

Aprobat

Şef IMSP CS Edineţ

Oleg Gutan



Instituția Medico-Sanitară Publică

Centrul de Sănătate Edineț

ENCEFALOMIELITA ACUTĂ DISEMINATĂ LA COPIL

Protocol clinic instituțional

PCI – 433

Edineț 2025

INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE EDINEȚ

O R D I N

Nr. 73.

" 10 " 11 2025

*"Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.1085 din 23.12.24
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
„Encefalomielita acută diseminată la copil“
în cadrul IMSP CS Edineț"*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 1085 din 23.12.2024 „Cu privire la aprobarea **Protocolului Clinic Național „Encefalomielita acută diseminată la copil“**, 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 „Encefalomielita acută diseminată la copil“.
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național „Encefalomielita acută diseminată la copil“.. în cadrul IMSP CS Edineț de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național „Encefalomielita acută diseminată la copil“..
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 „Encefalomielita acută diseminată la copil“. 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



Oleg Guțan



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

23 decembrie 2024

Nr. 1085

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Encefalomielita acută diseminată la copil”

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 „Encefalomielita acută diseminată la copil”, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Encefalomielita acută diseminată la copil”.
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 „Encefalomielita acută diseminată la copil”.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Encefalomielita acută diseminată la copil”, 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 „Encefalomielita acută diseminată la copil”, 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 „Encefalomielita acută diseminată la copil”, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul Mamei și Copilului, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Encefalomielita acută diseminată la copil”, 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 includerea Protocolului clinic național „Encefalomielita acută diseminată la copil”, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

SUMARUL RECOMANDĂRILOR.....	3
PREFAȚĂ.....	4
A. PARTEA INTRODUCTIVĂ.....	5
A.1. Diagnosticul: Encefalomielita acută diseminată (ADEM).....	5
A.2. Codul bolii (G04.0).....	5
A.3. Utilizatorii:.....	5
A.4. Obiectivele protocolului:	5
A.5. Elaborat: 2024.....	5
A.6. Revizuire: 2029.....	5
A.7. Definiții folosite în document:.....	5
A.8. Informație epidemiologică.....	6
A.9. Clase de dovezi și scala de evaluare pentru recomandări.....	6
A.9.1. Gradul de recomandare.....	6
A.9.2. Scala de evaluare pentru recomandări	7
B. PARTEA GENERALĂ	9
Nivelul de asistență medicală primară.....	9
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ.....	11
C.1.1. Algoritm de diagnostic clinic (criterii de includere în diagnostic și cele de excludere).....	11
C.1.2. Figura 1. Algoritmul de conduită și diagnosticul diferențial:	12
C.1.3. Criterii de diagnostic ADEM.....	12
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR.....	13
C.2.1. Etiologia ADEM (factorii de risc).....	13
C.2.2. Conduita copilului cu ADEM (<i>obligatoriu</i>)	13
C.2.2.1. Anamneza.....	13
C.2.2.2. Examen fizic	14
C.2.2.3. Tratamentul:	15
C.2.2.4. Complicații.....	19
C.2.2.5. Evoluția	20
C.2.2.6. Supravegherea pacienților.....	20
C.2.2.6. Reabilitarea pacienților	21
Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP	22
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	23
F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE	25
ANEXE	27
Anexa 1	27
Anexa 2	29

ABREVIERI ȘI NOTAȚII CONVENȚIONALE

ADEM	Encefalomielita acută diseminată
AHLE	Leucoencefalita hemoragică acută
AMP	Asistența medicală primară
AMU	Asistența medicală urgentă
HHV6	Virus herpetic uman tip 6
HSV	Herpes simplex virus
IMSP IMC	Instituția medico-sanitaro-publică Institutul Mamei și Copilului
LCR	Lichid cefalorahidian
MELAS	Encefalopatie mitocondrială, acidoză lactică și sindromul episoadelor asemănătoare accidentului vascular cerebral
MDEM	Encefalomielita diseminată multifazică
MOG	Glicoproteina oligodendrocitară a mielinei
MOGAD	MOG-Ab-associated disorders (afecțiuni asociate MOG-Ab)
MSMPS RM	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale a Republicii Moldova
NMOSD	Tulburarea spectrului neuromielitei optice
PCN	Protocol clinic național
PLEX	Plasmafereză
RDEM	Encefalomielita diseminată recurentă
RM	Republica Moldova
RMN	Rezonanța Magnetică Nucleară
SATI	Secția anestezie și terapie intensivă
SCI	Sindromul clinic izolat
SM	Scleroza multiplă
SNC	Sistem nervos central
SNP	Sistemul nervos periferic
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
WHO	Organizația Mondială a Sănătății
SNCTI	Serviciul Național de Consult și Transport Interspitalicesc

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

1. **Encefalomielita acută diseminată (ADEM)** este o boală demielinizantă inflamatorie, mediată imun, a sistemului nervos central (SNC), care de obicei afectează copii și adulți tineri după o infecție sau vaccinare.
2. **ADEM** este o boală rară, cu o incidență de 0,2-0,6 la 100.000 de copii anual. În 50% până la 86% din cazuri, ADEM este precedată de o boală infecțioasă acută, cum ar fi infecția căilor respiratorii superioare, gastroenterita și rareori de o boală exantematoasă datorată diferiților agenți patogeni.
3. **Testele de diagnosticare** au ca scop diferențierea ADEM de unele maladii infecțioase potențiale, toxice/metabolice, genetice, vasculare și neoplazice.
4. **Criteriile de diagnostic ADEM** conform definiției Grupului Internațional de Studiu pentru Scleroza Multiplă Pediatrică:

- 1) un prim eveniment polifocal, clinic al SNC, cu presupusă cauză inflamatorie demielinizantă;
 - 2) encefalopatie care nu poate fi explicată prin febră;
 - 3) nu au apărut noi constatări clinice și la RMN la o perioadă de trei luni sau mai mult de la debut;
 - 4) RMN-ul creierului este anormal în timpul fazei acute (trei luni).
5. **Terapia** ADEM include două linii de tratament: prima linie – Methylprednisolonum intravenos (în puls-terapie); a doua linie – plasmafereză, Immunoglobulinum humanum intravenos.
6. **ADEM** afectează mai frecvent copiii, este adesea o boală monofazică, iar recuperarea funcțională este completă. Prognosticul, în special pentru evoluția bolii, recuperarea și durata medie a spitalizării par să fie mai bune la copii decât la adulții tineri, probabil datorită plasticității mai bune a creierului copiilor. Majoritatea copiilor revin la starea mentală de bază și funcția neurologică normală în câteva săptămâni. Aproximativ 20-30% dintre copii se confruntă cu deficite neurologice permanente, deteriorare în domeniile superioare ale funcției executive și a procesării verbale. Mortalitatea este de 1-3% din cazuri, la pacienții cu un curs sever de boală.

