

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

Instituție Medico- Sanitară Publică Spitalul Raional Ungheni

ORDIN

10.09.2021

Nr. 112

***Cu privire la aprobarea Ghidului național
„Reabilitarea medicală a pacienților cu infecția COVID-19”***

În vederea asigurării calității serviciilor medicale de reabilitare, acordate pacienților cu infecția COVID-19, în scopul îmbunătățirii competențelor profesionale.

ORDON:

1. De a aproba Ghidul național „*Reabilitarea medicală a pacienților cu infecția COVID-19*” conform anexei la ordinul MSMPS nr. 614 din 30.06.2021.
2. Implementarea în practică a noilor prevederi ale Ghidului național „*Reabilitarea medicală a pacienților cu infecția COVID-19*”.
3. A instituționaliza noile prevederi ale Ghidului național „*Reabilitarea medicală a pacienților cu infecția COVID-19*”.
4. A abroga ordinul nr. 889 din 28.09.2020 Cu privire la aprobarea Ghidului național „*Reabilitarea medicală a pacienților cu infecția COVID-19*”.
5. Ghidul național „*Reabilitarea medicală a pacienților cu infecția COVID-19*”, aprobat prin prezentul ordin, de plasat pe pagina WEB a instituției IMSP SR Ungheni.
6. Controlul executării și implementării prezentului ordin se asumă comitetului de elaborare, implementare, monitorizare a protocoalelor clinice.

Vicedirector IMSP SR Ungheni



Elvira STATI



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA

**Reabilitarea medicală
a pacienților cu infecția COVID-19**
*Ghid național
(ediția a II-a)*

Chișinău, 2021

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
al Republicii Moldova din 30.06.2021, proces verbal nr.2**

**Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii
Moldova nr. 614 din 30.06.2021 Cu privire la aprobarea Ghidului național
„Reabilitarea medicală a pacienților cu infecția COVID-19”**

CUPRINS

Abrevieri	pag.3
Lista autorilor care au participat la elaborarea ghidului	pag.4
Lista structurilor care au examinat și aprobat ghidul	pag.4
Obiectivele ghidului	pag.5
Utilizatorii ghidului	pag.5
Introducere	pag.6
Principii generale în reabilitarea medicală a persoanelor cu COVID-19	pag.7
Fazele de reabilitare a persoanelor cu COVID-19	pag.8
Echipa de reabilitare medicală	pag.9
Evaluarea clinico-funcțională	pag.10
Faza de reabilitare precoce	pag.12
Stări de alertă care impun întreruperea intervențiilor de reabilitare	pag.15
Faza de reabilitare post-acute	pag.16
Faza de reabilitare cronică	pag.19
Măsuri organizatorice pentru atenuarea impactului infecției COVID-19 asupra dizabilității	pag.24
Anexa 1. Scala Medical Research Council (MRC)	pag.26
Anexa 2. Scala Berg	pag.27
Anexa 3. Testul sit to stand /așezat-ridicat în picioare/, 30 secunde (STS)	pag.28
Anexa 4. Testul up and go (TUG) - “ridica-te și mergi”	pag.28
Anexa 5. Scala Borg	pag.29
Anexa 6. Scala Borg CR10 modificată	pag.29
Anexa 7. Indexul Barthel	pag.30
Anexa 8. Scala ADL (activitățile vieții zilnice)	pag.31
Anexa 9. Scala IADL (Scala de măsurare instrumentală a activităților vieții zilnice)	pag.32
Anexa 10. Scorul AVPU (A- alert, V- răspunde la excitant verbal, P- răspunde la excitant dolor, U – inconștient)	pag.33
Anexa 11. Scala spitalicească de anxietate și depresie (HADS)	pag.34
Anexa 12. Evaluarea cognitivă MoCA (Montreal Cognitive Assesment Scale)	pag.36
Anexa 13. WHO-DAS 2.0 (WHO Disability Assessments Schedule 2.0)	pag.37
Anexa 14. Scala Status funcțional post COVID-19 (PCFS)	pag.38
Anexa 15. Testul de mers 6 minute. 6MWT	pag.39
Anexa 16. Chestionarul Sănătate Pacientului (PHQ 9)	pag.40
Anexa 17. Scala Tulburare de Anxietate Generalizată (GAD 7)	pag.43
Anexa 18. Chestionar privind comportamentele suicidale, versiunea revizuită SBQ-R	pag.44
Surse informative pentru pacienți	pag.45
Bibliografie	pag.46

