



ORDIN
mun. Chișinău

„05” 05 2011

Nr. 362

**Cu privire la aprobarea formularelor statistice
pentru formarea și implementarea sistemului
de supraveghere a malformațiilor congenitale**

Întru realizarea Hotărârii Colegiului a Ministerului Sănătății nr.3/1 din 25.05.2010 „Cu privire la asistența medicală pediatrică. Aprobarea programului de perspectivă în prevenirea și reducerea malformațiilor congenitale în Republica Moldova”, în scopul fortificării sistemului de supraveghere a malformațiilor congenitale, în temeiul Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, structurii și efectivului – limită ale aparatului central al acestuia, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 777 din 27 noiembrie 2009 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2009, nr.173, art.855),

ORDON:

1.Se aprobă:

1.1. Lista Formularelor de evidență și raportare a viciilor congenitale (anexa nr.1).

1.2. Instrucțiunile privind monitorizarea și evaluarea viciilor congenitale și maladiilor ereditare la nivel național (anexa nr. 2).

2. Directorul Direcției Sănătății a Consiliului municipal Chișinău, Directorul Direcției Sănătății și Asistenței Sociale UTA Găgăuzia, Șeful Secției Sănătate a Primăriei municipiului Bălți, conducătorii instituțiilor medico-sanitare republicane, municipale, raionale:

2.1. vor pune în aplicare în instituțiile din subordine formularele de evidență și raportare a viciilor congenitale, aprobate prin prezentul ordin.

2.2. vor interzice întocmirea și utilizarea formularelor de evidență medicală primară, care nu sunt aprobate de Ministerul Sănătății.

2.3. vor declara Institutului de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului fiecare caz depistat malformație congenitală, în conformitate cu prevederile prezentului ordin.

3. Directorului Institutului de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului:

3.1. va numi prin ordin intern, persoana responsabilă de stocarea și prelucrarea fișelor medicale de declarare a cazurilor de malformații congenitale.

3.2. va transmite Centrului Național de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală Certificatul medical final de înregistrare a cazului de anomalii congenitale și maladii ereditare, aprobată prin prezentul ordin.

4. Directorul Centrului Național de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală:

4.1. va analiza și va sistematiza datele colectate privind malformațiile congenitale cu prezentarea ulterioară Centrului Național de Management în Sănătate.

4.2. va stoca datele înregistrate în Registrul Național de Malformații și va transmite raportul electronic la EUROCAT.

5. Directorul Centrului Național de Management în Sănătate:

5.1. va asigura postarea modelelor formularelor de evidență medicală și raportare a viciilor congenitale pe pagina web a Ministerului Sănătății.

5.2. va prezenta pentru editare modelele formularelor de evidență medicală și raportare a viciilor congenitale, aprobate prin prezentul ordin.

Controlul executării prezentului ordin se asumă dlui Gheorghe Țurcanu, viceministru al sănătății.

Ministru

Andrei USATÎ

LISTA
Formularelor de evidență și raportare a viciilor congenitale

Nr de ord.	Denumirea formularului	Numărul formularului	Aspectul documentului	Termen de păstrare	Formatul
1.	Certificat medical privind examenul ecografic în trimestrul II de sarcină	098/e	Formular	1 an	A4
2.	Certificat medical de declarare a malformației depistate la examenul USG și a markerilor ecografici, tip A	098-1/e	Formular	3 ani	A4
3.	Registrul de evidență a eliberării certificatelor medicale de declarare a malformației depistate la examenul USG și a markerilor ecografici, tip A	098-2/e	Registru copertat 48 pagini	25 ani	A4
4.	Certificat medical de declarare a cazului de malformație în urma întreruperii de sarcină până la 22 săptămâni de sarcină, tip B	098-3/e	Formular	3 ani	A4
5.	Registrul de evidență a eliberării certificatelor medicale de declarare a cazului de malformație în urma întreruperii de sarcină până la 22 săptămâni de sarcină, tip B	098-4/e	Registru copertat 48 pagini	25 ani	A4
6.	Certificat medical de declarare a cazului de malformație depistată la copii în primul an de viață, tip C	098-5/e	Formular	3 ani	A4
7.	Registrul de evidență a eliberării certificatelor medicale de declarare a cazului de malformație depistată la copii în primul an de viață, tip C	098-6/e	Registru copertat 48 pagini	25 ani	A4
8.	Certificat medical de constatare a cazului de anomalii congenitale și maladii ereditare, la făt/nou-născut și copil în primul an de viață, tip D	098-7/e	Formular	3 ani	A4