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: **PCN-433 "Encefalomielita acută diseminată la copil"** 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;

Postolachi Eleonora – Medic de familie;

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

Data elaborării protocolului: Noiembrie (Aprobat prin Ordinul directorului 73 din 10.11.2025)
în baza:

- **PCN-433 "Encefalomielita acută diseminată la copil"** Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.1085 din 23.12.2024 Cu privire la aprobarea protocolului clinic național "Encefalomielita acută diseminată la copil"

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Encefalomielite acută diseminată (ADEM)

ADEM este o boală inflamatorie demielinizantă a sistemului nervos central (SNC), care se prezintă cu encefalopatie și leziuni cerebrale multifocale. Aceasta afectează mai frecvent copiii și este adesea o boală monofazică cu o bună recuperare funcțională. Testele de diagnosticare au ca scop diferențierea ADEM de potențialele maladii infecțioase, toxice/metabolice, genetice, vasculare și neoplazice.

Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

1. Encefalomielite acută diseminată monofazică.

A.2. Codul bolii (G04.0)

G04.0 Encefalita acută diseminată

G04.8 Alte encefalite, mielite și encefalomielite

G04.9 Encefalita, mielite și encefalomielite, nespecificate

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor de asistență medicală primară (medicii de familie, asistenți medicali)

NOTĂ: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști, implicați în asistență medicală acordată pacienților cu ADEM.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. A spori depistarea precoce a cazurilor de ADEM printre copii.
2. A îmbunătăți calitatea asistenței medicale, a examinării clinice și paraclinice a copiilor cu ADEM.
3. A spori calitatea examinării, tratamentului și supravegherii copiilor cu ADEM.
4. A reduce rata de recurență, complicații și letalitatea la copii cu ADEM (caz confirmat).
5. A ameliora măsurile de profilaxie ale ADEM prin scăderea numărului de teste diagnostice neinformativ, eficientizarea diagnosticului diferențial și consilierea familiilor cu risc crescut pentru ADEM.

A.5. Elaborat: 2024.

A.6. Revizuire: 2029.

A.7. Definiții folosite în document:

Encefalomielite acută diseminată (ADEM) este o boală inflamatorie demielinizantă a sistemului nervos central (SNC), care se prezintă de obicei cu encefalopatie și leziuni cerebrale multifocale. Apare adesea după o infecție sau, rar, după vaccinare. Această afecțiune afectează mai frecvent copiii și este adesea o boală monofazică cu o bună recuperare funcțională. Testele de diagnosticare ar

trebui să aibă ca scop diferențierea ADEM de potențialele maladii infecțioase, toxice/metabolice, genetice, vasculare și neoplazice. De asemenea, este important să se ia în considerare dacă ADEM reprezintă primul atac al unui sindrom demielinizant inflamator recidivant, în special boala cu anticorpii glicoproteinei oligodendrocitare mielinice (MOG) sau, mai puțin probabil, scleroză multiplă (SM) sau neuromielita optică (NMOSD).

A.8. Informație epidemiologică

ADEM este o boală rară, cu o incidență de 0,2-0,6 la 100.000 de copii anual. Cea mai implicată vârstă de prezentare este între 3 și 7 ani. Există o ușoară predominanță masculină, dar nu există o predilecție etnică specifică. Unele studii au raportat o predilecție sezonieră pentru iarnă și primăvară. Riscul de a dezvolta ADEM depinde de anumiți factori, inclusiv factori genetici, expunerea la microorganisme infecțioase, expunerea la imunizare și pigmentarea deschisă a pielii. Afecțiunea apare la nivel mondial, iar susceptibilitate de a dezvolta ADEM este comună în toate grupurile etnice.

ADEM este considerată o formă de encefalită autoimună. În 50% până la 86% din cazuri, ADEM este precedată de o boală infecțioasă acută, cum ar fi infecția căilor respiratorii superioare, gastroenterita și rareori o boală exantematoasă datorată diferiților agenți patogeni. Simptomele clinice încep de obicei în decurs de 2 zile până la 3 săptămâni după un eveniment infecțios. Cele mai frecvente infecții asociate sunt infecțiile virale, dar au fost implicate și bacterii sau alți agenți patogeni.

A.9. Clase de dovezi și scala de evaluare pentru recomandări

A.9.1. Gradul de recomandare

A	Dovezi cu valoare înaltă (puternică)	Dovada a fost inițial obținută prin studii randomizate controlate, meta-analiza acestor studii sau studii epidemiologice metodologic argumentate. Beneficiile puternice ale implementării recomandării depășesc în mod clar dezavantajele/daunele
B	Dovezi cu valoare moderată	Dovada a fost obținută din studii prospective de valoare mai joasă, studii restrospective de caz-control și studii mari de tip observațional, de cohortă sau de prevalență, și era bazată pe informație clar fiabilă.
C	Dovezi cu valoare joasă (slabă)	Dovada a fost obținută din studii mai mici de tip observațional, studii bazate pe informație retrospectivă sau mai puțin sigură, opinii autoritare exprimate în recenzii, sau opinii ale experților membrilor grupului de lucru. Este mai puțin clar că beneficiile depășesc dezavantajele/daunele
D Niciuna	Dovezi insuficiente (declarație de practică)	Puține dovezi sau dovezi irelevante pentru soluționarea problemei, sau dovezile revizuite au fost extrem de conflictuale.

		Opinie/sfaturi ale experților pentru domenii în afara strategiei de căutare sau în care există o lipsă de dovezi pe care să se bazeze o recomandare.
Nivel de evidență	Tipul de studiu	Gradul de recomandare
Clasa Ia	Sinteze sistematice (cu omogenitate) ale studiilor randomizate controlate (RCT). Condiții pentru care există dovezi și/sau acord unanim asupra beneficiului și eficienței unei proceduri diagnostice sau tratament	A Este recomandat /este indicat
Clasa Ib	RCT individual (cu interval de încredere îngust)	A
Clasa Ic	Totul sau nimic. Îndeplinit atunci când toți pacienții au decedat înainte ca tratamentul să fie disponibil, dar unii acum supraviețuiesc datorită acestuia; sau atunci când unii pacienți au murit înainte ca tratamentul să fie disponibil, dar acum niciunul nu mai moare din această cauză.	
Clasa II	Condiții pentru care dovezile sunt contradictorii sau există o divergență de opinie privind utilitatea/eficacitatea tratamentului sau procedurii.	B
Clasa IIa	Dovezile/opiniile pledează pentru beneficiu/eficiență. Revizuirea sistematică (cu omogenitate) a studiilor de cohortă	B Ar trebui luat în considerare
Clasa IIb	Studiu individual de cohortă (inclusiv RCT de calitate scăzută; de exemplu, <80% urmărire). Beneficiul/eficiența sunt mai puțin concludente	B Ar putea fi luat în considerare
Clasa IIc	Cercetarea „rezultatelor”; studii ecologice	
Clasa IIIa	Sinteze sistematice de studii caz-control (omogene)	B
Clasa IIIb	Studii caz-control individuale	B
Clasa IV	Serii de cazuri (și studii de cohortă și de caz-control de calitate slabă)	C
Clasa V	Opinie experților fără o evaluare critică explicită sau bazată pe fiziologie, cercetare de bază sau „primele principii”	D

