



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

**Totul pentru inima ta - Program de screening pentru
identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular,
POCU/805/4/9/137424**

GHID DE SCREENING

PENTRU IDENTIFICAREA PACIENȚILOR CU FACTORI DE RISC CARDIOVASCULAR





UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

**Totul pentru inima ta - Program de screening pentru
identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular,
POCU/805/4/9/137424**

GHID DE SCREENING PENTRU IDENTIFICAREA PACIENTILOR CU FACTORI DE RISC CARDIOVASCULAR

București 2021



Proiectul

Ghidul a fost realizat în cadrul proiectului:

"Totul pentru inima ta - Program de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc cardiovascular"- POCU/805/4/9/137424

Lider de proiect:

Institutul Național de Sănătate Publică

Dr. Leonte Anastasievici 1-3, 050463, București

www.insp.gov.ro

Parteneri:

Asociația Română de Promovare a Sănătății

Strada Gheorghe Țițeica nr. 182 A, sector 2, București

www.arps.ro

Asociația Societatea Română de Cardiologie

Str. Avrig nr. 63, 021578, București

www.cardiportal.ro

Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș

Str. Gh. Marinescu nr. 50, 540136, Târgu Mureș, județul Mureș

www.ibcvt.ro

Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara

Str. Gheorghe Adam nr. 13A, 300310, Timișoara, județul Timiș

www.cardiologie.ro

Asociația Coaliția Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice din România

Str. Țepeș Vodă nr. 22, București

www.copac.ro

Disclaimer:

Profioniștii din domeniul sănătății primare sunt încurajați să ia în considerare conținutul acestui ghid atunci când iau decizii clinice în domeniul screeningului cardiovascular. Acesta nu înlocuiește raționamentul clinic și responsabilitatea profioniștilor din domeniul sanitar de a lua decizii adecvate circumstanțelor fiecărui pacient, în consultare cu pacientul și/sau tutorele sau îngrijitorul acestuia.

Material elaborat de:

Dr. Ioana Țuș, medic specialist cardiologie, Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant, TârguMureș

Dr. Daniela Maximov, medic primar cardiologie, Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara

Sub coordonarea:

Dr. Iulia Kulksar- medic primar cardiolog, Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare "Prof.Dr. C.C. Iliescu"

Prof. Dr. Florin Mitu, medic primar cardiologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa" Iași

Prof. Dr. Dan Dobreanu, medic primar cardiologie, Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade”, Târgu Mureș; Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș

Șef Lucrări Dr. Adina Bucur, medic primar sănătate publică și management, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara

Cu contribuția:

Conf. Dr. Maria Alexandra Cucu, medic primar sănătate publică și management, Institutul Național de Sănătate Publică

Dr. Marius Mărginean, medic primar sănătate publică și management, Direcția de Sănătate Publică Brașov

Dr. Mihaela Bucurenci, medic primar medicina familiei, Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei

Dr. Cristina Isar, medic primar medicina familiei, Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei

Șef de lucr. Dr. Silvia Lupu, medic specialist cardiologie, Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade” Târgu Mureș; Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș

Dr. Camelia Claiți, medic primar epidemiologie, Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara

Dr. Ion-Petru Miloș, medic primar sănătate publică și management, Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Regional de Sănătate Publică Timișoara

Cuprins

1. Prezentarea programului de screening cardiovascular	7
1.1. Motivație și scop	7
1.2. Controlul calității.....	8
1.3. Echitate și egalitate	8
2. Identificarea persoanelor eligibile la nivelul medicului de familie	9
3. Factori de risc cardiovascular și instrumente utilizate în realizarea screening-ului	10
3.1. Anamneza.....	11
3.1.1. Antecedentele heredocolaterale	11
3.1.2. Fumat	11
3.1.3. Dietă	12
3.1.4. Alcool.....	13
3.1.5. Nivelul de activitate fizică	14
3.1.6. Factori psiho-sociali.....	16
3.2. Examenul obiectiv.....	18
3.2.1. Indicele de masă corporală	18
3.2.2. Circumferința abdominală	18
3.2.3. Frecvența cardiacă și ritmul	19
3.2.4. Tensiunea arterială.....	19
3.2.5. MATA (Monitorizarea ambulatorie a tensiunii arteriale).....	22
3.3. Examinări paraclinice	24
3.3.1. Electrocardiograma	24
3.3.2. Analize de laborator	24
3.4. Riscul cardiovascular total - Diagrama SCORE	29
4. Evaluarea pacienților în Centrul Regional de Screening	34

Anexe 36

Anexa 1-Testul Fagerstorm pentru evaluarea dependenței de nicotină. . 38

Anexa 2-Chestionar de evaluare rapidă a obiceiurilor alimentare (REAP) 39

Anexa 3- Chestionar AUDIT pentru evaluarea consumului de alcool. 40

Anexa 4- Chestionar AUDIT-C pentru evaluarea consumului de alcool. .. 41

Anexa 5- Chestionarul GPPAQ și instrucțiuni pentru completare..... 42

Anexa 6- Nivele de activitate fizică 44

Anexa 7- Chestionarul HADS pentru evaluarea depresiei și anxietății. 45

1. Prezentarea programului de screening cardiovascular

1.1. Motivație și scop

Scopul screening-ului cardiovascular este identificarea precoce și corectă a factorilor de risc cardio-vascular în populația generală dar, mai ales, identificarea categoriilor populaționale aflate la risc crescut pentru a dezvolta boli cardiovasculare, incluzând pacienții asimptomatici. Importanța factorilor de risc cardiovascular în progresia afecțiunilor cardiovasculare și în special a dezvoltării bolii coronariene aterotrombotice este astăzi binecunoscută. Totodată, programele de prevenție primară și secundară au dus la o scădere de până la 30-50% în ultimii 10 ani a incidenței bolilor cardiovasculare în unele țări vest-europene.

Asistența medicală primară de înaltă calitate joacă un rol crucial în identificarea persoanelor cu risc de boli cardiovasculare și evaluarea eligibilității lor pentru programe de intervenție personalizată pe baza profilului lor de risc. Evaluarea sistematică a riscului cardiovascular trebuie luată în considerare pentru adulții de sex masculin de > 40 de ani și sex feminin > 50 de ani (sau aflate în perioada post-menopauză). Evaluarea riscului nu va fi un eveniment unic în viața individului, aceasta trebuie efectuată în mod repetat (la 5 ani).

Efectuarea screening-ului după aceasta metodologie va permite intervenția precoce și corectă, prin consiliere privind stilul de viață și/sau medicație, în vederea scăderii riscului de a dezvolta o boală cardiovasculară și scăderea mortalității de această cauză. La nivelul populației generale, prevenția primară se face prin promovarea unui stil de viață sănătos, iar la nivel individual, la pacienții la care se identifică un risc de dezvoltare a bolilor cardiovasculare cel puțin moderat, prin intervenții asupra stilului de viață și tratamentul acestora. Aceste măsuri vizează factorii de risc cardiovascular modificabili, respectiv

tabagismul, dieta necorespunzătoare, sedentarismul, hipertensiunea arterială, dislipidemiile, diabetul zaharat și obezitatea, și au la bază recomandările de bună practică ale Societății Europene de Cardiologie, elaborate împreună cu Asociația Europeană pentru Prevenția Cardiovasculară și Reabilitare.

1.2. Controlul calității

Pentru desfășurarea unui program de screening național cu rezultate omogene și impact asupra sănătății publice, este necesar ca acesta să se facă folosind un protocol unitar și instrumente similare standardizate, cu măsuri și recomandări uniforme, care vor fi prezentate în capitolele următoare. Totodată, este esențială participarea medicilor la programe de instruire în vederea însușirii protocolului de evaluare a pacienților privind factorii de risc cardiovascular, precum și a intervențiilor și țintelor de atins, în conform ghidurilor europene în vigoare.