INSTRUCȚIUNI

privind monitorizarea și evaluarea viciilor congenitale și maladiilor ereditare la nivel național

Examenul ecografic prezintă o metodă modernă în evaluarea stării intrauterine a fătului care se efectuează la viitoarele mame cu scopul depistării sau excluderii unor probleme din partea fătului sau a gestației. *Certificatul medical privind examenul ecografic în trimestrul II de sarcină (formular 098/e)* se completează la examenul USG de către toate instituțiile medico-sanitare care deservește femeile gravide.

Certificat medical de declarare a malformației depistate la examenul USG și a marcherilor ecografici, tip A, formular 098-1/e

La examenul USG și a marcherilor ecografici, se completează *Certificatul medical de declarare a malformației depistate la examenul USG și a marcherilor ecografici, tip A, formular 098-1/e* în 2 exemplare în mod cronologic, imediat după suspectarea cazului de malformații la examenul USG sau depistarea marcherilor ecografici (semne de alertă pentru maladii cromozomiale), de către medicul care a efectuat examenul USG sau șeful subdiviziunii medicale în care a fost suspectat cazul.

Medicul care a efectuat examenul USG sau șeful subdiviziunii medicale în care a fost suspectat cazul, completează *Registrul de evidență a eliberării certificatelor medicale de declarare a malformației depistate la examenul USG și a marcherilor ecografici, tip A*", formular 098-2/e, pe care îl deține instituția medico-sanitară și înmânează gravidei sau persoanei îndreptățite, *Certificatul medical de declarare a malformației depistate la examenul USG și a marcherilor ecografici, tip A, formular 098-1/e*, care contrasemnează în *Registrul de evidență a eliberării certificatelor medicale de declarare a malformației depistate la examenul USG și a marcherilor ecografici, tip A, formular 098-2/e*.

Șeful subdiviziunii medicale în care a fost suspectat cazul, săptămânal controlează corectitudinea îndeplinirii certificatului medical și transmite prin intermediul sistemului informațional certificatul medical, (dacă nu este sistem informațional, atunci exemplarul 2 (copia) certificatului medical), în secția de informatică și statistică medicală a spitalului raional/municipal. Șeful secției de informatică și statistică medicală contrasemnează în *Registrul de evidență a eliberării certificatelor medicale de declarare a malformației depistate la examenul USG și a marcherilor ecografici, tip A, formular 098-2/e*.

În secția de informatică și statistică medicală a spitalului raional/municipal *Certificatul medical de declarare a malformației depistate la examenul USG și a marcherilor ecografici, tip A, formular 098-1/e* se completează în variantă electronică și o dată în 7

zile prin intermediul sistemului informațional (dacă nu este sistem informațional, atunci prin fax), transmite certificatul medical, persoanei responsabile de înregistrare a cazurilor de vicii congenitale în secția de evaluare, monitorizare și integrare a serviciilor medicale a Institutului de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului (ICȘOSMșiC). Data transmiterii certificatului medical la ICȘOSMC se înregistrează în Registrul corespunzător, pe care îl deține instituția medico-sanitară.

Certificat medical de declarare a cazului de malformație în urma întreruperii de sarcină până la 22 săptămâni de sarcină, tip B, formular 098-3/e

Certificatul medical de declarare a cazului de malformație în urma întreruperii de sarcină până la 22 săptămâni de sarcină, tip B, formular 098-3/e se completează în 2 exemplare în mod cronologic, imediat după suspectarea cazului de malformație la examinarea produsului (fătului), de către medicul care a efectuat examinarea produsului (fătului) și a suspectat cazul de malformație sau de către șeful subdiviziunii medicale unde a fost efectuată examinarea produsului (fătului) și suspectarea cazului de malformație.

