

Aprobat

Sef IMSP CS Edineț

Oleg Guțan



Instituția Medico-Sanitară Publică

Centrul de Sănătate Edineț

TUMORILE MELIGNE ALE ȚESUTURILOR MOI

Protocol clinic instituțional

(ediția II)

PCI – 184

Edineț 2024

INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE EDINEȚ

O R D I N

Nr. 72.

" 27 " 12 2024

*"Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.536 din 18.06.24
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
"Tumorile maligne ale țesuturilor moi", ediția II,
în cadrul IMSP CS Edineț"*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.534 din 18.06.2024 „Cu privire la aprobarea *Protocolului Clinic Național "Tumorile maligne ale țesuturilor moi", ediția II*, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății” și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Edineț.

O R D O N :

1. De implimentat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Edineț Protocolul Clinic Național *"Tumorile maligne ale țesuturilor moi", ediția II.*
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național *"Tumorile maligne ale țesuturilor moi", ediția II.* în cadrul IMSP CS Edineț de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național *"Tumorile maligne ale țesuturilor moi", ediția II.*
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN *"Tumorile maligne ale țesuturilor moi", ediția II.* în cadrul IMSP CS Edineț.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Lilia Negrea.

Șef IMSP CS Edineț



...eg Guțan

Lutan



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

18 iunie 2024

Nr. 536

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tumorile maligne ale țesuturilor moi”, ediția II

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Tumorile maligne ale țesuturilor moi”, ediția II, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Tumorile maligne ale țesuturilor moi”, ediția II.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Tumorile maligne ale țesuturilor moi”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Tumorile maligne ale țesuturilor moi”, ediția II, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Tumorile maligne ale țesuturilor moi”, ediția II, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Tumorile maligne ale țesuturilor moi”, ediția II, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul Oncologic, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Tumorile maligne ale țesuturilor moi”, ediția II, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza implementarea Protocolului clinic național „Tumorile maligne ale țesuturilor moi”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr.69 din 28.01.2013 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tumorile maligne ale țesuturilor moi”.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
SUMARUL RECOMANDĂRIILOR	4
A. PARTEA INTRODUCATIVĂ	6
A.1. Diagnosticul	6
A.2. Codul bolii (CIM 10)	6
A.3. Utilizatorii	7
A.4. Obiectivele protocolului	7
A.5. Elaborat	7
A.6. Revizuit	7
A.7. Următoarea revizuire	7
A.8. Definițiile folosite în document	7
A.9. Informația epidemiologică	8
B. PARTEA GENERALĂ	9
Nivel de asistență medicală primară (medicii de familie, asistentele medicale de familie)	9
C. 1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ	10
C.1.1. Algoritm general de conduită a pacientului cu tumori maligne ale țesuturilor moi	10
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	11
C.2.1. Factorii de risc	11
C.2.2. Conduita pacientului cu tumora malignă a țesuturilor moi	12
C.2.2.1. Anamneza	12
C.2.2.2. Manifestările clinice	12
C.2.2.3. Investigații paraclinice	13
C.2.2.4. Supravegherea	14
C.2.2.5. Dispensarizarea	14
C.2.3. Reabilitarea	15
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	15
Prestatori de servicii medicale la nivel de asistență medicală primară	15
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	16
F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE	17
ANEXE	18
Anexa 1 Ghidul pentru pacientul cu Tumori maligne ale țesuturilor moi	18
Anexa nr 3. Fișa standardizată de audit medical	19

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMP	Asistența Medicală Primară
AMSA	Asistența Medicală Specializată de Ambulator
AMS	Asistența Medicală Spitalicească
IMSP	Instituția Medico Sanitară Publică
WHO (OMS)	World Health Organization (Organizația Mondială a Sănătății)
IO	Institutul Oncologic
SATI	Secția Anestezie și Terapie Intensivă
SR	Spitalul Raional
SCR	Spitalul Clinic Republican
SCHT	Secție Chimioterapie
SRT	Secție Radioterapie
Mts	Metastază
ECG	Electrocardiografie
ECO cordului	Ecocardiografie
CT	Tomografie Computerizată (Computer Tomography)
RMN	Rezonanța Magnetică Nucleară
USG	Ultrasonografie
PPC	Plasma Proaspăt Congelată
CE	Concentrat Eritocitar
TA	Tensiunea Arterială
FCC	Frecvența Contractiilor Cardiace
FR	Frecvența Respiratorie
i/v	Administrarea intravenoasă
i/m	Administrarea intramusculară
s/c	Administrarea subcutană
perf.	Perfuzie
p/o	Administrarea per os
RT	Tratament radioterapic
PCT	Tratament polichimioterapic
neoCht	Chimioterapie neoadjuvantă
DS	Doza Sumară
ALT	Alaninaminotransferaza
AST	Aspartataminotransferaza
TTPA	Timpul de tromboplastină parțial activat
TAR	Timpul activat de recalificare
LDH	Lactatdehidrogenaza
Sol.	Soluție
Tab.	Tableta
Sirr.	Sirupus
Caps.	Capsule
TMTM	TUMORILE MALIGNNE ALE ȚESUTURILOR MOI
FNCLCC	Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre Le Cancer (<i>Federația Națională a Centrelor de Luptă Împotriva Cancerului</i>)

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

Diagnostic și patologie/biologie moleculară

- Diagnosticul trebuie să se bazeze pe o biopsie excizională a tumorii cu dimensiunile de până la 5,0 cm și biopsie cu ac gros în cazul tumorilor mai mari de 5,0 cm
- Raportul histologic trebuie să includă informații despre tipul histologic, gradul de malignitate, diferențierea, activitatea mitotică, amploarea necrozei, clearance-ul marginilor chirurgicale.

Stadializarea și evaluarea riscurilor

Examenul fizic, cu o atenție specială, a zonei respective, ganglionilor limfatici regionali, metastazelor la distanță, este obligator. În stadiile avansate sunt recomandate examinări paraclinice (USG, Ro-grafii, TC, RMN, PET CT) pentru a permite evaluarea adecvată a extinderii tumorii.