1.3. Echitate și egalitate

Unul dintre scopurile acestui program de prevenție a bolilor cardiovasculare este creșterea accesului la serviciile medicale preventive a pacienților din mediul rural. Programul a fost conceput în așa fel încât să se desfășoare în cabinetul medicilor de familie din orice localitate, fiind totuși necesară, așa cum a fost menționat anterior, folosirea unor echipamente similare.

2. Identificarea persoanelor eligibile la nivelul medicului de familie

Screeningul pentru factori de risc cardiovascular se va face la **persoanele cu vârsta peste 40 de ani**, inclusiv persoane aparținând grupurilor vulnerabile.

Grupul vulnerabil desemnează persoane sau familii care sunt cu risc de a-și pierdecapacitatea de satisfacere a nevoilor zilnice de trai din cauza unor situații de boală, dizabilitate, sărăcie, dependență de droguri sau de alcool ori a altor situații care conduc la vulnerabilitate economică și socială, respectiv care sunt în cel puțin una din următoarele situații:

- Persoane sărace
 - angajate, mai ales necalificate, cu media venitului pe cap de familie mai mică decât salariul minim pe economie;
 - șomere (înregistrate în evidențele Serviciului Public de Ocupare);
 - inactive - nu au un loc de muncă și nu sunt înregistrate în evidențele Serviciului Public de Ocupare;
 - neasigurate;
 - persoane beneficiare ale venitului minim garantat (VMG), alocației de susținerea familiei (ASF);
- Lucrători pe cont propriu în agricultură;
- Persoane din mediul rural;
- Persoane din centre de plasament sau anterior instituționalizate;
- Persoane care au părăsit sistemul de protecție a copilului;
- Persoane fără adăpost;
- Cetățeni români aparținând minorității rome;
- Persoane cu dizabilități, inclusiv persoane invalide și cu nevoi complexe;
- Femei care au copii cu dizabilități;

- Persoane care suferă de dependență de alcool și alte substanțe toxice;
- Victime ale traficului de ființe umane.

Evaluarea pacienților din grupurile vulnerabile nu este importantă doar pentru creșterea accesului acestora la programele de prevenție, ci și datorită riscului cardiovascular crescut identificat la această categorie de pacienți. Astfel, un status socio-economic scăzut (nivel scăzut al educației, venituri scăzute, reședința într-o zonă săracă) a fost asociat cu un risc relativ de mortalitate cardiovasculară de 1.3-2.0.

Sunt excluși din acest program pacienții care se afla în evidența medicului de familie cu antecedente de:

- infarct miocardic acut;
- accident vascular cerebral;
- cardiomiopatii;
- valvulopatii;
- insuficiență cardiacă;

Sunt de asemenea excluși și pacienții care au vârsta sub 40 de ani.

3. Factori de risc cardiovascular și instrumente utilizate în realizarea screening-ului

Factorii de risc cardiovascular sunt comportamente, obiceiuri, circumstanțe sau condiții care cresc riscul unei persoane de a dezvolta o boală cardiovasculară.

Factorii de risc sunt

- *nemodificabili*:
 - vârsta;
 - sexul;
 - antecedentele heredocolaterale;
- *modificabili*:

- fumatul;
- nivelul de activitate fizică;
- alimentația;
- consumul de alcool;
- tensiunea arterială;
- diabetul zaharat;
- profilul lipidic.

3.1. Anamneza

3.1.1. Antecedentele heredocolaterale

Istoricul familial este important nu doar datorită moștenirii unor trăsături genetice, ci și prin împărtășirea unor comportamente comune. Astfel, sunt considerate semnificative din punctul de vedere al riscului cardiovascular evenimentele cardiovasculare fatale sau non-fatale sau diagnosticul de boală cardiovasculară la rudele de gradul I:

- de sex masculin înaintea vârstei de 55 ani;
- de sex feminin înaintea vârstei de 65 ani.

3.1.2. Fumat

Evaluare și interpretare: din punct de vedere al riscului cardiovascular, non-fumătorul este definit ca individul care nu a fumat niciodată sau a renunțat la fumat de mai mult de 12 luni; riscul asociat fumatului este dependent de doză, dar fără o limită inferioară pentru efectul nociv. Totodată, toate formele de fumat contribuie la riscul cardiovascular (țigări, trabuc, pipă, tutun încălzit, vapori de tutun, fumat pasiv - în casă sau la locul de muncă).

Intervenții și ținte: oprirea fumatului este cea mai eficientă strategie de scădere a riscului cardiovascular. În acest scop, metoda 5A s-a dovedit eficientă, astfel:

A - Ask (întrebă) - pacientul trebuie întrebat la orice consult dacă fumează;

A - Advise (Sfătuiește) - fără echivoc, toți pacienții trebuie îndemnați să renunțe la fumat;

A - Assess (Stadializează)- evaluarea gradului de dependență (chestionarul Fagerstrom - Anexa 1) și determinare să renunțe la fumat (scală de la 1 la 10; 1-3 indică disponibilitate scăzută; 4-6 indică disponibilitate intermediară; 7-10 indică disponibilitate crescută);

A - Assist (Sprijină)- stabilirea de comun acord a unei strategii de oprire a fumatului, inclusiv stabilirea datei opririi fumatului, consiliere comportamentală și suport farmacologic;

A - Arrange (Supraveghează)- stabilirea unui program de urmărire.

3.1.3. Dietă

Evaluare și interpretare: evaluarea comportamentului alimentar se face având în vedere recomandările Societății Europene de Cardiologie, notându-senumărul de porții fructe/legume consumă pacientul pe zi, consumul săptămânal de cereale, de pește, aportul de sare, consumul de alimente și băuturi dulci (Chestionar REAP - Anexa 2).

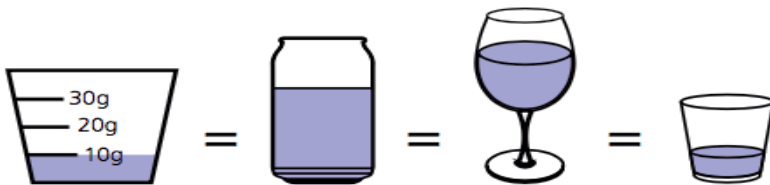
Intervenții și ținte: tuturor pacienților trebuie să li se recomande o dietă sănătoasă, cu un aport caloric care să permită atingerea/menținerea unui indice de masă corporală normal, adaptat la nivelul de activitate fizică. O dietă sănătoasă din punct de vedere al riscului cardiovascular cuprinde:

- < 10% din aportul de calorii zilnic să provină din acizi grași saturați (grăsime animală, smântână, unt, brânză)
- < 5 g de sare pe zi (o linguriță)
- 30-45 g de fibre pe zi, de preferat din produse integrale
- > 200 g fructe pe zi (2-3 porții; o porție=80 g=un fruct de dimensiune medie=o jumătate de cană de fructe)
- > 200 g legume pe zi (2-3 porții)
- Pește de 1-2 ori pe săptămână, dintre care unul bogat în omega-3 (păstrăv, somon, sardine, macrou, hering, ton)
- 30 g de oleaginoase nesărate pe zi

3.1.4. Alcool

Evaluare și interpretare: Pentru evaluarea consumului de alcool se va folosi inițial anamneza, ulterior chestionarul AUDIT-C (anexa 3). Un scor > 4 pentru bărbați și > 3 pentru femei indică un consum crescut de alcool și se va aplica chestionarul AUDIT (Anexa 4).

Intervenții și ținte: Consumul de alcool trebuie limitat la 2 pahare pe zi (20 g de alcool) pentru bărbați și un pahar pe zi (10 g alcool) pentru femei și vârsnici.



10g alcool pur = 330ml bere 5% = 125ml vin 13% = 30ml alcool distilat 40%

În cazul pacienților la care se identifică un consum crescut de alcool, trebuie ca recomandările pentru scăderea consumului de alcool să se facă imediat și trebuie să cuprindă:

- Explicarea unităților de alcool, pentru a-l face pe pacient să înțeleagă cât de mult bea;
- Explicarea riscului legat de consumul de alcool și particularizarea riscului în funcție de scorul AUDIT-C;
- Explicarea beneficiilor legate de scăderea consumului de alcool;
- Oferirea de recomandări pentru reducerea cantității de alcool.