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ACBT	Active cycle of breathing/ Ciclul activ de respirație
ADL	Activity of Daily Living/Activitățile Vieții Zilnice
AVPU	Alert, Voice responsive, Pain responsive, Unresponsive scor/ Alert, receptiv la Voce, receptiv la Durere, lipsa de răspuns
BBS	Berg Balance Score/ Berg Echilibru Scor
BPOC	Bronhopneumonia Obștructivă Cronică
GAD-7	General Anxiety Disorder-7 scale/ Tulburare de Anxietate Generalizată -7 scala
EPP	Echipamente de protecție personală
FR	Frecvența respirațiilor
FCC	Frecvența contracțiilor cardiace
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale/Scala Spitalicească de Anxietate și Depresie
IADL	Intrumental Activity of Daily Living/ măsurare Instrumentală a Activităților Vieții Zilnice
MET	Metabolic Equivalent of Task/ Echivalent metabolic al sarcinii
MFR	Medicină Fizică și de Reabilitare
MoCA	Montreal Cognitive Assesment/ Evaluarea Cognitivă Montreal
MRC	Medical Research Council/Scala testare musculară
NMES	Neuromuscular electric stimulation/Stimulare electrică neuromusculară
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PEP	Presiune expiratorie pozitivă
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9/ Chestionarul Sănătate Pacientului-9
PCFS	Post Covid-19 Functional Status/ Status funcțional post COVID-19
PS	Pulsul
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome - related Coronavirus-2
SBQ-R	Suicide Behaviors Questionnaire-Revised/ Chestionar comportamente suicidale, versiunea revizuită
SaO2	Saturația cu oxigen
STS	Testul sit to stand/așezat- ridicat 30 secunde
TA	Tensiunea arterială
TUG	Testul Up and Go/ridică-te și mergi
UTI/ATI	Unitate de terapie intensivă/anestezie terapie intensivă
6MWT	Six Minute Walk Test / Testul de mers 6 minute
WHO DAS 2.0	WHO Disability Assesment scale/ Scala generală de măsurare a dizabilității

Lista autorilor care au participat la elaborarea ghidului:

Prenume, nume	Funcția, instituția
Oleg Pascal	dr. hab. șt. med., profesor universitar, șef catedră de Reabilitare medicală, medicină fizică și terapie manuală, USMF „Nicolae Testemițanu”, președintele Comisiei de specialitate reabilitare medicală și medicină fizică a MSMPS din RM.
Alisa Tăbîrța	dr. șt. med, conferențiar universitar, catedră de Reabilitare medicală, medicină fizică și terapie manuală, USMF „Nicolae Testemițanu”.
Svetlana Pleșca	dr. șt. med, conferențiar universitar, catedră de Reabilitare medicală, medicină fizică și terapie manuală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Adrian Melnic	asistent universitar, catedră de Reabilitare medicală, medicină fizică și terapie manuală, USMF „Nicolae Testemițanu”

Ghidul a fost examinat și aprobat de:

Denumirea structurii	Persoana responsabilă/semnătura
Seminarul științific de profil „Reabilitare medicală și medicină fizică”	Nicolae Bodrug, dr. hab. șt. med., profesor universitar, președinte
Comisia de specialitate în fiziopneumologie a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale	Doina Rusu, dr. șt. med., conferențiar universitar, membru al comisiei
Comisia de specialitate în cardiologie a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale	Eleonora Vataman, dr. hab. șt. med., profesor universitar, membru al comisiei
Comisia de specialitate în medicină de familie a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale	Ghenadie Curocichin, dr. hab. șt. med., profesor universitar, președinte
Comisia de specialitate în psihiatrie a Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale	Jana Chihai, dr. șt. med, conferențiar universitar, membru al comisiei
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Valentina Buliga, director general
Consiliul de Experți al MSMPS	Aurel Grosu, dr. hab. șt. med, profesor universitar, președinte

Actualizarea Ghidului național „Reabilitarea medicală a pacienților cu infecția COVID-19” are drept scop îmbunătățirea serviciului specializat de reabilitare medicală acordat persoanelor cu diverse consecințe și deficiențe funcționale în urma infecției cu SARS COV-2. Revizuirea a 2-a ghidului este structurată sub formă de recomandări actualizate bazate pe experiențe internaționale și bunele practici în organizarea asistenței de reabilitare medicală a persoanelor cu COVID-19.

Obiectivele ghidului:

1. Eficientizarea organizării serviciului de reabilitare medicală a persoanelor cu COVID-19 în funcție de nivelul de asistență medicală, faza bolii, faza de reabilitare și severitatea deficiențelor funcționale.
2. Prezentarea standardelor minimale de personal și dotare a unităților medicale pentru prestarea asistenței de reabilitare post COVID-19.
3. Îmbunătățirea calității serviciului de reabilitare acordată persoanelor ce au suportat COVID-19.
4. Reducerea impactului fazei acute a bolii, precum și reintegrarea optimală în societate a persoanelor ce au suportat infecția COVID-19.

Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor medicale specializate de reabilitare la diferite nivele (medici reabilitologi, asistenți medicali, dieteticieni, terapeuți ocupaționali, kinetoterapeuți, psihologi/psihoterapeuți, asistenți sociali, logopezi).
- Prestatorii serviciilor medicale de asistență medicală spitalicească (medicii de profil boli infecțioase, pneumologi, cardiologi, reanimare/terapie intensivă, asistenți medicali ș.a.).
- Prestatorii serviciilor medicale de asistență medicală primară (medicii de familie, asistenți medicali, asistenți sociali).

Notă: Ghidul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști implicați în asistența medicală acordată pacienților cu COVID-19.