A.9.2. Scala de evaluare pentru recomandări

- 1 Recomandat** Grupul de lucru a concluzionat că intervenirea este o abordare necesară pentru tratamentul acelor pacienți, cărora li se atribuie problema în cauză. Acest nivel este, în general, bazat pe dovezi cu valori cuprinse între moderat și înalt. Concluzia este puțin probabil să fie schimbată în urma cercetărilor ulterioare. De asemenea, amploarea impactului este suficientă

- pentru a justifica recomandarea. Noțiunea de **Recomandat** a fost, de asemenea, utilizată pentru a descrie intervențiile care sunt probabile de a avea un efect semnificativ asupra evoluției pacientului, chiar dacă sunt bazate pe dovezi cu valoare joasă.
- 2 Puțin recomandat** Grupul de lucru a concluzionat că intervenirea este o abordare rațională pentru tratamentul pacienților. Totuși, nu toți pacienții și clinicienii ar dori să urmeze în mod necesar recomandarea. Decizia de a nu urma recomandarea este puțin probabil să ducă la o evoluție nefavorabilă majoră. Acest nivel a fost, în general, bazat pe dovezi cu valori cuprinse între jos și moderat. Amploarea efectului tratamentului, precum și direcția acestuia pot fi schimbate în urma cercetărilor ulterioare.
- 3 Nu este recomandat** Dovezile au fost considerate inadecvate sau prea contradictorii pentru a ajunge la o oarecare concluzie semnificativă.

B. PARTEA GENERALĂ

Nivelul de asistență medicală primară		
Descriere	Motive	Pași
1. Profilaxia primară a ADEM și recunoașterea semnelor clinice precocce ale ADEM la copil	Recunoașterea semnelor clinice precocce ale ADEM este esențială pentru a preveni complicațiile și a iniția un tratament adecvat.	Standard/Obligatoriu: • Aprecierea factorilor de risc pentru ADEM (<i>Caseta 1</i>) • Colectarea anamnezei (<i>Caseta 2</i>)
2. Referirea la consultația specialiștilor și/sau la spitalizare	Diagnosticarea timpurie a formelor clinice ale ADEM permite inițierea precocce a tratamentului și reducerea evoluției nefavorabile a bolii. Conlucrarea cu următorii specialiști: neuropsihiatri, pediatri și alți specialiști, ar gestiona complicațiile posibile ulterioare.	Standard/Obligatoriu: • Identificarea copiilor de vârstă fragedă cu ADEM (<i>Casetele 2, 3, C1.1., C1.2.</i>) • Evaluarea stării generale (<i>Caseta 3</i>) • Estimarea indicațiilor pentru consultul altor specialiști: pediatru, neurolog pediatru, genetic, etc.
3. Tratamentul în condiții de ambulatoriu	Tratamentul se va efectua obligatoriu sub controlul pediatrului în comun cu medicul de familie	Standard/Obligatoriu: • Tratamentul general (<i>Caseta 4, Tabelul 1, 2, 3</i>)
4. Monitorizarea copiilor cu ADEM pe parcursul bolii	Notă: Monitorizarea se va efectua obligatoriu sub controlul stării generale și investigațiilor clinice și paraclinice	Standard/Obligatoriu: • Peste 24 ore după externarea din spital (se poate și la telefon) de evaluat starea generală • Peste 3 zile de la începutul tratamentului – evaluarea la domiciliu • Apoi peste 7 - 10 zile – evaluarea la domiciliu.

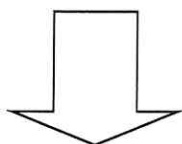
5. Supravegherea		
5.1. Supravegherea temporară în caz de asociere a infecțiilor	Depistarea semnelor de asociere și progresare a infecției va permite monitorizarea complicațiilor și ajustarea promptă a tratamentului	• Supravegherea se va face în comun cu medicul neurolog pediatru la pacienții cu ADEM confirmat • Referirea pacientului pentru internare în secțiile specializate în caz de agravare
5.2. Supravegherea permanentă a pacientului pe parcursul vieții	Tratamentul suportiv va permite controlul evoluției maladiei, manifestărilor clinice ale bolii și prevenirea apariției complicațiilor	Standard/Obligatoriu: Supravegherea corectitudinii și respectării tratamentului prescris de specialiști, evaluare în dinamică a evoluției bolii și evitarea complicațiilor ADEM (<i>Casetele 5, 6, 7, 8</i>)
6. Evaluarea recuperării	Tratament de recuperare – masaj, fizio- și kinetoterapie (la indicațiile specialiștilor)	Standard/Obligatoriu: • Conform programelor existente de recuperare și recomandărilor specialiștilor (<i>Caseta 8</i>)

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm de diagnostic clinic (criterii de includere în diagnostic și cele de excludere)

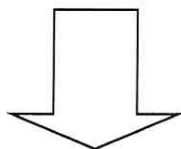
Trăsăturile clinice și paraclinice comune (criterii de includere):

- Deficitele neurologice multifocale
- Cefalee
- Vărsături
- Meningism
- Modificări ale comportamentului și ale nivelului de vigilență
- Encefalopatia (iritabilitate, confuzie, somnolență, letargie și stupoare)
- Modificarea stării mentale
- Ataxie
- Slăbiciune a extremităților
- Nevrita optică
- Mielita transversală
- Tulburări de vedere
- Insuficiența respiratorie
- Convulsii refractare



Criterii de excludere a ADEM sunt:

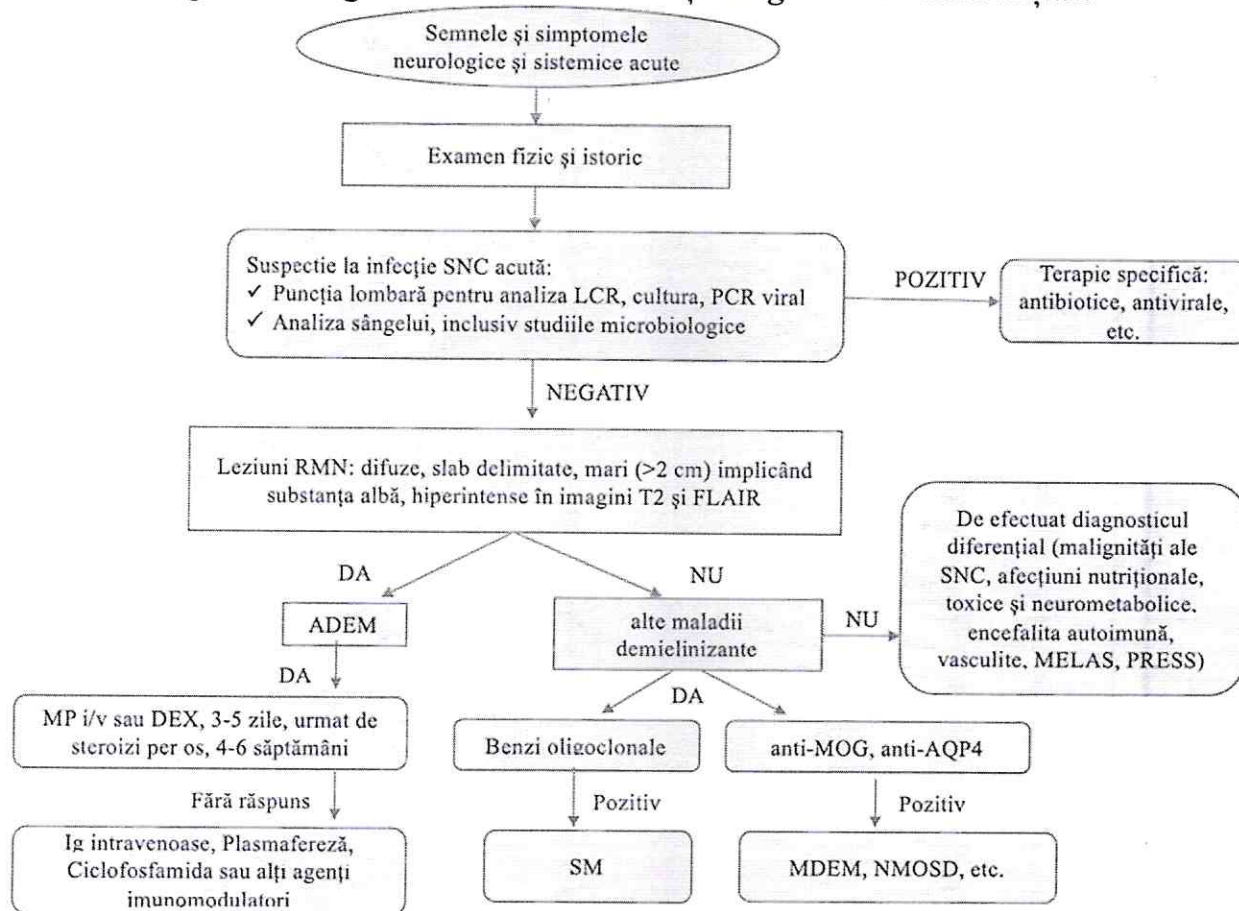
- Semne de encefalită
- Debut acut cu febră fără antecedente de infecții sau vaccinare
- Rezultate RMN cerebrală, spinală specifice pentru SM (1 sau mai multe leziuni-T2 tipice SM în 2 sau mai multe zone ale SNC – periventricular, cortical, juxtacortical, infratentorial sau măduva spinării)
- Rezultatele puncției lombare caracteristice SM (2 sau mai multe benzi oligoclonale)
- Semne clinice sugestive pentru SM (*Caseta 8*)



Acțiuni suportive:

- Colectarea anamnezei
- Evoluție clinică
- RMN cerebral, medular
- Examen LCR (normal sau poate prezenta pleiocitoză ușoară cu predominanță limfocitară și monocitară, niveluri crescute de proteine sau benzi oligoclonale tranzitorii)
- Examen benzi oligoclonale
- Examen anti aquaporine-4, anti MOG

C.1.2. Figura 1. Algoritmul de conduită și diagnosticul diferențial:



Notă: lichid cefalorahidian (LCR); reacție de polimerizare în lanț (PCR); imagistica prin rezonanță magnetică (RMN); Methylprednisolonum (MP); Dexamethasonum (DEX); Immunoglobulinum humanum; tulburare a spectrului de neuromielita optică (NMOSD); sindromul encefalopatiei posterioare reversibile (PRES); anticorp anti-mielină glicoproteină oligodendrocite (anti-MOG-Ab); anticorp anti-AQP4-Ab, anti-aquaporină 4.

C.1.3. Criterii de diagnostic ADEM

Tabelul 1. Criterii de diagnostic ADEM conform definiției Grupului Internațional de Studiu pentru Scleroza Multiplă Pediatrică

- Un prim eveniment clinic polifocal al SNC, cu presupusă cauză inflamatorie demielinizantă
- Encefalopatie care nu poate fi explicată prin febră
- Nu au apărut noi constatări clinice și RMN la trei luni sau mai mult de la debut
- RMN-ul creierului este anormal în timpul fazei acute (trei luni)

De obicei, pe înregistrările RMN cerebrală:

- Leziuni difuze, slab delimitate, mari (>1–2 cm) care implică predominant substanța albă cerebrală
- Leziunile hipointense T1 în substanța albă sunt rare
- Poate fi prezentă leziunea profundă a substanței cenușii (de exemplu, talamus sau ganglionii bazali)

C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Etiologia ADEM (factorii de risc)

C.2.1.1. Factorii de risc (la necesitate)

Caseta 1. Factorii de risc pentru ADEM

- ADEM a fost asociat cu unele microorganisme și imunizări.

Cele mai frecvente **infecții virale** asociate includ:

- Citomegalovirus, virusul Epstein-Barr, virusul herpes simplex, virusul herpes uman-6, virusul gripal, hepatita A și C, HIV, enterovirus, Coxsackie B, rujeola, rubeola, oreion, virusul varicelo-zosterian, coronavirus.

În majoritatea cazurilor, agentul patogen cauzal nu este identificat.

Alte **infecții bacteriene** asociate includ:

- Mycoplasma pneumoniae, Campylobacter jejuni, Chlamydia pneumoniae, Leptospira spp., Streptococci beta-hemolitici grup A, Borrelia burgdorferi, Legionella pneumoniae, Haemophilus influenzae type b, Streptococcus pyogenes, Rickettsia sp.

Dintre **paraziți** au fost asociate cu ADEM:

- Plasmodium Falciparum, malaria Vivax, cryptococcus neoformans, Toxoplasmoza spp.

Înainte de dezvoltarea programelor de imunizare, ADEM era cel mai frecvent asociat cu rujeola (în plus față de o incidență crescută în asociere cu rubeola, oreionul, varicela și variola). Astăzi, ADEM este mai frecvent asociată cu infecții virale ale tractului gastrointestinal sau respirator.

Vaccinul antirabic a fost cel mai timpuriu vaccin raportat asociat cu ADEM. Este observat atât la adulți, cât și la copii, la aproximativ 8 până la 21 de zile după imunizare. Alte vaccinuri asociate mai puțin frecvent includ cele pentru rujeolă, pertussis, tetanos, gripă, hepatită B, difterie, rubeolă, pneumococ, varicelă, variola, papilomavirus uman și poliomielite.