În cazul identificării unei dependențe de alcool, pacientul trebuie direcționat spre servicii specializate.

3.1.5. Nivelul de activitate fizică

Activitatea fizică regulată este unul dintre elementele de bază ale prevenției cardiovasculare, scăzând mortalitatea globală și cea de cauză cardiovasculară. Efectul este dependent de doză și este unul pozitiv asupra factorilor de risc cardiovascular precum hipertensiunea arterială, concentrația de LDL-colesterol, diabetul zaharat de tip 2, masa corporală.

Evaluare și interpretare: se va nota frecvența și durata activității fizice zilnice și săptămânale și se va completa chestionarul GPPAQ (Anexa 5). Fără a exista o definiție clară a sedentarismului, o durată cumulată de < 2.5 ore activitate fizică pe săptămână califică pacientul ca fiind sedentar.

Intervenții și ținte: Recomandarea pentru exercițiul fizic efectuat în mod regulat, cu durata minima de 150 de minute pe săptămână de activitate fizică de intensitate moderată sau 75 de minute pe săptămână de activitate fizică intensă este indicație de clasă I de recomandare.

Efectele benefice ale exercițiului fizic se observa și la cei care nu reușesc să atingă standardul menționat.

Tuturor pacienților trebuie să li se facă recomandări de activitate fizică pentru sănătate, făcând referire la acele activități care au rolul de a scădea riscul cardiovascular, adaptate la caracteristicile pacientului.

Cuantificarea intensității efortului fizic evidențiază patru niveluri:

- sedentarism (1-1,5 METs - șezut, privit la televizor)
- ușor (1,6-2,9 METs - mers lent, treburi casnice)
- moderat (3-5,9 METs - mers susținut, ciclism, dans, înot)
- viguros (peste 6 METs - jogging, ciclism, yoga, înot).

Pacienții sedentari trebuie încurajați să înceapă cu activitate fizică aerobă de intensitate scăzută (1.1-2.9 METs - mers ușor, tenis de masă, bowling), în reprize scurte (< 10min).

În scopul prevenției cardiovasculare, se recomandă:

- cel puțin 150 min pe săptămână (30 min/zi, 5 zile/săptămână) de efort fizic aerob de intensitate moderată (3-5.9 METs - cauzează respirație dificilă, dar care permite conversația) sau
- 75 min pe săptămână (15 min/zi, 5 zile pe săptămână) de intensitate mare (> 6 METs - respirație intensă, care nu permite conversația)

Pentru recomandări mai detaliate privind tipurile de activitate fizică, se va consulta anexa 6.

3.1.6. Factori psiho-sociali

Evaluare și interpretare: evaluarea se face adresând o serie de întrebări privind:

- Statusul socio-economic: educație, profesie
- Stresul profesional și familial: nivelul de încredere la locul de muncă, satisfacția privind raportul muncă-remunerație, conflicte cu partenerul de viață
- Izolarea socială: locuiește singur/cu cineva, prieteni apropiați, pierderea unor oameni importanți în ultimul an
- Depresia: se vor adresa cele două întrebări din chestionarul PHQ2:

În ultimele două săptămâni, cât de des ați fost deranjat de următoarele probleme:

<i>Interes sau plăcere scăzute pentru a face ceva</i>	<i>Deloc</i> <i>0 pct</i>	<i>În unele zile</i> <i>1 pct</i>	<i>În mai mult de jumătate din zile</i> <i>2 pct</i>	<i>Aproape zilnic</i> <i>3 pct</i>
<i>V-ați simțit trist, deprimat sau lipsit de speranță</i>	<i>Deloc</i> <i>0 pct</i>	<i>În unele zile</i> <i>1 pct</i>	<i>În mai mult de jumătate din zile</i> <i>2 pct</i>	<i>Aproape zilnic</i> <i>3 pct</i>

Dacă scorul este >1, se va efectua testul HADS (Anexa7).

- Anxietatea: dacă simte frică sau panică, controlul asupra îngrijorării
- Ostilitatea: furie din lucruri mărunte, enervare din cauza comportamentului altor persoane
- Tipul D de personalitate: dacă pacientul se simte anxios, iritabil, deprimat; evitarea împărtășirii sentimentelor și gândurilor cu alți oameni
- Stresul post-traumatic: evenimente traumatice, coșmaruri, obsesii

Intervenții și Ținte: componenta psihosocială nu trebuie ignorată, pacientul trebuie încurajat să comunice cu medicul de familie despre emoțiile și evenimentele care îl preocupă. Un scor HADS > 11 este anormal și acești pacienți ar trebui trimiși pentru tratament specializat.

Bibliografie

1. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, Eur Heart J 2016, 37:2315-2381
2. Update on cardiovascular prevention in clinical practice: A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology, Eur J Prev Cardiol 2019, 27(2):181-205

3.2. Examenul obiectiv

3.2.1. Indicele de masă corporală

Evaluare și interpretare: se vor măsura greutatea (kg) și înălțimea pacientului (m) și se va calcula IMC ca greutatea/înălțimea²; în funcție de rezultatul calculului IMC, pacientul va fi încadrat în una din următoarele grupe:

- Subponderal (IMC < 18.5 kg/m²)
- Normoponderal (IMC între 18.5 și 24.9 kg/m²)
- Supraponderal (IMC între 25 și 29.9 kg/m²)
- Obezitate grad I (IMC între 30-34.9 kg/m²)
- Obezitate grad II (IMC între 35-39.9 kg/m²)
- Obezitate grad III (IMC >40 kg/m²)

Intervenții și ținte: pacienții cu IMC peste > 25 kg/m² trebuie să primească recomandări de dietă, activitate fizică și schimbări de comportament; la pacienții obezi însă aceste măsuri pot fi insuficiente, necesitând alte abordări. NU se recomandă scăderea IMC sub 20 kg/m², acesta fiind asociat cu creșterea riscului de deces.

3.2.2. Circumferința abdominală

Evaluare și interpretare: se măsoară în ortostatism; se plasează metrul de măsurat la jumătatea distanței dintre creasta iliacă și rebordul costal, orizontal, fără a strânge, și se notează circumferința în cm la sfârșitul expirului. Valoarea normală este < 94 cm (bărbați) sau < 80 cm (femei).

Intervenții și ținte:

- la o circumferință abdominală ≥ 94 cm la bărbați și ≥ 80 cm la femei se recomandă evitarea creșterii în greutate;
- la o circumferință abdominală ≥ 102 cm la bărbați și ≥ 88 cm la femei se recomandă scăderea în greutate

3.2.3. Frecvența cardiacă și ritmul

Evaluare și interpretare: măsurarea frecvenței cardiace se va face prin auscultație, timp un minut. De asemenea, se va nota regularitatea zgomotelor cardiace, pentru identificarea unor tulburări de ritm (fibrilație atrială, extrasistolie sistematizată etc).

3.2.4. Tensiunea arterială

Evaluare și interpretare: pentru măsurarea tensiunii arteriale se va folosi un sfigmomanometru manual sau un tensiometru automat, utilizând o manșetă pentru braț de dimensiuni adecvate. Tensiunea arterială trebuie măsurată la ambele brațe, iar dacă valoarea înregistrată este mai mare la un braț, acesta va fi utilizat pentru toate măsurătorile ulterioare. Tensiunea arterială se va măsura conform recomandărilor din figura 1.

La pacienții cu fibrilație atrială se va utiliza doar metoda de măsurare cu sfigmomanometru manual și stetoscop.