INTRODUCERE

Potrivit datelor statistice OMS de ultimă oră, circa 180 milioane de persoane au suportat boala COVID-19 la nivel global, inclusiv s-au înregistrat 3,8 milioane de decese. Deși COVID-19 la majoritatea persoanelor se manifestă primar ca o infecție respiratorie acută, această patologie poate avea un tablou clinic variat (de la persoane asimptomatice - până la cazuri severe/complicate), care afectează diverse organe și sisteme (sistemul respirator, neurologic, cardiac, ocular, gastrointestinal ș.a.) cu un impact puternic asupra funcționării persoanelor afectate, iar pe termen lung se poate solda cu diverse dizabilități. [1, 2]

În timp ce majoritatea persoanelor cu COVID-19 se recuperează și revin la starea de sănătate normală, unele persoane pot avea simptome care durează săptămâni sau chiar luni după faza acută. Această condiție medicală este cunoscută ca „status post COVID-19” care reduce considerabil calitatea vieții prin afectarea funcționării individuale și a participării în aspectele vieții unui individ: personal, profesional, social etc. [3, 4, 5]

Experiența unor centre acumulată în pandemie a demonstrat că, serviciul de reabilitare medicală integrat cu îngrijirea pacienților infectați cu SARS CoV-2 oferă avantaje atât pentru pacient, cât și pentru sistemul medical în general. Studiile referitoare la serviciile de reabilitare medicală post COVID-19 au un caracter preliminar, pandemia generată de COVID-19 fiind o situație complexă, puțin cunoscută pentru sistemele de sănătate. Totodată, numeroase studii clinice oferă recomandări privind intervențiile și principii de organizare a asistenței de reabilitare pentru această categorie de pacienți. Reabilitarea medicală aduce beneficii pentru pacienții ce dezvoltă infecție respiratorie acută severă (sindrom de detresă respiratorie) în perioada de convalescență, pacienților care au fost intubați și/sau au urmat tratament în secțiile de UTI/ ATI, pacienților ce au dezvoltat pneumonii interstițiale și prezintă consecințe precum dispnee, limitarea rezistenței la efort, scăderea nivelului SaO₂, limitarea activităților vieții zilnice și oricărei persoane cu deficiențe funcționale și comorbidități. [2, 3, 6]

Potrivit OMS și Organizației Pan Americane de Sănătate, reabilitarea medicală poate îmbunătăți serviciile de sănătate și rezultatele tratamentului persoanelor cu COVID-19 prin:

- Optimizarea serviciilor de sănătate și creșterea funcționării persoanelor infectate cu SARS CoV-2, inclusiv prin prevenirea complicațiilor ce pot apărea în UTI sau alte secții specializate implicate în managementul COVID-19.
- Facilitarea externării precoce în situația unui sistem de sănătate suprasolicitat.
- Reducerea riscurilor de internări repetate după externare.

Astfel, infecția COVID-19 are un impact medical și social major, iar integrarea serviciilor de reabilitare medicală poate aduce multiple avantaje persoanelor infectate și întregii societăți (figura 1). [3, 6]

