



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

DISPOZIȚIE

mun. Chișinău

„31” „ianuarie” 2022

nr. 74-d

Cu privire la organizarea activităților de depistare țintă a TB și a activităților de informare, educare și suport psiho-social pentru creșterea aderenței la tratament și prevenirea recidivelor, implementate de către organizațiile neguvernamentale

În scopul optimizării colaborării instituțiilor medico-sanitare publice și a instituțiilor asistenței medicale primare cu organizațiile neguvernamentale active în domeniul Tuberculozei (TB), întru eficientizarea măsurilor de control a tuberculozei și în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății nr.148/2021,

D I S P U N:

1. Se aprobă:
 - 1) Algoritmul de lucru pentru depistarea tuberculozei în rândul populației din grupurile de risc și vigilență sporită la TB prin intermediul organizațiilor neguvernamentale, conform anexei nr.1;
 - 2) Algoritmul de lucru pentru selectarea beneficiarilor cu TB și acordarea serviciilor de informare, educare și suport psiho-social pentru creșterea aderenței la tratament și prevenirea recidivelor, precum și a criteriilor de eligibilitate, conform anexei nr.2;
 - 3) Teritoriile și numărul de beneficiari planificați pentru screening și suport psiho-social per fiecare organizație neguvernamentală, conform anexei nr.3;
 - 4) Formularele pentru exprimarea consimțământului informat pentru screening și servicii psiho-sociale, chestionarului pentru screeningul verbal la tuberculoză, biletul de trimitere, evaluarea psihologică și socială, planul individualizat de asistență, conform anexelor nr.4-10.
2. Conducătorii instituțiilor asistenței medicale primare vor asigura identificarea și nominalizarea din partea instituțiilor a unei persoane responsabile la nivel de raion, municipiu pentru conlucrarea cu fiecare organizație neguvernamentală și realizarea activităților în termeni utili.

3. Conducătorii instituțiilor asistenței medicale primare vor asigura elaborarea/actualizarea listelor persoanelor din grupurile cu risc și vigilență sporită la TB cu indicarea obligatorie a localităților, cu o deosebită atenție localităților fără medic de familie; informarea persoanelor despre necesitatea de examinare și modul de organizare a acesteia.
4. Conducătorii Direcției generale sănătate și asistență socială a Consiliului Municipal Chișinău, Direcției principale Sănătate și Protecție Socială a UTA Găgăuzia, Spitalului Clinic Bălți, Secției Sănătate Bălți, instituțiilor medico-sanitare publice și private, raionale și instituțiilor asistenței medicale primare vor asigura sub responsabilitate personală organizarea serviciului radiologic pentru investigarea persoanelor din grupurile cu risc și vigilență sporită cu acoperirea costurilor investigațiilor radiologice contractate în acest scop de către instituțiile medico-sanitare cu CNAM pentru anul 2022.
5. Departamentul de coordonare a Programului național de răspuns la tuberculoză, IMSP „Chiril Draganiuc” va acorda suportul consultativ organizațiilor neguvernamentale și va fi responsabil de validarea datelor.
6. Centrul PAS va acorda suportul financiar pentru realizarea activităților în limitele surselor destinate acestor intervenții, conform anexei nr.2.
7. Compania Națională de Asigurări în Medicină va acorda suportul financiar pentru realizarea activităților în limitele surselor destinate acestor intervenții, din fondul măsurilor de profilaxie al CNAM pentru activități de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire finanțate în bază de proiecte, conform anexei nr. 3.
8. Controlul executării dispoziției se atribuie Direcției politici în domeniul sănătății publice și urgențe în sănătatea publică.