Medicul care a efectuat examinarea produsului (fătului) și a suspectat cazul de malformație sau șeful subdiviziunii medicale unde a fost efectuată examinarea produsului (fătului) și suspectarea cazului de malformație, completează *Registrul de evidență a eliberării Certificatului medical de declarare a cazului de malformație în urma întreruperii de sarcină până la 22 săptămâni de sarcină, formular 098-4/e*, pe care îl deține instituția medico-sanitară și înmânează gravidei *Certificatul medical de declarare a cazului de malformație în urma întreruperii de sarcină până la 22 săptămâni de sarcină, tip B, formular 098-3/e*, care contrasemnează în *Registrul de evidență a eliberării certificatelor medicale de declarare a cazului de malformație în urma întreruperii de sarcină până la 22 săptămâni de sarcină, formular 098-4/e*.

Șeful subdiviziunii medicale în care a fost suspectat cazul, săptămânal controlează corectitudinea îndeplinirii certificatului medical și transmite prin intermediul sistemului informațional certificatul medical (dacă nu este sistem informațional, atunci exemplarul 2 (copia) certificatului medical), în secția de informatică și statistică medicală a spitalului raional/municipal. Șeful secției de informatică și statistică medicală contrasemnează în *Registrul de evidență, privind eliberarea certificatului medical de declarare a cazului de malformație în urma întreruperii de sarcină până la 22 săptămâni de sarcină, formular 098-4/e*.

În secția de informatică și statistică medicală a spitalului raional/municipal certificatul medical de declarare a cazului de malformație în urma întreruperii de sarcină până la 22 săptămâni de sarcină, tip B, formular 098-3/e se completează în variantă electronică și o dată în 7 zile prin intermediul sistemului informațional (dacă nu este sistem informațional, atunci prin fax), transmite certificatul medical, persoanei responsabile de înregistrare a cazurilor de vicii congenitale în secția de evaluare, monitorizare și integrare a serviciilor medicale a ICȘOSMC. Data transmiterii certificatului medical la ICȘOSMC se înregistrează în Registrul corespunzător, pe care îl deține instituția medico-sanitară.

Certificat medical de declarare a cazului de malformație depistată la copii în primul an de viață, tip C, formular 098-5/e

Certificatul medical de declarare a cazului de malformație depistată la copii în primul an de viață, tip C, formular 098-5/e se completează în 2 exemplare în mod cronologic, imediat după suspectarea cazului de malformații la făt/copil la examenul fizic (la 72 ore, la o lună și pe parcursul primului an de viață), la screening-ul neonatal, după intervenție chirurgicală și examen patomorfologic în caz de deces, de către șeful subdiviziunii medicale în care a fost suspectat cazul.

Șeful subdiviziunii medicale în care a fost suspectat cazul, înmânează mamei sau persoanei îndreptățite, *Certificatul medical de declarare a cazului de malformație depistată la copii în primul an de viață, tip C, formular 098-5/e*, care contrasemnează în *Registru de evidență a eliberării certificatului medical de declarare a cazului de malformație depistată la copii în primul an de viață, tip C, formular 098-6/e*, pe care îl deține instituția medico-sanitară și transmite exemplarul 2 (copia) certificatului medical, persoanei responsabile.

Certificat medical de constatare a cazului de anomalii congenitale și maladii ereditare, la făt/nou-născut, tip D, formular 098-7/e

Conducătorul ICȘOSMC prin ordin intern va desemna un colaborator din Secția de monitorizare, evaluare și integrare a serviciilor medicale a ICȘOSMC, responsabil de stocarea și prelucrarea fișelor medicale de declarare a cazurilor de malformații congenitale depistate în timpul sarcinii, în urma întreruperii de sarcină și primul an de viață, parvenite din republică. Colaboratorul, responsabil de această acțiune, va prelucra toate fișele medicale de declarare a cazurilor de suspiciune a malformațiilor congenitale și maladiilor ereditare (prin compare și verificare pentru identificarea metodei de diagnostic) și va perfecta Certificatul medical final de înregistrare a cazului de anomalii congenitale și maladii ereditare care va fi transmisă Centrului Național de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală (CNSRGM).