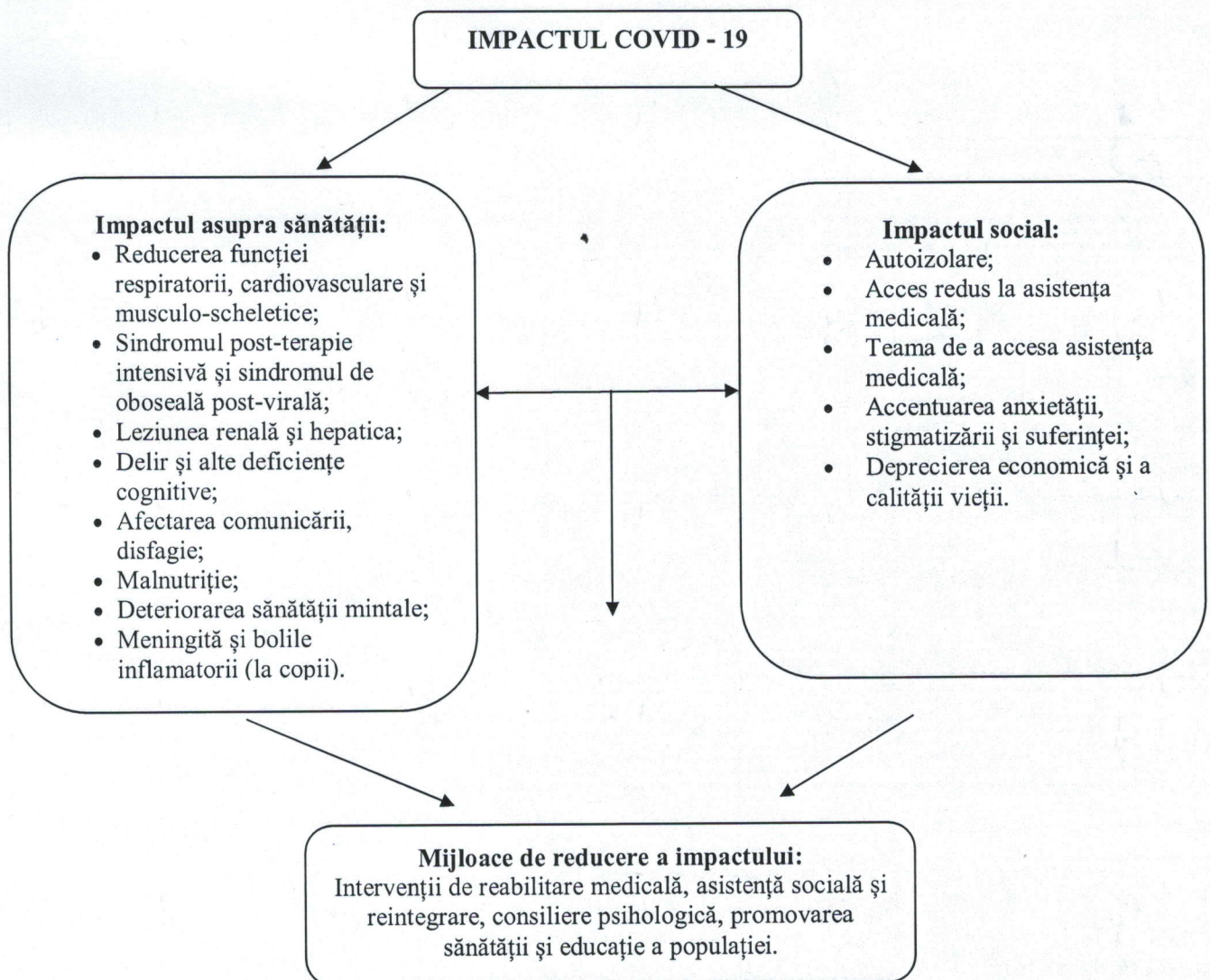


Figura 1. Impactul infecției COVID-19. [6]

PRINCIPII GENERALE ÎN REABILITAREA MEDICALĂ A PERSOANELOR CU COVID-19

Principii generale:

- Reabilitarea medicală trebuie inițiată cât mai precoce în secții specializate COVID-19, UTI/ATI.
- Reabilitarea după externare trebuie să fie o continuitate a intervențiilor din faza acută.
- Prescripția de reabilitare este utilizată pentru a înregistra nevoile de reabilitare și pentru a face recomandări privind modul în care acestea ar trebui să fie îndeplinite după externare.

- Consultații în reabilitare trebuie să aibă abilități speciale în diagnosticul, managementul și prognosticarea dizabilității complexe.
- Necesitatea de reabilitare trebuie să fie satisfăcută prin serviciile de reabilitare pe termen lung, accesate de către pacienți în timp util.
- În serviciile de reabilitare specializate, pacienții cu nevoi complexe trebuie să aibă acces la aparate, instalații și echipamente speciale.
- Unele persoane vor necesita servicii de reabilitare continuă (de menținere) de tip ambulatoriu în comunitate.
- Acordarea asistenței pentru integrare socială (activități cotidiene, interacțiuni familiale, activități profesionale). [5, 7, 8]

Recomandări privind organizarea serviciului de reabilitare:

1. Personalul medical și paramedical antrenat în asistența de reabilitare trebuie să urmeze măsuri preventive, să utilizeze echipament personal adecvat de protecție individuală în conformitate cu standardele locale, politicile și măsurile internaționale pentru evitarea sau reducerea riscului de transmitere a infecției.
2. Programul de reabilitare trebuie personalizat în funcție de nevoile pacientului, deficitul funcțional și comorbiditățile prezente.
3. Evaluarea inițială și reevaluarea funcțională trebuie efectuată pe tot parcursul perioadei de reabilitare.
4. Reabilitarea persoanelor cu COVID-19 se va axa pe diminuarea deficitelor clinico-funcționale poliorganice, ameliorarea calității vieții și reintegrarea socială optimală.
5. Pacienții trebuie să primească informații despre starea lor de sănătate și educație cu privire la strategiile de autogestionare, controlul simptomelor, precum și intervențiile de reabilitare. [4, 6, 7]

FAZELE DE REABILITARE A PERSOANELOR CU COVID-19

La momentul actual nu există un consens larg asupra unor etapizări stricte și perioadei optime de intervenție cu programe de reabilitare a persoanelor cu COVID – 19. Experiența internațională din centrele COVID-19 evidențiază 3 faze de reabilitare:

- **precocă** – în unitățile de terapie intensivă (din spitalele de boli infecțioase și cele de boli respiratorii), cu personal specializat multidisciplinar și multiprofesional;
- **post-acute** - în secții de medicină fizică și reabilitare (MFR);
- **cronică (sechelară)** – se aplică pentru pacienții, care vor fi incluși în programe de MFR de tip ambulatoriu sau în stațiuni balneare.