Fără fumat, cafea, mâncare, exercițiu fizic cu 30 min înainte; cu vezica urinară plină

Cameră liniștită

Temperatură confortabilă

5 min repaus

Fără vorbit în timpul sau între măsurători

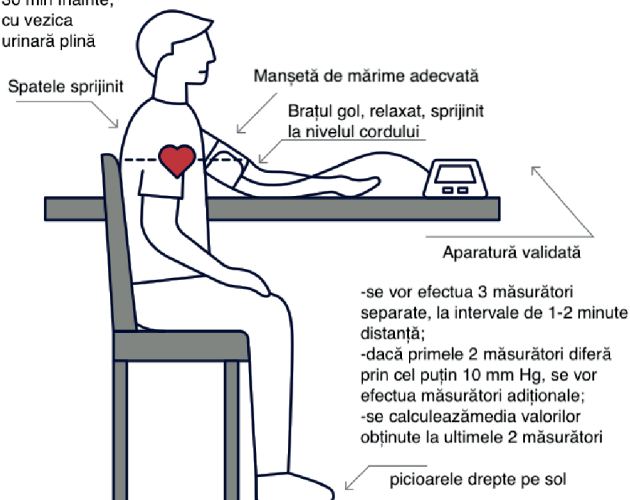


Figura 1

Definirea și clasificarea tensiunii arteriale se face astfel:

Categorie	TA sistolică		TA diastolică
Optimă	<120	și	<80
Normală	120-129	și/sau	80-84
Normal-înalță	130-139	și/sau	85-89
HTA grad I	140-159	și/sau	90-99
HTA grad II	160-179	și/sau	100-109
HTA grad III	≥ 180	și	≥ 110
HTA sistolică izolată	≥ 140		<90

La pacienții în vârstă sau cu antecedente de hipotensiune arterială ortostatică, măsurarea tensiunii arteriale va fi efectuată la 1 și 3 minute după trecerea din clino în ortostatism. Hipotensiunea arterială ortostatică este definită prin:

- scădere a tensiunii arteriale sistolice cu ≥ 20 mmHg sau
- creștere a tensiunii arteriale diastolice cu ≥ 10 mmHg

în primele 3 minute după trecerea în ortostatism și este asociată cu un risc crescut de mortalitate și evenimente adverse cardiovasculare.

Intervenții și ținte:

- tensiunea arterială optimă - remăsurare cel puțin o dată la 5 ani;
- tensiune arterială normală - remăsurare cel puțin o dată la 3 ani;
- tensiune arterială înalt normală - remăsurare cel puțin anual;
- de la valori înalt normale - recomandări de dietă adecvată (vezi subcapitol 3.1.3) și activitate fizică (vezi subcapitol 3.1.5);
- inițiere imediată a tratamentului medicamentos la pacienții cu:
 - HTA grad II și III;
 - HTA grad I care asociază risc cardiovascular înalt (vezi capitolul 4) sau afectare de organ țintă;
 - HTA de halat alb cu afectare de organ țintă sau cu risc cardiovascular înalt sau foarte înalt.

Inițierea tratamentului se face, de preferință, cu o asociere medicamentoasă care conține inhibitor de enzimă de conversie/antagonist de receptor de angiotensină și calciu blocant dihidropiridinic/diuretic. La pacienții cu HTA grad I cu

risc cardiovascular scăzut, se poate iniția tratamentul cu monoterapie.

Tratamentul ar trebui să scadă tensiunea arterială după 1-2 săptămâni, cu maximalizarea efectului până la 2 luni. După atingerea valorii țintă, se vor efectua controale periodice la 3-6 luni.

Ținta tratamentului este:

- în prima fază, < 140/90 mmHg;
- < 130/80 mmHg dacă tratamentul este bine tolerat, indiferent de riscul cardiovascular;
- în cazul pacienților < 65 ani, TA sistolică țintă este între 120 și 129 mmHg;
- pentru toți pacienții, TA diastolică <80 mmHg.

3.2.5. MATA (Monitorizarea ambulatorie a tensiunii arteriale)

Măsurarea ambulatorie a tensiunii arteriale / 24 ore înregistrează valorile tensionale la intervale de 30 min în timpul zilei și 60 min în timpul nopții.

Permite evaluarea tensiunii arteriale la categorii particulare de pacienți, cum ar fi:

- Situații în care HTA de halat alb este probabilă:
 - HTA grad I la cabinet;
 - Valori TA crescute la cabinet dar cu valori la domiciliu afirmativ normale;
- Situații în care HTA mascată este probabilă:
 - TA normal-înaltă la cabinet;
 - Valori TA normale la cabinet dar cu valori la domiciliu afirmativ crescute sau cu afectare de organ țintă;
- Variabilitate crescută a valorilor TA măsurate.

Evaluare și interpretare: Se vor evalua mediile valorilor TA:

- pe 24 ore: valoare normală < 130/80 mmHg);
- diurne: valoare normală < 135/85 mmHg);
- nocturne: valoare normala < 120/70 mmHg);

șiscăderea valorilor > 10% nocturn față de diurn (pattern dipper).

Intervenții și ținte: deși MATA este util pentru diagnosticul hipertensiunii arteriale, nu există date privind țintele MATA la pacienții la care s-a inițiat tratament antihipertensiv.

Bibliografie

1. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, Eur Heart J 2016, 37:2315-2381
2. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, Eur Heart J 2018, 39:3021-3104

3.3. Examinări paraclinice

3.3.1. Electrocardiograma

Scopul înregistrării ECG12 derivații este confirmarea ritmului cardiac (screening fibrilație atrială), precum și a modificărilor sugestive de ischemie cardiacă sau hipertrofie ventriculară stângă (semn indirect de HTA).

Evaluare și interpretare: se va înregistra o electrocardiogramă cu 12 derivații, folosind setări ECG standard, inclusiv viteză de derulare a hârtiei de 25 mm/s, amplitudine 10 mm/mV. În mod particular, se vor evalua și nota următoarele elemente ECG:

- ritmul: sinusal dacă există unde P, de morfologie constantă, pozitive în derivațiile DII și aVF, negative în aVR, bifazice în derivația V1; fibrilație atrială dacă undele P sunt absente și ritmul este neregulat (intervale RR variabile)
- frecvența ventriculară: se va calcula după formula $1500/\text{intervalul RR (mm)}$
- modificări ischemice: unde Q cu durata > 0.04 sec, cu amplitudine $> \frac{1}{4}$ din unda R; unde T negative; subdenivelare segment STorizontala de minim 1 mm sau descendenta în cel puțin 2 derivații
- semne de hipertrofie ventriculară stângă: Cornell - R în aVL + S în V3 > 28 mm la bărbați și > 20 mm la femei; Sokolow-Lyon - S în V1 + R în V5 > 35 mm;

3.3.2. Analize de laborator

Fiecărui pacient i se vor recomanda și prescrie o serie de analize de laborator, efectuate din sânge venos periferic, à jeun (repaus alimentar minim 8 ore).

- glicemia à jeun: permite identificarea pacienților cu diabet zaharat;

Interpretare: valoarea normală este < 126 mg/dl (7.0 mmol/l)

Intervenții și ținte: dacă pacientul este diagnosticat cu diabet zaharat, acesta trebuie adresat pentru dispensarizare diabetologică;

- HbA1c: reprezintă fracțiunea hemoglobinei legată de glucoză; chiar la valori sub limita de diagnostic a diabetului zaharat, este un marker de evenimente vasculare și poate fi folosit pentru evaluarea riscului de diabet; nu se recomandă dozarea acesteia la pacienții cu anemie hemolitică sau anemie feriprivă;

Interpretare: valoarea normală este < 6.5 %;

Intervenții și ținte: după inițierea tratamentului pentru diabet zaharat, valoarea țintă este < 7.0 % (53 mmol/mol), dar această țintă trebuie individualizată în funcție de durata diabetului zaharat, comorbidități și vârstă.

- profilul lipidic (colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol, trigliceride): dozarea colesterolului total este necesară pentru calcularea riscului CV total cu ajutorul diagramei SCORE; valorile LDL-colesterol crescute contribuie la apariția aterosclerozei și scăderea acestora scade riscul CV; HDL-colesterol scăzut și hipertrigliceridemia sunt asociate cu riscul CV;

Intervenții și ținte: toți pacienții cu dislipidemie trebuie să primească recomandări legate de stilul, intervențiile descrise în subcapitolele 3.1.2 - 3.1.5 sunt recomandate pentru reducerea colesterolului total, a LDL-colesterolului, scăderea nivelului trigliceridelor serice și

creșterea HDL-colesterolului; în plus față de acestea, tratamentul hipolipemiant cu o statină potentă (atorvastatină 40-80 mg sau rosuvastatină 20-40 mg) în doza maximă tolerată trebuie inițiat conform recomandărilor din Figura 1.