Managementul tumorii locale/locoregionale

- Excizia lărgită a tumorii în limitele zonei anatomice în cazul în care tumorăa nu depășește dimensiunile de 5,0 cm
- În cazul în care tumorăa depășește dimensiunile de 5,0 cm se recomandă biopsie cu ac gros.
- Toți pacienții cu tumoare malignă a țesuturilor moi rezectată trebuie evaluați, prin consiliu multidisciplinar, pentru terapia adjuvantă.

Managementul bolii avansate/metastatice

- excizia tumorii (T2a – excizia lărgită, T2b – operație radicală organomenajantă) + o cură de radioterapie postoperatorie
- în cazul tumorilor local – răspândite, când este imposibil la prima etapă de efectuat operație radicală, se efectuează o cură de radioterapie preoperatorie
- cu scopul măririi eficacității tratamentului neoadjuvant în cazul planificării operațiilor organomenajante în schema de tratament se include chimioterapia
- în cazul unui defect postoperator mare, după înlăturarea chirurgicală a tumorii, se efectuează plastia:
 - a. cu lambou cutanat liber
 - b. cu țesuturi locale, cu lambouri migrante pe pedicol vascular
 - c. plastia cu insulițe cutanate libere
 - d. cu lambouri pe pedicol vascular cu aplicarea tehnicii microchirurgicale.

În cazul imposibilității efectuării operațiilor organomenajante condiționate de un proces local – răspândit și ineficacitatea tratamentului neoadjuvant se efectuează operații radicale în volum de amputarea și dezarticularea membrilor.

În stadiul II:

- radioterapie pre- și postoperatorie + excizia lărgită a tumorii
- în cazul T1b se efectuează suplimentar 3 – 4 cure PCT adjuvantă.

În **Stadiul II B** (T_{2a}N_{x,0}M₀, grad înalt de malignitate) și **Stadiul III** (T_{2b}N_{x,0}M₀, grad înalt de malignitate):

- radioterapie pre- și postoperatorie + excizia tumorii (T2a – excizie lărgită, T2b – operație radicală organomenajantă) + 3 – 4 cure PCT adjuvantă cu scopul măririi eficacității tratamentului neoadjuvant
- în cazul formării unui defect postoperator, care nu poate fi înlăturat printr-o suturare simplă, se aplică una din metodele de plasticie
- în cazul imposibilității efectuării unei din operații organomenajante în legătură cu un proces local-avansat sau lipsei efectului clinic de la tratamentul neoadjuvant, se efectuează amputarea membrilor.

În **Stadiul IV** (orice T N₁M₀, orice grad de malignitate):

- tratamentul complex se efectuează după principiile tratării sarcoamelor țesuturilor moi în stadiul I – III cu considerarea gradului de diferențiere a tumorii și răspândirii locale a tumorii
- componentul chirurgical include tratarea focarului primar (operații organomenajante cu endoprotezare sau amputații) și limfodisecție regională unimomentană sau pe etape.

În **Stadiul IV** (orice T orice N M₁, orice grad de malignizare):

- se efectuează tratament simptomatic și paliativ după programe individuale cu includerea PCT și/sau a radioterapiei
- intervențiile chirurgicale se efectuează cu scopul micșorării masei tumorale și la indicații vitale.

Dispenserizarea, implicații pe termen lung și supraviețuirea

Dispensarizarea bolnavilor tratați:

- pe parcursul primului an după finisarea tratamentului – o dată în trei luni
- pe parcursul anului doi după finisarea tratamentului - o dată în 6 luni
- începând cu anul trei după finisarea tratamentului – o dată în an.

Investigații efectuate în dispensarizare.

- examenul clinic
 - palparea tuturor grupelor de ganglioni limfatici periferici
 - radiografia cutiei toracice o dată în an (în cazul tumorilor primar răspândite, cu diferențiere joasă și tumorilor metastatice – o dată în 6 luni)
- USG organelor cavității abdominale (în cazul tumorilor primar răspândite, cu diferențiere joasă și tumorilor metastatice – o dată în 6 luni).

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: **PCN-184 “Tumorile maligne ale țesuturilor moi”, ediția II.** și Ordinul nr.429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implementării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru” de către grupul de lucru în componență:

Guțan Oleg – Șef IMSP CS Edineț;

Negrea Lilia – Șef adjunct pe probleme clinice;

Cara Cristina – Farmacist diriginte;

Lupu Angela – Medic de familie, Șef secție;

Slivciuc Ala– Medic de familie;

Grajdean Luminița – Medic de familie;

Morari Angela – Medic pediatru;

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: Decembrie (Aprobat prin Ordinul directorului 72 din 27.12.2024)
în baza:

- **PCN-184 “Tumorile maligne ale țesuturilor moi”, ediția II.** Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.536 din 18.06.2024 Cu privire la aprobarea protocolului clinic național “Tumorile maligne ale țesuturilor moi”, ediția II.

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnosticul: Tumorile maligne ale ţesuturilor moi

Exemple de diagnostice clinice:

1. Liposarcom gambei pe dreapta
2. Rabdomiosarcom al coapsei drepte
3. Dermatofibrosarcom al braţului sting

A.2. Codul bolii (CIM 10): C 38.1, 38.2, C 47, C 48, C 49

C 38.1 Mediastinul anterior

C 38.2 Mediastinul posterior

C 38.3 Mediastin parte nespecificată

C 47 Tumora maligna a nervilor periferici si sistemului nervos autonom

Include: nervii si ganglionii simpatici si parasimpatici

C 47.0 Nervii periferici ai capului, feţei si gâtului

Exclude: nervii periferici ai orbitei (C69.6)

C 47.1 Nervii periferici ai membrelor superioare, inclusiv umărul

C 47.2 Nervii periferici ai membrelor inferioare, inclusive şoldul

C 47.3 Nervii periferici ai toracelui

C 47.4 Nervii periferici ai abdomenului

C 47.5 Nervii periferici ai pelvisului

C 47.6 Nervii periferici ai trunchiului, nespecificaţi

C 47.8 Leziune depăşind nervii periferici şi sistemul nervos autonom

C 47.9 Nervii periferici şi sistemul nervos autonom, nespecificaţi

C 48 Tumora maligna a retroperitoneului şi peritoneului

Exclude: sarcomul Kapoşi(C46.1)

mesoteliomul (C45.-)

C 48.0 Retroperitoneu

C 48.8 Leziune depăşind retroperitoneul şi peritoneul

C 49 Tumora maligna a ţesuturilor moi

Include: vasele sangvine

ţesut sinovial

fascia

ţesut adipos

vasele limfatice

ţesut muscular

C 49.0 Ţesutul conjunctiv şi ţesuturile moi ale capului, feţei si gâtului. Ţesutul conjunctiv al:

- urechii

- pleoapei.

