de muncă pierdută în totalitate	II
<ul style="list-style-type: none"> • disfuncție ventilatorie foarte severă VEMS < 35% din prezis • bronhoree purulentă permanentă > 70 ml/24 h • insuficiență respiratorie cronică manifestă ($paO_2 \leq 60$ mmHg în repaus), CPC, ICD ireductibilă, capacitate de autoservire pierdută 	persistent	ineficient	90-100%	Gravă Capacitatea de autoservire pierdută	I

PLEUREZII PURULENTE

(empiem pleural, piotorax, abces pulmonar)

Sunt afecțiuni determinate de acumularea de lichid purulent în cavitatea pleurală. Pun problema aprecierii incapacității și a deficienței funcționale în următoarele situații:

- determină sechele importante (pahipleurită, calcificări pleurale);
- au necesitat tratament chirurgical (decorticare, exereză pulmonară, toracoplastie).

Aprecierea incapacității și a deficienței funcționale se bazează pe:

- evoluția clinică;
- severitatea disfuncției ventilatorii;
- reducerea capacității de efort estimată prin teste specifice.

TUBERCULOZA PULMONARĂ

Conform Programului Național de Control al Tuberculozei:

1. **cazul de tuberculoză** este considerat:

- pacientul cu simptome și semne sugestive de tuberculoză, confirmat bacteriologic și/sau histopatologic, la care este obligatorie instruirea tratamentului antituberculos;
- pacientul care nu are confirmare bacteriologică și/sau histopatologică, dar are un context clinic și paraclinic compatibil cu tuberculoza, iar medicul specialist decide instituirea tratamentului antituberculos.

2. **pacienții cu diagnosticul de tuberculoză se clasifică în următoarele categorii:**

- *caz nou*: pacientul care nu a mai făcut tratament cu medicamente antituberculoase în asociere pe o perioadă mai mare de o lună;

- *recidivă*: pacientul cu tuberculoză pulmonară care a primit o cură de tratament antituberculos în antecedente, a fost declarat vindecat și are un nou episod evolutiv confirmat bacteriologic;
- *eșec*: pacientul cu tuberculoză pulmonară care a rămas sau a devenit pozitiv (conform criteriilor de confirmare bacteriologică) la examenul bacteriologic al sputei pentru BK după 4 luni de tratament;
- *cronic*: pacientul cu eșec terapeutic la primul retratament.

3. categoriile de evaluare a tratamentului pentru pacienții cu tuberculoză pulmonară confirmați bacteriologic inițial:

- *vindecați*: pacienți confirmați bacteriologic, cu tratament corect efectuat, care au cel puțin două controale de spută negative, din care unul în ultima lună de tratament;
- *tratament încheiat*: pacient cu tratament corect efectuat, neconfirmat inițial bacteriologic sau confirmat bacteriologic, dar care nu are două controale de spută negative, pentru a fi etichetat vindecat;
- *eșec terapeutic*: pacientul care este pozitiv la orice examen bacteriologic al sputei efectuat după 4 luni de tratament.

Bolnavii confirmați clinic și bacteriologic cu tuberculoză pulmonară beneficiază de concedii medicale de 360 de zile, conform legii. După această perioadă, deficiența funcțională și incapacitatea adaptativă se apreciază în funcție de categoria clinică și terapeutică în care se află bolnavul.

Categoria clinică și terapeutică	Incapacitatea adaptativă	Deficiența funcțională/ Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Vindecat (fără sechele)	20-49%	Ușoară Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Tratament încheiat	50-69%	Medie Cel puțin jumătate pierdută	III
<ul style="list-style-type: none"> • eșec terapeutic • cronic • recidivă (precoce – la mai puțin de un an de la vindecare) • complicații severe, cronice (fistule bronho-pleuro-bronșice, empieme tbc reziduale) 	70-89%	Accentuată În totalitate pierdută	II
Forme cronice severe însoțite de: <ul style="list-style-type: none"> – cașexie – insuficiență respiratorie cronică manifestă – ICD ireductibilă 	90-100%	Gravă Capacitatea de autoservire pierdută	I

TUBERCULOZA PULMONARĂ OPERATĂ

În stabilirea incapacității și a gradului de invaliditate la acești bolnavi, se va ține seama de:

- criteriile de activitate a tuberculozei;
- consecințele morfofuncționale ale intervenției chirurgicale:

1. Bolnavii cu intervenție chirurgicală pe torace pentru tuberculoză pulmonară prezintă incapacitate de 70-89% (**deficiență funcțională accentuată – gradul II de invaliditate**) timp de 1 an de la intervenție;

2. Bolnavii operați pentru tuberculoză pulmonară, care au evoluat favorabil, se consideră că prezintă **incapacitate adaptativă de 50-69% (deficiență funcțională medie – gradul III de invaliditate)** pentru încă 6 luni în vederea readaptării progresive la activitatea profesională și a evitării recăderilor (chiar dacă nu prezintă afectarea funcției respiratorii);

3. După această perioadă, bolnavii vor fi reevaluați, iar incapacitatea adaptativă și deficiența funcțională vor fi stabilite conform criteriilor din capitolul introductiv, în funcție de:

- prezența sechelelor;
- severitatea disfuncției ventilatorii;
- alte tulburări funcționale;
- capacitatea de efort.

AFECTIUNI RESPIRATORII SEHELARE POSTTUBERCULOASE

În acest grup sunt cuprinse formele de tuberculoză pulmonară vindecate cu sechele morfo-funcționale importante.

Caracteristici:

- se manifestă după luni sau ani de la vindecarea procesului bacilar;
- baciloscopie directă constant negativă timp de cel puțin 18 luni (cel puțin 3 culturi);
- imagini radiologice nemodificate (controale repetate la câteva luni).

Forme clinice mai frecvente:

- bronșită cronică;
- bronșiectazii;
- insuficiență respiratorie cronică cu acutizări repetate;
- fibrotorax;
- pahipleurite calcare extinse;
- emfizem cicatriceal.

Stabilirea incapacității adaptative și încadrarea în grad de invaliditate se bazează pe:

- severitatea afectării ventilației pulmonare;
- severitatea afectării schimburilor gazoase la nivel pulmonar;
- reducerea capacității la efort estimată prin teste specifice;
- riscul de reactivare.

SINDROMUL DE APNEE ÎN SOMN (SAS)

Sindromul de apnee în somn, înainte de tratament și în absența complicațiilor, poate beneficia de concediu medical conform legii, timp în care vor fi aplicate metodele terapeutice adecvate (tratament chirurgical, tratament specific CPAP/BIPAP).

Postterapeutic, capacitatea de muncă se evaluează în funcție de răspunsul la terapia specifică, severitatea fenomenelor reziduale, prezența complicațiilor și a asocierilor morbide.

Evaluarea complexă cuprinde:

- examen pneumologic – severitatea fenomenelor reziduale: indicele apnee/hipopnee rezidual (IA/H), somnolența diurnă, complicațiile respiratorii;
- test de efort – capacitatea de efort, răspunsul hemodinamic, prognostic;
- examen psihologic – evidențierea tulburărilor cognitive, de atenție/concentrare;
- examen psihiatric (eventual);
- alte investigații în funcție de prezența complicațiilor și/sau a afecțiunilor asociate.

Aspecte clinice	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Răspuns terapeutic bun, IA/H rezidual ≤ 10 , deficit minor de atenție/concentrare, fără somnolență diurnă, reducere ușoară a capacității de efort	Ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează (eventual, loc de muncă în care să fie protejată siguranța proprie și a celorlalți)
Răspuns terapeutic satisfăcător, IA/H rezidual 11-20, deficit moderat de atenție/concentrare, somnolență diurnă, reducere moderată a capacității de efort, răspuns hemodinamic inadecvat la efort	Medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
Răspuns terapeutic slab, non-complianță la tratamentul specific, IA/H rezidual > 20 , deficit sever de atenție/concentrare, somnolență diurnă, reducere accentuată a capacității de efort, răspuns hemodinamic inadecvat la efort Asociere cu sindrom obezitate/hipoventilație (IMC > 40 kg/ m ² , hipercapnie și hipoxemie diurnă, fără alte cauze)	Accentuată	70-90%	Pierdută în totalitate	Gradul II

În prezența **complicațiilor/afecțiunilor asociate** (HTA, infarct miocardic, AVC, diabet zaharat, BPOC, insuficiență respiratorie, tulburări psihice), cazul se evaluează conform criteriilor pentru afecțiunile respective, considerând SAS ca factor agravant.

3. AFECȚIUNI ALE APARATULUI DIGESTIV

Evaluarea deficienței funcționale, a incapacității adaptative și a capacității de muncă în afecțiunile digestive se bazează pe:

- prezența și intensitatea simptomelor;
- starea generală și de nutriție;
- severitatea anemiei;
- prognosticul bolii.

Investigațiile aparatului digestiv necesare în expertiza medicală a capacității de muncă sunt:

- investigații radio-imagistice, tranzit baritat esofagian, gastric, intestinal, ultrasonografie, ecoendoscopie, CT, RMN etc.;
- investigații endoscopice specifice segmentelor de tub digestiv afectate: endoscopie esogastrică, colonică, rectală sau ecoendoscopie;
- investigații specifice chirurgiei generale prin laparoscopie, injectare de substanțe de contrast etc;
- examen histopatologic al diverselor fragmente de țesut prelevat fie prin abord chirurgical, fie endoscopic sau prin puncție de organ;
- examene de laborator biochimice și hematologice de uz curent și/sau speciale;
- teste imunologice;
- markeri virali și oncologici.

Pentru aprecierea stării de nutriție se va utiliza grila de stabilire a indicelui de masă corporală (IMC), în funcție de parametrii antropomorfi.

IMC – se măsoară în numărul de kilograme pe metrul pătrat de suprafață corporală.

Astfel, se consideră următoarele intervale:

- normal – 20-24,9 kg/m²;
- preobez – 25-29,9 kg/m²;
- obezitate – > 30 kg/m²;
- subponderal – 20-18,5 kg/m²;
- deficit ponderal < 18,5 kg/m².

Severitatea anemiei se apreciază astfel:

Anemie:

- ușoară Hb = 10-12g%;
- moderată Hb = 8-10g%;
- severă Hb < 8g%.

BOLILE ESOFAGULUI

A. Afecțiunile motorii și tulburările funcționale ale esofagului:

- acalazia;
- boala de reflux gastro-esofagian;
- hernia gastrică transhiatală;
- diverticuli esofagieni;
- bolile neurologice;
- boala Parkinson;
- stenozele esofagiene post-caustice;
- colagenozele etc.

B. Tumorile esofagiene sunt:

- benigne: leiomiom;
- maligne: – carcinom scuamos;
– adenocarcinom;
– melanocarcinom;
– carcinom cu celule mici;
– sarcom;
– carcinosarcom.

Simptomatologie:

- disfagie;
- dureri presternale inferioare;
- regurgitații;
- pirozis.

Tratamentul tumorilor esofagiene este chirurgical, iar uneori se asociază și tratamentul oncologic.

Procedurile de reconstrucție după esofagectomia terapeutică, care se aplică atât în cazul tumorilor, cât și al stenozelor esofagiene post-caustice, sunt:

Esofagogastrostomie:	– by-pass gastric substernal – by-pass gastric inversat – by-pass gastric intratoracic – tub gastric izoperistaltic
Interpoziție colonică:	– stânga (antiperistaltică) – dreapta (esoperistaltică) – transvers.
Interpoziție jejunală.	

Diagnosticul clinic se precizează prin: examen radiologic baritat, endoscopie, biopsie din mucoasa esofagiană.

Diagnosticul funcțional se precizează în funcție de intensitatea și de frecvența simptomatologiei, imaginea radiologică, diagnosticul endoscopic, deficitul ponderal, complicații.

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
A. Afecțiuni motorii și tulburări funcționale ale esofagului				
B. Tumori esofagiene benigne				
a) simptomatologie de intensitate mică b) episoade rare c) fără deficit ponderal	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
a) simptomatologie de intensitate mică b) episoade frecvente c) deficit ponderal ușor	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
a) simptomatologie de intensitate medie b) complicații: esofagită, hemoragii medii, complicații bronhopulmonare c) deficit ponderal mediu	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
a) simptomatologie permanentă b) complicații: ulcer esofagian, hemoragii digestive importante, stenoză peptică c) denutriție accentuată, anemie.	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

Tumorile **maligne** vor fi încadrate conform criteriilor de la capitolul *Afecțiuni neoplazice*.

BOLILE STOMACULUI ȘI ALE DUODENULUI

A. Ulcerul gastric și duodenal

Se caracterizează prin durere epigastrică cu ritmicitate și periodicitate caracteristice.

Este diagnosticat radiologic și endoscopic. Prezența infecției cu *Helicobacter Pylori P.* poate fi depistată endoscopic sau prin teste biologice și beneficiază de tratament specific.

În perioadele dureroase, când sunt necesare atât repausul fizic, cât și tratamentul medicamentos, pacientul beneficiază de concediu medical conform legii.

Lipsa răspunsului terapeutic și apariția complicațiilor (HDS, stenoza pilorică, denutriția) recomandă pacientul pentru intervenție chirurgicală.

B. Tumorile gastrice

Pot fi **benigne**: polipul, leiomiomul, leiomioblastul.

Diagnosticate endoscopic, radiologic și prin biopsie, beneficiază de cură chirurgicală.

Capacitatea de muncă se va aprecia în funcție de rezultatele terapeutice, de starea de nutriție și de complicații, conform criteriilor cuprinse în capitolul *Suferințele stomacului operat*.

- sau **maligne**: adenocarcinomul, limfomul, carcinoidul.

Diagnosticate prin endoscopie, examen radiologic și biopsie, pot beneficia de cură chirurgicală și de tratament oncologic. Capacitatea de muncă se va aprecia conform criteriilor pentru afecțiuni neoplazice.

Stomacul operat

Suferințele stomacului operat instalate precoce, până în 4 săptămâni post-operator (sindrom diareic, hemoragie, fistulă, pancreatită, stenoza gurii de anastomoză) beneficiază de tratament în serviciile de chirurgie în timpul concediului medical.

Suferințele tardive, instalate după 6-8 săptămâni de la intervenția chirurgicală (ulcerul peptic post-operator, sindromul postprandial precoce – dumping și sindromul post prandial tardiv) beneficiază, de asemenea, de concediu medical conform legii.

Diagnosticul clinic se precizează prin: examen radiologic baritat și endoscopie.

Diagnosticul funcțional se precizează în funcție de:

- intensitatea și frecvența simptomatologiei;
- date imagistice (radiologic, endoscopic);
- deficitul ponderal;
- severitatea anemiei.

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Stomac operat (fără rezecție de organ) a) fără simptomatologie postoperatorie b) fără deficit ponderal c) fără anemie	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
Stomac operat (fără rezecție de organ sau cu rezecție gastrică) a) cu simptomatologie minimă b) deficit ponderal ușor c) anemie ușoară	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
a) deficit ponderal mediu b) anemie feriprivă medie	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
Stomacul operat a) rezecție gastrică: – antrectomie – hemigastrectomie – gastrectomie subtotală, în funcție de starea generală, de starea de nutriție și de prognostic. b) deficit ponderal accentuat c) anemie feriprivă severă	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

HEPATITA CRONICĂ ȘI CIROZA HEPATICĂ

Hepatita cronică (HC) este un sindrom clinico-histo-patologic cu etiologii diferite, caracterizat de *inflamație cronică, necroză hepato-celulară și adesea fibroză*, care evoluează fără ameliorare cel puțin 6 luni.

Diagnosticul de HC este clinic, biologic și **histologic**.

În **evaluarea capacității de muncă** a unui pacient cu HC se vor avea în vedere:

- **Examenul obiectiv;**
- **Testele biochimice** (TFH – teste funcționale hepatice), care includ:
 - dozările de aminotransferaze (AT);
 - fosfataza alcalină (FA);
 - gama-glutamil transpeptidaza (GGT);
 - bilirubinemia totală și fracțiuni;
 - serinemia;
 - gama-globulinemia.
- **Bilanțul hematologic:**
 - include o hemogramă completă și evaluarea hemostazei, fiind un indicator fidel al funcției hepatice (TP = timpul de protrombină).
- **Teste speciale** pentru diagnosticul etiologic:
 - teste screening pentru markerii de infecție cu virusurile B, C etc., completate în caz de pozitivitate cu teste pentru stadiul de evoluție a infecției;
 - teste pentru diagnosticul etiopatogeniei autoimune (ANA, ASMA, anti-LKM1) sau speciale (ASGPR, pANCA);
 - dozări de ceruloplasmină, cupremie, cuprurie (b. Wilson);
 - dozări de feritină în hemocromatoză;
 - dozări de alfa-antitripsină în deficitul de alfa-antitripsină.
- **Diagnosticul histologic:**
 - teste invazive – puncția biopsie hepatică (PBH);
 - teste non-invazive (alternative) – testul FibroMax.
- **Alte examene:**
 - ecografia abdominală;
 - ecoendoscopie;
 - TC etc.

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Purtătorii cronici inactivi de virus B, C. ▪ HC stabilizate Fără semne clinico-biologice de activitate la cel puțin două examinări pe an	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
<ul style="list-style-type: none"> ▪ HC Cu semne minime de activitate clinico-biologice ± tratament antiviral <ul style="list-style-type: none"> ▪ ± PBH care confirmă diagnosticul ▪ alternativ – test FibroMax 	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează Pot beneficia de concediu medical conform legii ± schimbarea locului de muncă
<ul style="list-style-type: none"> ▪ HC Cu semne moderate de activitate clinico-biologice, cu perturbarea testelor de citoliză, cifrele nedepășind de 5 ori valoarea normală ± eventual confirmate de PBH <ul style="list-style-type: none"> ▪ alternativ – test FibroMax 	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
<ul style="list-style-type: none"> ▪ HC Cu evoluție severă , cu teste de citoliză depășind de 5 ori valorile normale ± gamaglobuline serice ce depășesc 20 g/l sau > 30% ± hiposerinemie ± creșteri stabile ale bilirubinemiei > 2 mg/dl ± alungirea timpului de protrombină confirmată de PBH	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

De reținut:

- **Purtător cronic inactiv** – noțiune folosită când AgHBs este prezent la pacientul asimptomatic, cu funcție hepatică normală și absența markerilor de replicare virală (AND, VHB, anti-HBC, IgM).
- **Factori de prognostic nefavorabil în HC:** hiposerinemia, alungirea timpului de protrombină, creșterea bilirubinemiei.
- Leziunile histologice hepatice (evaluate prin PBH sau testul FibroMax).

Ciroza hepatică (CH) este o boală hepatică difuză, caracterizată de asocierea fibrozei, nodulilor de regenerare și a necrozei hepatocitare, cu alterarea arhitecturii hepatice.

Evaluarea gradului de activitate a CH se realizează prin examen clinic, biologic și eventual morfopatologic. În general, puncția biopsie hepatică este rar indicată, din cauza rezultatelor fals negative sau a contraindicațiilor (ascită, tulburări de coagulare, trombocitopenie marcată).

CH inactivă (staționară) – transaminaze normale. Biologic, fără semne de insuficiență hepatică (albuminemie și coagulare normale).

CH activă – transaminazele crescute, iar în cele de etiologie autoimună, semne inflamatorii evidente: VSH crescut, gamaglobulinemie crescută. Atunci când există, puncția hepatică arată infiltrat inflamator important.

Din punct de vedere evolutiv, cirozele hepatice pot fi **compensate** sau **decompensate**.

În CH compensate, pacienții sunt asimptomatici, iar biologic există modificări minime ale transaminazelor serice.

În CH decompensate, apar icterul, ascita, hemoragiile digestive, encefalopatia. Cel mai sensibil și cel mai frecvent element de diferențiere între cirozele compensate și cele decompensate este ascita.

Pentru evaluarea evolutivă este utilă clasificarea Child-Pugh.

Clasificarea Child-Pugh a cirozelor hepatice

Parametri	Punctaj		
	1	2	3
Ascita	absentă	moderată	sub tensiune
Encefalopatia portală	absentă	gradul I-II	gradul III-IV
Albumina serică (g%)	> 3,5	2,8-3,5	< 2,8
Bilirubina serică (mg%)	< 2	2-3	> 3
Timp de protrombină (secunde peste normal)	< 4	4-6	> 6

Clasele A = 5-6 puncte, B = 7-9 puncte, C = 10-15 puncte

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
CH compensată asimptomatică sau cu semne minime clinico-biologice. Clasa Child A (fără ascită)	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
CH decompensată vascular și/sau parenchimos Cu ascită ușor reductibilă în cantitate mică, eventual icter, dar fără hemoragii digestive, fără encefalopatie hepatică. Clasa Child B.	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
CH decompensată, cu ascită controlabilă, eventual peritonită bacteriană spontană, fără sângerări variceale. Clasa Child C. Encefalopatia hepatică gradul I-II, episodică, indusă de factori predispozanți identificabili. ± hiposerinemia 3-3,5 g/L ± bilirubinemia 2-3 mg/dl ± indice de protrombină 40-50% ± semne minime de encefalopatie ± semne de citoliză ± gamaglobuline ≥ 30%	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

<p>▪ CH decompensată – gravă - cu hemoragii prin ruptură de varice esofagiene ± ascite greu de controlat ± semne de encefalopatie hepatică → comă ± hiposerinemie < 3 g/l ± bilirubinemie > 3 mg/dl ± indice de protrombină < 40%</p>	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
<p>▪ CH complicată cu adenocarcinom</p>	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

N.B. Factori de prognostic nefavorabil în CH:

- ficatul mic;
- vârsta înaintată;
- icterul;
- hipotensiunea arterială persistentă (valori sub 100 mmHg pentru sistolică);
- hemoragia;
- albuminemia sub 2,5 g/l;
- echimoze spontane;
- timp de protrombină prelungit;
- ascită greu/deloc controlabilă terapeutic;
- encefalopatie cu evoluție spre comă.

CH complicată cu hepatocarcinom (prezența în ser de markeri specifici cu nivel semnificativ: α fetoproteina > 500 nanograme/ml ± anomalii ecografice demonstrative ± argumente histologice decisive).

Transplantul de ficat

Transplantul de ficat, cu sau fără îndepărtarea ficatului lezat al primitorului, apare ca ultimă resursă terapeutică în bolile hepatice terminale.

Transplantul auxiliar (heterotopic) conservă ficatul receptorului și grefează un nou ficat, de regulă în regiunea paravertebrală dreaptă.

În **transplantul ortotopic** ficatul bolnav este extirpat, transplantul efectuându-se în locul acestuia.

Alternative ale transplantului ortotopic de ficat:

- transplantul de hepatocite izolate de la donator cadavru;
- folosirea de surse alternative pentru transplantul de hepatocite adulte primare: celule stem hepatice, măduvă osoasă, celule din cordonul ombilical și hepatocite imortalizate, hepatoblaști fetalii, embrioni.

În **aprecierea capacității de muncă** la pacienții cu transplant hepatic, se vor lua în considerare următoarele:

1. media supraviețuirii la 5 ani este de aproximativ 60%;
2. complicațiile postoperatorii;
3. rejețul cronic;
4. reacțiile adverse ale medicației imunosupresoare (hepatotoxicitate);
5. recurența bolii primare (hepatite cronice active autoimune, colangite sclerozante primare, colangiocarcinom, carcinom hepatocelular care recidivează după un an);
6. reinfecția grefei VHB și necesitatea retransplantului;
7. apariția hepatitei colestatice fibrozante (creșterea marcată a bilirubinei și scăderea protrombinei în discordanță cu hipertransaminazemia mică, pe fondul unei insuficiențe hepatice rapid progresive);
8. dezvoltarea unor hepatite cronice active sau fulminante;
9. stări septicemice și pancreatite (mai ales în hepatitele cu virus B);
10. recurența infecției cu virus C.

În primul an de intervenție, precum și în cazul prezenței uneia dintre complicațiile de mai sus, pacientul cu transplant hepatic are **capacitatea de autoservire pierdută, deficiență funcțională gravă, I.A. = 90-100%**.

Dacă evoluția este favorabilă după un an de la transplant, dar și în funcție de starea clinico-biologică, pacientul cu transplant hepatic poate avea:

- **deficiență funcțională accentuată** I.A. = 70-89%;
- **capacitatea de muncă pierdută în totalitate sau deficiență funcțională medie**, I.A. = 50-69%;
- **capacitatea de muncă cel puțin jumătate pierdută, în raport de pregătirea profesională și solicitările de la locul de muncă.**

BOLILE PANCREASULUI

Intră în discuție pancreatitele cronice severe, cancerul pancreatic, precum și rezecțiile pancreatico-duodenale (pentru neoplazii sau alte cauze) cu insuficiență pancreatică gravă.

Diagnosticul pozitiv al insuficienței pancreatice cronice exocrine

Clinic: diaree, steatoree, scădere ponderală, disconfort abdominal, dureri abdominale de intensitate variabilă;

– semne clinice ale malabsorbției de vitamine liposolubile A, D, E, K.

Biologic: testul cu secretină – CCK (dificil, invaziv, accesibilitate limitată)

– elastaza I fecală:

i. < 100 mcg/g → insuficiență severă;

ii. > 200 mcg/g → normal;

iii. 100-200 mcg/g → sugestiv pentru insuficiența pancreatică, dacă există și alte criterii;

– stimulare secretină la MRCP – pentru forme de PC ușoară.

Diagnosticul pozitiv al insuficienței pancreatice endocrine

Biologic: TTGO, glicemie

Teste speciale:

- **Imagistic** – ultrasonografie, CT, RMN, ERCP, ecoendoscopie (EUS);
 - anomalii ductale – calcificări, dilatații, stenoze;
 - anomalii parenchim – calcificări, pseudochisturi;
 - complicații – stenoze duoden, stenoze CBP, pseudoanevrisme, tromboze;
 - utile în suspiciunea de neoplazie – inclusiv puncția cu ac fin FNB;
 - tumori.
- **Histologic** – din biopsii EUS sau chirurgicale: distrucția acinilor, dilatarea ductelor, fibroza, infiltrate inflamatorii.

Afecțiunea Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Pancreatită cronică ușoară și moderată, fără diaree, fără diabet, durere controlabilă	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Pancreatită cronică moderat-severă cu sindrom diareic moderat, fără scădere ponderală semnificativă, cu durere controlabilă	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
Pancreatită cronică severă cu diaree gravă și denutriție severă, dureri persistente rezistente la tratamentul medicamentos. Pacienți cu duodeno-pancreatectomie, cu diaree controlabilă	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută	Gradul II

BOLILE INTESTINULUI

a) Boala celiacă a adultului (enteropatia glutemică)

Criterii de diagnostic (clinice și paraclinice):

- diaree cronică cu steatoree macroscopică;
- răspuns favorabil la regimul fără gluten;
- semne de malabsorbție globală (pierdere ponderală, hipocalcemie, hiposideremie, hipopotasemie);
- biopsie jejunală caracteristică (atrofie jejunală).

Pentru diagnostic este necesară evidențierea răspunsului favorabil la regimul fără gluten și un semn clinic.

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Boala celiacă a adultului – formă ușoară Bolnavii care prezintă diaree intermitentă cu steatoree macroscopică, cu răspuns favorabil la regimul de gluten, fără tulburări de nutriție sau cu un deficit ponderal ușor	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
Idem sub aspectul manifestărilor (diagnostic pus pe baza biopsiei jejunale caracteristice: atrofie jejunale cu semne de malabsorbție, mal-asimilație (pierdere ponderală între 15-20% din greutate), hipocalcemie, hiposideremie, hipopotasemie – ușoare, precum și bolnavii cu pusee diareice frecvente (1-2 ori/ lună) cu semne de malasimilație (hipopotasemie, hiposideremie, hipocalcemie – medii), reversibile la tratament și malasorbție (deficit ponderal ușor)	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Boala celiacă a adultului – formă medie Bolnavii care prezintă: – diaree cronică cu steatoree macroscopică; – răspuns favorabil la tratament și regim fără gluten; – sindrom de malabsorbție globală cu pierdere ponderală medie; – sindrom de malasimilație selectivă (hipopotasemie, hiposideremie, hipocalcemie – medii).	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
Boala celiacă a adultului – formă accentuată Pacienții care prezintă manifestările de mai sus, dar de intensitate mai mare și cu răsnet evident nutritiv (deficit ponderal), hipocalcemie, hiposideremie, hipopotasemie, evidente și persistente la măsurile de recuperare.	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

b) Enterita regională (boala Crohn – BC)

Boala Crohn (BC) reprezintă o afecțiune cronică cu etiologie necunoscută și patogeneză incomplet elucidată, în care procesul inflamator interesează transmural oricare segment al tubului digestiv, în asociere cu variate complicații intestinale și manifestări extraintestinale.

Cele două metode majore de diagnostic sunt:

1. examenul radiologic cu substanță de contrast;
2. endoscopia digestivă.

Diagnosticul pozitiv: diagnosticul complet al BC trebuie să cuprindă: localizarea, severitatea puseului inflamator, forma clinico-evolutivă, tipul de complicație.

Pentru aprecierea severității inflamației intestinale se utilizează, de regulă, scoruri semicantitative, cel mai cunoscut fiind *Crohn's Disease Activity Index (CDAI)*, ce cuantifică 8 variabile: numărul de scaune lichidiene sau moi, durerea abdominală, starea generală, numărul complicațiilor (artrite, uveite, eritem nodos sau stomatită aftoasă, fisuri sau abcese anale, fistule, febră), utilizarea opiaceelor antidiareice, prezența maselor abdominale, hematocritul și procentul deviației greutății corporale față de standard.

- CDAI sub 150 → remisiunea bolii;
- CDAI între 200-450 → activare moderată a bolii;
- CDAI peste 450 → boală cu activare severă.

În practică, se utilizează o încadrare simplificată a bolii în raport cu severitatea, în 3 forme:

1) Formele ușoare (blânde-moderate): cel mult 4 scaune/zi, durere abdominală minimă sau absentă, fără mase abdominale palpabile, fără semne de iritație peritoneală sau obstrucție intestinală, fără febră, fără semne de deshidratare și toxicitate sistemică, fără complicații, fără anemie, greutate normală, pacienți cu toleranță orală conservată, care pot fi tratați cu succes în regim ambulatoriu.

2) Formele moderate: 4-6 scaune/zi, dureri abdominale de intensitate moderată, greață, vărsături, febră, complicații, scădere ponderală, anemie sau pacienți cu forme blânde, care nu au răspuns la terapia corespunzătoare.

3) Formele severe: peste 6 scaune/zi, dureri abdominale severe, mase abdominale palpabile, anemie, scădere ponderală, pacienți cu manifestări persistente, în pofida tratamentului cu corticosteroizi, sau cu simptome severe ca: deshidratare, febră, frisoane, tahicardie, semne de iritație peritoneală sau obstrucție intestinală, cașexie, sepsis.

4) Remisiunea: pacienții asimptomatici sau fără sechele inflamatorii în urma intervențiilor medicamentoase sau a rezecțiilor chirurgicale.

Diagnosticul clinic se precizează prin examen clinic, radiologic cu substanță de control și endoscopie digestivă.

Diagnosticul funcțional se stabilește în funcție de intensitatea simptomatologiei, a anemiei și în funcție de deficitul ponderal.

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Boală Crohn ușoară 1) BC în remisiune 2) BC formă ușoară	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Boală Crohn moderată 1) BC formă moderată cu deficit ponderal mediu 2) BC formă moderată, cu deficit ponderal mediu, anemie (Hb 8-10 g/dl), cu răspuns parțial la tratament	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
Boală Crohn severă 1) BC formă severă, cu sindrom de malabsorbție, anemie (Hb < 8 g/dl), deficit ponderal < 16 kg/m ² . 2) BC cu complicații: – enterale (fistule, stenoze) – sistemice (oculare, articulare, hepatice) 3) BC cu rezecții intestinale și ileostomie	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

c) Rectocolita ulcero-hemoragică (RCUH)

Cele două metode majore de diagnostic sunt examenul radiologic cu substanță de contrast și endoscopia digestivă.

Diagnosticul pozitiv: diagnosticul clinic complet trebuie să cuprindă – forma clinică evolutivă, severitatea puseului de activitate, extensia bolii, complicațiile sistemice (când există).

Clasificarea puseelor de activitate clinică (după Truelove și Witts)

1) Forma clinică ușoară (minimă)

- paucisimptomatică: diaree blândă (< 4 scaune/zi, în cantitate mică, cu câteva glere și sânge inconstant), fără febră, tahicardie, stare generală bună;
- tușeul rectal nesemnificativ;
- fără sau cu ușoară anemie (Hb > 9 g/dl – VSH < 30 ml/1h).
- imagine radiologică necaracteristică.

Endoscopia indică modificări minime, localizate la o porțiune a rectului sau a sigmoidului terminal: mucoasă congestionată, strălucitoare, ușor edemațiată, fragilă, ușor sângerândă.

2) Forma moderată (medie, mijlocie)

- diaree (4-6 scaune/zi, păstoase, glero-sanguinolente, uneori emisiuni afecale și tenesme rectale), subfebrilitate, inapetentă, grețuri, dureri abdominale și rectale, astenie discretă, stare generală bună (alteori manifestări generale mai severe: febră mare, stare toxică, anemie intensă);
- tușeul rectal indică o creștere a tonusului sfîcterului anal, iar pe vârful degetului se recoltează sânge, mucus și eventual puroi, anemie (Hb – 7,5-9 g/dl);
- radiologic: tablou complet de RCUH formă ulcero-proliferativă;
- endoscopia: congestia mucoasei, edem accentuat și ulceratii acoperite de membrane pultacee și polipi inflamatorii, secreții muco-sanguino-purulente. Se pot ivi și complicații.

3) Forma severă (gravă)

- diaree severă (> 6 scaune/zi cu sânge în amestec), până la diaree profuză (30-40 scaune/zi, diaree afecală alcătuită din glere, puroi și sânge cu importantă deperdiție hidroelectrolitică și proteică consecutivă);
- febră > 37,5°, minimum 2 din 4 zile; tahicardie sinusală > 90 b./min., abdomen meteorizat, sensibil, sindrom toxiinfecțios (stare generală profund alterată, stare de prostație, astenie, febră mare, tahicardie, edeme declive), anemie severă (Hb < 7,5 g/dl) și hiperleucocitoză cu neutrofilie și deviere la stânga a firului, VSH > 30 mm/h;
- radiologic – distensia colonului (irigografia este periculoasă din cauza fragilității peretelui intestinal).

Diagnosticul clinic se precizează prin examen clinic, radiologic cu substanțe de contrast și cu endoscopie digestivă.

Diagnosticul funcțional se stabilește în funcție de intensitatea simptomatologiei, de anemie și de deficitul ponderal.

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Rectocolita ulcero-hemoragică – RCUH <i>formă regresivă</i> , bolnavi cu un singur puseu de activitate în antecedente, de intensitate ușoară sau medie, cu răspuns prompt la tratamentul aplicat, urmat de o perioadă de remisiune completă și durabilă de cel puțin 1 an	Fără deficiență funcțională	0 -19%	Păstrată	Nu se încadrează
Rectocolita ulcero-hemoragică – forma clinică ușoară – RCUH <i>formă recurentă, cu pusee rare</i> (1-2/an), de intensitate ușoară sau medie, cu remisiune completă	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează

<p>Rectocolita ulcero-hemoragică – forma medie, mijlocie) 1) RCUH formă recurentă, cu pusee rare (1-2/an), de intensitate medie sau gravă (atestată prin documente medicale), tratată cu salazopirină și eventual prednison în doze mici, cu deficit ponderal mediu și anemie (Hb = 8-10 g/dl) 2) RCUH formă cronică cu evoluție continuă sub tratament cu salazopirină și eventual prednison în doze mici, cu sindrom diareic și dureros moderat, deficit ponderal mediu și anemie (Hb = 8-10 g/dl)</p>	<p>Deficiență funcțională medie</p>	<p>50-69%</p>	<p>Pierdută cel puțin jumătate</p>	<p>Gradul III</p>
<p>Rectocolita ulcero-hemoragică – forma severă (gravă) 1) RCUH formă recurentă cu episoade acute frecvente (peste 27/an), de intensitate severă, care au necesitat internare într-o secție de reanimare, cu perioada de remisiune cu durată mai mică de 6 luni, incompletă, care necesită corticoterapie continuă 2) RCUH cu complicații sistemice 3) RCUH în primele 6-12 luni după o intervenție chirurgicală de amploare (colectomie totală cu anastomoză ileocecală sau ileo-anală) 4) RCUH cronică cu agravare progresivă, fără remisiuni 5) RCUH cu ileostomie sau sigmoidostomie definitivă</p>	<p>Deficiență funcțională accentuată</p>	<p>70-89%</p>	<p>Pierdută în totalitate</p>	<p>Gradul II</p>

d) Rezecții intestinale posttraumatisme abdominale, pentru tumori benigne, maligne și alte cauze

<p>Afecțiunea. Forma clinică</p>	<p>Deficiența funcțională</p>	<p>Incapacitatea adaptativă</p>	<p>Capacitatea de muncă</p>	<p>Gradul de invaliditate</p>
<p>Rezecție de intestin subțire cu simptomatologie ușoară, anemie ușoară, deficit ponderal</p>	<p>Fără deficiență funcțională</p>	<p>20-49%</p>	<p>Păstrată</p>	<p>Nu se încadrează</p>
<p>Rezecții de intestin subțire – sindrom intestin scurt, cu dureri abdominale, diaree sau/și fenomene subocluzive din cauza perivisceritei, malasimilație cu denutriție medie (deficit ponderal mediu)</p>	<p>Deficiență funcțională medie</p>	<p>50-60%</p>	<p>Pierdută cel puțin jumătate</p>	<p>Gradul III</p>
<p>Rezecție de intestin subțire cu dereglări severe: malabsorbție, malasimilație, cu deficit ponderal sever; anemie severă (< 8g/dl), manifestări ameliorate parțial la tratament. Bolnavii cu fistule pararectale, fistule anorectale, cu incontinență de materii fecale, stare septică, denutriție progresivă, amendate sau ameliorate după tratamentul chirurgical</p>	<p>Deficiență funcțională accentuată</p>	<p>70-89%</p>	<p>Pierdută în totalitate</p>	<p>Gradul II Contraindicație pentru orice activitate profesională</p>
<p>Pacienții cu rezecții de colon pentru tumori maligne, cu anus iliac, <i>sigma anus</i> sau <i>anus contra lateralis</i> și cei cu agravare progresivă, anemie severă, stare de cașexie</p>	<p>Deficiență funcțională gravă</p>	<p>90-100%</p>	<p>Capacitatea de muncă și autoservire pierdută în totalitate</p>	<p>Gradul I</p>

EVENTRAȚIILE

Eventrația reprezintă hernierea unei părți a conținutului abdominal printr-un orificiu, care se creează într-o zonă slabă a unei cicatrici postoperatorii sau posttraumatice.

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Eventrații – neoperate sau operate și recidivate, cu posibilități de reintervenție	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează Pot beneficia de concediu medical conform legii ± schimbarea locului de muncă ± program redus
– operate multiplu, recidivate, fără posi- bilitate de a se interveni chirurgical în prezent; – ± tulburări de tranzit	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III

4. AFECȚIUNI RENALE

BOLILE GLOMERULARE (Glomerulonefritele)

Glomerulonefrite acute

Glomerulonefritele acute evoluează cel mai frecvent spre vindecare (uneori până la 2-3 ani). Vindecarea nu poate fi afirmată decât după 1-2 ani (uneori până la 2-3 ani). Există forme clinice recidivante, cu tendință la cronicizare.

Evaluarea periodică, respectiv revizuirea la termen a bolnavilor cu glomerulonefrită acută, cuprinde:

1. examenul clinic: edeme, curba ponderală, presiunea arterială, diureza;
2. explorarea funcțională a rinichiului:
 - examen sumar de urină;
 - sediment urinar cantitativ (Stansfeld-Webb, Addis-Hamburger);
 - examen de urină din 24 de ore (densitate și osmolaritate, proteinurie, albuminurie, uree, creatinină, sodiu, potasiu);
 - clearance-ul creatininei și al ureei endogene;
 - creatinină și uree serică;
3. explorarea imagistică renală (ecografie);
4. explorarea imunologică:
 - complement seric (total, C3);
 - crioglobulinemie;
 - titru ASLO;
 - probe de inflamație (VSH, fibrinemie).

Diagnostic funcțional

Aprecierea deficienței funcționale și a incapacității adaptative trebuie realizată după expirarea perioadei legale de concediu medical, conform *tabelului I*.

Tabelul I. Criteriile de apreciere a gradului de invaliditate în glomerulonefritele acute

Forma clinică de glomerulonefrită acută	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Ușoară – simptomatologie ștearsă – evoluție peste 3 luni – tendință la cronicizare (uneori)	Ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate (eventual schimbarea locului de muncă)
Medie – tablou clinic moderat – proteinurie și hematurie persistente – hipertensiune arterială	Medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	III
Gravă – tablou clinic complet – simptomatologie intensă Evoluție spre IRC: – lentă cu perioade de remisiune – accelerată	Accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	II

Forma clinică de glomerulonefrită acută	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
În formele care au evoluat spre IRC, deficiența funcțională, incapacitatea adaptativă și capacitatea de muncă sunt stabilite conform criteriilor pentru IRC.	Variabil în funcție de stadiul IRC	Variabil în funcție de stadiul IRC	Variabil în funcție de stadiul IRC	Variabil în funcție de stadiul IRC

Glomerulonefrite subacute (rapid progresive)

Sunt afecțiuni severe care, în absența tratamentului, evoluează invariabil către insuficiență renală terminală și deces în 6-24 de luni.

Din cauza tratamentului imunosupresor agresiv, asociat cu plasmafereză și metode de substituție a funcțiilor renale, sunt posibile remisiuni de durată. Alteori, supraviețuirea este posibilă cu ajutorul mijloacelor de substituție a funcțiilor renale.

Evaluarea periodică a bolnavilor este asemănătoare celei prezentate pentru glomerulonefritele acute, cu particularizarea probelor imunologice în funcție de contextul etiologic. În plus, sunt indicate investigații biologice pentru urmărirea toxicității potențiale a medicației imunosupresoare (hemogramă, transaminaze serice) și analizele periodice adecvate gradului insuficienței renale.

Diagnostic funcțional

Bolnavii cu glomerulonefrită subacută au deficiență funcțională accentuată, cu incapacitate adaptativă de 70-89%, capacitate de muncă pierdută în totalitate și gradul II de invaliditate. În funcție de răspunsul la tratament, aprecierea ulterioară a deficienței funcționale depinde de tendința evolutivă a bolii:

- pentru formele cu evoluție spre insuficiență renală cronică persistentă, vor fi aplicate criteriile stabilite pentru această afecțiune;
- pentru formele cu evoluție favorabilă spre remisiune, vor fi aplicate criteriile menționate la glomerulonefritele acute, ținându-se cont și de solicitările locului de muncă.

Glomerulonefrite cronice

Manifestările clinice sunt variabile și constau în: sindrom nefritic cronic, sindrom nefrotic, HTA renoparenchimatoasă, insuficiență renală cronică și anomalii urinare asimptomatice.

Evaluarea periodică trebuie să cuprindă:

- examen sumar de urină;
- sediment urinar cantitativ;
- examenul urinei din 24 de ore (proteinurie, albuminurie, uree, creatinină);
- uree și creatinină serică;
- estimarea filtrării glomerulare (clearance-ul creatininei și al ureei endogene, formula Cockcroft-Gault sau ecuația MDRD);
- bilanț hidroelectrolitic și acidobazic (sodiu, potasiu, bicarbonat în ser);
- explorare imagistică renală (ecografie).

Diagnostic funcțional

Aprecierea deficienței funcționale și a incapacității adaptative la bolnavii cu glomerulonefrite cronice depinde, în primul rând, de asocierea insuficienței renale cronice. În cazul prezenței acesteia, vor fi aplicate criteriile stabilite pentru IRC.

Pentru cazurile care prezintă sindrom nefrotic, vor fi aplicate criteriile adecvate acestuia.

Diagnosticul funcțional depinde, de asemenea, de:

- etiologie (în formele secundare);
- comorbidități (hipertensiune arterială, boli cardiovasculare, hiperparatiroidism secundar).

Glomerulonefrite cronice fără declinul funcției renale (rată de filtrare glomerulară peste 60 mL/min/1,73 m²), cu proteinurie subnefrotică și fără hipertensiune arterială, nu determină invaliditate. În funcție de solicitările specifice locului de muncă, poate fi indicată schimbarea acestuia.

Sindrom nefrotic

Evaluarea funcțională a pacientului cu sindrom nefrotic trebuie să țină seama de contextul clinic în care acesta a apărut, de potențialul evolutiv spre insuficiență renală cronică, de severitatea tabloului clinico-biologic și de asocierea complicațiilor (altele decât IRC):

- complicații cardiovasculare (hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă prin hipervolemie);
- tromboze venoase și arteriale;
- complicații infecțioase;
- complicații metabolice;
- complicații ale terapiei (corticoizi, imunosupresoare).

Elementele de apreciere a evoluției sunt:

1. Examenul clinic: curba ponderală, sindromul edematos, presiunea arterială, manifestările cardiovasculare (dispnee, raluri de stază pulmonară), manifestările insuficienței renale;

2. Explorări de laborator:

- examenul sumar de urină;
- sediment urinar cantitativ (Stansfeld-Webb, Addis-Hamburger);
- proteinuria/24 de ore;
- proteinemie, albuminemie și electroforeza proteinelor serice;
- colesterolemia și trigliceridemia;
- sindromul biologic inflamator (VSH, fibrinogen);
- ureea și creatinina serică;
- estimarea filtrării glomerulare (clearance-ul creatininei și al ureei endogene, formule de calcul: Cockcroft-Gault sau MDRD);
- explorări adecvate diferitelor complicații asociate.

Diagnostic funcțional

La bolnavii cu proteinurie nefrotică și/sau complicații ale sindromului nefrotic, deficiența funcțională este accentuată, incapacitatea adaptativă este de 70-89%, capacitatea de muncă este în totalitate pierdută – gradul II de invaliditate.

După instalarea insuficienței renale cronice, deficiența funcțională, incapacitatea și invaliditatea sunt apreciate conform criteriilor stabilite pentru aceasta.

În perioadele de remisiune persistentă a sindromului nefrotic (proteinurie sub 1g/zi de cel puțin 6 luni) și în absența complicațiilor, deficiența funcțională este medie, incapacitatea adaptativă este de 50-69%, capacitatea de muncă este pierdută cel puțin jumătate – gradul III. Poate fi prestată o activitate profesională cu program redus, dar trebuie evitat efortul fizic mare, turele prelungite și de noapte, cât și expunerea la condiții de mediu extreme.

NEFROPATII TUBULOINTERSTIȚIALE CRONICE

Diagnostic funcțional

Bolnavii cu nefropatii tubulointerstițiale obstructive sau de cauză medicală beneficiază de concediu medical conform legii. După expirarea acestei perioade, bolnavii **pot prezenta invaliditate** numai dacă există afectarea funcției renale sau co-morbidități. În acest caz, deficiența funcțională și incapacitatea adaptativă sunt apreciate conform criteriilor stabilite pentru insuficiența renală cronică, respectiv pentru patologia asociată.

TUBERCULOZA RENO-URINARĂ

Tuberculoza urinară este întotdeauna secundară unui focar de primoinfecție cel mai adesea pulmonar, mai rar osos, pleural sau ganglionar. Între manifestările clinice ale focarului primar și cele ale localizării secundare renale, există o perioadă de latență variabilă între o lună și 30 de ani.

Diagnostic funcțional

1. Cazurile confirmate de tuberculoză renourinară beneficiază de concediu medical conform legii.

2. După expirarea perioadei de concediu medical:

- *dacă evoluția este nefavorabilă* și criteriile de vindecare parțial îndeplinite, se consideră deficiență funcțională accentuată, cu incapacitate adaptativă 70-89%, capacitate de muncă pierdută în totalitate – gradul II de invaliditate;
- *dacă evoluția este favorabilă* și sunt îndeplinite criteriile de vindecare, se consideră deficiență funcțională medie, cu incapacitate 50-69%, capacitate de muncă cel puțin jumătate pierdută – gradul II de invaliditate. În funcție de solicitările energetice și de condițiile ambientale ale locului de muncă, bolnavul poate lucra cu program redus, fie pe locul de muncă anterior, fie pe un alt loc de muncă (cu indicație pentru afecțiunile renale).

3. În cazul reluării activității cu program redus, bolnavul este urmărit o perioadă de 6-12 luni. Dacă în această perioadă boala este stabilizată și nu sunt semne de afectare a funcției renale, nu există reactivări și adaptarea la locul de muncă este corespunzătoare, se poate trece la programul normal de activitate (deficiență ușoară cu incapacitate adaptativă de 20-49%, capacitate de muncă păstrată).

RINICHIUL UNIC CHIRURGICAL/ FUNCȚIONAL

În aprecierea incapacității adaptative (a deficienței funcționale – gradului de invaliditate) a pacienților cu rinichi unic chirurgical, se va ține seama de următoarele:

- un singur rinichi este capabil să asigure toate funcțiile secretorii, homeostatice și endocrine ale unui adult activ în condiții normale;
- adaptarea compensatorie renală în urma nefrectomiei unilaterale este rapidă: 80% în primele 15 zile, 90% în primele 3 luni și 94% în primul an; rămâne un deficit funcțional permanent de aproximativ 6%.

În cazul în care nu sunt deja pensionari de invaliditate, pacienții nefrectomizați beneficiază de concediu medical conform legii. Incapacitatea adaptativă (deficiența funcțională) se apreciază în funcție de situația rinichiului restant (*tabelul II*). După instalarea insuficienței renale cronice, incapacitatea se stabilește conform criteriilor de la capitolul respectiv.

Tabelul II. Criterii de apreciere a gradului de invaliditate la bolnavii cu rinichi unic chirurgical

Patologia rinichiului restant/asociată	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Absentă, funcție normală	Ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– litiază asimptomatică sau cu simptomatologie minoră – comorbidități: obezitate, HTA – IRC compensată	Medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	III
– pielonefrită cronică – litiază cu colici frecvente – tuberculoza rinichiului restant – stenoze ale căilor urinare inferioare – IRC decompensată	Accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	II

MALFORMAȚIILE RENALE

Malformațiile aparatului renourinar sunt alterări ale formei, poziției și structurii parenchimului renal și/sau ale căilor urinare, produse în timpul vieții intrauterine de factori variați (genetici, toxici, infecțioși sau factori de mediu). Acestea pot deveni manifeste în funcție de severitatea alterărilor structurale și funcționale și de complicațiile care le însoțesc.

Stabilirea incapacității (deficienței funcționale) se face după criteriile menționate pentru:

- insuficiența renală cronică;
- hipertensiunea arterială.

INSUFICIENȚA RENALĂ CRONICĂ

Insuficiența renală cronică (IRC) este un sindrom cronic progresiv, având o evoluție stadială progresivă către exitus, în ani de zile. IRC reprezintă expresia funcțională a diferitelor tipuri de boli cronice ale rinichiului. IRC presupune existența de leziuni în ambii rinichi sau într-un singur rinichi, când acesta este unic. Prezența de leziuni într-un singur rinichi, celălalt fiind sănătos, exclude apariția IRC, rinichiul sănătos compensând funcțiile pierdute ale rinichiului lezat.

Boala cronică de rinichi (BCR) este un concept clinico-epidemiologic care permite clasificarea stadială a nivelului de afectare globală a funcției renale, evaluată prin rata de filtrare glomerulară estimată prin măsurarea clearance-ului creatininei endogene sau, indirect, prin ecuații de predicție (Cockroft-Gault, MDRD), fără a înlocui diagnosticul entității anatomo-clinice de afecțiune renală. Boala cronică de rinichi poate fi afirmată dacă:

1. rata de filtrare glomerulară este sub 60 mL/min/1,73 m² persistent peste 3 luni;
2. există indicatori de afectare a rinichiului persistenți peste 3 luni, cu filtrare glomerulară peste 60 mL/min/1,73 m².

Indicatorii de afectare a rinichiului sunt unul sau mai mulți dintre următorii:

- anomalii ale examenelor de urină: proteinurie, albuminurie, hematurie, leucociturie, cilindruerie;
- anomalii ale probelor sanguine: dezechilibru hidroelectrolitic, acidobazic;
- anomalii imagistice ale rinichilor;
- anomalii ale aspectului histologic renal (la biopsia renală).

Diagnostic funcțional

Deficiența funcțională și încadrarea în grade de invaliditate a bolnavilor cu boală cronică de rinichi depinde de stadiul evolutiv al acesteia (*tabelul III*).

Tabelul III. Invaliditatea determinată de boala cronică de rinichi

Stadiul BCR	Caracteristici	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Stadiile 1 și 2	Afectarea rinichiului cu RFG > 60 mL/min	Absentă*	1-19%*	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
		Ușoară*	20-49%*	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate (eventual, schimbarea locului de muncă)
Stadiul 3	RFG = 30-59 mL/min	Ușoară*	20-49%*	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate (eventual, schimbarea locului de muncă)
		Medie*	50-69%*	Pierdută cel puțin jumătate	III
Stadiul 4	RFG = 15-29 mL/min	Medie*	50-69%*	Pierdută cel puțin jumătate	III
		Accentuată*	70-89%*	Pierdută în totalitate	II
Stadiul 5	RFG < 15 mL/min sau dializă	Accentuată*	70-89%*	Pierdută în totalitate	II
		Gravă*	90-100%*	Capacitatea de autoservire poate fi pierdută în totalitate*	I

RFG – rată de filtrare glomerulară; * funcție de simptomatologia clinică și de patologia asociată.

Rata de filtrare glomerulară poate fi estimată prin formula Cockroft-Gault:

$$[140 - \text{vârsta (ani)}] \times G \text{ (kg)}$$

$$\text{CLcr (mL/min)} = \frac{\text{[140 - vârsta (ani)]} \times G \text{ (kg)}}{72 \times \text{Scr (mg/dL)}} \times 0,85 \text{ (dacă subiectul este femeie)}$$

IRC în stadiul de uremie depășită prin mijloace de epurare extrarenală (hemodializă, hemo-diafiltrare, dializă peritoneală continuă, ambulatorie sau automată)

Diagnostic funcțional

Evaluarea clinico-funcțională a bolnavului cu insuficiență renală cronică tratată prin mijloace de epurare extrarenală va ține seama de următorii factori:

- statusul funcțional renal;
- stadiul evolutiv al bolii renale sau al bolii generale cu atingere renală care a dus la insuficiență renală cronică;
- prezența patologiei induse de hemodializă sau de dializă peritoneală;
- profilul psihointelectual al pacientului;
- nivelul responsabilităților sociale și familiale ale bolnavului;
- motivația pentru muncă a deficientului și atitudinea familiei față de caz;
- resursele tehnice și financiare existente.

Toți bolnavii cu IRC tratați prin metode de epurare extrarenală au funcția renală grav afectată, cu o rată de filtrare a rinichilor nativi sub 5 mL/min. Există o anemie renală severă (în absența tratamentului concomitent cu eritropoietină umană), iar hiperparatiroidismul secundar se agravează progresiv. Există elemente clinice și paraclinice ale comorbidităților. Principalele comorbidități asociate insuficienței renale cronice în stadiul terminal (sub tratament prin epurare extrarenală) sunt enumerate în *tabelul IV*.

Tabelul IV. Comorbidități ale insuficienței renale cronice în stadiul terminal

I. Manifestări cardiovasculare	VI. Manifestări endocrino-metabolice
– hipertensiune arterială	– hiperparatiroidism secundar
– hipotensiune arterială	– osteodistrofie renală
– pericardită uremică	– calcificări extraosoase
– cardiomiopatie uremică	– malnutriție
– aritmii	VIII. Anomalii hidroelectrolitice și acidobazice
– arteroscleroză accelerată	– hiperpotasemie (rar, hipopotasemie)
– insuficiența cardiacă	– hiponatremie/hipernatremie
II. Manifestări respiratorii	– alterări ale izohidriei:
– plămân uremic	– mai frecvent, deshidratare extracelulară
III. Manifestări gastrointestinale	– hiperhidratare
– gastrită	– hipocalcemie (cu hipocalciurie)
– enterocolită	– hiperfosfatemie
– sângerări digestive	– acidoză metabolică
IV. Manifestări hematologice	VII. Patologie indusă de metodele de epurare extrarenală
– anemie	– sindrom de dezechilibru osmotic
– disfuncții leucocitare (disfuncție imunitară)	– complicații ale căii de abord vascular (cateter/fistulă)
– diateze hemoragipare	– complicații infecțioase/inflamatorii ale dializei peritoneale (peritonită acută, peritonită sclerozantă)
V. Manifestări neurologice	
– encefalopatie uremică	– complicații mecanice ale dializei peritoneale (scurgeri de dializant, hernii, ileus, hemoragii de perete abdominal)
– polineuropatie periferică senzitivo-motorie	– amiloidoză beta 2-microglobulinică

În funcție de starea clinică generală a bolnavului și de asocierile comorbide, este propusă următoarea încadrare în grade de invaliditate (*tabelul V*).