Figura 1.Strategii intervenționale în funcție de riscul cardiovascular și nivelul de LDL-colesterol bazal

Riscul CV total (SCORE) %	Nivel LDL-C fără tratament					
	<1,4 mmol/L (55 mg/dl)	1,4 până la <1,8 mmol/L (55 până la <70 mg/dL)	1,8 până la <2,6 mmol/L (70 până la <100 mg/dL)	2,6 până la <3 mmol/L (100 până la <116 mg/dL)	3,0 până la <4,9 mmol/L (116 până la <190 mg/dL)	≥4,9 mmol/L (≥190 mg/dL)
Prevenție primară						
<1 Risc scăzut	Modificarea stilului de viață	Modificarea stilului de viață	Modificarea stilului de viață	Modificarea stilului de viață	Modificarea stilului de viață, se ia în considerare tratamentul medicamentos dacă nivelurile LDL-C nu sunt controlate	Modificare stilului de viață și terapie medicamentoasă
Clasă*/Nivel ^b	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A
≥1 până la <5 Risc moderat (vezi Tabelul I)	Modificarea stilului de viață	Modificarea stilului de viață	Modificarea stilului de viață	Modificarea stilului de viață, se ia în considerare tratamentul medicamentos dacă nivelurile LDL-C nu sunt controlate	Modificarea stilului de viață, se ia în considerare tratamentul medicamentos dacă nivelurile LDL-C nu sunt controlate	Modificare stilului de viață și terapie medicamentoasă
Clasă*/Nivel ^b	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	IIa/A	IIa/A
≥5 până la <10 sau risc înalt (vezi Tabelul I)	Modificarea stilului de viață	Modificarea stilului de viață	Modificarea stilului de viață, se ia în considerare tratamentul medicamentos dacă nivelurile LDL-C nu sunt controlate	Modificarea stilului de viață și terapie medicamentoasă	Modificarea stilului de viață și terapie medicamentoasă	Modificarea stilului de viață și terapie medicamentoasă
Clasă*/Nivel ^b	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A	I/A
≥10 sau risc foarte crescut datorat unei condiții la risc (vezi Tabelul I)	Modificarea stilului de viață	Modificarea stilului de viață, se ia în considerare tratamentul medicamentos dacă nivelurile LDL-C nu sunt controlate	Modificarea stilului de viață și terapie medicamentoasă	Modificarea stilului de viață și terapie medicamentoasă	Modificarea stilului de viață și terapie medicamentoasă	Modificarea stilului de viață și terapie medicamentoasă

Ținta tratamentului hipolipemiant pentru profilaxie primară este:

- la pacienții cu risc CV foarte înalt, LDL-colesterol <55 mg/dl (1.4 mmol/l), sau o reducere de cel puțin 50% față de valoarea inițială;
- la pacienții cu risc CV înalt, LDL-colesterol <70 mg/dl (2.6 mmol/l), sau o reducere de cel puțin 50% față de valoarea inițială;
- la pacienții cu risc CV moderat, LDL-colesterol < 100 mg/dl (2.6 mmol/l)
- la pacienții cu risc CV scăzut, LDL-colesterol < 116 mg/dl (3.0 mmol/l).

Deși nu există o valoare țintă a trigliceridelor serice, < 150 mg/dl indică un risc scăzut. Tratamentul inițial al hipertrigliceridemieii trebuie să se facă tot cu o statină.

- Creatinină serică: pentru evaluarea prezenței unei boli renale cronice; se va calcula rata estimată a filtrării glomerulare (eGFR) utilizând formula CKD-EPI conform recomandărilor ghidurilor în vigoare, calculator disponibil pe: www.kidney.org/professionals/KDOQI/gfr_calculator.

Interpretare:

- eGFR < 30 ml/min/1.73m² - risc CV foarte înalt;
- eGFR 30-59 ml/min/1.73m² - risc CV înalt.

Intervenții și ținte: consult nefrologie.

Bibliografie

1. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, Eur Heart J 2016, 37:2315-2381

2. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD, Eur Heart J 2020, 41:255-323
3. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk, Eur Heart J 2020, 41:111-188

3.4. Riscul cardiovascular total - Diagrama SCORE

La indivizii aparent sănătoși, riscul cardiovascular este rezultatul interacțiunii dintre mai mulți factori, ceea ce constituie baza abordării prevenției prin evaluarea riscului cardiovascular total. Indicele SCORE estimează mortalitatea cardiovasculară prin evenimente aterosclerotice (boală coronariană, accident vascular cerebral, anevrism de aorta abdominală) la 10 ani și nu evenimentele cardiovasculare totale (fatale și non-fatale).

Este important de reținut că riscul de evenimente cardiovasculare totale este de aproximativ 3 ori mai mare decât riscul de evenimente cardiovasculare fatale, astfel încât, un scor SCORE de risc de 5% de evenimente fatale se traduce într-un risc de 15% de evenimente cardiovasculare totale.

Evaluare și interpretare: Acest instrument utilizează 5 elemente critice pentru evaluarea riscului cardiovascular: vârsta, sexul, tabagismul, nivelul colesterolului seric și nivelul tensiunii arteriale care vor fi incluse în Registrul de screening al bolilor cardiovasculare -SIG-RERBCV.

În urma evaluării riscului cardiovascular prin diagrama de risc SCORE și a factorilor menționați anterior în acest document, pacientul va fi încadrat în una dintre următoarele grupe de risc cardiovascular:

- foarte înalt:**
 - SCORE \geq 10% sau**
 - Diabet zaharat cu proteinurie sau cu un factor de risc major (fumat, dislipidemie, HTA) sau**
 - Boală renală cronică severă (eGFR $<$ 30 ml/min/1.73m²);**
- înalt:**
 - SCORE între 5 și 10%;**

- colesterol total > 310 mg/dl
- TA > 180/110 mmHg
- pacienții cu diabet zaharat >10 ani fără afectare de organ țintă, dacă au încă un factor de risc
- moderat:
 - SCORE între 1 și 5%;
 - diabet zaharat tip 1 < 35 ani sau tip 2 < 50 ani cu o durată a bolii < 10 ani, fără alți factori de risc
- scăzut: SCORE < 1%, fără alți factori de risc adiționali.

O problemă particulară în interpretarea scorului SCORE este la pacienții tineri cu nivele înalte ale factorilor de risc cardiovascular, la care un scor mic de risc absolut poate de fapt să ascundă un risc relativ mare (se folosește scala de risc relativ evaluând de câte ori este mai mare riscul individului față de un pacient fără factori de risc - Figura 3).