Secretar de Stat



Svetlana NICOLAESU

Depistarea tuberculozei în rândul populației din grupurile de risc și vigilență sporită la TB prin intermediul organizațiilor neguvernamentale

Algoritmul de lucru:

În scopul consolidării eforturilor și unificării abordărilor pentru asigurarea unei depistării eficiente a tuberculozei, ONG active în domeniu TB, vor realiza următoarele activități în teritoriile stipulate în anexa 2:

1. În colaborare cu medicul ftiziopneumolog din raion/municipiu, directorul instituției medicale raionale/municipale, reprezentatul Departamentului de Coordonare a PNRT vor organiza o ședință de informare cu reprezentanții AMP și APL privind intervenția de screening TB.
2. În colaborare cu medicul ftiziopneumolog și medicul de familie de la AMP, vor elabora/actualiza listele persoanelor din grupurile cu risc și vigilență sporită la TB cu indicarea obligatorie a localităților, cu o deosebită atenție localităților fără medic de familie.
3. În colaborare cu medicul ftiziopneumolog, medicul de familie și serviciul sănătate publică, vor asigura informarea persoanelor despre necesitatea de examinare și modul de organizare a acesteia.
4. Vor obține consimțământul informat al persoanelor incluse în Lista persoanelor care necesită examinare (Anexa nr. 4).
5. Vor aplica Chestionarul de screening la TB în rândul persoanelor din grupurile cu vigilență sporită (Anexa nr. 5).
6. Vor îndruma la medicul de familie persoanele din grupul de risc și cele din grupul cu vigilență sporită care prezintă cel puțin un semn sugestiv tuberculozei (chestionarul de screening clinic conform anexei nr.5), în vederea stabilirii necesității examinării radiologice.
7. Vor organiza, în colaborare cu AMP și APL, deplasarea persoanelor din grupurile de risc și persoanelor cu simptome sugestive din grupurile cu vigilență sporită (rezultatele aplicării chestionarului de screening) către instituția medicală pentru examinare radiologică și definitivarea diagnosticului;
8. În cazurile de confirmare a tuberculozei, vor contribui la înrolarea persoanelor depistate cu TB în tratament.
9. Cu participarea medicului ftiziopneumolog, AMP, APL vor organiza o ședință de informare la nivel de raion privind rezultatele screening-ului TB.
10. Vor contribui la informarea populației din localitățile selectate cu privire la TB (prevenire, transmitere, semne și simptome, diagnosticarea, tratament, importanța accesării serviciilor de asistență medicală primară, modalitatea de administrare a tratamentului tuberculozei direct observat sau susținut video etc.) prin distribuirea materialelor informative despre tuberculoză.
11. Vor prezenta Departamentului de coordonare și Centrului PAS pentru validare lista persoanelor examinate și rezultatele investigațiilor și indicatorii stabiliți.

**Lista grupurilor de persoane
cu risc sporit de îmbolnăvire pentru tuberculoza,
care vor fi examinate prin radiografia pulmonară standard
(digitală sau convențională)**

1. Persoanele, din grupurile social-defavorizate, care au contactat cu pacienții de tuberculoză pulmonară (aduți și copii);
2. Persoane cu infecția HIV/SIDA;
3. Migranții interni și externi;
4. Persoanele fără loc stabil de trai.

**Lista grupurilor de persoane
care necesita vigilență sporită la tuberculoză, care vor fi examinate anual,
la prezenta simptomelor sugestive pentru tuberculoza prin radiografia pulmonară
standard (digitală sau convențională)**

1. Persoanele expuse factorilor sociali de risc din categoriile social-defavorizate (șomeri, inclusiv zilierii, persoanele cu venituri mici, foștii deținuți).
2. Persoanele cu consum abuziv de alcool, consumatorii de droguri.

Realizarea activităților de informare, educare și suport psiho-social pentru creșterea aderenței la tratament prin intermediul organizațiilor neguvernamentale în teritoriile stipulate în anexa nr.2

Algoritmul de lucru:

În scopul consolidării eforturilor și unificării abordărilor pentru asigurarea unei aderențe înalte la tratament, ONG active în domeniu TB , vor realiza următoarele activități:

1. În colaborare cu medicul ftiziopneumolog din raion/municipiu, directorul instituției medicale raionale/municipale, reprezentatul Departamentului de Coordonare a PNRT vor organiza o ședință de informare cu reprezentanții AMP și APL privind intervențiile de informare, educare și suport psiho-social pentru creșterea aderenței la tratament.
2. În colaborare cu medicul ftiziopneumolog și medicul de familie de la AMP, vor stabili lista persoanelor care necesită intervenții de informare, educare și suport psiho-social pentru creșterea aderenței la tratament și vor oferi servicii persoanelor până la finalizarea tratamentului. Pentru prestarea serviciilor menționate vor fi selectate persoanele cu TB care corespund unuia sau mai multor criterii din cele listate mai jos:
 - Persoanele cu tuberculoză care primesc tratament TB și în ultima lună au cel puțin 3 doze omise nemotivat;
 - Persoanele cu risc evaluat și/sau înregistrat de pierdere din supravegherea tratamentului sau cu abandon în anamneză;
 - Persoanele cu TB din categoria persoanelor fără adăpost pe toată perioada tratamentului, inclusiv în perioada spitalizării;
 - Persoanele cu TB, ex-deținuți pentru continuitatea tratamentului început în detenție sau caz TB înregistrat primii 3 ani după eliberare;
 - Persoanele cu TB care consumă droguri sau cu abuz de alcool;
 - Persoanele cu TB diagnosticare de către ONGul respectiv în cadrul activităților de screening.
3. În colaborare cu medicul ftiziopneumolog și medicul de familie, vor asigura informarea persoanelor despre spectrul de servicii de care pot beneficia.
4. După încheierea unui acord informat pentru prestarea serviciilor, conform anexei nr.6, în baza biletului de îndreptare conform anexei nr.7, eliberat de medicul ftiziopneumolog pentru acordarea suportului psiho-social, vor identifica problemele psihologice și sociale a persoanelor care urmează tratament în baza Fișelor de evaluare, conform anexelor nr.8 și nr.9 vor aplica intervenții pentru înlăturarea acestora și asigurarea sustenabilității rezultatelor obținute. Intervențiile aplicate vor fi înregistrate în planul

individualizat de asistență conform anexei nr. 10, actualizat pe măsura progresului cazului și a asistenței oferite.

5. Vor prezenta Departamentului de coordonare și Centrului PAS pentru validare lista persoanelor care au beneficiat de servicii psiho-sociale și rezultatele tratamentului.

**Teritoriile și numărul de beneficiari planificați pentru acoperire per fiecare ONG
din resursele Fondului Global de combatere a Tuberculozei, HIV/SIDA și Malariei**

Nr. d/r	Teritoriu	ONG	Număr beneficiari pentru screening	Număr beneficiari pentru suport psiho-social
1	Mun. Chișinău	AFI	3,500	100
	Strășeni		840	
	Leova		260	
	Cantemir		270	
	Ștefan-Vodă		400	
	Cahul		550	
	Vulcănești		150	
Subtotal			5,970	100
2	Dubăsari	AFI Anenii Noi	270	30
	Anenii Noi		760	
Subtotal			1,030	30
3	Rîșcani	Speranța Terrei	400	55
	Ialoveni		530	
	Ungheni		440	
	Mun. Bălți		150	
	Glodeni		520	
	Fălești		460	
Subtotal			2,500	55
4	Rezina	Casa Speranțelor	500	35
	Șoldănești		680	
	Ocnia		610	
	Briceni		440	
Subtotal			2,230	35
5	Cimișlia	AP Tighina	440	40
	Căușeni		510	
	Hîncești		590	
	Taraclia		400	
	Comrat, Ceadr- Lunga		450	
Subtotal			2,390	40
6	Florești	SMIT	350	0
	Mun. Bălți		150	
	Edineț		320	
	Sîngerei		410	
	Telenești		350	
	Dondușeni		500	
	Drochia		430	
Subtotal			2,510	
7	Mun Bălți	UES	240	20
	Ungheni		100	
	Edineț		50	
	Fălești		190	
Subtotal			580	20
TOTAL			17,210	280

**Teritoriile și numărul de beneficiari planificați pentru acoperire per fiecare ONG
din resursele Fondului măsurilor de profilaxie al CNAM**

Nr. d/o	Teritoriu	ONG	Număr beneficiari pentru screening
1	Basarabeasca	AP Tighina	670
2	Călărași	Speranța Terrei	670
3	Criuleni	AFI Anenii Noi	670
4	Nisporeni	SMIT	670
5	Orhei	AFI	670
6	Soroca	Casa Speranțelor	670
Total			4 020

Consimțământ informat

Subsemnatul/a (*nume, prenume, patronimic*)

Îmi exprim acordul pentru a mi se oferi informații privind tuberculoza

Da

Nu

Îmi exprim acordul pentru a răspunde la întrebările privind tuberculoza, adresate în conformitate cu următorul chestionar:

Nr.	Denumire chestionar	Răspuns	
1.	Screening la tuberculoză	Da	Nu

Îmi exprim acordul pentru a fi acompaniat de către echipa/reprezentantul ONG, către IMSP, pentru investigații suplimentare (examinare radiologică, microbiologică), în caz de necesitate.