C.2.2. Conduita copilului cu ADEM (*obligatoriu*)

C.2.2.1. Anamneza

Caseta 2. Repere în aprecierea anamnesticalui

- Istoricul unei infecții precipitante cu o latență medie de aproximativ două săptămâni. Infecții virale precedente sau vaccinare, de ex. rujeola sau virusul varicelo-zoster (VZV)
- Prezentarea clinică este eterogenă. De obicei, pacienții prezintă **simptome prodromale**: febră, cefalee, fatigabilitate, greață și vărsături
- Faza acută apare cu **encefalopatie**, caracterizată prin comportament alterat (ex. iritabilitate, confuzie) și alterarea stării de conștiință (letargie, stupoare, comă) asociate cu deficite neurologice multifocale sau focale în funcție de zona implicată în procesul demielinizant [20]

C.2.2.2. Examen fizic

Caseta 3. Examen fizic

Examinare fizică

- La pacienții cu suspiciune de ADEM, trebuie efectuat și documentat un examen neurologic complet pentru a determina localizarea, severitatea și natura oricărui deficit neurologic
- Când sunt implicate **lobul occipital și cortexul vizual**, pacienții pot prezenta deficite vizuale, de la defecte omonime ale câmpului vizual până la cecitate corticală
- Implicarea **zonelor asociative** ale cortexului provoacă afazie, alexie, agrafie sau acalculie
- Dacă în procesul patologic este implicat cortexul motor pot apărea **semnele piramidale**, cum ar fi slăbiciune, pareză/paraplegie, hiperreflexie, spasticitate și semnul Babinski
- Deficiențele **senzoriale** constau în agraftestezie, astereognozie, pierderea propriocepției și percepția alterată a durerii și a temperaturii
- Implicarea **nervului optic** poate duce la edem al discului optic și nevrita optică unilaterală sau bilaterală
- Afectarea **trunchiului cerebral** duce la deficite ale nervilor cranieni III-XII (diplopie, mișcări extraoculare afectate, disfagie, disartrie, nistagmus, vertij, ataxie, afectarea auzului și gustului), afectarea conștienței și insuficiență respiratorie
- Lezarea **măduvei spinării** poate induce paralizie flască, tulburări urinare și de defecație
- Convulsiile pot fi focale sau generalizate
- Alte simptome atipice includ semne meningeale, distonie sau parkinsonism, mișcări coreiforme și simptome neuropsihiatrice
- A fost raportată **afectarea sistemului nervos periferic** cu parestezie sau anestezie a membrelor sau atrofie musculară. Este asociată cu un prognostic mai prost și cu un risc crescut de recidivă în comparație cu pacienții cu afectarea doar a SNC
- Prezentarea clinică este legată de vârstă și variază la copii și adulți, probabil având în vedere un răspuns imun diferit și modelul consecvent de demielinizare
- ADEM pediatric se caracterizează prin simptome de meningoencefalită, inclusiv encefalopatie, febră, cefalee, greață și vărsături
- Encefalopatia este mai puțin frecventă la adulți, în timp ce la copii este un criteriu necesar pentru a pune un diagnostic de ADEM
- Copiii mai mici prezintă comportament alterat, iritabilitate și agresivitate
- Convulsiile sunt mai frecvente la copii, în special până la 5 ani

Simptome/semne ale fazei acute

Prevalență (%)

Encefalopatie

100% prin definiție

Febră

12–68%

Cefalee	6–64%
Convulsii	12–50%
Deficiențe ale nervilor cranieni	18–39%
Tulburări de vorbire	7–44%
Semne piramidale	18–60%
Deficiențe senzoriale	0–9%
Semne cerebeloase/ataxie	36–47%
Nevrita optică	1–15%
Tulburări urinare	6–25%

- Implicarea sistemului nervos periferic este mai frecventă la adulții tineri decât la copii
- Evaluarea oftalmică este indicată dacă pacientul are acuze care sugerează nevrite optice sau orice altă patologie vizuală. Trebuie efectuată examinarea externă, mișcările extraoculare, reactivitatea pupilei, dimensiunea pupilei și, în special, defectul pupilar aferent relativ (rAPD), dimensiunea pupilei, acuitatea vizuală, stereopsia, vederea în culori și testarea câmpului vizual de confruntare

Pacientul trebuie examinat sub lampa cu fantă pentru a exclude orice probleme ale suprafeței corneei sau ale camerei anterioare care ar putea cauza tulburări de vedere. Fundul de ochi trebuie vizualizat pentru a căuta edem la nivel de disc optic

C.2.2.3. Tratamentul:

Caseta 4. Tratament medicamentos

Terapie de primă linie: glucocorticoizi intravenos în doze mari

- Glucocorticoizi intravenos: Methylprednisolonum, este utilizat la copiii cu suspiciune de ADEM. Acesta este dozat la **30 mg/kg pe zi** (până la 1000 mg) timp de **3-5 zile**. Regimurile alternative includ Methylprednisolonum în doze mai mici, cum ar fi 10 mg/kg sau Dexamethasonum 1-2 mg/kg/zi timp de 3-5 zile (**Clasa IV, recomandare**).
- Mecanismele de acțiune ale glucocorticoizilor în doze mari includ ameliorarea cascadei de citokine inflamatorii, inhibarea activării celulelor T, scăderea extravazării celulelor imune în SNC și facilitarea apoptozei celulelor imune activate.
- După inițierea administrării de glucocorticoizi intravenos, starea clinică a copilului trebuie monitorizată pentru a urmări modificările stării mentale, forței, mersului, coordonării, senzațiilor și/sau vederii. Îmbunătățirea semnificativă poate apărea peste câteva zile. Lipsa îmbunătățirii stării sau deteriorarea în continuare poate fi un semn prognostic slab, sugerând fie o variantă fulminantă a ADEM, fie un posibil diagnostic alternativ.
- Dacă simptomele se ameliorează semnificativ, nu este necesară imunoterapie suplimentară.
- Reducerea treptată a dozelor timp de 4 - 6 săptămâni a unui glucocorticoizi oral, cum ar fi **Prednisonum* 5mg**, la **1-2 mg/kg/zi** (până la 60 mg pe zi), este

efectuată **scăzând cu 5-10 mg pe săptămână**. Motivul pentru o descreștere a glucocorticoizilor include rolul său potențial în reducerea activității bolii de ameliorarea a episodului ADEM acut și posibilitatea de imunomodulare care scade probabilitatea viitoarelor atacuri de demielinizare acută. Scăderea glucocorticoizilor timp de mai puțin de 3 săptămâni este asociată cu șanse mai mari de a avea o recidivă.

- În timpul tratamentului cu glucocorticoizi toți copiii trebuie tratați cu un inhibitor al pompei de protoni (IPP), cum ar fi Omeprazolum (1 mg/kg, per os, 1 priză sau H2-blocatori - Famotidinum 0,25 mg/kg/zi, IV, în 2 prize;).
- Utilizarea pe termen scurt a glucocorticoizilor în doze mari este bine tolerată. Complicațiile potențiale includ modificări comportamentale și ale stării mentale, insomnie, hiperglicemie, hipertensiune arterială, tulburări gastro-intestinale și susceptibilitate crescută la infecții.