Mijloacele și metodele, precum și intervențiile specifice sunt aplicate diferențiat în funcție de faza bolii, faza de reabilitare și deficiențele funcționale. [4, 8, 9, 10]

ECHIPA DE REABILITARE MEDICALĂ

Asistență de reabilitare a persoanelor post COVID-19 trebuie acordată de echipa multidisciplinară care are următoarele competențe:

- evaluarea clinico-funcțională,
- stabilirea scopurilor de scurtă și lungă durată,
- stabilirea obiectivelor de reabilitare,
- elaborarea programului și stabilirea unui management recuperator personalizat,
- selectarea mijloacelor și metodelor de reabilitare adaptate fiecărei faze a bolii,
- realizarea intervențiilor de reabilitare urmată de monitorizarea continuă, cu progresia în trepte a tratamentului recuperator,
- reevaluarea funcțională și elaborarea recomandărilor pentru următoarea etapă de reabilitare.

Descrierea competențelor membrilor echipei multidisciplinare este prezentată în tabelul 1.

Tabel 1. Echipa multidisciplinară în reabilitarea pacienților post COVID-19 [6, 8, 9]

Specialiști	Abilități în reabilitarea persoanelor cu COVID-19
Medic reabilitolog	Aplică metode de evaluare pentru a identifica cauza/cauzele capacității funcționale reduse sau a intoleranței la efort. Elaborează programul individualizat de intervenții, conform evaluării, axat pe activități fizice pentru restabilirea sau atenuarea incapacității funcționale a persoanelor post COVID-19.
Medic specialist consultant	La necesitate este solicitat medic specialist consultant de profil (pneumolog, cardiolog, neurolog ș.a.), pentru acordarea asistenței specializate în managementul medical.
Dietician*	Oferă terapia nutrițională după evaluarea nevoilor nutriționale ale pacienților. Elaborează un plan nutrițional individual pentru a satisface necesitățile și particularitățile personale luând în considerare prezența disfagiei, comorbiditățile și alți factori.
Asistentă medicală	Asigură îngrijiri specializate (nursingul de reabilitare) a persoanelor post Covid-19 în conformitate cu programul de reabilitare elaborat.
Terapeut ocupațional	Susține pacienții în activitățile de zi cu zi și personale (auto-îngrijire, productivitate, petrecerea timpului liber) pentru a diminua gradul de dependență funcțională și optimizarea recuperării post COVID-19.
Kinetoterapeut	Efectuează evaluarea funcțională, elaborează planul de reabilitare bazat pe mișcare și intervenții fizice. Realizează programul de kinetoterapie pentru a atenua deficiențele fizice post COVID-19. Kinetoterapeuții pot fi implicați în reabilitarea persoanelor cu

	infecția COVID-19 în toate fazele bolii (acută, sub-acută, cronică) și la toate nivelele asistenței medicale (ATI/ UTI, secții specializate COVID-19, secții/centre de reabilitare, în ambulatoriu, la domiciliu.
Psiholog clinic/ psihoterapeut**	Aplică cunoștințele în domeniul psihologiei, principii, metode și procedee de înțelegere și funcționare psihică pentru estimarea, influențarea comportamentului și/sau a cogniției, pentru a sprijini persoanele post COVID-19 în realizarea bunăstării psihologice și psihosociale. Psihologul clinician efectuează psihodiagnostic general și screening-ul depresiei, anxietății și a ideății suicidale. Psihologul/psihoterapeutul oferă intervenții psihologice și psihoterapeutice de scurtă durată pentru a optimiza starea de bine și comportamentul persoanei. În caz de depistare unor probleme de sănătate mintală moderate și severe solicită consultația psihiatrului.
Logoped**	Efectuează evaluarea funcțională și intervenții speciale de reabilitare a persoanelor cu deficiențe de comunicare și/sau de înghițire.
Asistent social**	Evaluează situațiile și nevoile socio-economice, identifică problemele și punctele forte, contextul și mijloacele de sprijin al persoanei. Asistenții sociali stabilesc și realizează obiective de implicare și integrare socială optimală a persoanelor post COVID-19.

* Oricare specialist de profil care poate aduce beneficii pentru pacient sau oferi un consult specializat, la necesitate, va fi inclus în echipa multidisciplinară.

** La momentul actual se atestă o insuficiență de astfel de specialiști la nivel național

EVALUAREA CLINICO- FUNCȚIONALĂ

Evaluarea clinico-funcțională a pacientului cu COVID-19 se efectuează în scopul elaborării programului personalizat de reabilitare și cuprinde:

- ✓ **Examinarea clinică** cu monitorizarea parametrilor vitali: FCC, TA, FR, Sp O2 ș.a.
- ✓ **Examinări paraclinice:**
 - analize de laborator
 - ECG
 - spirografia
 - imagistica pulmonară ș.a.
- ✓ **Evaluarea funcțională**

Se recomandă utilizarea scalelor și testelor accesibile, ușor aplicabile, fără suprasolicitarea pacientului și a cheltuielilor suplimentare. Echipa multidisciplinară trebuie să utilizeze aceleași mijloace de evaluare pentru comunicarea eficientă și monitorizarea evoluției

funcționale. Evaluarea deficitelor funcționale și a toleranței generale la efort se realizează prin aplicarea următoarelor scale și teste:

Tabel 2. Scale și teste funcționale utilizate pentru evaluarea pacientului la diverse faze de reabilitare post COVID19