Declar că sunt de acord, ca datele cu caracter personal privind starea mea de sănătate, să fie stocate, prelucrate și utilizate pentru facilitarea accesului la servicii oferite de către organizația neguvernamentală (denumirea)

Semnătura subsemnatului/ei _____

Reprezentant ONG Nume, prenume _____

Declar că nu voi divulga datele cu caracter personal ale persoanei intervievate.

Semnătura reprezentant ONG _____

Data: _____ / _____ / _____

Chestionarul în cadrul screening-ului la Tuberculoză

Informații introductive pentru respondent:

Stimată doamnă / stimate domn,

Prin acest chestionar dorim să aflăm dacă aveți riscul îmbolnăvirii cu tuberculoză. Acest chestionar nu reprezintă un diagnostic medical. În cazul în care considerați că ați fost expus riscului de îmbolnăvire cu tuberculoză vă putem îndruma către serviciile medicale pentru un consult.

Nume:	Prenume:	a.n.
Raion:		
Adresa (oraș, sat, str.):		
Nr. telefon:		
Date de contact a persoanei de încredere (rudă, prieten)		

Data, luna, anul screening-ului	
Persoana din grupul care necesită vigilență sporită (specificați)	

Simptome (bifați)	Da	Nu
Tuse mai mult de 2 săptămâni		
Scădere ponderală		
Transpirații nocturne		
Febră sau subfebrilitate		
Dispnee în repaos sau la efort fizic minor		
Dureri în cutia toracică		
Sputa cu sânge		
!!! dacă este DA la una dintre întrebări se referă la medicul de familie (examinarea clinică)		
Denumirea instituției către care pacientul a fost referit (CS, CMF, OMF)		
Dacă este suspect la TB		
Variabila (bifați)	Da	Nu
Transportarea beneficiarului către IMSP raional/municipal)		
Examinarea radiologică a fost realizată (data examinării)		
Dacă nu, de ce ? (explicați)		
Rezultatul examinării (data recepționării)		
TB confirmat?		
Tratament inițiat (data inițierii)		
Dacă nu, de ce?		

**Acordul informat al persoanei cu tuberculoză pentru serviciile de suport psiho-social
oferite de organizația neguvernamentală**

Eu subsemnatul/a _____,
prin prezentul, îmi exprim acordul (consimțământul) de a fi evaluat privind necesitatea
serviciilor psihologice și/sau sociale și de a beneficia după caz de aceste servicii prestate de către
organizația
neguvernamentală _____.

Am fost informat/ă despre spectrul serviciilor, caracterul și scopul acestora.

Declar că sunt de acord ca datele cu caracter personal privind starea mea de sănătate și
informațiile aferente stării psihologice și sociale să fie colectate, înregistrate și păstrate conform
legislației în vigoare.

Am înțeles tot ce mi s-a explicat, am avut posibilitatea să ofer întrebări de clarificare și să
primesc răspunsuri clare.

Data _____

Semnătura pacientului (reprezentantului lega) _____

Semnătura specialistului _____

Notă: Acordul informat va fi completat de către lucrătorii medicali și va fi păstrat în cartela
medicală a persoanei, iar o copie va fi oferită reprezentantului organizației neguvernamentale
care va acorda suport persoanei respective.