Exclude: ţesutul conjunctiv al orbitei (C69.6)

C 49.1 Ţesutul conjunctiv şi ţesuturile moi ale membrelor superioare, inclusiv umărul

C 49.2 Ţesutul conjunctiv şi ţesuturile moi ale membrelor inferioare, inclusiv soldul

C 49.3 Ţesutul conjunctiv şi ţesuturile moi ale toracelui

C 49.4 Ţesutul conjunctiv şi ţesuturile moi ale abdomenului

C 49.5 Ţesutul conjunctiv şi ţesuturile moi ale pelvisului

C 49.6 Ţesutul conjunctiv şi ţesuturile moi ale trunchiului, nespecificat

C 49.8 Leziune depăşind ţesutul conjunctiv şi ţesuturile moi. Tumora maligna a ţesutului conjunctiv şi ţesuturilor moi neclasificată C47-C49.6

C 49.9 Ţesutul conjunctiv şi ţesuturile moi, nespecificat.

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii de servicii de AMP

Notă: Protocolul poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. Ameliorarea calității examinării clinice și celei paraclinice a pacienților cu scopul diagnosticului tumorilor maligne ale țesuturilor moi.
2. Sporirea ratei de apreciere a riscului de deces prin tumorile maligne ale țesuturilor moi.
3. A implementa screening-ul radiologic persoanelor de la 20 ani până la 64 ani.
4. A reduce divergențele în diagnosticul pre-și postoperatoriu în tumorile maligne ale țesuturilor moi.

A.5. Elaborat: 2018

A.6. Revizuit: 2024

A.7. Următoarea revizuire: 2029

A.8. Definițiile folosite în document

Screening – examinarea populației în scop de evidențiere a unei patologii anumite.

Recomandabil – nu poartă un caracter Obligator. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

Factorul de risc - este acel factor, acțiunea căruia crește șansa unei persoane de a se îmbolnăvi. Cumularea acțiunii mai multor factori de risc crește posibilitatea îmbolnăvirii de tumori maligne.

Diagnosticul - este ansamblul de investigații clinice și paraclinice care au ca obiectiv definirea stării patologice a unui pacient. Diagnosticul poate fi stabilit numai de o persoană cu calificare medicală și competență recunoscută în domeniu.

Prevenția primară, conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) este „depistarea pacienților înainte de declanșarea bolii”. Scopul principal al prevenției primare este reprezentat de diminuarea frecvenței cancerelor prin identificarea și, eventual, suprimarea factorilor de risc. Aceștia sunt foarte diverși (incluzând: modul de viață, obiceiurile alimentare, factori de mediu, profesionali, hormono-genitali și genetici) cu pondere diferită de la un individ la altul și de la o localizare canceroasă la alta (a se vedea capitolul „Prevenția cancerului”).

Prevenția secundară presupune tratamentul unor leziuni precanceroase sau cancere în stadii precoce, fără expresie clinică, a căror eradicare poate suprima evoluția spre neoplazie invazivă și metastazantă, ceea ce corespunde depistării precoce. Prevenția secundară detectează boala după debutul patogenezei și include screening-ul (diagnosticul bolii în faza asimptomatică) și depistarea precoce (diagnosticul în faza simptomelor minime de boală) și supravegherea ca scopuri ale prevenirii dezvoltării bolii spre stadiile avansate, incurabile. Se apreciază că circa 1/3 din cancere ar fi vindecate dacă ar fi depistate precoce. Noțiunea de depistare precoce este deci diferită de aceea de diagnostic precoce sau screening, care semnifică descoperirea bolii asimptomatice, într-un stadiu inițial, asimptomatic.

Prevenția terțiară este definită uzual ca prevenția recidivei loco-regionale și/sau a bolii metastatice după terapia inițială cu intenție curativă prin chirurgie și radioterapie ca și tratamentul cancerelor deja avansate (invazive), dar asimptomatice sau în faza absenței complicațiilor. Aceasta ar permite o diminuare a sechelelor post-terapeutice și o scădere a nivelelor de mortalitate. Particular, în oncologie, prevenția terțiară este definită uzual prin prevenția recidivei loco-regionale și/sau a bolii metastatice după tratamentul curativ primar prin chirurgie, radioterapie. Prevenția terțiară presupune terapiile adjuvante (chimio-, radio- și hormonoterapia), cu scopul prelungirii intervalului liber de boală și eventual, la prelungirea supraviețuirii. Unii autori includ și măsurile de reabilitare care pot conduce la ameliorarea calității vieții; în termenul de prevenție terțiară; experții OMS includ menținerea calității vieții pacienților ca obiectiv a prevenției suferinței (prin durere, boală și combaterea efectelor secundare datorate tratamentului și complicațiilor) concepute de unii ca „nivelul patru” a prevenției cancerului.

Tratament paliativ – semnifică îngrijirea activă a pacienților cu o boală ce avansează încontinuu și nu mai răspunde la tratamentul curativ, fiind vizate durerea și alte simptome, precum și asigurarea susținerii psihologice, sociale și spirituale. Scopul principal al tratamentului paliativ este obținerea celei mai bune calități posibile a vieții pacienților și a familiilor acestora (definiția îngrijirii paliative a OMS, 1990).

Reabilitarea - utilizarea tuturor mijloacelor de reducere a impactului condițiilor care provoacă dizabilitate și handicap și oferirea posibilității integrării sociale optime a persoanelor cu dizabilități.

Kinetoterapie – reprezintă totalitatea măsurilor și mijloacelor necesare pentru prevenirea, tratamentul și recuperarea medicală, utilizând ca mijloc fundamental exercițiul fizic și mișcarea.

Kinetoterapie activă – totalitatea actelor motorii pe care individul le execută în mod conștient.