Certificatul medical de constatare a cazului de anomalii congenitale și maladii ereditare la făt/nou-născut, (tip D), formular 098-7/e se îndeplinește de către colaboratorul responsabil din secția de monitorizare, evaluare și integrare a serviciilor a ICȘOSMC, în cazul când malformația sau maladia ereditară a fost confirmată.

Prin intermediul sistemului informațional se transmite CNSRGM. În cadrul CNSRGM cazul este înregistrat și stocat în Registrul Național de Malformații, va fi completat raportul electronic și pregătit pentru a fi transmis la EUROCAT.

Crearea în cadrul secției de monitorizare, evaluare și integrare a serviciilor medicale a ICȘOSMC a unei baze de date electronice a malformațiilor congenitale va oferi posibilitatea analizei curente a datelor. Bază de date va fi instalată și pe calculatoarele Centrului Național de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală (CNSRGM) pentru sistematizarea datelor colectate și Centrului Național de Management în Sănătate, pentru raportare conform cerințelor.

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
Министерство здравоохранения Республики Молдова

denumirea instituției
наименование учреждения

DOCUMENTAȚIE MEDICALĂ

Formular

Форма

nr. **098/e**

Aprobat de MS al RM

Утверждена МЗ РМ

nr. **362** din 05.05 2011

--	--	--	--	--	--	--	--

**CERTIFICAT MEDICAL PRIVIND EXAMENUL ECOGRAFIC
ÎN TRIMESTRUL II DE SARCINĂ**

Gravida _____ **Vârsta** _____ **Data** _____

Marca aparatului _____ vizualizare: bună/dificilă

Antecedente obstetricale și patologice _____

Vârsta gestațională _____ sapt. _____ z ile

Prezențație _____

Sarcină monofetală/multiplă _____ mono/bicorală, mono/biamniotică.

Biometrie fetală

BPD _____ cm.corespunde _____ săpt. _____ z.

HC _____ cm.corespunde _____ săpt _____ z.

AC _____ cm.corespunde _____ săpt _____ z.

FL _____ cm.corespunde _____ săpt _____ z.

Alte _____

Morfologie fetală

SNC. Calota craniană _____ Profil facial _____

Sistem ventricular al encefalului _____

Plexuri coroidale _____

Cerebel _____ Coloana vertebrală _____

Cord: Poziție _____ mișcări cord fetal _____ b/m, a/ritmice

Secțiunea patru camere _____ Colecții pericardiale _____

Tract de ejecție ventricul sting _____ Tract de ejecție ventricul drept _____

Intersecție vase magistrale _____ Arcul aortei _____

Secțiunea bicavală _____ Secțiunea trei vase _____

Arterele pulmonare _____

Diafragma _____ **Perete abdominal anterior** _____

Stomac _____ **Intestin** _____

Rinichi _____ **Vezica urinară** _____

Membrele _____

Masa estimativă a fătului _____ grame.

Sex fetal _____

Placenta:

localizare _____ nonpraevia/praevia _____

Grad maturizare _____ Aspect _____

Lichid amniotic. Indice

amniotic _____

Cordon ombilical _____

Col uterin _____

Velocimetrie Doppler:

Arterei ombilicale: PI _____ RI _____ S/D _____

Arterii uterine: PI dr _____ RI dr _____ S/D dr _____

PI st _____ RI st _____ S/D st _____

Art.cerebrală medie:PI _____ RI _____ S/D _____ Raport cerebro-placentar(Arteille) _____

Sistem venos fetal _____

Alte _____

Organe interne și glanda tiroidă la gestantă _____

Notă: diagnosticul unor malformații nu este posibil.

Concluzie: _____

Medic

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
Министерство здравоохранения Республики Молдова

denumirea instituției
наименование учреждения

DOCUMENTAȚIE MEDICALĂ

Formular

nr. **098-1/e**

Форма

Aprobat de MS al RM

nr. **362** din 05.05 2011

Утверждена МЗ РМ

--	--	--	--	--	--	--

CERTIFICAT MEDICAL DE DECLARARE A MALFORMAȚIEI DEPISTATE LA EXAMENUL USG ȘI A MARCHERILOR ECOGRAFICI, (TIP A)

Definiția cazului	
Suspect USG <input type="checkbox"/>	Marcher ecografic fetal <input type="checkbox"/>
GRAVIDA	Consultația medicului obstetrician-ginecolog
Numele	Detalii.....
prenumele.....