Bilet de trimitere

pentru acordarea serviciilor de informare, educare și suport psiho-social pentru creșterea aderenței la
tratament

Nume, prenume	
Data, anul nașterii	
Localitatea	
Motivul referirii	
ONG către care se referă	
Data	
Semnătura, parafa medicului ftiziopneumolog	

Fișa de evaluare psihologică

1. Nr de fișă _____ din data _____
2. Numele și prenumele _____
3. Data nașterii _____ 3.1. Sexul: m__ f__
4. Domiciliu: rural__ urban__ 4.1. Tel. _____
5. Ocupația _____ Nivelul studiilor _____
6. Starea civilă _____
7. **Istoricul medical** (dacă a mai fost bolnav de TB, cum s-a tratat, alte boli grave și comportamentul în tratament, experiența anterioară de aflare în tratament)

8. **Evaluarea cunoștințelor persoanei despre tuberculoză** (simptomele bolii, cauzele bolii, durata tratamentului, gravitatea bolii)

9. **Evaluarea stărilor psihice** (screeningul stărilor psihice care pot influența aderența în tratament, boală de sănătate mintală, deprimare emoțională, tentative de suicid, etc.)

10. **Evaluarea atitudinii față de boala** (părerea despre aceea cum s-a îmbolnăvit)

11. **Etapa de acceptare a bolii** (șoc, negarea, furia, depresia, adaptarea la diagnostic)

12. **Evaluarea relației cu familia sau alte persoane apropiate** (satisfăcătoare, bune, tensionate)

13. **Evaluarea relațiilor cu personalul medical** (satisfăcătoare, bune, tensionate, conflictuale, prietenoase)

14. **Evaluarea comportamentelor riscante care pot influența aderența la tratament** (consum de substanțe psiho-active, migrațiuni etc)

15. **Evaluarea presupuselor bariere în tratament** (cereți părerea pacientului vizavi de ceea ce simte și gândește el)

16. **Evaluarea etapei de schimbare a comportamentului** (precontemplare, contemplare, pregătire, acțiune, menținere)

Diagnosticul sănătății mintale/ concluzie consultativă: (ex: sănătate mintală normală, tulburări neurologice, tulburări de personalitate, depresie, adicții, tulburări cognitive, agresivitate mărită, etc.)

Lista problemelor identificate pentru intervenția psihologică

Ancheta pe baza de interviu se realizează face-to-face, cu adresarea întrebărilor deschise, formulate în așa fel încât să fie la nivelul de înțelegere adecvat particularităților educaționale a pacientului, se desfășoară într-o singură convorbire între psiholog și pacient, fiind un interviu personal și de cercetare. Desfășurarea interviului are loc în cadrul unei încăperi confortabile, psihologul se prezintă personal, prezintă și explică obiectul și scopul completării fișei de evaluare psihologică.

Nume, prenume, semnătura psihologului _____

Fișa de evaluare socială

1. № de fișă _____ din data _____
2. Numele și prenumele _____
3. Data nașterii _____ 3.1. Sexul: m _ f _
4. Domiciliu: rural _ urban _ 4.1. Tel. _____
_____ adresa _____
5. Ocupația _____ Nivelul studiilor _____
6. Starea civilă _____

Componența familiei:

Numele, prenumele	Data, luna, anul nașterii	Gradul de rudenie	Control medical TB

Condiții de trai (*tip de locuință – cămin, apartament, casă la sol, numărul odăilor/suprafață*)

Nivelul culturii sanitare

Venitul familiei lunar, bunuri

Angajare în câmpul muncii

Migrația peste hotare în scop de lucru în ultimii 5 ani (*se solicită specificarea datelor privind plecarea peste hotare a interviuatului și/sau membrilor familiei*)

Riscuri practice în familie, boli asociate

Probleme cu care se confruntă familia (*medicale, financiare, psihologice, juridice, etc.*)

Necesități, cerințe ale beneficiarului

Ajutoare de care au beneficiat de la serviciul de asistență socială, APL, ONG (*tipul, perioada, volumul*)

Concluzii

Recomandări

Nume, prenume, semnătura asistentului social _____

PLANUL INDIVIDUALIZAT DE ASISTENȚĂ

Nume, prenume _____

Domiciliul

Tipul și componența familiei _____

Obiectivele asistenței:

1. ___ de ex. oferirea suportului psihosocial pentru menținerea în tratament TB _____
2. _____
3. _____

Acțiuni / Durată / Persoana responsabilă

Nr.	Problema	Acțiuni, soluții	Termen de realizare	Statutul realizării (în proces, stagnare, realizat)	Persoana responsabilă
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Data întocmirii _____

Responsabil (asistent/lucrător social, asistent medical, manager de caz) _____

Beneficiar _____