Kinetoterapie pasivă – sunt mișcărilor impuse complexului neuro-musculo-articular prin intervenții exterioare, fără activitate voluntară din partea sistemului neuromuscular.

Mecanismele de coping – strategii utilizate în mod înconștient și/sau conștient de către o persoană pentru a evita, a diminua sau a remedia pe cât posibil impactul negativ pe care o situație cu care se confruntă, îl are asupra stării sale de confort psihic și fizic.

A.9. Informația epidemiologică

Țesuturile moi cuprind mușchii, tendoanele, țesutul adipos, țesutul fibros, țesutul sinovial, vasele și nervii.

Tumorile maligne ale țesuturilor moi reprezintă 1% din tumorile maligne ale adultului și 15% din tumorile maligne ale copilului. Incidența este de 2 la 100.000 de locuitori. Rabdomiosarcomele apar mai frecvent la copii și adulții tineri. Sarcomele sinoviale apar la adulții tineri. Histiocitomul fibros malign și liposarcomul în general apar la adulții în vârstă.

În general, tumorile benigne ale țesuturilor moi apar de cel puțin 10 ori mai frecvent decât cele maligne, deși incidența reală a tumorilor țesuturilor moi nu este bine documentată.

În general, incidența anuală ajustată în funcție de vârstă, a sarcoamelor țesuturilor moi variază între 15 - 35 la 1 milion de locuitori. Incidența crește în mod constant odată cu vârsta și este ușor mai mare la bărbați decât la femei. Tumorile maligne ale țesuturilor moi apar de două ori mai des decât sarcomele osoase primare.

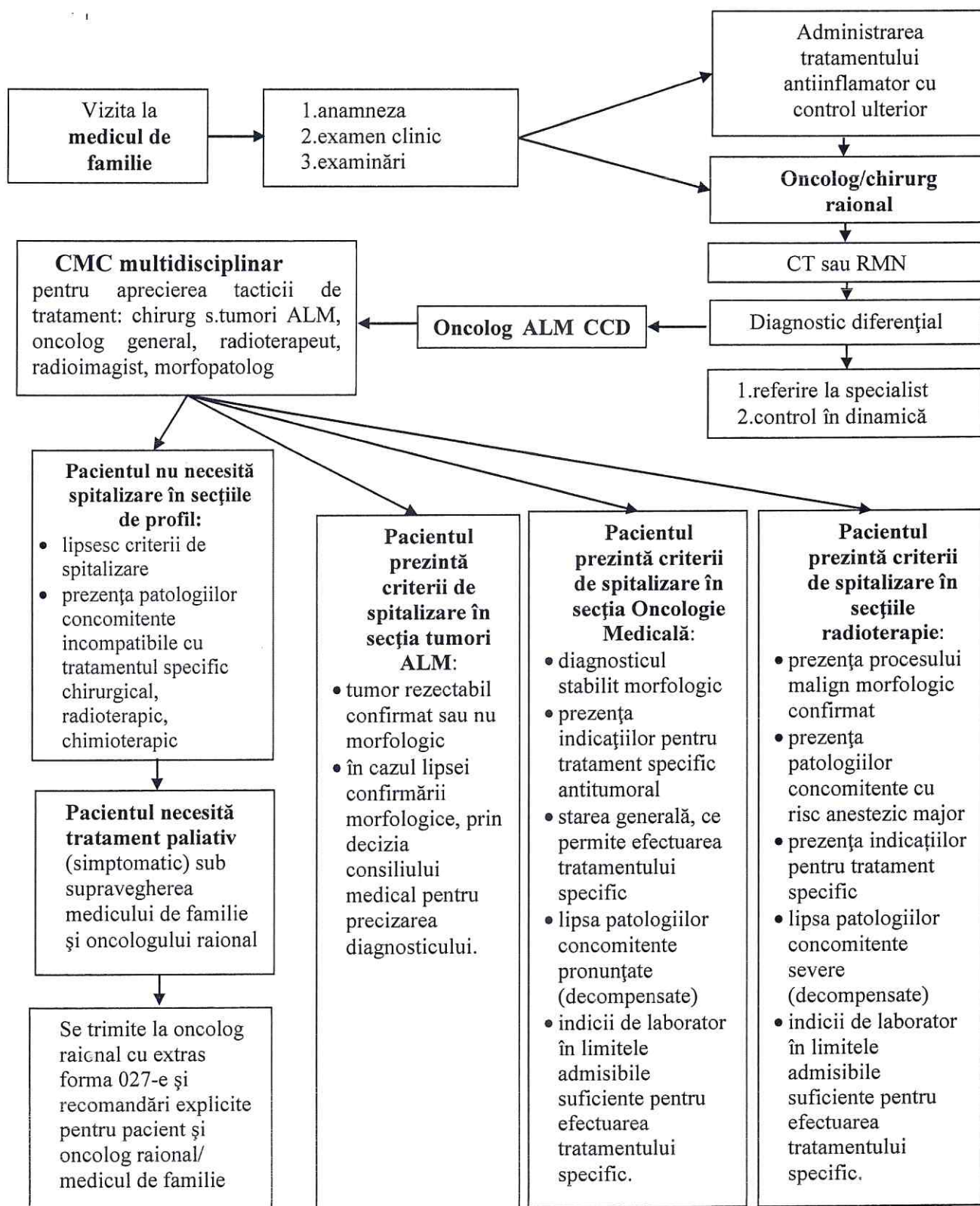
Aproximativ 45% din sarcoame apar la extremitățile inferioare, 15% la extremitățile superioare, 10% în regiunea capului și gâtului, 15% în retroperitoneu, iar restul de 15% în peretele abdominal și toracic. Sarcomele viscerale, care rezultă din stroma de țesut conjunctiv a organelor parenchimatoase, nu sunt frecvente.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară (medicii de familie, asistentele medicale de familie)		
Descriere	Motive	Pași
1. Profilaxia primară	- Sarcoamele se pot dezvolta la nivelul cicatricilor tisulare rezultate în urma unei operații chirurgicale, a arsurilor, a traumelor - Carcinogenele chimice, cum ar fi hidrocarburile policiclice, azbestul și dioxina, pot fi implicate în patogeneză - Imunodeficiența congenitală sau dobândită, inclusiv terapia imunosupresivă, se asociază sau influențează dezvoltarea sarcoamelor.	Standard/Obligator: - Informarea populației privitor la respectarea modului sănătos de viață și despre factorii de risc (<i>Caseta 1</i>) - Examinarea profilactică a populației de comun cu lucrătorii medicali din asistența medicală specializată de ambulator
2. Profilaxia secundară	Dispensarizarea populației cu scop de evidențiere și tratament al stărilor de fon și stărilor precanceroase – factorii de risc major [II,A].	Dispensarizarea pacienților cu TMTM și a persoanelor cu afecțiuni pretumorale și stări de risc, care se află la evidența medicului de familie.
3. Referirea la specialist	În baza datelor subiective și obiective: - prezența unei tumori - acuze la dureri, preponderent nocturne și de repaus rezistente la tratament antiinflamator și analgezice neopioide - atrofii musculare - deregări ale circulației periferice - edeme ale membrelor, elefantiazis.	Standard/Obligator: - Orice bolnav cu suspecție la tumora malignă a țesuturilor moi este necesar de referit la medicul oncolog/chirurg pentru efectuarea investigațiilor prevăzute în prezentul protocol. - Pacientul va fi Obligator referit cu rezultatele investigațiilor la IMSP Institutul Oncologic.
4. Supravegherea C.2.3.5 Algoritmul C.1.1.	Monitorizarea tratamentului indicat de către medicul oncolog din cadrul IMSP Institutul Oncologic, precum și tratamentul maladiilor concomitente (hepatice, endocrine, neurologice, etc.)	Standard/Obligator: Supravegherea se va face în comun cu medicul oncolog/chirurg raional conform recomandărilor medicului oncolog general din cadrul IMSP Institutul Oncologic (<i>Casetele 3, 4</i>).