Tabelul 1. Medicație pentru crize convulsive acute, Ghidul Australian actualizat 2020

Prima linie		
Medicație	Doză. Forma farmaceutică	Comentarii
Midazolamum	0,15 mg/kg IV/IM (max 10 mg) 0,3 mg/kg bucal/IN (max 10 mg) Soluție injectabilă/perfuzabilă 1 mg/ml, 2 mg/ml, 5 mg/ml	
Diazepamum	0,3 mg/kg IV/IO (max 10 mg) Soluție injectabilă 5 mg/ml Soluție rectală 5 mg/2,5 ml	Preferabil doză IV. A nu se da IM
A doua linie		
Phenytoinum	Doza de încărcare 20 mg/kg IV/IO Soluție injectabilă 50 mg/ml	Administrați nediluat într-o venă mare pe o perioadă de 20 de minute (rata maximă de 50 mg/min) la un pacient monitorizat. Nu se administrează la vârsta <1 lună.
Levetiracetamum * forma farmaceutică pentru administrarea	40 mg/kg IV/IO (max 3g) Comprimate 250 mg, 500 mg, 750 mg, 1000 mg; granule drajefiate în plic	Diluati la 50 mg/mL și infuzați pe o perioadă de 5 minute.

intravenoasă nu este înregistrată în RM	250 mg, 500 mg, 750 mg, 1000 mg.	
Phenobarbitalum	20 mg/kg IV/IO (Max 1g) Soluție injectabilă 200 mg/ml, comprimate 100 mg	Diluați la 20 mg/mL sau mai puțin și infuzați pe o perioadă de 20 de minute (rata maximă de 30 mg/min) la un pacient monitorizat. Opriți perfuzia când criza încetează. Utilizat frecvent în convulsiile neonatale.
A treia linie		
Propofolum	2,5 mg/kg IV/IO administrat imediat, urmat de perfuzie la 1-3 mg/kg/oră. Emulsie injectabilă/perfuzabilă 10 mg/ml, 20 mg/ml	Pentru convulsii refractare care necesită inducție rapidă și ventilație. Se utilizează doar cu implicarea personalului superior care are experiență în gestionarea căilor aeriene. Atenție la hipotensiune.
Thiopentalum natricum	2-5 mg/kg IV/IO administrat lent, urmat de o perfuzie la 1-4 mg/kg/oră. Pulbere pentru soluție injectabilă 0,5 g, 1 g	
Midazolamum perfuzie	1 mcg/kg/min	
Ketaminum	1-2 mg/kg Soluție injectabilă 50 mg/ml	
Pyridoxinum	100 mg IV Soluție injectabilă 50 mg/ml	Luați în considerare la copiii de până la 6 luni cu convulsii refractare la anticonvulsivantele standard.

Tabelul 2. Medicamentele antiepileptice pentru tratamentul copiilor cu crize convulsive, ILAE 2015

Tipul epilepsiei	Terapia antiepileptică	Eficacitatea	Puterea recomandării	Recomandare AAN
Crize focale	Levetiracetam	Eficient	Puternică	A
	Topiramatum	Ineficient	Puternică	A
	Lamotriginum	Ineficient	Puternică	A
	Gabapentinum	Ineficient	Puternică	A
	Oxcarbazepinum*	Ineficient	Puternică	A

	Felbamatum Tiagabinum* Zonisamidum	Nu sunt date Nu sunt date Nu sunt date		U U U
Crize generalizate	Levetiracetam Natrium valproatum Lamotriginum Topiramatum Clobazamum	Posibil eficient Posibil eficient Posibil eficient Posibil eficient Posibil eficient	Slabă Slabă Slabă Slabă Slabă	C C C C C
Spasme epileptice	Doze mici de ACTH Doze mari de ACTH Prednisonum* Vigabatrinum*	Probabil eficient Probabil eficient Posibil eficient Posibil eficient Posibil eficient	Puternică Puternică Slabă Slabă cu excepția Sclerozei tuberoase	B B C C
Crize provocate sau situaționale	Carbamazepinum Phenobarbitalum	Posibil eficient Ineficient	Slabă Slabă	C B

Tabelul 3. Medicamente pentru controlul durerii

Durere musculară

Paracetamolul	>1 lună, 10-15 mg/kg/doză, maximal 4 prize Suspensie orală 120 mg/5 ml, 24 mg/ml; soluție perfuzabilă 10 mg/ml; supozitoare 50 mg, 125 mg, 250 mg; comprimate 500 mg
Ibuprofenul	>3 luni, 7,5-10 mg/kg/doză, maximal 3 prize Suspensie orală 20 mg/ml, 100 mg/5 ml; capsule, comprimate filmate 200 mg, 400 mg
Naproxenul	>2 ani, 5 mg/kg/doză, 2 prize Comprimate 250 mg, 500 mg, comprimate filmate 275 mg, 550 mg

Durere neuropatică

Amitriptylinul	> 6 ani: (off-label) 0,5-2 mg/kg o dată pe zi, seara, doza inițială 0,1 mg/kg se titrează lent timp de 2-3 săptămâni. Ziua 1–4: 0.2 mg/kg (10 mg maximum), enteral, fiecare seară
----------------	--

	Ziua 5–8: 0.4 mg/kg, oral, fiecare seară Creșterea dozei fiecare 4–5 zile cu 0.2 mg/kg pe zi Comprimate 25 mg; soluție injectabilă 10 mg/ml Preparatul se va administra în corespundere cu indicațiile și contraindicațiile recomandate, indicate în instrucție
Carbamazepinum	< 6 ani: inițial 2-5 mg/kg/doză per os, 2 prize (max 100 mg/doză); titrarea dozei săptămânal (maximum 35 mg/kg/24 hr) 6-12 ani: inițial 5 mg/kg/dose per os, 2 prize (max 100 mg/doză); crește cu până la 100 mg/zi pe săptămână (Maximum 1000 mg/24 ore) > 12 ani: inițial 200 mg/doză per os, 2 prize. De crescut doza cu <200 mg/zi pe săptămână (maximum uzual: 1000-1200 mg/zi) Comprimate 200 mg, 400 mg; comprimate cu eliberare prelungită 150 mg, 300 mg, 600 mg; Suspensie orală 100 mg/5 ml
Gabapentinum	(off-label) 2 – 11 ani: Ziua 1 – 5: 10mg/kg o data pe zi (max. doza unică 300mg) Ziua 2 – 5: 10mg/kg de 2 ori pe zi (max. doza unică 300mg) Din ziua 3 – 5: 10 mg/kg de 3 ori pe zi (max. doză unică 300 mg) Se mărește în continuare, dacă este necesar, până la maximum 20 mg/kg/doză (max. doză unică 600 mg) De la 12 ani: Inițial 300 mg o data pe zi - pentru ziua 1, apoi 300 mg de 2 ori/zi - pentru ziua 2, apoi 300 mg de 3 ori pe zi - pentru ziua 3, apoi crește în trepte de 300 mg la fiecare 3 – 7 zile, în 3 prize divizate. Doza zilnica maxima 3600 mg/zi. Capsule 300 mg, 400 mg Viteza de titrare după primele 3 zile variază între la fiecare 3 zile pentru un regim rapid până la o creștere la fiecare una până la două săptămâni la copiii debilitați sau atunci când iau alte medicamente deprimante ale SNC (pentru a minimiza efectele adverse). Preparatul se va administra în corespundere cu indicațiile și contraindicațiile recomandate, indicate în instrucție

C.2.2.4. Complicații

Caseta 5. Complicațiile ADEM

- Ocazional, au fost raportate complicații cardiace rare. Infecțiile cu rubeola și varicela au fost asociate cu un rezultat mai slab.