Tabelul V. Încadrarea în grade de invaliditate la bolnavii cu IRC tratați prin metode de epurare extrarenală

Starea clinică	Patologia indusă de HD sau DP	Deficiența funcțională**	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invalidate
Stabilizată*	Absentă	Ușoară**	20-49%**	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate (schimbarea locului de muncă) ***
		Medie**	50-69%**	Pierdută cel puțin jumătate	III***
Perioade de alterare evidențiate clinic și/sau funcțional	Eventual	Medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	III***
Alterare progresivă	Prezentă	Accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	II
Grav alterată	Prezentă	Gravă	90-100%	Pierdută în totalitate cu I.A.P.	I

* Stare generală stabilizată:

– **criterii clinice:**

- apetit bun;
- stare de nutriție bună;
- tensiune arterială normală (controlată terapeutic);
- absența comorbidităților manifeste clinic: polinevrită senzitivo-motorie, osteoartropatie renală, boală vasculară aterosclerotică (coronariană, cerebrală, vasculară), hipotensiune arterială, malnutriție;

– **criterii paraclinice (funcționale):**

- asigurarea unei echivalențe de filtrare glomerulară de ~ 20 mL/min (calculată ca sumă a funcției renale reziduale – clearance-ul renal echivalent al ureei și clearance-ul dialitic săptămânal al ureei – Kt/V);
- uree sanguină < 150mg/dL și creatininemie < 8mg/dL;
- potasemie < 5mEq/L;
- bicarbonat seric > 20mEq/L;
- creșterea sau menținerea constantă a hemoglobinei la valori > 10g/dL.

** În funcție de **toleranța clinică individuală**. La evaluarea deficienței funcționale vor fi luate în considerare și celelalte comorbidități (de exemplu, insuficiența cardiacă, polinevrita, malnutriția).

*** **Activitate profesională permisă:**

- solicitare energetică profesională redusă;
- poziție șezândă;
- condiții favorabile de microclimat (noxe, umiditate, curenți de aer, trepidații etc.);
- program de muncă corespunzător (excluderea muncii în ture și a activităților secundare și ocazionale).

Trebuie luate în considerare și elemente tehnice precum:

- tipul dializei;
- în cazul hemodializei: număr de ședințe/săptămână, durata ședințelor;
- accesibilitatea centrului de dializă.

IRC în stadiul de uremie depășită prin transplant renal

Diagnostic funcțional

Aprecierea deficienței funcționale și a incapacității adaptative în vederea încadrării în grade de invaliditate posttransplant renal va ține seama de:

- gradul de restabilire a funcției renale;
- evoluția postoperatorie;
- existența complicațiilor și a comorbidităților;
- toxicitatea tratamentului imunosupresor.

Bolnavii cu evoluție postoperatorie favorabilă, în primele 6-12 luni după transplant, au deficiență funcțională accentuată, cu incapacitate adaptativă de 70-89% și capacitate de muncă pierdută în totalitate.

Dacă evoluția ulterioară este bună (grefă renală funcțională care asigură menținerea în limite normale a produșilor de retenție azotată în ser, absența comorbidităților manifeste clinic, absența complicațiilor terapiei imunosupresoare), bolnavul își poate relua activitatea în condiții corespunzătoare de muncă, cu program redus – deficiență funcțională medie, incapacitate adaptativă 50-69%, capacitate de muncă pe jumătate pierdută.

În cazul în care reluarea activității profesionale este posibilă, se va ține seama de:

- solicitările specifice locului de muncă;
- profilul psihologic și situația familială a deficientului;
- motivația pentru muncă a deficientului.

Evoluția nefavorabilă și prezența complicațiilor post transplant renal pot duce la pierderea capacității de autoservire, cu deficiențe funcționale grave, incapacitate adaptivă 90-100%, cu încadrare în gradul I de invaliditate.

Complicațiile posttransplant renal care conduc la invaliditate totală și la pierderea capacității de autoservire sunt:

- disfuncția grefei renale;
- rejetul cronic;
- complicații infecțioase;
- complicații medicale ale bolii vasculare arterosclerotice: infarct miocardic, accidente cerebro-vasculare; HTA necontrolată;
- diabet zaharat posttransplant;
- insuficiență hepatică;
- boli maligne.

5. BOLI DE NUTRIȚIE

CRITERII DE DIAGNOSTIC CLINIC, DIAGNOSTIC FUNCȚIONAL ȘI AL CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN DIABETUL ZAHARAT TIP 2

Diabetul zaharat este o disfuncție metabolică cu etiologie multiplă caracterizată de hiperglicemie cronică, cu modificarea metabolismului glucidic, lipidic și proteic care rezultă din defectele secreției și/sau acțiunii insulinei.

Diabetul zaharat este asociat cu apariția afectării organice, cauzate de complicațiile cronice ale diabetului.

Complicațiile cronice ale diabetului zaharat care determină deficiență funcțională sunt:

- nefropatia diabetică;
- retinopatia diabetică;
- polineuropatia diabetică;
- leziunile trofice ale piciorului;
- macroangiopatia, boala arterială coronară, boala arterială periferică, boala vasculară cerebrală;
- osteoartropatia Charcot.

Elementele de diagnostic funcțional sunt:

- echilibrul metabolic;
- prezența (severitatea) complicațiilor.

Criterii de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și al capacității de muncă în diabetul zaharat tip 2

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Diabet zaharat tip 2, echilibrat, necompliat	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
Diabet zaharat tip 2, echilibrat, cu complicații cronice ușoare : – retinopatie de fond „background“; – neuropatie predominant senzitivă ± fruste deficit motorii; – boală coronariană ischemică ușoară (conform criteriilor);	Deficiență funcțională ușoară (când sunt prezente cel mult două complicații)	20-49 %	Păstrată	Nu se încadrează
– boală arterială aterosclerotică periferică stadiul I Fontaine; – sechele ușoare ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor)	Deficiență funcțională medie (când sunt prezente cel puțin trei complicații)	50-69 %	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
Diabet zaharat tip 2, echilibrat, asociat cu cel puțin una dintre complicațiile cronice de severitate moderată : – retinopatie preproliferativă; – neuropatie motorie cu deficit motor predominant distal, cu tulburări de sensibilitate; – boală coronariană aterosclerotică (care determină deficiență funcțională medie, conform criteriilor);	Deficiență funcțională medie	50-69 %	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III

<ul style="list-style-type: none"> – cardiomiopatia diabetică, diagnosticată ecografic, cu disfuncție sistolică moderată; – boală arterială periferică aterosclerotică stadiul II Fontaine (conform criteriilor); – sechele ale bolii vasculare cerebrale care determină deficiență funcțională medie, conform criteriilor); – nefropatie diabetică incipientă, cu microalbuminurie persistentă (30-300 mg / 24 de ore); – piciorul diabetic, fără prăbușirea bolții plantare, fără ulceratii; 				
<p>Diabet zaharat tip 2, echilibrat, asociat cu cel puțin una dintre complicațiile cronice severe:</p> <ul style="list-style-type: none"> – retinopatie proliferativă; – neuropatie periferică motorie (parapareză, tetrapareză, cu tulburări de sensibilitate); – boală coronariană aterosclerotică (care determină deficiență funcțională accentuată, conform criteriilor); – cardiomiopatia diabetică cu disfuncție sistolică severă; – disfuncție cardiacă autonomă manifestată prin: tahicardie fixă, ischemie miocardică silențioasă, tulburări de ritm, hipotensiune ortostatică; – boală arterială periferică aterosclerotică stadiul III Fontaine (conform criteriilor); – nefropatia diabetică clinic manifestă, proteinurie clinică (albuminurie peste 300 mg/ 24 ore), rata filtrării glomerulare (RFG) < 30 ml/ minut; – piciorul diabetic cu ulcere trofice; – sechele severe ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor). 	Deficiență funcțională accentuată	70-89 %	Pierdută în totalitate	Gradul II
<p>Diabet zaharat tip 2, asociat cu complicații cronice grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> – boală coronariană aterosclerotică, cardiomiopatie diabetică cu insuficiență cardiacă, disfuncție sistolică severă (fracție de ejeție FE < 30%); – boală arterială periferică stadiul IV Fontaine (conform criteriilor); – insuficiență renală cronică terminală, proteinurie variabilă, RFG < 15 ml/ minut, eventual dializă; – sechele grave ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor); – dezlipire de retină cu pierderea completă și definitivă a vederii. 	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Capacitate de autoservire pierdută	Gradul I

Criterii de diagnostic clinic, diagnostic funcțional și al capacității de muncă în diabetul zaharat tip 1

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Diabet zaharat tip 1, echilibrat, necompat și diabetul zaharat tip 2, tratat cu insulină, la care sunt necesare două prize de insulină	Deficiență funcțională ușoară	20-49 %	Păstrată	Nu se încadrează Cu recomandarea de schimbare a locului de muncă, în aceeași profesie – fără ture, cu pauze de masă; se contraindică munca la înălțime, lângă foc, cu unelte în mișcare și în alte locuri de muncă în care poate fi periclitată siguranța proprie și a celorlalți.

<p>Diabet zaharat tip 1, echilibrat, tratat cu insulină, asociat cu complicații cronice ușoare:</p> <ul style="list-style-type: none"> – retinopatie de fond „background“; – neuropatie predominant senzitivă ± fruste deficiente motorii; – boală coronariană ischemică ușoară (conform criteriilor); – boală arterială aterosclerotică periferică stadiul I Fontaine; – sechele ușoare ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor). 	<p>Deficiență funcțională medie (când sunt prezente toate complicațiile)</p>	<p>50-69 %</p>	<p>Pierdută cel puțin jumătate</p>	<p>Gradul III</p>
<p>Diabet zaharat tip 1, tratat cu insulină, echilibrat, asociat cu cel puțin una dintre complicațiile cronice de severitate moderată:</p> <ul style="list-style-type: none"> – retinopatie preproliferativă; – neuropatie motorie cu deficit motor predominant distal, cu tulburări de sensibilitate; – boală coronariană aterosclerotică (care determină deficiență funcțională medie conform criteriilor); – cardiomiopatia diabetică, diagnosticată ecografic, cu disfuncție sistolică moderată; – boală arterială periferică aterosclerotică stadiul II Fontaine (conform criteriilor); – sechele ale bolii vasculare cerebrale care determină deficiență funcțională medie conform criteriilor); – nefropatie diabetică incipientă, cu microalbuminurie persistentă 30-300 mg / 24 de ore); – piciorul diabetic, fără prăbușirea bolții plantare, fără ulceratii. 	<p>Deficiență funcțională medie</p>	<p>50-69 %</p>	<p>Pierdută cel puțin jumătate</p>	<p>Gradul III</p>
<p>Diabet zaharat tip 1, tratat cu insulină, echilibrat, asociat cu cel puțin una dintre complicațiile cronice severe:</p> <ul style="list-style-type: none"> – retinopatie proliferativă; – neuropatie periferică motorie (parapareză, tetrapareză, cu tulburări de sensibilitate); – boală coronariană aterosclerotică (care determină deficiență funcțională accentuată, conform criteriilor); – cardiomiopatia diabetică cu disfuncție sistolică severă; – disfuncție cardiacă autonomă manifestată prin: tahicardie fixă, ischemie miocardică silențioasă, tulburări de ritm, hipotensiune ortostatică; – boală arterială periferică aterosclerotică stadiul III Fontaine (conform criteriilor); – nefropatia diabetică clinic manifestă, proteinurie clinică (albuminurie peste 300 mg/ 24 ore), rata filtrării glomerulare (RFG) < 30 ml/ minut; – piciorul diabetic cu ulcere trofice; – sechele severe ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor). 	<p>Deficiență funcțională accentuată</p>	<p>70-89 %</p>	<p>Pierdută în totalitate</p>	<p>Gradul II</p>
<p>Diabetul tratat cu insulină, dezechilibrat, indiferent de severitatea complicațiilor, pe perioada necesară echilibrării</p>	<p>Deficiență funcțională accentuată</p>	<p>70-89 %</p>	<p>Pierdută în totalitate</p>	<p>Gradul II</p>
<p>Diabet zaharat tip 1, tratat cu insulină, asociat cu complicații cronice grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> – boală coronariană aterosclerotică, cardiomiopatie diabetică cu insuficiență cardiacă, disfuncție sistolică severă (fracție de ejecție FE < 30%); – boală arterială periferică stadiul IV Fontaine (conform criteriilor); – insuficiență renală cronică terminală, proteinurie variabilă, RFG < 15 ml/ minut, eventual dializă; – sechele grave ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor); – dezlipire de retină cu pierderea completă și definitivă a vederii. 	<p>Deficiență funcțională gravă</p>	<p>90-100%</p>	<p>Capacitate de autoservire pierdută</p>	<p>Gradul I</p>

6. AFECȚIUNI ENDOCRINE

CRITERII DE DIAGNOSTIC CLINIC, FUNCȚIONAL ȘI DE EVALUARE A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN BOLILE ENDOCRINE

Tabelul 1

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
A. PATOLOGIA HIPOTALAMO- HIPOFIZARĂ I. ACROMEGALIA, PROLACTINOMUL, TUMORILE HIPOFIZARE SECRETANTE (BOALA CUSHING TSH, LH, FSH), TUMORI HIPOFIZARE NESECRETANTE – microadenoame cu tablou clinic și paraclinic incomplet, în tratament simptomatic; – tumoră hipofizară oprită în evoluție, spontan sau după tratament specific (roentgenterapie, hormonoterapie citolică și antisecretorie sau intervenție chirurgicală), fără sechele neurologice sau oftalmologice; tulburări echilibrate prin tratament substitutiv hormonal.	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– tumoră hipofizară evolutivă, aflată în tratament antitumoral complex; – tumoră hipofizară recent stabilizată, cu tulburări hormonale secundare, parțial echilibrată prin tratament substitutiv; – tumoră hipofizară oprită în evoluție (după tratament sau spontan), însă cu sechele neurologice, oftalmologice sau endocrine care determină deficiența funcțională accentuată (conform criteriilor de la capitolele respective).	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
– tumoră hipofizară cu: • sechele oftalmologice grave (cecitățe practică sau absolută); • sechele neurologice grave; • sechele metabolice grave (cașexie hipofizară); • apoplexie hipofizară	Deficiență funcțională gravă	90-95%	Capacitatea de muncă și autoservire pierdute în totalitate	Gradul I
II. INSUFICIENȚA HIPOFIZARĂ a adultului – insuficiență hipofizară parțial compensată sub tratament substitutiv hormonal	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– insuficiență hipofizară cu tulburări endocrino-metabolice accentuate, necompensate clinic și biologic, sub tratament substitutiv complex, cu complicații metabolice, cardiovasculare și neuropsihice	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
– insuficiență hipofizară severă, cu tulburări endocrino-metabolice grave și complicații cardiovasculare și neuropsihice severe	Deficiență funcțională gravă	90-95%	Capacitatea de muncă și autoservire pierdute în totalitate	Gradul I

Nanismul hipofizar (ajuns la maturitate)	Tulburările hormonale asociate în cadrul insuficienței hipofizare se cuantifică după criteriile funcționale de la capitolul <i>Insuficiența hipofizară</i>			
III. DIABETUL INSIDID – diabetul insipid, subcompensat, sub tratament substitutiv hormonal	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– diabetul insipid rezistent la tratamentul cu vasopresină sau analogi, cu complicații neurologice și hormonale secundare	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
B. PATOLOGIA TIROIDIANĂ – gușă endemică simplă – DET cu tulburări funcționale hipo- sau hiperfuncționale în studiile subclinice	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– gușă multinodulară cu mixedem sau gușă hipertiroidizată, în tratament specific, echilibrată hormonal;	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– gușă multinodulară cu hipo/hiper funcție sau/și fenomene compresive, în tratament specific până la echilibrare	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
– gușă endemică neuropată cu tulburări hormonale și neuropsihice, care determină deficiență funcțională gravă.	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Capacitatea de muncă și auto-servire pierdute în totalitate	Gradul I
Hipertiroidia -Tireotoxicoza Sindrom clinic determinat de excesul de hormoni tiroidieni circulanți: – hipertiroidism neurovegetativ echilibrabil prin tratament simptomatic; – hipertiroidism forme oligosimptomatice, cu răspuns la tratament ATS în doze minime;	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– hipertiroidism parțial echilibrat prin tratament medicamentos sau după 12 luni de la cura radicală chirurgicală sau/și izotopică, cu compensare parțială hormonală; – boala Graves-Basedow tratată, echilibrată, cu sindrom exoftalmic sechelar stabilizat	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– hipertiroidie cu visceralizări, subcompensată hormonal sau în tratament specific (medicamentos, chirurgical sau izotopic până la echilibrare); – boala Graves-Basedow, cu sindrom exoftalmic evolutiv și tulburări vizuale secundare; – hipertiroidie cu cardioreoză (TPSV, FA, insuficiență cardiacă etc.), până la echilibrare; – hipertiroidie cu sechele metabolice și neuropsihice nerecuperate; – hipertiroidismul cu gușă mare, voluminoasă ± tulburări de compresiune, până la echilibrare și/ sau intervenție chirurgicală;	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
– exoftalmia malignă cu cecitate	Deficiență funcțională gravă	90-95%	Capacitatea de muncă și auto-servire pierdute în totalitate	Gradul I
Hipotiroidia - Mixedemul – hipotiroidismul subclinic evidențiat numai prin dozări hormonale TSH crescut fără expresie clinică – hipotiroidismul oligosimptomatic, forme clinice ușoare, cu răspuns la substituție hormonală în doze minime	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– mixedem clinic manifest în tratament substitutiv hormonal cu complicații cardiovasculare și metabolice controlate medicamentos	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– mixedem cu complicații persistente (cardiovasculare și metabolice) și leziuni degenerative nervoase și osteoarticulare, neechilibrate sau sechelare decompensate, în tratament specific	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

– mixedem sever cu visceralizări (complicații cardiovasculare și neurologice grave: insuficiență cardiacă congestivă, poliserozite, encefalopatie)	Deficiență funcțională gravă	90-95%	Capacitatea de muncă și auto-servire pierdute în totalitate	Gradul I
Tiroidite cronice – tiroidita limfocitară Hashimoto – tiroidita Riedl (lemnoasă)	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– tiroidită cronică cu hipotiroidie clinică compensată prin tratament substitutiv, necomplicată	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– tiroidită cronică cu hipotiroidie sau mixedem postoperator, în tratament substitutiv hormonal, cu complicații cardiovasculare și metabolice controlate medicamentos	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
– tiroidită cronică cu hipotiroidie sau mixedem postoperator, cu complicații cardiovasculare și metabolice neechilibrate de tratamentul substitutiv	Deficiență funcțională gravă conform criteriilor de la capitolul <i>Hipotiroidie – Mixedem.</i>	90-100%	Capacitatea de muncă și auto-servire pierdute în totalitate	Gradul I
Cancerul tiroidian	Conform criteriilor de la capitolul <i>Afecțiuni neoplazice</i>			
C. PATOLOGIA PARATIROIDIANĂ Hipoparatiroidismul (tetania) – tetanie latentă (spasmofilie), în tratament specific, cu manifestări sporadice	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– tetania cronică sau tetania paratireoprivă (postchirurgicală), cu manifestări clinice și crize relativ frecvente, sub tratament specific	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– tetania cronică sau tetania paratireoprivă (posttiroidectomie), cu crize acute frecvente, neinfluențate de tratament	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Hiperparatiroidismul primar (boala Recklinghausen) – hipercalcemie serică, asimptomatică sau cu tablou clinic oligosimptomatic	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– hiperparatiroidism operat, cu sechele osoase sau renale neevolutive, cu tulburări de locomoție și/sau excreție care determină deficiență funcțională moderată	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– hiperparatiroidism operat, forma osteodistrofică, cu tulburări locomotorii accentuate prin deformații osoase și forma nefrolitiazică, recidivantă, cu insuficiență renală cronică, neameliorate postoperator	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
– hiperparatiroidism familial asociat cu MEN (adenom paratiroidian, tumori pancreatice, adenom hipofizar) sau MEN 2A (adenom paratiroidian, feocromocitom, carcinom medular tiroidian) – hiperparatiroidism (boala Recklinghausen), cu fracturi multiple și deformații osoase, cu deficiență locomotorie gravă	Deficiență funcțională gravă	90-95%	Capacitatea de muncă și autoservire pierdute în totalitate	Gradul I
OSTEOPOROZA – osteoporoză hiperalgică cu risc crescut de fracturare osoasă sau tasare vertebrală prin profilul profesional, în tratament substitutiv complex	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– osteoporoză cu fracturi sau tasări vertebrale în tratament de stabilizare osoasă (aparatură gipsată sau tratament ortopedic) și în tratament substitutiv hormonal complex	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
– osteoporoză cu fracturi multiple și tulburări de locomoție grave, care necesită îngrijire din partea altei persoane	Deficiență funcțională gravă	90-95%	Capacitatea de muncă și auto-servire pierdute în totalitate	Gradul I

Tabelul II

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
PATOLOGIA SUPRARENALĂ Insuficiența corticosuprarenală cronică primară (boala Addison) – insuficiență CSR cronică primară compensată clinic și hormonal sub tratament substitutiv	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– insuficiență CSR cronică cu decompensări repetate – insuficiență CSR cronică cu rezervă hormonală labilă, parțial echilibrată sub tratament – insuficiență CSR cronică după suprarenalectomie uni- sau bilaterală (boala Cushing), tratată chirurgical, în tratament substitutiv continuu până la echilibrare	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
– insuficiență CSR cronică decompensată, rezistentă la tratament	Deficiență funcțională gravă	90-95%	Capacitatea de muncă și auto-servire pierdută în totalitate	Gradul I
Sindromul Cushing – hipercorticism tratat (chirurgical sau/și radioterapie hipofizară sau medicamentos), fără complicații sechelare după 2 ani de la tratamentul complex, în tratament substitutiv hormonal – hipercorticism netumoral stabilizat, cu complicații cronice (cardiovasculare, metabolice, neuro-psihiice), controlate terapeutic	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– hipercorticism în evoluție, de etiologie tumorală sau netumorală; – hipercorticism tratat operator sau medicamentos sau/și radioterapie hipofizară, cu complicații sechelare hipofizare (sindrom Nelson), suprarenale, cardiovasculare, osoase, metabolice neechilibrate sub tratament	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
– hipercorticism tratat operator sau medicamentos, cu complicații grave, cardiovasculare, osoase, neurologice și dezechilibre hormonale severe	Deficiență funcțională gravă	90-95%	Capacitatea de muncă și auto-servire pierdute în totalitate	Gradul I
Hiperaldosteronismul primar (sindrom Conn) – hiperaldosteronism primar, forme oligosimptomatice (tumorale) – hiperaldosteronism primar, tratat chirurgical, cu sechele cardiovasculare și renale echilibrate sub tratament	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– hiperaldosteronism primar, în evoluție, tumoră inoperabilă – hiperaldosteronism primar în tratament, cu sechele cardiovasculare și renale neechilibrate sub tratament	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Feocromocitomul (paraganglion) – feocromocitom cu sechele cardio-vasculare, renale, postoperator, echilibrate sub tratament	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– feocromocitom în evoluție, prin tumoră nedagnosticabilă sau inoperabilă, cu complicații cardiovasculare, renale, cerebrale persistente	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Sindromul adrenogenital – forme hiperplazice compensate cardiovasculare prin substituție continuă cu prednison, cu tablou de virilizare moderat și tulburări psihice secundare, echilibrate prin tratament;	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– formele clinice evolutive în tratament complex de substituție, cu complicații cardiovasculare, tulburări psihice și sindrom de virilizare, cu dificultăți de integrare profesională și socială	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

VI. PATOLOGIA GONADICĂ Insuficiența gonadică – forme clinice cu tablou oligosimptomatic compensat prin substituție cu hormoni sexoizi, fără scăderea capacității de efort fizic sau fără tulburări psihice invalidante	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Sindromul Klinefelter – forme clinice cu tulburări de dezvoltare a masei musculare și osteoporoză sexoidoprivă, cu scăderea capacității de efort fizic și tulburări neuropsihice de intensitate medie	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
Sindromul Turner – forme clinice cu hipotrofie staturală de peste 150 cm, formă fără malformații somatice invalidante	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– forme clinice cu hipotrofie staturală cu tulburări locomotorii de realizare a variantelor posturale și de prehensiune, de intensitate medie; tulburări funcționale somatice (cardiovasculare, renale) și tulburări psihice de intensitate medie	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– forme clinice cu hipotrofie staturală sub 120 cm, malformații cardiovasculare cu tulburări accentuate (conform criteriilor din capitolul <i>Boli cardiace</i>) prin scăderea pronunțată a capacității de prestație fizică sau prin tulburări neuropsihice accentuate	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Insuficiența gonadică dobândită (la femei) – castrări chirurgicale, radice sau medicamentoase, cu tulburări hormonale compensate prin substituție estroprogestativă, fără complicații somatice	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– forme clinice cu tulburări hormonale netratate, cu osteoporoză (osteopenie) de asociere, tulburări cardiovasculare, hormonale și metabolice, cu necesar de tratament – pentru formele clinice după castrări pentru tumori maligne, deficiența funcțională se va aprecia conform criteriilor oncologice	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
VII. PANCREASUL ENDOCRIN Insulinomul – hiperinsulinism cu semne și simptome de neuroglicopenie: cu stări hipoglicemice ușoare, cu răspuns imediat la glucoză – hiperinsulinism tratat chirurgical, cu ameliorare clinico-biologică și cu extirparea verificată anatomopatologic a insulinomului	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– hiperinsulinism cu semne și simptome de neuroglicopenie importante și frecvente sau cu rezultate insuficiente după intervenția chirurgicală	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
VIII. OBEZITATEA (de aport și familială) Exces ponderal IMC = 25-30 Kg/m ²	Fără deficiență funcțională	0-10%	Păstrată	Nu se încadrează
Obezitate medie IMC = 30-40 Kg/m ² Asociată cu: – tulburări locomotorii ușoare; – tulburări metabolice ușoare.	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Obezitate generalizată (accentuată) IMC = 40-50 Kg/m ² Asociată cu: – tulburări locomotorii; – tulburări ventilatorii restrictive; – tulburări metabolice; – insuficiență venoasă cronică; – complicații cardiovasculare cu tulburări moderate.	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III

<p>Obezitate hiperplazică hipertrofică (severă) IMC = > 50 Kg/m² Asociată, prin cumul de afecțiuni, cu:</p> <ul style="list-style-type: none"> – tulburări locomotorii; – tulburări ventilatorii; – complicații cardiovasculare; – tulburări metabolice; – insuficiență venolimfatică. 	<p>Deficiență funcțională accentuată</p>	<p>70-89%</p>	<p>Pierdută în totalitate</p>	<p>Gradul II</p>
<p>Obezitatea morbidă (IMC > 50 kg/m²) cu apnee de somn severă</p> <ul style="list-style-type: none"> – insuficiență respiratorie gravă – insuficiență cardiacă gravă 	<p>Deficiență funcțională gravă</p>	<p>90-100%</p>	<p>Capacitatea de muncă și autoser- vire pierdute în totalitate</p>	<p>Gradul I</p>

N.B. Obezitatea endocrină va fi cuantificată în contextul bolii de bază.

7. AFECȚIUNI HEMATOLOGICE

LEUCEMII

Afecțiunea, Forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Leucemia acută limfoblastică	<p>Elemente clinice: Semne de anemie (oboseală, scăderea rezistenței fizice la eforturi obișnuite, paloarea tegumentelor) Semne legate de trombocitopenie (sângerări moderate la nivelul mucoaselor sau erupție peteșială pe tegumente) Semne date de neutropenie (infecții bacteriene rezistente la tratament: otită medie, faringoamigdalite pultacee, uneori necrotice, pneumonii) Durere osoasă spontană sau la percuție, artralgiile rebele, mers șchiopătat Dureri abdominale, mai rar Adenopatii superficiale și profunde la 1/2 sau 2/5 dintre cazuri (uneori sunt tumorale, cu fenomene de compresie) Splină mărită – în 2/3 dintre cazuri Semne generale de boală: febră, transpirații profuze, dureri osoase, scădere în greutate</p> <p>Elemente paraclinice: 1. hemoleucograma: – numărul de leucocite variază (la 17% dintre adulți pot fi > 100000 Lc/mm³) – anemia poate fi severă la debut: 5 g Hb/dl – numărul de trombocite scăzut – pe frotiul de sânge periferic sau de măduvă osoasă există limfoblaști în procente variate 2. mielograma – după puncția osoasă cu aspirat medular hiper celular, infiltrată cu limfoblaști, dislocate seriile celulare normale 3. LCR</p>	Deficiență funcțională ușoară – în remisiuni durabile, de 4-5 ani	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională medie – în remisiuni durabile, sub 4-5 ani	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
		Deficiență funcțională accentuată prin caracterul afecțiunii, prin evoluție, complicații și răspunsul nesatisfăcător la tratament	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
		Deficiență funcțională gravă – în leucemiile acute, cu complicații grave, ireversibile	90-100%	Pierdută în totalitate	Gradul I

Afecțiunea, Forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Leucemia acută mieloblastică	<p>Elemente clinice: Simptomatologie: oboseală fizică și psihică, scădere în greutate, febră, sângerări la nivelul tegumentelor și mucoaselor Sindrom hemoragipar sever și sindrom infecțios sever (la 50% dintre cazuri) Hipertrofia gingivală dureroasă Infiltrate cutanate (noduli subcutani) de culoare violacee-închisă pe toată suprafața corporală.</p> <p>Elemente paraclinice: 1. hemograma: – numărul de leucocite poate varia; – 15-20% dintre bolnavi au peste 100 000Lc/mm³; – 10% prezintă leucopenie; – Hb și Ht – scăzute; – pe frotiul din sângele periferic – prezenți mieloblaști sau alte tipuri de blaști leucemici. 2. puncția sternală – poate fi cu măduvă hipercelulară, uneori hipocelulară (la vârstnici), numărul de blaști trebuie să fie peste 30%; 3. puncție biopsie a măduvei osoase – dacă puncția sternală este „albă“; 4. LDH crescută; – acid uric crescut; – ionograma sanguină pentru Na și K– hiponatremie sau hipernatremie severă, hipo- sau hiperpotasemie. 5. evaluarea hemostazei prin determinarea timpului parțial de activare a protrombinei, a timpului de protrombină, a timpului total de trombină și a fibrinogenului D-dimeri, produși de degradare ai fibrinei</p>	Deficiență funcțională accentuată în remisiuni de 4-5 ani	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	<p>Deficiență funcțională gravă în leucemiile tratate, cu recădere după 3-4 ani (recădere rezistentă la tratament)</p>	90-100%	Pierdută în totalitate	Gradul I	
Leucemia limfatică cronică	<p>Elemente clinice: simptomatologie (astenie fizică și psihică, palpitații, dispnee); adenopatie superficială; hepato-splenomegalie; semne legate de scăderea imunității umorale și de neutropenie: pneumonii cu pneumococ, meningită, alte infecții severe, infecții cu <i>Mycobacterium Tuberculosis</i>, cu anumiți fungi (<i>Candida</i>, <i>Criptococcus</i>), virusuri (herpes zoster, herpes simplex).</p>				
<p>Stadii Stadiul 0 – există numai limfocitoză</p>	<p>Elemente paraclinice: – electroforeza proteinelor: creșterea fracțiunii gamma; – imunograma: anormală la aproximativ 50% dintre pacienții cu niveluri mici de Ig G, Ig A, și Ig M</p>	Deficiență funcțională ușoară în LLC std. zero	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează

<p>Stadiul I – limfocitoză și adenopatie</p> <p>Stadiul II – leucocitoză cu limfocitoză, splenomegalie și/ sau hepatomegalie adenopatie</p> <p>Stadiul III – Limfocitoză Anemie Hepatosplenomegalie, adenopatii</p> <p>Stadiul IV – Limfocitoză Trombocitopenie Adenopatie Anemie Hepatosplenomegalie</p>	<p>– determinarea acidului uric din ser: valori peste 6 mg% la bărbați și peste 5 mg% la femei</p> <p>– testul Coombs direct – poate fi pozitiv la un anumit procent de bolnavi = anemie hemolitică autoimună</p> <p>– hemoleucograma – creșterea numărului de limfocite: 3 000/mm³-300 000/mm³</p> <p>– biopsia medulară: celulele maligne au aspect de limfocite mici, mature caracteristic pentru LLC – prezența de numeroase „umbre nucleare“</p>	Deficiență funcțională medie în LLC std. I și II	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
		Deficiență funcțională accentuată în LLC std. III	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
		Deficiență funcțională gravă în LLC std. IV	90-100%	Pierdută în totalitate	Gradul I

Boli mieloproliferative cronice

Afecțiunea. Forma clinică, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
<p>Leucemia granulocitară cronică (LGC)</p> <p>– LGC cu Ph (+) pozitiv</p> <p>– LGC negativă, hematologic tipică</p> <p>– LGC negativă, hematologic atipică</p> <p>– LGC a pacienților tineri</p> <p>– Leucemia cronică mielocitară Ph (-) negativă</p>	<p>Elemente clinice:</p> <p>– 40% dintre bolnavi nu prezintă semne sau simptome;</p> <p>– simptomele sunt determinate de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • metabolismul crescut (stare subfebrilă, anorexie, pierdere în greutate, transpirații nocturne) • anemie (oboseală psihică, sindrom depresiv, dispnee, palpitații); • splenomegalie importantă (senzație de disconfort în jumătatea stângă a abdomenului); • modificările trombocitelor (sângeri spontane); • hipervâscozitate indusă de numărul mare de leucocite (cefalee, tulburări de echilibru, ataxie, scăderea acuității auditive). 	Deficiență funcțională ușoară – în LGC cu remisiuni de lungă durată clinice și citologice	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	<p>Examenul fizic poate decela:</p> <p>– splină nepalpabilă, dar percutabilă sau splină moderat mărită sau splină mare, dureroasă;</p> <p>– ficat moderat mărit, de consistență elastică;</p> <p>– durerea sternului la percuție (<i>tipătul sternal</i>);</p> <p>– echimoze la locuri de minimă presiune (brațe, coapse, zona poplitee);</p> <p>– artrita gutoaasă;</p> <p>– la examenul oftalmologic – vene dilatate.</p>				
	<p>Exame paraclinice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hemoleucograma: – anemie normocromă, normocitară – leucocite: 50 000/mm³- 400 000/mm³ – trombocite – număr variabil (normal sau scăzut) 				

	<ul style="list-style-type: none"> – predomină neutrofilele, metamielocitele și mielocitele – caracteristic: creșterea numărului total de bazofile – fosfataza alcalină leucocitară – scăzută sau absentă – concentrația serică a vit. B₁₂ – crescută – puncție sternală – hiperplazie, hiperplazie a seriei granulocitare – teste citogenetice – cromozom Ph 1 prezent – puncție biopsie din creasta iliacă – conținutul în fibre de reticulină crește odată cu evoluția bolii 	Deficiență funcțională accentuată în LGC cu număr mare de leucocite la debut, trombopenie sau trombocitoză excesivă, număr mare de bazofile, splină foarte mare, dureroasă	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Policitemia vera	<p>Elemente clinice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • simptome – cefalee, amețeli, tinitus, astenie, insomnie, tulburări vizuale și de echilibru, prurit generalizat, dispnee de efort, crize anginoase, claudicație intermitentă; – tromboze venoase; – tromboflebite superficiale; – tromboze arteriale; – ulcere peptice; – fenomene artritice gutoase; – manifestări hemoragice (echimoze, epistaxis, HDS, sângerări severe intra- și postoperatorii); – splenomegalia „în armonică“; – hepatomegalie – la jumătate dintre pacienți. <p>Elemente paraclinice:</p> <ul style="list-style-type: none"> – hemoleucograma: Hb (18-24 g/dl), număr de eritrocite crescut, – Ht crescut (47% la femei, 52% la bărbați), leucocitoză moderată (< 30 000/mm³), fără formulă deviată, cu bazofilie medie (1-3%), trombocitoză < 1 000 000/mm³); – fosfataza alcalină leucocitară – normală sau crescută; – concentrația serică a vit. B₁₂ – crescută (> 900pg/ml); – indice de vâscozitate serică crescut; – nivelul eritropoietinei plasmatică și urinare – scăzut (< 30U/ml); – acid uric – crescut (> 10-11mg%); – puncție sternală (dacă diagnosticul nu este cert – hiperplazia tuturor seriilor hematopoietice, mai ales eritroidă); – saturația cu oxigen a sângelui arterial – normală. <p><i>N.B. Pentru diagnosticul clinic al Policitemiei Vera, au fost propuse următoarele criterii de orientare:</i></p> <p>Majore:</p> <ul style="list-style-type: none"> – masă eritrocitară crescută – saturație în oxigen normală în sângele arterial – splenomegalie <p>Minore: în absența splenomegaliei:</p> <ul style="list-style-type: none"> – leucocitoză și trombocitoză, – nivelul eritropoietinei < 30U/ml – fosfataza alcalină leucocitară > 100 – nivelul seric al vit. B₁₂ > 900pg/ml. <p>Pentru stabilirea diagnosticului sunt necesare 3 criterii majore sau 2 majore și 2 minore.</p>	Deficiență funcțională ușoară în faza de remisiune clinică și citologică	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională medie – în faza fără remisiune, cu complicații moderate (HTA, hemoragii sau tromboze remise), cu splenomegalie moderată, cu saturație de oxigen normală	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III	
	Deficiență funcțională accentuată – cu sechele persistente prin complicații trombotice (neurologice, cardiace, hepatice) sau cu splenomegalie tumorală	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II	
	Deficiență funcțională gravă – PV cu complicații severe neurologice sau cardiace, care împiedică capacitatea de autoservire	90-100%	Pierdută în totalitate	Gradul I	

Afecțiunea, forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Trombocitemia hemoragică (TH) esențială sau primară	<p><i>Elemente clinice:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – parestezii la nivelul degetelor – tumefacția distală a falangelor de la plantă – gangrene periferice la degete – splenomegalie în fazele timpurii și, ulterior, atrofie splenică – sângerări recurente – accidente trombotice în teritoriul venos și arterial – AIT, cerebrale, coronariene – dezvoltarea unei anemii hipocrome severe (după o perioadă lungă de evoluție) <p><i>Elemente paraclinice:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • hemoleucograma: <ul style="list-style-type: none"> – Hb normală, masă eritocitară normală – trombocite peste 600 000/mm³ – bazofile prezente – acidul uric – crescut – LDH – moderat crescut – timpul de sângerare – prelungit – biopsie medulară: hiperplazie, absența fibrozei extinse, depozite normale de fier 	Deficiență funcțională ușoară – în TH aflată în faza de remisiune clinică și hematologică	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională medie – în TH cu complicații trombotice și/sau hemoragice remise și cu remisiune citologică	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
		Deficiență funcțională accentuată – în TH cu complicații trombotice și/sau hemoragice severe, cu sechele persistente, cu trombocitoză peste 600 000/mm ³ , rezistență la tratament	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Mielofibroza cu metaplasie mieloidă (MMM)	<p><i>Elemente clinice:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. splenomegalie moderată sau gigantică 2. hepatomegalie moderată sau gigantică (cu circulație colaterală sau cu icter sau cu ascită în cantitate moderată) 3. adenopatie (15-30% dintre cazuri) 4. semne generale de boală: anorexie, scădere în greutate până la cașexie, febră, transpirații nocturne <p><i>Elemente paraclinice:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. hemoleucograma: Hb scăzută (8-10g/dl), Ht scăzut (22-30%), reticulocite crescute (5-10%), leucocite: normale sau crescute (până la 30 000/mm³) sau scăzute (2 000-4 000/mm³), trombocite scăzute sau normale, eritrocite – aspect „în picătură”, număr crescut de bazofile, formula leucocitară deviată la stânga 2. uricemia crescută 3. fosfataza alcalină leucocitară crescută sau normală sau scăzută 4. radiografia osoasă – creștere a densității osoase 5. biopsie medulară din creasta iliacă: fibre de reticulină, collagen, fibroblaști cu zone mici reziduale de hematopoieză normală 	Deficiență funcțională medie – în faza proliferativă, fără complicații	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
		Deficiență funcțională accentuată – în faza de insuficiență medulară	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

ANEMII

Afecțiunea, forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Anemia feriprivă	<p>Elemente clinice: Simptomele sunt evidente când Hb scade sub 8g/dl și nu sugerează prin ele însele deficiența de fier. Pot apărea: – oboseală, iritabilitate, palpitații, dispnee, cefalee, amețeli; – disfagia localizată postcricoidiană; – leziuni ale cavității bucale: stomatita angulară, atrofia papilelor linguale cu variate grade de glosită; – atrofia mucoasei nazale (ozena); – modificări ale unghiilor (la pacienți cu anemie severă): unghii friabile, plate, fără luciu până la aspectul de unghii în formă de „linguriță”; – pervertirea gustului; – ± splenomegalie.</p> <p>Elemente paraclinice: • hemoleucograma: – scăderea VEM și HEM (în funcție de gradul deficienței de fier); – hematii palide, hipocrome, cu diametrul redus (microcite) sau anizocitoză sau poikilocitoză – uneori, hematii „în țintă”; – Hb valoare scăzută; – număr absolut de reticulocite și leucocite – normal; – număr de trombocite – crescut inițial, apoi trombopenie. • puncția biopsie medulară – hiperplazie a seriei roșii eritrocitare (în general, nu este utilă) • concentrația plasmatică a fierului – scăzută sub 50 μg/dl • capacitatea totală de legare a fierului (TIBC) – crescută (> 400 μg/dl) – test util pentru diagnostic • concentrația feritinei – scăzută sub 10μg/dl</p>	Deficiență funcțională ușoară – forme ușoare, cu Hb între 10-12 g%, TIBC ușor crescut cu răspuns imediat și persistent la tratament corespunzător	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională medie – forme moderate, cu Hb între 8-10 g%, TIBC moderat crescut cu răspuns favorabil la tratament, fără complicații	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
		Deficiență funcțională accentuată – anemii severe cu Hb sub 8 g%, cu complicații (tromboze, hemoragii repetate, mielodisplazii), forme ce necesită transfuzii frecvente	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Anemia megaloblastică	<p>Elemente clinice: – tulburări gastrointestinale (greață, vărsături, dispepsie, constipație); – glosita Hunter: limba roșie, netedă, cu un luciu sticlos, dureroasă, uneori ulcerată; – uneori, stare subfebrilă, hiperpigmentare la nivelul mâinilor; – splenomegalie ușoară; – tegumente palide, cu ușoară tentă subicterică; – părul și unghiile – friabile</p> <p>Elemente paraclinice: – Hb inițial este normală, scade odată cu evoluția bolii – VEM crescut – puncția medulară – hiperplazitate (megaloblaști, metamielocite gigante) – nivelul seric al vitaminei B12 – scăzut – bilirubina indirectă – crescută – LDH – crescut</p>	Deficiență funcțională ușoară – forme ușoare, cu Hb între 10-12 g%, cu răspuns imediat și persistent la tratament corespunzător	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională medie – forme moderate, cu Hb între 8-10g%, cu răspuns favorabil la tratament, fără complicații	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III

		Deficiență funcțională accentuată – anemii severe, cu Hb sub 8g%, cu complicații (tromboze, hemoragii repetate, mielodisplazii), forme ce necesită transfuzii frecvente	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Anemii hemolitice	<p>Elemente clinice: – simptomatologie nespecifică (astenție fizică și psihică, dispnee, palpitații, dureri precordiale); – paloare, icter sclerotegumentar moderat, ulcere maleolare, deformații osoase; – splenomegalie</p> <p>Elemente paraclinice: – hemoleucograma: Hb scăzută, Ht scăzut, număr de leucocite crescut – mielograma: măduvă hiperplazică – bilirubina indirectă: crescută – urobilinogenul și stercobilina – crescute – LDH – crescut – hemosiderina urinară – crescută – haptoglobina serică – crescută – testul Coombs direct și indirect pozitiv, în caz de anemie hemolitică autoimună</p>	Deficiență funcțională ușoară – forme ușoare, cu Hb între 10-12 g%, cu răspuns imediat și persistent la tratament corespunzător	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională medie – forme moderate, cu Hb între 8-10%, cu răspuns favorabil la tratament, fără complicații	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
		Deficiență funcțională accentuată – anemii severe, cu Hb sub 8 g%, cu complicații (tromboze, hemoragii repetate, mielodisplazii), forme ce necesită transfuzii frecvente	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Anemiile aplastice	<p>Se caracterizează prin citopenie periferică și medulară cu hipo- sau acelularitate și măduvă grasă.</p> <p>Pot avea aspect de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • anemie eritroidă pură (eritroblastopenie), cu reticulocite mai puțin de 1%; • aplazie granulocitară (agranulocitoză în care granulocitele sunt mai puțin de 500/ml; • aplazie megacariocitară, în care trombocitele sunt sub 20 000/ml. <p>Complicații: anemie, infecții, hemoragii, mielodisplazie, leucemie acută în fazele tardive ale bolii, de obicei după remisiune, hemoglobinurie paroxistică nocturnă.</p>	Fără deficiență	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
		În formele cronice, care necesită transfuzii repetate, pot apărea hemosideroza cu ciroză hepatică, DZ, insuficiență cardiacă, tulburări de ritm și conducere.	Deficiență funcțională ușoară în formele ușoare sau în remisiuni totale ale acestora	20-49%	Păstrată

Afecțiunea, forma clinică, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
		Deficiență funcțională medie în formele medii, fără tendință la evoluție, fără complicații sau în fazele de remisiune parțială	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
		Deficiență funcțională accentuată în formele severe, cu complicații grave, în forme ce necesită transfuzii repetate, atât în perioada activă a bolii, cât și 2 ani după obținerea unei remisiuni	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
		Deficiență funcțională gravă în formele severe, cu ciroză hepatică și/ sau DZ	90-100%	Pierdută în totalitate	Gradul I

BOLILE SISTEMULUI LIMFOID

Afecțiunea. Forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Boala Hodgkin Cuprinde 4 stadii: – Std. I (IE) = afectarea unui singur ganglion sau a unei singure structuri extraganglionare – Std. II (2E) = afectarea a 2 sau mai mulți ganglioni de aceeași parte a diafragmului, cu/fără afectarea unui organ visceral prin contiguitate – Std. III = afectarea ganglionilor suprași subdiafragmatici	Elemente clinice: – ganglioni grupați cu consistență crescută, nedureroși – uneori febră ondulantă, transpirații profuze, prurit generalizat – alteori, tuse în chinte repetate, durere toracică, dispnee, osteoartropatia hipertrofică, dureri osoase rezistente la analgezice, leziuni neurologice, sindrom de venă cavă superioară – scădere ponderală, prurit Localizare: – ganglioni superficiali – ganglioni mediastinali sau hilari, sub diafragmă – splină, ficat, pleură, pericard, măduvă osoasă	Deficiență funcțională ușoară – în remisiuni complete	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională medie – în boala Hodgkin, cu remisiune incompletă	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III

<p>– III S - cu afectare splenică, hilară, celiacă sau ganglioni portali</p> <p>– III 2 – cu afectarea ganglionilor para-aortici, iliaci, mezenterici</p> <p>– Std. IV – cu afectarea ganglionilor sau a structurilor limfoide de ambele părți ale diafragmului, cu determinare obligatorie și extraganglionară (măduvă osoasă, ficat, plămân etc.)</p> <p>= afectarea unuia sau a două organe care nu sunt limfoide: ficat, măduvă osoasă, pleură, pericard.</p>	<p>Elemente paraclinice:</p> <p>– hemoleucogramă: – anemie moderată, normocromă cu sideremie scăzută</p> <p>– număr de leucocite – ușor crescut, cu deviere la stânga</p> <p>– eozinofilie moderată</p> <p>– număr de monocite – crescut</p> <p>– limfopenie absolută (L – 1 000 limf./mm³)</p> <p>– trombocitoză moderată</p> <p>– VSH – crescut</p> <p>– biopsie medulară, ganglionară</p> <p>– detectarea celulei Reed-Stenberg</p> <p>– teste funcționale hepatice – creșterea fracțiunii α_2 a globulinelor (electroforeza proteinelor)</p> <p>– radiografie toracică / CT abdominal</p> <p>– creșterea nivelului seric al: acidului lactic, LDH, FA, γ globulinelor, proteinei C reactive, β_2 microglobulinei</p>	<p>Deficiență funcțională accentuată</p> <p>– în boala Hodgkin în evoluție, în perioadele de acutizare (cel puțin 6 luni de la inițierea tratamentului fazei acute), în complicații viscerale</p>	<p>70-89%</p>	<p>Pierdută în totalitate</p>	<p>Gradul II</p>
<p>Limfoamele Non-Hodgkiniene</p> <p>Prezintă 4 stadii (v.b. Hodgkin)</p>	<p>Face parte din sindromul limfoproliferativ cronic.</p> <p>Elemente clinice:</p> <p>– febră, pierdere ponderală, adenopatii (70% dintre cazuri), splenomegalie (30%), hepatomegalie (30-50%);</p> <p>– histologic, se recunosc LNH cu limfocite mici, cu evoluție lentă de câțiva ani, sau cu limfoblaști și evoluție agresivă – malignă</p> <p>Elemente paraclinice:</p> <p>– hemoleucogramă</p> <p>– biopsia măduvei osoase, ganglionară</p> <p>– radiografie toracică</p> <p>– CT abdominal + pelvin, cerebral</p> <p>– analiza citogenetică</p> <p>– markeri fenotipici de suprafață</p> <p>– imunofenotipare</p> <p>– PRC</p> <p>– LDH, FA</p> <p>– acid uric</p> <p>– β_2 microglobulină</p> <p>– electroforeză</p>	<p>Deficiență funcțională ușoară</p> <p>– în forme cu celule mici cu remisiune de durată crescută</p>	<p>20-49%</p>	<p>Păstrată</p>	<p>Nu se încadrează</p>
<td data-bbox="336 1229 710 1447"> <p>Deficiență funcțională medie</p> <p>– în remisiuni incomplete și de durată mai scurtă, mai ales în formele cu malignitate medie și mare</p> </td> <td data-bbox="948 1229 1107 1447"> <p>50-69%</p> </td> <td data-bbox="1112 1229 1276 1447"> <p>Pierdută cel puțin jumătate</p> </td> <td data-bbox="1281 1229 1441 1447"> <p>Gradul III</p> </td>	<p>Deficiență funcțională medie</p> <p>– în remisiuni incomplete și de durată mai scurtă, mai ales în formele cu malignitate medie și mare</p>	<p>50-69%</p>	<p>Pierdută cel puțin jumătate</p>	<p>Gradul III</p>	
<td data-bbox="336 1453 710 1715"> <p>Deficiență funcțională accentuată</p> <p>– în formele cu remisiuni incomplete de scurtă durată, cele rapid evolutive (în special LNH cu malignitate mare), în determinări viscerale ale bolii</p> </td> <td data-bbox="948 1453 1107 1715"> <p>70-89%</p> </td> <td data-bbox="1112 1453 1276 1715"> <p>Pierdută în totalitate</p> </td> <td data-bbox="1281 1453 1441 1715"> <p>Gradul II</p> </td>	<p>Deficiență funcțională accentuată</p> <p>– în formele cu remisiuni incomplete de scurtă durată, cele rapid evolutive (în special LNH cu malignitate mare), în determinări viscerale ale bolii</p>	<p>70-89%</p>	<p>Pierdută în totalitate</p>	<p>Gradul II</p>	
<td data-bbox="336 1722 710 1899"> <p>Deficiență funcțională severă</p> <p>– în invazii medulare, hepatice, ale sistemului nervos central care împiedică autoservirea</p> </td> <td data-bbox="948 1722 1107 1899"> <p>90-100%</p> </td> <td data-bbox="1112 1722 1276 1899"> <p>Pierdută în totalitate</p> </td> <td data-bbox="1281 1722 1441 1899"> <p>Gradul I</p> </td>	<p>Deficiență funcțională severă</p> <p>– în invazii medulare, hepatice, ale sistemului nervos central care împiedică autoservirea</p>	<p>90-100%</p>	<p>Pierdută în totalitate</p>	<p>Gradul I</p>	

GAMOPATII MONOCLONALE

Afecțiunea. Forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Mielomul multiplu Stadiile bolii: – I. Hb: 10 g%, Ca seric normal, leziuni osoase absente, IgG < 5 g%, IgA < 3g %, lanțuri ușoare < 4 g/24h – II. Intermediară (între I-III) – III. Hb < 8 g%, calciu seric > 12 mg%/24 de ore – leziuni osoase avansate – valori mari ale componentei M: • Ig G > 7g/dl • IgA < 5g/dl • lanțuri ușoare > 12g/24h A – fără B – cu insuficiență renală	Elemente clinice: – durere osoasă la nivelul coloanei vertebrale, fracturi patologice (coaste, bazin etc.) – insuficiență renală cronică – semne și simptome ale anemiei – infecții recurente bacteriene și virale – semne sistemice legate de hipercalcemie, anorexie, vărsături, letargie, stupoare, comă, tulburări de ritm cardiac ireversibile – neuropatie periferică și a neuronilor vegetativi, macroglosie, cardiomegalie, diaree, sindrom de tunel carpian – sindrom de hipervâscozitate: tulburări neurologice, modificări FO, manifestări hemoragice și insuficiență cardiacă – sindrom hemoragipar (la 1% dintre pacienți) Elemente paraclinice: – hemoleucograma: anemie, trombocitopenie, neutropenie – fosfataza alcalină – crescută – acid uric – crescut – VSH accelerat – Ig A, Ig G – migrează ca o bandă groasă (banda M) – mielograma – puncția sternală este obligatorie – procent crescut de plasmocite – electroforeza serului + imunelectroforeza	Fără deficiență	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională ușoară – bolnavii în std. I în remisiune după tratament	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională medie – bolnavi în std. II cu fracturi consolidate corect, cu anemie ușoară, cu afectare renală incipientă	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
		Deficiență funcțională accentuată – bolnavi în st. III, cu complicații osoase, renale, infecțioase etc.	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
		Deficiență funcțională gravă – bolnavi cu sindrom de compresiune medulară sau paralizii sau insuficiență renală gravă, ceea ce conduce la pierderea capacității de autoservire	90-100%	Pierdută în totalitate	Gradul I
Boala Waldenström	Elemente clinice: – astenie neobișnuită, pierdere în greutate, stare de rău general, cefalee, tulburări de vedere, amețeli – paloare, uneori subicter, elemente peteșiale – adenopatie generalizată – hepatosplenomegalie moderată – neuropatie periferică – surditate instalată brusc – afectare pulmonară (infiltrate izolate sau confluențe, pleurezie) – malabsorbție – diaree – macroglosie – aspect hipocratic al degetelor	Deficiență funcțională medie – în perioada de remisiune, în forme cu anemie moderată, cu determinări viscerale reduse	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III

	<p>Elemente paraclinice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hemograma: <ul style="list-style-type: none"> – VSH crescut – anemie normocromă sau hipocromă – număr de leucocite normal sau scăzut < 4 000/mm³ – limfocitoză moderată – număr trombocite normal sau scăzut • puncția sternală – hipocelularitate, infiltrat limfoid • biopsie măduvă din creasta iliacă – hipocelularitate • imunograma: gamopatie monoclonală de tip Ig M • examen FO: hemoragii, exsudate și congestie venoasă • examen sumar de urină: hematurie, proteine Bence-Jones (în 50% dintre cazuri) • posibilitatea apariției anemiei hemolitice autoimune cu test Coombs pozitiv 	<p>Deficiență funcțională accentuată</p> <ul style="list-style-type: none"> – în forme avansate, cu sindroame hemoragice care duc la anemii pronunțate, în forme complicate cu insuficiență renală sau cardiacă 	<p>70-89%</p>	<p>Pierdută în totalitate</p>	<p>Gradul II</p>
--	--	---	---------------	-------------------------------	-------------------------