C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu tumori maligne ale țesuturilor moi



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Factorii de risc

Caseta 1. Factorii de risc.

Transformarea malignă a tumorilor benigne de la nivelul țesuturilor moi este extrem de rară, cu excepția tumorilor maligne de la nivelul tecii nervilor periferici (neurofibrosarcoame, schwanom malign), care se pot dezvolta la pacienții cu neurofibromatoza.

Factori de mediu: Traumatismele sau leziunile anterioare sunt rareori incriminate, dar sarcoamele se pot dezvolta la nivelul cicatricilor tisulare rezultate în urma unei operații chirurgicale, a arsurilor, a fracturilor. Carcinogenele chimice, cum ar fi hidrocarburile policiclice, azbestul și dioxina, pot fi implicate în patogenезa.

Factori iatrogeni: Sarcoamele ale țesuturilor moi apar la pacienții cu neoplazii, care sunt tratați cu radioterapie și care supraviețuiesc cel puțin 5 ani. Tumora se dezvoltă aproape întotdeauna la nivelul zonelor iradiate. Riscul crește odată cu timpul.

Virusurile: Asocierea sarcomului Kaposi (SK) cu virusul imunodeficienței umane (HIV) tipul 1 a condus la studierea rolului virusurilor în patogenезă SK. Secvențele de ADN asemănătoare cu virusurile herpetice au fost demonstrate în SIDA asociată cu SK, SK clasic și la bărbați homosexuali HIV-negativi și cu SK, conducând la ipoteza că acest nou virus herpetic [virusul herpetic uman (VHU-8)] poate fi un factor etiologic comun pentru toate cele trei variante de SK.

Factori imunologici: Imunodeficiența congenitală sau dobândită, inclusiv terapia imunosupresivă, se asociază sau influențează dezvoltarea sarcoamelor.

Factori genetici: Sindromul Li-Fraumeni este un sindrom neoplazic familial, în care indivizii afectați au anomalități ale liniei germinative ale genei supresoare tumorale p53 și au o incidență crescută a sarcoamelor țesuturilor moi și a altor neoplazii, inclusiv cancer de sân, osteosarcom, tumori cerebrale, leucemie și carcinom al corticosuprarenalei. Neurofibromatoza 1 (NF-1, forma periferică, boala Recklinghausen) se caracterizează prin neurofibroame multiple și pete tegumentare *café au lait*. Neurofibroamele suferă ocazional o degenerare malignă, devenind tumori maligne ale tecii nervilor periferici. Gena pentru NF-1 este localizată în regiunea pericentromerică a cromozomului 17 și codifică neurofi-bromina, o proteină supresoare tumorală cu activitate activatoare a GTP-azei care inhibă funcția Ras. Mutația liniei germinative alocmv&uiRb-1 (cromozomul 13q14) la pacienții cu retinoblastom moștenit se asociază cu dezvoltarea osteosarcomului la cei care supraviețuiesc retinoblastomului și a sarcoamelor de țesuturi moi nelegate de radioterapie. Alte tumori de țesuturi moi, cuprinzând tumorile dermoide, lipoamele, leiomiomele, neuroblastomele și paragangliomele, demonstrează, ocazional, o predispoziție familială.

Factorul de creștere asemănător insulinei (IGF) tipul 2 este produs de unele sarcoame și se presupune că acționează atât ca un factor de creștere autocrin, cât și ca un factor de motilitate care promovează metastazarea. Anticorpii împotriva receptorilor IGF-1 blochează stimularea creșterii in vitro de către IGF-2, dar nu afectează motilitatea indusă de IGF-2. Dacă este secretat în cantități mari, IGF-2 poate produce hipoglicemie.

C.2.2. Conduita pacientului cu tumora malignă a țesuturilor moi

C.2.2.1. Anamneza

Caseta 2. Recomandări pentru culegerea anamnesticalui

- Debutul bolii
- Acuza de dureri, preponderent nocturne și de repaus rezistente la tratament antiinflamator și analgezice neopioide
- Atrofii musculare
- Dereglări ale circulației periferice
- Edeme ale membrelor, elefantiazis
- Evidențierea factorilor de risc (expuneri profesionale și de mediu, traumatisme)
- Evidențierea factorului ereditar
- Administrarea tratamentului anterior.