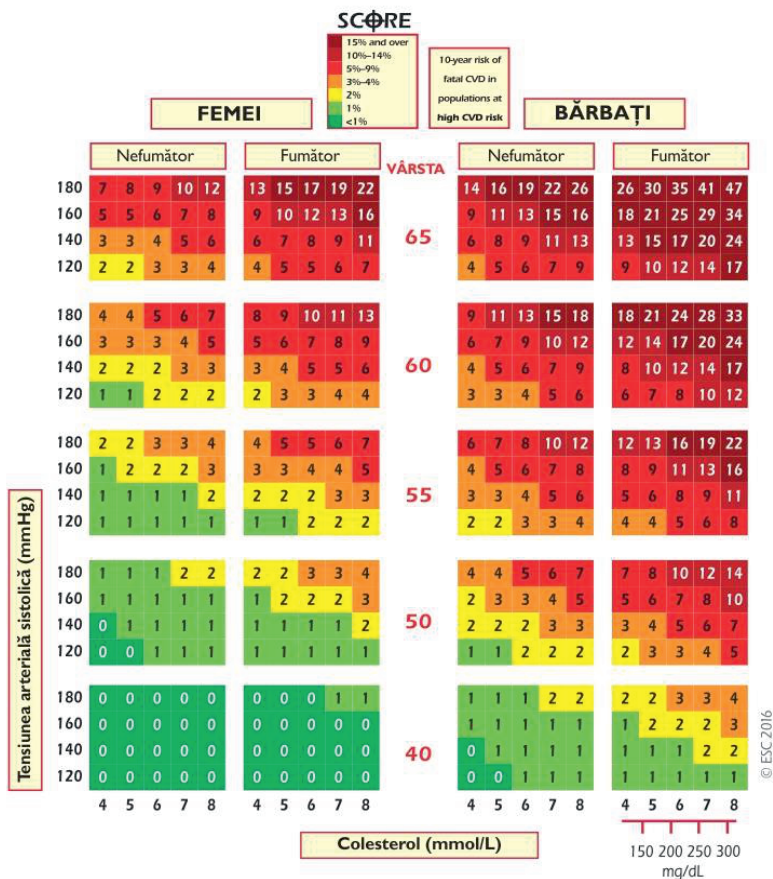


Figura 2. Grafic de risc SCORE pentru evenimente cardiovasculare fatale la 10 ani pentru populația țărilor cu risc cardiovascular înalt în funcție de vârstă, sex, fumat, tensiune arterială sistolică și colesterol total

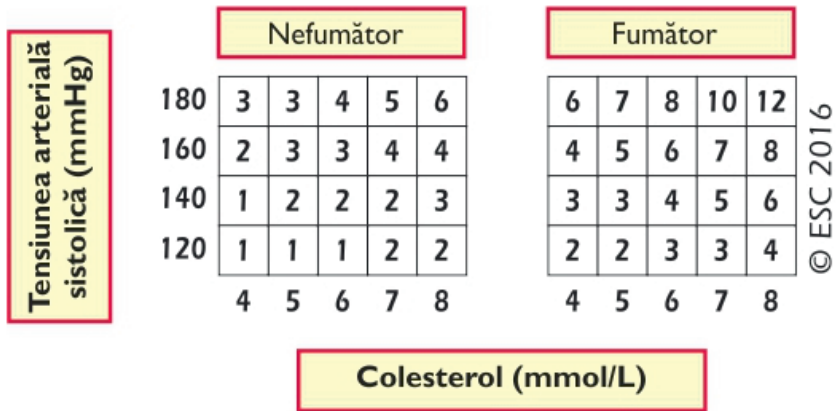


Figura 3. Diagrama de risc relativ, derivată din SCORE (conversie colesterol mmol/L → mg/dL: 8 = 310; 7 = 270; 6 = 230; 5 = 190; 4 = 155).

Exemplu: pacient fumător, cu TA sistolică > 180mmHg și colesterol total 310 mg/dl are un risc de 12 ori mai mare (colțul din dreapta sus) decât un pacient nefumător, cu TA sistolică 120 mmHg și colesterol total 155 mg/dl (colțul din stânga jos).

O metodă eficientă de comunicare a riscului cardiovascular este evaluarea vârstei de risc, prin evaluarea pe diagrama SCORE care este vârsta la care un individ fără factori de risc cardiovascular ar avea același nivel de risc.

Exemplu: Ion, un bărbat de 40 de ani, fumător, cu TA sistolică > 180mmHg și colesterol total 200 mg/dl are același risc (3%) cu un bărbat de 60 de ani, fără factori de risc. Vârsta de risc a lui Ion este 60 ani.

Intervenții și ținte:

- Risc < 5% - recomandări din partea medicului de familie
- Risc înalt 5-10% - recomandări de monitorizare mai frecventă efectuate de medicul de familie, eventual trimitere către medic de specialitate cardiologie, diabet și nutriție, nefrologie, pneumologie
- Risc foarte înalt >10% - trimitere la consult cardiologie în centrul regional de screening

Bibliografie

1. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, Eur Heart J 2016, 37:2315-2381
2. Update on cardiovascular prevention in clinical practice: A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology, Eur J Prev Cardiol 2019, 27(2):181-205

4. Evaluarea pacienților în Centrul Regional de Screening

Rolul CRS este de a completa investigațiile și de a diagnostica bolile cardiovasculare în faza incipientă. După diagnosticare, medicul specialist din CRS va formula recomandări de tratament adecvate pacientului.

Medicul de familie va fi înștiințat de investigațiile și recomandările primite (prin intermediul pacientului și/sau electronic), va urmări modul în care ele sunt urmate de pacient, va urmări evoluția parametrilor clinici și paraclinici și va recomanda alte consultații interclinice la diferite specialități în funcție de diagnosticul și recomandările medicului specialist din CSR.

Relația dintre medicul de familie - specialistul din CSR - medicul de familie - medicul de alte specialități va fi bidirecțională. Totodată este foarte importantă posibilitatea eficientă de transmitere a datelor între specialiști implicați folosind tehnologiile moderne de comunicare via internet, inclusiv sisteme de telemedicină.

La nivelul CRS protocolul de activități va cuprinde investigații pentru diagnosticarea afectării de organ țintă:

- a. Electrocardiogramă de suprafață, cu 12 derivații, pentru aprecierea existenței semnelor de hipertrofie ventriculară stângă, a unor posibile modificări ischemice în repaus, eventual înregistrarea traseului EKG pe 24h, în cazul subiecților cu tulburări de ritm;
- b. Măsurarea indicelui gleznă-braț pentru aprecierea prezenței afectării arteriale periferice
- c. Examinare ecografică Doppler arterial periferic/carotidian, cu calcularea indicelui intimă/medie și aprecierea prezenței și a severității leziunilor vasculare arteriale;

- d. Examinare echocardiografică de bază, cu aprecierea dimensiunilor cavităților cardiace, a grosimii pereților ventriculari, a funcționalității valvelor cardiace și a funcției sistolo-diastolice a ventriculului stâng, precum și a diametrului aortei toracice/abdominale.

Valorile de cut-off folosite pentru a decide încadrarea într-un anumit grad de risc și necesitatea aplicării de măsuri terapeutice vor fi considerate cele recomandate de ghidurile Societății Europene de Cardiologie.

Anexe

Anexa 1. Testul Fagerstrom pentru evaluarea dependenței de nicotină

Anexa 2. Chestionarul REAP pentru evaluarea rapidă a obiceiurilor alimentare

Anexa 3. Chestionarul AUDIT-C pentru evaluarea consumului de alcool

Anexa 4. Chestionarul AUDIT pentru evaluarea consumului de alcool

Anexa 5. Chestionarul GPPAQ pentru evaluarea nivelului de activitate fizică

Anexa 6. Niveluri de activitate fizică

Anexa 7. Chestionarul HADS pentru evaluarea depresiei și anxietății

Protocol de screening cardiovascular la nivelul medicului de familie

		Prima vizită	Vizita a doua
Factor de risc comportamental	Fumat	Întrebări minimale	Chestionar Fagerstrom + recomandări
	Dietă	-	Chestionar REAP + recomandări
Examen clinic cu includerea:	Alcool	Chestionar AUDIT-C ± AUDIT + recomandări	evaluarea aderenței la recomandări
	Activitate fizică	Chestionar GPPAQ + recomandări	evaluarea aderenței la recomandări
	Psiho-social	PHQ2	HADS
	IMC	DA + recomandări	DA + evaluarea aderenței la recomandări
	Circumferința abdominală	DA + recomandări	DA + evaluarea aderenței la recomandări
ECG 12 derivații	Frecvența cardiacă	DA	DA
	Tensiune arterială	DA + recomandări	DA + recomandări
	ABPM	±	±
		±	±
Laborator	CT, LDL-C, HDL-C, Tg	Recomandare / bilet de trimitere	Interpretare și recomandări
	Glicemie a jeun		
	HbA1c		
	Creatinină		
	eGFR		
Risc SCORE			Evaluare și recomandări