Formular nr. 098-2/e
Форма

Aprobat de MS al RM nr. 362 din 05.05 2011
Утверждена МЗ РМ

denumirea instituției
наименование учреждения

REGISTRUL

DE EVIDENȚĂ A ELIBERĂRII CERTIFICATELOR MEDICALE DE DECLARARE A MALFORMAȚIEI DEPISTATE LA EXAMENUL USG ȘI A MARCHERILOR ECOGRAFICI, TIP A

Început ” _____ ” _____ 20 _____

Terminat” _____ ” _____ 20 _____

Nr de ord.	Numele, prenumele gravidei, numărul de identificare	Data nașterii (ziua, luna, anul)	Adresa la domiciliu	Data ultimei menstruații a gravidei	Consultația medicului obstetrician-ginecolog	Statutul sarcinii		
						avort spontan	întreruperea sarcinii	continuarea sarcinii
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Screening seric				Datele examenului USG			Unde a fost referită Gravida (nivel I, II, III)	Numele, prenumele, funcția și telefonul de contact persoanei care a completat și eliberat certificatul medical	Data eliberării certificatului medical	Semnătura destinatarului certificatului medical	Data transmiterii certificatului medical în secția de informatică și statistică medicală
Data scriningului	rezultatul examenului la alfa-feto-proteină (AFP)			Data USG	Termenul de gestație la USG (în săptămâni)	Rezultatul examenului USG					
	normal	nivelul	scorul seric Down								
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

denumirea instituției
 наименование учреждения

--	--	--	--	--	--	--

CERTIFICAT MEDICAL DE DECLARARE A CAZULUI DE MALFORMAȚIE ÎN URMA ÎNTRERUPERII DE SARCINĂ PÂNĂ LA 22 SĂPTĂMÎNI DE SARCINĂ, TIP B

Gravida	
Numele	
prenumele.....	
Adresa la domiciliu.....	
.....	
Număr de identificare	
Data nașterii gravidei _____ <small>ziua, luna, anul nașterii</small>	Etnia gravidei _____
Consultația medicului obstetrician-ginecolog dacă, da de specificat în formă de text	Consultația geneticianului dacă, da de specificat în formă de text
A fost malformația suspectată la examenul USG <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Avort tardiv <input type="checkbox"/>, Întreruperea sarcinii a avut loc _____ <small>ziua, luna, anul nașterii</small>
Greutatea feteului la întreruperea sarcinii _____ (g),	Sexul feteului M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Neidentificat <input type="checkbox"/>
Anomalia congenitală s-a confirmat postnatal <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Malformația a fost confirmată prin: investigații biochimice <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu; biopsia corionului <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu; amniocenteză <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
Sumarul cazului	
Diagnostic final, morfologic, după întreruperea sarcinii	
Pacienta a fost referită în altă IMS <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu Dacă da la ce nivel I, II sau III Consultant.....	A fost completat de Numele..... prenumele..... Funcția..... Data.....

Formular nr. 098-4/e
Форма

Aprobat de MS al RM nr. 362 din 05.05 2011
Утверждена МЗ РМ

denumirea instituției
наименование учреждения

REGISTRUL
DE EVIDENȚĂ A ELIBERĂRII CERTIFICATELOR MEDICALE DE DECLARARE A CAZULUI
DE MALFORMAȚIE ÎN URMA ÎNTRERUPERII DE SARCINĂ PÂNĂ LA 22 SĂPTĂMÎNI DE SARCINĂ

Început ” _____ ” _____ 20 _____

Terminat” _____ ” _____ 20 _____

Nr de ord.	Numele, prenumele gravidei, numărul de identificare	Data nașterii (ziua, luna, anul)	Adresa la domiciliu	Etnia mamei	Data, luna, anul întreruperii sarcinii	Consultația		Greutatea la naștere	Sexul
						medicului obstetrician-ginecolog	geneticianului		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Anomalia congenitală s-a confirmat postnatal (da, nu);	Sumarul cazului	Examenul patomorfologic	Unde a fost referită gravida (nivel I, II, III)	Numele, prenumele, funcția și telefonul de contact persoanei care a completat și eliberat certificatul medical	Data eliberării certificatului medical	Semnătura destinatarului certificatului medical	Data transmiterii certificatului medical în secția de informatică și statistică medicală
11	12	13	14				