SINDROAME HEMORAGIPARE

A) De cauză trombocitară

Afecțiunea. Forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
<p>Purpura trombocitopenică idiopatică (PTI)</p>	<p>Se caracterizează prin trombocitopenie imună cauzată de anticorpii antitrombocitari.</p> <p>Elemente clinice: sângerări cutaneo-mucoase, absența splenomegaliei. Megacariocite sunt normale sau crescute în măduva osoasă. La un număr de trombocite > 100 000/mm³ nu apar sângerări.</p>	<p>Deficiență funcțională ușoară</p> <ul style="list-style-type: none"> – bolnavi în remisiune completă, cu trombocite mai mult de 150 000/mm³ 	<p>20-49%</p>	<p>Păstrată</p>	<p>Nu se încadrează</p>
	<p>Megacariocite sunt normale sau crescute în măduva osoasă. La un număr de trombocite > 100 000/mm³ nu apar sângerări.</p> <p>Între 30 000-50 000/mm³ apar sângerări la traume minime, iar când trombocitele sunt < 30 000/mm³ pot apărea sângerări cutaneo-mucoase spontane. Când trombocitele sunt < 10 000/mm³ apare sindromul hemoragic generalizat, cu risc crescut de hemoragii în SNC.</p>	<p>Deficiență funcțională medie</p> <ul style="list-style-type: none"> – bolnavi cu remisiune incompletă, cu trombocite între 70000-150000/mm³ 	<p>50-69%</p>	<p>Pierdută cel puțin jumătate</p>	<p>Gradul III</p>
	<p>Investigații:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hemoleucograma: <ul style="list-style-type: none"> – număr de trombocite – 20 000-80 000/mm³ – Hb – scăzută (11g/dl-10 g/dl) – număr reticulocite – ușor crescut – număr crescut de megacariocite tinere (de 4-8 ori) – examenul măduvei osoase – determinarea anticorpilor antitrombocitari 	<p>Deficiență funcțională accentuată</p> <ul style="list-style-type: none"> – bolnavi cu tablou clinic sever, cu trombocite < 50000/mm³, cu sângerări la traume minime sau spontan 	<p>70-89%</p>	<p>Pierdută în totalitate</p>	<p>Gradul II</p>

B) Sindroame hemoragice produse prin deficit de factori plasmatici ai coagulării

Afecțiunea, forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
<p>Hemofilia (A sau B) Forme clinice: – ușoară, cu factor VIII sau IX între 5-25% – medie, cu factor VIII sau IX între 2-5% – severă, cu factori VIII sau IX ≤ 1%</p>	<p>Se caracterizează prin deficit de factor VIII în 85% dintre cazuri – hemofilia A sau de factor IX, în 15% dintre cazuri – hemofilia B. <i>Elemente clinice:</i> hemoragii la traumatisme, hematoame, hemartroze <i>Investigații:</i> – hemoleucograma – timp de sângerare – timp de protrombină – teste specifice pentru factorul VIII și factorul IX</p>	Deficiență funcțională ușoară – bolnavi cu forme ușoare de boală, cu factor de coagulare < 5%, – 4-5 hemoragii intraarticulare tratate anual	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională medie – bolnavi cu formă medie de boală, cu factor de coagulare < 5% – cu artropatie cronică hemofilică în cel puțin o articulație – cu cel puțin 4 episoade hemoragice intraarticulare pe an documentate – sau cu minimum o articulație țintă	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
		Deficiență funcțională accentuată – forme severe (factor < 1%), – cu artropatie cronică hemofilică cu limitare funcțională a mișcărilor articulare de 30% în cel puțin o articulație de membru – episoade hemoragice amenințătoare de viață (intracerebrale, intra-abdominale, ruptură de splină etc.) – sinovectomie sau protezare articulară	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
		Deficiență funcțională gravă – forma severă cu factor < 1% – hemofilici care se află în cărucior – anchiloze sau semianchiloze care necesită ajutor pentru activitățile uzuale	90-100%	Pierdută în totalitate	Gradul I

Alte sindroame hemoragice prin deficit de factori plasmatici ai coagulării: a) deficit de factor I	– hipo- sau afirinogenia (evoluție benignă)	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
deficit de factor II	– hipoprotrombinemia (evoluție benignă)				
b) sindrom Owren	– hipoproaccelerina, evoluție în general benignă				
c) parahemofilia Alexander	– hemoragii articulare mai puțin importante				
d) boala von Willebrand, boala Stuart-Prower, deficiența Rosenthal și deficiența Hageman	– evoluție benignă	Deficiență funcțională ușoară – în situația în care nu apar complicații	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
e) deficiența de factor XIII (FSF)	– în general benignă, dar pot apărea hemoragii intracraniene grave	Deficiență funcțională accentuată sau gravă – în situația hemoragiilor intracraniene, în raport cu intensitatea și sechelele acestora	70-89% sau 90-100%	Pierdută în totalitate Pierdută în totalitate	Gradul I Gradul II
Boala Von Willebrand (BvW)	Reprezintă deficiența ereditară a factorului von Willebrand. Acesta asigură adeziunea plachetelor la colagenul subendotelial dezgolit și transportul și stabilitatea în plasmă a factorului VIII al coagulării (VIII C). Se manifestă prin evenimente hemoragice diverse: muco-cutanate în formele ușoare ale bolii, hemartroze sau hematoame profunde în formele severe. Hemoragii severe apar după traume sau intervenții chirurgicale. Diagnosticul se sprijină pe asocierea TS alungit, scăderea nivelurilor factorului VIII C și a factorului von Willebrand, deficiența agregării plachetare în prezența Ristocetinei. Investigații: – nivelul plasmatic al factorului von Willebrand – timpul de sângerare – activitatea factorului VIII	Deficiența funcțională este determinată de frecvența și intensitatea accidentelor trombotice, de teritoriile venoase afectate de manifestările clinice specifice, de tratamentul anticoagulant de fond ce predispune la evenimente hemoragice, de sechele induse de accidente trombotice			
		Deficiență funcțională ușoară – în cazuri asimptomatice, cu modificări hematologice de mică intensitate	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională ușoară – în situația unor evenimente hemoragice muco-cutanate ce survin rar și răspund prompt la tratament	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională medie – în care episoadele hemoragice survin relativ frecvent, dar răspund favorabil la tratament	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
		Deficiență funcțională accentuată – în hemoragii severe ce survin după traumatisme minore, în hemartroze sau hematoame profunde	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

Afecțiunea, forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Trombofilii ereditare (primare) sau dobândite	<p>Tromboze unice sau recurente (venoase și/sau arteriale) sau predispoziții pentru accidente trombotice, generate de o stare latentă și permanentă, de hipercoagulabilitate plasmatică de cauză ereditară.</p> <p>Mutațiile genetice implică:</p> <ul style="list-style-type: none"> – anomalii ale unor factori de coagulare (mutația genei trombinei la poziția G 202 10 și a genei factorului V la poziția CGA 1691 – factorul V Leiden și rezistența la proteina C activată; – deficiența inhibitorilor naturali ai coagulării (proteina C, proteina S, antitrombina III, cofactorul II al heparinei, trombomodulina); – anomalii ale lizei cheagului (disfibrinogenemia, deficiența plasminogenului și a inhibitorului său); – hiperhomocisteinemia. <p>Accidentele trombotice pot afecta preponderent teritorii venoase profunde (cav inferior, mezenteric, cerebral, renal, hepatic).</p> <p><i>Manifestările clinice</i> particulare (purpura fulminans neonatală sau necroza cutanată indusă de warfarină) au fost înregistrate în deficiențele PC și PS. După diagnostic, pacienții trebuie anticoagulați toată viața.</p> <p><i>Investigații:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – timp de coagulare – homocisteinemia – proteina C, proteina S, AT III anti-trombina III – activitatea factorului V Leiden. 	<p>Deficiență funcțională medie</p> <ul style="list-style-type: none"> – cu tromboze de intensitate redusă, unice sau recurente, care nu lasă sechele durabile 	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
		<p>Deficiență funcțională accentuată</p> <ul style="list-style-type: none"> – în accidente trombotice repetate, în cele ce implică teritorii venoase profunde, în forme cu necroză cutanată 	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
		<p>Deficiență funcțională gravă</p> <ul style="list-style-type: none"> – în accidente trombotice cu sechele durabile (în special cerebrale) care împiedică autoseruirea 	90-100%	Pierdută în totalitate	Gradul I
Status post-transplant (auto- sau allotransplant)	Fără complicații (apreciate de medicul curant)	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
Status post-auto- sau allotransplant de celule Stem hematopoietice, în care hematopoieza post-transplant este cu defect (grefare cu defect)	Se remarcă trombocitopenie (ușoară-moderată) sau leucopenie (ușoară-moderată) sau anemie (ușoară-moderată)	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

<p>Status post auto- sau allotransplant de celule Stem hematopoietice, în care există complicații legate de regimul de condiționare</p>	<p>Complicațiile:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cataracta secundară corticoterapiei și/sau iradierii corporale totale. – Complicații neurologice tardive secundare iradierii craniene, chimioterapiei intratecale sau neurotoxicității unor medicamente. – Disfuncții endocrine secundare condiționării (iradierii corporale totale): hipotiroidie de diverse grade, tiroidita sau neoplasmul tiroidian, insuficiența gonadală (ovariană). – Disfuncții pulmonare, cardiace, hepatice și/sau renale considerate a fi secundare procedurii (tratamentului și/sau regimului de condiționare). – Boală malignă a cărei apariție poate fi legată de procedura de transplantare (iradiere corporală totală, deficiența imună secundară transplantării, infecții, imunosupresia). – Hematopoieza post-transplant cu defect = bi- sau pancitopenie moderat-severă (trombocitopenie, leucopenie sau anemie care necesită transplant substitutiv lunar) prin hipoplazie medulară, din cauza unui grefon insuficient în ceea ce privește cantitatea de celule Stem conținute. 	<p>Deficiență funcțională gravă</p>	<p>90-100%</p>	<p>Pierdută în totalitate</p>	<p>Gradul I</p>
--	---	--	----------------	-------------------------------	------------------------

8. APARATUL MUSCULOSCHELETAL

I. SECHELELE POSTTRAUMATICE

Fracturi, luxații, distrugeri ale părților moi:

- redori;
- anchiloze;
- pseudoartroze;
- sindrom algoneurodistrofic;
- amputații;
- traumatismele vertebro-medulare.

REDORILE ARTICULARE

Diagnosticul clinic se stabilește pe baza:

- examenului clinic;
- testării articulare;
- examenului radiologic.

Diagnosticul pozitiv:

- reducerea mișcărilor active și pasive (se va consulta tabelul de la sfârșitul capitolului);
- modificarea de tonus muscular;
- imaginea radiologică.

Membrele superioare

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Redoare strânsă de cot	Deficiență manipulație ușoară	20-25%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Redoare strânsă scapulo-humerală unilateral	Deficiență manipulație ușoară	30-40%	Păstrată	Idem

Membrele inferioare

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Redoare de gleznă unilateral	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Redoare strânsă de gleznă bilateral	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III Se recomandă schimbarea locului de muncă
Redoare strânsă de genunchi sau șold unilateral	Deficiență funcțională medie	50-69%	Idem	Gradul III Se recomandă schimbarea locului de muncă

Redoare strânsă de genunchi bilateral	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Redoare strânsă de șold bilateral	Deficiență funcțională accentuată	90-99%	Idem	Gradul I

ANCHILOZELE

Termenul de anchiloză presupune abolirea totală a mișcărilor într-o articulație.

Termenul de anchiloză provine din grecescul: „curbat“ – deoarece în majoritatea cazurilor fixarea articulației se face prin angularea fragmentelor osoase care realizează articulația.

Termenul este parțial corect, deoarece în multe cazuri asistăm la anchiloze în rectitudine (în special cele realizate operator), excepție făcând articulația cotului.

Simptomatologie: pierderea mișcărilor în articulația respectivă.

Examenul radiologic este edificator.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Anchiloza cotului	Deficiență funcțională ușoară	20-25%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Anchiloza umărului	Deficiență funcțională ușoară	30-40%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Anchiloză gleznă unilaterală	Deficiență funcțională ușoară	20-30%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Anchiloză gleznă bilaterală	Deficiență funcțională medie	50%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
Anchiloză genunchi unilateral	Deficiență funcțională medie	50%	Idem	Gradul III
Anchiloză șold unilateral	Deficiență funcțională medie	60%	Idem	Gradul III
Anchiloză șold cu redoare strânsă genunchi	Deficiență funcțională accentuată	70%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Anchiloză de genunchi bilateral	Deficiență funcțională gravă	90%	Pierdută în totalitate	Gradul I
Anchiloză șold bilateral	Deficiență funcțională gravă	95%	Pierdută în totalitate	Gradul I

* În cazul anchilozelor în poziții vicioase: cot în rectitudine, șold în flexum și/sau rotație și/sau abducție/adducție, genunchi în flexum, picior equin etc., de la caz la caz, în funcție de posibilitatea realizării mersului și ortostatismului, se poate acorda un grad de invaliditate superior.

PSEUDOARTROZA

Trebuie făcută distincția dintre:

1. Întârzierea în consolidare – care este o stare tranzitorie;
2. Pseudoartroza – care reprezintă o stare definitivă.

Se pot distinge:

1. – Pseudoartroza liberă sau flotantă;
2. – Pseudoartroza strânsă sau fibroasă;
3. – Pseudoartroza fibro-sinovială (cu excesivă mobilitate a fragmentelor ce demonstrează o organizare a țesuturilor mai complexă).

Semne clinice:

- mobilitate anormală în focarul de fractură după terminarea tratamentului de imobilizare (după 4-5 luni).

- mișcarea este practic nedureroasă;
 - mobilitatea anormală – în aproximativ toate planurile;
- Examenul radiologic – semnificativ: lipsa consolidării.

Membrele superioare

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Pseudoartroză oase antebrăț	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Pseudoartroză humerus	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Pseudoartroză humerus (cu scurtare peste 5 cm)	Deficiență funcțională medie	50%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III

Membrele inferioare

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Pseudoartroza oaselor degetelor piciorului	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Pseudoartroză oase gambă sau coapsă (cu scurtare sub 7 cm)	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III Se recomandă schimbarea locului de muncă
Pseudoartroză oase gambă sau coapsă (cu scurtare peste 7 cm)	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II Se recomandă schimbarea locului de muncă

Pseudoartrozele beneficiază de intervenții chirurgicale corectoare. Până la practicarea intervenției chirurgicale sau, în cazurile inoperabile ca urmare a unor complicații locale sau a bolilor somatice asociate, bolnavii pot fi încadrați într-un grad de invaliditate.

AMPUTAȚIILE

Diagnosticul clinic complet trebuie să conțină următoarele elemente:

- cauza amputației;
- data amputației;
- nivelul amputației;
- lateralitatea (dreaptă, stângă, bilaterală);
- starea bontului (cu descrierea bontului vicios atunci când e cazul);
- situația protezării (protezat, neprotezat, neprotezabil) cu menționarea tipului de proteză.

Criterii de diagnostic funcțional

În cazul amputațiilor, criteriile de evaluare a deficienței (de manipulație sau /și locomotorii) și de încadrare în grad de invaliditate trebuie să țină seama de:

1. nivelul amputației;
2. cauza care a condus la indicația de amputație;
3. starea bontului și eficiența protezării.

I. Nivelul amputației:

Membrele superioare

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Gradul de invaliditate/ Observații
Lipsa prin amputație a 2-3 degete (în afara policelului)	Deficiență de manipulație ușoară	20-30%	Nu se încadrează. Se recomandă schimbarea locului de muncă
Lipsa ultimelor falange de la toate degetele de la o mână	Deficiență de manipulație ușoară	25%	Nu se încadrează. Se recomandă schimbarea locului de muncă
Lipsa prin amputație a 4 degete de la o mână (în afara policelului)	Deficiență de manipulație ușoară	30-40%	Nu se încadrează. Se recomandă schimbarea locului de muncă
Lipsa policelului unilateral	Deficiență de manipulație ușoară	30%	Nu se încadrează. Se recomandă schimbarea locului de muncă
Lipsa unui police cu metacarpianul respectiv	Deficiență de manipulație ușoară	40%	Nu se încadrează. Se recomandă schimbarea locului de muncă
Lipsa ultimelor falange de la toate degetele ambelor mâini	Deficiență de manipulație ușoară	40%	Nu se încadrează. Se recomandă schimbarea locului de muncă
Lipsa policelului bilateral	Deficiență de manipulație medie	50%	Gradul III
Lipsa a 4 degete (în afara policelului) bilateral	Deficiență de manipulație medie	50%	Gradul III
Lipsa degetelor de la o mână	Deficiență de manipulație medie	50%	Gradul III
Dezarticulație radio-carpiană	Deficiență de manipulație medie	55%	Gradul III
Amputația unilaterală de antebraț la diferite nivele	Deficiență de manipulație medie	60-69%	Gradul III
Dezarticulație de cot	Deficiență de manipulație accentuată	70%	Gradul II
Amputația unilaterală de braț la diferite nivele	Deficiență de manipulație accentuată	70-79%	Gradul II
Dezarticulație scapulo-humerală	Deficiență de manipulație accentuată	80%	Gradul II
Amputația unui membru superior cu reducerea prehensiunii contralateral	Deficiență de manipulație accentuată	80-89%	Gradul II
Lipsa tuturor degetelor de la ambele mâini	Deficiență de manipulație gravă	90%	Gradul I
Amputația unui membru superior asociată cu redori strânse ale articulației membrului controlateral	Deficiență de manipulație gravă	90-100%	Gradul I
Amputația ambelor membre superioare (de la diferite nivele)	Deficiență de manipulație gravă	100%	Gradul I

N.B. Pentru bolnavii cu amputații la nivelul membrului superior drept sau pentru bolnavii stângaci cu amputații la nivelul membrului superior stâng, se vor acorda 6-12 luni de pensionare Gradul II de invaliditate, timp necesar pentru reeducarea gestualității.

Membrele inferioare

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Gradul de invaliditate/ Observații
Amputație totală sau parțială a degetelor de la unul sau de la ambele picioare	Deficiență funcțională ușoară (Se vor evalua tulburările secundare.)	20-25%	Nu se încadrează. Se recomandă schimbarea locului de muncă
Amputație tip Lisfrank (tarso-metatarsiană)	Deficiență funcțională ușoară	35%	Idem
Amputație tip Chopart (intratarsiană)	Deficiență funcțională ușoară	40%	Idem
Amputație bilaterală tip Lisfrank	Deficiență funcțională medie	50%	Gradul III
Amputație bilaterală tip Chopart	Deficiență funcțională medie	60%	Gradul III
Amputație de gambă unilateral (la orice nivel)	Deficiență funcțională medie	50-59%	Gradul III
Amputație la nivelul 1/3 prox. a coapsei (bont minim de 7 cm) unilateral	Deficiență funcțională medie	60-69%	Gradul III
Amputație coapsă (bont mai mic de 7 cm); bont greu protezabil;	Deficiență funcțională accentuată	70%	Gradul II
Amputație unilaterală membrul inferior asociată cu redori și calusuri vicioase controlateral	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Gradul II
Dezarticulație de șold unilaterală	Deficiență funcțională accentuată	80%	Gradul II
Amputație bilaterală a membrelor pelvine de la nivelul gambelor cu imposibilitatea realizării ortostatismului fără cărje	Deficiență funcțională gravă	90%	Gradul I
Amputația gambei asociată cu amputația coapsei controlaterale	Deficiență funcțională gravă	90%	Gradul I
Amputația transpelviană (inter-ilio-abdominală) unilaterală	Deficiență funcțională gravă	90%	Gradul I
Lipsă prin amputație a ambelor coapse	Deficiență funcțională gravă	90 %	Gradul I
Lipsă prin dezarticulație a unui membru inferior asociată cu anchiloza membrului inferior controlateral	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Gradul I
Lipsă prin dezarticulație a unui membru inferior asociată cu amputația sau dezarticulația unui membru superior	Deficiență funcțională gravă	100%	Gradul I

2. Cauza care a condus la indicația de amputație

În cazul amputațiilor de necesitate din arteriopatii, diabet zaharat, neoplasme, boli neurologice, se vor consulta și criteriile de evaluare de la capitolele aferente afecțiunilor cauzale, ținându-se cont și de faptul că deficiența somatică și cea locomotorie se pot potența reciproc, accentuând gradul de invaliditate.

Amputațiile cauzate de boli vasculare periferice justifică încadrarea cel puțin în gradul II de invaliditate, întrucât survin în stadii avansate ale bolii vasculare și sunt dificil de protezat (se vor consulta și criteriile de evaluare de la capitolul *Bolile arterelor periferice*).

3. Starea bontului și eficiența protezării:

Deficiența funcțională în cazul amputației de membru inferior se apreciază în raport cu posibilitățile bolnavului de a purta proteza. Starea bontului este deosebit de importantă pentru a evalua șansa amputatului de a fi protezat sau nu.

În cazul membrelor inferioare, pentru a putea fi eficient protezat, bontul de amputație trebuie să îndeplinească următoarele criterii:

- să aibă o lungime suficientă;

- să aibă o formă cât mai regulată;
- să nu prezinte proeminențe osoase și să fie bine acoperit de mușchi;
- să fie fără exces de părți moi;
- să fie nedureros, fără nevroame;
- să fie acoperit cu tegumente îndemne, cu cicatrici vindecate, suple, neretractile, fără plastii sensibile și friabile, fără leziuni dermatologice;
- să nu prezinte tulburări circulatorii.

Un bont scurt, cu cicatrici vicioase, cu calus vicios, cu nevroame hiperalgice, cu leziuni trofice, cu fistule cronice sau cu sechele complexe nu va putea fi protezat eficient, determinând un grad mai mare de invaliditate.

În cazul în care pacientul nu poate fi protezat din cauza bontului vicios, va fi îndrumat către o secție de ortopedie pentru refacerea bontului. Dacă există contraindicații medicale pentru intervenția chirurgicală (afecțiuni grave cardio-respiratorii, renale etc.), bontul neprotezabil determină o agravare a deficienței funcționale, care poate justifica încadrarea într-un grad de invaliditate superior celui determinat de nivelul de amputație.

Cazurile cu amputații de membre inferioare neprotezate din motive obiective, neimputabile pacientului, în funcție de imposibilitatea realizării mersului și ortostatismului fără cârje sau fotoliu rulant se pot încadra într-un grad de invaliditate superior celui determinat de nivelul de amputație, până la realizarea protezării.

În cazul amputațiilor recente de membre inferioare, în funcție de imposibilitatea realizării mersului și ortostatismului fără cârje sau fotoliu rulant, deficientul poate fi încadrat într-un grad de invaliditate superior celui determinat de nivelul de amputație, pe o perioadă de un an, timp necesar pentru achiziționarea protezelor (provizorii, ulterior definitive) și a altor dispozitive medicale necesare, precum și pentru reeducarea mersului cu aceste dispozitive.

TRAUMATISMELE VERTEBRO-MEDULARE

Traumatismele vertebro-medulare închise și deschise ocupă în tabloul general al patologiei aparatului locomotor o fracțiune de aproximativ 0,7-1 %.

Din punct de vedere lezional, există două mari grupe:

1. Leziuni rahidiene cu interesarea elementelor canalului rahidian, denumite și mielice;
2. Leziuni rahidiene fără semne neurologice sau amielice (după Putti).

Din multiplele încercări de clasificare de utilitate practică, certă este cea a Institutului „Rizzoli“ prezentată la cea de-a XXXIII-a reuniune anuală a Societății Franceze de Ortopedie.

Această clasificare împarte leziunile în trei grupe mari, inițiale:

I. Fracturi de corp vertebral:

- a) fracturi prin compresiune care pot fi complete sau cuneiforme;
- b) fracturi cominutive;
- c) fracturi parcelare.

II. Fracturi de arc posterior:

- a) fracturi de apofize (transverse, spinoase, articulare);
- b) fracturi de lame;
- c) fracturi de pediculi.

III. Fracturi – luxații (cu sau fără leziuni disco-ligamentare), care nu au alt cuprins decât pura noțiune enunțată.

În fața unei rezultante posttraumatice se poate vorbi de o leziune traumatică a unui anumit segment, urmând a detalia aspectul anatomopatologic și aspectul clinic – urmărit în evoluția sa.

Importanța atingerilor medulo-radiculare reprezintă un capitol dominant în patologia traumatismelor rahidiene, prezența sau absența lor tranșează net două aspecte, două atitudini terapeutice și încadrări diferențiate în grade de invaliditate.

Consecințele lezării medulo-rahidiene:

- 1. Consecința IMEDIATĂ:** șocul spinal definit ca o stare de supresiune a tuturor activităților spinale, având caracter tranzitoriu. Durează 1-6 săptămâni.

2. Consecințele PRECOCE: sunt independente de șocul spinal, dar în directă dependență de leziunea medulară. Sunt aceleași în toate segmentele medulare:

- **sindrom senzitiv și motor remanent;**
- **tulburări vezicale sub formă de retenție;**
- **tulburări intestinale și anorectale;**
- **tulburări ale funcțiilor genitale;**
- **tulburări neuro-vegetative (termice, tensionale, aritmii);**
- **tulburări trofice.**

3. Consecințe TARDIVE:

- **deficit senzitiv și motor rezidual;**
- **tulburări metabolice și de nutriție;**
- **tulburări viscerale;**
- **tulburări psihice.**

Sistematizând sinoptic, distingem:

I. Sindrom neurologic total: tetraplegie sau paraplegie

II. Sindroame neurologice parțiale, între care distingem: Sindromul Brown-Sequard, sindromul centromedular cervical, sindromul radiculo-medular acut și sindroame neurologice particulare.

III. Sindrom radicular – care cuprinde, pe lângă atingerile electiv radiculare, sindromul cozii de cal.

Diagnosticul clinic pozitiv se stabilește ținând cont de:

- examenul clinic neurologic;
- examenul radiologic:
- discografie;
- flebografie;
- arteriografie;
- examenul tomografic;
- examenul IRM;
- electromiografiei;
- examenul LCR.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Anchiloza unui segment de coloană (osteosinteză posttraumatică)	Deficiență funcțională ușoară	25-30%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Anchiloza sau redori strânse pe segmente mari (cu tulburări ventilatorii medii)	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Se recomanda schimbarea locului de muncă
Anchiloze cu deformări mari (cifoze – cifoscolioze cu tulburări ventilatorii medii – accentuate)	Deficiență funcțională accentuată	70-80%	Pierdută în totalitate	Gradul II

Pentru sechelele neurologice, diagnosticul funcțional și capacitatea de muncă se vor stabili după criteriile pentru afecțiunile neurologice.

II. SECHELELE POST OA-TBC; MORB POTT

TBC evoluează ciclic în trei faze:

- I. Faza de însămânțare;**
- II. Faza distructivă;**
- III. Faza de cicatrizare și anchiloză.**

Diagnosticul clinic și **stadiul** afecțiunii se stabilesc de către unitățile teritoriale ale secției anti TBC.

Diagnosticul funcțional se va aprecia în raport cu stadiul afecțiunii, respectiv cu încadrarea în grupele de dispensarizare.

Toate afecțiunile TBC osteoarticulare *în evoluție* generează o deficiență funcțională accentuată și se încadrează în gradul II (doi) de invaliditate, indiferent de localizarea procesului tuberculos:

- TBC – OA scapulohumerală;
- TBC – OA cot;
- TBC – OA radiocarpiană;
- TBC – OA sacroiliacă;
- TBC – OA coxofemurală;
- TBC – OA genunchi;
- TBC – OA tibiotarsiană și intratarsiană.

Sechelele – anchiloze și redorile strânse – se vor evalua conform criteriilor de la capitolul *Redori – Anchiloze*.

Sechele Morb Pott

Se recomandă:

- examen clinic;
- testarea coloanei;
- probe ventilatorii;
- EKG;
- examen radiologic.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Osteosinteza unui segment de coloană (2-3-4 vertebre)	Deficiență funcțională ușoară	25-30%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Osteosinteza unui segment mare (5-6-7 vertebre)	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III Se recomandă schimbarea locului de muncă
Osteosinteza pe coloană deformată (cifoscoliotică, cu tulburări ventilatorii)	Deficiență funcțională accentuată	70-80%	Pierdută în totalitate	Gradul II

III. OSTEONECROZA ASEPTICĂ A CAPULUI FEMURAL

Este o afecțiune ce presupune alterarea până la suprimare a circulației arteriale într-un segment al osului. Cea mai frecventă localizare este capul femural.

Alte localizări: osul navicular carpian, astragalul, capul humeral și fragmente izolate de os.

Criterii pentru diagnosticul clinic:

- durere spontană și provocată;
- redoare algică a articulației șoldului;
- mers șchiopătat.

Examele de laborator sunt neconcludente.

Diagnosticul de certitudine: – examen radiologic;
– scintigrafie osoasă;
– tomografie computerizată;
– I.R.M.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Necroză aseptică de cap femural confirmată (unilateral)	Deficiență funcțională ușoară	50-59%	Păstrată	Gradul III Se recomandă schimbarea locului de muncă

Necroză aseptică de cap femural unilateral în evoluție cu distrucție CF	Deficiență funcțională medie	60-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III Se recomandă schimbarea locului de muncă
Necroză aseptică de cap femural confirmată (bilaterală) în evoluție	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Idem	Gradul II

IV. OSTEOMIELITA. OSTEITELE FISTULIZATE

Osteomielita este o boală generală, cu evoluție și forme clinice diferențiate.

Termenul de osteomielită a fost introdus de Lannelongue, care presupunea că leziunea de început este infecția măduvei osului.

Formele clinice pot fi:

- forme acute: – forma hipertoxică;
– forma septicemică;
– forma piogenă – cu modificări prevalent locale;
- osteomielita cronică de la început;
- osteomielită acută cronicizată.

Diagnosticul se stabilește pe:

- tabloul clinic: local și general;
- tabloul sanguin – leucocitoză;
- VSH;
- însămânțare din secreția locală;
- examenul radiologic – care ne arată: distrucție osoasă, eventual cu sechestră și osteoporoză perifocală.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Osteomielită cronică fistulizată	Deficiență globală accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

SUPURAȚIILE OSOASE POSTTRAUMATICE

- osteite post-traumatice acute cronicizate;
- osteite post-traumatice care evoluează cronic de la început.

Diagnosticul clinic:

- fistule remanente unice sau multiple, cu sau fără alterarea părților moi.
- examenul radiologic – fistulografic este concludent.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Supurații osoase fistulizate	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

V. DEFORMAȚIILE COLOANEI VERTEBRALE

Acestea sunt scolioza sau cifoscolioza de etiologie polimorfă, ajunsă la maturitate.

Diagnosticul clinic se stabilește pe baza:

- examenului clinic;
- testării mobilității coloanei;
- examenului radiologic.

Diagnosticul pozitiv are în vedere examenul goniometric efectuat pe o radiografie standard.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Scolioză, cifoscolioză cu grad de curbură sub 60° (cu tulburări ventilatorii mici)	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Scolioză, cifoscolioză cu grad de curbură peste 60° (cu tulburări ventilatorii mici – medii) și fără tulburări neurologice	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin pe jumătate	Gradul III Se recomandă schimbarea locului de muncă
Scolioză, cifoscolioză cu grad de curbură peste 60°, cu tulburări neurologice: parapareză	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Scolioză cu grad de curbură peste 60°, cu tulburări neurologice – paraplegie	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Pierdută în totalitate	Gradul I

VI. ARTROPLASTIA DE ȘOLD CU PROTEZĂ TOTALĂ. Complicații

Evaluând favorabil rezultatele bune, medicul expert trebuie să aibă în vedere și să nu subestimeze complicațiile ce pot surveni în timpul și după executarea artroplastiei.

Toate aceste elemente vor fi înregistrate pentru ca, în final, să se poată realiza o cât mai corectă apreciere a deficienței funcționale.

Complicațiile pot fi: intraoperatorii, secundare și tardive.

I. Complicațiile intraoperatorii, legate de tehnică:

1. perforarea fundului cotilului;
2. perforarea diafizei femurale;
3. leziunea nervului sciatic sau femural.

II. Complicații secundare legate de o tehnică imperfectă (neadaptată):

1. hematomul postoperator;
2. infecția postoperatorie;
3. luxația capului protezei;
4. insuficiența mușchilor fesieri și abductori în statică și mers;
5. complicații generale: tromboemboliile.

III. Complicații tardive:

1. Osificările heterotopice (după Brooker):

- a) – osificări insulare în părțile moi periarticular;
- b) – punți osoase incomplete;
- c) – punți osoase complete – anchiloză.

2. Decimentarea aseptică, mobilizarea (Loosening) sau osteoliza. Descrisă pentru prima dată de Harris (1976), această complicație se manifestă prin:

- reapariția durerii la nivelul șoldului, cu iradiere spre genunchi;
- fenomene claudicative cu limitarea mișcărilor.

Diagnosticul radiologic:

- osteoliză segmentară: lizereu de radiotransparență periprotetică, progresiv;
- osteoliză lacunară – când apare o geodă metafizar sau diafizar, ce crește progresiv.

3. Fractura femurului – poate surveni în orice moment, dar mai ales după un număr de ani.

4. Degradarea pieselor femurale survine drept consecință a „oboselii“ materialului, în special a pieselor de oțel în situația decimentării sau a unui defect de fabricație.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Artroplastie de șold cu redoare algică prin osificări heterotopice	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin pe jumătate	Gradul III Se recomandă schimbarea locului de muncă

Artroplastie de șold cu decimentare (osteoliză progresivă)	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
Artroplastie de șold algică prin degradarea pieselor femurale	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

VII. MALFORMAȚII CONGENITALE

- **membre toracale:**
 - luxație congenitală a umărului;
 - agenezie – degete, mână, antebraț;
 - sindactilie.
- **membre pelvine:**
 - displazia luxantă a șoldului;
 - coxa-vara, coxa-valga, coxa-plana;
 - aplazii de femur;
 - genu varum, genu valgus, genu recurvatum;
 - picior strâmb congenital – varus – valgus – talus – cavus.
- **coloană vertebrală:**
 - A. de origine medulară:
 - a) siringomieli și hidromieli,
 - b) malformații vasculare;
 - c) chist dermoid și epidermoid.
 - B. de origine vertebrală:
 - a) sindrom Klippel-Feil;
 - b) sindrom de coastă cervicală;
 - c) sacralizarea vertebrei L5;
 - d) angiom vertebral.
 - C. mixte:
 - a) spina bifida.

Diagnosticul funcțional se va stabili în raport cu tulburările funcționale – anchiloze, redori, scurtări, membre balante, tulburări neurologice.

TABEL
cu mișcările, pozițiile fiziologice și pozițiile funcționale în anchiloze și redori strânse ale principalelor articulații

Denumirea articulației	Amplitudinea fiziologică	Deficiență medie. Mobilitate de:	Poziția funcțională în anchiloze și redori strânse
Coloana cervicală	Flex. = 0°-60° Ext. = 0°-50° Încl. lat. stg. = 0°-40° Încl. lat. dr. = 0°-40° Rotație stg. = 0°-60° Rotație dr. = 0°-60°	30° 25° 15° 15° 20° 20°	0°-30° 0°-10° 0°-15° 0°-15° 0°-20° 0°-20°
Coloana dorso-lombară	Flex. = 0°-95° Ext. = 0°-35° Încl. lat. stg. = 0°-40° Încl. lat. dr. = 0°-40° Rotație stg. = 0°-60° Rotație dr. = 0°-60°	15° 15° 15° 15° 20° 20°	0°-15° 0°-15° 0°-15° 0°-15° 0°-20° 0°-20°
Scapulo-humerală	Anteduc. = 0°-170° Retroduc. = 0°-35° Abd. = 0°-85° Add. = 0°-45° Rotație int. = 0°-90° Rotație ext. = 0°-90°	70° 0° 40° 30° 0° 0°	0°-15° 0°-10° 0°-20° 0°-0° 0°-10° 0°-10°
Cot	Flex. = 0°-140° Pron. = 0°-90° Supin. = 0°-90°	45° 45° 45°	90°-125° 0°-45° 0°-45°

Expertiză medicală

Mână (pumn)	Flex. = 0°-85° Ext. = 0°-85° Inclin. uln. = 0°-40° Înclin. rad. = 0°-20°	40° 30° – –	0°-40° 0°-30° 0°-20° 0°-15°
Police Metacarpofalangiană	Flex. = 0°-90° Ext. = 0°-0° Abd. = 0°-60° Opoziție = 0 cm	40° – 10° 2 cm	0°-45° – 0°-10° –
Interfalangiana 1	Flex. = 0°-90° Ext. = 0°-0°	30° –	0°-10° 0°-10°
Index Mediu Inelar Auricular Metacarpofalangiană	Flex. = 0°-90° Ext. = 0°-0°	30° –	35°-35° –
Interfalangiana 1	Flex. = 0°-90° Ext. = 0°-0°	30° –	35°-35° –
Interfalangiana 2	Flex. = 0°-90° Ext. = 0°-0°	30° –	0°-45° –
Coxofemurală	Flex. = 0°-130° Ext. = 0°-25° Abd. = 0°-45° Add. = 0°-30° Rotație int. = 0°-40° Rotație ext. = 0°-60°	45° – 15° – – –	0°-15° 0°-5° 0°-10° 0°-5° 0°-5° 0°-5°
Genunchi	Flex. = 0°-145°	45°	0°-10°
Gleză	Flex. plantară = 0°-50° Flex. dorsală = 0°-20° Abd. = 0°-25° Add. = 0°-45°	15° 10° 15° 10°	0°-0° 0°-5° 0°-10° 0°-10°

9. CRITERII PENTRU DIAGNOSTICUL CLINIC, DIAGNOSTICUL FUNCȚIONAL ȘI AL CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN BOLILE REUMATISMALE

Bolile reumatismale fac parte din clasa a XIII-a din cele 21 de clase mari de boli, conform *Clasificăției Statistice Internaționale a Maladiilor și Problemelor conexe de Sănătate* (C.I.M. în română și franceză, ICD în engleză).

Clasa a XIII-a, conform C.I.M., este clasa din care fac parte: Bolile sistemului osteo-articular al mușchilor și ale sistemului conjunctiv.

Principalele boli invalidante:

I. Poliartrita reumatoidă

II. Spondilartritele seronegative:

1. *Spondilartrita anchilozantă.*
2. *Artritele reactive (Sindromul Reiter-Fiessinger-Leroy).*
3. *Artropatia psoriazică.*
4. *Spondilartritele enteropatice din Colita ulceroasă, Boala Crohn.*
5. *Boala Whipple.*

III. Lupusul eritematos sistemic

IV. Sclerodermia sistemică

V. Polimiozitele și dermatomiozita

VI. Vasculitele. Poliarterita nodoasă și alte vasculite: Angeita alergică și granulomatoasă (Boala Churg-Strauss), Boala Kawasaki, Arterita Takayasu, Granulomatoza Wegener, Boala Behcet

VII. Boala mixtă a țesutului conjunctiv

VIII. Sindromul Sjogren

IX. Artritele microcristaline și dismetabolice:

1. *Guta.*
2. *Condrocarcinoza (Pseudoguta).*
3. *Alte artropatii microcristaline.*

X. Bolile articulare degenerative:

1. *Coxartroza.*
2. *Gonartroza.*
3. *Artrozele piciorului.*
4. *Artrozele mâinii.*
5. *Spondiloza cervicală și lombară.*
6. *Spondiloza hiperostozantă.*

XI. Bolile reumatismale abarticulare

1. *Bolile reumatismale abarticulare difuze:*
 - a) *Fibromialgia (fibrozita);*
 - b) *Sindromul durerii miofasciale.*

2. Bolile reumatismale abarticulare localizate:

- a) Periartrita scapulo-humerală (umăr blocat, pseudoparalitic);
- b) Periartrita coxofemurală;
- c) Distrofia simpatică reflexă;
- d) Boala Dupuytren;
- e) Boala Ledderhose.

I. POLIARTRITA REUMATOIDĂ (P.R.) SAU ARTRITA REUMATOIDĂ – COD DE BOALĂ 628, DUPĂ C.I.M.

Diagnosticul de **Poliartrită reumatoidă** se susține pe criteriile ACR (revizuite în 1987), după Arnett și colaboratorii.

- Investigațiile de laborator necesare pentru susținerea diagnosticului de PR și pentru urmărirea evoluției bolii sunt: VSH, Proteina C reactivă (cantitativ), factorii reumatoizi, anticorpii antipeptid ciclic citrulinat (AC anti CCP);
- Examenul radiologic standard;
- Ecografia articulară;
- Rezonanța magnetică nucleară (de rezervă);
- Scintigrafia osteo-articulară (de rezervă, numai în cazuri selecționate).

Aprecierea capacității funcționale a bolnavilor cu PR depinde de activitatea inflamatorie a bolii și de alterările structurale osteo-articulare.

Există deci o incapacitate cauzată de inflamație (potențial reversibilă) și alta determinată de alterările structurale consecutive (frecvent definitivă).

Gradul de activitate al PR poate fi evaluat printr-o serie de parametri clinici sau biologici: număr de articulații dureroase și tumefiate, redoare matinală, evaluare globală a activității bolii (VAS medic și pacient), niveluri reactanți de fază acută (VSH, CRP cantitativ), indici compoziți validați (DAS 28), factori prognostici (niveluri Ac anti CCP și niveluri serice factori reumatoizi).

Diagnosticul stadiului alterării structurale se bazează pe scorul radiografic Sharp (în varianta modificată de Van der Heijde sau de Genant), al eroziunilor juxtaarticulare și de îngustare a spațiului articular și poate fi sumarizat pe baza criteriilor unanim acceptate, propuse de Steinbrocker, care prezintă corelație cu deficitul funcțional.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Poliartrită reumatoidă precoce sau artrita nediferențiată	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
Poliartrită reumatoidă la debut (după criteriile Steinbrocker) Clasa funcțională 1 – capacitate funcțională completă, cu posibilitatea de a exercita normal profesia	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Poliartrită reumatoidă st. I (după criteriile Steinbrocker) = moderat activă Clasa funcțională 2 = capacitate funcțională normală, cu excepția handicapului durerii și redorii la una sau mai multe articulații	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
I. Poliartrită reumatoidă st. II (după criteriile Steinbrocker) = moderat activă Clasa funcțională 2 – capacitate funcțională redusă, prezentând handicapul durerii și redorii la una sau mai multe articulații	Deficiență funcțională accentuată	70-79%	Pierdută în totalitate	Gradul II
II. Poliartrită reumatoidă st. II/III = moderat activă Clasa funcțională 2 – capacitate funcțională redusă, cu afectarea semnificativă a mobilității articulare, reducerea capacității de deplasare și/sau a gesticii uzuale	Deficiență funcțională accentuată	80-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

<p>I. Poliartrită reumatoidă st. III (sever) după criteriile Steinbroker Clasa funcțională 3 = capacitate funcțională mult limitată, permițând bolnavului numai o mică parte din ocupațiile casnice și de autoservire</p>	<p>Deficiență funcțională gravă</p>	<p>90-95%</p>	<p>Capacitatea de muncă și autoservire pierdută în totalitate</p>	<p>Gradul I Necesită îngrijire și supraveghere din partea altei persoane</p>
<p>II. Poliartrită reumatoidă st. IV (după criteriile lui Steinbroker) Clasa funcțională 4 = infirmitate importantă; bolnav imobilizat la pat sau fotoliu; se deplasează cu foarte mare dificultate, nu se poate ocupa de propria îngrijire sau o face cu mare dificultate</p>	<p>Deficiență funcțională gravă</p>	<p>90-95%</p>	<p>Capacitatea de muncă și autoservire pierdută în totalitate</p>	<p>Gradul I Necesită îngrijire și supraveghere din partea altei persoane</p>

II. SPONDILARTRITELE SERONEGATIVE:

II.1. Spondilita anchilozantă (S.A.) – cod de boală 469, după C.I.M.

Diagnostic cert de spondilită anchilozantă se stabilește conform criteriilor New York (1984), modificate:

- a. durere lombară joasă și redoare matinală de peste 3 luni care se ameliorează în condiții de efort și nu dispare în repaus;
- b. limitarea mișcării coloanei lombare în plan sagital și frontal;
- c. limitarea expansiunii cutiei toracice;
- d.1. sacroilita unilaterală grad 3-4;
- d.2. sacroilita bilaterală grad 2-4.

Diagnosticul cert de spondilită anchilozantă presupune prezența criteriului imagistic (radiologic sau RMN) asociat cel puțin unui criteriu clinic.

Explorările de laborator necesare pentru susținerea diagnosticului de SA:

- Investigații biologice:
 - VSH; proteina C reactivă (cantitativ); antigenul HLAB 27 este prezent la 80-90 % dintre bolnavi, dar nu este obligatoriu pentru diagnostic, care poate fi pus și în absența acestuia.
- Examenul radiologic standard.
- Rezonanță magnetică nucleară.
- Tomografia computerizată axială (de rezervă, numai în cazuri selecționate).
- Scintigrafia osteoarticulară (de rezervă, numai în cazuri selecționate).

Necesită evaluare conform criteriilor ASAS, inclusiv BASDAI.

VERSIUNEA ROMÂNEASCĂ A INDEXULUI BASDAI

(BATH ANKYLOSING SPONDYLITIS DISEASE ACTIVITY INDEX)

Vă rugăm să marcați cu un X pe următoarele scale (0-10cm). Dacă simptomele dvs. (durere, oboseală) au avut variații, marcați numărul care indică media severității acestora.

Cum au fost în ultima săptămână?

1. Care a fost gradul oboselii pe care ați resimțit-o?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

absentă

Foarte severă

2. Cum ați descrie durerea de coloană cervicală, toracală sau lombară?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

absentă

Foarte severă

3. Cum au fost, per ansamblu, durerile și tumefacțiile pe care le-ați avut la nivelul articulațiilor periferice?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

absentă

Foarte severă

4. Cum ați resimțit durerea la atingere sau presiune la nivelul zonelor dureroase (entezelor)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

absentă

Foarte severă

5. Cum ați resimțit redoarea (înțepeneala) de dimineață, după ce vă trezeți?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

absentă

Foarte severă

6. Cât timp apreciați că durează redoarea (înțepeneala), dimineața?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0 ore

1 oră

2 ore sau peste

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Spondilartrită anchilozantă la debut în faza de sacroileită gradul I sau II	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
I. Spondilartrită anchilozantă formă centrală în faza de sacroileită gradul III – IV	Deficiență funcțională ușoară	20-39%	Păstrată	Nu se încadrează
II. Spondilartrită anchilozantă formă centrală cu prinderea articulației sacroiliace gradul IV + coloană dorso-lombară	Deficiență funcțională ușoară	40-49%	Păstrată	Nu se încadrează
I. Spondilartrită anchilozantă formă centrală cu prinderea coloanei cervico-dorso-lombare	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
II. Spondilartrită anchilozantă formă periferică la debut	Deficiență funcțională medie	60-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III

I. Spondilită anchilozantă formă centrală cu prinderea coloanei cervico-dorso-lombare și fixarea coloanei cervicale în flexie în mod ireversibil	Deficiență funcțională accentuată	70-79%	Pierdută în totalitate	Gradul II
II. Spondilită anchilozantă formă centrală cu prinderea coloanei cervicale și a centurilor scapulo-humerale sau coxo-femorale uni- sau bilateral	Deficiență funcțională accentuată	80-85%	Pierdută în totalitate	Gradul II
III. Spondilită anchilozantă formă periferică cu prinderea articulațiilor periferice mari – coxofemorale, genunchi, coate, pumni	Deficiență funcțională accentuată	85-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
I. Spondilită anchilozantă formă centrală cu prinderea coloanei cervicale și a centurilor scapulo-humerale și coxofemorale bilateral cu tendințe la anchiloze în poziții vicioase	Deficiență funcțională gravă	90-94%	Capacitatea de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I Necesită îngrijire și supraveghere din partea altei persoane
II. Spondilită anchilozantă forme periferice severe cu anchiloze multiple (genunchi în flexie; anchiloză tibiotarsiană în equin etc.)	Deficiență funcțională gravă	95%	Capacitatea de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I Necesită îngrijire și supraveghere din partea altei persoane
III. Spondilită anchilozantă forme mixte (centrale și periferice) cu prinderea coloanei cervicale, a centurilor scapulo-humerale și pelvine și a articulațiilor periferice mari	Deficiență funcțională gravă	96-100%	Capacitatea de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I Necesită îngrijire și supraveghere din partea altei persoane

II.2. Artritele reactive (AR) sau Sindrom Reiter – Fiessinger –Leroy – (RFL) – cod de boală 647, după C.I.M.

Criteriile pentru diagnosticul clinic al sindromului RFL sunt **criteriile clinice și semnele radiologice:**

- Investigații de laborator:
 - VSH; hemoleucogramă; proteina C reactivă; anticorpii specifici în funcție de germenele incriminat în declanșarea bolii; examenul lichidului sinovial (numai în cazuri selecționate);
- Examen radiologic.
- R.M.N. (de rezervă, numai în cazuri selecționate).
- Scintigrama osoasă; (de rezervă, numai în cazuri selecționate).
- Examen bacteriologic: urocultură, coprocultură (pot fi negative dacă nu sunt surprinse la declanșarea bolii).

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
AR sau sindrom RFL incomplet în faza incipientă de oligoartrită subacută	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
AR cu sindrom RFL la debut, în faza de artrită incipientă la una sau două articulații, sau asociat cu sacroileită unilateral	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
AR cu sindrom RFL în forme constituite după o perioadă de evoluție cu 2-3 pusee acute de oligoartrite în cursul unui an	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
AR sau sindrom RFL în formele cronice, după o evoluție de aproximativ 5 ani, cu 3-4 pusee acute pe an, care evoluează spre S.A. în formă mixtă centrală și periferică	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

II.3. Artropatia psoriazică (AP) – cod de boală 647, după C.I.M.

Diagnosticul de artropatie psoriazică se susține pe criteriile clinice și radiologice.

Criteriile de clasificare cele mai cunoscute și răspândite sunt cele ale lui Moll și Wright*:

- 1 - afectare interfalangiană distală (*specifică artropatiei psoriazice*)
- 2 - artrita mutilantă (*specifică artropatiei psoriazice*)
- 3 - poliartrita simetrică, asemănătoare clinic cu PR, dar cu FR absent (*des întâlnită*)
- 4 - oligoartrita asimetrică sau monoartrita (*cel mai des întâlnită*)
- 5 - afectare axială ca element caracteristic predominant.

Psoriazisul cutanat sau/și unghial este frecvent prezent, dar există cazuri în care manifestările cutanate apar după instalarea artritelor.

- Investigații de laborator:
 - hemoleucogramă; VSH; PCR (cantitativ), acidul uric; factorul reumatoid;
- Examen radiologic (diferențiat pentru afectarea periferică sau axială);
- Rezonanță magnetică nucleară (în cazuri selecționate).

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Artrita psoriazică în observație cu forme ușoare de psoriazis	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
Artrită psoriazică în formă de oligoartrită asimetrică la debut, cu afectarea articulațiilor mici (articulațiile IF distale de mână sau picior + forme cutanate ușoare de psoriazis	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Artrită psoriazică în formă de oligoartrită asimetrică, cu afectarea unei singure articulații mari sau a 2-3 articulații mici, asociate cu leziuni cutanate de psoriazis	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
Artropatie psoriazică în forma de spondilită psoriazică: afectare axială cu prinderea coloanei CDL, asociată cu tendința la anchiloze și deformarea mâinii (mână „în gheară“)	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

II.4. Spondilartritele enteropatice din colita ulceroasă; boala Crohn – cod de boală 647, după C.I.M.

II.5. Maladia Whipple (B.W.) – cod de boală 647, după C.I.M. sau lipodistrofia intestinală

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Artritele enteropatice sau Spondilitele enteropatice sunt artrite ce însoțesc colita ulceroasă, boala Crohn și by-pass-ul ileal	Deficiența funcțională este determinată de boala de bază – afectarea articulară este o modalitate de debut a bolii digestive cu mulți ani înainte de apariția semnelor digestive.			
Maladia Whipple în forme de artrite acute migratoare sau fugace, cu durată mai mică de o săptămână, cu vindecare fără sechele	Deficiența funcțională este determinată de boala de bază – afectarea articulară este o modalitate de debut a bolii digestive cu mulți ani înainte de apariția semnelor digestive.			
Maladia Whipple în forme de sacroileită asociată cu HLA B27 pozitiv = spondilitele din bolile intestinale inflamatorii	vezi criteriile de diagnostic pentru SA			

III. LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC (LES) – cod de boală 641, după C.I.M.

Diagnosticul se susține pe criteriile ARA.

- Investigații de laborator utile:
 - hemoleucogramă; VSH; proteina C reactivă (cantitativ); complement seric (C3, C4), autoanticorpi: Ac antinucleari, anti ADNc, anticorpi antifosfolipidici, celule lupice; factor reumatoid; teste de coagulare (funcție de forma de manifestare).
- Biopsie renală (numai în formele cu afectare renală severă).

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
LES în observație	Deficiență funcțională ușoară	20-39%	Păstrată	Nu se încadrează
LES indus medicamentos la debut (O serie de medicamente sunt implicate în apariția unui sindrom lupus-like)	Deficiență funcțională ușoară	40-49%	Păstrată	Nu se încadrează
LES sistemic latent (incomplet) la debut	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
I. LES clasic diagnosticat după criteriile ARA, în faza cronică	Deficiență funcțională accentuată	70-79%	Pierdută în totalitate	Gradul II
II. LES în faza acută (puseu)	Deficiență funcțională accentuată	80-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
LES în puseu acut cu alterarea stării generale LES cu afectare de organ (ex: cardiacă, renală, neurologică etc.) gravă	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdute în totalitate	Gradul I Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

IV. SCLERODERMIA SISTEMICĂ (SS) – COD DE BOALĂ 642, DUPĂ C.I.M.

Diagnosticul se susține pe semne clinice, radiologice și biologice.

- Investigații de laborator utile:
 - hemoleucogramă; VSH; proteina C reactivă (cantitativ), factor reumatoid; anticorpi antinucleari, anticorpi anti-Sc170, anticentromer și anti-Ro;
- Examen radiologic (rg. osteo-articulare, rx. pulmonar, digestiv);
- Capilaroscopie;
- Biopsie cutanată (în cazuri selecționate);
- Probe funcționale respiratorii.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
SS în observație, în faza de sindrom Raynaud, fără manifestări cutanate, articulare sau ale altor organe	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
I. SS la debut în formă cutanată limitată, cu sindrom Raynaud și afectare cutanată	Deficiență funcțională medie	50-59%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate
II. SS în formă cutanată difuză la debut, cu prezența sindromului Raynaud și cu afectarea cutanată a membrilor, feței și trunchiului, fără afectare pulmonară, renală	Deficiență funcțională medie	60-69%	Idem
I. SS formă cutanată difuză, cu afectarea cutanată a membrilor și a feței, cu afectare pulmonară	Deficiență funcțională accentuată	70-79 %	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II de invaliditate
II. SS în formă cutanată difuză, cu afectare cutanată a membrilor și a feței, a trunchiului, cu afectare pulmonară și renală	Deficiență funcțională accentuată	80-89%	Idem

SS în formă cutanată difuză, cu afectare cutanată a membrelor, feței și trunchiului, cu manifestări respiratorii grave, manifestări cardiace și renale	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Pierdere totală a capacității de muncă și de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane
--	------------------------------	---------	---

V. POLIMIOZITA SAU DERMATOMIOZITA – cod de boală 642, după C.I.M.

Diagnosticul se susține pe criteriile clinice, examene de laborator și biopsie musculară.

- Investigații de laborator:
 - hemoleucogramă cu formulă; VSH; proteina C reactivă; aldolaza, transaminaze, creatinkinaza; mioglobina;
- EMG;
- Biopsia musculară (în cazuri selecționate).

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
PM/DM în observație	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
PM/DM în forma idiopatică a adultului la debut	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate
I. PM/DM în forme cronice cu atrofii musculare la membre	Deficiență funcțională accentuată	70-79%	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II de invaliditate
II. PM/DM cronică ulcerativă cu ulcerații gastrointestinale și cutanate	Deficiență funcțională accentuată	80-89%	Idem
I. PM/DM idiopatică în faza acută și subacută, cu atrofia maselor musculare, afectarea mușchilor striati ai hipofaringelui și esofagului superior și fenomene respiratorii	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Pierdere totală a capacității de muncă și de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane
II. PM/DM asociată cu cancer, cu deficiență musculară gravă	Deficiență funcțională gravă		

VI. VASCULITELE

VI.1. Poliarterita nodoasă sau periarterita nodoasă (PAN) – cod de boală 640, după C.I.M.

Diagnosticul se susține pe semne clinice și examene de laborator.

- Investigații de laborator utile:
 - VSH; hemoleucogramă;
 - Biopsie (în cazuri selecționate).