Nr d/o	Abreviere	Denumire	Numărul anexe
1.	ADL	Activities of Daily Living/Activitățile Vieții zilnice	8
2.	AVPU	Alert, Voice responsive, Pain responsive, Unresponsive/ Alert, receptiv la voce, receptiv la durere, lipsa de răspuns	10
3.	BBS	Berg Balance Scor/Scorul echilibrului Berg	2
4.	Borg	Borg scala	5
5.	Borg CR10	Borg CR10 scala (modificată)	6
6.	Barthel	Indexul Barthel	7
7.	GAD-7	General Anxiety Disorder score	17
8.	IADL	Instrumental Activities of Daily Living / Scala Instrumentală Activitățile Vieții Zilnice	9
9.	HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale/ Scala spitalicească Anxietate și Depresie	11
10.	MoCA	Montreal Cognitive Assesment/ Montreal Evaluarea Cognitivă	12
11.	MRC	Medical Research Council/ Testarea musculară	1
12.	PCFS	Post COVID-19 Functional Status/ Status Funcțional Post COVID-19	14
13.	PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9/</i> Chestionarul Sănătate Pacientului-9	16
14.	STS	Sit-to-stand/ Așezat-ridicat în picioare 30 secunde test	3
15.	6MWT	Six Minute Walk Test / Testul de mers 6 minute	15
16.	TUG	Timed Up and Go/ Testul Ridică-te și Mergi	4
17.	SBQ-R	The Suicide Behaviors Questionnaire-Revised / Chestionar comportamente suicidale, versiunea revizuită (SBQ-R)	18
18.	WHO-DAS 2.0	WHO Disability Assessments Schedule 2.0/ Scala de Măsurare a Dizabilității	13

FAZA DE REABILITARE PRECOCE

Pacienții internați în secțiile de terapie intensivă pot suferi, pe parcursul îngrijirii în aceste unități, complicații determinate de imobilizarea prelungită la pat, urmată de decon condiționarea și disfuncția tuturor sistemelor și organelor. Un rol deosebit în această decon condiționare îl are afectarea forței, rezistenței și masei musculare a mușchilor membrelor și centurilor, precum și a mușchilor respiratorii: această afectare determină un tablou clinic de tip polineuropatie, miopatie sau polineuromiopatie.

Reabilitarea medicală la acești pacienți trebuie să înceapă rapid pentru a menține permeabilitatea căilor respiratorii, ameliora funcția respiratorie, dar și pentru menținerea sau ameliorarea celorlalte funcții, inclusiv a funcției musculare. Continuarea programului de reabilitare în faza precoce post COVID-19 la pacientul stabilizat, la care pericolul vital a fost îndepărtat, se face în secții specializate de reabilitare medicală, care au echipă multidisciplinară și dotarea corespunzătoare, putând aplica intervențiile terapeutice specifice (tabel 2). [8]

Tabel 3. Asistența de reabilitare în faza precoce

Evaluarea clinico-funcțională	Obiective de reabilitare	Conținutul și intervenții de reabilitare
<p>Examinarea clinică:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Starea de conștiință - Scala AVPU (Anexa 10) - Monitorizarea parametrilor vitali (FCC, TA, FR, Sp O2) <p>Examinări paraclinice:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analize de laborator - ECG - Spirografia (după caz) - Imagistica pulmonară ș.a. <p>Evaluarea funcțională:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluarea gradului de mobilitate (musculară și articulară) <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea forței musculare (MRC) (Anexa 1) • Bilanțul articular - Evaluarea echilibrului: Scor Berg (Anexa 2) - Testul STS (Anexa 3) - Scala Borg și Borg modificată (Anexa 5,6) - Scala HADS (Anexa 11) - Scala PCFS (Anexa 14) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenirea atrofiei musculare, diformităților/contracturilor musculoscheletice - Prevenirea escarelor - Optimizarea oxigenării și ventilației - Reducerea dispneei - Facilitarea respirației - Scăderea dependenței de ventilator - Ameliorarea funcției mușchilor respiratori - Prevenirea disfagiei și disfoniei - Refacere ADL - Ameliorarea și menținerea bunăstării psihoemoționale 	<ul style="list-style-type: none"> - Posturare - Ortezare cu aplicare de dispozitive asistive ale posturii și mișcării - Antrenament pasiv și activ pentru mobilitatea articulară - Antrenament pentru forță și rezistență musculară - Antrenament echilibru - Antrenament respirator* - Antrenament funcțional - Terapie ocupațională - Stimulare electrică neuromusculară - Tehnici de facilitare neuromusculară - Aplicare de agenți fizici cu rol în creșterea oxigenării țesuturilor, în modificarea permeabilității membranelor etc. - Modificarea vâscozității și texturii alimentelor solide (în disfagie)

- Scala PHQ 9 (Anexa 18) - Scala TAG 7 (Anexa 17)		- Tehnici de reeducare a deglutiției și fonației - Consiliere psihologică pentru reducerea nivelului de anxietate - Psihoterapie
--	--	--