C.2.2.5. Evoluția

Caseta 6. Evoluția bolii

- În cele mai multe cazuri, ADEM are un curs monofazic și este autolimitat, cu revenirea la starea neurologică de bază în decurs de 3 luni de la apariția simptomelor.
- Ocazional, au fost raportate un subgrup de pacienți ADEM cu tulburări recidivante, inclusiv DEM recurent (RDEM), DEM multifazic (MDEM), tulburări ale spectrului de neuromielită optică (NMOSD) și scleroză multiplă.
- Simptomele clinice și leziunile RMN legate de ADEM vor regresa în timp în urma imunoterapiei acute.
- Până la 3 luni de la atacul inițial, majoritatea deficitelor neurologice acute se vor rezolva, iar leziunile cerebrale asociate vor demonstra o îmbunătățire semnificativă sau o rezoluție completă la neuroimagnostică.
- Urmărirea RMN a creierului la 3-6 luni este recomandată pentru a supraveghea evoluția leziunilor ADEM și pentru a verifica dacă acestea regresează într-un model observat frecvent cu ADEM. Acest studiu poate servi, de asemenea, ca punct de referință pentru comparație cu episoade viitoare de demielinizare acută posibilă.

C.2.2.6. Supravegherea pacienților

Caseta 7. Supravegherea bolii

- ADEM monofazic este definit ca lipsa de activitate ulterioară a bolii, evidențiată prin lipsa de atacuri clinice sau dovezi radiologice de noi leziuni ale creierului la 3 luni după episodul inițial.
- Follow-up clinic și imagistica prin RMN pe termen lung sunt utile pentru confirmarea diagnosticului de ADEM monofazic.
- În dependență de manifestările clinice și imagistice diagnosticul poate fi modificat spre ADEM multifazic sau SM dacă sunt recăderi clinice sau leziuni noi pe RMN.
- Deși nu există un consens, unii specialiști recomandă urmărirea imagistică prin RMN pe o perioadă de 5 ani pentru a se asigura că nu este o nouă activitate inflamatorie după un atac inițial de ADEM.
- Când copilul este externat, trebuie recomandat să nu primească niciun vaccin viu timp de 3 luni după întreruperea tratamentului cu Prednisolonum.
- În ADEM monofazic, copiii fac de obicei o recuperare aparent completă, de obicei peste 4-6 săptămâni după fenomenul inițial al bolii.
- O minoritate din copii pot avea deficite cognitive și/sau fizice persistente, inclusiv dificultăți de atenție, viteză mai lentă de procesare, deficite în integrarea vizual-motorie și funcționare executivă deficitară.
- Urmărim copiii la fiecare 6-12 luni după ADEM pentru a evalua apariția sechelelor cognitive sau comportamentale ale bolii, cum ar fi dificultăți specifice de învățare, oboseală cognitivă și fizică, tulburări cu deficit de atenție/hiperactivitate, tulburări de dispoziție și convulsii, printre altele. Atunci când există îngrijorare pentru aceste probleme poate fi utilă o

evaluare neuropsihologică pentru a ghida așteptările părinților și pentru a facilita acomodarea școlară adecvată.

C.2.2.6. Reabilitarea pacienților

Caseta 8. Îngrijiri și terapii de susținere

- Chiar dacă majoritatea copiilor prezintă o recuperare clinică excelentă și o normalizare a rezultatelor RMN, au fost observate sechele neurologice, în special la copiii înainte de vârsta de 5 ani. Cele mai frecvente sechele includ tulburări cognitive, epilepsie, deficite vizuale și motorii (slăbiciune, spasticitate, ataxie) și tulburări de vorbire.
- În aceste cazuri, este important începerea unui program de reabilitare timpurie pentru a asigura mobilizarea și îmbunătățirea mersului, a forței musculare, a abilităților de coordonare și a abilităților cognitive.
- În timp ce un copil primește imunoterapie, deficitele motorii grosiere, motorii fine și ale funcției de vorbire/deglutiție pot fi evaluate de terapeuții și medicii de reabilitare. Inițierea timpurie a terapiei fizice, ocupaționale și logopedice, atunci când este cazul, poate ajuta la facilitarea recuperării precoce și complete.

**D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU
IMPLEMENTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP	Personal: • Medicul de familie • Asistent medical/asistentă medicală de familie
	Aparataj, utilaj: • tonometru; • fonendoscop; • pulsoximetru; • taliometru; • panglica-centimetru; • cântar; • laborator clinico-imunologic standard pentru determinarea hemoglobinei, ALT, AST, bilirubinei totale și fracțiilor ei, VSH, proteinei C reactive, feritinei.
	Medicamente conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secțiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenței Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010. Medicamente pentru prescriere: • Glucocorticoizii: Prednisonum* • IPP: Omeprazolum • Antibacteriene/antivirale: Ceftriaxonum, Aciclovirum • Anticonvulsivantele: Midazolam, Diazepamum, Levetiracetam, Vigabatrinum*, Carbamazepinum, Gabapentinum • Analgezice-antipiretice: Paracetamolum, Ibuprofen • Antidepresive: Amitriptylinum

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Sporirea numărului de pacienți, cărora li s-a stabilit diagnosticul de ADEM.	Ponderea pacienților cu diagnosticul de ADEM, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele zile de la debutul bolii (în %).	Numărul de pacienți cu diagnosticul de ADEM, cărora li s-a stabilit diagnosticul în primele zile de la debutul bolii pe parcursul ultimului an X 100.	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de ADEM în vârstă de până la 18 ani care se află sub supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an.
2.	Sporirea calității în examinările clinice și paraclinice ale pacienților cu ADEM.	Ponderea pacienților cu diagnosticul de ADEM, care au fost supuși examenelor clinice și paraclinice obligatorii, conform recomandărilor din PCN „Encefalomielita acută diseminată” (în %).	Numărul de pacienți cu diagnosticul de ADEM, care au fost supuși examenelor clinice și paraclinice obligatorii, conform recomandărilor din PCN „Encefalomielita acută diseminată” (pe parcursul ultimului an X 100)	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de ADEM în vârstă de până la 18 ani, care se află sub supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
3.	Sporirea calității tratamentului la pacienții cu ADEM.	Ponderea pacienților cu diagnosticul de ADEM, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor din PCN „Encefalomielita acută diseminată” (în %).	Numărul de pacienți cu diagnosticul de ADEM, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor din PCN „Encefalomielita acută diseminată” pe parcursul ultimului an X 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de ADEM în vârstă de până la 18 ani, care se află sub supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimului an
4.	Sporirea numărului de pacienți cu ADEM supravegheați conform	Ponderea pacienților cu diagnosticul de ADEM, care au fost supravegheați conform recomandărilor din PCN	Numărul pacienților cu diagnosticul de ADEM, care au fost supravegheați conform recomandărilor din PCN	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de ADEM în vârstă de până la 18 ani, care sunt supravegheați de către

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
	recomandărilor din PCN “Encefalomielite acută diseminată” .	“Encefalomielite acută diseminată” (în %).	“Encefalomielite acută diseminată” pe parcursul ultimului an X 100.	medicul de familie pe parcursul ultimului an.
6.	Sporirea numărului de pacienți cu ADEM, cu minimalizarea complicațiilor severe.	Ponderea pacienților cu diagnosticul de ADEM la care se previne apariția sechelelor cognitive și comportamentale (în %).	Numărul de pacienți cu diagnosticul de ADEM în vârstă de până la 18 ani, la care se previne apariția sechelelor cognitive și comportamentale pe parcursul ultimului an X 100.	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de ADEM în vârstă de până la 18 ani, care se află sub supravegherea medicului de familie 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
Consultații pediatru	IMSP CS Edineț	Cab.304, Cab.309
Investigații de laborator	IMSP CS Edineț	Laborator
Consultații specialiști	IMSP SR Edineț	Registratura

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 SIRSM. 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.