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
PAN în observație – prezența manifestărilor cutanate, musculo-articulare și HTA oscilantă, fără manifestări renale, cardiace sau neurologice	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate
PAN cu manifestări renale, neurologice, cardiace	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II de invaliditate

PAN în faza de insuficiență renală, cardiacă, decompensată sau cu afectarea sistemului nervos central	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Pierdere totală a capacității de muncă și de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane.
--	-------------------------------------	---------	--

VI.2. Angeita alergică și granulomatoasă (Boala Churg – Strauss).

Criterii pentru diagnosticul *angeitei alergice și granulomatoase (Boala Churg–Strauss)* – criteriile A.C.R. – (Colegiul American de Reumatologie).

- Investigații de laborator:
 - VSH; dozarea IgE;
- Examen radiologic și probe funcționale ventilatorii.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Angeita alergică și granulomatoasă în faza prodromală	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate
Angeita alergică și granulomatoasă în faza sistemică manifestă	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II de invaliditate
Angeita alergică și granulomatoasă sistemică, cu manifestări grave cardiace mergând până la insuficiență cardiacă decompensată, stare generală alterată, febră prelungită, scădere ponderală marcată	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Pierdere totală a capacității de muncă și de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

VI.3. Granulomatoza Wegener

Criterii clinice pentru **diagnosticul clinic**: semnele și simptomele dominante sunt cele ale afectării tractului respirator superior și inferior, a rinichiului, sistemului nervos central sau periferic.

- Investigații de laborator:
 - dozarea anticorpilor C-ANCA; hemoleucogramă; VSH;
- Biopsie tegumentară, de mucoasă, renală sau musculară a zonelor afectate (în cazuri selecționate).

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Granulomatoză Wegener în observație (în fază evolutivă, cu pierderea vederii și cu afectarea sistemului nervos central)	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate
Granulomatoză Wegener, cu manifestări clinice multiple, în faze acute	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II de invaliditate
Granulomatoză Wegener în fază evolutivă, cu pierderea vederii și cu afectarea sistemului nervos central	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Pierdere totală a capacității de muncă și de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

VI.4. Arterita Takayasu

Criterii pentru **diagnosticul clinic** (după criteriile A.C.R. – Colegiul American de Reumatologie):

- Investigații de laborator:
 - hemoleucogramă; VSH; imunoglobuline.
- Arteriografie; angio-RMN.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Arterita Takayasu în faza preocluzivă	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate
Arterita Takayasu în faza ocluzivă	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II de invaliditate
Arterita Takayasu cu modificări cardiace severe: insuficiență cardiacă decompensată; HTA cu valori ridicate; palpitații, dispnee de repaus	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Pierdere totală a capacității de muncă și de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

VI.5. Sindromul Behcet (SB) – cod de boală 642, după C.I.M.

Criterii majore (obligatorii) – ulcerații orale recurente (observate de medic/pacient, de minimum 3 ori în 12 luni).

Criterii minore:

- 1) ulcerații genitale recurente (observate de medic/pacient)
- 2) leziuni oculare (uveită ant/post, vasculită retiniană, dg. de oftalmolog)
- 3) leziuni cutanate
- 4) test patergie pozitiv.

Diagnostic: 1 criteriu major + 2 criterii minore

- Investigații de laborator:
 - hemoleucogramă; Ig A; crioglobuline.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Sindrom Behcet la debut, cu leziuni cutaneo-mucoase	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate
Sindrom Behcet în faza acută, cu afectare oculară bilaterală sau afectare nervoasă	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II de invaliditate
Sindrom Behcet în faza de afectare oculară, ce determină orbirea prin nevrita nervului optic sau corioretinită (vezi criteriile af. oftalmologice) sau SB cu manifestări nervoase sau SB cu leziuni vasculare arteriale	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Pierdere totală a capacității de muncă și de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

VII. BOALA MIXTĂ A ȚESUTULUI CONJUNCTIV (BMTC) – cod de boală 642, după C.I.M.

Diagnosticul pozitiv în BMTC se susține pe asocierea criteriului serologic și a criteriilor clinice.

- Investigații de laborator:
 - dozarea autoanticorpilor anti-U₁ – RNP; hemoleucogramă; complement seric; factor reumatoid.
- biopsie cutanată și musculară (în cazuri selecționate), capilaroscopie.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
BMTC în observație , în care predomină manifestările cutaneo-mucoase de tip fenomen Raynaud, asociat cu unele manifestări articulare de tip artrite	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III (trei) de invaliditate
BMTC în perioada activă , cu manifestări musculare, pulmonare și cardiace	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II (doi) de invaliditate
Este în funcție de gradul afectării organice (viscerale), asemănător celei observate în LES (cu apariție mai rară decât în acesta)	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Pierdere totală a capacității de muncă și de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

VIII. SINDROMUL SJOGREN (SS)

Diagnosticul sindromului Sjogren se susține pe criteriile clinice și pe examenul biologic.

- Investigații de laborator:
 - VSH; hemoleucogramă; electroforeză; factor reumatoid; anticorpi antinucleari; crioglobuline; dozarea anticorpilor anti SS-A(Ro) și anti SS-B(La); anti SS-C.

Manifestările respiratorii, gastrointestinale, cutanate, endocrine, neurologice, articulare, musculare, hematologice și renale dau invalidități ca în S.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
SS cu manifestări oculare și la nivelul glandelor salivare, la debut	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate
SS primar sau secundar cu manifestări respiratorii	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II de invaliditate
SS primar sau secundar cu manifestări gastrointestinale, renale, neurologice, musculare și articulare	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Pierdere totală a capacității de muncă și de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

IX. ARTRITELE MICROCRISTALINE ȘI DISMETABOLICE

IX.1. Guta – cod de boală 630 după, C.I.M.

Criterii pentru diagnosticul gutei (Criterii ARA, 1975):

- Investigații de laborator:
 - VSH; acid uric; hemoleucogramă; lipide sanguine, glicemie etc.;
- Examen lichid sinovial;
- Examen radiologic.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Guta se manifestă clinic sub forma atacului acut de artrită	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
Guta cronică tofacee	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate
I. Guta în faza cronică, poliarticulară	Deficiență funcțională accentuată	70-79%	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II de invaliditate
II. Guta sub formă pseudoflegmonoasă (mimând o inflamație supurativă)	Deficiență funcțională accentuată	80-85 %	Idem
III: Guta cronică poliarticulară tofacee asociată cu diabetul zaharat, HTA, psoriazisul, nefropatie gutoasă	Deficiență funcțională accentuată	85-89 %	Idem
Guta cronică poliarticulară cu anchiloză osoasă , așa-numita artrită gutoasă anchilozantă la nivelul membrilor toracice și pelvine	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Pierdere totală a capacității de muncă și de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

IX.2. Condrocalcinoza (pseudo-guta) – cod de boală 630, după C.I.M.

Diagnosticul se susține pe:

- Investigații de laborator;
- Examen lichid sinovial;
- Examen radiologic.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Condrocalcinoză în forma asimptomatică (dg. radiologic)	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
Condrocalcinoză în forma pseudo-gutoasă cu afectare monoarticulară	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate.
I. Condrocalcinoză cu localizare la nivelul discurilor intervertebrale	Deficiență funcțională medie	50-59%	Pierdută cel puțin pe jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate
II. Condrocalcinoză de tip pseudo-reumatoid (cu afectare poliarticulară)	Deficiență funcțională medie	60-69%	Idem
III. Condrocalcinoză de tip pseudoartrozic	Deficiență funcțională medie		Idem
IV. Condrocalcinoză de tipuri combinate	Deficiență funcțională medie		Idem

IX.3. ALTE ARTROPATII:

Artropatia cu cristale de hidroxiapatită

- Investigații de laborator: – VSH.
- Examen radiologic.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Calcificări periarticulare ale umărului	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
Calcificări ale rahisului coloanei lombare			
Calcificările tendoanelor mușchiului fesier			

X. BOLI ARTICULARE DEGENERATIVE

X.1. Coxartroza – cod de boală 633, după C.I.M.

Diagnosticul se susține pe criteriile clinice și radiologice, cu absența modificărilor biologice:

- Examenul radiologic;
- Testare articulară (bilanț articular);
- R.M.N.;
- TC.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Coxartroze secundare polare superioare sau inferioare unilaterale. Diagnosticul coxartrozei este numai radiologic.	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
Coxartroze primare, secundare sau post malformații protuzive unilaterale (coxa profunda de Gradul 1, 2, 3)	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată
Coxartroze primare sau secundare unilaterale post malformații congenitale coxo-femorale	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin pe jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate
Coxartroze primare sau secundare bilaterale post malformații congenitale coxo-femorale	Deficiență funcțională accentuată	70-79%	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II de invaliditate

X.1.1. Coxartroze operate

Tehnicile operatorii folosite în prezent pentru coxartrozele primare sau secundare sunt:

- osteotomiile;
- artroplastiile.

În prezent sunt folosite:

- artroplastia cu endoproteză cefalică;
- artroplastia totală a șoldului.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Coxartroze primare sau secundare unilaterale operate recent (osteotomii și artroplastii cu proteză totală cimentată și necimentată)	Deficiență funcțională medie	50-59%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate

Coxartroze primare sau secundare unilaterale operate recent și complicate prin tehnicile operatorii: a) perforarea fundului cotilului cu protuzia secundară sau luxația cupei; b) perforarea diafizei femurale; c) leziunea nervului sciatic sau femural; d) infecțiile postoperatorii.	Deficiență funcțională medie	60-69 %	Idem
Complicațiile tardive ale protezei totale de șold: a) decimentarea aseptică – osteoliza; b) fractura femurului localizată în 1/3 distală a tijeii protezei sau la vârful său; c) degradarea pieselor femurale.	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II de invaliditate
Coxartroze primare sau secundare bilaterale operate și complicate prin tehnicile operatorii sau complicații tardive ale protezei totale de șold			

X.2. Gonartroza – cod de boală 634, după C.I.M.

Diagnosticul se susține clinic și radiologic.

- Investigații de laborator:
– VSH în formele active;
- Examen radiologic;
- Examen lichid sinovial;
- R.M.N.;
- Artroscopie genunchi; ecografie osteo-articulară.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Artroză incipientă femuro-patelară unilaterală secundară sau primitivă	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
I. Gonartroză secundară unilaterală posttraumatică sau primitivă unilaterală (de tipul artrozei femuro-pelare sau femuro-tibiale incipiente)	Deficiență funcțională ușoară	20-29 %	Idem
II. Gonartroze primare sau secundare de tipul artrozei femuro-pelare unilaterale însoțite de laxitate genunchi unilateral (instabilitate laterală mică)	Deficiență funcțională ușoară	30-49 %	Idem
I. Gonartroză primară sau secundară posttraumatică unilaterală, cu deviații axiale femuro-tibiale în plan frontal (<i>genu varum</i> sau <i>valgus</i>) sau dezaxare în plan sagital (<i>genu flexum</i>) decompensată algic	Deficiență funcțională medie	50-59%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate
II. Gonartroză primară sau secundară unilaterală decompensată algic și funcțional cu instabilitate a genunchiului lateral și antero-posterior.	Deficiență funcțională medie	60-69 %	Idem
I. Gonartroze bilaterale secundare posttraumatice sau primitive avansate cu dezaxare în plan frontal (<i>genu varum</i>) cu limitarea mobilității genunchilor progresivă (extensia, flexia) decompensate algic și funcțional	Deficiență funcțională accentuată	70-79%	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II de invaliditate
II. Gonartroze primare sau secundare bilateral cu sindrom de instabilitate a genunchiului laterală externă și internă; antero-posterior bilateral, cu dezaxarea în plan frontal și sagital	Deficiență funcțională accentuată	80-89 %	Idem

X.3. Arthrozele piciorului – cod de boală 635, după C.I.M.

Diagnosticul clinic se susține pe manifestări radiologice. Nu sunt prezente modificări biologice.

- Examen radiologic;
- R.M.N.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
I. Artroză MTF a degetului mare (<i>hallux valgus</i>)	Fără deficiență funcțională	0-9%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. Artroză tarso-metatarsiană (Lisfranc) unilaterală sau bilaterală	Fără deficiență funcțională	10-19 %	Idem
I. Artroză MTF a degetului mare în faza de <i>hallux rigidus</i> , însoțită de sinovită secundară și de bursită la nivelul exostozei capitometatarsiene bilateral	Deficiență funcțională ușoară	20-29 %	Idem
II. Artroză MTF a degetului al doilea unilateral sau bilateral	Deficiență funcțională ușoară	30-39 %	Idem
III. Artroza cuplului de torsiune (artroză subastragaliană și artroză mediotarsiană) unilaterală	Deficiență funcțională ușoară	40-49 %	Idem
IV. Artroză secundară a cuplului de torsiune prin osteonecroză aseptică a capului astragalian sau a scafoidului unilateral	Deficiență funcțională ușoară		Idem
I. Artroza MTF a degetului al doilea, bilaterală, secundară unei osteonecroze capitometatarsiene (Freiberg – Kohler)	Deficiență funcțională medie	50-59%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III (trei) de invaliditate
II. Artroza cuplului de torsiune bilaterală, prin asocierea unei artroze subastragalienne cu o artroză mediotarsiană	Deficiență funcțională medie	60-69 %	Idem

X.4. Artrozele mâinii – cod de boală 635, după C.I.M.

Diagnosticul clinic se susține pe manifestările radiologice.

Investigații – examen radiologic.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
I. Artrozele interfalangiene distale (Heberden)	Fără deficiență funcțională	0-9%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. Artroze interfalangiene proximale (Bouchard)	Fără deficiență funcțională	10-19 %	Idem
I. Artroze secundare posttraumatice ale degetelor mâinii unilateral, cu redoare IF și dezaxări	Deficiență funcțională ușoară	20-29 %	Idem
II. Rizarthroza policelui uni- sau bilaterală (artroza trapezo-meta-carpiană)	Deficiență funcțională ușoară	30-39 %	Idem
III. Artroza erozivă a IF proximale și distale cu puseuri inflamatorii, cu deformația degetelor și dezaxări	Deficiență funcțională ușoară	40-49 %	Idem
Rizarthroza policelui unilateral sau/ și bilateral (artroza trapezometacarpiană) cu limitarea mobilității policelui cu deficit de prehensiune prin amiotrofia eminentei tenare și subluxația primului MC și fixarea lui în adducție și antepoziție	Deficiență funcțională medie	50-59%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate

X.5. Spondilozele – cod de boală 648, după C.I.M.

X.5.1. Spondiloza cervicală (cervicartroza sau spondilodiscartroza cervicală)

Diagnosticul clinic se susține pe criteriile clinice și pe manifestări radiologice.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
I. Cervicalgia cronică	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. Cervicalgia acută sau torticolisul acut			
III. Cefaleea cervicală: a) forma occipitală (Nevralgia Arnold); b) forma occipito-temporo-maxilară; c) forma supraorbitară;			
IV. Migrena cervicală – sindrom paroxistic caracterizat prin cefalee, grețuri, vărsături, tulburări oculare și neurovegetative			

X.5.2. Spondiloza dorsală

Examenul radiologic susține diagnosticul de certitudine al spondilozei dorsale.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
I. Dorsalgia cronică	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. Dorsalgia acută			
III. Nevralgia intercostală			

X.5.3. Spondiloza lombară

Diagnosticul clinic se susține pe criteriile clinice și pe manifestări radiologice.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
I. Lombalgia cronică	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. Lombalgia acută			
III. Sindromul trofostatic Pentru afectarea radiculară – vezi criteriile neurologice.			

XI. BOLILE ARTICULARE ABARTICULARE

XI.1. Bolile reumatismale abarticulare difuze

XI.1.1. Fibromialgia (fibrozita) – cod de boală 654, după C.I.M.

Diagnosticul pozitiv se susține pe criteriile stabilite de către H.A. Smythe, în anul 1985.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Fibromialgia (fibrozita) primară la debut	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
Fibromialgia (fibrozita) primară cu o durată mai mare de 2-3 luni	Deficiență funcțională ușoară	20-49 %	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate

XI.1.2. Sindromul durerii miofasciale

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Sindromul durerii miofasciale din regiunea cervicală posterioară	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate

XI.2. Bolile reumatismale abarticulare localizate

XI.2.1. Periartrita scapulohumerală – cod de boală 658, după C.I.M.

Diagnosticul pozitiv se susține pe criterii clinice și pe manifestări radiologice.

- Investigații de laborator;
- Examen radiologic;
- R.M.N.;
- TC;
- Ecografie.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
I. Sindromul de „acroșare“ unilateral determinat de o suferință a tendonului supraspinosului	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. Tendinita degenerativă („sindromul supraspinosului“) unilaterală	Fără deficiență funcțională		
III. Tendinita calcifiantă și bursita unilaterală	Fără deficiență funcțională		
Capsulită retractilă denumită și umăr blocat unilateral	Deficiență funcțională ușoară	20-49 %	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
I. Capsulita retractilă – umăr blocat bilateral	Deficiență funcțională medie	40-49%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III (trei) de invaliditate
II. Umăr pseudoparalitic unilateral – ruptura parțială a manșonului rotatorilor	Deficiență funcțională medie	50-69%	Idem
Umăr pseudoparalitic bilateral – ruptura totală a manșonului rotatorilor bilateral	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II (doi) de invaliditate

XI.2.2. Periartrita coxofemurală

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Sindromul tensorului „fasciei lata“ (șoldul în „resort“)	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
I. Bursita adductorilor	Deficiență funcțională ușoară	20-29 %	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. Bursita ileopectineală și tendinita psoasului iliac			
III. Bursita trohanteriană			
IV. Periartrita coxofemurală subacută și cronică		30-49 %	
V. Periartrita coxofemurală acută			

XI.2.3. Distrofia simpatică reflexă (DSR), sindromul algoneurodistrofic (SAND)

Diagnosticul pozitiv se susține după criteriile lui Kozin.

- Termografie;
- Examen radiologic;
- Scintigrafie osoasă.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
DSR a membrului superior, localizat la umăr sau la mână, în forme ușoare posttraumatice	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
DSR a membrului superior sau inferior unilateral, cu localizări diverse în stadiul I de evolutivitate în formă moderată	Deficiență funcțională ușoară	20-49 %	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
I. DSR la membrul superior sau pelvin unilateral stadiul II (din punct de vedere al evoluției), cu localizări diverse	Deficiență funcțională medie	50-59 %	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate
II. DSR localizat la umăr (umăr blocat, capsulită retractilă) sau sindrom umăr – mână stadiul II de evoluție			
III. DSR genunchi – picior stadiul II de evoluție, unilateral		60-69 %	Idem
IV. DSR la nivelul membrului superior sau inferior, unilateral, în stadiul III de evoluție, formă severă			
I. DSR localizat la mână, stadiul III de evoluție, bilateral; sau la șold bilateral; sau la gambe bilateral	Deficiență funcțională accentuată	70-79 %	Pierdută în totalitate. Se încadrează în gradul II de invaliditate.
II. DSR la nivelul membrului superior sau inferior bilateral, în stadiul III de evoluție, în formă severă, cu localizări diverse			

XI.2.4. Boala Dupuytren – cod de boală 660, după CIM.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Boala Dupuytren în faza de debut sub forma de noduli rotunzi sau ovoizi în regiunea palmară	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
I. M. Dupuytren în faza de noduli în regiunea palmară însoțită de o limitare a extensiei degetelor III - IV - V unilateral	Deficiență funcțională ușoară	20-29 %	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. M. Dupuytren în faza de aderare a aponevrozei palmare de tegumente supraiacente și subiacente și limitarea accentuată a extensiei degetelor III - V, cu redoare în flexie	Deficiență funcțională ușoară	30-49 %	Idem
III. M. Dupuytren uni- sau bilateral în faza de redoare în flexie a degetelor IV - V și afectarea degetului III	Deficiență funcțională ușoară	50-59 %	Idem
M. Dupuytren unilaterală în faza de fibroză retractilă, cu redoare în flexie a degetelor II - III - IV - V, nereductibilă, cu fixare în flexie a policelui	Deficiență funcțională medie	60-69 %	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate
I. M. Dupuytren bilaterală în faza de fibroză retractilă, cu redoare în flexum a degetelor II - III - IV - V bilaterală, nereductibilă, cu fixare în flexie a policelui	Deficiență funcțională accentuată	70-79 %	Pierdută în totalitate. Se încadrează în gradul II de invaliditate
II. M. Dupuytren bilaterală asociată cu boala Ledderhose bilaterală, în faza evolutivă, cu picior boltit bilateral	Deficiență funcțională accentuată	80-89%	Idem

XI.2.5. Boala Ledderhose

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Boala Ledderhose în faza de debut, cu îngroșarea nodulară a aponevrozei plantare unilateral pe marginea internă a piciorului	Fără deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
Boala Ledderhose în faza de îngroșare nodulară a aponevrozei plantare bilateral	Deficiență funcțională ușoară	20-49 %	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
Boala Ledderhose bilaterală în faza evolutivă, cu picior boltit bilateral	Deficiență funcțională medie	50-69 %	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III de invaliditate
B. Ledderhose bilaterală în faza evolutivă asociată cu M. Dupuytren bilaterală, în faza de fibroză retractilă cu redoare în flexum a degetelor II - III - IV - V bilaterală, nereductibilă, cu fixarea policelui în flexie	Deficiență funcțională accentuată	70-89 %	Pierdută în totalitate. Se încadrează în gradul II de invaliditate

10. AFECȚIUNI NEUROLOGICE

TRAUMATISMELE CRANIENE

Traumatismele craniene și leziunile traumatice ale măduvii spinării apar deseori împreună, frecvența cea mai mare fiind cauzată de accidentele de circulație.

Sechelele neuropsihice după traumatismele craniene

După traumatismele ușoare, majoritatea pacienților se recuperează total. Există probabil o incidență mare a tulburărilor de atenție și a deficitelor minore de memorie și ale altor funcții după traumatismele medii și severe; după cele ușoare se rețin frecvent: oboseală, amețeli, cefalee, dificultăți de concentrare – manifestări care se încadrează în ceea ce numim sindrom postcomotiv.

În traumatismele moderate și severe, tulburările neuro-psihice apar în mod obișnuit; deseori, explorările evidențiază deficite care nu sunt importante pentru activitatea obișnuită a creierului. Rezultatele testelor tind să se îmbunătățească rapid în primele 6 luni după traumatism și mai lent în ani de zile.

Pentru expertiza medicală a capacității de muncă și respectiv pentru aprecierea incapacității adaptative și încadrarea corespunzătoare în grad de invaliditate, importante sunt sechelele rămase în urma TCC după o perioadă începând cu 6 luni și mergând până la 8-12 luni, perioadă considerată necesară pentru recuperare; sechelele rămase ulterior sunt ori definitive, ori au o evoluție lentă de ameliorare în ani de zile (în funcție de gravitatea sechelelor).

Aprecierea deficienței funcționale după clasificarea TCC în:

- 1. TCC minore** – simptomatologie minimă: cefalee, lipotimie, greață; ± vărsături; ± dificultăți de concentrare, ușoară încheșurare a vederii; ± amnezic pentru o scurtă perioadă de timp în jurul impactului. Radiografie craniu ± la majoritatea bolnavilor nu arată modificări. *CT* și *IRM* nu sunt necesare decât dacă semnele clinice sugerează că impactul a fost sever, sau dacă ulterior apare o agravare progresivă clinică după un interval liber de ore-zile-săptămâni, care se poate datora unui hematom intracranian subacut/ cronic post-traumatic (care mai ales la vârstnici se poate dezvolta și după un TCC minor, din cauza fragilității peretelui vascular). În cazul TCC acute sunt necesare suplimentar examene CT, sau RMN ± EEG.
- 2. TCC de severitate medie** – simptomatologia: scăderea capacității de concentrare, lentoare în gândire, uneori dezinteres; ± tulburări de vedere (tip deficite: hemianopsie, ambliopie), ± tulburări de auz (hipoacuzie); ± tulburări de miros (anosmie); ± tulburări de mers și manipulație de tip monopareze brahiale sau crurale, sau fruste hemipareze; ± crize de pierdere a conștienței; **toate acestea constituindu-se în sechele TCC la cel puțin 6-12 luni.**
- 3. TCC severe** – simptomatologie: tulburări accentuate psihice; pierderi accentuate de memorie cu performanțe slabe retrograde și anterograde; irascibilitate, dezinteres; tulburări accentuate de concentrare; ± tulburări de mers și manipulație în asociere cu deficite motorii de tip hemipareză; hemiplegie, tulburări de vorbire tip afazie mixtă ± tulburări date de afectarea nervilor cranieni; ± crize comițiale; ± sindroame diskinetice.
- 4. TCC grave, ce duc la sechele definitive:** lipsă mare de substanță osoasă craniană post operatorie; volete mari, hemiplegii, paraplegii, tetraplegii, tulburări psihice severe, crize comițiale frecvente, tulburări de vorbire, tulburări sfincteriene permanente. Simptomatologia poate duce la diagnostice grave: sindroame psihoorganice deteriorative până la demență posttraumatică.

Traumatismele craniene

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
TCC minore	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
TCC de severitate medie	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
TCC severe	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
TCC grave, ce duc la sechele definitive	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

TRAUMATISMELE ȘI ALTE AFECȚIUNI ALE MĂDUVEI SPINĂRII

Majoritatea leziunilor măduvei sunt rezultatul leziunilor provocate de fractură, dislocație sau ambele, la nivelul coloanei vertebrale, precum și de leziunile vasculare intramedulare secundare impactului traumatic.

Multe leziuni ale măduvei spinării sunt determinate de fenomenele secundare din minutele și orele de după producerea traumatismului.

Ca și în cazul TCC, și în cazurile de fracturi ale coloanei vertebrale și de leziuni ale măduvei spinării **se vor aprecia numai sechelele definitive** în stabilirea capacității de muncă și respectiv a incapacității adaptative pentru încadrarea corespunzătoare în grad de invaliditate.

Evaluarea completă a afecțiunilor medulare necesită o examinare atentă completă, teste de laborator incluzând IRM, scanarea prin tomografia computerizată (TC), mielografia, analiza LCR, examen electroneurofiziologic (electroneurografie și electromiografie) și răspunsurile evocate somato-senzitive.

Alte afecțiuni ale măduvei spinării

Bolile măduvei spinării sunt frecvent debilitante, producând invaliditate neurologică permanentă și severă. Leziunile pot produce tetraplegie, paraplegie, monoplegii și deficite senzoriale, tulburări sfincteriene etc.

Evaluarea completă a afecțiunilor medulare necesită o examinare atentă completă, teste de laborator incluzând IRM, scanarea prin tomografia computerizată (CT), mielografia, analiza LCR, examen electroneurofiziologic (electroneurografie și electromiografie) și răspunsurile evocate somato-senzitive.

Clasificare:

- Mielopatiile neoplazice necompresive, inflamatorii, infecțioase, toxice, degenerative, mielopatiile din afecțiunile metabolice, carentiale
- Infarctele măduvei spinării
- Hematomielia
- Malformațiile vasculare ale măduvei spinării
- Stenoza lombară
- Siringomielia
- Tabesul dorsal.

Diagnosticul funcțional, incapacitatea adaptativă și respectiv capacitatea de muncă și încadrarea în grad de invaliditate se vor aprecia conform tabelului de la T.V.M.

Traumatisme și alte afecțiuni ale măduvei spinării

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
TVM prin compresie spinală parțială – realizând de obicei un sindrom de hemisección medulară progresivă (sindrom Brown-Séguard) și deseori atipică.	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
TVM prin compresie spinală parțială – care evoluează cu instalarea de hemipareză ± tulburări de sensibilitate contralaterale, sau parapareze ± tulburări sfincteriene	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
TVM prin compresie spinală totală (apare prin accentuarea tulburărilor prezentate mai sus care tind la o secțiune totală medulară cu: paraplegie cu tulburări sfincteriene grave, sau tetraplegie	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

Procesele expansive intracraniene

Prin proces expansiv intracranian se înțelege orice proces înlocuitor de spațiu, indiferent de natura sa: tumori, revărsate sangvine (hematoame), malformații vasculare expansive, procese inflamatorii expansive (abcese, tuberculoame, gome), parazitoze, pseudotumori.

Tumorile primitive iau naștere în interiorul meningelui, al parenchimului cerebral.

Tumorile secundare iau naștere la pacienții cu un neoplasm primar cu altă localizare, mai rar chiar cerebral, anterior diagnosticat sau nu (adesea primele manifestări clinice sunt determinate direct de metastazele cerebrale, tumora primară fiind identificată sau nu ulterior), uneori aflați în tratament pentru un cancer sistemic.

Tumorile primare pot fi: benigne sau maligne.

Diagnostic clinic

- cefaleea este frecvent întâlnită, dar ea poate lipsi în 10% dintre cazuri;
- sindromul de HIC (la 40-80% dintre cazuri) – cefalee, grețuri, vomismente, stază papilară, tulburări psihice, semne de iritație meningeală, pareze de oculomotori, tulburări vestibulare;
- semnele neurologice de focar, reflectând sediul anatomic particular al tumorii.

Investigații paraclinice

- EEG arată modificări în proporție de 50%;
- examenul radiografic simplu – arată modificări în proporție de 40%;
- examen FO, CT, IRM.

Pentru aprecierea deficitului funcțional, a incapacității adaptative și respectiv a capacității de muncă, pentru o corectă încadrare în grad de invaliditate a acestei categorii de bolnavi, se vor contabiliza toate manifestările clinice neurologice generate de locul și mărimea tumorii, gradul de compresie pe structurile învecinate, gradul de malignitate, tulburările psihice generate.

Procesele expansive intracraniene (PEIC)

Diagnostic clinic	Diagnostic funcțional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
Procesele expansive intracraniene operate				
- PEIC operate se apreciază în funcție de natura lor (benigne, maligne), de localizare, tulburări neurologice (leziuni de focar, tulburări cognitive) ± crize comițiale, ± tulburări psihice - PEIC la care postoperator nu au rămas sechele neurologice obiective, natura tumorii a fost benignă, evoluția și prognosticul sunt bune (ex. hematoamele, abcesele, anevrisme); se va ține cont de timpul scurs de la intervenția chirurgicală.	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate

PEIC la care postoperator a rămas o simptomatologie clinică cu cefalee reziduală cvasipermanentă, crize comițiale parțiale sau grand mal, cu frecvență medie, deficite motorii de intensitate medie, tulburări cognitive de intensitate medie ± tulburări psihice de intensitate medie	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
PEIC la care postoperator rămân deficite motorii accentuate: hemipareze, tulburări multiple din partea nervilor cranieni, ± crize comițiale parțiale sau grand malfrecvente, tulburări de limbaj și de vorbire de la dizartrie până la afazie mixtă, tulburări cognitive severe ± tulburări psihice de intensitate accentuată	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
PEIC la care postoperator rămân sechele definitive grave: hemiplegii, tetraplegii, paraplegii, tulburări grave de limbaj, de vorbire, tulburări cognitive severe, paralizii sau pareze de nervi cranieni multiple, crize comițiale frecvente, tulburări sfincteriene, tulburări psihice grave	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
Procese expansive intracraniene neoperate				
PEIC neoperat sau neoperabile, verificate prin examen CT, IRM, angiografic (ependimoame, tumori infiltrative de trunchi cerebral, nucleii bazali, anevrisme profunde etc.) Încadrarea în grad de invaliditate se apreciază în funcție de simptomatologia clinică subiectivă, semnele obiective neurologice, evolutivitate, prognostic, gradul afectării nervilor cranieni, deficite motorii, tulburări de limbaj, de vorbire, tulburări cognitive, tulburări de sensibilitate, ± crize comițiale, ± tulburări psihice. PEIC fără sechele neurologice obiective, natura tumorii este benignă, evoluția și prognosticul sunt bune (ex. hematoamele, ependinoame, hemangioame etc.).	Deficiență ușoară	20- 49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
PEIC simptomatice, cu cefalee cvasipermanentă, crize comițiale parțiale sau grand mal, cu frecvență medie, deficite motorii de intensitate medie, tulburări cognitive de intensitate medie ± tulburări psihice de intensitate medie.	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
PEIC însoțite de deficite motorii accentuate: hemipareze, tulburări multiple din partea nervilor cranieni, ± crize comițiale parțiale sau grand mal frecvente, tulburări de limbaj și de vorbire de la dizartrie până la afazie mixtă, tulburări cognitive severe ± tulburări psihice de intensitate accentuată.	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
PEIC însoțite de sechele definitive grave: hemiplegii, tetraplegii, paraplegii, tulburări grave de limbaj, de vorbire, tulburări cognitive severe, paralizii sau pareze de nervi cranieni multiple, crize comițiale frecvente, tulburări sfincteriene, tulburări psihice grave.	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

Paralizii cerebrale

Definiție: sindroame de handicap motor, neprogresive, care se caracterizează clinic prin deficit locomotor și tulburări de postură apărute ca urmare a lezării creierului imatur.

Forme clinice

A. Spastică

- Diplegia spastică
- Hemiplegia spastică
- Tetraplegia spastică
- Monoplegia spastică

B. Diskinetică

- A. Ataxică
- D. Atonă
- E. Mixtă

* Din punct de vedere al gravității, se împart în:

- severă
- medie
- ușoară

Diagnostic

– **clinic** – formele de prezentare

– **paraclinic**

1. CT – identifică malformațiile congenitale, hemoragii intracraniene, leucomalacia periventriculară;
2. IRM – de elecție – identifică structurile cortexului și ale substanței albe; permite aprecierea mielinizării pentru o anumită vârstă;
3. EEG la pacienții cu epilepsie;
4. probe electrofiziologice pentru diagnostic diferențial;
5. teste metabolice sau genetice pentru diagnostic diferențial, atunci când este posibil.

Paralizii cerebrale (se vor lua în considerare și afectarea cognitivă și epilepsia asociate)

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Paralizii cerebrale spastice				
Formele ușoare – hipertonie la nivelul membrelor inferioare cu ROT vii, fără crize comițiale și cu dezvoltare psihică normală.	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Formele medii – sindrom bipiramidal; ± tulburări de vorbire (dizartrie, bradilalie); ± tulburări de vedere – strabism, nistagmus, atrofie optică; ± crize de epilepsie foarte rare (una-două pe an)	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
Forme severe – hemipareze sau parapareze; ± retard mental ușor; ± tulburări de vorbire de aspect disfazic; ± crize de epilepsie controlate prin tratament anticonvulsivant	Deficiența accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Formele severe – paraplegie sau tetraplegie; ± retard psihic important; ± crize de epilepsie frecvente sub tratament anticonvulsivant	Deficiență gravă	90 –100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
Paraliziile cerebrale diskinetice				
Forme cu sindrom extrapiramidal de tip spasm de torsiune; ± torticolis spasmodic; ± retard mental ușor sau coreo-atetoză bilaterală, mai evident la membrele superioare, tulburări de vorbire, tulburări psihice, diferite grade de întârziere mintală; ± surditate de intensitate medie	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III

Forme diskinetice care prin sechelele respective împiedică desfășurarea normală a activității profesionale.	Deficiență accentuată	70-89%	în totalitate pierdută	Gradul II
Formele severe – diskinetice severe cu imposibilitatea mersului și autoservirii; ± retard psihic important; ± crize de epilepsie frecvente sub tratament anticonvulsivant	Deficiență gravă	90 –100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
Paralizii cerebrale ataxice				
Forma ataxică – ortostatism cu baza lărgită, mers ebrios asociind sau nu titubație, tulburări de coordonare – hipometrie/ hiper/ adiadococinezie – vorbire sacadată. Dezvoltare psihică normală.	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
Simptomatologie de gravitate diferită ce poate merge până la împiedicarea desfășurării unei activități profesionale normale	Deficiență severă	70-89%	75% pierdută	Gradul II
	Deficiență gravă	90-100%	100% pierdută	Gradul I
Paralizii cerebrale atone				
Formele ușoare – hipotonie la nivelul membrelor inferioare cu ROT vii, fără crize comițiale și cu dezvoltare psihică normală.	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	nu se încadrează în grad de invaliditate
Formele medii – hipotonie moderată bilaterală cu ambulație păstrată; ± tulburări de vorbire (dizartrie, bradilalie); ± tulburări de vedere – strabism, nistagmus, atrofie optică; ± crize de epilepsie foarte rare (una-două pe an)	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
Formele severe – ambulație posibilă cu ajutor ± retard mental ușor ± tulburări de vorbire de aspect disfazic; ± crize de epilepsie controlate prin tratament anticonvulsivant	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Formele grave – imposibilitatea mișcării sau mișcări reduse; ± retard psihic important; ± crize de epilepsie frecvente sub tratament anticonvulsivant	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
Paralizii cerebrale mixte				
– asociază deficite motorii + s. extrapiramidale în diferite grade de severitate + s. cerebelos (ataxie)	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Formele cu sechele neurologice definitive care prezintă în plus tulburări psihice incompatibile cu desfășurarea unei activități profesionale normale sau cu integrarea socială a bolnavului	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

BOALA VASCULARĂ CEREBRALĂ

1. AIT carotidian
2. AIT vertebrobazilar

AIT carotidian – se stabilește prin semne clinice: deficite motorii focale, tulburări de limbaj, de vorbire, tulburări de vedere (cecitate monoculară, amauroză tranzitorie, hemianopsie), care se remit complet fără să lase sechele și care nu se însoțesc de leziuni noi pe un examen IRM cerebral; adesea au tendința la repetabilitate. Este o urgență medicală, deoarece într-o proporție mare preced instalarea unui infarct cerebral definitiv. Diagnosticul clinic se stabilește pe baza documentelor medicale ce atestă un AIT, dar există certitudinea factorilor predispozanți, favorizanți, determinanți (HTA, diabet zaharat, modificări de ateroscleroză la examenul FO, modificări la examenul eco-Doppler al arterelor cervico-cerebrale; este necesar și un examen IRM cerebral pentru depistarea eventualelor infarcte cerebrale silențioase și/ sau unor leziuni abiotrofice cerebrale), ± ecocardiografie (transtoracică ± transesofagiană). În cazul suspiciunii de stenoză arterială care ar necesita tratament intervențional: angiografie cerebrală cu contrast intra-arterial.

AIT vertebrobazilar

Diagnosticul clinic se pune pe baza documentelor medicale care atestă existența unuia sau mai multor episoade de boală, fiecare dintre ele cu o durată de la câteva minute până la câteva ore, cu tendință la repetabilitate. Se manifestă prin deficite motorii: hemipareze, parapareze, drop-attack-uri, sindroame cerebeloase, tulburări obiective de sensibilitate, ataxii non-cerebeloase, sindroame vestibulare obiective, hemianopsii, cecitate tranzitorie, amnezie globală tranzitorie, dezorientare vizuo-spațială, sindroame confuzionale, sindroame de nervi cranieni în diverse combinații; tulburări de vorbire.

Examenle paraclinice necesare: IRM cerebrală, examen FO, examen eco-Doppler pe arterele cervico-cerebrale, în particular pe arterele vertebrale și pe trunchiul bazilar și ramurile sale (examen Doppler transcranian), EKG, EEG, ± ecocardiografie (transtoracică ± transesofagiană), examen de laborator (pentru stabilirea stigmatelor organice). În cazul suspiciunii de stenoză arterială care ar necesita tratament intervențional: angiografie cerebrală cu contrast intra-arterial.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Stabilit conform datelor clinice și paraclinice enunțate în text și care relevă un singur AIT neverificat prin examene paraclinice și de cele mai multe ori anamnetic	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
AIT-uri repetate verificate clinic și paraclinic	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
AIT-uri repetate verificate clinic și paraclinic – ca manifestare a aterosclerozei aa. cervico-cerebrale stenozante sau nu, a altei patologii de perete arterial, a unor embolii cardiace, mai ales în prezența unor factori de risc vascular ca: HTA, dislipidemie, obezitate, fumat, sindrom metabolic, diabet zaharat etc. și factori favorizanți care pot agrava simptomatologia clinică	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II

ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL ISCHEMIC CONSTITUIT (INFARCTUL CEREBRAL)

Diagnosticul clinic: AIC se manifestă prin deficite motorii de diverse forme, hemipareze, hemiplegii, parapareze, tulburări obiective de sensibilitate primară și/ sau integrativă, ataxii, hemianopsii sau alte tulburări de vedere, manifestări din partea nervilor cranieni, tulburări de limbaj (sindroame afazice), de vorbire, tulburări de scris, de citit, de calcul, alterarea stării de conștientă până la stadiul de comă.

Investigații paraclinice: confirmarea leziunii trebuie făcută obligatoriu în urgență, conform ghidurilor de practică medicală printr-un examen imagistic cerebral: CT sau preferabil IRM (în diferitele sale variante structurale și/ sau funcționale, cel puțin în stadiul acut).

Alte investigații paraclinice: eco-Doppler vase cervico-cerebrale extra și transcranian, EKG, examen FO, examen ORL; în cazul suspiciunii de stenoză arterială care ar necesita tratament intervențional, se recomandă angiografie cerebrală cu contrast intra-arterial.

Diagnostic clinic	Diagnostic funcțional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
Entități nosologice cu evoluție favorabilă spre remisiune, de regulă totală, sau cu sechele minime (de ex. sindrom piramidal)	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	nu se încadrează în grad de invaliditate
AIC cu sechele fruste – hemipareze crurale sau brahiale, discrete semne din partea nervilor cranieni, de postură	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III

AIC cu sechele definitive , importante, de exemplu: hemipareze, pareze de nervi cranieni, tulburări de limbaj (afazie senzitivă sau motorie), alexii, dislexii, acalculie, tulburări cognitive, tulburări de sensibilitate de tip talamic, disociație de tip sirigomielic, tulburări de sensibilitate profundă, ± tulburări psihice	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
AIC cu sechele grave definitive și ireversibile de tip motor (hemiplegii, tetraplegii, tetrapareze), tulburări de limbaj (afazie mixtă), hemianopsie, ataxie importantă, tulburări severe de sensibilitate (mai ales proprioceptivă), tulburări de integrare vizuo-spațială, tulburări cognitive, demență, tulburări sfincteriene, ± tulburări psihice care necesită nursing	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

HEMORAGIA SUBARAHNOIDIANĂ

Diagnosticul clinic se pune pe baza următoarelor elemente: cefalee intensă, semne meningeale intens pozitive, fotofobie, vărsături, uneori afectări din partea nervilor cranieni, în special perechea a III-a, a VI-a, toată această simptomatologie putând uneori evolua spre stare de comă. Cauza cea mai frecventă o reprezintă anevrismele sau malformațiile arterio-venoase intracraniene rupte.

Examinări paraclinice: Prima investigație de urgență este examenul CT cerebral, care evidențiază prezența sângelui (hiperdens) în spațiul subarahnoidian; dacă examenul CT nu evidențiază modificări patologice, nu se poate infirma suspiciunea de HSA, și doar în această situație se va face examenul LCR (xantocrom), după ce în prealabil s-a făcut examen de FO; opțional: IRM, EEG, examen oftalmologic; dacă starea de conștiență a bolnavului este păstrată, se face în primele zile de la debut angiografie cerebrală de 4 vase cu contrast prin cateterism arterial (pentru depistarea malformațiilor cerebrale eventuale), probe biologice (glicemie, sodiu, uree, creatinină – în ser) ce pot orienta spre etiologia și complicațiile bolii. Evoluția poate fi favorabilă cu remisiunea semnelor clinice și paraclinice după aproximativ 3 săptămâni-1 lună. Dacă hemoragia nu a fost determinată de ruperea unei malformații vasculare, sau între timp s-a făcut tratamentul de excludere a acesteia (chirurgical sau endovascular) prognosticul este favorabil. Dacă evoluția este prelungită peste această perioadă și în plus apar complicații cu stare comatoasă, semne de focar și/sau depistarea de malformații cerebrale vasculare, prognosticul este rezervat.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
HSA – formele cu evoluție favorabilă și sechele minime: cefalee, vertij, astenie fizică, ± tulburări psihice minime	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
HSA – formele cu evoluție prelungită mai mult de 1 lună, cu etiologie bine determinată ce ar predispuce la repetarea episodului acut (HTA std.II/III, malformații vasculare cerebrale, colagenoze, diabet zaharat)	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
HSA – forme cu evoluție gravă și prelungită cu persistența de sechele chiar minime (sindrom piramidal, sindrom cerebelos, afectare de nervi cranieni) cu posibilitate mare de repetare a sângerării în cazurile în care etiologia este certă (malformație vasculară cerebrală, colagenoze, boala moya-moya), diagnosticate cu certitudine CT/ RMN, angiografic.	Deficiență accentuată	70-89%	în totalitate pierdută	Gradul II

* **HSA** nu evoluează cu sechele ireversibile grav invalidante care să necesite supraveghere și îngrijire permanentă din partea altei persoane, deci, gradul I de invaliditate.

HEMORAGIA CEREBRALĂ INTRAPARENCHIMATOASĂ

Diagnosticul clinic se stabilește pe baza unor manifestări specifice: debut brusc, adesea în stare de sănătate aparentă la un bolnav cu antecedente de boală hipertensivă, diabet zaharat, colagenoze, malformații vasculare cerebrale cunoscute sau nu, obezitate și alți factori predispozanți sau favorizanți (consum cronic de alcool etc.). Debutul este caracterizat de cefalee uneori foarte puternică și stare de comă cu respirație stertoroasă și semne de focar (hemiplegii, suferință de trunchi cerebral, paralizii ale nervilor cranieni, frecvent perechile III-VI), febră înaltă, tulburări neurovegetative severe, hipertensiune arterială, bradicardie.

Examen paraclinice: obligatoriu în urgență la internare se va face CT cerebrală/ sau IRM cerebrală; numai dacă acestea nu sunt posibile, se face examen LCR (hemoragic) și examen EKG.

Hemoragiile cerebrale cu inundație ventriculară evoluează de regulă grav, conducând aproape întotdeauna la exitus. Sunt însă multe situații de efracție a sangelui în sistemul ventricular cu evoluție favorabilă, prin evacuare spontană a sângelui, atâta timp cât nu blochează căile de drenaj al LCR, situație care se complică cu hidrocefalie hipertensivă acută/subacută și creșterea mortalității dacă nu se poate interveni chirurgical pentru drenaj ventricular extern.

În cazul hemoragiilor intraparenchimatoase, evoluția poate fi favorabilă în funcție de focarul hemoragic, megând spre remisiunea parțială a semnelor clinice, de regulă existând sechele invalidante definitive.

Diagnostic clinic	Diagnostic funcțional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
HC – cazurile în care diagnosticul a fost de certitudine (CT sau RMN, examen LCR), iar evoluția a fost favorabilă cu sechele minime neurologice (cazuri rare)	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate)
HC – cazurile cu diagnosticul clinic de certitudine, etiologie bine precizată, cu sechele minime, care se apreciază la circa 6 luni de la debut și pot să fie: tulburări de coordonare, tulburări din partea nervilor cranieni (perechile II, III, IV, VI, VII), tulburări motorii fruste, tulburări minime de limbaj; se va ține seama și de gravitatea factorilor etiologici (HTA, diabet zaharat, malformații vasculare, colagenoze), precum și de alți factori predispozanți/ favorizanți.	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
HC – formele cu diagnostic clinic și paraclinic de certitudine și care prezintă sechele invalidante, rareori reversibile, ca: hemipareze, hemianopsie, ataxie importantă, pareze sau paralizii de nervi cranieni, tulburări de limbaj și de vorbire, de scris, de citit, de calcul, tulburări cognitive, tulburări de sensibilitate de aspect talamic, disociație siringomică, tulburări de sensibilitate profundă, ± tulburări psihice.	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
HC – formele cu diagnostic clinic și paraclinic de certitudine cu evoluție și prognostic nefavorabil, cu sechele invalidante definitive: hemiplegii, hemianopsie, ataxie importantă, tulburări severe de sensibilitate (mai ales proprioceptivă), tulburări de integrare vizuo-spațială, paralizii de nervi cranieni, tulburări grave de limbaj de tip afazie mixtă, tulburări de scris, de calcul, citire, apraxii, agnozii, tulburări cognitive severe până la demență și tulburări psihice grave.	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

ACCIDENTUL VASCULAR ISCHEMIC EMBOLIC

Din punct de vedere etiologic, presupune existența unei afecțiuni de bază emboligene: afecțiuni cardiace (fibrilație atrială, valvulopatii, risc emboligen post intervenții chirurgicale pe cord deschis, în special în cazul implantului de proteză valvulară metalică), intervenții chirurgicale în micul bazin etc.

Clinic, se manifestă prin deficite motorii de aspect hemipareză, monopareză, deficite de partea nervilor cranieni, tulburări de vorbire, tulburări de coordonare și echilibru (v. mai sus INFARCTUL CEREBRAL).

Examenle paraclinice – trebuie să cuprindă obligatoriu analize de laborator, EKG, EEG, examen oftalmologic, ecografie cardiacă, examen CT cerebral, eventual angiografie cardiacă și a vaselor.

Diagnostic clinic	Diagnostic funcțional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
AVC embolic remis în totalitate clinic și cu sechele minore: frust sindrom piramidal, tulburări de echilibru, sau/și tulburări ale CV minore; compensare cardiovasculară	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
AVC embolic la care se constată existența unor sechele ce permit manualitate și locomoție cvasinormale sau cu sechele minime din partea nervilor cranieni, sindrom vestibular central, fără ataxie importantă, tulburări ale CV, dizartrie, fruste sindroame cerebeloase	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
AVC embolic în care sechelele sunt importante, generând deficite motorii (monopareze, hemipareze), sechele din partea nervilor cranieni, hemianopsii, sindrom cerebelos, sindrom vestibular, tulburări de sensibilitate profundă, ± tulburări psihice. La tabloul neurologic se asociază și tulburări generale ale afecțiunilor cu risc emboligen.	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
AVC embolic cu evoluție și prognostic nefavorabile, cu sechele definitive: hemiplegii, pareze/paralizii de nervi cranieni, tulburări grave de limbaj de tip afazie mixtă, tulburări de scris, de citit, calcul, ataxie importantă, apraxii, agnozii, ± tulburări psihice grave.	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

EPILEPSIILE

Epilepsia constituie o stare anormală a creierului, care se manifestă prin tulburări neuropsihice ce apar sub formă de paroxisme cu caracter recurent. Conținutul clinic al crizelor variază în raport cu valoarea funcțională a diverselor zone cerebrale cuprinse de paroxismul epileptic, el putând îmbrăca o gamă largă de manifestări: motorii, senzitive, senzoriale, vegetative sau psihice, care pot apărea izolat sau în diferite combinații.

Clasificarea epilepsiilor este și în prezent o problemă deosebit de controversată; marea dificultate a clasificării diferitelor forme de epilepsie este determinată, printre altele, de numărul mare de fenomene cu caracter polimorf interesând sfera mentală și neurovegetativă. Una dintre clasificările acceptate de către Liga Internațională contra epilepsiei și, la noi, de către Ministerul Sănătății împarte, în mare, crizele de epilepsie astfel:

1. crize de epilepsie focală;
2. crize parțiale cu simptomatologie complexă;
3. crize de epilepsie generalizată;
4. crize de epilepsie hemigeneralizate;
5. crize de epilepsie de formă particulară (greu de clasificat);
6. stările de rău epileptic.

Diagnosticul clinic este susținut pe anamneză, făcută atât bolnavului, cât și aparținătorilor, care confirmă stările paroxistice de pierdere a conștienței, durata lor, tipul de criză, aspectul, frecvența, manifestările postcritice și existența unor tulburări psihice; este susținut, de asemenea, de biletele de ieșire din serviciul de neuropsihiatrie care reprezintă de fapt în expertiză documentul clinic de confirmare clinică a bolii; se vor lua în considerare antecedentele heredocolaterale, antecedentele patologice personale, ca și istoricul bolii.

Investigații paraclinice: EEG, simplu și cu activare (hiperpnee, SLI ± activări farmacologice, cu mare prudență în servicii specializate), video-EEG (când EEG standard nu este relevant) CT sau IRM cerebrală (este de preferat examenului CT, dacă se poate face de primă intenție, raportul cost/ beneficiu diagnostic fiind net mai mare).

În aprecierea IA și respectiv a capacității de muncă este necesar de stabilit cu certitudine diagnosticul clinic, tipul de criză, frecvența crizelor sub tratament anticonvulsivant, durata crizelor, manifestările post-critice, intensitatea tulburărilor psihice. După o evoluție de ani de zile, sunt numeroase cazurile în care, deși frecvența crizelor este medie, gradul tulburărilor psihice intercritice poate fi de intensitate accentuată, situație în care deficiența funcțională globală poate fi accentuată.

Diagnostic clinic	Diagnostic funcțional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
Formele de epilepsie cu evoluție favorabilă sub tratament anticonvulsivant în care frecvența crizelor este rară (1 criză la 2-3 luni), se vor face recomandări riguroase privind regimul de viață, locul de muncă corespunzător contraindicațiilor medicale specifice (siguranța circulației, surse de apă și de foc, agregate în mișcare, înălțime etc.)	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	nu se încadrează în grad de invaliditate
Formele de epilepsie ce prezintă crize generalizate, convulsive sau akinetice, cu frecvența de 1-2 crize/lună, sau 1-2 crize parțiale/săptămână sub tratament anticonvulsivant și/sau prezența unor tulburări psihice intercritice specifice de intensitate medie	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
Formele de epilepsie ce prezintă crize generalizate convulsive cel puțin 2-3/lună, sau crize parțiale > 2/3săptămână sub tratament anticonvulsivant și sunt prezente manifestări psihice specifice intercritic cu intensitate accentuată	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Formele de epilepsie în care crizele generalizate și/ sau parțiale sunt frecvente, cu stări postcritice prelungite, sau stări subintrante frecvente ce necesită perioade mari de spitalizare și supraveghere în special din cauza tulburărilor psihice grave (diagnosticate de serviciul de psihiatrie), care pun în pericol viața bolnavului sau a anturajului. Astfel de cazuri sunt rare; ele denotă, în special, un tratament inadecvat, consum cronic de alcool	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

AFECȚIUNILE GANGLIONILOR BAZALI ȘI ALE SISTEMELOR MOTORII DIN SNC

Principalele afecțiuni incluse în această categorie sunt:

- I. Boala Parkinson și sindroamele parkinsoniene
- II. Coreea acută Sydenham
- III. Coreea cronică Huntington
- IV. Alte sindroame coreice: congenitale, metabolic-endocrine, toxice, vasculare, traumatice și degenerative
- V. Boala Wilson (Degenerescența hepatolenticulară)
- VI. Balismul (hemibalism, monobalism, bibalism)
- VII. Distonii primare (*cele mai multe sunt boli genetice neurochimice*) și secundare (*postAVC, post-traumatice, postencefalitice, în boli metabolice genetice, în boli prionice, medicamentoase ș.a*)
 - a. Distonii generalizate și semigeneralizate (ex. spasmul de torsiune, camptocormia ș.a.)

- b. Distonii focale și segmentare:
- craniene: blefarospasm, paraspasm facial, hemispasm facial distonic, sindromul Meige, strabism distonic, distonia limbii ș.a.
 - cervicale: distonii cervicale (torticolis spasmodic, laterocolis, retrocolis, antecolis), tremor distonic al capului, disfonia distonică, distonia muzicienilor care cântă la instrumente de suflat etc.
 - ale membrelor: crampa scriitorului, crampa muzicianului, tremor distonic al membrelor superioare, distonia piciorului ș.a.
- VIII. Anomalii motorii produse de medicamente
- IX. Alte boli mai rare

Boala Parkinson este a doua boală neurodegenerativă ca frecvență, după boala Alzheimer. Ca regulă generală, vârsta de debut a bolii este între 40 și 70 de ani, cu un vârf în decada a 6-a de vârstă, având o prevalență de circa 1% la vârsta de 65 de ani și de 3,5% la 85 de ani. Boala Parkinson este o afecțiune multilezională a sistemului nervos central, care afectează mai multe structuri din trunchiul cerebral, bulbul olfactiv și sistemul nervos vegetativ periferic foarte precoce, înainte de apariția manifestărilor motorii, iar tardiv – substanța neagră din mezencefal, diencefalul, sistemul limbic și neocortexul. Clinic, se manifestă prin tulburări motorii (cauzate de deficitul dopaminergic, dar și non-dopaminergic) și non-motorii (vegetative, senzitive, afective, cognitive – până la demență, psihotice, tulburări de control impulsiv, tulburări de miros, tulburări de somn).