Testul Fagerstrom pentru evaluarea dependenței de nicotină

1. Când fumați prima țigară după trezire?	
a. În primele 5 minute	<input type="checkbox"/> 3
b. 6-30 minute	<input type="checkbox"/> 2
c. 31-60 minute	<input type="checkbox"/> 1
d. Peste 60 minute	<input type="checkbox"/> 0
2. Este dificil să nu fumați în locuri interzise?	
a. Da	<input type="checkbox"/> 1
b. Nu	<input type="checkbox"/> 0
3. La ce țigară renunțați mai greu?	
a. Prima	<input type="checkbox"/> 1
b. La celelalte	<input type="checkbox"/> 0
4. Câte țigări fumați pe zi ?	
a. Sub 10	<input type="checkbox"/> 0
b. 10-20	<input type="checkbox"/> 1
c. 21-30	<input type="checkbox"/> 2
d. peste 30	<input type="checkbox"/> 3
5. Fumați mai mult dimineața decât după-amiază?	
a. Da	<input type="checkbox"/> 1
b. Nu	<input type="checkbox"/> 0
6. Fumați când sunteți bolnav și trebuie să rămâneți la pat o zi întreagă?	
a. Da	<input type="checkbox"/> 1
b. Nu	<input type="checkbox"/> 0
Scor total:	

Scor:

1 - 2 = dependență scăzută

3 - 4 = dependență – scăzută spre moderat

5 - 7 = dependență moderată

>8 = dependență crescută

1 - 2 = dependență scăzută	3 - 4 = dependență – scăzută spre moderat	5 - 7 = dependență moderată	>8 = dependență crescută
Nu este nevoie de substituenți de nicotină	se pot oferi substituenți de nicotină	Terapie combinată de substituție (patch-uri + guma, tablete)	Terapie combinată de substituție (patch-uri + guma, tablete)

Anexa 2-Chestionar de evaluare rapidă a obiceiurilor alimentare (REAP)

Chestionar de Evaluare Rapidă a obiceiurilor alimentare (REAP)

Vă rugăm bifați căsuța ce reflectă cel mai bine situația Dvs!

Într-o săptămână medie, cât de des:	De obicei/ Deseori	Uneori	Rareori/ Niciodata	Nu mi se aplică
1. Sari peste micul-dejun ?				
2. Obișnuiești să mănânci mâncare fast-food ?				
3. Mănânci <u>mai puțin de 3 porții</u> de legume (exceptând cartofii) pe zi ? <i>1 porție = 1/2 cană de legume sau 1 cană de frunze verzi</i>				
4. Mănânci <u>mai puțin de 2 porții</u> de fructe pe zi ? <i>1 porție = 1/2 cană sau 1 fruct de mărime medie sau 120ml de suc de fructe 100%</i>				
5. Mănânci <u>mai puțin de 3 porții</u> de <u>cereale integrale</u> pe zi ? <i>1 porție = 1 felie de pâine din cereale integrale 100%; 1 cană de cereale integrale, de cereale bogate în fibre, de fulgi de ovăz; 3-4 biscuiți sărați (crackers) din făină integrală; 1/2 de cană de orez sălbatic sau de paste din făină integrală.</i>				
6. Mănânci sau bei <u>mai puțin de 1 porție</u> de lapte, iaurt sau brânză pe zi ? <i>1 porție = 1 cană de lapte sau iaurt; aprox 45-60 g brânză</i>				
7. Mănânci pește (fructe de mare) mai puțin de 1-2 ori pe săptămână ?				
8. Mănânci peste 90-100 g carne gătită (incl. pui, curcan(zi)? <i>90 g de carne roșie sau pui este de mărimea: - unui pachet de cărți de joc sau una din următoarele: - mărimea și grosimea unui pod de palmă - cât un picior mic de pui</i>				
9. Mănânci carne roșie (de vită, porc, oaie, miel) <u>mai mult de două ori pe săptămână</u> ?				
10. Consumi carne procesată de tip: hamburgeri, cârnați, salam, cremvurști, slănină, kaiser etc ?				
11. Consumi alimente prăjite cum ar fi carne, pui, pește, chifteluțe, cartofi sau alte legume prăjite?				
12. Mănânci chipsuri de cartofi, porumb, etc, crackers, floricele de porumb cu adaos de grăsimi ?				
13. Mănânci <u>dulciuri</u> cum ar fi prăjituri, tort, biscuiți, napolitane, produse de patiserie, gogoși, brișe, ciocolată și bomboane, înghețată, etc ?				
14. Bei sucuri dulci sau mai mult de 100 ml suc proaspăt din fructe ?				
15. Consumi produse <u>bogate în sare</u> cum ar fi murături, supe la plic, semipreparate congelate, semințe, chipsuri sărate?				

16. Cât de dornic ești să faci schimbări în ceea ce privește alimentația, pentru a-ți îmbunătăți sănătatea?

Ft. dornic	Deloc			
5	4	3	2	1

Chestionar adaptat după Rapid Eating Assessment for Patients - Varianta scurtă.
Institute for Community Health Promotion, Brown University, Providence, RI. All Rights Reserved.

Anexa 3-Chestionar AUDIT-C pentru evaluarea consumului de alcool.

1. Cat de des consumați o băutură conținând alcool?

- a. niciodată - 0 puncte;
- b. lunar sau mai rar - 1 punct;
- c. 2 - 4 ori pe lună - 2 puncte;
- d. 2 - 3 ori pe săptămână - 3 puncte;
- e. 4 sau mai multe ori pe săptămână - 4 puncte.

2. Câte băuturi standard* (US) consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți

O băutură standard (US) conține 10g alcool pur, echivalentul unei doze de bere de 330ml, un pahar de vin a 125 ml sau un pahar de țârie de 40 ml.

- a. una sau două - 0 puncte;
- b. trei sau patru - 1 punct;
- c. cinci sau șase - 2 puncte;
- d. șapte sau nouă - 3 puncte;
- e. zece sau mai mult - 4 puncte.

3. Cat de des beți 6 sau mai multe băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?

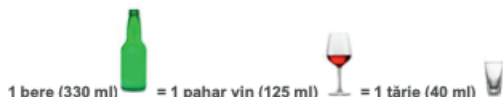
- a. niciodată - 0 puncte;
- b. lunar sau mai rar - 1 punct;
- c. lunar - 2 puncte;
- d. săptămânal - 3 puncte;
- e. zilnic sau aproape zilnic - 4 puncte.