Fișa standardizată de audit medical

Domeniul Prompt	Definiții și note
Denumirea IMSP evaluată prin audit	
Persoana responsabilă de completarea Fișei	Nume, prenume, parafa
Perioada de audit	DD-LL-AAAA
Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
Genul/sexul pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
CONSULTAREA	
Data debutului simptomelor	Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Data stabilirii diagnosticului	Data (DD: LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
Adresarea primara a pacientului	
- Asistența medicală primară	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
- Asistența medicală spitalicească	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
SCREENING	
Interviul clinic	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Parametrii paraclinici	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Data internării în spital	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscut
CRITERII DE SPITALIZARE	
Gravitatea stării generale,	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Parametrii paraclinici	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Vârsta copilului	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
DIAGNOSTICUL	
Aprecierea manifestărilor clinice și a dereglărilor comcomitente	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Aprecierea parametrilor esențiali	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Evaluarea parametrilor specifici	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Efectuarea diagnosticului diferențiat	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Comorbidități	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
TRATAMENTUL	

Alimentația și particularitățile alimentației în dependență de vârstă	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Terapia medicamentoasă	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Tratamentul adjuvant și a comorbidităților	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Precizarea programului terapeutic	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
Stabilirea parametrilor de eficiență a tratamentului	0= da; 1= nu; 9= nu se cunoaște.
MONITORIZARE ȘI MEDICAȚIE	
Data externării	Include și data transferului la alt spital. (ZZ:LL: AAAA) sau 9 = necunoscută
	Data externării (ZZ: LL: AAAA) sau 9 =Necunoscută
Prescrierea tratamentului la externare	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Calitatea și durata tratamentului de susținere	nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
Supravegherea pacientului la medicul de familie	0= da; 1= nu;
Supravegherea pacientului la medicul specialist	0= da; 1= nu;

Ghidul părintelui și copilului cu ADEM

Generalități. Encefalomielita acută diseminată (ADEM) este o afecțiune inflamatorie rară care afectează creierul și măduva spinării. De multe ori urmează unei infecții minore, cum ar fi o răceală, și este rezultatul programării greșite a sistemului imunitar și activării celulelor imune pentru a ataca mielina sănătoasă (un strat protector gras) care acoperă nervii.

Care sunt simptomele ADEM? ADEM se agravează de obicei destul de repede în câteva ore sau zile. Simptomele pot include greață și vărsături, dureri de cap, iritabilitate și somnolență, instabilitate sau incapacitate de a merge, probleme cu vederea, slăbiciune sau furnicături în anumite zone ale corpului. În cazuri severe pot apărea convulsii. Simptomele depind de locul unde în creier sau măduva spinării au loc inflamația și tumefierea.

Cum este diagnosticat ADEM? ADEM poate fi dificil de diagnosticat și necesită adesea teste speciale. De asemenea, este important ca medicii să ia în considerare alte posibile cauze de inflamație și infecție în mod similar. Pentru a exclude aceste condiții, ar putea fi necesare analize de sânge și o puncție lombară. O puncție lombară implică prelevarea unei cantități mici de lichid cefalorahidian (lichidul care înconjoară creierul și coloana vertebrală) din partea inferioară a coloanei vertebrale a copilului dumneavoastră. Aceasta este pentru a verifica prezența anumitor proteine care ar putea indica inflamație.

O scanare imagistică prin RMN a creierului (și uneori a coloanei vertebrale) va fi cea mai utilă în stabilirea diagnosticului de ADEM. Pentru scanarea RMN se folosește un câmp magnetic pentru a fotografia creierul și coloana vertebrală. Acesta va permite medicului să vadă dacă mielina din jurul creierului și măduvei spinării a fost deteriorată. Uneori, un colorant (contrast) va trebui administrat intravenos (într-o venă folosind un ac) în timpul scanării, pentru a ajuta vizualizarea mai clară a zonelor implicate.

Tratamentul pentru alte cauze, cum ar fi infecția creierului (encefalita), poate fi început înainte de a face acest lucru.

Cum este tratat ADEM? Tratamentul cu glucocorticoizi poate ajuta la reducerea unor simptome și poate opri simptomele noi în curs de dezvoltare. Odată ce este stabilit diagnosticul, glucocorticoizi sunt administrați de obicei într-o venă o dată pe zi pentru următoarele trei până la cinci zile. Cei mai tineri oameni încep să se simtă mai bine rapid și își revin complet.

Dacă, deși nu există semne de îmbunătățire în câteva zile, este posibil să fie nevoie să se ia în considerare alte tratamente.

Pentru majoritatea copiilor și tinerilor, recuperarea începe în câteva zile și continuă până la un an. Unii, totuși, continuă să aibă simptome precum vedere încețoșată, slăbiciuni sau amorțeală.

Odată ce echipa care se îngrijește de copilul dumneavoastră consideră că este momentul potrivit, veți fi externat fie la spitalul local, fie acasă. Dacă nu există noi preocupări, medicul pediatru local va continua să aibă grijă de copilul dumneavoastră.

Sugerăm că orice vaccinare de rutină este amânată, dacă este posibil, cu cel puțin șase luni după atacul ADEM, dar în mod clar acest lucru trebuie să fie echilibrat cu riscurile de a fi nevaccinat.

Copilul meu va dezvolta scleroză multiplă (SM)? ADEM și SM sunt ambele afecțiuni cauzate de programarea greșită la nivel de sistem imunitar al organismului și de atacul asupra învelișului de mielină a sistemului nervos central. Un număr mic de copii cu ADEM vor continua și vor dezvolta alte atacuri de demielinizare și posibil SM. Cu toate acestea, caracteristicile tipice observate în ADEM de somnolență, iritabilitate și febră sunt mai puțin frecvente la un prim atac de SM. Medicul dumneavoastră va putea discuta acest lucru în continuare cu dumneavoastră pe baza simptomelor specifice ale copilului dumneavoastră și a rezultatelor imagistice (RMN). De asemenea, vi se poate cere să ajutați în cercetare pentru a ne permite să răspundem mai bine la aceste întrebări la timp.

Care sunt perspectivele copiilor și tinerilor cu ADEM? ADEM apare de obicei o singură dată, uneori de două ori. Atacurile multiple sunt foarte rare, așa că pot necesita teste și discuții suplimentare pentru a confirma diagnosticul.