Semnele clinice majore ale parkinsonismului motor sunt:

- tremorul de repaus cu o frecvență de 4-7 cicli/s;
- hipokinezia, definită ca o dificultate în inițierea actelor motorii, mai evidentă atunci când este necesară trecerea de la un anumit tip de mișcare la altul (care adesea nu se poate face decât după o perioadă de blocaj motor) și care determină un aspect global de „sărăcire“ a complexității comportamentului motor; forma extremă a hipokineziei este akinezia;
- bradikinezia, definită ca o scădere a vitezei de realizare a mișcărilor (lentoare); deoarece diferențierea clinică a hipokineziei de bradikinezie este uneori dificil de realizat, ele reprezentând caracteristici ale actului motor care se întrepătrund în mare măsură; în practica clinică se folosește adesea doar termenul de bradikinezie, cu sens mai larg (care include de fapt și caracteristicile hipokineziei – vezi scala UPDRS);
- rigiditatea musculară caracteristică parkinsonismului, cu fenomenul de roată dințată;
- postura în flexie și mersul cu pași mici, cu viteză variabilă, uneori cu fenomene de „freezing“ și căderi frecvente.

Alte semne clinice sugestive pentru parkinsonism (facies hipomimic, micrografie, hipofonie, diminuarea mișcărilor automate, postura caracteristică a mâinii ș. a.) sunt sugestive pentru diagnostic, în particular în formele clinice de debut, dar numai dacă se asociază unuia sau mai multor semne majore.

Parkinsonismul se caracterizează clinic prin orice combinație între tremor de repaus (cu frecvența de 4-7 cicli/s.), bradi/hipokinezie, rigiditate musculară, posturi în flexie și fenomene de blocaj motor („freezing“).

Convențional, categoriile de boli în care apare parkinsonismul se pot clasifica în:

- Boala Parkinson primară;
- Sindroame Parkinson-plus (parkinsonism atipic):
 - paralizia supranucleară progresivă;
 - atrofia multisistemică;
 - sindromul Shy-Drager;
 - degenerescența strio-nigrică;
 - atrofia olivo-ponto-cerebeloasă;
 - boala difuză cu corp Lewy;
 - degenerescență corticobazală.
- Parkinsonismul din alte boli heredodegenerative (în care acest sindrom nu este trăsătură clinică primară):
 - demența frontotemporală cu parkinsonism;
 - sindromul „overlap“ Alzheimer-Parkinson;
 - sindromul Parkinson-SLA – demență Guam;
 - SLA asociată cu parkinsonism și demență (taupatie, diferită de complexul Guam);

- boala Huntington – varianta rigidă;
- boala Hallervorden-Spatz.
- Parkinsonism secundar (consecință a unei leziuni cerebrale dobândite):

Toxic:

- MPTP (metil-4-fenil-tetrahidropirinina);
- mangan;
- monoxid de carbon.

Indus medicamentos:

- neuroleptic;
- metoclopramid, proclorperazină;
- rezerpină;
- valproat;
- blocanți ai canalelor de calciu non-dihidropiridinici.

Vascular:

- lacune multiple în ganglionii bazali;
- boala Binswanger;
- hidrocefalii;
- traumatisme cranio-cerebrale;
- tumori;
- degenerescenta cronică hepatocerebrală;
- boala Wilson.

Boli infecțioase:

- parkinsonismul postencefalitic;
- boala Creutzfeldt-Jakob;
- infecția HIV/SIDA.

Pentru diagnosticul pozitiv al bolii Parkinson, Societatea de Neurologie din România recomandă criteriile **UK Parkinson's Disease Society Brain Bank Clinical Diagnostic Criteria**, unanim acceptate în prezent pe plan internațional:

• **Criterii de confirmare:**

- bradikinezie (obligatoriu)

și cel puțin unul dintre:

- Rigiditate musculară
- Tremor cu frecvență de 4-6 Hz
- Instabilitate posturală (necauzată de o disfuncție primară vizuală, vestibulară cerebeloasă sau proprioceptivă).

Criterii de susținere:

(cel puțin 3, pentru BP definită):

- debut unilateral;
- tremor de repaus;
- evoluție progresivă;
- asimetrie persistentă (mai accentuat pe partea de debut);
- răspuns excelent la l-DOPA;
- coree severă indusă de l-DOPA;
- responsivitate la l-DOPA cel puțin 5 ani;
- evoluție clinică $> / = 10$ ani.

• **Criterii de excludere:**

- AVC repetate cu sindrom parkinsonian treptat evolutiv;
- istoric de TCC repetate;
- istoric definit de encefalită;
- crize oculogire;
- tratament neuroleptic la debutul simptomelor;
- remisiune susținută;
- simptome strict unilaterale după 3 ani;
- paralizie supranucleară a privirii;

- semne cerebeloase;
- afectare vegetativă severă precoce;
- demență severă precoce cu tulburări de limbaj, memorie și de praxie;
- semn Babinski;
- CT: tumoră cerebrală/hidrocefalie comunicantă;
- răspuns negativ la doze mari de levodopa;
- (dacă se exclude un sindrom de malabsorbție);
- expunere la MPTP.

Examene paraclinice: IRM sau CT nu aduc informații importante directe pentru diagnosticul de boală Parkinson (dar sunt obligatorii, de preferat direct IRM pentru excluderea altor sindroame parkinsoniene care au semne imagistice specifice, precum atrofia multisistemică, bolile vasculare cerebrale, hidrocefaliile, tumorile ș.a.); examenul IRM cerebral este obligatoriu pentru intervențiile terapeutice prin stereotaxie. Examenul SPECT de tip DaT-scan aduce informații patognomonice tipice pentru boala Parkinson și se poate face opțional (fiind și costisitor și greu accesibil deocamdată) atunci când diagnosticul diferențial este incert.

- Perturbarea metabolismului monoaminelor cerebrale și în primul rând a dopaminei se reflectă prin modificarea metaboliților acestora în LCR și urină.
- **EMG** – decelează caracteristicile fiziologice ale tremorului (descărcări ritmice de 4-7 cicli/secundă).

Afecțiunile ganglionilor bazali și ale sistemelor motorii din SNC

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Formele clinice la debut: Semne puțin evocatoare: dureri nesistemizate, oboseală rapidă, reducerea activității, tulburări vegetative, frecvent cu tremor cu caracter localizat la membrul superior (hemi-sindromul parkinsonian); hipertonie discretă, lipsa balansului membrelor de aceeași parte, prezența semnului Noica +/- tremor discret evidențiat EMG	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
Forme clinice în care predomină tremorul sau cele akineto-hipertone – la care simptomatologia subiectivă și modificările obiective clinice sunt cu caracter permanent, parțial influențate de terapia medicamentoasă și la care se adaugă întregul cortegiu de simptome însoțitoare: tulburări vegetative, tulburări de vorbire, tulburări psihice	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Formele clinice cu evoluție îndelungată – care duc la imobilizarea bolnavului – se însoțesc de tulburări psihice grave și tulburări de vorbire, deficiențe de deglutiție și respirație permanente (rezistente la diverse variante terapeutice)	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
Sindromul parkinsonian postencefalitic – sechelă majoră a encefalitei epidemice <i>Von Economo</i> (istoric) sau a altor forme sporadice, rare, de encefalită. Semiologia parkinsoniană se instalează după o perioadă de timp ce variază de la câteva săptămâni la câțiva ani. Clinic – debutul în jurul vârstei de 40 de ani, tremorul este mai puțin constant, de regulă mixt (de repaus și de acțiune); prezența manifestărilor oculare sub formă de crize oculogire; paralizia convergenței, tulburări ale vigilenței (inversarea ritmului somn – veghe); tulburări psihice; tulburări vegetative. Caracteristic – după o instalare relativ rapidă, evoluția ulterioară este lentă	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
<p>Sindromul parkinsonian postmedicamentos și toxic – intoxicații (cu oxid de carbon și mangan). Este rezultatul introducerii neurolepticelor de primă generație în terapia psihiatrică sau rezultatul expunerii la toxicele menționate.</p> <p>Principalele manifestări sunt rigiditatea (akinezia) ± hiperkinezii intricate (facio – buco-linguale); torticolis, spasme de torsiune. Dispar de regulă după o perioadă scurtă de la oprirea medicației. În multe situații, chiar după întreruperea definitivă, persistă cronic sindromul de diskinezie/distonie tardivă (dificil de tratat; ameliorări cu injecții cu toxina botulinică și utilizarea unor neuroleptice atipice + clonazepam). Sindroamele parkinsoniene de etiologie vasculară și traumatică vor fi tratate la capitolele respective</p>	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
<p>Coreea acută (coreea Sydenham sau coreea minor). Reprezintă o manifestare cerebrală neostriată a reumatismului articular acut, având o patogenie inflamator alergică post streptococică. Clinic – debut frecvent la 6-15 ani cu trei simptome cardinale:</p> <ul style="list-style-type: none"> – hiperkinezie; – hipotonie; – labilitate emoțională. <p>Fenomenele sunt exagerate de activități psihice, fizice, emoții, diminuate în repaus și dispar în somn. Evoluția este favorabilă; se vindecă spontan și de preferat cu tratament specific în 4-6 săptămâni (pentru formele severe – 1 an)</p>	În afara perioadei de stare.	Nu generează incapacitate de muncă.	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
<p>Coreea cronică (Huntington)</p> <p>Coreea cronică progresivă ereditară autosomal dominantă este însoțită de tulburări psihice care evoluează spre demență.</p> <p>Forme cu debut de regulă între 30-35 ani, cu modificări psihice de la iritabilitate până la crize de violență, tulburări de atenție, de memorie și tulburări psihice de intensitate medie</p>	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
Forme cu mișcări coreice cu caracter atetozic și distonic, care se accentuează la nivelul trunchiului, gâtului, când apar grimase ale feței ce duc la tulburări de vorbire și deglutiție, când tulburările psihice devin marcate (de la deliruri paranoice până la demență lent progresivă)	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
<p>Formele cu evoluție progresivă ce conduc la tulburări de mers – mers cu sprijin, rigiditate, akinezie duc în final la cașexie prin tulburări de deglutiție accentuate de mișcările hiperkinetice. Se adaugă deteriorare cognitivă gravă – demență</p>	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
<p>Degenerescență hepatolenticulară (Boala Wilson)</p> <ul style="list-style-type: none"> – afecțiune metabolică determinată genetic și caracterizată prin acumularea cuprului în S.N.C., ficat, cornee, rinichi, cord, pancreas. <p>Astăzi se recunoaște o singură entitate anatomoclinică și genetică bine identificată (legată de anomalii ale genei pentru o ATP-aza cuplată la pompa membranară care evacuează cuprul hepatocitar către căile biliare, gena ce se află pe brațul lung al cromozomului 13):</p> <ul style="list-style-type: none"> – debut de regulă între 7-15 ani, dar se poate și la vârste mai înaintate, dominată de rigiditate extrapiramidală, tremor wilsonian cu aspect de „recul“, facies hipomimic, bradikinezie, puerilism, degradare intelectuală progresivă. <p>Formele cu tulburări de mers, de manipulație și tulburări psihice de intensitate medie.</p>	Deficiență medie	50–69%	50% pierdută	Gradul III

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Formele cu tulburări de mers și de manipulație severe, tulburări de vorbire și tulburări psihice accentuate.	Deficiență accentuată	70–89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Formele cu tulburări de mers și de manipulație ce fac imposibilă deplasarea și autoservirea bolnavului, cu tulburări de vorbire și tulburări psihice grave, cu pierderea discernământului.	Deficiență gravă	90–100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

BOLILE INFLAMATORII CRONICE ALE SISTEMULUI NERVOS CENTRAL

Entități clinice:

- Scleroza multiplă** (termeni încă acceptați, dar nerecomandați de nomenclatura internațională științifică: scleroza în plăci, leuconevraxita). Variante foarte rare: forma malignă acută Marburg, forma cu leziuni concentrice Balo. Nu este doar o boală demielinizantă, ci este o **boală inflamatorie cronică difuză a SNC**, care afectează atât substanța albă cu leziuni focale, cât și substanța albă aparent normală, precum și substanța cenușie, având două tipuri de leziuni coexistente încă de la debutul subclinic: **degenerescenta axonală ireversibilă** (responsabilă de invalidarea clinică ireversibilă) și **demielinizările focale** care se pot vindeca (de obicei cu defect) și spontan și care sunt corespondente în plan clinic episoadelor de recădere (puseelor).

Forme clinice:

- forma recurent remisivă;
 - forma primar progresivă;
 - forma secundar progresivă;
 - forma progresivă cu recăderi.
- Neuromielita optică (NMO, Boala Devic)** – este o boală independentă de scleroza multiplă, de care a fost separată odată cu identificarea modificărilor imunologice care o caracterizează, respectiv prezența anticorpilor anti-aquaporina 4 de la nivelul astrocitelor.
 - Encefalomielite acută diseminată** – este o boală acută inflamator-demielinizantă cu focare multiple, determinată, de obicei, de prezența la distanță a unui focar infecțios în organism, sau după o vaccinare la persoane cu o reactivitate imunitară de tip hiperergic. Cel mai adesea apare la copii de vârstă mai mare, dar poate apărea și la adulții tineri. De regulă are o evoluție monofazică, dar nu rareori se poate manifesta și prin episoade clinice repetate, ridicând probleme de diagnostic diferențial cu scleroză multiplă (mai ales la copii).

SCLEROZA MULTIPLĂ

Diagnosticul de scleroză multiplă se bazează pe asocierea de semne clinice și paraclinice, întrucât nu există un singur semn clinic sau rezultat de investigație cu valoare patognomonică.

În prezent, în întreaga lume sunt acceptate și folosite criteriile McDonald (revizuite în 2005):

Criteriile de diagnostic McDonald revizuite în 2005

Nr. crt.	Prezentare clinică	Date adiționale necesare diagnosticului de scleroză multiplă
1.	> = 2 pusee; semne clinice obiective pentru > = leziuni	Niciuna
2.	> = 2 pusee; semne clinice obiective pentru 1 leziune	Diseminarea în spațiu, demonstrată prin: 1. RM sau 2. > = 2 leziuni sugestive la examen RM + LCR pozitiv, sau 3. se așteaptă alte pusee clinice cu alte localizări

3.	1 puseu; semne clinice obiective pentru ≥ 2 leziuni	Diseminarea în timp, demonstrată prin: 1. RM sau 2. Al doilea puseu
4.	1 puseu; semne clinice obiective pentru 1 leziune (prezentarea monosimptomatică; sd. izolat clinic)	Diseminarea în spațiu, demonstrată prin: 1. RM sau 2. ≥ 2 leziuni sugestive la examen RM + LCR pozitiv și Diseminarea în timp, demonstrată prin: 1. RM sau 2. Al doilea puseu
5.	Progresie neurologică insidioasă sugestivă pentru SM	Progresie a bolii timp de 1 an (documentată retrospectiv sau prospectiv) și 2 din următoarele: a. RM pozitiv (9 leziuni T2 sau ≥ 4 leziuni T2 și PEV modificate); b. RM medular pozitiv (≥ 2 leziuni focale); c. LCR pozitiv

Criteriile revizuite Mc Donald pun accentul pe obiectivarea clinică a leziunilor și oferă evidența diseminării în timp și spațiu. Criteriile utilizează examene paraclinice suportive, pentru a grăbi stabilirea diagnosticului și pentru a elimina diagnostice fals-pozitive sau fals-negative. Ele pun accent asupra specificității și mai puțin asupra sensibilității metodelor de diagnostic, precum și asupra necesității de a elimina conceptul de „cea mai bună explicație pentru diagnostic pentru clinică“. Totodată, ele „liberalizează“ realizarea anumitor criterii paraclinice (IRM și LCR), considerate anterior absolut necesare.

Manifestările clinice cele mai sugestive pentru diagnosticul de scleroză multiplă pot fi grupate după cum urmează :

a. anomalii senzitive:

- paretezii, adesea sub formă de amorțeli;
- dureri;
- semnul Lhermitte.

b. anomalii motorii:

- deficit motor de tip piramidal;
- spasticitate;
- contracții spastice (în flexie, în extensie).

c. anomalii vizuale:

- nevrită optică (pierderea monoculară a vederii, însoțită eventual de durere și de scotom central).

d. anomalii cerebeloase:

- ataxie, incoordonare;
- tremor cerebelos (asociat uneori cu tremor postural);
- dizartrie cerebeloasă.

e. anomalii ale funcțiilor trunchiului cerebral:

- diplopie;
- dizartrie, disfagie, disfonie;
- paretezii la nivelul feței;
- pareză facială;
- oftalmoplegie internucleară;
- nevralgie trigeminală;
- vertij.

f. alte anomalii (mai rare la debutul bolii):

- crize paroxistice (cu durata de secunde/minute, dar care apar repetat timp de mai multe săptămâni pentru a avea semnificație de puseu SM);
- anomalii vezicale;
- disfuncții sexuale;
- tulburări cognitive.

Un atac (puseu, recădere) este definit ca o tulburare neurologică sugestivă pentru SM (relatare subiectivă sau observație obiectivă), cu durata de minimum 24 ore, în absența febrei. Trebuie excluse

pseudoatacurile sau episoadele paroxistice singulare. Se consideră, prin convenție, durata de 30 de zile ca interval minim de timp între două pusee diferite.

Modificările LCR sugestive pentru diagnosticul de SM sunt: pleiocitoză moderată sub 50/mmc, discretă hiperproteinoză, dar sub 0,8 g/l, cantitate crescută de IgG cu un index mai mare de 0,7 (față de cantitățile de IgG și albumină din ser), distribuție oligoclonală a IgG la electroforeză în gel de agaroză în LCR, nu și în ser. Deși sugestive în context clinic, aceste modificări nu sunt patognomonice pentru SM.

Măsurarea potențialelor evocate, în special a celor vizuale, poate evidenția o alungire semnificativă a anumitor unde bine definite. În SM, **examinarea electrofiziologică arată creșterea latenței undei P 100** de partea ochiului afectat (valoare peste 120 msec), cu o ușoară scădere a amplitudinii acesteia, **forma undei fiind relativ bine păstrată**. Anomaliile PEV pot fi tranzitorii, în sensul că **amplitudinea răspunsului poate reveni la normal odată cu recăpătarea vederii**, însă **modificarea latenței undei este permanentă**, ceea ce servește diagnosticului retrospectiv al unei nevrite optice subclinice sau ignorate în contextul sclerozei multiple.

Criteriile Barkhof de diagnostic prin IRM – sunt criteriile cu valoare predictivă, ce se aplică pacienților care se prezintă pentru prima oară la neurolog, având sindroame clinice izolate, sugestive pentru diagnosticul de SM.

Întrunirea a 3 dintre următoarele 4 criterii are valoare predictivă pentru instalarea la un pacient a SM definite clinic („IRM pozitiv pentru SM“):

- o leziune cerebrală sau spinală Gd-captantă sau 9 leziuni T2 hiperintense cerebrale și/sau spinale, dacă nu există nicio leziune Gd-captantă;
- una sau mai multe leziuni cerebrale infratentoriale sau spinale;
- una sau mai multe leziuni juxtacorticale;
- 3 sau mai multe leziuni periventriculare.

Notă: Leziunile spinale individuale pot contribui împreună cu leziunile individuale cerebrale la atingerea numărului de leziuni T2 cerute.

Criteriile RMN incluse în criteriile McDonald, sunt cele propuse de Barkhof, modificate de Tintore, pentru a evidenția diseminarea în spațiu și timp.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Formele clinice cu evoluție favorabilă în timp, cu simptomatologie subiectivă absentă sau minimă și obiectiv cu: sindrom piramidal, ± sindrom vestibular sau sindrom cerebelos frust	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Formele clinice cu pusee rare, în perioada de remisiune cu tulburări motorii de intensitate medie (fruste hemipareze sau monopareze) la care se asociază tulburări de echilibru și/sau de coordonare și uneori tulburări vizuale de intensitate medie (scor EDSS < 3)	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
Forme clinice cu evoluție progresivă cu pusee acute repetate ce conduc la tulburări de mers accentuate (parapareze spastice și/sau hemipareze spastice) la care se asociază tulburări de echilibru și/sau de coordonare (sindrom cerebelo-vestibular), tulburări vizuale – frecvent diplopie, și/sau modificări de câmp vizual, tulburări de sensibilitate, ± tulburări sfincteriene (scor EDSS = 3-6)	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Formele clinice cu evoluție continuă fără remisiuni, care conduc în timp la imobilizarea bolnavului, făcându-l dependent (parțial sau permanent) de ajutorul altei persoane (scor EDSS > 6). Simptomatologia obiectivă indică prezența tuturor sindroamelor: sindrom piramidal (hemiplegie, parapareză/paraplegie ± asocierea cu monopareze brahiale, tetrapareză/tetraplegie); sindrom cerebelo-vestibular – evidențiază tulburări de echilibru și coordonare; tulburări de vizuale grave; tulburări de sensibilitate, tulburări sfincteriene (frecvent incontinență urinară)	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	gradul I

PATOLOGIA NEUROMUSCULARĂ ȘI EREDODEGENERATIVĂ

DISTROFIILE MUSCULARE PROGRESIVE (DMP) – afecțiuni degenerative ale mușchiului striat condiționate genetic, cu evoluție lent progresivă și etiopatogeneză incomplet stabilită. O clasificare a distrofiilor musculare progresive completă este aceea bazată pe date clinico-genetice și pe date informaționale din domeniul biochimiei, electrofiziologiei și histopatologiei (clasificarea modificată a DMP după Waltore și Gardnen-Medwin):

1. DMP cu transmitere genetică X – recesivă: forma severă (Duchenne); forma benignă (Becker-Kiene).
2. DMP cu transmitere genetică autosomal-recesivă: fenotip Duchenne forma centurilor.
3. DMP cu transmitere genetică autosomal dominantă: facio-scapulo-humerală; distală; oculară; oculofaringiană.

Simptomatologie clinică generală – simptomul care domină tabloul clinic al distrofiilor musculare este deficitul motor. Grupele musculare interesate sunt diferite în funcție de forma clinico-genetică, dar, indiferent dacă debutul este distal sau proximal, generalizarea prin afectarea ulterioară a altor grupe musculare este constantă. Deficitul motor este expresia amiotrofiei progresive adesea mascată de adipozitatea mai mult sau mai puțin evidentă a acestor bolnavi. Anumite grupe musculare sunt mai atrofice și nu există un paralelism între gradul amiotrofiei și intensitatea deficitului motor. Amiotrofiile sunt foarte simetrice. Unele grupe musculare pot prezenta hipertrofia (musculatura moleților în special, dar și deltoidul, maseterii, musculatura limbii).

În cursul evoluției survin rețracții tendinoase care compromit funcționalitatea segmentelor respective. Reflexele osteotendinoase diminuează progresiv până la abolire. Acești bolnavi nu prezintă tulburări de sensibilitate. În cursul evoluției se constată cardiomiopatie distrofică, aritmie, modificări EKG ale complexului ventricular, fără a se ajunge decât în mod excepțional la o insuficiență cardiocirculatorie.

Simptomatologia pulmonară este expresia hipoventilației permanente, iar infecțiile căilor respiratorii sunt foarte comune.

Testele paraclinice de diagnostic – diagnosticul de certitudine al DMP este un diagnostic paraclinic bazat pe trei elemente esențiale: enzimograma serică, biopsia musculară, EMG.

DISTROFIA MUSCULARĂ PROGRESIVĂ (DMP)

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
DMP – forme clinice la 1-2 ani de la debut, cu o simptomatologie subiectivă și obiectivă centrată pe modificările generate de amiotrofiile musculare și deficitul motor secundar de intensitate medie, ce duc la scăderea performanțelor de mers și a ortostatismului prelungit	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
DMP – formele clinice cu evoluție îndelungată, mai mult de 5 ani, care conduc la amiotrofii musculare accentuate și respectiv un deficit accentuat, la care se adaugă cardiomiopatie distrofică, aritmii, tulburări respiratorii, expresia hipoventilației pulmonare	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
DMP – formele clinice după o evoluție îndelungată, care, prin deficitul motor instalat progresiv face imposibilă deplasarea bolnavului prin forțe proprii și la care se adaugă tot cortegiul tulburărilor respiratorii, fonatorii, de deglutiție etc. și tulburări cardiovasculare	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

MIOTONIILE

Miotoniile sunt un grup de afecțiuni determinate genetic, în patologia cărora este implicat un defect de membrană celulară; sunt caracterizate clinic printr-o lentoare a relaxării musculare după contractură voluntară, fenomenul diminuând progresiv, consecutiv repetării contracției voluntare (fenomenul de încălzire). Distribuția miotoniei este mai evidentă distal la musculatura membrelor, la nivelul musculaturii mimicii și la limbă. Celelalte grupe musculare sunt mai puțin interesate, miotonia rezumându-se la răspunsuri idiomusculare persistente. Se descriu două forme de miotonie:

- Miotonia congenitală Thompson.
- Distrofia miotonică Steinert.

Miotonia congenitală Thompson

Miotonia congenitală Thompson sau miotonia hipertrofică congenitală; afecțiune rară cu debut precoce în copilărie, cu apariția selectivă a fenomenului miotonic la flexorii degetelor, la nivelul mușchilor policelui, a musculaturii orbicularului pleoapelor, la care se asociază o hipertrofie musculară difuză la toate grupele musculare cu predominanță la membrele inferioare, aspect întâlnit în 25% dintre cazuri, ce dă bolnavului un aspect de halterofil. Miotonia se accentuează la frig și la începutul actului voluntar.

Examinări paraclinice

- EMG;
- microscopia optică.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Formele autozomal dominante cu simptomatologie subiectivă și obiectivă limitată la câteva grupe musculare (limbă, orbicularul pleoapelor, musculatura distală a membrelor)	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
Formele recesive – simptomatologia este întotdeauna mai severă, generalizată cu tendință la agravare progresivă în timp, cu prinderea musculaturii flexoare distale a membrelor și musculatura masticatorie	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II

DISTROFIA MIOTONICĂ STEINERT

Simptomatologie complexă care include, alături de simptome musculare, un sindrom endocrin (manifestat prin atrofie gonadică); sindrom miotonic; cataractă; surditate prin afectarea urechii interne și tulburări psihice.

Examinări paraclinice:

- enzimograma serică;
- EMG;
- microscopia optică.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Formele clinice la debut care nu au încă amiotrofii musculare sau acestea sunt discrete; în care deficitul motor este mediu, simetric distal și nu se însoțesc de complicații psihice și cardiace sau acestea sunt de intensitate medie	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
Formele clinice care se însoțesc de amiotrofii musculare marcate – cu scăderea forței musculare preferențial pe musculatura facială, flexorii gâtului, musculatura antebrațului, a eminentei tenare, pe mușchii interosoși, loja anterioară a gambei – și de complicații cardiace, endocrine, psihice, tulburări de vedere (cataractă)	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II

<p>Formele de distrofie miotonică evoluează progresiv, pe o perioadă de 10-15 ani. La manifestările clinice anterior descrise se adaugă deficit motor de centură pelviană sau/și de centură scapulo-humerală, tulburări respiratorii, prin afectarea diafragmului, a mușchilor intercostali și paravertebrali, tulburări de deglutiție, tulburări grave cardiace (bloc atrio-ventricular, cardiomiopatie) și tulburări de vedere (cataractă bilaterală), ce conduc la necesitatea supravegherii și îngrijirii permanente din partea altei persoane</p>	<p>Deficiență gravă</p>	<p>90-100%</p>	<p>Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate</p>	<p>Gradul I</p>
---	-------------------------	----------------	--	------------------------

MIASTENIA

Miastenia este o boală a sinapsei neuromusculare care se caracterizează prin oboseală excesivă și deficit al musculaturii striate.

Simptomatologia – deficitul motor miastenic se produce prin relaxarea progresivă a mușchiului care se contractă și prin diminuarea progresivă a forței musculare. Deficitul miastenic este mai accentuat în a doua parte a zilei, reflexele osteotendinoase sunt prezente sau uneori diminuate. Boala evoluează în general în pusee, cu evoluție din ce în ce mai severă, ajungând până la paralizia de mușchi respiratori. Simptomatologia bolii se ameliorează numai prin administrarea de anticolinesterazice.

Topografia deficitului miastenic:

1. tulburări oculare: strabism, diplopie, ptoza palpebrală, poate să apară imposibilitatea convergenței;
2. tulburări de fonație: sunt caracteristice deoarece apar sau se accentuează la efort; acestea sunt: disfonie, nazonare, dizartrie;
3. tulburări de deglutiție: se pot manifesta pentru solide, lichide și, în cazurile mai grave, chiar și pentru salivă;
4. tulburări de masticatie: apar mai mult sau mai puțin precoce, pot merge până la deficit total și se pot asocia cu căderea mandibulei;
5. atingerea musculaturii faciale: produce „faciesul miastenic“ caracteristic;
6. afectarea musculaturii cefei și a trunchiului produce o invalidare importantă – căderea capului, necesită menținerea bărbiei cu mâna. Trecerea din clinostatism la ortostatism poate fi imposibilă sau se execută cu efort, interesarea membrelor inferioare se remarcă inițial la urcătul și coborâtul scărilor, iar ulterior chiar și la mersul pe teren plat;
7. tulburările respiratorii, exprimate prin dispnee și senzație de lipsă de aer, sunt obiectivate de reducerea capacității vitale.

Investigații paraclinice:

- scala de efort specifică miasteniei;
- testul cu neostigmina;
- EMG cu stimulare repetitivă;
- dozare de anticorpi anti-receptori colinergici nicotiniци +/- dozare de anticorpi anti MuSK.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
<p>Formele de debut – simptomatologie săracă, diagnosticul este susținut pe probele de provocare și cu răspuns 100% la terapia medicamentoasă; se pot manifesta prin tulburări oculare (ptoza palpebrală parțială), tulburări de fonație, senzație de oboseală la masticatie, oboseală musculară, mers pe distanțe relativ lungi, sau urcarea a 1-2 etaje</p>	<p>Deficiență medie</p>	<p>50-69%</p>	<p>50% pierdută</p>	<p>Gradul III</p>
<p>Formele cu tulburări oculare, de fonație, deglutiție, masticatie și tulburări motorii cu caracter cvasipermanent cu răspuns ineficient la terapia medicamentoasă care generează tulburări funcționale de intensitate accentuată</p>	<p>Deficiență accentuată</p>	<p>70-89%</p>	<p>În totalitate pierdută</p>	<p>Gradul II</p>

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Formele ce se însoțesc de tulburări mari de deglutiție, tulburări respiratorii ce necesită uneori respirație asistată, când deficitul motor este permanent și rezistent la terapia medicamentoasă asociată, ducând la necesitatea supravegherii permanente din partea altei persoane	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdute în totalitate	Gradul I

Miozitele și polimiozitele – vezi capitolul Colagenoze.

AMIOTROFIA NEURALĂ CHARCOT – MARIE – TOOTH –

Maladie cu transmitere ereditară. Debutul este insidios în copilărie sau adolescență, mai rar la vârstă adultă, cu apariția progresivă de amiotrofii distale și simetrice mai ales la membrele inferioare, de aspect polinevritic.

Tabloul clinic – atrofii musculare distale și simetrice la membrele inferioare, generând aspectul de „picior de cocoș”, și în treimea inferioară a antebrăului, dând aspectul de atrofie în „mănușă”.

- tulburări de sensibilitate:
 - *subiective*: amorțeli sau furnicături în membre cu aspect polimorf;
 - tulburări vegetative – hipersudorație, pseudosclerodermie;
 - tulburări endocrine – insuficiență gonadică, acromegalie.

Examen paraclinice

- examen anatomo-patologic;
- EMG.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
CMT în Formele clinice fruste cu manifestări clinice minime. Diagnosticul se pune de regulă pe examinările paraclinice (biopsia musculară)	Deficiență ușoară	0-49%	Păstrată	nu se încadrează în grad de invaliditate
CMT în Formele superioare, când modificările predomină la membrele superioare (tulburări motorii + amiotrofii + tulburări de sensibilitate)	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
CMT în Forma generalizată cu atrofie globală a întregii musculaturii, cu mers dificil stepat, cu tulburări de sensibilitate tip polinevritic și tulburări vegetative și endocrine asociate.	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
CMT în Forma generalizată, cu atrofie globală a musculaturii care a condus în timp la imobilizarea permanentă bolnavului.	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

SCLEROZA LATERALĂ AMIOTROFICĂ (SLA)

Face parte din afecțiunile neuronului motor și este definită clinic printr-un complex lezional având ca rezultat simptome combinate de neuroni motori centrali și periferici (fasciculații, amiotrofii distale, semne piramidale).

Criterii de diagnostic în SLA (conform Ghidului Federației Societăților Europene de Neurologie adoptat și de Societatea de Neurologie din România și de Ministerul Sănătății din România):

Diagnosticul SLA necesită prezența (**criterii pozitive**):

- semnelor de NMP (inclusiv caracteristicile EMG la nivelul musculaturii neafectate);
- semnelor de NMC;
- progresiei simptomelor și a semnelor.

Diagnosticul SLA necesită absența (**diagnostic prin excludere**):

- semnelor senzitive;
- tulburărilor sfincteriene;
- tulburărilor vizuale;
- disfuncției autonome;
- disfuncției ganglionilor bazali;
- demenței de tip Alzheimer;
- sindroamelor ce „mimează“ SLA

Diagnosticul SLA este sprijinit de:

- fasciculații într-una sau mai multe regiuni;
- modificări neurogene la EMG;
- viteze de conducere nervoasă senzitive și motorii normale;
- absența blocului de conducere.

În funcție de predominanța tablourilor clinice, se definesc următoarele variante de SLA: paralizia bulbară progresivă cu predominanța fenomenelor bulbare; atrofia musculară progresivă cu predominanța simptomelor de neuron motor periferic și scleroza laterală primară cu predominanța simptomelor de neuron motor central.

Investigații paraclinice:

- E.M.G;
- microscopia optică;
- microscopia electronică.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
SLA – forma pseudopolineuropatică – formă relativ atipică, simptomatologia de neuroni motori periferici domină tabloul clinic, iar simptomatologia de tip piramidal este foarte discretă sau absentă	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
SLA – forma generalizată este una dintre cele mai frecvente, cu evoluție lentă, cu predominanța simptomelor de neuron motor central.	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
SLA – forma bulbară – forma cu evoluție dramatică, simptomatologia fiind manifestă la musculatura inervată de nucleii motori bulbari.	Deficiență gravă	90-100%	În totalitate pierdută	Gradul I

EREDOATAXIA SPINOCEREBELOASĂ FRIEDREICH

Simptomatologia – ataxia cerebeloasă este de obicei cea care atrage atenția asupra bolii, determinată fiind de tulburările de sensibilitate ca și cele de tip cerebelos. Mersul este tabetic, cerebelos cu baza de susținere lărgită, bolnavul prezintă dismetrie, vorbire lentă, R.O.T. se abolesc precoce. Amiotrofiile sunt de regulă distale, mai accentuate la membrele inferioare, descriindu-se aspectul „picior de cocoș“, aspect de picior scobit.

Implicațiile cardiace sunt prezente, manifestându-se de timpuriu cu extrasistole atriale, hipertrofie ventriculară, semne de ischemie cardiacă.

Investigații paraclinice:

- examen electroneurofiziologic (electroneurografie + EMG);
- ecocardiografie și EKG;
- IRM craniană (evaluarea în particular a cerebelului);
- opțional: diagnostic genetic.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
EASC – formele clinice la debut, cu modificări obiective discrete mult timp, la care examenul obiectiv semnaleză doar abolirea R.O.T., schiță de picior scobit, cifoscolioză.	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
EASC – formele clinice bine exprimate la care diagnosticul nu mai ridică semne de întrebare, dar a căror evoluție este lent progresivă și prezintă deficite motorii medii	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
EASC – formele clinice cu evoluție îndelungată la care s-au instalat atrofii musculare și deficite motorii accentuate însoțite de tulburări de sensibilitate ± tulburări cardiace, endocrine, psihice	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
EASC – formele clinice care, din cauza amiotrofiilor musculare și a deficiențelor motorii și generalizate, conduc la imobilizarea bolnavului	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdute în totalitate	Gradul I

EREDOATAXIA CEREBELOASĂ PIERRE–MARIE

Este o formă diferențiată din grupul eredoataxiilor, foarte asemănătoare cu eredoataxia Freidreich în care însă semnele cerebeloase și piramidale sunt predominente. Debutul și evoluția sunt asemănătoare cu maladia Friedreich, dar predomină:

- semnele cerebeloase cu ataxie, tremor intențional și vorbire cerebeloasă;
- semnele piramidale sunt mai bine exprimate în forma Pierre-Marie, dar cu afectare mai mică a sensibilității profunde;
- ROT pot fi vii; se poate găsi doar aspectul contracturii piramidale, mai ales la membrele inferioare; tulburările de sensibilitate obiective pot fi absente sau discrete, bolnavul nu prezintă atrofii sau malformații articulare (sau acestea sunt, în general, mai puțin exprimate).

Investigații: aceleași ca la boala Friedreich.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Formele clinice la debut în care tulburările de coordonare și echilibru sunt ușoare.	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Formele clinice în care tulburările de coordonare și echilibru și tulburările de vorbire sunt moderate.	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
Formele clinice cu evoluție progresivă la care ataxia cerebeloasă este accentuată, însoțită de tulburări de vorbire, precum și de accentuarea contracturii piramidale +/- tulburări de sensibilitate	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
EAC-PM Formele clinice după ani de la debut și care prin tulburările ataxice fac deplasarea bolnavului foarte dificilă sau imposibilă.	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

DISCOPATIILE

Formularea diagnosticului: diagnosticul corect al discopatiei se formulează după stadiul evolutiv al bolii, clinic și radiologic.

De obicei este unică, dar poate fi multiplă, întâlnindu-se în aceeași regiune sau în diferite regiuni ale coloanei vertebrale. Cel mai frecvent apare în regiunea lombară, apoi în cea cervicală și, rareori, în regiunea dorsală. Regiunea lombară și mai ales ultimele două discuri lombare reprezintă sediul de predilecție al bolii.

Diagnostic clinic: pentru stabilirea diagnosticului clinic sunt necesare un examen clinic complet și examenul radiologic.

Date clinice: dureri vertebrale (cervicale, lombare, toracale) și pe traiectul nervului, spontan sau la mișcări active și/sau pasive, dureri provocate prin manevrele de elongație, deficite motorii segmentare sau globale, tulburări de reflexe, tulburări trofice, tulburări de sensibilitate obiectivă, tulburări circulatorii, tulburări sfincteriene etc.

Investigații obligatorii:

1. examen IRM (doar când examenul IRM nu este accesibil în timp util, se poate face examen CT al segmentului vertebral afectat);
2. examen electroneurofiziologic (electroneurografie detaliată, inclusiv cu latența undei F +/- EMG).

Date radiologice clasice (opțional) – se sprijină pe triada:

1. pensarea spațiului intervertebral;
2. densificarea platourilor intervertebrale;
3. modificări ale curburilor fiziologice ale coloanei vertebrale.

În prezența complicațiilor postoperatorii (arahnoidite, epidurite, cicatrici compresive etc.), examenul clinic trebuie coroborat obligatoriu cu examenul neurochirurgical, examene radiologice speciale (IRM-CT doar dacă IRM nu este accesibil, electroneurofiziologie, examen LCR.)

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
1. Discopatie vertebrală – faza I (faza dureroasă) dureri la nivelul coloanei vertebrale, spontane sau la apăsare	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate.
2. Discopatie vertebrală – faza II (faza de blocaj) – blocaj al segmentului vertebral – contractură musculară paravertebrală	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate.
3. Discopatie vertebrală – faza III (faza neurologică) <i>Stadiu I</i> (algic) Iritație radiculară; bolnavul prezintă dureri la tuse strănut sau eforturi Semne de elongație pozitive (Lasseque, Bonnet)	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate.
<i>Stadiu II</i> (de compresiune) se caracterizează prin: – deficit motor moderat; – diminuarea reflexelor osteotendinoase; – tulburări de sensibilitate obiectivă	Deficiență accentuată pe o perioadă limitată (circa 6 luni) în vederea stabilirii conduitei neurochirurgicale, sau postoperator – 6 luni	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
<i>Stadiul III</i> (paralitic sau paretic, de întrerupere) se caracterizează prin: – deficit motor; – absența reflexelor osteotendinoase; – tulburări de sensibilitate obiectivă; – sechelele operatorii ale herniei de disc. Deficit motor unilateral brahial sau crural, cu tulburări de sensibilitate. Hernii de disc operate iterativ (2-3 intervenții chirurgicale)	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
Deficit motor brahial sau crural cu tulburări de sensibilitate și tulburări sfincteriene (sindrom de coadă de cal)	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Tetraplegie, tetrapareză sau parpareză, paraplegie însoțite de tulburări de sensibilitate și tulburări sfincteriene tip incontinență (cazuri extrem de rare)	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdute în totalitate	Gradul I

NEUROPATII PERIFERICE

Neuropatia periferică este un termen generic care indică tulburările nervilor periferici de orice cauză.

Descriere generală

Polineuropatiile *sunt neuropatii periferice des întâlnite și foarte importante*. Tabloul tipic al polineuropatiei apare cel mai frecvent în cadrul unor afecțiuni *metabolice (cauza cea mai frecventă este diabetul zaharat), inflamatorii, imunologice, paraneoplazice sau toxice*. Primele simptome par a fi de tip senzitiv și constau în furnicături, înțepături, arsuri, sau parestezii în plante sau vârful degetelor, sau în general cu distribuție în alte zone ale membrilor inferioare. Simptomele și semnele sunt în general simetrice și distale, dar ocazional paresteziile apar la nivelul unui singur membru inferior și apoi la celălalt, mult mai pronunțate. Trebuie să avem grijă să nu fie făcută confuzia cu mono - sau multinevrite. Dacă polineuropatia este mai puțin severă, nu vor putea fi decelate semne clinice motorii și/sau senzitive.

Examen paraclinice

- Examen neuroelectrofiziologic detaliat;
- Biopsia de nerv.

Clasificarea neuropatiilor periferice:

- Polineuropatiile axonale: acute, subacute, cronice;
- Polineuropatiile demielinizante: acute, cronice;
- Mononeuropatii multiplex;
- Mononeuropatii.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Formele clinice de neuropatii, indiferent de etiologie – cu simptomatologie frustă, predominant senzitivă (parestezii distale predominant membrele inferioare) ± fruste deficite motorii	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Formele clinice cu simptomatologie motorie manifestă – deficite motorii predominant distale și predominant la membrele inferioare însoțite de tulburări de sensibilitate superficială și/sau profundă (ataxie)	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
Formele clinice cu deficite motorii manifeste constituite – parapareze, sau tetrapareze, cu tulburări de sensibilitate superficială sau profundă	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Formele clinice (foarte rar) cu deficite motorii tip tetraplegie sau paraplegie + tulburări sfinceriene (foarte rare, în special, sindromul Guillain-Barré; forme severe de polineuropatie cronică inflamatorie demielinizantă – CIDP)	Deficiență gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

În stabilirea diagnosticului funcțional și al capacității de muncă se vor aprecia separat paralizii de plex brahial și paralizii de plexului lombo-sacrat care, prin modificările date, pot conduce la scăderea capacității de muncă parțial sau în cea mai mare parte.

Diagnostic clinic	Diagnostic funcțional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
PARALIZIILE DE PLEX BRAHIAL – pot fi parțiale sau totale. Plexul brahial este format din rădăcinile cervicale C5, C6, C7, C8 și rădăcina toracală T1. Rădăcinile C5 și C6 formează împreună trunchiul superior, rădăcina C7 formează trunchiul mijlociu, iar rădăcina C8 și T1 formează trunchiul inferior. PARALIZIA PARȚIALĂ DE PLEX BRAHIAL cuprinde trei tipuri: 1. Tipul superior (Duchenn Erb) – se caracterizează prin reducerea mișcărilor de ridicare a umărului, abolirea abducției, a mișcărilor de rotație externă, membrul superior în adducție și rotație internă; atrofia umărului (mușchiul deltoid); ROT bicipital absent, tulburări de sensibilitate.	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate

<p>2. Tipul mijlociu (Remack) – se caracterizează prin paralizia mușchilor inervați de nervul radial, cu excepția lungului supinator care rămâne indemn și a tricepsului care este parțial paralizat. Se caracterizează prin imposibilitatea flexiei antebrăului pe braț și a supinației. Obiectiv: ROT tricipital abolit, tulburări de sensibilitate inconstante, frecvent pe fața dorsală a antebrăului și porțiunea externă a feței dorsale a mâinii.</p>	Deficiență ușoară în paralizia parțială de nerv radial	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
<p>În paralizia totală de nerv radial, mâna este căzută în “gât de lebădă” și bolnavul nu poate face extensia policelui, falagelor proximale ale degetelor, extensia mâinii, pumnului și antebrăului pe braț.</p>	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
<p>3. Tipul inferior (Klumpke) – se caracterizează prin paralizia nervului cubital anterior, flexorilor degetelor, interosoșii musculaturii tenare și hipotenare; tulburarea motorie este similară cu cea a unei paralizii combinate de nerv median și nerv cubital, având ca rezultat aspectul de mână simiană. Tulburarea de sensibilitate este de tipul hipoesteziei și se întinde pe fața internă a brațului și antebrăului. ROT tricipital abolit. Se poate adăuga leziunea simpaticului cervical și apariția sindromului Claud-Bernard-Horner.</p>	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
<p>PARALIZIA TOTALĂ DE PLEX BRAHIAL – membrul toracal balant (constă în combinația celor trei tipuri de paralizii) – conduce la impotența funcțională a membrului superior respectiv.</p>	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III

PARALIZIILE PLEXULUI LOMBO-SACRAT

Diagnostic clinic	Diagnostic funcțional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
<p>A. PARALIZIA NERVULUI FEMURO-CUTANAT Expresia clinică a leziunii este meralgia parestezică. Se caracterizează prin parestezii sub formă de senzație de piele cartonată cu topografie caracteristică în formă de „rachetă” pe fața externă a coapsei.</p>	Fără deficiență	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
<p>B. PARALIZIA NERVULUI FEMURAL – se caracterizează prin dificultate în flexia coapsei pe bazin și imposibilitatea extensiei gambei pe coapsă, areflexie rotuliană, anestezie în teritoriul cutanat (fața anterioară coapsă, fața internă genunchi, fața antero-internă gambă, maleolă tibială și jumătatea posterioară a marginii interne a piciorului). Obiectiv: hipotrofie, hipotonie cvadriceps, rotulă flotantă.</p>	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
<p>C. PARALIZIA NERVULUI OBTURATOR Însoteste, de regulă, paralizia de nerv femural și se caracterizează prin paralizia adducției și rotației interne și externe a coapsei, tulburări de sensibilitate în porțiunea mijlocie a coapsei și genunchiului.</p>	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
<p>D. PARALIZIA NERVULUI SCIATIC Paralizia totală este destul de rară și se manifestă clinic printr-o paralizie completă a celor două ramuri terminale (SPE și SPI).</p>				

<p>1. Paralizia de nerv sciatic popliteu extern (SPE) Clinic: deficit motor la nivelul gambei, pe gambierul anterior, extensorul propriu al halucelui, extensorul comun al degetelor, lungul și scurtul peronier și pediosul; tulburări senzitive la nivelul feței antero-externe a gambei, două treimi interne ale plantei, fața dorsală a primelor trei degete și jumătatea internă deget 4. Obiectiv: mers stepat, bolnavul ridică mult genunchiul și flectează mult gamba de partea bolnavă, nu poate merge pe călcâie.</p>	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
<p>2. Paralizia de nerv sciatic popliteu intern (SPI) Clinic: deficit motor la nivelul gambei (gastrocnemienii, popliteu, plantar subțire, solear, tibial posterior), la nivelul piciorului (nervul plantar medial, flexorul scurt al degetelor, abductorii și flexorul scurt al halucelui și primii lombricali, nervul plantar lateral, pătratul plantar, abductorul degetului 5, flexor și opozant deget 5, interosoșii dorsali și plantari și ultimii lombricali); tulburări senzitive la nivelul porțiunii dorso-laterale a gambei, marginea laterală a piciorului, plantă și degete. Obiectiv: mers talonat, absența desprinderii călcâiului de pe sol, a reflexiei ahiliană, tulburări trofice, degete în „ciocan“.</p>	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III

POLIOMIELITA ANTERIOARĂ ACUTĂ

Sindromul poliomielitei anterioare acute (SPAA) era în trecut aproape invariabil rezultatul infecției cu unul din cele trei serotipuri ale virusului polio. Aspectele clinice asemănătoare infecției cu poliovirus pot fi determinate și de alte enterovirusuri: Coxsackie – grup A și grup B, ecovirusuri, enterovirusurile 70 și 71.

Din punct de vedere clinic, poliomielite se poate prezenta sub 4 forme:

1. *Infecție inaparentă* – frecvent asimptomatică;
2. *Formă abortivă* – caracterizată prin: febră, dureri de gât; hiperemie orofaringiană, cefalee, anorexie, greață/vărsătură, mialgii;
3. *Formă neparalitică* – asociază la semnele și simptomele formei abortive semnele de iritație meningeală (apatie, semne Kernig, Brudzinski pozitive, LCR – limfocitoză cu pleiocitoză);
4. *Formă paralitică*.

Leziunile se produc din cauza distrugerii neuronilor motori din coarnele anterioare ale măduvei sau de la nivel cerebral, generând sechele motorii tip monoparez/monoplegii, hemiparez, hemiplegii. Deficitele motorii generează în timp deformări osoase și articulare: deformări ale călcâiului, picior în varus, genu recurvatum, genu varum, rotație tibială cu subluxație postero-laterală a platoului tibial, fracturi, dislocare/subluxație de șold.

Sindromul post-polio definește o lezare a sistemului nervos la pacienți care au avut poliomielită în formă paralitică, de obicei la un interval de 15-40 de ani de la puseul acut. Principalele simptome sunt: deficit motor, oboseală musculară și durere musculară; mai puțin frecvente sunt atrofiile musculare, tulburări respiratorii, apneea de somn și tulburările de deglutiție, intoleranța la rece.

Examen paraclinice:

- EMG.

Diagnostic clinic	Diagnostic funcțional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
Formele cu deficit motor brahial sau crural, care nu împiedică desfășurarea normală a activității profesionale	Deficiență ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate

Formele cu monopareze brahiale sau crurale, ce conduc la tulburări de manipulație sau tulburări de mers de intensitate medie, asociate sau nu cu deformări articulare (picior „equin“ frecvent)	Deficiență medie	50-69%	50% pierdută	Gradul III
Formele cu hemipareză, parapareză, tetrapareză frustă , ± deformări articulare și poziții vicioase cu scurtări de membre (deformare în „equin“, picior în varrum, genu recurvatum, subluxație articulară, frecvent de șold)	Deficiență accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II

Anexa

Aspecte clinico-funcționale generale

Observație. Aspectele prezentate au caracter orientativ. Încadrarea în grade de invaliditate corespunzătoare se va face în funcție de contextul clinic în care apar aceste sindroame, conform criteriilor de la capitolele respective.

NERVII CRANIENI

Perechea I (nervul olfactiv)

Nervul olfactiv este responsabil de modificările de miros de tip anosmie, hiposmie, hiperosmie, cacosmie etc. care apar în diverse afecțiuni neurologice: procese expansive ale etajului anterior al craniului (meningioame olfactive ale aripii mici a sfenoidului, tumori orbito-frontale, fracturi de bază de craniu, intoxicații exogene (alcool, droguri, tabagism etc.), diabet zaharat, sindrom de hipertensiune intracraniană, migrene, afecțiuni endocrine, alergii ale căilor respiratorii, epilepsii, diverse afecțiuni psihice. În sine, tulburările de miros nu duc la deficiențe funcționale; incapacitatea adaptativă între 0-20% nu se încadrează în grad de invaliditate.

Perechea II (nervul optic)

Afecțiunile nervului optic apar în cadrul diverselor entități nozologice, neurologice și somatice și vor fi tratate în principal în capitolul *Afecțiuni oftalmologice*, în special în ceea ce privește modificările polului anterior, acuități vizuale, modificări retiniene etc. Din punct de vedere neurologic, sunt evaluate modificările de câmp vizual și modificările de fund de ochi.

Modificările câmpului vizual sunt: scotoame, îngustări concentrice ale câmpului vizual, hemianopsii.

- **Scotoamele** pot fi centrale și periferice; îngustări concentrice apar în nevrile optice retrobulbare de diferite etiologii (scleroză multiplă, intoxicație exogenă, procese expansive intracraniene); îngustări concentrice ale câmpului vizual apar în special în glaucoame, nevrile optice etc. Deși se întâlnesc și în patologia neurologică pură, scotoamele și îngustările concentrice ale câmpului vizual vor fi tratate din punct de vedere al incapacității adaptative la capitolul *Oftalmologie*;
- **hemianopsiile** pot fi heteronime și homonime, bitemporale sau binazale;
- **hemianopsiile bilaterale** în sine, fără agnozii, conduc la o deficiență medie cu o incapacitate adaptativă de **50–69%** și pot fi încadrate în gradul III de invaliditate sau alt grad, în funcție de etiologie;
- **hemianopsiile bilaterale**, în special cele omonime temporale cu agnozie, în sine, conduc la deficiență accentuată cu incapacitate mai mare de **70%** și pot fi încadrate în gradul II de invaliditate sau alt grad, în funcție de etiologie;
- **cvadrananopsiile** în diverse combinații, în funcție de lateralitate, și tulburările de cunoaștere se supun aceluiași criterii de mai sus.

Perechea III (nervul oculomotor comun)

Modificările aduse de afecțiunile acestuia pot apărea în majoritatea afecțiunilor neurologice, dar în special se întâlnesc în procese expansive intracraniene, tumori cerebrale cu sindroame de nervi cranieni complexe, accidente vasculare de trunchi cerebral (sindroamele alterne), scleroză multiplă, diabet zaharat, intoxicații exogene etc.; se manifestă prin ptoză palpebrală totală sau incompletă și laterodeviație a globului ocular.

- ***pareza de oculomotor comun unilaterală cu ptoză palpebrală și strabism***, ce poate avea în sine o deficiență ușoară cu o incapacitate **20-49%** și nu se încadrează în grad de invaliditate, luând în considerare reversibilitatea fenomenelor; în funcție de unele cauze, se poate încadra în gradul III sau II;
- ***pareza unilaterală parțială cu ptoză palpebrală parțială*** poate avea o deficiență ușoară cu o incapacitate **20-30%**; nu se încadrează în grad de invaliditate; în funcție de unele cauze, se poate încadra în gradul III sau II;
- ***pareza bilaterală completă sau incompletă*** este foarte rară, beneficiază de o deficiență accentuată sau gravă – incapacitate **70-100%**, încadrabilă în gradul II sau gradul I de invaliditate.

Perechea IV (nervul patetic)

Se întâlnește mai rar și, de obicei, în aceleași afecțiuni cu cele descrise mai sus. De regulă este unilaterală și, dacă se însoțește de diplopie, poate conduce la o deficiență ușoară – incapacitate **20-49%** – nu se încadrează în grad de invaliditate.

Perechea V (nervul trigemen)

Nervul trigemen are două componente: senzitivă și motorie.

- ***nevralgia de trigemen este esențială și secundară***; se întâlnește în special în tumori craniene cu sindroame de nervi cranieni combinate, tumorile de unghi cerebelos, neurinomul de acustic, scleroza multiplă etc.; nevralgia de trigemen esențială, deci la care nu s-a stabilit etiopatogenia, va fi apreciată din punct de vedere al expertizei medicale după epuizarea tuturor metodelor de tratament medicamentos și/sau chirurgical în urma cărora nu s-au constatat ameliorări esențiale chiar sub continuarea tratamentului medicamentos după intervenție chirurgicală asupra nucleului nervului trigemen; în sine, poate beneficia de o deficiență medie cu o incapacitate **50-69%** și poate fi încadrată în gradul III de invaliditate. Dacă nevralgia de trigemen esențială sau secundară se însoțește de alte leziuni ale nervului trigemen (leziuni ale corneei, dificultăți de masticație care afectează ramul motor al trigemenului etc.), ea poate beneficia de o deficiență accentuată cu o incapacitate peste **70%**, fiind încadrabilă în gradul II de invaliditate.

Perechea VI (nervul oculomotor extern)

Din punct de vedere etiologic, afectările nervului oculomotor extern se regăsesc în majoritatea tablourilor clinice descrise la nivelul perechilor III și IV de nervi oculomotori:

- ***pareza unilaterală totală sau parțială de nerv oculomotor extern*** nu conduce la deficiență, dar poate beneficia de incapacitate **10-20%**; nu se încadrează în grad de invaliditate, având în vedere că este aproape întotdeauna reversibilă în totalitate;
- ***pareza bilaterală de nerv VI*** este foarte rară, se întâlnește în special în scleroza multiplă, tumori de bază de craniu, intoxicații exogene, beneficiază de o deficiență ușoară cu o incapacitate **20-49%**; nu se încadrează în grad de invaliditate (precizare: doar în sine, când nu se însoțește de alte semne și sindroame neurologice). În funcție de profesie și etiologie, se poate încadra în gradul II.