C.2.2.2. Manifestările clinice

Simptomele de prezentare a tumorilor benigne și maligne ale țesuturilor moi se pot suprapune frecvent, dar există semne clinice de avertizare care pot ajuta la distingerea ambelor situații: dimensiunea tumorii > 5 cm și creșterea recentă a dimensiunii tumorii și apariția durerii. În aproape trei din patru cazuri, pacienții care vor fi diagnosticați cu tumori maligne ale țesuturilor moi au cel puțin unul din semnele prezentate.

Tabelul 1. Manifestările clinice

Nr d/o	Denumirea tumorii	Tabloul clinic
1	Fibrosarcom	Vârsta 30-40 ani. Localizare: coapsa, umăr. Se dezvoltă în adâncul mușchilor din septurile intermusculare. Simptoame clinice nu prezintă, dacă apasă asupra nervului, bolnavul acuză dureri. Evoluează o perioadă de timp lent, apoi se accelerează și în scurt timp metastazează. Evoluează și metastazează rapid mai mult în pulmoni. La palpare tumora este dură, indolă, forma rotundă, bine delimitată. Pielea deasupra ei este neschimbată și nu are ulcerații.
2	Liposarcom	Vârsta vulnerabilă 50-60 ani, preponderent la bărbați. Localizarea: coapsă, articulația genunchiului. Tumorile diferențiate evoluează lent, asimptomatic. Cele nediferențiate au evoluție rapidă. La palpare tumora rotundă, elastică, cu structura lobulară, indolă, bine delimitată. Pielea neschimbată. Cresc în spațiile intermusculare. Formele nediferențiate frecvent recidivează și uneori metastazează în plămâni (40%), uneori în inimă, ficat, creier.
3	Rabdomiosarcom	Tumora malignă din elementele musculaturii striate. Se întâlnește mai frecvent la bărbați, 40-60 de ani. Are 4 forme: pleomorfă, alveolară, embrionară, bitrioidă. Clinic se manifestă prin noduli (solitari sau multipli) de consistență moale-elastică, cu limite neclare. Evoluează rapid, asimptomatic, este însoțită de dilatație varicoasă a venelor. Penetrează derma și provoacă ulcerații. Recidivează devreme. Metastazează în pulmoni.
4	Angiosarcom	Tumori maligne ale vaselor se întâlnesc rar. Se depistează întâmplător în adâncul țesuturilor. Nodul tumoral de consistență moale-elastică, limite neclare, parțial mobil, dureros la palpare. Evoluează rapid, infiltrază țesuturile și venele adiacente,

		provocând edeme. Metastazează frecvent în ganglionii regionali și hematogen în pulmoni, oase și alte organe interne.
5	Sarcom sinovial	Tumora malignă din capsula sinovială articulară, fascii și tunicele tendinoase. Afectează vârsta 40-50 ani, localizarea – membrele inferioare, egal bărbați – femei. Se depistează întâmplător, decurge asimptomatic. Tumora este de consistență dură, fixată, invadează osul. Sinovioamele maligne adenomatoase metastazează regional (16–20%), cele fibroase metastazează în pulmoni (50-60%)
6	Neurinom malign	Tumora malignă din tunica nervilor (Șwan). Se întâlnește rar, preponderent la bărbați tineri și de vârstă mijlocie. Se localizează pe părțile distale ale membrilor (mâini, labelle picioarelor). Tumora este fuziformă, moale-elastică, indoloreabilă la palpare, are contururi neclare, decurge fără simptome, invadează derma, dar nu ulcerază. Metastazează în pulmoni.

C.2.2.3. Investigații paraclinice

Tabelul 2. Etapizarea momentelor de screening și diagnostic al tumorilor maligne ale țesuturilor moi

<i>Medicul de familie</i>	<i>Oncologul raional</i>	<i>CCD IMSP Institutul Oncologic</i>	<i>Secția Tumorile pielii, Melanom și Tumori ALM IMSP Institutul Oncologic</i>
Obligator/Standard : • Colectarea anamnezei • Inspecția • Palpația zonelor de drenare limfatică • Radiografia zonei afectate • Radiografia cutiei toracice • ECG • Analiza generală a sângelui • Analiza generală a urinei • Biochimia sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma (K, Ca, Mg)). • Indicii coagulogramei Recomandabil: • CT.	Obligator/Standard: • Colectarea anamnezei • Inspecția • Palpația zonelor de drenare limfatică • Radiografia zonei afectate • Radiografia cutiei toracice • ECG • Analiza generală a sângelui • Analiza generală a urinei • Biochimia sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma (K, Ca, Mg)). • Indicii coagulogramei. • RMN zonei afectate • TC zonei afectate Recomandabil: • PET CT.	Obligator/Standard: • Colectarea anamnezei • Inspecția • Palpația zonelor de drenare limfatică • Radiografia zonei afectate* • Radiografia cutiei toracice* • Angiografia • ECG* • Analiza generală a sângelui* • Analiza generală a urinei* • Biochimia sângelui* (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma (K, Ca, Mg)). • Indicii coagulogramei* (timpul recalcinării, timpul coagulării, indexul protrombinic și altele - în funcție de patologia concomitentă). • RMN zonei afectate	Obligator/Standard: • Colectarea anamnezei • Inspecția • Palpația zonelor de drenare limfatică • Radiografia cutiei toracice* • Radiografia zonei afectate* • Angiografia arterială* • ECG* • Analiza generală a sângelui* • Analiza generală a urinei* • Biochimia sângelui* (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma (K, Ca, Mg)) • Indicii coagulogramei* (timpul recalcinării, timpul coagulării, indexul protrombinic și altele - în funcție de patologia concomitentă) • Puncția tumorii* • Pregătirea frotiului pentru investigație citologică

		•USG abdomenului •Ecocardiografia •Puncția formațiunii tumorale •Examenul citologic al punctatului •CT toracelui cu contrast •CT abdomenului cu contrast •Doppler vaselor membrelor inferioare și superioare Recomandabil: •PET CT.	•Investigația citologică a frotiului •Investigația histologică materialului preluat •TC zonei afectate •Scanarea scheletului osos •Ecocardiografia •RMN zonei afectate* •USG abdomenului •Spirometria •Biopsia deschisă a tumorii** cu preluarea materialului pentru examen citologic și histologic •Examen imunohistochimic Recomandabil: •PET CT.
--	--	---	--

Notă: * în caz că procedura nu a fost efectuată la etapa precedentă

** se va efectua numai în condiții de staționar.

C.2.2.4. Supravegherea

Caseta 3. Metodele de evaluare a eficienței tratamentului anticanceros:

- subiective
- fizicale (vizuală, palpare, percuție)
- radiologice
- endoscopice
- sonografice
- tomografia computerizată
- rezonanța magnetică nucleară
- izotopice
- biochimice.