Anexa 4-Chestionar AUDIT pentru evaluarea consumului de alcool

CHESTIONAR AUDIT DE EVALUARE A CONSUMULUI PERSONAL DE ALCOOL

Data: _____ Localitate: _____ Sex: ____ Vârsta: _____

Stare civila: _____ Studii: _____ 1 băutură = 12 g alcool pur



<p>1. Cât de des beți o băutură conținând alcool?</p> <p>1. Niciodată 0</p> <p>2. Lunar sau mai rar 1</p> <p>3. 2-4 ori pe lună 2</p> <p>4. 2-3 ori pe săptămână 3</p> <p>5. 4 sau mai multe ori pe săptămână 4</p> <p>2. Câte băuturi consumați într-o zi obișnuită, atunci când beți?</p> <p>a. Una sau două 0</p> <p>b. Trei sau patru 1</p> <p>c. Cinci sau șase 2</p> <p>d. Șapte sau nouă 3</p> <p>e. Zece sau mai mult 4</p> <p>3. Cât de des beți 6 sau mai multe băuturi de alcool la o singură ocazie?</p> <p>a. Niciodată 0</p> <p>b. Lunar sau mai rar 1</p> <p>c. Lunar 2</p> <p>d. Săptămănal 3</p> <p>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p>4. Cât de des ați constatat în ultimul an că nu puteți să vă opriți din băut o dată ce ați început?</p> <p>a. Niciodată 0</p> <p>b. Lunar sau mai rar 1</p> <p>c. Lunar 2</p> <p>d. Săptămănal 3</p> <p>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p>5. Cât de des în ultimul an nu ați reușit să faceți ceea ce era de așteptat să faceți din cauza băutului?</p> <p>a. Niciodată 0</p> <p>b. Lunar sau mai rar 1</p> <p>c. Lunar 2</p> <p>d. Săptămănal 3</p> <p>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</p>	<p>6. Cât de des în ultimul an ați avut nevoie să beți prima băutură de dimineață ca să vă reveniți după o beție zdravănă?</p> <p>a. Niciodată 0</p> <p>b. Lunar sau mai rar 1</p> <p>c. Lunar 2</p> <p>d. Săptămănal 3</p> <p>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p>7. Cât de des în ultimul an ați avut un sentiment de remușcare sau de vinovăție după ce ați băut?</p> <p>a. Niciodată 0</p> <p>b. Lunar sau mai rar 1</p> <p>c. Lunar 2</p> <p>d. Săptămănal 3</p> <p>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p>8. Cât de des în ultimul an nu ați putut să vă amintiți ce s-a întâmplat în noaptea trecută din cauză că ați băut?</p> <p>a. Niciodată 0</p> <p>b. Lunar sau mai rar 1</p> <p>c. Lunar 2</p> <p>d. Săptămănal 3</p> <p>e. Zilnic sau aproape zilnic 4</p> <p>9. Dvs. sau altcineva a fost rănit ca rezultat al faptului că ați fost băut?</p> <p>a. Nu 0</p> <p>b. Da, dar nu în ultimul an 2</p> <p>c. Da, în ultimul an 4</p> <p>10. O rudă, un prieten, un doctor sau o altă persoană a fost îngrijorată de băutul dvs. sau v-a sfătuit să-l reduceți?</p> <p>a. Nu 0</p> <p>b. Da, dar nu în ultimul an 2</p> <p>c. Da, în ultimul an 4</p>
--	---

Anexa 5-Chestionarul GPPAQ și instrucțiuni pentru completare

Chestionar pentru calcularea indexului activității fizice

Data.....

Nume.....

1. Va rugăm să ne spuneți tipul și cantitatea de activitate fizică pe care o implica activitatea dvs profesională. Vă rugăm să bifați o singură casuță, cea mai reprezentativă pentru munca desfășurată de dvs în prezent:

		Va rugăm să marcați o singură casuță
a	Nu lucrez (de exemplu, pensionari, pensionari din motive de sănătate, șomaj, îngrijitor full-time, etc.)	
b	Majoritatea timpului am activitate la birou, pe scaun	
c	Îmi petrec cea mai mare parte a timpului în picioare sau mergând pe jos. Cu toate acestea, munca mea nu are nevoie de mult efort fizic intens (de exemplu, magazin asistent, coafor, agent de pază etc)	
d	Munca mea implică efort fizic, inclusiv manipularea unor obiecte grele și utilizarea de instrumente (de ex. instalator, electrician, tâmplar, curat, asistentă spital, grădinar, lucrători poștali etc.)	
e	Munca mea implică activitate fizică intensă, inclusiv manipularea unor obiecte foarte grele (de ex. schele, muncitor în construcții, vidanșor, etc.)	

2. În ultima săptămână, câte ore ați efectuat fiecare dintre următoarele activități?

Vă rugăm să răspundeți dacă sunteți angajați sau nu

		Vă rugăm să marcați numai o casuță pe fiecare rând			
		Deloc	Ceva, mai puțin de 1 ora	Între 1 și 3 ore	Peste 3 ore
a	Exerciții fizice, cum ar fi înot, jogging, aerobic, fotbal, tenis, antrenament la sală, gimnastică etc.				
b	Ciclism, inclusiv mers cu bicicleta la serviciu sau în timpul liber				
c	Mers pe jos, inclusiv mersul pe jos la locul de muncă, la cumpărături, plimbări etc.				
d	Gospodărie / Îngrijirea copiilor				
e	Grădinarit / bricolaj				

3. Cum ați descrie ritmul dvs de mers pe jos, de obicei? Vă rugăm să marcați doar un singur răspuns.

Ritm lent (mai puțin de 4 km/h)

Ritm alert

Ritm mediu constant

Ritm rapid (de exemplu peste 6 Km/h)

Interpretare:

Pacienții vor fi clasificați în patru categorii de index al acitivității fizice:

- Inactiv: muncă sedentară și niciun exercițiu fizic sau mers pe bicicletă
- Moderat inactiv:muncă sedentară și sub o oră de exercițiu fizic și/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă în picioare și fără exerciții fizice sau mers pe bicicletă
- Moderat activ: muncă sedentară și 1-2,9 ore de exerciții fizice si/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă în picioare și sub o ora de exerciții fizice si/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă fizică și fără exerciții fizice si/sau mers pe bicicletă
- Activ: muncă sedentară și peste 3 ore de exerciții fizice si/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă în picioare și 1-2,9 ore de exerciții fizice și/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă fizică și sub o oră de exerciții fizice și/sau mers pe bicicletă pe săptămână SAU muncă fizică grea

Anexa 6-Nivele de activitate fizică

Activitate fizică	Exemple
Ușoară	Activități casnice ușoare Mers lent
Moderată	Mers în ritm moderat sau rapid Bicicletă, lent Aspirat, zugerăvit Grădinărit - tuns iarba Tenis de câmp (la dublu) Dans Aqua-aerobic
Intensă	Jogging Bicicletă, > 15 km/h Grădinărit – săpat Înot Tenis de câmp (simplu)

Anexa 7-Chestionarul HADS pentru evaluarea depresiei și anxietății.

Scala de anxietate și depresie HADS

Inițiale _____

Data _____

A	D			A	D
3		Mă simt încordat sau nervos:	Am impresia că fac totul mai încet:	3	
2		• cea mai mare parte a timpului	• aproape tot timpul	2	
1		• bună parte din timp	• deseori	1	
0		• din când în când, ocazional	• câteodată, ocazional	0	
		• deloc	• deloc		
		Îmi place la fel de mult ceea ce îmi plăcea înainte:	Am o senzație de teamă de parcă aș avea un nod în stomac:	0	
0		• da, la fel de mult	• deloc	1	
1		• nu atât de mult	• câteodată, ocazional	2	
2		• în mică măsură	• destul de des	3	
3		• aproape deloc	• foarte des		
		Am o senzație de teamă ca și cum ar urma să se întâmple ceva foarte rău:	Nu mă mai interesează cum arată:	3	
3		• da, într-adevăr și destul de tare	• deloc	2	
2		• da, dar nu foarte tare	• nu mai dau înfățișării atâta importanță câtă ar trebui	1	
1		• puțin, dar nu mă îngrijorează	• poate că nu mai dau chiar atâta importanță înfățișării	0	
0		• deloc	• dau la fel de multă atenție înfățișării ca înainte		
		Pot să rîd și să văd partea bună a lucrurilor:	Simt nevoia să mă mișc ca și cum nu aș putea să stau locului	3	
0		• la fel de mult ca înainte	• da, mereu	2	
1		• nu atât de mult ca înainte	• deseori	1	
2		• mult mai puțin ca înainte	• câteodată	0	
3		• deloc	• deloc		
		Îmi fac griji:	Mă bucur dinainte când mă gândesc că voi face anumite lucruri:	0	
3		• foarte des	• la fel de mult ca înainte	1	
2		• destul de des	• mai puțin ca înainte	2	
1		• ocazional	• mult mai puțin ca înainte	3	
0		• foarte rar	• aproape deloc		
		Sunt bine dispus:	Simt dintr-o dată că mă cuprinde panica	3	
3		• niciodată	• foarte des, într-adevăr	2	
2		• rar	• destul de des	1	
1		• destul de des	• rar	0	
0		• cea mai mare parte a timpului	• deloc		
		Pot să stau liniștit și să mă simt destins, relaxat:	Îmi face plăcere să mă uit la o emisiune de televiziune, să ascult o emisiune la radio sau să citesc o carte bună	0	
0		• mereu	• deseori	1	
1		• destul de des	• uneori	2	
2		• rar	• rar	3	
3		• deloc	• foarte rar		

Vă rugăm să verificați dacă ați răspuns la toate întrebările