Perechea VII (nervul facial)

Leziunile nervului facial însoțesc majoritatea entităților descrise mai sus; pareza facială poate fi esențială („à frigore“), de obicei evoluează fără o etiopatogenie clară, se poate întâlni foarte rar în infecțiile cu *Pneumocystis carinii*, în situațiile cu scăderea rezistenței imunitare în special, și, mai nou, în infecții cu HIV etc.:

- ***pareza facială tip periferic unilaterală***, în funcție de afectarea gustului în cele 2/3 anterioare ale limbii, sensibilității și masticației, poate beneficia de o deficiență ușoară, cu incapacitate **20-49%** și nu se încadrează în grad de invaliditate, fiind, de obicei, reversibilă;
- ***pareza facială unilaterală*** cu lagofthalmie ireductibilă și deci, subsecvent, leziuni ale polului anterior ale ochiului care pot fi definitive și ireversibile, poate beneficia de o deficiență medie, cu o incapacitate între **50-69%** și poate fi încadrabilă în gradul III de invaliditate (obligatoriu examenul oftalmologic tranșează deficiența). De obicei acest tip de pareză apare rareori izolat și rareori într-un singur episod; ea este de cele mai multe ori recidivantă, iar diagnosticul etiopatogenic este incert;

- **pareza facială periferică bilaterală** este o entitate foarte rară, cel mai frecvent întâlnindu-se în poliradiculonevrite cu evoluție ascendentă, afectează grav masticția, deglutiția, vorbirea și conduce la leziuni grave ale globilor oculari, dând un prognostic rezervat afecțiunii pe care o reprezintă, poate beneficia în sine de o deficiență accentuată, incapacitate **70-89%** și poate fi încadrată în gradul II de invaliditate;
- **parezele faciale tip central** însoțesc de regulă diverse entități neurologice cu leziune dominantă în polul frontal și fac parte din tabloul clinic al polului respectiv; în sine, nu conduc la deficiențe. În funcție de etiologie, se pot încadra în gradul III sau II (ex. formațiunile tumorale de pol frontal).

Perechea VIII (nervul acustico-vesibular)

Leziunile nervului acustic și încadrarea tulburărilor lui în criteriile de expertiză se vor face la capitolul *Afecțiuni O.R.L.*:

- componenta vestibulară are două manifestări: **sindromul vestibular central** și **sindromul vestibular periferic**; sindroamele vestibulare se manifestă prin vertij sistematizat, nesistematizat, rotator, de poziție etc., nistagmus, ataxie, proba Romberg pozitivă, laterodeviații și, în sine, conduc la deficiențe ușoare, cu incapacitate **20-49%** sau medii, cu incapacitate **50-69%**, fiind încadrabile și în gradul III de invaliditate atunci când este vorba despre ataxii mari cu imposibilitatea menținerii ortostațiunii și mersului (astazoabazie). Ele vor fi tratate mai pe larg la capitolul *Afecțiuni O.R.L.*

Perechea IX (nervul glosofaringian)

Răspunde parțial de masticție, deglutiție și fonație.

- **pareza de glosofaringian unilaterală** cu tulburări de masticție, deglutiție și fonație poate beneficia de o deficiență medie sau accentuată, cu o incapacitate între **50-69%** și încadrare în gradul III, sau II (doi) de invaliditate (cu o incapacitate între **70-89%**), în funcție de gravitatea tulburărilor de deglutiție; se poate întâlni în sindroame alterne de trunchi cerebral (ex. sindrom Wallenberg), procese expansive intracraniene cu afectări complexe și combinate ale nervilor cranieni etc.
- **pareza bilaterală de nerv glosofaringian** este foarte rară, dar de o gravitate maximă, afectând în totalitate deglutiția, în special; poate beneficia în sine de o deficiență gravă, cu incapacitate **90-100%**, fiind încadrabilă în gradul I de invaliditate.
- **nevralgia de nerv glosofaringian** este foarte rară și însoțește uneori celelalte manifestări din partea acestui nerv, nu beneficiază de deficiență funcțională; cu incapacitate **0-30%**, nu este încadrabilă în grad de invaliditate.

Perechea X (nervul vag)

Nervul vag nu dă tulburări specifice unei anumite bolii neurologice; este responsabil de tulburările de respirație care apar în sindroamele complexe de nervi cranieni și afectează cu precădere mușchii diafragmului, reglând mișcările respiratorii și implicit de deglutiție și fonație.

Perechea XI (nervul spinal)

Cel mai frecvent, disfuncția sa conduce la torticolis; torticolisul, în formele evolutive de lungă durată în care nu au fost depistați alți factori, psihici sau extrapiramidali, poate beneficia de o deficiență ușoară, cu o incapacitate **20-39%** și nu se încadrează în grad de invaliditate, sau, în formele grave, în care au fost epuizate toate modalitățile de tratament medicamentos și chirurgical, poate beneficia de o deficiență medie sau chiar accentuată, cu o incapacitate între **50-69%**, sau peste **70%**, putându-se încadra în gradul III sau chiar II de invaliditate.

Torticolisul de cauză centrală este mai frecvent și se poate încadra în gradul II sau III.

Perechea XII (nervul hipoglos)

Tulburările de motilitate din paralizii de hipoglos unilaterale se pot încadra în gradul III de invaliditate. Paralizii bilaterale de hipoglos se pot încadra în gradul II de invaliditate.

TULBURĂRI DE MANIPULAȚIE

- Deficit motor minim la un membru superior care nu afectează prehensiunea, gesticulația – incapacitate **0-19%** – nu se încadrează în grad de invaliditate.
- Deficit motor la un membru superior care afectează minim motilitatea, gestualitatea și prehensiunea, incapacitate **20-49%**, nu se încadrează în grad de invaliditate.
- Deficit motor la un membru superior ce afectează motilitatea în special, dar și prehensiunea, incapacitate **50-69%**, încadrabil în gradul III.

- Deficit motor total al unui membru superior ce împiedică activitatea zilnică, autoservirea și activitatea profesională sau deficit motor bilateral moderat – incapacitate **70-89%**, gradul II de invaliditate.
- Deficit motor total la ambele membre superioare și/sau asociat cu alte deficiențe (de locomoție, vorbire etc.), care fac ca bolnavul să-și piardă total capacitatea muncă și de autoservire – incapacitate **90-100%**, gradul I de invaliditate.

TULBURĂRI DE LOCOMOȚIE

- Bolnavul se deplasează cu ușoară dificultate pe distanțe lungi, din cauza unui deficit motor al unui membru inferior sau al ambelor membre inferioare, dar care nu afectează desfășurarea activității vieții cotidiene sau profesionale – incapacitate **0-49%** – nu se încadrează în grad de invaliditate.
- Bolnavul se deplasează cu dificultate moderată și pe distanțe scurte, dar fără sprijin, din cauza unui deficit motor al unui membru inferior sau al ambelor, putând să desfășoare o activitate profesională, bineînțeles în funcție de natura profesiei, (muncă intelectuală sau fizică), incapacitate **50-69%**, gradul III, în funcție de etiologie.
- Bolnavul se poate deplasa sprijinit în baston (sprijin unilateral) sau nesprijinit, dar cu mare dificultate, neputând realiza mersul normal, nici chiar pentru distanțe scurte (10-50 metri); considerăm că are o deficiență accentuată, cu o incapacitate **70-89%** și este încadrabil în gradul II de invaliditate.
- Bolnavul nu se poate deplasa nici cu sprijin, nici fără sprijin, fiind dependent de un mijloc de transport adecvat (cărucior, alte dispozitive) și nu își poate îndeplini activitățile vieții cotidiene, sau nu își poate câștiga existența prin activitatea pentru care era pregătit (în special munca fizică), prezintă o deficiență gravă cu incapacitate **90-94%** și este încadrabil în gradul I de invaliditate.
- Dacă bolnavul prezintă deficit de locomoție și/sau manipulație de peste **95%** și nu se poate autoservi, nu poate desfășura nicio activitate și necesită sprijin și îngrijire din partea altei persoane (este nevoit să beneficieze de un însoțitor), beneficiază de incapacitate **100%**, fiind încadrabil în gradul I cu însoțitor; uneori există situații particulare (exclusiv muncă intelectuală) în care bolnavul, beneficiind de o asistență socială activată, poate presta activități legate exclusiv de capacitatea și pregătirea intelectuală (de exemplu tetraplegii cu afectarea unor nervi cranieni); aceasta nu înseamnă că el nu beneficiază de același grad de invaliditate ca și de necesitatea prezenței însoțitorului, deoarece necesitățile lui sunt mult sporite din punct de vedere material, social, al suportului psihologic etc.

TULBURĂRI DE LIMBAJ ȘI DE VORBIRE

- Bolnavul prezintă tulburări de vorbire ușoare: disartrie, balbism, alte tulburări de vorbire specifice unor afecțiuni neurologice (vorbirea monotonă, monocordă din boala Parkinson, vorbirea explozivă din afecțiunile cerebeloase, vorbirea nazonată, dificilă, lentă, din miastenia gravis), incapacitate adaptativă **0-49%**, nu se încadrează în grad de invaliditate. Pentru anumite profesii (ex: profesor, avocat etc.) se poate încadra în gradul III.
- Bolnavul are tulburări de limbaj, de tipul tulburărilor afazice expresive, moderate (de obicei în sechelele accidentelor vasculare cerebrale, sechele după traumatisme cranio-cerebrale), nu poate elabora propoziții simple sau complexe, dar poate exprima prin gesturi, cuvinte dispartate, mimică etc. idei, trebuințe sau se poate exprima în scris (eventual în funcție de pregătirea profesională) prin stenodactilografie sau operare P.C., prezintă o deficiență de limbaj medie ce îi permite exercitarea activităților vieții cotidiene și eventual efectuarea unor operațiuni specifice profesiei, incapacitate **50-69%**, este încadrabil în gradul III de invaliditate, iar pentru unele profesii, gradul II (profesii ce presupun conținutul expresiv și receptiv al limbajului), cu incapacitate **70-89%**.
- Bolnavul are tulburări de limbaj de tip afazie expresivă complexă, dar și elemente de înțelegere de tipul afaziei de recepție – înțelege ordinele simple, pe cele complexe și chiar le poate executa pe cele simple – prezintă o deficiență accentuată, cu o incapacitate adaptativă **70-89%** și este încadrabil în gradul II de invaliditate.
- Există și situația cea mai gravă de afazie mixtă totală: bolnavul nu se poate exprima decât prin silabe sau cuvinte simple pe care le repetă dându-le un înțeles propriu („da-da“, „masă-masă“ etc.)

fără nicio legătură cu sensul cererii și nu înțelege nici cele mai simple ordine („arată-mi nasul“, „ridică mâna dreaptă“, „ce este asta?“ etc.), deci devine incapabil de a desfășura aproape orice fel de activitate (cu excepția automatismelor mentale, subiect ce va fi dezvoltat la capitolul psihiatrie); nu se poate autoservi, autoconduce (prin imposibilitatea comunicării), beneficiază de o deficiență gravă, cu o incapacitate **90-100%** și este încadrabil în gradul I de invaliditate, de cele mai multe ori necesitând supraveghere și îngrijire din partea altei persoane; incapacitățile de limbaj de gradul II și I trebuie obligatoriu expertizate și în serviciile de neurologie sau psihiatrie, cu ajutorul examenului neuropsihologic.

TULBURĂRI DE COORDONARE ȘI ECHILIBRU

În acest capitol se încadrează așa numitele **ataxii**, care pot fi cerebeloase, vestibulare și cele prin tulburări de sensibilitate profundă.

a. Ataxiile cerebeloase – bolnavul se deplasează cu dificultate, cu baza de susținere lărgită, existând o dismetrie la probele cerebeloase pentru membrele superioare sau/și membrele inferioare; ele pot influența în mod decisiv motricitatea în cazul în care se asociază cu sindroame piramidale centrale (hemipareze ataxice din AVC, parapareze ataxice din diverse afecțiuni neurologice care afectează căile cerebeloase spinale). Când se asociază deficite motorii cu sindroame cerebeloase, diagnosticul funcțional este dificil și nu are valoare în ceea ce privește ataxia în sine. Pentru anumite profesii care implică coordonarea, se poate justifica și gradul III sau II de invaliditate.

b. Tulburările vestibulare pot fi diagnosticate clinic și cu ajutorul examenului O.R.L., iar capacitatea de muncă va fi apreciată prin colaborarea obligatorie a medicului neurolog care decelează sindromul și a medicului O.R.L.-ist, care obiectivează aceste tulburări prin probe specifice: probe vestibulare, nistagmografie etc.

- Bolnavul se poate deplasa, mersul fiind posibil, dar cu oscilații, imprecis, având aspect specific de „om beat“; fatigabilitatea apare la distanțe mari, iar mișcările ce impun o mare finețe și control în desfășurarea activității profesionale sunt ușor afectate – incapacitate **0-49%** – care în sine nu se încadrează în grad de invaliditate; de menționat că gestualitatea sau motricitatea pot fi influențate și de deficitele motorii de tip sindrom de neuron motor central, sindroame extrapiramidale sau sindroame de neuron motor periferic; în consecință, rareori se va avea în vedere numai ataxia ce apare foarte rar izolat (uneori în scleroza multiplă, boala heredodegenerativă la debut etc.).
- Bolnavul se poate deplasa fără sprijin pe distanțe variabile, cu dificultate, cu oscilații, având dificultăți de coordonare motrice și de manipulație, neinfluențate de deficite motorii (sindrom de neuron central, sindroame extrapiramidale sau sindroame de nervi periferici), beneficiază de o incapacitate de **50-69%**, fiind încadrabil în gradul III de invaliditate.
- Bolnavul se deplasează cu sprijin unilateral sau nesprrijinit, dar cu mare greutate, cu baza de susținere foarte lărgită, cu tendință la latero- sau postero-deviații în cazul sindroamelelor vestibulare, chiar dacă nu sunt asociate deficite motorii din cele menționate mai sus; el beneficiază de o incapacitate de **70-89%**, neputând să desfășoare activitățile vieții cotidiene și majoritatea activităților profesionale (în special cele ce impun muncă fizică grea, muncă de finețe și coordonare). Este încadrabil în gradul II de invaliditate.
- Bolnavul nu se poate deplasa decât cu ajutorul unei alte persoane sau a unor dispozitive specifice; în același timp, are deficiență de manipulație în sensul coordonării chiar și pentru mișcări mai puțin fine; în aceste situații, el nu își poate duce la bun sfârșit activitățile cotidiene și nici obligațiile profesionale (cel mai frecvent, deficiențele menționate apar în coreea acută sau cronică, coreo-atetozele, tulburările vestibulo-cerebeloase din sclerozele multiple avansate, boala heredodegenerativă în stadiu avansat). Bolnavul beneficiază de incapacitate peste **90%**, fiind încadrabil în gradul I de invaliditate. În cazul apariției incapacității de autoconducție, autoservire, orientare temporo-spațială (prin modificării psihice și/sau senzoriale), bolnavul poate beneficia de ajutorul unei alte persoane, deci este încadrabil în gradul I de invaliditate.

11. AFECȚIUNI NEOPLAZICE

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
<ul style="list-style-type: none"> – leziuni precanceroase – stadiul 0 (inițial, incipient), tratat – formele vindecate sau în remisiune de durată (fără modificări clinico-biologice la investigații repetate), după supraveghere de cel puțin 5 ani în gradul II sau III de invaliditate – absența recidivelor – sechele minore ale bolii sau ale tratamentului <i>Indice de performanță (IP) = 0</i>	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
<ul style="list-style-type: none"> – stadiile I, II, III și IV în cursul tratamentului oncologic grevat de reacții adverse – sechele ale bolii sau ale tratamentului <i>Indice de performanță (IP) 1 sau 2</i>	Deficiență funcțională medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
<ul style="list-style-type: none"> – stadiile I, II, III inițial, cu boală în evoluție în prezent (recidive, recurențe, metastaze) sub tratament – sechele importante ale bolii sau ale tratamentului greu de controlat terapeutic <i>Indice de performanță (IP) = 3</i>	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
<ul style="list-style-type: none"> – stadiile III, IV invalidante – stadiul terminal (în boala canceroasă) <i>Indice de performanță (IP) = 3 sau 4</i>	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Capacitatea de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I

Cuantificarea **indicelui de performanță** se realizează conform OMS sau ECOG* astfel

Criteria OMS, ECOG	Scor
Activitate fizică normală, asimptomatic	0
Simptomatic, ușoară scădere a activității fizice, dar capabil să efectueze treburile casnice cotidiene	1
Incapabil să muncească, poate efectua majoritatea activității casnice, necesită ocazional asistență, repaus la pat sub 50% din zi	2
Incapabil să se autoîngrijească, necesită asistență continuă sau spitalizare, evoluție rapidă a bolii, repaus peste 50% din zi	3
Imobilizat complet la pat, îngrijire medicală permanentă specializată	4

*ECOG – Cooperative Oncology Group

12. AFECȚIUNI DERMATOLOGICE

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Dermatoze buloase – pemfigus vulgar – pemfigus seboreic – pemfigus vegetant în formele benigne – pemfigus foliaceu în formele ușoare de boală – pemfigoid bulos în perioada de remisiune – dermatita herpetiformă în perioada de remisiune	Deficiența funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– pemfigus vegetant în formele maligne – pemfigus foliaceu în formele medii de boală – pemfigus seboreic în perioada de activitate – pemfigoid bulos în perioada de activitate – dermatita herpetiformă în perioada de activitate	Deficiența funcțională medie	50-69%	Cel puțin pe jumătate pierdută	Gradul III
– pemfigoidul benign al mucoaselor (leziuni la nivelul ochiului), sinblefarom, afectare corneeană	deficiență în funcție de acuitatea vizuală			
– pemfigus vegetant în forme maligne, cu alterarea stării generale, fără răspuns terapeutic – pemfigus foliaceu cu tendință rapidă la generalizare, cu afectare viscerală (renală, pulmonară), cu infecții secundare – pemfigoidul bulos cu febră, alterarea stării generale	Deficiența funcțională accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Dermatoze alergice – eczema hiperkeratozică – urticaria cronică în formele care răspund la tratament – prurigo cronic Hebra – prurigo cronic Besnier, în formele ușoare	Deficiența funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– urticaria cronică cu evoluție de peste 1 an (în condiții de tratament) – prurigo cronic Besnier când se adaugă tulburări psihice reactive sau asocieri viscerale	Deficiența funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
– angioedem recidivant				
– urticaria cronică, atunci când tratamentul cu corticoizi nu dă rezultate, afectează și psihicul bolnavului – prurigo cronic Besnier – în funcție de intensitatea simptomelor, este însoțit de tulburări psihice sau asocieri viscerale	Deficiența funcțională accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Dermatita de contact – dermatita de contact cu leziuni localizate, sensibile la tratament	Deficiența funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– dermatita de contact cu leziuni extinse, rezistente la tratament, cu determinări la distanță	Deficiența funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
Lichenul plan – lichenul plan în perioada de remisiune, cu leziuni pe suprafețe mici	Deficiența funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate

– lichenul plan în perioada acută, cu leziuni extinse	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
Psoriazis – psoriazis eritrodermic sau pustulos în perioada de remisiune, cu suprafețe mici afectate (PASI < 10) – psoriazis palmo-plantar în perioada de remisiune	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– psoriazis vulgar, eritrodermic sau pustulos cu suprafețe mari afectate (PASI > 10), recidivante sau în tratament sistemic cronic – psoriazis palmo-plantar în perioada de activitate – psoriazis artropatic	Deficiență funcțională medie , conform criteriilor de la capitolul <i>Afecțiuni reumatismale</i>	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
– psoriazis în formele severe, care nu răspund la tratament, cu stare generală alterată (febră, astenie, artralgii, poliadenopatie)	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
– psoriazis – în forme severe, cu tulburări grave de gestualitate și locomoție	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire în totalitate pierdută	Gradul I
Lupus eritematos cronic – lupus eritematos fix (discoïd)	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– lupus eritematos cronic și subacut diseminat în perioada de acutizare	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
– lupus eritematos sistemic	conform criteriilor de la capitolul <i>Afecțiuni reumatismale</i>			
Porfiriea cutanată tardivă (PCT) – PCT	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– PCT cu afectare diseminată	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
Sclerodermia – în formele localizate sau la debut	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– în formele care asociază fenomene de tip Raynaud și/sau tulburări trofice și/sau atrofie musculară	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
– sclerodermia progresivă cu manifestări viscerale (digestive, renale sau pulmonare)	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
– sclerodermia progresivă în forme extinse cu caracter edematos și agravarea tulburărilor viscerale	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire în totalitate pierdută	Gradul I
Dermatomiozita	conform criteriilor de la capitolul <i>Afecțiuni reumatismale</i>			
Angiosarcomatoza Kaposi – în formele cu leziuni cutanate asociate cu determinări extracutanate (ganglionare, osoase, viscerale – asociate la un singur organ)	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
– în formele cu tulburări ale funcțiilor motorii, determinate de deformări, amputații și/sau existența leziunilor viscerale multiple, în special cele digestive	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
– în formele cu tulburări funcționale grave	Deficiență funcțională gravă	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire în totalitate pierdută	Gradul I
Epidermoliza buloasă – în formele simple, fără afectare viscerală	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate

– în formele asociate, cu localizări viscerale și/sau tulburări de gestualitate	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
– în formele grave, cu stenoză cicatricială esofagiană, cu afectare retiniană și/sau alte distrofii	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Radiodermitele cronice – în formele extinse, însoțite sau nu de afectarea gestualității segmentului respectiv	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
– în formele extinse, cu caracter mutilant	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Verucile plantare – formele cu elemente multiple care afectează ortostatismul și mersul	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
Ulcerul cronic de gambă Modificări pigmentare, eczemă, lipodermatoscleroză, ulcer vindecat	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
– ulcer de gambă activ	Deficiență funcțională accentuată	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul II
Boli genetice dermatologice – afectare medie	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
– afectare severă	accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Vasculite – afectare medie	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
– afectare severă	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Lepra – afectare medie	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
– afectare severă	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Tuberculoza cutanată – afectare medie	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
– afectare severă	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Limfoame cutanate – afectare medie	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
– afectare severă (sindrom Sezary)	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II
Herpes Zoster – algi postzosteriene	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
Tumori cutanate maligne – afectare medie: leziuni cu extindere > 20 cm ²	Deficiență funcțională medie	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	Gradul III
– afectare severă: N > 1, M = 1	Deficiență funcțională accentuată	70-89%	În totalitate pierdută	Gradul II

13. AFECȚIUNI OFTALMOLOGICE

- Pentru aprecierea invalidității oculare, sunt necesari obligatoriu cei doi parametri funcționali – AV (vederea centrală) și CV (vederea periferică).
- AV și CV, după care se stabilește deficiența funcțională, se referă la ochiul cel mai bun și cu corecția utilă cea mai bună.
- Orice stare patologică, indiferent de formă, stadiu clinic și etiologie, care modifică AV și CV, poate determina invaliditate oculară, conform baremului.

Afecțiunea. Forma clinică. Stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Tulburări de transparență a mediilor oculare: – <i>cornee</i> : inflamații (keratite) de debut, traumatisme ușoare, afecțiuni degenerative – formă incipientă, periferică – <i>cristalin</i> : densificări neomogene – <i>vitros</i> : hemoragii punctiforme, trame inflamatorii Afecțiuni retiniene – R.D. stadiu neproliferativ, fără maculopatie Vicii de refracție – miopie medie: 4-6D – hipermetropie mică: +3D	AV = 1-2/3 CV = normal	Fără deficiență vizuală	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	AV = 1/2-1/3 CV = normal	Deficiență vizuală ușoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Tulburări de transparență a mediilor oculare: – <i>cornee</i> : inflamații (keratite) în evoluție, trenante, recidivate, traumatisme: eroziuni întinse central, afecțiuni degenerative evolutive (familiale) – <i>cristalin</i> : opacități omogene: subcapsular anterior, posterior – <i>vitros</i> : inflamații/uveite recidivate, hemoragii parțiale Afecțiuni retiniene – R.D. stadiu preproliferativ, proliferativ + maculopatie – dezlipire de retină ± ruptură – obstrucții venoase la debut Vicii de refracție – miopie forte; fortisimă: 14-15D – hipermetropie medie: + 3D → +6D, forte > +6D Afecțiuni de nerv optic – opticopatii parțiale	AV = 1/4-1/10 CV = redus > 10° până la 20°	Deficiență vizuală medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	AV = 1/12-1/20 CV = redus cu peste 20° până la 40°	Deficiență vizuală accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	AV < 1/20, pmm, pl, fpl CV = redus la 10° în jurul punctului de fixație	Deficiență vizuală gravă	90-100%	Capacitatea de muncă și autoservire pierdute în totalitate (conform anchetei sociale)	Gradul I

- Pierderea unui ochi duce la încadrarea în gr. II – deficiență 70-89%, timp de 6 luni. Ulterior, deficiența funcțională se apreciază conform tabelului.
- Nu se poate încadra în grad de invaliditate nicio afecțiune oftalmologică curabilă chirurgical. Postoperator, se reevaluează funcțional și clinic după 3 luni – pentru cataractă și glaucom, după 12 luni – pentru transplant de cornee, dezlipire de retină și vitrectomie posterioară.
- Diplopia determină deficiență vizuală de 50-69%, cu reevaluare clinică și funcțională 3-6 luni.

- **Tumorile maligne intraoculare**, indiferent de acuitatea vizuală, determină o deficiență vizuală de 70-89% (**accentuată**).
- **Glaucomul diagnosticat** (CV, FO), indiferent de AV, determină deficiență vizuală ușoară (reevaluare funcțională la 6 luni).

	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Monoculus (un singur ochi funcțional)	AV = 1 f.c. CV = normal	Deficiență vizuală ușoară	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	AV ≤ 1 (2/3, 1/2, 1/3) cu corecție permanentă CV = normal	Deficiență vizuală medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
	AV ≤ 1/4 - 1/9, cu corecție permanentă CV redus 10-20 grade	Deficiență vizuală accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
	AV ≤ 1/10, cu corecție permanentă CV redus 20-40 grade	Deficiență vizuală gravă	90-100%	Capacitate de muncă și de autoservire pierdute în totalitate	Gradul I

14. EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE O.R.L.

Diagnosticul se bazează pe:

1) examene clinice de specialitate:

- examen ORL;
- examen radiologic;
- examen neurologic;
- examen oftalmologic.

2) examene funcționale:

- audiometrie (subiectivă – liminară și supraliminară sau audiometrie vocală și obiectivă cu potențiale evocate);
- impedansmetrie;
- posturografie dinamică computerizată;
- otoemisiuni acustice;
- electromistagmografie;
- craniocorpografie.

A. Tulburările de auz

Consecința afecțiunilor otice este scăderea de auz, scădere produsă prin diferite mecanisme fiziopatologice în raport de segmentul afectat și de cauza care le-a produs (tulburări de tip transmisie, tulburări de tip neuro-senzorial, tulburări de tip mixt).

Atunci când nu se poate preciza cauza generatoare, se formulează diagnosticul de hipoacuzie sau cofoză.

Surditatea se poate instala brusc sau se constituie treptat, în timp, și poate fi unilaterală sau bilaterală.

Surditatea congenitală sau dobândită precoce, înaintea achiziționării limbajului se însoțește de mutitate, iar când este dobândită tardiv, după achiziționarea limbajului, se constată pierderea controlului asupra propriei voci și perceperea greșită a unor consoane.

Scăderea sau abolirea unilaterală a auzului este compensată în cea mai mare parte de urechea controlaterală, iar deficiența funcțională generată este practic neobservabilă în viața de toate zilele. În cazul unei asimetrii între pragurile auditive tonale ale celor două urechi, localizarea surselor sonore se face cu dificultate, deoarece nu va avea loc, practic, o stereoaudiție.

Deficiența funcțională auditivă determină un anumit grad de tulburare de comunicare. În procesul de comunicare intervine, pe lângă recepția mesajului, și reacția de răspuns la mesaj, care poate fi vorbit, prin limbaj mimico-gestual etc. Fiecăruia dintre cei doi termeni ai comunicării îi revine o parte egală.

În cazul surdității brusc instalate, cu deficiență accentuată sau gravă, pacienții pot fi încadrați în gradul II de invaliditate pentru o perioadă limitată, până la un an, pentru acomodare la noua situație.

Scăderea de auz este apreciată ca reprezentând circa 40% din capacitatea globală adaptativă, astfel:

Pierderea auditivă	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
0-25 db.	Fără deficiență	5%	Păstrată	Nu se încadrează
26-35 db.	Deficiență ușoară	6-10%	Păstrată	Nu se încadrează
36-70 db.	Deficiență medie	11-25%	Păstrată	Nu se încadrează
71-80 db.	Deficiență accentuată	26-30%	Păstrată	Nu se încadrează
peste 81 db.	Deficiență gravă	31-40%	Păstrată	Nu se încadrează

B. Tulburările de vorbire

Cuprind tulburările de limbaj vorbit, tulburările de articulare și tulburările de pronunție. Gradul de incapacitate generat de tulburarea de vorbire se adaugă celui determinat de deficiența de auz. În situația persoanelor afectate de surdo-mutitate, însumarea deficienței grave de auz cu deficiența gravă de vorbire ar determina o evaluare a incapacității adaptative de 70%.

C. Tulburările vestibulare

Tulburările echilibrului survin atunci când există o deficiență funcțională mai mare de 20-30% între cele două vestibule. Hipo- sau hiperexcitabilitatea vestibulară bilaterală nu este de natură să inducă dezechilibrul persoanei. Tulburările vestibulare, în contextul unor afecțiuni neurologice, vor fi evaluate conform criteriilor de la capitolul respectiv.

D. Afectarea regiunii naso-buco-faringo-laringiene și esofagiene

Regiunea naso-buco-faringo-laringiană și esofagiană este o continuitate structurală și o încrucișare de căi cu inervație complexă, determinând o simptomatologie clinică variată, care poate afecta capacitatea adaptativă a organismului.

Din multitudinea de afecțiuni proprii acestei regiuni, vom reține doar pe acelea care determină pierderea capacității de muncă total sau parțial, astfel:

1. Afecțiuni ale nasului și ale sinusurilor

Dintre afecțiunile nasului, în mod excepțional se poate evalua capacitatea de muncă pierdută cel puțin jumătate cu I.A. 50-69% pentru cazurile de ozenă neoperată sau rinită atrofică posttraumatică.

2. Afecțiunile esofagului

Afecțiunile esofagiene sunt evaluate din punct de vedere al incapacității adaptative și al expertizei capacității de muncă la capitolul privind *Afecțiunile digestive*.

3. Afecțiunile laringelui

- a. *Diplegia recurențială* (în poziție de abducție sau adducție), cu păstrarea vocii, dar cu dificultăți în respirație, se apreciază în funcție de tulburările ventilatorii și în contextul bolii de bază.
- b. *Ablația laringelui*, cu traheostomă permanentă cu sau fără erigmofoanație; deficiență accentuată prin tulburări ventilatorii, de vorbire și de prognostic, IA 70-89%, gradul II de invaliditate.
- c. *Stenoze laringiene* (postcaustice, postradioterapie, iatrogene etc).

4. Afecțiunile traheei

Stenozele de diferite grade pot determina tulburări ventilatorii. Evaluarea va ține seama de particularitățile terapeutice (dilatării, lavaj periodic, endoproteză etc.), de complicații (frecvența episoadelor supurative bronho-pulmonare) și de prognostic.

15. BOLI PROFESIONALE

PNEUMOCONIOZELE COLAGENE ȘI MIXTE

Încadrarea în grade de invaliditate a cazurilor de pneumoconioze **confirmate în clinicile de boli profesionale** se bazează pe:

1. Elemente clinice: severitatea dispneei, scăderea toleranței la efort etc.
2. Elemente funcționale: stadiul bolii conform codificării radiologice internaționale și severitatea disfuncției ventilatorii; severitatea alterării transferului gazos și toleranța la efort – în cazurile în care determinarea acestora este posibilă – vor fi interpretate conform criteriilor din capitolul *Afecțiuni respiratorii – Pneumopatii interstițiale difuze*.

Observație: Se vor avea în vedere particularitățile clinice și evolutive ale acestor afecțiuni: există frecvent neconcordanțe între stadiul radiologic și severitatea afectării funcției ventilatorii; evoluția este ireversibilă, severă, slab influențată de tratament.

Afecțiunea	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Pneumoconioze colagene și mixte				
stadiul I (1p, q, r – silicoză; 1 s, t, u – azbestoză)	ușoară	20-49%	Păstrată (scoateră din mediu)	Nu se încadrează
stadiul I / II (2 p, q, r; 2 s, t, u) – fără disfuncție ventilatorie (DV) sau DV ușoară	ușoară	20-49%	Păstrată (scoateră din mediu)	Nu se încadrează
– DV ușoară, moderată	medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– DV severă	accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
stadiul II (3 p, q, r; 3 s, t, u)	medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– DV moderată	accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
– DV severă	medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
stadiul II / III (ax) - DV moderată	accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
– DV severă	accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
stadiul III (ABC)	accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
silicotuberculoza	accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II
insuficiență respiratorie cronică manifestă, insuficiență cardiacă dreaptă ireductibilă, necesită oxigenoterapie de lungă durată (OLD)	gravă	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
Bisinoza				
– stadiul 1/2	ușoară	20-49%	Păstrată (scoateră din mediu)	Nu se încadrează
– stadiul 1	ușoară	20-49%	Păstrată (scoateră din mediu)	Nu se încadrează
– stadiul 2	medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– stadiul 3	medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– disfuncție ventilatorie moderată	medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	Gradul III
– disfuncție ventilatorie severă	accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	Gradul II

Expertiză medicală

– insuficiență respiratorie cronică – manifestă, insuficiență cardiacă dreaptă ireductibilă, necesită oxigenoterapie de lungă durată (OLD)	gravă	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	Gradul I
Boala cronică de iradiere – prin iradierea externă a întregului corp – prin iradierea externă a tegumentului – prin iradiere internă	– conform criteriilor de la afecțiunile hematologice – conform criteriilor de la afecțiunile dermatologice – în funcție de organul afectat și de natura agentului cauzal			
Intoxicațiile profesionale	– conform criteriilor care privesc organele, aparatele sau sisteme afectate			
Astmul bronșic profesional	– conform criteriilor de la <i>Astmul bronșic</i>			
Cancerul profesional	– conform criteriilor de la afecțiunile neoplazice			
Surditatea profesională	– conform criteriilor de la afecțiunile orl			
Afecțiunile oftalmologice profesionale	– conform criteriilor de la afecțiunile oftalmologice			
Boala de vibrații a) generală b) locoregională	a) conform criteriilor care privesc organele, aparatele sau sistemele afectate b) osteoartropatia – conform criteriilor privind afecțiunile aparatului locomotor sindromul raynaud profesional – în forma medie (5-7 puncte pyykko) se recomandă schimbarea locului de muncă și reducerea timpului de expunere la vibrații; în forma severă (8-10 puncte pyykko), deficiența funcțională se apreciază în funcție de severitatea afectării gestualității profesionale			

NB: Bolile profesionale, altele decât cele menționate în tabelul de mai sus, respectă criteriile care privesc organele, aparatele sau sisteme afectate.

16. INFECȚIA HIV/SIDA

CRITERII DE LABORATOR ÎN INFECȚIA HIV LA ADULȚI

Detectarea anticorpilor anti-HIV include:

- două determinări pozitive efectuate cu truse de tip ELISA, utilizând două tehnici diferite, la două probe de sânge prelevate separat;
- obligatoriu test de confirmare de tip Western blot sau
- detectarea acidului nucleic prin PCR (AND sau ARN).

Categorii clinice de infecție HIV la adulți

(după Centrul de Control al Bolilor – Atlanta, SUA, 1993)

Categorii după celulele CD4 ± μ l	A Asimptomatici/infecție acută/ adenopatie generalizată persistentă	B Simptomatic, dar nu A sau C	C Manifestările clinice de SIDA
(1) ≤ 500 cel/mmc	A1	B1	C1
(2) 200-499 cel/mmc	A2	B2	C2
(3) < 200 cel/mmc (= indicator celular de SIDA)	A3	B3	C3

Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă Gradul de invaliditate
1. Fără deficiență funcțională (A1) – infecție HIV asimptomatică (vezi criteriile de laborator pentru infecția HIV) – infecție HIV simptome (sindrom retroviral acut) – adenopatii generalizate persistente – în tratament antiretroviral	10-19%	Capacitate de muncă pastrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
2. Deficiență globală ușoară (B1) – manifestări clinice din cauza infecției HIV sau a scăderii imunității celulare: angiomatoză bacilară, candidoză orofaringiană, candidoză vulvovaginală, – simptome constituționale (febră/diaree cu durata de peste 1 lună) – Herpes Zoster (cel puțin 2 episoade sau 2 dermatoame) – purpură trombocitopenică idiopatică – boli inflamatorii pelvine, – neuropatie periferică	20-49%	Capacitate de muncă păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate ITM până la limita maximă
3. Deficiență globală medie (A2, B2) – manifestările clinice de la punctele 1 și 2, dar cu valori ale CD4 = 200-500 cel/mmc plus – displazia cervicală uterină, – listerioză	50-69%	Capacitate de muncă pierdută cel puțin jumătate Gradul III de invaliditate

<p>4. Deficiență globală accentuată (A3, B3, C1, C2, C3) – manifestările clinice de mai sus, dar cu valori ale CD4 < 200 cel/mmc (categoriile clinico-imunologice A3 și B3) plus – infecție cu virus <i>Herpes Simplex</i>, ulcer cutaneomucos persistent (durata de peste 1 lună) sau bronșite, pneumonii, esofagite cu orice durată – sarcom Kaposi (cu leziuni cutanate sau mucoase) – sepsis recurent cu <i>Salmonella</i> (netifoidică) – pneumonie recurentă (mai mult de un episod pe an) cu caracter acut, persistent – candidoză esofagiană – encefalopatia HIV la debut</p>	<p>70-89%</p>	<p>Capacitate de muncă pierdută în totalitate Gradul II de invaliditate Pentru categoriile C1, C2 și C3 nu mai este necesară revizuirea încadrării (încadrare definitivă)</p>
<p>5. Deficiență globală gravă – infecții cu <i>M. tuberculosis</i> cu orice localizare, pulmonară sau extrapulmonară – pneumonie cu <i>Pneumocystis carinii</i> – infecții cu <i>Mycobacterii</i> atipice de tip diseminat – criptococoză extrapulmonară – candidoză pulmonară – histoplasmoză diseminată – sarcom Kaposi visceralizat (pulmonar și alte diseminări) – limfom Burkitt, imunoblastic, non hodgkinian, limfom cu celule mari de tip B, limfom de fenotip imunologic necunoscut – limfom primar cerebral – leucoencefalopatia HIV – encefalopatia HIV (Complex demential SIDA) – infecții cu CMV (retinita CMV, infecții ale SNC etc.) – toxoplasmoză cerebrală cu simptomatologie neurologică (deficite motorii, paralizii de nervi cranieni, panhipopituitarism, mielopatie cervicală, toracică și sindrom de con medular) cu caracter de focalizare sau prin modificări ale stării de conștiență – retinocoroidită necrotizantă toxoplasmotică sau cu virus varicelozosterian – sindromul de emaciare HIV (<i>Wasting sindrom</i>)</p>	<p>90-100%</p>	<p>Capacitatea de muncă și de autoservire în totalitate pierdută Gradul I de invaliditate. Nu mai este necesară revizuirea încadrării (încadrare definitivă)</p>

17. EVALUAREA DIAGNOSTICULUI CLINIC ȘI FUNCȚIONAL ÎN EXPERTIZA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ A TULBURĂRILOR PSIHIATRICE

I. Coordonate generale

Criteriile de diagnostic clinic vor fi conforme cu ICD-10 (codificarea tulburării psihiatrice) și/sau DSM-IV-TR pentru evaluarea clinică și funcțională.

Utilizarea diagnosticului multiaxial permite obiectivizarea diagnosticului funcțional, ținând cont de dinamica evolutivă și posibilitatea de cuantificare atât în momentul inițial al diagnosticului, cât mai ales pe parcursul evaluărilor periodice care trebuie să țină cont de aspectele următoare:

- Comorbidități psihiatrice și somatice, raportul lor cu diagnosticul aflat pe axa I, precizarea raportului de cauzalitate între suferința primară și secundară.

- Modificările organice de personalitate și/sau diminuarea abilităților cognitive în raport cu evoluția suferinței principale, sau a altor condiții patologice pot fi factori de vulnerabilitate suplimentară pentru riscul de recidivă și rezistență terapeutică.

În cadrul componentei somatice va fi acordată o atenție specială efectelor adverse induse de medicația psihotropă necesară și oportună pentru menținerea remisiunii:

- manifestări extrapiramidale – posibil de cuantificat prin scalele AIMS, BARNES etc.;
- sindromul cardiometabolic – creșterea în greutate, dislipdemiile, EKG, diabetul zaharat, prelungirea intervalului QT;
- niveluri de prolactină crescute.

Evaluarea corectă a remisiunilor, remisiunile parțiale, incomplete sau cu simptome reziduale antrenând dizabilități psihiatrice ce pot afecta într-o manieră evidentă capacitatea funcțională în vederea exercitării unei profesii.

Evaluarea interferării în evoluția bolii a unor evenimente psihotraumatice majore sau a unor comportamente antisociale.

II. Criterii de diagnostic funcțional

În scopul creșterii obiectivității diagnosticului funcțional, se recomandă utilizarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*). Scala GAFS este validată internațional.

Scala globală de evaluare a funcționalității sociale (GAFS)

100-91	<ul style="list-style-type: none">– funcționează la nivel superior într-o gamă largă de activități;– problemele existenței par să nu scape niciodată de sub control;– este apreciat de ceilalți datorită calităților sale;– niciun simptom psihopatologic.
90-81	<ul style="list-style-type: none">– simptome absente sau minime (de exemplu, anxietate ușoară înaintea unui examen);– funcționare bună în toate zonele de activitate;– este interesat și implicat într-o gamă largă de activități;– este eficient social, în general satisfăcut de viață;– nu are mai mult decât problemele și grijile de fiecare zi (de exemplu, o ceartă ocazională cu membrii familiei).

80-71	<ul style="list-style-type: none"> - dacă sunt prezente simptome psihopatologice, ele sunt tranzitorii și sunt reacții comprehensibile la stresori psihosociali (de exemplu, dificultăți de concentrare după un conflict cu familia); - nu mai mult decât tulburări discrete în funcționarea socială, ocupațională sau școlară (de exemplu, rămâne pentru scurt timp în urmă cu temele);
70-61	<ul style="list-style-type: none"> - simptome ușoare (de exemplu, dispoziție depresivă sau insomnie ușoară); - unele dificultăți în funcționarea socială, ocupațională sau școlară (de exemplu, chiul ocazional sau furturi din casă), dar funcționarea generală este relativ bună); - există câteva relații interpersonale semnificative.
60-51	<ul style="list-style-type: none"> - simptome moderate (de exemplu, apatizare afectivă, vorbire circumstanțială, ocazional atacuri de panică); - dificultate moderată în funcționarea socială, ocupațională sau școlară (de exemplu, prieteni puțini, conflicte cu colegii, salariații).
50-41	<ul style="list-style-type: none"> - simptome serioase (de exemplu, ideeație suicidală, ritualuri obsesionale severe, furt frecvent din magazin); - tulburări severe în funcționarea socială, ocupațională sau școlară (de exemplu, fără prieteni, incapabil de a-și păstra slujba).
40-31	<ul style="list-style-type: none"> - tulburări în testarea realității sau în comunicare (de exemplu, în unele momente vorbirea este ilogică, obscură, irelevantă); - tulburări majore în unele domenii, printre care: judecată, gândire, dispoziție, muncă sau școală, relații din familie (de exemplu, persoana depresivă care își evită prietenii, își neglijează familia, este incapabil de muncă, manifestă agresivitate, înregistrează eșecuri școlare).
30-21	<ul style="list-style-type: none"> - comportament influențat considerabil de delir sau halucinații; - tulburare severă în comunicare sau judecată (de exemplu, uneori incoerent, acționează evident neconcordanț cu situația); - preocupări suicidare; - incapacitate de a funcționa în majoritatea domeniilor: social, ocupațional sau familial (de exemplu, stă în pat toată ziua, nu are serviciu, nu are prieteni).
20-11	<ul style="list-style-type: none"> - există pericol de a face rău altora sau sieși (de exemplu, tentative suicidare); - frecvent violent, agresivitate sau excitație maniacală; - nu reușește să mențină o minimă igienă personală; - tulburare grosieră în comunicare (de exemplu, incoerență cvasipermanentă).
10-1	<ul style="list-style-type: none"> - pericol persistent de a produce rănire severă altora sau sieși (de exemplu, violență recurentă); - inabilitate persistentă de a menține igiena personală minimă; - acte homicidare; - expectație mare de moarte; - frecvente tentative de suicid.

III. Corelația între scala GAFS (evaluarea globală a funcționalității sociale), deficiența funcțională, incapacitatea adaptativă și capacitatea de muncă

Scorul GAFS-SEGFS	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
100-81	Fără deficiență psihică	0-19%	Păstrată
80-61	Deficiență psihică ușoară	20-49%	
60-41	Deficiență psihică medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate, gradul III
40-21	Deficiență psihică accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate, gradul II
20-1	Deficiență psihică gravă	90-100%	Capacitate de autoservire pierdută, gradul I

CRITERIILE DE EVALUARE PENTRU APRECIEREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ PROPUSE DE INSTITUTUL NAȚIONAL DE EXPERTIZĂ A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

TULBURĂRI MENTALE ORGANICE

Sunt tulburări mentale cu etiologie organică, constând fie în boală sau afectare cerebrală, fie în perturbări ce produc disfuncții cerebrale.

Disfuncția poate fi:

- primară – ca în boli, leziuni sau traumatisme ce afectează direct sau cu predilecție creierul;
- secundară – ca în bolile sau tulburările sistemice ce afectează atât creierul, cât și alte organe și sisteme ale organismului.

DEMENȚA

Marea majoritate a demențelor constituie o clasă de afecțiuni neurogenerative caracterizate prin alterarea persistentă și progresivă atât a funcțiilor cognitive (memoria, intelectul, cunoașterea, limbajul, judecata), cât și a celor noncognitive (afectivitatea, percepția, comportamentul), cu evoluție către invaliditate.

Criterii de diagnostic clinic DSM-IV-TR

1. Dezvoltarea mai multor deficite cognitive, dintre care obligatoriu:
 - a) Afectarea memoriei (scăderea capacității de a învăța informații noi sau de a evoca informații sau evenimente petrecute anterior).
 - b) Cel puțin una dintre următoarele:
 - i afazie;
 - ii apraxie;
 - iii agnozie;
 - iv perturbarea funcției executive.
2. Deficitele cognitive menționate mai sus reprezintă un declin față de nivelul anterior de funcționare și fiecare cauzează afectarea semnificativă a funcționării sociale sau ocupaționale.
3. Deficiențele cognitive menționate mai sus nu apar exclusiv în cursul unui episod de delirium.
4. Criteriile de diagnostic specifice se adaugă pentru stabilirea diferitelor etiologii ale demenței.
5. Afectarea memoriei trebuie să fie prezentă, însă, uneori, poate să nu fie simptomul predominant.
6. Pentru a putea stabili diagnosticul de demență, deliriumul și orice alt tip de tulburare confuzională trebuie exclusă prin diagnostic diferențial.

Forme clinice

- demență de tip Alzheimer:
 - cu debut precoce;
 - cu debut tardiv.
- demență vasculară:
 - cu debut acut;
 - prin infarcte multiple;
 - subcorticală.
- demență cauzată de boala Pick.
- demență cauzată de boala Creutzfeld–Jakob.
- demență cauzată de boala Huntington.
- demență cauzată de boala Parkinson.
- demență cauzată de maladia HIV.
- demență cauzată de traumatismul cranian.
- demență cauzată de alte condiții medicale generale.
- demență persistentă indusă de o substanță.
- demență cauzată de etiologii multiple.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive, precum și a celor non-cognitive (depresie, delirium, sindrom de dependență de substanțe) conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (MMSE și testul ceasului), paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT, RMN Cerebral), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Demență forma ușoară* Scor MMSE = 20-26	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate
Demență în forma medie* Scor MMSE = 11-19	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate
Demență în forma severă/gravă* Scor MMSE = 3-10	Deficiență psihică gravă	90-100%	Gradul I de invaliditate, necesită supraveghere permanentă din partea altei persoane

* În aprecierea diagnosticului funcțional se va ține seama de prezența manifestărilor noncognitive (delirium, idei delirante, halucinații, depresie, tulburări de comportament).

** Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

DELIRIUM

Elementul esențial îl constituie obnubilarea conștiinței și o modificare în cunoaștere, debutul este relativ rapid și evoluția fluctuantă, tulburările fiind determinate de condiția medicală generală sau induse de o substanță sau cauzate de o etiologie multiplă.

Criterii de diagnostic clinic DSM-IV-TR

Tulburarea conștiinței cu scăderea capacității de concentrare a atenției.

Modificarea cogniției sau apariția unei tulburări de percepție.

Tulburarea se dezvoltă într-o perioadă de timp și tinde să fluctueze pe parcursul zilei.

Istoricul, examenul somatic și datele de laborator furnizează date potrivit cărora tulburarea este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale sau indusă de o substanță, sau determinată de o etiologie multiplă.

Diagnostic funcțional

Se stabilește după investigație clinică complexă: somatică, neurologică, psihică, analize biochimice, investigații imagistice, radiografii, CT, RMN, ecografii, EEG.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Delirium	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA AMNESTICĂ

Tulburarea amnestică se caracterizează printr-o perturbare a memoriei cauzată fie de o condiție medicală generală, fie de efectele persistente ale unor substanțe.

Criterii de diagnostic clinic DSM-IV-TR

A. Dezvoltarea unei deteriorări a memoriei, manifestată prin perturbarea capacității de a învăța informații noi, sau incapacitatea de a evoca evenimente petrecute anterior.

B. Perturbarea memoriei determină o scădere semnificativă în funcționarea socială și profesională și reprezintă un declin semnificativ de la nivelul anterior de funcționare.

C. Perturbarea memoriei nu survine exclusiv în cursul unui delirium sau demențe.

D. Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator arată că perturbarea este consecința fiziologică a unei condiții medicale generale/induse de o substanță.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (MMSE și testul ceasului), paraclinice – inclusiv examen toxicologic, EEG și neuroimagistice (CT, RMN Cerebral), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburări moderate ale funcției mnezice globale cu relativă conștientizare	Deficiență psihică moderată	50-75%	Gradul III de invaliditate
Tulburări severe ale funcției mnezice globale, confabulații, absența criticii	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA DELIRANTĂ ORGANICĂ

Criterii de diagnostic clinic

1. Ideile delirante persistente sau recurente sunt elementul central.
2. Nu există obnubilare, pierderea capacităților intelectuale sau halucinații.
3. Prezența factorilor organici.

Aceste tulburări apar în consumul de substanțe psihoactive (amfetamine, canabis, halucinogene), epilepsia temporală, coreea Huntington, leziuni ale emisferului nedominant.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT, RMN Cerebral), cât și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Deteriorare cognitivă ușoară, stereotipii, disforie	Deficiență psihică moderată	50-75%	Gradul III
Gândire magică, ritualuri, disforie, perplexitate, vorbire dezlănătă sau incoerentă, inhibiție psihomotorie sau neliniște	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II
Potențial marcat de pericolozitate	Deficiență psihică gravă	90-100%	Gradul I necesită supraveghere permanentă din partea altei persoane

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA AFECTIVĂ ORGANICĂ

Elementul esențial este o tulburare de dispoziție asemănătoare unui episod maniacal sau depresiv major, determinată de un factor organic specific.

Criterii de diagnostic clinic

1. Tulburarea dispoziției cu cel puțin 2 din simptomele asociate menționate la episodul maniacal sau depresiv.
2. Nu există obnubilare, deteriorarea activității intelectuale, idei delirante sau halucinații.
3. Prezența factorilor organici.

Diagnosticul funcțional, al incapacității și al capacității de muncă este identic cu cel indicat la capitolul *Tulburări de afectivitate.*

TULBURAREA ANXIOASĂ ORGANICĂ

Criterii de diagnostic clinic

- prezența etiologiei organice;
- prezența anxietății generalizate;
- prezența atacurilor de panică;
- asocierea altor tulburări.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT, RMN Cerebral), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Anxietate generalizată sau episoade paroxistice. Nu interferează cu activitatea profesională	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Prezente cele două forme de anxietate care interferează cu activitatea profesională	Deficiență psihică moderată	50-75%	Gradul III de invaliditate
Frecvente decompensări cu interferența importantă a activității profesionale și a relațiilor sociale, izolare	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA DISOCIATIVĂ ORGANICĂ

Criterii de diagnostic clinic

- fondul organic prezent;
- pierderea parțială sau completă a integrării normale în amintirile din trecut, continuitatea identității și a senzațiilor mediate și controlul mișcărilor corporale.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT, RMN cerebral), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitate	Capacitatea de muncă
Tulburări de intensitate nevrotică	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Tulburări de intensitate psihotică, cu scăderea posibilităților compensatorii ale bolnavului	Deficiență psihică moderată	50-75%	Gradul III

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

LABILITATEA EMOTIONALĂ ORGANICĂ

Criterii de diagnostic clinic

- labilitate sau incontinență emoțională;
- disconfort cenestezie;
- prezența certă a factorului organic.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT, RMN cerebral), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Labilitate emoțională organică	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Coexistența cu tulburări somatoforme importante	Deficiență psihică moderată	50-75%	Gradul III de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi secțiunea III. **Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA ORGANICĂ DE PERSONALITATE

Criterii de diagnostic clinic

- marcată modificare a personalității și a comportamentului care era obișnuit individului înainte de a interveni boala;
 - labilitate emoțională;
 - deteriorarea conținutului pulsional și a simțului critic;
 - apatie marcată și indiferență;
 - suspiciozitate și ideeație paranoidă.
- nu există obnubilare, deteriorare intelectuală, idei delirante, tulburări ale dispoziției sau halucinații.
- prezența certă a factorului organic.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT, RMN cerebral), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Suspiciozitate, deteriorare cognitivă ușoară, iritabilitate	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Comportament inacceptabil, disforie	Deficiență psihică moderată	50-75%	Gradul III de invaliditate
Comportament impulsiv, exploziv, antisocial, pericolozitate, deficit important de autocontrol	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi secțiunea III. **Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURĂRI MENTALE ȘI DE COMPORTAMENT DETERMINATE DE CONSUMUL DE ALCOOL SAU ALTE SUBSTANȚE PSIHOACTIVE (opioace, cocaină, stimulente, halucinogene)

SINDROMUL DE DEPENDENȚĂ

Criteria de diagnostic clinic DSM-IV-TR:

Un model dezadaptativ de uz de o substanță care duce la deteriorare sau scădere semnificativă clinic manifestată prin trei sau mai multe din următoarele:

- toleranță;
- abstinență;
- substanța este luată în cantități mai mari sau o perioadă mai lungă de timp decât era preconizat;
- există o dorință persistentă de a suprima sau controla uzul de substanță;
- o mare parte a timpului este ocupată cu activități necesare obținerii substanței, uzului substanței sau recuperii din efectele acesteia;
- activitățile sociale profesionale sau recreaționale sunt abandonate sau reduse din cauza uzului de substanțe;
- uzul de substanțe este continuat, deși subiectul știe că are o problemă somatică sau psihologică persistentă sau recurentă care este posibil să fi fost cauzată sau exacerbată de substanță.

Specificanți:

- cu dependență fiziologică;
- fără dependență fiziologică;
- remisiune completă precoce;
- remisiune parțială precoce;
- remisiune completă persistentă;
- remisiune parțială persistentă;
- subterapie agonistă;
- în mediu controlat.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice, paraclinice, inclusiv toxicologice, EEG și neuroimagistice (CT, RMN cerebral), precum și a investigației sociale.

Criteriaile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburări psihice ușoare care nu deranjează anturajul și nu interferează cu activitatea profesională	Fără deficiență	0-19%	Păstrată
Tulburări de atenție, iritabilitate deficit de autocontrol	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Accentuarea tulburărilor de atenție și memorie, comportament inadecvat, deranjează anturajul și interferează cu activitatea socio-profesională	Deficiență psihică moderată	50-75%	Gradul III de invaliditate
Apariția elementelor de deteriorare, neliniște, imposibilitate de autocontrol și autocenzură, apariția complicațiilor (afecțiuni somatice invalidante), intoxicații acute recurente	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.