** Antrenamentul respirator cuprinde:*

- exerciții pentru mușchii respiratori;
- exerciții pentru respirație profundă - introduce aer în plămâni prin presiunea negativă generată de diafragmă, în locul mușchilor respiratori accesori. Rezultat: combate atelectazia, ameliorează oxigenarea, ameliorează recrutarea pulmonară, crește capacitatea reziduală și volumul tidal, potențează eliminarea secrețiilor;
- exerciții, care utilizează spirometrul de stimulare (incentive spirometer) - asociază respirația profundă cu feedback vizual;
- antrenament pentru forța și rezistența mușchilor respiratori și a diafragmei,
- managementul secrețiilor – posturări pentru drenaj și mobilizarea secrețiilor;
- mobilizarea precoce;
- tapotaj toracic;
- hiperinflația;
- tehnici de respirație activă ciclică (Active cycle of breathing technique ACBT), controlul respirației, tehnici de expir forțat, de inspir profund etc. [6, 8, 9, 10]

Reabilitarea în faza precoce vizează asistența de reabilitare, inclusiv la pacienții critici, inconștienți, sedați, astfel este importantă evaluarea, prevenția și managementul stărilor specifice, precum: atrofia musculară, disfagia, escarele și alte complicații ale imobilizării. [8]

Elemente de reabilitare medicală pentru pacienții necooperanți (sedați).

Tehnici și dispozitive:

Posturare - pentru prevenirea de contracturi și retracturi ale țesuturilor moi, tendomusculare, articulare, compresii ale nervilor periferici, ulcere de presiune.

Promovare de postură cu trunchiul ridicat - crește volumul pulmonar, îmbunătățește schimburile de gaze; atenție la eventualele efecte adverse. Pentru pacienții sedați sau supraponderali - lift. Fără date statistice clare privind intervalul de schimbare a poziției, se acceptă un interval de 2-4 ore (scade riscul de pneumonie nosocomială, atelectazie).

Mobilizări articulare pasive și întinderi (stretching) - menținerea mobilității articulare cu prevenția redorii și anchilozei, menținerea lungimii țesuturilor moi, precum tendoane, ligamente, mușchi la pacienții fără mișcare voluntară. Mobilizările pot fi făcute de kinetoterapeut sau cu dispozitive de mișcare pasivă continuă (bedside ergometer).

Orteze și dispozitive de asistare pentru prevenirea pozițiilor vicioase și a retracturilor tendinoase (de exemplu: orteză gleznă-picior, orteză pumn-degete etc.)

Dispozitive pentru stimulare electrică neuromusculară (NMES) - pentru prevenirea atrofiei musculare; pot fi aplicate indiferent de postură sau de nivelul de conștiență. Îmbunătățește microcirculația, întârzie atrofia, ameliorează forța și rezistența musculară. Poate fi aplicată sub forma stimulării electrice funcționale, împreună cu dispozitivele de tip cicloergometru.

Metodologie încă deficitară pentru rezultate semnificative în ceea ce privește parametrii optimi (forma de curent, intensitatea, durata stimulării, durata pauzei, forma de stimulare etc.)

Dispozitive (mese) de verticalizare - pentru a antrena transferul în ortostatism progresiv, cu încărcare parțială de greutate graduală. Utilizarea lor permite îmbunătățirea forței mușchilor membrelor inferioare, previne contracturi, permite încărcarea presională a tendoanelor și oaselor, crește funcțiile cognitive (atenția, concentrare ș.a. Pe parcursul ședințelor se poate adăuga și sprijin la nivelul membrelor superioare (antebrațe). Pacienții cooperanți, dar încă intubați, ar putea fi incluși în programe de reabilitare, care să promoveze transferurile, posturarea în șezut, antrenamentul muscular cu rezistență, cu acordul echipei multidisciplinare și monitorizare atentă.

Este necesară monitorizarea pacienților pe parcursul programului, utilizând scale, precum: Scala Borg de percepție a efortului, scala de dispnee, scala de fatigabilitate, precum și dinamica indicilor vitali, rata respiratorie, frecvența cardiacă, tensiunea arterială, saturația în oxigen a sângelui periferic. [8]

Exemplificare: schema de aplicare a programului de reabilitare medicală individualizat în funcție de nivelul determinat prin evaluare.

Nivel 0 = nu îndeplinește criteriile de evaluare elementară și este necooperant (nivel 0 pe scala S5Q) – posturare trunchi și membre, cu schimbarea posturii cel puțin la două ore, suportului pentru prevenția escarelor, orteze pentru combaterea posturilor vicioase sau promovarea posturilor corecte.

Nivel 1 = cooperant, parțial cooperant sau necooperant (1-5 pe scala S5Q), sunt interzise transferurile din clinostatism în șezând sau ortostatism – posturare cu schimbarea poziției, orteze și dispozitive de asistare, promovarea poziției Fowler; mobilizări pasive, pasivo-active, active analitice și globale ale articulațiilor și membrelor, stimulare electrică neuromusculară, cicloergometru de pat cu acționare electrică (se poate utiliza atât pentru membrele inferioare, cât și pentru membrele superioare)

Nivel 2 = cooperant (3-5 pe scala S5Q), evaluare elementară a criteriilor îndeplinite, sunt permise transferurile, dar nu le poate efectua activ – posturare, ortezare, postura așezat în pat, transfer pasiv către ortostatism cu masa de verticalizare sau cu patul; mobilizări articulare, antrenament de rezistență musculară, cicloergometru cu acționare pasivă, pasivo-activă, activă în pat, în scaun, stimulare electrică neuromusculară.