Caseta 4. Evaluarea toxicității tratamentului anticanceros:

Se va efectua conform recomandărilor OMS (gradele 0-IV). Pentru evaluare se vor efectua următoarele metode de diagnostic:

- analiza generală a sângelui + trombocite (o dată pe săptămână)
- analiza biochimică a sângelui (glicemia, ureea, creatinina, bilirubina, transaminazele ș.a. în funcție de necesitate) înaintea fiecărui ciclu de tratament
- analiza generală a urinei (înaintea fiecărui ciclu de tratament)
- ECG ș.a. în funcție de necesitate.

C.2.2.5. Dispensarizarea

Caseta 5. Criterii de evaluare a eficienței tratamentului anticanceros

Eficacitatea nemijlocită:

1. Criterii recomandate de OMS (Remisiune completă, Remisiune parțială, Stabilizare, Avansare)
2. Conform sistemului RECIST (Remisiune completă, Remisiune parțială, Stabilizare, Avansare).

Rezultatele la distanță:

1. Durata remisiunilor
2. Supraviețuirea fără semne de boală
3. Timpul până la avansare
4. Supraviețuirea medie.

Caseta 6. Dispensarizarea bolnavilor tratați

- pe parcursul primului an după finisarea tratamentului – o dată în trei luni
- pe parcursul anului doi după finisarea tratamentului - o dată în 6 luni
- începând cu anul trei după finisarea tratamentului – o dată în an.

Caseta 7. Investigații efectuate în dispensarizare:

- examenul fizical
- palparea tuturor grupelor de ganglioni limfatici periferici
- radiografia cutiei toracice o dată în an (în cazul tumorilor primar răspândite, cu diferențiere joasă și tumorilor metastatice – o dată în 6 luni)
- USG organelor cavității abdominale (în cazul tumorilor primar răspândite, cu diferențiere joasă și tumorilor metastatice – o dată în 6 luni).

C.2.3. Reabilitarea

Reabilitarea pacienților cu amputații ale membrelor, cu patologii la nivelul coloanei vertebrale se va efectua în conformitate cu Protocoalele Clinice Naționale în Reabilitare (PCN – 240, PCN – 323, PCN – 324).

**D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU
RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

Prestatori de servicii medicale la nivel de asistență medicală primară	Personal: • medic de familie • asistenta medicală de familie.
	Dispozitive medicale: • Fonendoscop • Tonometru • material ilustrativ pentru informarea pacienților despre necesitatea investigațiilor profilactice.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr	Obiective	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Ameliorarea calității examinării clinice și celei paraclinice a pacienților cu scopul diagnosticului tumorilor maligne ale țesuturilor moi.	1.1. Proporția pacienților cu diagnosticul de tumoare malignă a țesuturilor moi, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic Obligator, conform recomandărilor protocolului clinic național . „Tumorile maligne ale țesuturilor moi”.	Numărul de pacienți/ persoane din grupul de risc cărora în mod documentat, de către medicul de familie, li s-a oferit informații privind factorii de risc în dezvoltarea tumorilor maligne ale țesuturilor moi și a fost efectuat examenul clinic și paraclinic Obligator, conform recomandărilor protocolului clinic național. Tumorile maligne ale țesuturilor moi pe parcursul ultimul an x 100.	Numărul total de pacienți/ persoane din grupul de risc care se află la evidența medicului de familie, medicului oncolog, pe parcursul ultimului an.
2.	Sporirea ratei de apreciere a riscului de deces prin tumorile maligne ale țesuturilor moi.	2.1. Proporția pacienților cu diagnosticul de tumorile maligne ale țesuturilor moi, cărora li s-a evaluat riscul de deces de către medicul oncolog, conform recomandărilor protocolului clinic național Tumorile maligne ale țesuturilor moi.	Numărul de pacienți cu diagnosticul de tumorile maligne ale țesuturilor moi cărora li s-a evaluat riscul de deces de către medicul oncolog, conform recomandărilor protocolului clinic național Tumorile maligne ale țesuturilor moi pe parcursul ultimul an x 100.	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de Tumorile maligne ale țesuturilor moi de pe lista medicului oncolog pe parcursul ultimului an.
3.	A implementa screening-ul radiologic persoanelor de la 20 ani până la 64 ani.	3.1. Proporția persoanelor din grupele de risc supuse screening-ului radiologic o dată în 6 luni.	Proporția persoanelor(20-64 ani) supuse screening-ului radiologic o dată în 6 luni pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de persoanelor (20-64 ani), care se află la evidența medicului oncolog pe parcursul ultimului an.
4.	A reduce divergențele în diagnosticul pre-și postoperatoriu în tumorile maligne ale țesuturilor moi.	4.1. Proporția bolnavilor cu divergențe în diagnostic în tumorile maligne ale țesuturilor moi pe parcursul unui an.	Numărul bolnavilor cu divergențe în diagnostic în tumorile maligne ale țesuturilor moi pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de bolnavi cu tumorile maligne ale țesuturilor moi care se află la evidența oncologului la Institutul Oncologic pe parcursul ultimului an.

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostic-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația oncolog	IMSP SR Edineț	Cab.418
Investigații de laborator	IMSP CS Edineț	Laborator
ECG	IMSP CS Edineț	Cab.116
Radiografia pulmonara	IMSP CS Edineț	Et.II Bloc A
CT	IMSP SR Edineț	

Procedura de pregătire diagnostic-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației, consultației respective. Îndreptarea se completează de către medicul de familie.

Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimiterea pacientului.