TULBURĂRI INDUSE DE ALCOOL

1. Intoxicația alcoolică.
2. Sevrăjul alcoolic.
3. Delirium prin intoxicație/abstinență.
4. Demență indusă de alcool.
5. Tulburarea amnestică indusă de alcool.
6. Tulburarea psihotică indusă de alcool.
7. Tulburarea afectivă indusă de alcool.

Sevrăj/abstinență alcoolică

Criterii de diagnostic clinic DSM-IV-TR

A. încetarea sau reducerea uzului excesiv și prelungit de alcool;

B. două sau mai multe dintre următoarele simptome ce survin în decurs de câteva ore sau zile după criteriul A:

1. hiperactivitate vegetativă;
2. tremur marcat al extremităților;
3. insomnie;
4. grețuri sau vărsături;
5. iluzii sau halucinații vizuale, tactile sau auditive tranzitorii;
6. agitație psihomotorie;
7. anxietate;
8. crize de grand-mal.

C. simptomele de la criteriul B) determină scăderea sau deteriorarea semnificativă clinic în funcționarea socio-profesională;

D. simptomele nu se datorează unor condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

Specificant

Cu tulburări de percepție

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității simptomatologiei conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, în urma examinării psihologice, paraclinice, somatice, neurologice, EEG și neuroimagistice (CT, RMN cerebral), cât și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Simptomatologie clinică ușoară	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Simptomatologie clinică moderată cu interferarea activității profesionale	Deficiență psihică moderată	50-75%	Gradul III de invaliditate
Simptomatologie accentuată cu apariția consecințelor (afecțiuni somatice invalidante) și a deliriumului	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA PSIHOTICĂ INDUSĂ DE ALCOOL

Criterii de diagnostic clinic:

- halucinații auditive sau polisenzoriale;
- idei delirante, în special de tip persecutor;
- agitație psihomotorie sau stupoare;
- anxietate marcată;
- prezența unui grad de obnubilare a conștiinței, fără a atinge caracterul unei confuzii grave.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității simptomatologiei conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, în urma examinării psihologice, paraclinice, somatice, neurologice, EEG și neuroimagistice (CT, RMN cerebral), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Elementele diagnosticului clinic	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi secțiunea III. **Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA AMNESTICĂ PERSISTENTĂ INDUSĂ DE ALCOOL

Criterii de diagnostic clinic DSM-IV-TR, vezi secțiunea *Tulburarea amnestică indusă de o substanță*:

- tulburări cronice ale memoriei recente și de evocare;
- tulburări ale percepției timpului și cronologiei evenimentelor;
- dificultăți de învățare.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității simptomatologiei conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, în urma examinării psihologice, paraclinice, somatice, neurologice, EEG și neuroimagistice (CT, RMN cerebral), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Semnele clinice descrise	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate
Accentuarea deteriorării cu afectarea capacității de muncă	Deficiență psihică gravă	90-100%	Gradul I de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi secțiunea III. **Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

DEMENȚA INDUSĂ DE ALCOOL

Vezi Criteriile de diagnostic pentru *Demență*.

Modificări durabile de personalitate

Această categorie se referă la anomalii de personalitate și de comportament la adult, survenind în absența tulburărilor prelabile ale personalității și urmând după un factor de stres, fie catastrofic, fie excesiv și prelungit sau în urma unei boli psihice severe. Acest diagnostic nu trebuie pus decât în cazurile în care există dovada unei modificări manifeste și durabile a modului de percepție, de relații sau cognitive. Modificarea trebuie să fie semnificativă și asociată unui comportament rigid și maladaptat, absent înaintea apariției evenimentului patogen. Modificarea nu trebuie să fie manifestarea unei alte tulburări mentale și nici simptom rezidual al unei tulburări mentale anterioare.

Manifestările clinice trebuie să persiste cel puțin doi ani după acțiunea evenimentului patogen.

Criterii de diagnostic clinic

- atitudine ostilă sau neîncrezătoare față de lume;
- retragerea socială;
- sentimentul de vid sau disperare;
- impresia permanentă de a fi sub presiune;
- detașarea;
- dependență și atitudine de cerere excesivă față de alții;

- imposibilitatea de a stabili sau menține relații interpersonale strânse;
- pasivitate;
- pierdere de interes;
- plângeri persistente legate de starea de sănătate;
- asocierea ocazională a unor uneori manifestări hipocondrice;
- dispoziție disforică sau labilă.

Forme clinice:

- modificări durabile ale personalității neatribuite unei leziuni sau boli cerebrale.
- modificări durabile ale personalității după o experiență catastrofică.
- modificări durabile ale personalității după o boală psihică.

Diagnostic funcțional:

Se elaborează prin aprecierea clinică atât a intensității tulburărilor cognitive, cât și a celor non-cognitive (depresie, delirium, sindrom de dependență de substanțe), conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (MMSE și testul ceasului), paraclinice, EEG și neuroimagingice (CT, RMN cerebral), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Forma clinică 1	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Formele clinice 2 și 3	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

SCHIZOFRENIA

Este o tulburare psihotică cu potențialitate evolutivă deficitară (o degradare progresivă a vieții psihice). Este o boală cronică cu o evoluție care include o fază prodromală, o fază activă și o fază reziduală.

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A.** Simptome caracteristice: două sau mai multe din următoarele, fiecare simptom prezent timp de o lună:
1. idei delirante;
 2. halucinații;
 3. vorbire dezorganizată;
 4. comportament catatonice/dezorganizat;
 5. simptome negative.
- B.** Disfuncție socială/socio-profesională.
- C.** Durata: persistența timp de cel puțin 6 luni a semnelor tulburării.
- D.** Excluderea tulburărilor afective și schizoafective.
- E.** Excluderea condițiilor medicale generale/legate de substanțe.
- F.** Relația cu o tulburare pervazivă a dezvoltării.

Clasificarea evoluției longitudinale

1. Episodică, cu simptome reziduale interepisodice.
2. Episodică, fără simptome reziduale interepisodice.
3. Continuă.
4. Episod unic în remisiune parțială.
5. Episod unic în remisiune completă.

Forme clinice

1. Schizofrenie paranoidă.
2. Schizofrenie dezorganizată (hebefrenică).
3. Schizofrenie catatonică.
4. Schizofrenie nediferențiată.

5. Schizofrenie reziduală.
6. Schizofrenie simplă.
7. Depresia postschizofrenică.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice și a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Episod unic în remisiune completă	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Episodică cu/fără simptome reziduale interepisodice Schizofrenie reziduală Episod unic în remisiune parțială	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate
Schizofrenie cronică, asociind tulburări induse de tratament (diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism), afecțiuni somatice, comportament adictiv; schizofrenie grefată	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate
Pacienți cu evoluție progredientă cu degradare severă a personalității și a comportamentului, potențial antisocial	Deficiență psihică gravă	90-100%	Gradul I de invaliditate necesită supraveghere permanentă din partea altei persoane

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi secțiunea III. **Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA SCHIZOFRENIFORMĂ

Este o tulburare psihotică cu durata limitată la 1-6 luni și care respectă criteriul A pentru schizofrenie.

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Sunt satisfăcute criteriile A, D, E din schizofrenie.
- B. Un episod al tulburării durează cel puțin o lună, dar mai puțin de 6 luni.

Specificanți:

- fără elemente de prognostic bun;
- cu elemente de prognostic bun.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice și a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburare schizofreniformă	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate Timp limitat 6 luni

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi secțiunea III. **Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA SCHIZOAFECTIVĂ

Este o tulburare cu simptome afective și psihotice concomitente care se caracterizează prin faptul că sunt satisfăcute complet criteriile atât pentru faza activă a schizofreniei (criteriul A), cât și pentru episodul depresiv major, maniacal sau mixt.

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Perioada neîntreruptă de boală în cursul căreia la un moment dat există un episod depresiv major, un episod maniacal sau un episod mixt în paralel cu simptome care îndeplinesc criteriul A pentru schizofrenie.
- B. În aceeași perioadă de boală au existat deliruri sau halucinații timp de cel puțin 2 săptămâni în absența unor simptome afective proeminente.
- C. Simptomele care satisfac criteriile pentru un episod afectiv sunt prezente pe o porțiune substanțială din durata totală a perioadelor active și reziduale ale tulburării.
- D. Tulburarea nu este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei substanțe sau ale unei condiții medicale generale.

Forme clinice

1. bipolar
2. depresiv

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice și a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburare schizoafectivă	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate
Pacienți cu evoluție progredientă, cu degradare severă a personalității și a comportamentului, potențial antisocial	Deficiență psihică gravă	90-100%	Gradul I de invaliditate, necesită supraveghere permanentă din partea altei persoane

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.

TULBURAREA DELIRANTĂ

Tulburare în care principala manifestare este un delir nonbizar sistematizat și nonhalucinator.

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Idei delirante non-bizare.
- B. Criteriul A pentru schizofrenie nu a fost satisfăcut.
- C. În afară de ideile delirante, comportamentul nu este, în mod evident, straniu sau bizar, iar funcționarea nu este deteriorată semnificativ.
- D. Dacă episoadele au survenit concomitent cu ideile delirante, durata lor totală a fost scurtă.
- E. Tulburarea este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei substanțe sau ale condițiilor medicale generale.

Forme clinice

1. tipul erotomaniac
2. tipul de grandoare
3. tipul de gelozie
4. tipul de persecuție
5. tipul somatic
6. tipul mixt
7. tip nediferențiat

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice și a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Sindrom delirant discret și circumscris la o anumită temă, fără impact social deosebit, nelegat de activitatea profesională	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Sindrom delirant care scade capacitatea de inserție socio-profesională	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate
Grad mare de deteriorare performanțială	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

ÎNTÂRZIERE (RETARDARE) MENTALĂ

Retardarea mentală reprezintă oprirea dezvoltării mentale sau o dezvoltare mentală incompletă care se caracterizează, în special, prin afectarea facultăților care contribuie la nivelul global de inteligență. Retardarea poate apărea cu sau fără orice altă tulburare mentală sau somatică.

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- Activitate intelectuală generală semnificativ inferioară mediei; nivelul QI de 70 sau mai mic, apreciat la testul QI efectuat individual.
- Deficite sau deteriorări concomitente în activitatea adaptativă, în performanța subiectului de a satisface standardele expectate pentru vârsta sa și grupul socio-cultural.
- Debut înaintea vârstei de 18 ani.

Grade de severitate

- Retardare mentală ușoară** (oligofrenia grad I sau debilitate mentală) – QI 50-70.
- Retardare mentală moderată** (oligofrenie grad II, imbecilitate) – QI 30-55.
- Retardare mentală severă** (oligofrenie grad II, imbecilitate) – QI 20-30.
- Retardare mentală profundă** (oligofrenie grad III, idioție) – QI sub 20-25.

Specificanți

- tulburare a comportamentului absentă sau minimă;
- tulburarea semnificativă a comportamentului;
- alte tulburări comportamentale.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Retardare mentală ușoară	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Retardare mentală ușoară cu tulburări de comportament semnificative	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate
Retardare mentală moderată/severă	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate
Retardare mentală profundă	Deficiență psihică gravă	90-100%	Gradul I de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURĂRI AFECTIVE (ALE DISPOZIȚIEI)

În aceste tulburări, perturbarea fundamentală este o schimbare a dispoziției spre depresie sau spre euforie.

EPISODUL MANIACAL

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

1. O perioadă distinctă de dispoziție maniacală, expansivă sau iritabilă, anormală și persistentă de cel puțin o săptămână.
2. În perioada de tulburare a dispoziției au persistat trei dintre următoarele simptome:
 - stima de sine exagerată sau grandoare;
 - scăderea necesității de somn;
 - loquacitate sau tendința de a vorbi continuu;
 - fuga de idei;
 - distractibilitatea;
 - agitația psihomotorie;
 - implicarea excesivă în activități care produc plăcerea (cumpărături exagerate, tulburări sexuale, investiții nesăbuite).
3. Simptomele nu îndeplinesc criteriile unui episod mixt.
4. Deteriorare marcată în activitatea profesională sau socială uzuală.

Intensitatea tabloului clinic

1. Ușoară – 3 sau 4 simptome maniacale.
2. Moderată – creștere extremă a activității sau deteriorarea judecării.
3. Severă, fără elemente psihotice – necesită supravegherea permanentă.
4. Cu elemente psihotice – idei delirante sau halucinații congruente/incongruente cu dispoziția.
5. În remisiune parțială – sunt încă prezente, dar criteriile complete nu mai sunt satisfăcute sau nu mai există niciun simptom semnificativ de episod maniacal, dar perioada de remisiune durează mai puțin de 6 luni.
6. În remisiune completă – necesită o perioadă de cel puțin 6 luni în care să nu existe simptome semnificative de manie.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), examene paraclinice (afecțiuni somatice), examen somatic, neuroimagistic (CT cerebral), precum și investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Episod maniacal în remisiune completă	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Episod maniacal în remisiune parțială	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate
Episod maniacal formele I-IV, potențial autolitic și antisocial	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi secțiunea III. **Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

EPISODUL HIPOMANIACAL

Criterii de diagnostic clinic

O perioadă distinctă în care dispoziția predominantă este expansivă sau iritabilă, cu durată continuă de cel puțin 4 zile.

În perioada de tulburare a dispoziției, au persistat trei dintre următoarele simptome:

- stima de sine exagerată sau grandoarea;
- scăderea necesității de somn;

- lovacitate sau tendința de a vorbi continuu;
- fuga de idei;
- distractibilitatea;
- agitația psihomotorie;
- implicarea excesivă în activități care produc plăcerea (cumpărături exagerate, tulburări sexuale, investiții nesăbuite).

Tulburarea nu este suficient de severă pentru o deteriorare marcată în activitatea socială sau profesională. În general, nu necesită spitalizarea.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Intensitatea tulburărilor de mică amplitudine și de scurtă durată fără remisiune, fără tratament sau cu tratament minim	Fără deficiență psihică	0-19%	Păstrată
Remisiune bună, dar sub tratament de specilitate în regim ambulator	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi secțiunea III. **Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

EPISODUL DEPRESIV MAJOR

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Cel puțin 5 din următoarele simptome sunt prezente cel puțin 2 săptămâni și reprezintă o schimbare față de funcționarea anterioară (cel puțin unul din primele două simptome):
1. dispoziție depresivă cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic, indicată fie de relatarea subiectivă, fie de observarea de către alții;
 2. diminuarea marcată a interesului sau plăcerii pentru toate, sau aproape toate, activitățile, cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic;
 3. pierdere sau câștig ponderal semnificativ, cu scăderea sau creșterea apetitului;
 4. insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi;
 5. agitație sau lentoare psihomotorie, aproape zilnic (observată de alții);
 6. fatigabilitate sau pierderea energiei;
 7. sentimente de devalorizare sau culpă excesivă sau inadecvată;
 8. diminuarea capacității de a gândi sau de a se concentra, ori indecizie;
 9. idei recurente de moarte, ideea suicidară recurentă fără un plan anume, sau o tentativă de suicid.
- B. Simptomele nu îndeplinesc criteriile de episod afectiv mixt.
- C. Simptomele determină o suferință semnificativă clinic și alterări socioprofesionale.
- D. Simptomele nu sunt cauzate de efectele fiziologice directe ale unei substanțe sau ale unei condiții medicale generale.
- E. Simptomele nu sunt explicate mai bine de doliu.

Intensitatea tabloului clinic

1. Ușoară.
2. Moderată.
3. Severă fără elemente psihotice, simptome care interferează puternic activitatea profesională.
4. Cu elemente psihotice – idei delirante sau halucinații congruente/incongruente cu dispoziția.
5. În remisiune parțială.
6. În remisiune completă.

Specificanți

- episod depresiv major cronic;
- cu elemente catatonice;
- cu elemente melancolice;
- cu elemente atipice;
- cu debut postpartum;
- cu pattern sezonier.

Specificanți de evoluție longitudinală

- cu recuperare interepisodică completă.
- fără remisiune interepisodică completă.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice (afecțiuni somatice), somatice, neuroimagistice (CT cerebral) și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Episod depresiv major în remisiune completă	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Episod depresiv major în remisiune parțială Episod depresiv major ușor moderat	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate
Episod depresiv major sever cu/fără elemente psihotice cu/fără comportament adictiv	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

EPISOD MIXT

Criterii de diagnostic – DSM-IV-TR

- A. Sunt satisfăcute criteriile atât pentru episodul maniacal, cât și pentru episodul depresiv major aproape în fiecare zi, în cursul unei perioade de cel puțin o săptămână.
- B. Perturbarea afectivă este suficient de severă pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea profesională sau în activitățile sociale uzuale ori în relațiile cu alții sau pentru a necesita spitalizarea spre a preveni vătămarea sa sau a altora, ori există elemente psihotice.
- C. Simptomele nu sunt determinate de efectele fiziologice directe ale unei substanțe ori ale unei condiții medicale generale.

TULBURAREA DEPRESIVĂ MAJORĂ – EPISOD UNIC

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

Prezența unui singur episod major.

Episod depresiv major – nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu este suprapus peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă.

Nu a existat niciodată un episod maniacal mixt sau hipomaniacal.

Specificanții:

- ușor;
- moderat;
- sever, fără elemente psihotice;
- sever, cu elemente psihotice;

- cronic;
- cu elemente catatonice;
- cu elemente melancoliforme;
- cu elemente atipice;
- cu debut postpartum;
- în remisiune parțială;
- cu remisiune completă.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Episod depresiv major în remisiune completă	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Episod depresiv major în remisiune parțială Episod depresiv major ușor, moderat	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate
Episod depresiv major sever cu/fără elemente psihotice Cu/fără comportament adictiv	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA DEPRESIVĂ MAJORĂ RECURENTĂ

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Prezența a două sau mai multe episoade majore.
- B. Episod depresiv major – nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă și nu este suprapus peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă.
- C. Nu a existat niciodată un episod maniacal mixt sau hipomaniacal.

Specificanții:

- ușor;
- moderat;
- sever, fără elemente psihotice;
- sever cu elemente psihotice;
- cronic;
- cu elemente catatonice;
- cu elemente melancoliforme;
- cu elemente atipice;
- cu debut postpartum;
- în remisiune parțială;
- cu remisiune completă.

Specificanți – evoluție longitudinală

- Cu recuperare interepisodică completă
- Fără remisiune interemisferică completă
- Cu pattern sezonier

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) și a investigației sociale.

Criteriaile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Remisiune parțială sau completă Se va ține seamă de numărul episoadelor, frecvența lor, complianța terapeutică interaccusală	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate
Episod actual cu sau fără simptome psihotice la care se adaugă și ceilalți specificanți	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA BIPOLARĂ I

Criterii de diagnostic clinic

- A. Prezența unui singur episod maniacal sau mixt și a niciunui episod depresiv în trecut.
 B. Episodul nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă, tulburarea schizofreniformă și tulburarea delirantă.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) și a investigației sociale.

Criteriaile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Remisiune parțială, remisiune completă	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Tulburarea bipolară I – viraj dispozițional	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate, timp limitat 6 luni

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA BIPOLARĂ I – CEL MAI RECENT EPISOD HIPOMANIACAL

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Cel mai recent episod hipomaniacal.
 B. Anterior a existat cel puțin un episod maniacal sau mixt.
 C. Simptomele afective determină o deteriorare semnificativă clinic în domeniul socio-profesional.
 D. Episodul nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă, tulburarea schizofreniformă și tulburarea delirantă.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) și a investigației sociale.

Criteriaile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburarea bipolară I	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate, timp limitat 6 luni
Tulburarea bipolară I, se va ține seama de numărul de episoade, de frecvența acestora și intervalele interaccusale, cu pattern sezonier și cu ciclare rapidă, de complexitatea terapiei	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA BIPOLARĂ I – CEL MAI RECENT EPISOD MANIACAL

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Cel mai recent episod maniacal.
- B. Anterior a existat cel puțin un episod depresiv major, maniacal sau mixt.
- C. Simptomele afective determină o deteriorare semnificativă clinic în domeniul socio-profesional.
- D. Episodul nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă, tulburarea schizofreniformă și tulburarea delirantă.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburarea bipolară I în remisiune parțială, în remisiune completă	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate, timp limitat 6 luni
Tulburarea bipolară I, se va ține seama de numărul de episoade, frecvența acestora și intervalul interaccusuale, cu pattern sezonier și cu ciclare rapidă, complexitatea terapiei	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA BIPOLARĂ I – CEL MAI RECENT EPISOD MIXT

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Cel mai recent episod maniacal.
- B. Anterior a existat cel puțin un episod depresiv major, maniacal sau mixt.
- C. Simptomele afective determină o deteriorare semnificativă clinic în domeniul socio-profesional.
- D. Episodul nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă, tulburarea schizofreniformă și tulburarea delirantă.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburarea bipolară I în remisiune parțială, în remisiune completă	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate, timp limitat
Tulburarea bipolară I, se va ține seama de numărul de episoade, frecvența acestora și intervalul interaccusuale, cu pattern sezonier și cu ciclare rapidă, complexitatea terapiei	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) vezi **III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA BIPOLARĂ II

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Prezența unuia sau mai multor episoade depresive majore.
- B. Prezența a cel puțin un episod hipomaniacal.
- C. Nu a existat niciun episod maniacal sau mixt.

- D. Simptomele afective determină o deteriorare semnificativă clinic în domeniul socio-profesional.
 E. Episodul nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă, tulburarea schizofreniformă și tulburarea delirantă.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburarea bipolară II, în remisiune parțială, în remisiune completă	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate, timp limitat 6 luni
Tulburarea bipolară II; se va ține seama de numărul de episoade, de frecvența acestora și de intervalele interacesuale, cu pattern sezonier și cu ciclare rapidă, de complexitatea terapiei	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

- * Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

CICLOTIMIA

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- Prezența pentru cel puțin 2 ani a numeroase episoade hipomaniacale și numeroase perioade de dispoziție depresivă ori a pierderii interesului sau plăcerii (dar nu satisfac criteriile pentru episodul depresiv major).
- În timpul unei perioade de 2 ani de perturbare simptomele maniacale sau depresive lipsesc pentru mai mult de 2 luni, consecutiv.
- Nu există episod depresiv major sau episod maniacal în primii 2 ani ai tulburării.
- Nu este suprapusă peste o tulburare psihotică (schizofrenie, tulburare delirantă).
- Nu poate fi stabilit un factor organic.

Tulburarea începe în adolescență sau precoce în viața adultă.

Are evoluție cronică, persoana putând dezvolta o tulburare bipolară.

Este frecvent abuzul de substanțe psihoactive.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Pot exista unele dificultăți de adaptabilitate, fără a perturba activitatea	Fără deficiență psihică	0-19%	Păstrată
Episoadele depresive nu perturbă activitatea, nu se asociază cu consum de substanțe psihoactive Pot exista dificultăți în condiții noi de activitate profesională	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Episoadele depresive induc deteriorarea activității, sau se asociază consum cronic de substanțe psihoactive	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate, timp limitat 6 luni

- * Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA DISTIMICĂ

Criteria de diagnostic clinic – DSM-VI-TR

- A. Dispoziție depresivă pentru cea mai mare parte a zilei, timp de mai multe zile (fie prin relatare subiectivă, fie prin observația altora) pentru cel puțin 2 ani.
- B. Prezența în timpul depresiei a cel puțin două dintre următoarele:
1. apetit redus sau exagerat;
 2. insomnie sau hipersomnie;
 3. energie redusă sau fatigabilitate;
 4. stimă de sine redusă;
 5. concentrare redusă sau dificultate în a lua decizii;
 6. sentimente de disperare.
- C. În timpul unei perioade de 2 ani niciodată fără simptome, pentru mai mult de 2 luni consecutiv.
- D. Nu a prezentat niciodată un episod depresiv major.
- E. Nu a prezentat niciodată un episod maniaco sau hipomaniaco.
- F. Nu se suprapune peste o tulburare psihotică cronică.
- G. Nu poate fi stabilit un factor organic.
- Debutul este în adolescență sau precoce, în viața adultă. Evoluția este cronică.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) și a investigației sociale.

Criteriaile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Nu duce la deteriorarea funcționalității profesionale mai ales la debut sau în apropierea acestuia	Fără deficiență psihică	0-19%	Păstrată
Există în antecedente o tentativă de suicid sau există tendința de structurare	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Cronicizare care duce la o deteriorare a activității profesionale Tentative de suicid	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate, timp limitat 6 luni

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURĂRI ANXIOASE

TULBURARE DE PANICĂ (FĂRĂ AGORAFOBIE)

Criteria de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Unul sau mai multe atacuri de panică (perioade de frică sau disconfort intens) neașteptate (fără cauze aparente).
- B. 4 atacuri de panică survenite în 4 săptămâni; unul sau mai multe atacuri care au fost urmate de o perioadă de cel puțin 1 lună de teamă persistentă de a nu avea alt atac.
- C. Cel puțin 4 din următoarele simptome apărute în cel puțin unul dintre atacuri:
1. dispnee sau sufocare;
 2. amețală, senzație de dezechilibru sau leșin;
 3. palpitații sau tahicardie;
 4. tremurături;
 5. transpirație;
 6. greață, dureri abdominale;
 7. depersonalizare sau derealizare;
 8. amorțeli, parestezii;

9. valuri de căldură, frisoane;
 10. frica de moarte;
 11. frica de a nu înnebuni sau de a face ceva necugetat.
 D. Survin brusc și cresc în intensitate în decurs de 10 minute.
 E. Nu există factor organic.
 F. Absența agorafobiei.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) și a investigație sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Atacurile de panică apar pentru o perioadă limitată de timp	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Atacurile de panică durează câteva zile, cu perioade variabile de remisiune parțială și perioade de exacerbare Cel puțin opt atacuri în ultima lună	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate, timp limitat 6 luni

- * Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi secțiunea III. **Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA DE PANICĂ CU AGORAFOBIE

Criterii de diagnostic clinic DSM-IV-TR

- A. Satisface criteriile de diagnostic pentru atacul de panică.
 B. Prezența agorafobiei – frica de a se afla în locuri sau situații în care scăparea poate fi dificilă sau în care ajutorul nu poate fi accesibil în eventualitatea unui atac de panică. Persoana își reduce deplasările, necesită un însoțitor când se află în afara casei. Include frica de a fi în afara casei, în mijloace de transport, în intersecții, pe poduri, singur.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Există o oarecare evitare, dar modul de viață este normal (se poate deplasa singur la locul de muncă sau în alte situații)	Fără deficiență psihică	0-19%	Păstrată
Se poate deplasa singur, dar pe distanțe scurte, poate folosi unele mijloace de transport Remisiune completă, fără manifestări clinice în ultimele 6 luni	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Limitare marcată a distanțelor pe care se poate deplasa singur (neînsoțit), evitarea mijloacelor de transport sau remisiune parțială, mai persistă tulburări în ultimele 6 luni de intensitate moderată	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate, timp limitat 6 luni
Nu mai părăsește de loc sau aproape de loc locuința de invaliditate neînsoțit, nu-și mai poate desfășura activitatea fiind stăpânit de manifestările de boală	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Se pot încadra în gradul II de invaliditate

- * Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi secțiunea III. **Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Obsesii sau compulsii.

B. Obsesiile sau compulsii cauzează o suferință marcată, sunt consumatoare de timp (peste 1 oră pe zi) sau interferează semnificativ cu activitatea de rutină, cu cea profesională sau socială uzuală.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) și a investigației sociale.

Criterii	Diagnostic funcțional	Incapacitate	Capacitate de muncă
Domină tabloul obsesiv, care permite însă desfășurarea activității profesionale și a celei cotidiene	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Este interferată activitatea profesională în sensul deteriorării sale moderate prin scăderea marcată a capacității de concentrare și finalizare secundar asaltului manifestărilor obsesivo-compulsive	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate, timp limitat 6 luni
Întreaga activitate a pacienților se desfășoară conform compulsiunilor și ritualurilor	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Se pot încadra în grad II

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

ANXIETATEA GENERALIZATĂ

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Anxietate și preocupare irațională sau excesivă referitoare la două sau mai multe circumstanțe de viață

B. Perturbarea nu survine numai în cursul unei tulburări de dispoziție sau al unei tulburări psihotice.

C. Cel puțin 6 dintre următoarele:

1. tremurături, contracții;
2. durere sau tensiune musculară;
3. neliniște motorie;
4. fatigabilitate rapidă;
5. dispnee, sufocare;
6. palpitații, tahicardie;
7. gură uscată;
8. amețeală;
9. greață, diaree;
10. valuri de căldură;
11. micțiuni frecvente;
12. dificultăți de deglutiție, „nod în gât“
13. transpirații;
14. surescitări;
15. reacție de alarmă exagerată;
16. dificultate în concentrare;
17. dificultate în adormire;
18. iritabilitate.

D. nu poate fi stabilit un factor organic.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatic, neuroimagistice (CT cerebral) și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Nu este afectată activitatea profesională	Fără deficiență psihică	0-19%	Păstrată
Activitatea profesională se poate desfășura la un nivel ușor scăzut față de nivelul anterior	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi secțiunea III. **Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

Criterii de diagnostic clinic DSM-IV-TR pentru o tulburare de personalitate

- A. Un pattern durabil de trăire și de comportament individual. Acest pattern se manifestă prin două (sau mai multe) dintre următoarele:
- cunoaștere;
 - afectivitate;
 - funcționare interpersonală;
 - controlul impulsului.
- B. Patternul durabil este inflexibil și pervaziv în raport cu o gamă largă de situații personale și sociale.
- C. Patternul durabil duce la o detresă, o deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.
- D. Patternul este stabil și de lungă durată, iar debutul său poate fi trasat retrospectiv cel puțin până în adolescență.
- E. Patternul durabil nu este explicat mai bine ca manifestare sau consecință a unei alte tulburări mentale.
- F. Patternul durabil nu este cauzat de efectele fiziologice directe ale unei substanțe sau ale unei condiții medicale generale.

Tulburările de personalitate sunt grupate în trei clustere:

- Clusterul A cuprinde tulburările de personalitate paranoidă, schizoidă și schizotipală.
- Clusterul B cuprinde tulburările de personalitate histrionică, narcisică, antisocială și borderline.
- Clusterul C cuprinde tulburările de personalitate dependentă, evitantă și obsesiv compulsivă.

TULBURAREA DE PERSONALITATE PARANOIDĂ

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. O neîncredere și suspiciozitate pervazivă față de alții astfel încât motivațiile celorlați sunt interpretate ca rău-voitoare, indicate de patru din următoarele:
- suspectează, fără suficient temei, că alții îl exploatează, prejudiciază sau înșală;
 - este preocupat cu îndoieli nejustificate asupra loialității sau încrederii pe care o prezintă prietenii sau asociații;
 - evită să aibă încredere în alții, de teama nejustificată că informațiile respective vor fi folosite cu rea intenție împotriva sa;
 - găsește înțelesuri ascunse înjositoare sau amenințătoare în remarci sau evenimente banale sau inofensive;
 - păstrează constant resentimente;
 - percepe atacuri, care nu sunt vizibile pentru alții, la adresa caracterului sau reputației sale;
 - are suspiciuni repetate lipsite de justificare la adresa fidelității partenerului marital sau sexual.
- B. Nu apare exclusiv în cursul schizofreniei, a unei tulburări a dispoziției cu elemente psihotice sau a unei tulburări psihotice și nu este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

TULBURAREA DE PERSONALITATE SCHIZOIDĂ

- A. Un pattern pervaziv de detașare față de relațiile sociale și o gamă restrânsă de exprimare emoțională indicată de patru sau mai multe dintre următoarele:
- nici nu dorește și nici nu se bucură de relațiile strânse, inclusiv de faptul de a fi parte a unei familii;
 - aproape întotdeauna preferă activitățile solitare;
 - are puțin sau nu are niciun interes în a avea experiență sexuală cu altă persoană;
 - rar afirmă sau pare a avea emoții puternice;
 - îi plac puțin sau nu-i plac niciun fel de activități;
 - este indiferent la laudele și criticile altora;
 - nu are prieteni apropiați;
 - este rece, distant.
- B. Nu apare exclusiv în cursul schizofreniei, a unei tulburări a dispoziției cu elemente psihotice sau a unei tulburări psihotice și nu este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

TULBURAREA DE PERSONALITATE SCHIZOTIPALĂ

- A. Un pattern pervaziv de deficite sociale și interpersonale manifestat prin disconfort acut în relații și reducerea capacității de a stabili relații intime, precum și prin distorsiuni cognitive de percepție și excentricități de comportament, după cum este indicat de cinci sau mai multe dintre următoarele:
- idei de referință;
 - gândire magică;
 - experiențe perceptive insolite;
 - gândire și limbaj bizar;
 - suspiciozitate, ideeație paranoidă;
 - afect inadecvat;
 - comportament, aspect bizar, excentric, particular;
 - lipsa de amici sau confidenți în afara rudelor de gradul I;
 - anxietate socială.
- B. Nu apare exclusiv în cursul schizofreniei, a unei tulburări a dispoziției cu elemente psihotice sau a unei tulburări psihotice și nu este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

TULBURAREA DE PERSONALITATE ANTISOCIALĂ

- A. Un pattern pervaziv de comportament antisocial apărut de la vârsta de 15 ani, indicat de trei sau mai multe dintre următoarele:
- incapacitate de a se conforma normelor sociale în legătură cu comportamentele legale, indicată de comiterea repetată de acte care constituie motive de arest;
 - incorectitudine indicată de mințitul repetat, uzul de alibiuri, manipularea altora pentru profitul sau plăcerea personală;
 - impulsivitate, incapacitate de a plănuși dinainte;
 - iritabilitate și agresivitate, indicate de luptele, atacurile corporale repetate;
 - neglijență nesăbuită pentru siguranța sa/a altora;
 - iresponsabilitate considerabilă, indicată prin incapacitate repetată de a avea un comportament consecvent în muncă ori de a-și onora obligațiile;
 - lipsă de remușcare.
- B. Individul este în vârstă de cel puțin 18 ani.
- C. Există proba unei tulburări de conduită.
- D. Comportamentul antisocial nu survine exclusiv în cursul schizofreniei ori al unui episod maniacal.

TULBURAREA DE PERSONALITATE BORDERLINE

- A. Un pattern pervaziv de instabilitate a relațiilor interpersonale, a imaginii de sine și afectelor, asociat cu impulsivitate marcată, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci dintre următoarele:
- eforturi disperate de a evita abandonul real/imaginar;
 - un pattern de relații interpersonale intense și instabile caracterizat prin alternare între extremele de idealizare și devalorizare;
 - perturbare de identitate: imagine de sine/conștiința de sine marcat și persistent instabilă;
 - impulsivitate în cel puțin două domenii care sunt potential autoprejudiciante;
 - comportament, gesturi sau amenințări de suicid ori comportament automutilant;
 - instabilitate afectivă datorată unei reactivități marcate de dispoziție;
 - sentimentul cronic de vid;
 - mânie intensă, inadecvată ori dificultate în a controla mânia;
 - ideea paranoidă sau simptome disociative severe, tranzitorii, în legătură cu stresul.

TULBURAREA DE PERSONALITATE HISTRIONICĂ

- A. Un pattern pervaziv de emoționalitate excesivă și de căutare a atenției începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci dintre următoarele:
- este incomod în situațiile în care nu se află în centrul atenției;
 - interacțiunea cu alții este caracterizată adesea printr-un comportament seducător sau provocator sexual inadecvat;
 - prezintă o schimbare rapidă și o expresie superficială a emoțiilor;
 - profită în mod constant de aspectul fizic pentru a atrage atenția asupra sa;
 - are un stil de a vorbi extrem de impresionistic și lipsit de detaliu;
 - manifestă autodramatizare, teatralism și o expresie exagerată a emoțiilor;
 - este sugestionabil, adică ușor de influențat de alții sau de circumstanțe;
 - consideră relațiile a fi mai intime decât sunt în realitate.

TULBURAREA DE PERSONALITATE NARCISISTICĂ

- A. Un pattern pervaziv de grandoare (în fantezie și comportament), necesitatea de admirație și lipsa de empatie, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicată de cinci dintre următoarele:
- are un sentiment grandios de autoimportanță;
 - este preocupat de fantezii de succes nelimitat, de putere, strălucire, frumusețe sau amor ideal;
 - crede că este aparte și unic și poate fi înțeles, trebuie să se asocieze numai cu oameni/instituții cu status înalt;
 - necesită admirație excesivă;
 - are un sentiment de îndreptățire, adică pretenții exagerate de tratament favorabil special ori de supunere automată a dorințelor sale;
 - este exploatare interpersonal, profită de alții pentru a-și atinge scopurile;
 - este lipsit de empatie, incapabil să recunoască sau să se identifice cu sentimentele și necesitățile altora;
 - este invidios pe alții sau crede că alții sunt invidioși pe el;
 - prezintă comportamente sau atitudini arogante sau sfidătoare.

TULBURAREA DE PERSONALITATE EVITANTĂ

- A. Un pattern pervaziv de inhibiție socială, sentimente de insuficiență și hipersensibilitate la evaluare negativă, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de patru dintre următoarele:
- evită activitățile profesionale care implică un contact interpersonal semnificativ, din cauza fricii de critică, dezaprobare sau rejecție;

- nu dorește să se asocieze cu alți oameni decât dacă este sigur că este apreciat;
- manifestă reținere în relațiile intime din cauza fricii de a nu se face de râs sau ridiculizat;
- este preocupat de faptul de a nu fi criticat sau rejectat în situații sociale;
- este inhibat în situații interpersonale noi din cauza sentimentelor de inadecvare;
- se vede pe sine inapt social, inatractiv personal sau incapabil să se angajeze în activități;
- refuză să-și asume riscuri personale sau să se angajeze în orice activități noi din cauza faptului că acestea l-ar putea pune în dificultate.

TULBURAREA DE PERSONALITATE DEPENDENTĂ

A. O necesitate excesivă și pervazivă de a fi tutelat, care duce la un comportament submisiv și adeviziv și la frica de separare, și care începe precoce în perioada adultă și este prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci dintre următoarele:

- are dificultăți în a lua decizii comune fără o cantitate excesivă de consilii și reasigurări din partea altora;
- necesită ca alții să-și asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii ale vieții lui;
- are dificultăți în a-și exprima dezacordul față de alții din cauza fricii de a nu pierde suportul sau aprobarea;
- are dificultăți în a iniția proiecte ori a face ceva singur (din cauza lipsei de încredere în judecata sau capacitățile sale, mai curând decât din cauza lipsei de motivație sau de energie);
- merge foarte departe spre a obține solitudine și suport de la alții, până la punctul de a se oferi voluntar să facă lucruri care sunt neplăcute;
- se simte incomodat sau lipsit de ajutor când rămâne singur, din cauza fricii exagerate de a nu fi în stare să aibă grijă de sine;
- caută urgent altă relație drept sursă de solitudine și suport când o relație strânsă se termină;
- este exagerat de preocupat de frica de a nu fi lăsat să aibă grijă de sine.

TULBURAREA DE PERSONALITATE OBSESIV-COMPULSIVĂ

A. Un pattern pervaziv de preocupare pentru ordine, perfecționism și control mental și impersonal, în detrimentul flexibilității, deschiderii și eficienței, începând precoce în perioada adultă și prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puțin patru dintre următoarele:

- este preocupat de detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau planuri, în așa măsură că obiectivul major al activității este pierdut;
- prezintă perfecționism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor;
- este excesiv de devotat muncii și productivității, mergând până la excluderea activităților recreative și a amicitțiilor;
- este hiperconștiincios, scrupulos și inflexibil în probleme de moralitate, etică sau valori;
- este incapabil să se debaraseze de obiecte uzuale sau inutile, chiar când acestea nu au nicio valoare sentimentală;
- refuză să delege sarcini sau să lucreze cu alții în afară de cazul când aceștia se supun exact modului lui de a face lucrurile;
- adoptă un stil avar de a cheltui, atât față de sine, cât și față de alții, banii fiind văzuți ca ceva ce trebuie strâns pentru eventuale catastrofe;
- prezintă rigiditate și obstinație.

Diagnostic funcțional

În stabilirea diagnosticului funcțional se va ține seama de:

1. tipul tulburării de personalitate;
2. frecvența și intensitatea decompensărilor (nevrotic, psihotic);
3. durata decompensărilor;
4. răspunsul terapeutic și calitatea remisiunilor;
5. integrarea socio-profesională și profesională;
6. profesiunea;
7. toxicofiliile asociate;

8. alte afecțiuni somatice asociate;
9. alte afecțiuni psihice asociate (axa I)
10. vârsta în corelație cu procesele involutive și deteriorative.

Aceste date vor fi obținute printr-o anamneză minuțioasă, corelată cu ancheta socială urmărind depistarea unor date amănunțite privind atât activitatea profesională, cât și comportamentul longitudinal în familie și societate. Examenul psihologic aduce date privitoare la posibilele elemente deteriorative, precum și date care evidențiază trăsăturile dominante în cazul tulburărilor mixte de personalitate.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Decompensări de scurtă durată, cu frecvență rară (1-2 pe an), de intensitate nevrotică, cu remisii bune, spontane sau sub tratament	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Decompensări mai dese (2-3 pe an), de durată mai lungă, nevrotice, cu exacerbări comportamentale, eventual în asociere cu consum de toxice, compensate parțial terapeutic	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate
Decompensări frecvente (mai mult de 3 pe an), de intensitate psihotică, eficiență terapeutică slabă, asociere de consum de toxice cu eventuale elemente deteriorative. Dificultăți majore de relaționare socio-profesională, conflictualitate marcată, eșecuri repetate de schimbare a locului de muncă	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

SINDROMUL POSTCOMOȚIONAL

Survine după un traumatism cranian suficient de grav pentru a provoca pierderea conștiinței.

Criterii de diagnostic clinic

Simptomatologie variată:

- cefalee;
- vertij;
- oboseală;
- iritabilitate;
- dificultate de concentrare;
- alterarea memoriei;
- diminuarea toleranței la stres, emoții sau alcool.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice și a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Prezența tulburărilor 6 luni-1 an	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Alterarea funcției cognitive	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

REAȚIA LA UN FACTOR DE STRES IMPORTANT ȘI TULBURĂRILE DE ADAPTARE

Un eveniment în mod particular stresant determină o reacție acută sau o schimbare în mod particular marcată în viața persoanei respective, comportând consecințe dezagreabile și durabile și dezvoltând o tulburare de adaptare.

Aceste tulburări sunt consecința directă a unui factor de stres acut important sau a unui traumatism persistent, sunt răspunsuri de neadaptare la acești factori în măsura în care ele interferă cu mecanismele adaptative eficiente și împiedică astfel funcția socială.

1. REACȚIA ACUTĂ LA UN FACTOR DE STRES

Criterii de diagnostic clinic

- tulburare tranzitorie la o persoană care nu prezintă tulburarea mentală manifestă;
- este determinată de factor de stres fizic sau psihic, dispărând după câteva ore, zile;
- este influențată de vulnerabilitatea individuală de a face față unui traumatism;
- simptomatologie mixtă și variabilă:
 - a. stare de buimăcire caracterizată printr-o oarecare îngustare a câmpului conștienței și a atenției;
 - b. imposibilitatea de a integra stimuli;
 - c. dezorientare, stupoare disociativă sau agitație cu hiperactivitate (reacția de a fugi);
 - d. simptome neurovegetative de anxietate, de panică: tahicardie, transpirații, valuri de căldură;
 - e. apar la câteva minute după eveniment, dispar după câteva ore, până la 2-3 zile;
 - f. poate exista amnezia parțială sau completă a episodului.
- persistența simptomelor determină modificări de diagnostic.

2. STARE DE STRES POSTTRAUMATIC

Este o tulburare care se constituie ca răspuns diferit sau prelungit la o situație sau un eveniment stresant (de scurtă sau lungă durată), în mod excepțional, amenințător sau catastrofic, care ar provoca simptome evidente de disperare la cele mai multe persoane.

Criterii de diagnostic clinic

- revenirea repetată a evenimentului traumatic în amintiri invadante; vise; cosmaruri;
- apar în context durabil de „anestezie psihică” și de stări emoționale, de detașare în raport cu ceilalți;
- insensibilitate la mediu, anhedonie;
- evitarea activităților sau situațiilor care pot redeștepta amintirea traumei;
- hiperactivitate neurovegetativă cu hipervigilență, insomnie asociată cu anxietate, depresie, idei suicidare;
- perioada dintre traumă și apariția simptomelor variază de la săptămâni la câteva luni;
- evoluție fluctuantă spre vindecare sau evoluție cronică pe durată mare de câțiva ani antrenând o modificare durabilă a personalității.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice și a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
1, 2 – evoluție spre vindecare	Fără deficiență psihică	0-19%	Păstrată
1, 2 – evoluție de aproximativ 6 luni	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
1, 2 – evoluție de peste 6 luni	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate, timp limitat

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.

TULBURĂRILE DISOCIATIVE

Criterii de diagnostic

Tulburările disociative se definesc în DSM-IV-TR ca fiind caracterizate, în principal, de perturbarea „conștienței, memoriei, identității sau percepției mediului”. Disocierea reprezintă un mecanism de apărare împotriva traumelor, care ajută persoanele să se îndepărteze de traumă atunci când aceasta se produce. DSM-IV-TR recunoaște patru tulburări disociative specifice: amnezia disociativă, fuga disociativă, tulburarea disociativă a identității și tulburarea de personalizare.

1. AMNEZIA DISOCIATIVĂ

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Perturbarea predominantă constă dintr-unul sau mai multe episoade de incapacitate de a-și reaminti informații personale importante, de obicei de natură traumatizantă sau stresantă, de amploare prea mare pentru a putea fi explicate prin uitarea obișnuită.
- B. Perturbarea nu apare exclusiv pe parcursul unei tulburări disociative de identitate, al fugii disociative, al unei tulburări de stres posttraumatic, pe fondul unei tulburări acute de stres sau al tulburării de somatizare și nu este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei substanțe sau ale unei tulburări neurologice ori ale unei alte condiții medicale generale.
- C. Simptomele cauzează suferințe semnificativă clinic sau alterare socială, ocupațională sau manifestă în alte domenii importante de funcționare.

2. FUGA DISOCIATIVĂ

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Perturbarea predominantă este plecarea bruscă, neașteptată, de acasă sau de la locul obișnuit de muncă, cu incapacitatea reamintirii propriului trecut.
- B. Confuzie în legătură cu identitatea personală sau asumarea unei noi identități.
- C. Tulburarea nu apare exclusiv în cursul unei tulburări disociative a identității și nu este determinată de efectele fiziologice directe ale unei substanțe sau ale unor condiții medicale generale.
- D. Simptomele cauzează suferință semnificativă clinic sau alterare socială, ocupațională sau manifestă în alte domenii importante de funcționare.

3. TULBURAREA DISOCIATIVĂ A IDENTITĂȚII

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Prezența a două sau mai multe identități sau stări de personalitate (fiecare cu propriul pattern relativ durabil de percepție, relaționare și gândire despre mediu și self).
- B. Cel puțin două dintre aceste identități sau stări de personalitate preiau repetat controlul comportamentului persoanei.
- C. Incapacitatea de a-și reaminti informații personale importante, prea extinsă pentru a putea fi explicată prin uitarea obișnuită.
- D. Tulburarea nu este determinată de efectele fiziologice directe ale unei substanțe sau ale unei condiții medicale generale.

4. TULBURAREA DE DEPERSONALIZARE

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Trăiri persistente sau recurente de detașare, ca și cum cineva ar fi un observator exterior al propriilor procese mintale sau al propriului corp.
- B. În cursul trăirii de depersonalizare testarea realității rămâne intactă.
- C. Depersonalizarea produce suferință semnificativă clinic sau alterări sociale, ocupaționale sau în alte domenii importante ale funcționării.
- D. Trăirea de depersonalizare nu apare exclusiv în cursul unei tulburări mintale, cum ar fi schizofrenia, tulburarea de panică, tulburarea de stres acută sau o altă tulburare disociativă și nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe sau ale unei condiții medicale generale.

5. STUPOR DISOCIATIV

Criterii de diagnostic clinic

- diminuarea sau absența mișcărilor voluntare în prezența unei reactivități normale la stimuli externi;
- absența unei suferințe somatice;
- prezența evenimentelor psihotraumatizante recente.

6. TULBURĂRI DE TRANSĂ ȘI POSESIUNE

Criterii de diagnostic clinic

- pierderea tranzitorie a conștiinței proprii identității, asociată cu conservarea perfectă a conștiinței mediului înconjurător;
- survin în afara controlului religios sau cultural al persoanei;
- nu sunt determinate de suferințe somatice.

7. TULBURĂRI MOTORII DISOCIATIVE

Criterii de diagnostic clinic

- pierderea capacității de a mișca o parte sau totalitatea unui membru sau a mai multor membre;
- se pot asemăna cu toate formele de atacuri, apraxie, afonie, dizartrie, dischinezie, convulsii sau paralizii;
- nu au substrat organic.

8. CONVULSII DISOCIATIVE

Criterii de diagnostic clinic

- convulsii asemănătoare celor epileptice;
- mușcarea limbii, rămirile prin cădere sau pierderea urinei sunt rare;
- se pot asocia cu o stare de stupeoare sau de transă, dar nu este însoțită de pierderea cunoaștinței;
- nu are cauză organică sau una identificată în epilepsie.

9. ANESTEZIA DISOCIATIVĂ ȘI ATINGERILE SENZORIALE

Criterii de diagnostic clinic

- limitele teritoriilor cutanate anesteziate cuprind mai mult concepțiile personale ale pacientului privind funcționarea corpului decât cunoaștințele medicale;
- atingerea unui tip de sensibilitate cu păstrarea altora fără a respecta teritoriile anatomice, fără a corespunde unor leziuni neurologice cunoscute;
- nu este cauzată de leziuni organice.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice și a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Formele clinice 1-4	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Tulburări disociative care interferă cu activitatea profesională	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate
Stări cronice care interferă cu activitatea profesională, tulburări motorii, convulsii frecvente	Deficiență psihică accentuată	75-90%	Gradul II de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi secțiunea III. **Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURĂRI SOMATOFORME

Tulburările somatoforme se caracterizează prin simptome somatice care sugerează o condiție medicală, dar care nu sunt explicate pe deplin de condiția medicală respectivă, de uzul de substanțe sau de altă tulburare mentală. DSM-IV-TR recunoaște *cinci tulburări somatoforme specifice*: tulburarea de somatizare, tulburarea conversivă, tulburarea hipocondriacă, tulburarea dismorfică corporală și tulburarea algică; și două nespecifice: tulburarea somatoformă nediferențiată și tulburarea somatoformă nespecificată în alt mod.

1. TULBURAREA DE SOMATIZARE

Criteria de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Istoric de numeroase acuze somatice, începând înaintea vârstei de 30 ani, care se manifestă pe o perioadă de câțiva ani și determină căutarea unui tratament sau în alterare semnificativă socială, ocupațională sau manifestată în alte domenii importante ale funcționării.
- B. Fiecare dintre criteriile următoare trebuie să fi fost îndeplinit, simptomele individuale putând să apară în orice moment pe parcursul tulburării:
 - patru simptome algice: istoric de dureri legate de cel puțin patru localizări sau funcțiuni diferite;
 - două simptome gastro-intestinale: istoric de cel puțin două simptome gastro-intestinale, altele decât durerea;
 - un simptom sexual: istoric de cel puțin un simptom sexual sau reproductiv, altul decât durerea;
 - un simptom pseudoneurologic: istoric de cel puțin un simptom sau deficit care sugerează o condiție neurologică și care nu se limitează la durere.
- C. Fie 1, fie 2:
 - după investigarea adecvată, fiecare dintre simptomele de la criteriul B nu pot fi explicate pe deplin printr-o condiție medicală generală cunoscută sau prin efectele directe ale unei substanțe;
 - atunci când există o condiție medicală generală legată de simptom, acuzele somatice sau alterările sociale sau ocupaționale rezultante sunt excesive față de ceea ce ar fi de așteptat pe baza anamnezei, a examenului somatic sau a datelor de laborator.
- D. Simptomele nu sunt imitate sau produse intenționat.

2. TULBURĂRI SOMATOFORME NEDIFERENȚIATE

Categorie reziduală, folosită pentru descrierea unui tablou parțial de tulburare somatoformă.

Criteria de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Una sau mai multe acuze somatice.
- B. Fie 1, fie 2.
- C. După investigarea adecvată, simptomele nu pot fi explicate pe deplin de o condiție medicală generală cunoscută sau de efectele fiziologice directe ale unei substanțe.
- D. Atunci când există o condiție medicală generală legată de simptom, acuzele somatice sau alterările sociale sau ocupaționale rezultante sunt excesive față de ceea ce ar fi de așteptat pe baza anemnezei, a examenului somatic sau a datelor de laborator.
- E. Simptomele cauzează suferință semnificativă clinic sau alterări sociale, ocupaționale sau în alte domenii importante ale funcționării.
- F. Durata tulburărilor este de cel puțin șase luni.
- G. Tulburarea nu este explicată mai bine de o altă tulburare mintală.
- H. Simptomele nu sunt imitate sau produse intenționat.

TULBURĂRI CONVERSIVE

Se caracterizează printr-unul sau mai multe simptome neurologice asociate cu un conflict sau cu o nevoie psihologică, și nu cu o tulburare somatică, neurologică sau legată de substanțe.

4. TULBURAREA HIPOCONDRIACĂ

Frica sau convingerea, patologice, de a suferi de o boală gravă, cu toate că nicio astfel de boală nu este prezentă.

Criterii de diagnostic clinic

- preocupare persistentă privind prezența eventuală a uneia sau mai multor tulburări somatice grave și evolutive;
- interpretarea de către persoana respectivă a semnelor și senzațiilor fizice normale și anodine ca fiind patologice, anormale sau penibile;
- concentrarea atenției asupra unuia sau două organe sau sisteme;
- prezența unei depresii și anxietăți importante pot justifica un diagnostic suplimentar.

5. TULBURAREA ALGICĂ

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

- A. Durerea în unul sau mai multe sedii anatomice constituie elementul central al tabloului clinic și este de o severitate suficientă ca să justifice atenția clinică.
- B. Durerea cauzează suferință semnificativă clinic sau alterări sociale, ocupaționale sau în alte domenii importante ale funcționării.
- C. Se apreciază că factorii psihologici au un rol important în debutul, severitatea, exacerbarea sau întreținerea durerii.
- D. Simptomul sau deficitul nu sunt produse sau imitate intenționat.
- E. Durerea nu se explică mai bine de o tulburare a dispoziției, de o tulburare anxioasă sau de o tulburare psihotică și nu îndeplinește criteriile de dispareunie.

6. TULBURĂRILE FACTICE

În tulburările factice pacienții produc deliberat simptome somatice sau psihologice cu scopul de a-și asuma rolul de bolnav. În aceste tulburări, bolnavii produc intenționat semne de boli medicale sau mintale și își prezintă istoricul și simptomele altfel decât în realitate.