Data finisării sarcinii _____ ziua, luna, anul		Instituția unde a avut loc nașterea.....	
Sexul M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Neidentificat <input type="checkbox"/>		Greutatea la naștere _____ Nr. ordine _____	
Metode de diagnostic utilizate în depistarea anomaliei congenitale			
Metoda de diagnostic	Data depistării anomaliei	Rezultatul/Detalii	
USG antenatal			
Screening seric; AFP (alfa-feto-proteină); GTC (gonadotropina corionică)			
Cariotipul			
Metoda tehnică utilizată de colectare			
Amniocenteza <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Biopsia viloz. Coriale <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	Sânge de la copil <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu	
Examinarea nou-născutului /copilului			
Screening neonatal			
Examen radiologic			
Echocardiografia			
USG postnatal			
Altele			
Postmortem (examen pato-morfologic) 1. Da <input type="checkbox"/> 2. Nu s-a cerut <input type="checkbox"/> 3. Nu s-a efectuat <input type="checkbox"/> 4. Nu a fost permis <input type="checkbox"/> 5. Nu este cunoscut <input type="checkbox"/>			
Raportul este atașat <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu			
Anomalia depistată la făt/nou-născut/copil			
Detalii despre anomalie	Cifrul conform CIM revizia X	Folosiți acest spațiu pentru descrierea anomaliei	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Aceste anomalii fac parte din careva sindrom? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> NSC, dacă da explicați detaliat			
Consultația pentru specificări detaliate			
Obstetrician-ginecolog <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu, dacă da explicați detaliat	Pediatru <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu, dacă da explicați detaliat	Genetician <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu, dacă da explicați detaliat	
Pacienta a fost referită în altă IMS <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu Dacă da la ce nivel I, II sau III Consultant.....		A fost completat de Numele..... prenumele..... Funcția..... Data.....	

Formular
Форма

nr. 098-6/e

Aprobat de MS al RM
Утверждена МЗ РМ

nr. 362 din 05.05 2011

denumirea instituției
наименование учреждения

**REGISTRUL
DE EVIDENȚĂ A ELIBERĂRII CERTIFICATELOR MEDICALE DE DECLARARE A CAZULUI DE
MALFORMAȚIE DEPISTATĂ LA COPII ÎN PRIMUL AN DE VIAȚĂ, TIP C**

Început ” _____ ” _____ 20 _____

Terminat” _____ ” _____ 20 _____

Nr de ord.	Numele, prenumele gravidei, numărul de identificare	Data nașterii (ziua, luna, anul)	Adresa la domiciliu mamei (gravidei)	instituția, în care, mama (gravida), a fost luată sub supraveghere medicală pe parcursul sarcinii	Detalii cu privire făt, mort-născut,			
					ziua, luna, anul nașterii	ziua, luna, anul decesului	nașterea a avut loc (spontan, avort tardiv, mort-născut, sarcină întreruptă)	cauza decesului
1	2	3	4	5	6	7	8	9

nou-născut, copil			Examinarea copilului					Numele, prenumele și funcția și telefonul de contact persoanei care a completat raportul	Data eliberării fișei medicale	Semnătura destinatarului fișei medicale	Data transmiterii fișei medicale în secția de informatică și statistică medicală
metoda de diagnostic utilizată în depistarea viciilor congenitale	data depistării anomaliilor	metoda tehnică utilizată de colectare (biopsie, amniocenteză, prelevare de sânge)	Detalii despre anomalia depistată (se va indica confirmat (C) , suspect (S) , se va descrie fiecare anomalie separat (specificarea anomaliilor, conferirea codului conform CIM revizia X OMS)	anomaliile ce fac parte din careva sindroame (da, nu, dacă da dați explicații prin detalii)	consultația						
					obstetrician-ginecologului (dacă da, de specificat în formă de text)	pediatrului (dacă da, de specificat în formă de text)	geneticianului (dacă da, de specificat în formă de text)				
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