1. Pentru efectuarea investigațiilor, consultației la medicul specialist în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul de familie, îndreptare, care, va include obligatoriu diagnosticul clinic complet, rezultatele investigațiilor realizate la nivel de AMP și argumentarea necesității procedurii, consultației medicului specialist (formular 027e). Pacientul va prezenta formular 027e în instituția medicală vizată.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin contactare telefonică a registraturii instituției medicale solicitate sau SIRS.M. Biletul de trimitere forma 027e va fi înregistrat în registrul de evidență.
2. La întoarcerea în instituție, la locul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterea) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației, consultației, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acestora.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcerea, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică.

ANEXE

Anexa 1 Ghidul pentru pacientul cu Tumori maligne ale țesuturilor moi

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu tumori maligne ale țesuturilor moi în Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor bolnave de tumori maligne ale țesuturilor moi, dar poate fi util și pentru familiile acestora și pentru cei care doresc să afle mai multe despre această afecțiune.

Indicațiile din ghidul pentru pacient acoperă:

- modul în care medicii trebuie să stabilească, dacă o persoană are Tumori maligne ale țesuturilor moi
- prescrierea tratamentului pentru pacienții cu Tumori maligne ale țesuturilor moi
- modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu Tumori maligne ale țesuturilor moi.

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați, trebuie să fie în volum deplin. Aveți dreptul să fiți informat și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea Dvs. Toate cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar ce reprezintă tumorile maligne ale țesuturilor moi și care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

Tumori maligne ale țesuturilor moi este un grup nozologic mare de tumori format după principiul anatomo-clinic și include în sine:

- tumori de origine mezenchimală (cu excepția tumorilor oaselor, sarcomului de uter, tumorile sistemului hemopoietic și țesutului reticulo-endotelial)
- tumorile nervilor periferici.

Nu au o predispoziție aparte pentru bărbați sau femei, sau o vârstă anumită. Etiologia este puțin cunoscută. 2/3 din tumorile țesuturilor moi se localizează în regiunea coapselor, bazinului, umărului (incidența în Republica Moldova 2,5% ce constituie 109 bolnavi primari).

Manifestările clinice în tumorile maligne ale țesuturilor moi depind de localizarea inițială a focarului tumoral, gradul de răspândire al procesului tumoral în organism (stadiul clinic) și varianta morfologică:

- prezența unei tumori
- acuze la dureri, preponderent nocturne și de repaus rezistente la tratament antiinflamator și analgezice neopioide
- atrofii musculare
- dereglări ale circulației periferice
- edeme ale membrelor, elefantiazis.

Diagnosticul de tumoare malignă a țesuturilor moi se confirmă în mod Obligator prin efectuarea biopsiei (prin trepan-biopsie, prin biopsie deschisă, prin puncția tumorii).

După obținerea rezultatelor investigațiilor efectuate medicul trebuie să discute rezultatele cu pacientul și să comunice modalitatea tratamentului.

Tratamentul include efectuarea intervenției chirurgicale, chimioterapiei și radioterapiei în volum prevăzut de Protocolul Clinic Național.

La persoanele cu patologii concomitente grave se aplică numai chimioterapia și/sau radioterapia în volum paliativ, sau tratament simptomatic la locul de trai.

Anexa nr 3. Fișa standardizată de audit medical

bazat pe criterii pentru Protocol clinic național „Tumorile maligne ale țesuturilor moi”

	Domeniul Prompt	Definiții, Note
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, Prenume, telefon de contact
3	Numărul fișei medicale	
4	Data de naștere a pacientului	DD – LL – AAAA sau Necunoscută =9
5	Mediul de reședință	0 – urban, 1 – rural, 9 – nu se știe
6	Sexul	Masculin – 1, feminin - 2
7	Numele medicului curant	
	INTERNAREA	
8	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	AMP - 1; AMU - 2; secția consultativă - 3; instituție medicală privată - 4; staționar - 6; secția internare - 7; alte instituții - 8; necunoscut - 9
9	Numărul internărilor	primară - 3; secundară - 4; mai mult de două ori - 6
10	Data și ora internării în spital	data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); necunoscut - 9
11	Durata internării în spital (zile)	număr de zile; necunoscut -9
12	Transferul în alte secții	nu -0; da -1; nu a fost necesar -5; necunoscut – 9; terapie intensivă - 2; alte secții - 3
13	Respectarea criteriilor de internare	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
	DIAGNOSTICUL	
14	Stadiul tumorii pacientului la internare	St.0 - 2; St.I - 3; St.II - 4; St. - III; St. IV - 6; necunoscut - 9
15	Efectuarea metodelor de verificare morfologică a tumorii	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9
16	Efectuarea metodelor pentru determinarea extinderii tumorii	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9
17	Efectuarea metodelor de determinare a particularităților organismului	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9
18	Consultațiile de alți specialiști	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9
19	Investigații indicate de către alți specialiști	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9
	ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR	
20	Modul prin care s-a stabilit diagnoza	adresare directă - 2; screening - 3; centrul consultativ-4; oncologul raional - 4; necunoscut - 9
21	Efectuarea profilaxie primare și secundare	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
22	Etapa stabilirii diagnosticului	precoce - 2; tardiv - 3; necunoscut - 9
23	Face parte pacientul (a) din grupul de risc	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
24	Managementul stărilor de urgență	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9

25	Maladii concomitente înregistrate	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
TRATAMENTUL		
26	Unde a fost inițiat tratamentul	AMP - 2; secția consultativă - 3; staționar - 4; instituție medicală privată-6; alte instituții - 7; necunoscut - 9
27	Tratamentul etiopatogenetic	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9; chirurgical - 2; chimioterapie - 3; radioterapie - 4
28	Tratamentul simptomatic	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
29	Complicații înregistrate	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
30	Efecte adverse înregistrate	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
31	Respectarea criteriilor de monitorizare clinică	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9
32	Rezultatele tratamentului	vindecare - 2; stabilizare - 3; progresare-4; complicații - 6; necunoscut - 9
33	Efectuarea măsurilor de reabilitare	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
34	Respectarea criteriilor de externare	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9; recomandări - 2; consilierea pacientei/lui - 3; consilierea rudelor - 4
35	Supravegherea pacientei/lui	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9; medicul AMP - 2; oncologul raional - 3; institutul oncologic - 4
36	Data externării/transferului sau decesului	data externării/transferului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut - 9; data decesului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut - 9