7. SIMULAREA

Este producerea voluntară de simptome somatice sau psihice, în vederea îndeplinirii unui scop specific.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice și a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagistice (CT), precum și a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Somatizarea Tulburări somatoforme nediferențiate	Fără deficiență psihică	0-19%	Păstrată
Interferă cu activitatea profesională (zile de incapacitate temporală de muncă); forma 1 și 2	Deficiență psihică ușoară	20-49%	Păstrată
Tulburarea hipocondriacă ce interferă cu activitatea profesională, modificări de comportament social, familial	Deficiență psihică medie	50-75%	Gradul III de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice și funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic și funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

18. INVALIDITĂȚILE CARE AFECTEAZĂ IREVERSIBIL CAPACITATEA DE MUNCĂ

1. Afecțiunile oftalmologice care duc la scăderea acuității vizuale sub 1/20 la ambii ochi, în stadiul irecuperabil medical sau chirurgical;
2. Amputațiile de membre toracale (antebraț, braț, mână) sau de membre pelvine (coapsă, gambă, picior) neprotezabile;
3. Spondilita anchilozantă în formă avansată;
4. Poliartrita cronică deformantă, cu impotență funcțională accentuată, rebelă la tratament;
5. Anchiloza de șold bilaterală;
6. Ciroza hepatică, cu insuficiență hepatică ireductibilă;
7. Insuficiența cardiacă ireductibilă;
8. Hipertensiunea pulmonară severă, cu complicații grave, ireversibile;
9. Insuficiența respiratorie cronică, cu indicație de oxigenoterapie de lungă durată;
10. Insuficiența renală cronică, în stadiul de uremie depășită prin mijloace de epurare extrarenală (hemodializă, dializă peritoneală, plasmafereză, hemofiltrare arterio-venoasă continuă);
11. Afecțiunile neoplazice, stadiul IV, cu metastaze sau în stadiul III, forme inoperabile, cu complicații;
12. Afecțiunile genetice care determină deficiență funcțională ireversibilă prin tratament sau prin tehnici recuperatorii diverse;
13. Sechelele poliomielitei anterioare – indiferent de gradul de invaliditate în care este încadrat;
14. Sechelele encefalopatiilor infantile (deficite motorii) – indiferent de gradul de invaliditate în care este încadrat;
15. Boala Parkinson în formă avansată, rebelă la tratament, cu fenomene *on-off*;
16. Scleroza multiplă în formă primar sau secundar progresivă, cu examen RMN sugestiv și deficite motorii definitive, anchiloze secundare, tulburări de coordonare, vorbire, tulburări de vedere;
17. SLA;
18. Para- și tetraplegiile secundare postraumatismе vertebro-medulare, tumori etc., cu sau fără secțiune medulară;
19. *Miastenia gravis*, forma avansată sub tratament, cu tulburări de deglutiție, fonație și cu crize respiratorii frecvente;
20. Polineuropatiile ereditare, cu deficite motorii și modificări trofice (Charcot - Marie, boala Frederich etc.);
21. Eredoataxiile (boala Pierre-Marie, degenerative etc.);
22. Distrofiile musculare progresive;
23. Coreea Huntington;
24. Deficite motorii și/sau afaziile definitive sechelare – AVC, tumorale (evoluție staționară după doi ani de la episodul acut);
25. Demența – stadiu sever;
26. Retardarea mentală gravă și profundă;
27. Sindromul cohleo-vestibular cronic cu tulburări majore de echilibru;
28. Infecția HIV/SIDA în stadiile: C1, C2, C3; formele HIV/SIDA încadrabile în gradul I.

19. BAREM DE INVESTIGAȚII NECESARE PENTRU STABILIREA DEFICIENȚEI FUNCȚIONALE, A INCAPACITĂȚII ADAPTATIVE ȘI A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN PATOLOGIA INVALIDANTĂ

(1) Pentru stabilirea corectă a deficienței funcționale, incapacității adaptative și a capacității de muncă sunt necesare *investigații specifice* fiecărei categorii patologice invalidante. Acestea cuprind teste biologice, explorări funcționale, explorări imagistice etc.

(2) Investigațiile specifice sunt necesare pentru:

- obiectivarea manifestărilor clinice de boală;
- stabilirea severității afecțiunii;
- evaluarea răspunsului la tratament;
- monitorizarea evoluției.

(3) Investigațiile solicitate (efectuate) pentru stabilirea deficienței funcționale, a incapacității adaptative și a capacității de muncă pot fi:

- a) **obligatorii** – investigații ale căror rezultate sunt *indispensabile* pentru evaluarea corectă a cazului; nu necesită condiții speciale de dotare tehnică sau de personal; cu costuri reduse;
- b) **suplimentare** – investigații care completează și susțin diagnosticul clinic și funcțional; solicitarea acestora este facultativă; vor fi solicitate numai în cazul în care nu implică eforturi financiare sau de deplasare pentru asigurat.
- c) **speciale** – utile, dar nu obligatorii; costisitoare și greu accesibile.

(4) **Investigația socială** (cercetarea de teren) se efectuează la domiciliu și/sau la domiciliu. Furnizează date pentru confirmarea diagnosticului clinic și/sau a pierderii capacității de autoservire. Sunt recomandate în cazul afecțiunilor psihice, al epilepsiei, sechelelor invalidante post AVC, în cazul afecțiunilor oftalmologice severe. În anumite situații devine investigație obligatorie.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE RESPIRATORII CRONICE

1. Investigații obligatorii

a) Funcționale

- *spirometria* – evaluarea severității disfuncției ventilatorii, monitorizarea evoluției și a răspunsului la tratament;
- **electrocardiograma** – evidențierea tulburărilor de ritm, semne de cord pulmonar cronic;

b) Imagistice

- radiografie toraco-pulmonară standard.

2. Investigații suplimentare

a) Funcționale

- test bronhodilatator;
- măsurarea saturației cu oxigen a sângelui arterial (SaO₂) – cu pulsoximetru digital;
- test de efort – testul de mers ± monitorizarea SaO₂ (BPOC și fibrozele pulmonare).

b) Imagistice

- ecografie cardiacă – modM, eco Doppler – în cordul pulmonar cronic, pentru evidențierea semnelor de hipertensiune pulmonară și estimarea presiunii din artera pulmonară;
- tomografie computerizată (CT), tomografie computerizată de înaltă rezoluție (HRCT).

3. Investigații speciale

- măsurarea gazelor sanguine (insuficiența respiratorie cronică);
- test de efort cardio-pulmonar standardizat (de laborator);
- teste de transfer gazos, teste de elasticitate pulmonară.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE CARDIOVASCULARE

BOALA CARDIACĂ ISCHEMICĂ STABILĂ (BCI)

1. Investigații obligatorii

- electrocardiogramă (ECG);
- test ECG de efort sau teste de stres farmacologic;
- ecocardiografie.

2. Investigații suplimentare:

- testul de stres farmacologic ecocardiografic/scientigrafic;
- monitorizarea ambulatorie ECG – 24/48 ore (Holter ECG).

3. Investigații speciale:

- CT cu secțiuni multiple (MSCT) pentru evidențierea arterelor coronare;
- coronarografia;
- tomografia cu emisie de pozitroni (PET).

Hipertensiunea arterială esențială

Investigații obligatorii:

- examene de laborator: glicemie, spectru lipidic, creatinină, potasemie, examen de urină;
- electrocardiogramă (ECG)
- examen fund de ochi (FO) (stadiul modificărilor);
- ecocardiografie (metoda de elecție pentru diagnosticul HVS prin măsurarea SIV, PPVS).

Investigații suplimentare:

- ecografie vasculară (aortă, artere carotide, artere renale);
- monitorizarea ambulatorie a TA 24/48 ore (Holter TA).

HIPERTENSIUNEA SECUNDARĂ

Renală

Investigații obligatorii:

- examene de laborator, test Addis-Hamburger, proba de concentrație, ionogramă urinară, hemo-leucogramă, VSH, creatinină (clearance creatinină), acid uric, proteinurie/microalbuminurie;
- ecografie renală, ecocardiografie, ecografie vasculară renală (HTA reno-vasculară);
- examen fund de ochi (FO);
- electrocardiogramă (ECG).

Investigații suplimentare:

- monitorizarea ambulatorie a TA 24/48 ore;
- urografie intravenoasă standard;
- uretro-pielografie ascendentă;
- scintigrafia renală;
- angiografia renală (HTA renovasculară);
- tomodensitometria renală (dacă rinichiul polichistic nu a putut fi diagnosticat prin alte metode).

Investigații speciale:

- puncția biopsie renală.

Endocrină

Investigații obligatorii:

- dozări urinare/plasmatic de catecolamine (feocromocitom);
- dozarea cortizolului în urină (sindrom Cushing);
- kaliemia sanguină, aldosteron plasmatic (hiperaldosteronism);
- electrocardiogramă (ECG);
- ecocardiografie (pentru diagnosticul HVS);
- examen fund de ochi (FO).

Investigații suplimentare:

- ecografia abdominală (identifică tumori cu diametrul > 3cm) (feocromocitom).

Investigații speciale:

- tomografia (CT) (feocromocitom);
- scintigrafia cu MIBG marcat cu I 131 (cea mai mare specificitate în localizarea feocromocitomului);
- rezonanța magnetică nucleară (RMN) (feocromocitom, adenom secretant de aldosteron).

BOLI CARDIACE CONGENITALE: (*defect septal atrial (DSA), defect septal ventricular (DSV, persistența de canal arterial (PCA), stenoză aortică congenitală (StAo), coarctație de aortă (CoA) stenoză pulmonară(StP).*

Investigații obligatorii:

- electrocardiogramă (ECG);
- examen radiologic cardio-pulmonar;
- ecocardiografie.

Investigații suplimentare:

- ecografie transesofagiană;
- RMN cardiac și aortă.

Investigații speciale:

- cateterism cardiac drept și stâng cu măsurare de saturații și presiuni;
- angiografia aortei (CoA);
- coronarografia (StAo, CoA);
- CT aortă, CT cu secțiuni multiple (MSCT).

CARDIOMIOPATII: (*cardiomiopatia dilatativă (CMD), cardiomiopatia hipertrofică (CMH).*

Investigații obligatorii:

- electrocardiogramă (ECG);
- ecocardiografie;
- radiografia cardio-pulmonară.

Investigații speciale:

- coronarografie;

- cateterism cardiac;
- explorări radionucleare;
- biopsie endomiocardică;
- tomografia cu emisie de pozitroni (PET);
- rezonanța magnetică nucleară (RMN).

VALVULOPATHII

Investigații obligatorii:

- electrocardiogramă (ECG);
- ecocardiografie;
- radiografia cardio-pulmonară.

Investigații suplimentare:

- ecocardiografia transesofagiană;
- test de toleranță la efort.

Investigații speciale:

- cateterism cardiac;
- scintigrafie miocardică;
- ventriculografie/aortografie/coronarografie.
- CT cu secțiuni multiple (MSCT);
- RMN cardiac.

TULBURĂRILE DE RITM ȘI CONDUCERE

Investigații obligatorii:

- electrocardiograma (ECG) (dacă e posibil, un traseu lung de 2-3 minute);
- monitorizarea electrogardiografică ambulatorie 24/48 ore (Holter ECG);
- ecocardiografia.

Investigații suplimentare:

- test de efort (bolnavii cu BCI pot dezvolta tulburări de ritm la un nivel redus de efort și post efort).

Investigații speciale

- studii de electrofiziologie.

CORDUL PULMONAR CRONIC

Investigații obligatorii:

- radiografia pulmonară;
- electrocardiograma (ECG);
- explorări funcționale respiratorii;
- ecocardiografia.

Investigații suplimentare

- monitorizarea electrogardiografică ambulatorie 24/48 ore (Holter ECG)

Investigații speciale:

- RMN cardiac și pulmonar;
- scintigrafia pulmonară de perfuzie;
- angiografia pulmonară;
- cateterismul cordului drept – în cordul pulmonar de cauză vasculară.

ARTERIOPATIILE PERIFERICE OBSTRUCTIVE

Investigații obligatorii:

- indicele gleznă/braț (IGB) – stabilește diagnosticul și severitatea bolii;
- eco-Doppler vascular.

Investigații suplimentare:

- oscilometrie;
- testul de efort standardizat.

Investigații speciale:

- arteriografia;
- angioRMN;
- CT cu secțiuni multiple (MSCT);
- oximetria transcutanată.

BOLILE VENELOR

Investigații suplimentare

- ecografia venoasă.

Investigații speciale:

- pletismografia;
- rezonanța magnetică (alternativa ecografiei în studiul anatomiei și al fluxului venos);
- venografia cu substanță de contrast;
- scintigrafia cu fibrinogen marcat;
- tomografia computerizată.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE APARATULUI DIGESTIV

Investigații obligatorii:

a) *examene de laborator biochimice și hematologice de uz curent:*

- testele biochimice (TFH – teste funcționale hepatice), care includ:
 - dozări de aminotransferaze (AT);
 - fosfataza alcalină (FA);
 - gama-glutamil transpeptidaza (GGT);
 - bilirubinemia totală și fracțiuni;
 - serinemia;
 - gama-globulinemia;
 - markeri virali.
- bilanțul hematologic:
 - dozarea hemoglobinei (Hb) și a hematocritului (Ht) – pentru evaluarea severității anemiei;
 - în hepatitele cronice include o hemogramă completă și evaluarea hemostazei – indicator fidel al funcției hepatice (TP = timpul de protrombină).

b) *explorări imagistice:*

- ecografie abdominală;
- tranzit baritat eso-gastro-duodenal;

Investigații suplimentare:

- teste imunologice;
- markeri oncologici;
- investigații endoscopice specifice segmentelor de tub digestiv afectate – endoscopie esogastrică, colonică, rectală.

Investigații speciale

- ecoendoscopie, CT, RMN;
- investigații specifice chirurgiei generale prin laparoscopie, injectare de substanțe de contrast;
- examen histopatologic al diverselor fragmente de țesut prelevat prin abord chirurgical, endoscopic sau prin puncție de organ.

Teste speciale pentru diagnosticul etiologic al hepatitelor cronice:

- teste screening pentru markerii de infecție cu virusurile B, C etc., completate în caz de pozitivitate cu teste pentru stadiul de evoluție a infecției;
- teste pentru diagnosticul etiopatogeniei autoimune (ANA, ASMA, anti-LKM1) sau speciale (ASGPR, pANCA);
- dozări de ceruloplasmină, cupremie, cuprurie (b. Wilson);
- dozări de feritină în hemocromatoză;
- dozări de alfa-antitripsină în deficitul de alfa-antitripsină;
- biopsia hepatică (BH) – singura investigație care permite aprecierea leziunilor tisulare.
- fibromax.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE RENALE

Investigații obligatorii

a) explorări de laborator:

- examenul sumar de urină;
- sediment urinar cantitativ (Stansfeld-Webb, Addis-Hamburger);
- proteinuria/24 ore;
- proteinemie, albuminemie și electroforeza proteinelor serice;
- colesterolemia și trigliceridemie;
- sindrom biologic inflamator (VSH, fibrinogen);
- uree și creatinină serică;
- estimarea filtrării glomerulare (*clearance*-ul creatininei și al ureei endogene, ecuația Cockcroft sau MDRD);

b) explorare imagistică renală (ecografie).

Investigații suplimentare

- explorări adecvate diferitelor complicații asociate.
- bilanț hidro-electrolitic și acido-bazic (sodiu, potasiu, bicarbonat în ser);

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN DIABETUL ZAHARAT

Investigații obligatorii

- glicemie;
- măsurarea tensiunii arteriale (TA);
- electrocardiogramă (ECG);
- examen fund de ochi (FO) prin oftalmoscopie directă;
- indicele gleznă/braț (IGB) sau oscilometrie (dacă nu sunt posibilități de determinare a IGB);
- proteinurie;
- examen sumar urină (obligatoriu prezența/absența corpurilor cetonice, ±evaluare cantitativă – Addis-Hamburger etc.);
- creatinină serică (clearance la creatinină).

Investigații suplimentare

- hemoglobina glicozilată (HbA1c) (controlul terapeutic);
- microalbuminurie (diagnostic de nefropatie incipientă, controlul diabetului);
- ecocardiografie (diagnostic de cardiomiopatie diabetică – îngroșarea SIV, PPVS);
- ecografie vasculară Doppler a vaselor gâtului (diagnosticul macroangiopatiei cerebrale);
- examenul clinic neurologic (dacă există simptome sau semne neurologice) poate oferi elemente funcționale prin diagnosticarea neuropatiei diabetice: absența ROT, tulburări de sensibilitate, atrofii musculare etc.;
- test de efort (TE), doar la diabeticii simptomatici (angină pectorală) sau cu modificări ECG.

Investigații speciale

- determinarea vitezei de conducere nervoasă (VCN) – motorie și senzitivă (a nervului median) (diagnosticul neuropatiei periferice);
- tomografia computerizată (CT) cerebrală (diagnosticul complicațiilor vasculare cerebrale);
- rezonanța magnetică nucleară (RMN) cerebrală (diagnosticul complicațiilor vasculare cerebrale);
- angiografia radionucleară cardiacă (diagnosticul de acuratețe al cardiomiopatiei diabetice);
- angiografia cu fluoresceină (diagnosticul microanevrismelor, microhemoragiilor retiniene);
- ecografia oculară;
- electroretinograma (ERG) (diagnosticul modificărilor funcționale retiniene precoce);
- fluorometria vitreană (detectarea precoce a retinopatiei diabetice);
- teste pentru diagnosticul neuropatiei vegetative.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE ENDOCRINE

Investigarea morfologică și funcțională a glandelor endocrine se realizează prin teste specifice și tehnici imagistice care, de regulă, se efectuează numai în centre specializate. Sunt de asemenea necesare investigații suplimentare pentru evaluarea efectelor sistemice ale disfuncțiilor endocrine.

Patologia hipofizară

Investigații imagistice

1. care evidențiază **modificări morfologice ale hipofizei** – radiografia de profil a șei turcești;
2. care pun în evidență **modificări osoase și articulare** – radiografii craniu, oase lungi, oase mici, coloană vertebrală (acromegalie și gigantism);
3. pentru aprecierea vârstei osoase prin **nuclei de osificare** (nanism hipofizar).

Investigarea funcției hipofizare

- **STH** – teste de stimulare cu insulină, L- Dopa, L- arginină;
- teste de supresie – hiperglicemie provocată;
- **Prolactina** – teste de stimulare la TRH;
– teste de supresie – cu L-Dopa.
- **ACTH** – teste de stimulare la ACTH, insulină, metyrapone, CRH ovin;
– teste de supresie – cu dexametazonă;
- **TSH** – funcția bazală tiroidiană, prin determinarea nivelului plasmatic al hormonilor tiroidieni (T3, T4, TBI);
- **LH, FSH** – prin determinarea nivelului plasmatic bazal de LH, FSH;
– teste de stimulare cu hormoni gonadotropi.

Obs. În funcție de nivelul bazal al hormonilor se evaluează răspunsul secretor prin teste de stimulare, individual sau combinat.

Patologia tiroidiană

Investigații imagistice:

1. ecografia tiroidiană – identificarea nodulilor tiroidieni cu diametrul de 1-3 mm.
2. RMN, tomografie computerizată – pentru diagnosticul diferențial al nodulilor maligni.
3. scintigrafia tiroidiană, eventual termografie.

Investigarea funcției tiroidiene:

- radioiodocaptarea tiroidiană;
- dozarea hormonilor tiroidieni;
- tiroxina serică (T4);
- revers T3 (rT3);
- tiroglobulina;
- TSH (hormonul tireotrop hipofizar) – nivelul seric al TSH corelează invers cu nivelul plasmatic al hormonilor tiroidieni; este cel mai util test, atât în hipo- cât și în hipertiroidii;
- Anticorpi antitiroidieni (antitireoglobulina, antireceptori TSH, T3, T4, antiperoxidază tiroidiană);
- biopsia tiroidiană.

Patologia suprarenală

Explorarea corticosuprarenalei

I. Investigații imagistice (morfologice) indicate pentru localizarea tumorilor:

1. ultrasonografia;
2. radiografia simplă sau cu substanță de contrast (MIBG – metaiodobenzylguanidină);
3. tomografie computerizată;
4. rezonanță magnetic nucleară;

Investigații funcționale:

- dozarea cortizolului plasmatic;
- dozarea cortizolului urinar;
- concentrația plasmatică a ACTH (eventual teste de stimulare /supresie);
- activitatea reninei plasmatică (ARP);
- dozarea aldosteronului plasmatic și urinar;
- în funcție de linia endocrino - metabolică afectată, mai pot fi necesare: dozarea electroliților în sânge și în urină, glicemia bazală, eventual hiperglicemia provocată.

Explorarea medulosuprarenalei:

- dozarea catecolaminelor și a metaboliților plasmatici;
- dozarea catecolaminelor urinare;
- acidul vanil – mandelic (VMA) – feocromocitom.

Patologia paratiroidiană

Explorarea directă:

- dozarea radioimunologică a parathormonului (PTH) circulant.

Explorarea indirectă:

- calcemia/calciuria;
- fosfatemia/fozfaturia;
- fosfataza alcalină;
- explorarea scheletului – radiografie, scintigrafie osoasă;
- evaluarea funcției renale:
 - a. diagnostic diferențial;
 - b. evidențierea efectelor renale – nefrocalcinosa, nefrita interstițială, litiaza renală;

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE REUMATISMALE

POLIARTRITA REUMATOIDĂ (PR)

Explorări obligatorii:

- radiografia mâinii bilateral (față) – la pensionare și în caz de agravare;
- radiografia antepicioare bilateral (față) – la pensionare și în caz de agravare;
- factor reumatoid (latex – Waaler-Rose) – la pensionare;
- VSH – la fiecare revizuire ;
- fibrinogen – la fiecare revizuire;
- proteina C reactivă – la fiecare revizuire;
- hemograma – la fiecare revizuire;
- testări articulare – în PR stadiile III –IV cu redori, anchiloze, luxații observate la examenul clinic;
- radiografii coxofemorale, genunchi, coate sau coloană cervicală (profil), **dacă** la examenul clinic se constată redori la nivelul acestor articulații – la pensionare sau agravare
- TGO, TGP, electroforeză, uree, creatinină – la fiecare revizuire, **dacă** pacientul este în tratament cu DMARDs: Methotrexat, Sulfasalazină (Salazopirină), Leflunomid (Arava), Infliximab (Remicade), Etanercept (Enbrel), Adalimumab (Humira);
- radiografie pulmonară – la fiecare revizuire anuală, **dacă** pacientul este în tratament cu Methotrexat, Infliximab (Remicade), Etanercept (Enbrel), Adalimumab (Humira);
- spiogramă – la fiecare revizuire anuală, **dacă** pacientul este în tratament cu Methotrexat.

Explorări suplimentare:

- Ac anti CCP;
- IgM, IgG;
- complementul seric și fracțiunile sale;
- ecografie articulară;
- tomografia computerizată;
- rezonanța magnetică nucleară;
- scintigrafia osoasă.

SPONDILARTRITELE SERONEGATIVE:

Spondilartrita anchilozantă (SA)

Explorări obligatorii:

- radiografie de bazin pentru sacroiliace – la pensionare;
- radiografie de coloană dorsolombară (profil) – la pensionare;
- radiografie de coloană cervicală (profil) – la pensionare sau în caz de agravare;
- radiografia mâinii bilateral (față) și antepicioare bilateral (față) – doar pentru S.A. în forma periferică – la pensionare sau agravare;
- VSH – la fiecare revizuire ;
- fibrinogen – la fiecare revizuire;
- proteina C reactivă – la fiecare revizuire;
- hemograma – la fiecare revizuire;
- examen oftalmologic – la fiecare revizuire anuală;
- spiogramă – la fiecare revizuire anuală;
- testări articulare de coloană vertebrală – la pensionare sau în caz de agravare;
- radiografie de bazin pentru coxofemorale – **dacă** pacientul prezintă dureri (suspeciiune de coxită) sau redori la nivelul șoldurilor – la pensionare sau în caz de agravare;
- radiografie de genunchi, umeri, coate – **dacă** la examenul clinic se constată redori la nivelul acestor articulații – la pensionare sau în caz de agravare;
- testări articulare – șolduri, genunchi, glezne, umeri, coate, **dacă** la examenul clinic se constată redori la nivelul acestor articulații.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):

- scintigrafie sau tomografie computerizată de bazin pentru articulațiile sacroliliace și coxofemorale;
- antigenul HLAB₂₇ – dacă se pune problema diagnosticului diferențial;
- studiul lichidului sinovial.

ARTRITELE REACTIVE (AR) sau Sindromul Reiter – Fiessinger –Leroy (RFL)

Explorări obligatorii:

- radiografie de bazin pentru sacroiliace – la pensionare;
- radiografie de coloană dorsolombară (profil) – la pensionare;
- radiografia mâinii bilateral (față), antepicioare bilateral (față) sau alte articulații afectate – la pensionare sau în caz de agravare;
- VSH – la fiecare revizuire;
- fibrinogen – la fiecare revizuire;
- proteina C reactivă – la fiecare revizuire;
- hemograma – la fiecare revizuire;
- examenul oftalmologic – la fiecare revizuire anuală;
- testări articulare – la pensionare sau în caz de agravare;
- testări articulare – coloana vertebrală, șolduri, genunchi, glezne, umeri, coate etc. – **dacă** la examenul clinic se constată dureri sau redori la nivelul acestor articulații.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):

- antigenul HLAB₂₇ – **dacă** se pune problema diagnosticului diferențial;
- anticorpii specifici: anti Schigella, anti Klepsiella, anti Salmonella etc.;
- tomografia computerizată axială;
- scintigrafie osoasă;
- R.M.N.;
- studiul lichidului sinovial.

ARTROPATIA PSORIAZICĂ (AP)

Explorări obligatorii:

- radiografie de bazin pentru sacroiliace – la pensionare;
- radiografie de coloană dorsolombară (față + profil) – la pensionare;
- radiografia mâinii bilateral (față), antepicioare bilateral (față) sau alte articulații afectate – la pensionare sau în caz de agravare;
- radiografie de bazin pentru coxofemorale – **dacă** pacientul prezintă dureri (suspiciune de coxită) sau redori la nivelul șoldurilor – la pensionare sau în caz de agravare;
- VSH – la fiecare revizuire;
- fibrinogen – la fiecare revizuire;
- proteina C reactivă – la fiecare revizuire;
- hemograma – la fiecare revizuire;
- acid uric – la fiecare revizuire;
- examen dermatologic – la pensionare sau în caz de agravare;
- testări articulare de coloană vertebrală – la pensionare sau în caz de agravare;
- testări articulare – șolduri, genunchi, glezne, umeri, coate, dacă la examenul clinic se constată redori la nivelul acestor articulații.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):

- factorul reumatoid (Latex, Waaler Rose) – pentru diagnostic diferențial;
- imunoelectroforeza;
- complexe imune;
- studiul lichidului sinovial.

LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMATIC (LES)

Explorări obligatorii:

- hemogramă completă – la fiecare revizuire;
- VSH – la fiecare revizuire;
- proteina C reactivă – la fiecare revizuire;
- complementul seric – la fiecare revizuire;
- FAN – la fiecare revizuire;
- celule lupice – la fiecare revizuire;
- uree și creatinină – la fiecare revizuire;
- ac. anti AND dublu catenar – la pensionare;
- EKG – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):

- complexe imune;
- timp de coagulare;
- timp de protombină;
- anticorpii anti-ADN dublu catenar;
- HLA DR2 sau DR3 – DR4;
- factor reumatoid;
- electroforeza;
- biopsie renală, tegumentară și ganglionară.

SCLERODERMIA SISTEMICĂ (Ss)

Explorări obligatorii:

- hemogramă completă – la fiecare revizuire;
- VSH – la fiecare revizuire;
- proteina C reactivă – la fiecare revizuire;
- anticorpii antinucleari – la pensionare;
- anticorpi antinucleari specifici (anticorpii anti-Sc 170, anticentromer și anti-Ro) – la pensionare;
- complementul seric – la fiecare revizuire;
- EKG – la fiecare revizuire;
- tranzit baritat pentru esofag – dacă prezintă disfagie;
- radiografie mâini bilateral (față) – dacă prezintă modificări la ex. clinic;
- rx.pulmonar) – dacă prezintă dispnee;
- probe funcționale respiratorii – dacă prezintă dispnee.

Explorări suplimentare:

- utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile);
- complexe imune;
- biopsie cutanată.

POLIMIOZITA SAU DERMATOMIOZITA

Explorări obligatorii:

- transaminaze – la fiecare revizuire;
- VSH – la fiecare revizuire;
- proteina C reactivă – la fiecare revizuire;
- electroforeza – la fiecare revizuire;
- creatinkinaza – la pensionare;
- aldolaza – la pensionare;
- mioglobina – la pensionare.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):

- EMG;
- biopsia musculară;
- capilaroscopia periunghială.

VASCULITELE

Poliarterita nodoasă sau ***periartrita nodoasă (PAN)***

Explorări obligatorii:

- hemogramă – la fiecare revizuire;
- VSH – la fiecare revizuire;
- Electroforeză – la fiecare revizuire;
- complementul seric – fracțiunile C3 – C4 – la fiecare revizuire;
- examen urină – la fiecare revizuire;
- dozare antigen HBs – la pensionare;
- Biopsie tegumente, mușchi, rinichi – la pensionare.

Angeita alergică și granulomatoasă (Boala Churg – Strauss)

Explorări obligatorii:

- VSH – la fiecare revizuire;
- dozarea IgE – la fiecare revizuire;
- Biopsie tegumentară – la pensionare.

Granulomatoza Wegener

Explorări obligatorii:

- hemogramă – la fiecare revizuire;
- VSH – la fiecare revizuire;
- dozarea anticorpilor anticitoplasmatici (C-ANCA) – la pensionare;
- reacția ELISA – proteinaza 3 – la pensionare;
- biopsie tegumentară sau musculară a zonelor afectate – la pensionare.

Arterita Takayasu

Explorări obligatorii:

- hemogramă – la fiecare revizuire;
- VSH – la fiecare revizuire;
- imunoglobuline – la fiecare revizuire;
- arteriografie – la pensionare.

Sindromul Behcet (SB)

Explorări obligatorii:

- hemogramă – la fiecare revizuire;
- Ig A – la fiecare revizuire;
- crioglobuline – la fiecare revizuire;
- consult dermatologic – la pensionare;
- consult oftalmologic – la revizuirea anuală.

Explorări suplimentare

- antigenul HLA-B51.

BOALA MIXTĂ A ȚESUTULUI CONJUNCTIV (BMTC)

Explorări obligatorii:

- dozarea autoanticorpilor anti-U1-RNP – la pensionare;
- hemogramă – la fiecare revizuire;
- electroforeză – la fiecare revizuire;
- complement seric – la fiecare revizuire;
- complexe imune circulante – la pensionare;
- factor reumatoid – la pensionare.
- biopsie cutanată – la pensionare

SINDROMUL SJOGREN (SS)

Explorări obligatorii:

- hemogramă – la fiecare revizuire;
- VSH – la fiecare revizuire;
- electroforeză – la fiecare revizuire;
- complexe imune circulante – la fiecare revizuire;
- anticorpi antinucleari – la fiecare revizuire;
- crioglobuline – la fiecare revizuire;
- dozarea anticorpilor anti SS-A(Ro) – la pensionare;
- anti SS-B(La); anti SS-C – la pensionare;
- consult oftalmologic – la revizuirea anuală.

ARTRITELE MICROCRISTALINE ȘI DISMETABOLICE

Guta

Explorări obligatorii:

- acid uric – la fiecare revizuire;
- hemogramă – la fiecare revizuire;
- VSH – la fiecare revizuire;
- proteina C reactivă;
- electroforeză – la fiecare revizuire;
- trigliceride – la fiecare revizuire;
- radiografie antepicioare bilateral – la pensionare și agravare;
- radiografie mâini bilateral – la pensionare și agravare.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile)

- examen lichid sinovial.

Condrocalcinoza (Pseudo-Guta)

Explorări obligatorii:

- acid uric – la fiecare revizuire;
- hemogramă – la fiecare revizuire;
- VSH – la fiecare revizuire;
- proteina C reactivă;
- electroforeză – la fiecare revizuire;
- radiografie antepicioare bilateral – la pensionare și agravare;
- radiografie mâini bilateral – la pensionare și agravare;
- examen lichid sinovial – la pensionare.

BOLI ARTICULARE DEGENERATIVE

Coxartroza

Explorări obligatorii:

- radiografie de bazin pentru coxofemorale – la pensionare și agravare;
- testare articulară (bilanț articular) – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):

- R.M.N.;
- tomografie computerizată.

Gonartroza

Explorări obligatorii:

- VSH – formele active;
- radiografie genunchi (față + profil) – la pensionare și agravare;
- testare articulară (bilanț articular) – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):

- examen lichid sinovial;
- R.M.N.;
- artroscopie genunchi.

Artrozele piciorului

Explorări obligatorii:

- VSH – formele active;
- radiografie antepicioare bilateral – la pensionare și agravare.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):

- R.M.N.;
- ecografie articulară.

Artrozele mâinii

Explorări obligatorii:

- VSH – formele active;
- radiografie mâini bilateral – la pensionare și agravare;
- testări articulare – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):

- Ecografie articulară

Spondilozele

Explorări obligatorii:

- radiografie de coloană vertebrală (față + profil);
- testări articulare.

BOLILE ARTICULARE ABARTICULARE:

Fibromialgia (Fibrozita)

Explorări obligatorii:

- VSH;
- TGO;
- factor reumatoid;
- anticorpi anitnucleari,
- enzime musculare;
- examen radiologic.

Periartrita scapulohumerală

Explorări obligatorii:

- VSH;
- examen radiologic;
- testări articulare.

Explorări suplimentare:

- ecografie articulară;
- R.M.N.;
- tomografie computerizată.

Distrofia simpatică reflexă (DSR)

Explorări obligatorii:

- VSH;
- examen radiologic;
- testări articulare.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE LOCOMOTORII

SECHELELE POSTTRAUMATICE ALE MEMBRELOR (*post fracturi, luxații, distrugerii părți moi*)

Redori articulare

Explorări obligatorii:

- radiografia articulației afectate (față + profil) – la pensionare și în caz de agravare;
- testări articulare – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):

- ecografie articulară.

Anchiloze

Explorări obligatorii:

- radiografia articulației afectate (față + profil) – la pensionare și în caz de agravare;
- testări articulare.

Pseudartroza

Explorări obligatorii:

- radiografia segmentului afectat (față + profil) – la fiecare revizuire.

Sindrom algo-neurodistrofic post traumatic

Explorări obligatorii:

- radiografia segmentului afectat (față + profil) – la fiecare revizuire;
- testări articulare – la fiecare revizuire.

Amputațiile

Explorări obligatorii:

- radiografia bontului (față + profil) – la pensionare și în caz de agravare;
- testări articulare – articulația supraiacentă amputației și cele care la examenul clinic prezintă limitări ale mobilității – la pensionare și în caz de agravare;
- oscilometrie – la pensionare și în caz de agravare.

Traumatismele vertebro-medulare

Explorări obligatorii:

- radiografie de coloană vertebrală – segmentul afectat (față + profil) – la pensionare și în caz de agravare;
- examen clinic neurologic – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):

- tomografie computerizată axială;
- I.R.M.;
- discografie;
- flebografie;
- arteriografie;
- electromiografie;
- examen L.C.R.

SECHELELE POST OA – TBC; MORB POTT

Explorări obligatorii:

- radiografia articulației afectate (față + profil) – la fiecare revizuire;
- testări articulare – la fiecare revizuire.

Sechelele Morb Pott

Explorări obligatorii:

- radiografie de coloană vertebrală;
- testarea coloanei;
- probe ventilatorii.

OSTEONECROZA ASEPTICĂ A CAPULUI FEMURAL

Explorări obligatorii:

- radiografia bazin pentru coxofemorale – la pensionare și în caz de agravare;
- testări articulare – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare:

- utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):
- scintigrafie osoasă;
- tomografie computerizată;
- I.R.M.

Osteomielita. Osteitele fistulizate

Explorări obligatorii:

- radiografia segmentului afectat – la fiecare revizuire;
- hemogramă – la fiecare revizuire;
- VSH – la fiecare revizuire;
- fibrinogen – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):

- însămânțare din secreția locală;
- examen radiologic: fistulografic;

Deformațiile coloanei vertebrale (Scolioza, cifoscolioza – de etiologie polimorfă ajunsă la maturitate)

Explorări obligatorii:

- radiografie de coloană vertebrală (față + profil) segmentului afectat – la pensionare și în caz de agravare;

- examen goniometric – efectuat pe o radiografie standard;
- testare articulară;
- probe ventilatorii – la fiecare revizuire.

Malformații congenitale

Membre toracale:

- luxație congenitală a umărului;
- agenezie – degete, mână, antebraț;
- sindactilie.

Membre pelvine:

- displazia luxantă a șoldului;
- coxa-vara, coxa-valga;
- coxa-plana;
- aplazii de femur;
- genu varum, genu valgus, genu recurvatum;
- picior strâmb congenital – varus – valgus – talus – cavus.

Coloană vertebrală:

A. De origine medulară:

- siringomielie și hidromielie;
- malformații vasculare;
- chist dermoid și epidermoid.

B. De origine vertebrală:

- sindrom Klippel – Feil;
- sindrom de coastă cervicală;
- sacralizarea vertebrei L5;
- angiom vertebral.

C Mixte:

- spina bifida.

Explorări obligatorii:

- radiografia segmentului afectat (față + profil) – la pensionare și în caz de agravare;
- testare articulară.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE NEUROLOGICE

Traumatisme cranio-cerebrale

1. Traumatisme cranio-cerebrale minore

Investigații obligatorii- radiografie de craniu.

Investigații suplimentare – CT cerebral.

2. Traumatisme cranio-cerebrale medii

Investigații obligatorii – CT cerebral ± substanță de contrast; EEG.

3. Traumatisme cranio-cerebrale severe

Investigații obligatorii – CT cerebral ± substanță de contrast; EEG.

Investigații suplimentare – RMN cerebral.

4. Traumatisme cranio-cerebrale grave

Investigații obligatorii – RMN cerebral.

Investigații speciale – PET; SPECT.

Traumatisme vertebro-medulare

Investigații obligatorii – radiografia segmentului vertebral afectat

Investigații suplimentare – CT de segment vertebral afectat; EMG; Eco Doppler artere vertebrale, artere carotide.

Investigații speciale – RMN ± s.c segment vertebral afectat; angio-RMN.

Mielopatii netraumatice

Investigații obligatorii – CT ± substanță de contrast ; ex. LCR.

Investigații suplimentare – RMN ± substanță de contrast.

Infarct medular

Investigații obligatorii – RMN ± substanță de contrast, angio-RMN.

Hemoragie intraspinală

Investigații obligatorii – RMN ± substanță de contrast, angio-RMN.

Mielita transversă acută (Sindromul Brown Sequard)

Investigații obligatorii – radiografie de segment vertebral afectat, RMN ± substanță de contrast; ex. LCR.

Abces epidural spinal

Investigații obligatorii – RMN.

Scleroza laterală amiotrofică

Investigații obligatorii – RMN, EMG.

Degenerescența subacută combinată a măduvei (sindromul cordoanelor posterioare – deficit de vitamina B12, sindrom Sjogren etc.)

Investigații obligatorii – RMN; nivel sangvin al vitaminei B12 ≤ 170 pg/ml.

Boală DEVIC

Investigații obligatorii – RMN + substanță de contrast; ex. LCR – benzi oligoclonale, potențiale evocate (PEV).

Siringomieli

Investigații obligatorii – RMN.

Tumori medulare –epidurale, intradurale, extramedulare, intramedulare

Investigații obligatorii – RMN ± substanță de contrast.

Mielita de iradiere

Investigații obligatorii – RMN ± substanță de contrast.

Tabes-Neurosifilis

Investigații obligatorii – markeri serologici - FTA-ABS; anti-TPHA; RPR; VDRL-EEG, CT cerebral.

Investigații speciale – RMN ± substanță de contrast segment vertebral afectat.

Polineuropatii

Investigații obligatorii – EMG.

Investigații suplimentare – analize serologice privind etiologia polineuropatiei.

Miopatii

Investigații obligatorii – EMG, analize serologice și urinare (electroliti, hormoni tiroidieni, CK, CK-MB, aldolază, mioglobină anticorpi specifici pentru polimiozită, dermatomiozită, substanțe toxice și/sau medicamentoase etc.), biopsie musculară.

Investigații suplimentare – EKG, ecocardiografie.

Miastenia Gravis

Investigații obligatorii – EMG, anticorpi anti-receptori acetilcolină, anticorpi anti-MuSK, examen CT torace, radiografie torace, probe funcționale ventilatorii, test la miostin.

Investigații suplimentare – analize serologice specifice pentru afecțiunile imunologice caracteristice asociate.

Sindrom miastenic (Eaton-Lambert)

Investigații obligatorii – EMG, anticorpi antireceptori -acetilcolină, anticorpi anti MuSK, examen CT torace, radiografie torace, probe funcționale ventilatorii; test la miostin.

Investigații suplimentare – markeri tumorali – AFP, ACE, PSA, CA19,9, CA 125.

Miotonii

Investigații obligatorii – EMG.

Investigații suplimentare – biopsie musculară.

Epilepsii

Investigații obligatorii – EEG ± mapping.

Investigații speciale – RMN cerebral.

PEIC (operate/neoperate sau inoperabile)

Investigații obligatorii – FO, CT cerebral, radiografie craniu (dacă există PEIC cu leziuni osteolitice, dacă bolnavul este operat), EEG.

Investigații suplimentare – markeri tumorali – AFP, ACE, PSA, CA19,9, CA 125, markeri de inflamație, anticorpi specifici diferiților agenți patogeni.

Investigații speciale – RMN ± substanță de contrast.

Scleroză multiplă

Investigații obligatorii – RMN + substanță de contrast; examen LCR – benzi oligoclonale.

Investigații suplimentare – potențiale evocate vizuale, auditive, somatosenzoriale, FO, CV, proba diplopiei.

Investigații speciale – OCT (*ocular coherence tomography*) – în cazul afectării nervului optic

AVC sau AIT

Investigații obligatorii – EKG, FO, ± CV, CT cerebral, examen eco-Doppler.

Investigații suplimentare – evaluarea factorilor de risc serologici pentru ateroscleroză și/sau ateromatoză;

- evaluarea riscului cardio-embolic – examen ecocardiografic, INR;
- evaluarea sindromului de hipercoagulabilitate;
- anticorpi specifici unor vasculite cu determinare cerebrală.

Investigații speciale – RMN ± substanță de contrast, angio-RMN.

Hemoragia subarahnoidiană

• Faza acută

Investigații obligatorii – FO, CT cerebral, EKG.

Investigații suplimentare – evaluarea factorilor de risc pentru SHA netraumatică.

Investigații speciale – RMN; angio-RMN.

Hemoragia cerebrală intraparenchimatooasă

• Faza acută

Investigații obligatorii – FO, CT cerebral, EKG.

Investigații suplimentare – evaluarea factorilor de risc pentru **Hemoragia cerebrală intraparenchimatooasă netraumatică**.

Investigații speciale – RMN; angio-RMN.

• La distanță de episodul acut

Investigații obligatorii – FO, CT cerebral, EKG.

Investigații suplimentare – evaluarea factorilor de risc pentru **Hemoragia cerebrală intraparenchimatooasă netraumatică**, EEG, radiografie de craniu.

Sindrom extrapiramidal

Investigații speciale – RMN.

Encefalopatii infantile

Investigații obligatorii – EEG, FO.

Investigații suplimentare – examen CT.

Investigații speciale – RMN.

Encefalopatii metabolice

Encefalopatie ischemic-hipoxică

Investigații obligatorii – EEG, FO, RMN.

Investigații speciale – PET, SPECT.

Encefalopatie alcoolică

Investigații obligatorii – EEG, FO, RMN.

Investigații speciale – PET, SPECT.

Encefalopatie hepatică

Investigații obligatorii – EEG, FO, analize de laborator.

Investigații speciale – examen CT.

Encefalopatie uremică

Investigații obligatorii – EEG, FO, analize de laborator.

Investigații speciale – examen CT.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE OFTALMOLOGICE

Investigații obligatorii:

- acuitate vizuală;
- dioptron;
- câmp vizual (manual sau computerizat);
- fundul de ochi.

Investigații suplimentare:

- tensiune oculară;
- electroretinogramă (ERG);
- potențiale evocate (PEV);
- electrooculogramă (EOG);

- angiofluorografie (AFG);
- topografie corneeană;
- tomografie nerv optic (HRT);
- tomografie retiniană (OCT).

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE HEMATOLOGICE

Anemii

Investigații obligatorii

- **Hemograma** – hematocrit %
 - hemoglobina (g/dl) – aprecierea severității;
 - număr de eritrocite;
 - volum eritocitar mediu (VEM);
 - număr de reticulocite- aspectul regenerative;
 - formula leucocitară;
 - număr de trombocite.
- **Frotiu de sânge periferic** – clasificare morfologică.
- **Bilirubinemie (BI)** – evidențierea hemolizei.

Investigații suplimentare – necesare clasificării etiologice

- frotiu de măduvă osoasă;
- teste de hemoliză: haptoglobina serică, hemosiderina urinară, hemoglobinuria, LDH serică (anemii megaloblastice);
- electroforeza hemoglobinei (în cazul hemoglobinopatiilor congenitale – siclemia, talasemia);
- testul Coombs (AH autoimune);
- **anemii megaloblastice** – concentrația serică a vitaminei B12, nivelul folaților eritrocitari, testul Schiling pentru absorbția vitaminei B12, dozarea acidului methylmalonic în ser, dozarea homocisteinei în ser, nivelul factorului intrinsec (FI) în sucul gastric.

Obs. Pot fi necesare investigații complementare în funcție de contextual clinic – post- hemoragice, în cadrul afecțiunilor endocrine, în cadrul afecțiunilor hepatice, în insuficiența renală cronică etc.

Leucemii

Investigațiile necesare diagnosticului și evaluării leucemiilor cuprind:

- hemograma completă;
- examenul sângelui periferic – numărătoare elemente și frotiu;
- examenul măduvei osoase;
- electroforeza proteinelor serice;
- imunelectroforeza;
- teste imunologice și histopatologice speciale/care se pot efectua numai în clinici de hematologie.

Boala Hodgkin

1. Explorări radiologice:

- radiografie toracică;
- tomografie computerizată toracică, abdominală, pelviană.

2. Explorări hematologice

- hemograma completă, formula leucocitară;
- VSH;
- examenul măduvei osoase.

3. Explorări biochimice

- explorarea funcției hepatice;

- electroforeza proteinelor plasmatice;
- LDH serică, calcemia, cupremia.

4. Explorări speciale

- rezonanța magnetică nuclear, scintigrafie, laparotomie exploratorie.

Sindroame hemoragipare (purpure, anomalii ale coagulării):

- examinarea frotiului de sânge periferic- formula leucocitară, aspectul morfologic al hematiilor, prezența trombocitelor și aspectul lor morfologic;
- numărul de trombocite;
- timpul de sângerare;
- timpul de protrombină (Quick);
- timpul parțial de activare a trombolplastnei (TPT);
- timpul de coagulare global (TC);
- fibrinogen;
- produși de degradare ai fibrinei (PDF);
- anticoagulanți în ser;
- evaluarea activității specifice a factorilor de coagulare.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE ORL

În stabilirea corectă a deficienței funcționale, a incapacității adaptative și a capacității de muncă sunt necesare trei tipuri de investigații:

I. Investigații generale, de rutină: anamneză, examen clinic obiectiv, explorări funcționale și de laborator, teste imagistice etc. (Rx. pulmonar, EKG, TA, hemoleucogramă, glicemie, probe hepatice, examen sumar de urină etc.).

II. Investigații specifice, necesare pentru individualizarea fiecărei situații patologice, invalidante incadrabilă în patologia O.R.L.

Din punct de vedere a complexității acestora, se pot clasifica în trei categorii:

1. Indispensabile: necesare pentru susținerea diagnosticului clinic și funcțional;

2. Suplimentare: necesare pentru completarea diagnosticului clinic și funcțional;

3. Speciale: necesare de multe ori pentru, rigurozitatea stabilirii diagnosticului clinic și funcțional, mai ales atunci când pacientul prezintă o simptomatologie intricată specifică situațiilor morbide de graniță (între specialități). Oricare dintre categoriile 2 și 3 devin **obligatorii** alături de **prima**, în funcție de particularitățile cazului.

III. Investigația socială (ancheta socială) efectuată pe teren, în anturaj, la locul de muncă, la domiciliu etc., în funcție de patologia asociată (hipoacuzii grave sau surdități brusc instalate asociate cu alte stări morbide (afecțiuni psihice, sechele invalidante după AVC, intoxicații, etc.).

În funcție de organul vizat și de complexitatea examinării, investigațiile specifice ORL se pot clasifica astfel:

Ureche

Indispensabile:

- examen clinic ORL;
- otoscopie;
- examen funcțional: cu voce șoptită, acumetric (cu diapazoane de diferite mărimi pentru stabilirea câmpului auditiv), audiograme de diferite tipuri (tonala liminară, automată etc.);
- +/- radiografii ale regiunii petromastoidiene (diferite incidente).

Suplimentare:

- impedanmetrie;
- timpanometrie;
- test Metz, SISI test, Bekesy test etc.;

- audiogramă vocală;
- biopsie;
- examenul secreției auriculare (citologic, bacteriologic și micologic; antibiogramă, antifungigramă).

Speciale:

- TC;
- RMN;
- BERA (potențiale evocate de trunchi cerebral);
- Eco Doppler (regiunea cervicală).

Nas

Indispensabile:

- examen clinic ORL;
- rinoscopie anterioară, posterioară (+/-ridicare de văl, tușeu cavum).

Suplimentare:

- endo/fibroscopie (nazală, sinuzală);
- radiografii (diferite incidente);
- biopsii;
- examenul secreției (nazale, sinuzale; citologic, bacteriologic și micologic; antibiogramă, antifungigramă).

Speciale:

- TC, RMN.

Faringe

Indispensabile:

- examen clinic ORL;
- bucofaringoscopie (inspecție văl, gustometrie, examenul orificiilor Stenon și Warton);
- examen masețeri;
- laringoscopie indirectă (hipofaringoscopie).

Suplimentare:

- endo/fibroscopie;
- radiografii (+/- substanță de contrast);
- exsudat faringian;
- biopsii;
- examenul secrețiilor.
- directoscopie (examenul hipofaringelui și al gurii esofagului).

Speciale:

- TC;
- RMN;
- eco Doppler.

Laringe

Indispensabile:

- examen clinic ORL;
- laringoscopie indirectă.

Suplimentare:

- endo/fibroscopie;
- radiografii, tomografii;
- biopsii;
- examenul de secreții;
- examen tiroidian;
- examenul gurii esofagului.

Speciale:

- TC;
- RMN;
- laringoscopie în suspensie.

Vestibul

Indispensabile:

- examen clinic ORL;
- probe vestibulare spontane, sensibilizate.

Suplimentare:

- ENG;
- radiografii temporoparietale (diferite incidențe);
- examen neurologic.

Speciale:

- TC, RMN, BERA.

Regiunea cervicală (tumefieri cervicale):

Indispensabile:

- examen clinic ORL (rino-, oro-, hipofaringe, laringe);
- hemoleucograma, VSH, IDR, examen radiologic pulmonar.

Investigații suplimentare:

- radiografii cervicale (față și profil);
- ecografie.

Investigații speciale:

- eco Doppler;
- angiografii;
- CT;
- RMN;
- ango RMN;
- scintigrafii.

FIȘĂ DE EVALUARE MEDICO-SOCIO-PROFESIONALĂ

Nr. fișă.....

Data.....

PERSOANA EVALUATĂ:

Numele..... Prenumele.....

Vârsta.....

Adresa: str.....Nr.....Bl.....Sc.....Et.....

Ap..... Localitate..... Sector/județ.....

Telefon.....

Studii: a) Fără; b) Generale; c) Medii; d) Superioare;

Sex: M/F

Starea civilă: necăsătorită; căsătorită; văduvă; divorțată, despărțit, concubinaj

Copii: Da/Nu

EVALUARE SOCIALĂ:

Locuință:

- casă; apartament ; garsonieră;
- **Situată la:** parter; etaj; cu /fără lift
- **Se compune din:** nr. camere:, bucatărie....., baie....., duș....., W.C.....(situat în interior/
exterior)
- **Încălzire:** fără....., centrală....., cu lemne cărbuni....., gaze....., cu combustibil lichid.....
- **Apă curentă:** da/nu : rece.....caldă..... alte situații;
- **Condiții de locuit:** luminozitate adecvată/neadecvată;
umiditate adecvată/neadecvată;
igienă adecvată/neadecvată;

Locuința este prevăzută cu aparate electrocasnice: (aragaz, frigider, mașină de spălat, aspirator) Da/Nu.

Rețea de familie:

Trăiește: singur (a); cu soț/soție; cu copii; cu alte rude; cu alte persoane;

Una dintre persoanele cu care locuiește este: bolnavă, cu dizabilități, dependentă de alcool;

Este ajutat de familie: Da/Nu; cu bani; cu mâncare, activități de menaj;

Relațiile cu familia sunt: bune, cu probleme, fără relații;

Există risc de neglijare: Da/Nu

EVALUAREA SITUAȚIEI ECONOMICE:

Venit lunar propriu reprezentat de:

Pensie.....

Salariu.....

Somaj.....

Alocații copii.....

Ajutor social.....

Alte venituri.....

EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE:

Diagnostic clinic

.....

.....

.....

.....

EVALUAREA GRADULUI DE DEPENDENȚĂ

Evaluarea autonomiei	Nu necesită supraveghere sau ajutor	Necesită supraveghere temporară și/sau ajutor parțial	Necesită supraveghere permanentă și/sau ajutor integral
A. EVALUAREA STATUSULUI FUNCȚIONAL:			
I. Activități de bază ale vieții de zi cu zi			
Igiena corporală (toaletă generală, intimă, specială)			
Îmbrăcat, dezbrăcat (posibilitatea de a se îmbrăca, de a se dezbrăca, de a avea un aspect îngrijit)			
Alimentație (posibilitatea de a se servi și de a se hrăni singur)			
Igiena eliminărilor (continență)			
Mobilizare (trecerea de la o poziție la alta; ridicat – așezat, așezat-culcat etc., și mișcarea dintr-un sens în altul)			
Deplasarea în interior (deplasarea în interiorul camerei în care trăiește, cu sau fără baston, cadru, fotoliu rulant etc.)			
Deplasarea în exterior (deplasarea în exteriorul camerei fără mijloace de transport)			
Comunicare (utilizarea mijloacelor de comunicare la distanță în scopul de a alerta: telefon, alarmă, sonerie etc.);			
II. Activități instrumentale			
Prepararea hranei (capacitatea de a-și prepara singur mâncarea)			
Activități de menaj (efectuarea de activități menajere: întreținerea casei, spălatul rufelor, spălatul vaselor etc.)			
Gestiunea și administrarea bugetului și a bunurilor (gestionează propriile bunuri, bugetul, știe să folosească banii etc.)			
Efectuarea cumpărăturilor (capacitatea de a efectua cumpărăturile necesare pentru un trai decent)			
Respectarea tratamentului medical (posibilitatea de a se conforma recomandărilor medicale)			
Utilizarea mijloacelor de transport (capacitatea de a utiliza mijloacele de transport)			
Activități pentru timpul liber (persoana are activități culturale, intelectuale, fizice etc., solitare sau în grup).			
B. Evaluarea statusului senzorial și psihoafectiv			
1. Acuitate vizuală			
2. Acuitate auditivă			
3. Deficiență de vorbire			
4. Orientare			
5. Memorie			
6. Judecată			
7. Coerență			
8. Comportament			
9. Tulburări afective (prezența depresiei)			

NOTĂ:

Pentru fiecare activitate evaluată se identifică trei posibilități:

- 0 – activitate făcută fără ajutor, în mod obișnuit și corect;
 - nu necesită supraveghere și ajutor.
- 1 – activitate fără cu ajutor parțial și sau mai puțin corect;
 - necesită supraveghere permanentă și/sau ajutor parțial.
- 2 – activitate făcută numai cu ajutor;
 - necesită supraveghere permanentă și /sau ajutor integral.

Evaluarea statusului funcțional și psihoafectiv se realizează avându-se în vedere condiția obligatorie de integritate psihică și mentală a persoanei pentru a fi aptă să efectueze activitățile de bază și instrumentale ale vieții de zi cu zi.

CONCLUZII:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CUPRINS

Introducere	1
1. AFECȚIUNI ALE APARATULUI CARDIOVASCULAR.....	3
2. AFECȚIUNI RESPIRATORII	22
3. AFECȚIUNI ALE APARATULUI DIGESTIV	29
4. AFECȚIUNI RENALE.....	41
5. BOLI DE NUTRIȚIE	49
6. AFECȚIUNI ENDOCRINE.....	52
7. AFECȚIUNI HEMATOLOGICE	58
8. APARATUL MUSCULOSCHELETAL.....	73
9. CRITERII PENTRU DIAGNOSTICUL CLINIC, DIAGNOSTICUL FUNCȚIONAL ȘI AL CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN BOLILE REUMATISMALE	85
10. AFECȚIUNI NEUROLOGICE.....	104
11. AFECȚIUNI NEOPLAZICE	137
12. AFECȚIUNI DERMATOLOGICE.....	138
13. AFECȚIUNI OFTALMOLOGICE.....	141
14. EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE O.R.L.....	143
15. BOLI PROFESIONALE.....	145
16. INFECȚIA HIV/SIDA	147
17. EVALUAREA DIAGNOSTICULUI CLINIC ȘI FUNCȚIONAL ÎN EXPERTIZA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ A TULBURĂRILOR PSIHIATRICE.....	149
18. INVALIDITĂȚILE CARE AFECȚEAZĂ IREVERSIBIL CAPACITATEA DE MUNCĂ	183
19. BAREM DE INVESTIGAȚII NECESARE PENTRU STABILIREA DEFICIENȚEI FUNCȚIONALE, A INCAPACITĂȚII ADAPTATIVE ȘI A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN PATOLOGIA INVALIDANTĂ	184