denumirea instituției
 наименование учреждения

--	--	--	--	--	--	--

**CERTIFICAT MEDICAL DE CONSTATARE A CAZULUI DE ANOMALII
 CONGENITALE ȘI MALADII EREDITARE LA FĂT/NOU-NĂSCUT (TIP D)**

Definiția cazului						
Suspect USG <input type="checkbox"/>	Întreruperea sarcinii <input type="checkbox"/>	Mort-născut <input type="checkbox"/>	Viu <input type="checkbox"/>	MNP (0-6 zile) <input type="checkbox"/>	MNT (7-27 zile) <input type="checkbox"/>	MI (28 zile-1 an) <input type="checkbox"/>
MAMA (gravida) Numele prenumele..... Adresa la domiciliu..... Număr de identificare Postul (funcția, profesia) mamei (gravidei)			Instituția unde a fost luată sub supraveghere Instituțiile , în care, mama (gravida) a fost referită pe parcursul sarcinii Data nașterii mamei (gravidei) ziua, luna, anul Etnia mamei			
Tata Numele prenumele..... Adresa la domiciliu..... Număr de identificare Vârsta ani			Anamneza familială Anomalii congenitale pe linia mamei <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> NSC Anomalii congenitale pe linia tatălui <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> NSC Consaguinitate <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> NSC			
Anamneză cu privire la anomalii congenitale în sarcinile precedente <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> nu este cunoscut Detalii						
Anamneza obstetricală						
Detalii cu privire la sarcina curentă						
Data ultimei menstruații ziua, luna, anul Sarcină concepută asistată <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> NSC			Data preconizată a nașterii ziua, luna, anul Nr. de feți			
Factori de risc materni						
Fumează <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> <10 <input type="checkbox"/> ≥10 țigări <input type="checkbox"/> NSC			Acid folic <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> NSC Preconcepțional <input type="checkbox"/> , prenatal <input type="checkbox"/> sau ambele <input type="checkbox"/> Vaccinată rubeolă <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> NSC			
Alcool <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> NSC Diabet zaharat <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> NSC Droguri <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> NSC Epilepsie <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> NSC Radiație/chimioterapie <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> NSC			A consumat alte medicamente <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> NSC Specificați			

Detalii cu privire la făt/nou-născut/copil

Copilul

Numele prenumele..... Număr de identificare

Adresa la domiciliu.....

Data nașterii _____
ziua, luna, anul

Data decesului _____
ziua, luna, anul

Naștere spontană Avort tardiv
Mort-născut Sarcină întreruptă

Cauza decesului.....
.....
.....

Data finisării sarcinii _____
ziua, luna, anul

Instituția unde a avut loc nașterea.....

Sexul M F Neidentificat

Greutatea la naștere _____ **Nr. ordine** _____

Metode de diagnostic utilizate în depistarea anomaliei congenitale

Metoda de diagnostic	Data depistării anomaliei	Rezultatul/Detalii
USG antenatal		
Screening seric; AFP (alfa-feto-proteină); GTC (gonadotropina corionică)		
Cariotipul		

Metoda tehnică utilizată de colectare

Amniocenteza Da Nu

Biopsia viloz. Coriale Da Nu

Sânge de la copil Da Nu

Examinarea nou-născutului /copilului

Screening neonatal		
Examen radiologic		
Echocardiografia		
USG postnatal		
Altele		

Postmortem (examen pato-morfologic)

1. Da 2. Nu s-a cerut 3. Nu s-a efectuat 4. Nu a fost permis 5. Nu este cunoscut

Raportul este atașat Da Nu

Anomalia depistată la făt/nou-născut/copil

Detalii despre anomalie Confirmat (C) Suspectat (S)	Cifrul conform CIM revizia X	Folosiți acest spațiu pentru descrierea anomaliei
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
Aceste anomalii fac parte din careva sindrom? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> NSC, dacă da explicați detaliat		

Consultația pentru specificări detaliate

Obstetrician-ginecolog <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu, dacă da explicați detaliat	Pediatru <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu, dacă da explicați detaliat	Genetician <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu, dacă da explicați detaliat

Numele, prenumele persoanei care a completat acest formular.....

Postul..... Data.....