Nivel 3 = cooperant (nivel 4/5 pe scala S5Q), MRC > 36, BBS1 = 0, BBS2 = 0, BBS3 >= 1 – posturare, ortezare, antrenament șezând scurtat, promovare de ortostatism cu asistare din partea terapeuților; mobilizări articulare, antrenament de rezistență, cicloergometru cu acționare activă, antrenament de ortostatism, stimulare electrică, terapie ocupațională pentru antrenare/refacere ADL.

Nivel 4 = cooperant (nivel 5/5 pe scala S5Q) criterii minimale îndeplinite, MRC > 48, BBS1 = 0, BBS2 = > 0, BBS3 > 2 – posturare, transferuri active, antrenament șezând la marginea patului, antrenament de ortostatism cu susținere din partea unei singure persoane; mobilizări articulare, antrenament de rezistență musculară, cicloergometru exerciții active, antrenament de mers cu asistență, stimulare electrică neuromusculară, terapie ocupațională.

Nivel 5 = cooperant, (nivel 5/5 pe scala S5Q), MRC > 48, BBS1 > 1, BBS2 > 2, BBS3 > 3 – posturare, transferuri active, antrenament șezând la marginea patului, antrenament ortostatism; – mobilizări articulare, antrenament rezistență musculară, cicloergometru

exerciții active, antrenament de mers cu asistență, stimulare electrică neuromusculară, terapie ocupațională.

NOTĂ: Pentru fiecare activitate sau agent fizic terapeutic introdus în programul de reabilitare medicală, respectiv pentru fiecare modificare a parametrilor de aplicare pentru intervențiile terapeutice, se va face evaluarea parametrilor în repaus și la efort prin măsurarea TA, FCC, SaO₂ în aer atmosferic, scor Borg de efort, scor Borg de dispnee, număr respirații/min. [8]

Personalul medical și paramedical implicat în reabilitarea precoce trebuie dotat cu echipamente personale de protecție, ținând cont de măsurile de prevenire și transmitere a infecției, instruirea în intervenții specifice de poziționare, mobilizare și transportare a pacientului critic.

Utilizarea băuturilor semi-lichide în primele 48 de ore cu scopuri profilactice pentru disfagie, în special, în perioada postextubațională și complicații post-aspirație. În cazul apariției dificultăților la alimentație din cauza dispneei și insuficienței respiratorii se recomandă consumul alimentelor în porții mici, alimentația lentă și fracționată. [9]

În faza precoce toate intervențiile de reabilitare se recomandă să fie efectuate cu luarea în considerare a stărilor de alertă.

STĂRI DE ALERTĂ

- *Respirație superficială/dispnee*
- *SpO₂ <94% cu terapia de oxigenare**
- *Tensiunea arterială (<90/60 sau > 140/90 mm Hg)*
- *Frecvența respiratorie (> 30 r/min)*
- *Frecvența cardiacă (> 100 bătăi pe min.)*
- *Temperatură (> 38,0° C)*
- *Supraoboseală*
- *Dureri în piept*
- *Tuse severă*
- *Vedere încețoșată*
- *Vertij*
- *Palpitații cardiace*
- *Aritmie*
- *Apariția șocului*
- *Transpirație*
- *Pierderea echilibrului*
- *Cefalee severă*

CE IMPUN ÎNTRERUPEREA INTERVENȚIILOR DE REABILITARE

Siguranța este un element de importanță majoră pentru reabilitarea pacienților cu COVID-19. Apariția următoarelor semne de alarmă determină sistarea și revizuirea programelor de reabilitare. [6, 10]

*Notă: <92% la pacienții cu BPOC.

FAZA DE REABILITARE POST-ACUTĂ

Reabilitarea medicală post-acute poate începe pentru pacienții cu nivel funcțional minimum 2 conform scalei S5Q. Se adaugă și alte testări funcționale prezentate în tabelul 3.

Tabel 4. Asistența de reabilitare în faza post-acute

Evaluarea clinico -funcțională	Obiective de reabilitare	Conținutul și intervenției de reabilitare
<p>Examinarea clinică cu monitorizarea indicilor vitali (FCC, TA, FR, Sp O₂)</p> <p>Examinări paraclinice:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analize de laborator - ECG - spirografia - imagistică pulmonară ș.a. <p>Evaluarea funcțională:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluarea gradului de mobilitate (musculară și articulară) <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea forței musculare (scala MRC) (Anexa 1) • Bilanțul articular, inclusiv goniometria - Scala Berg pentru echilibru (Anexa 2) - Scor Berg pentru ortostatism (Anexa2) - Testul așezat- ridicat în picioare de 30 secunde/ STS (Anexa 3) - Testul TUG (Anexa 4) - Evaluarea gradului de dispnee 	<ul style="list-style-type: none"> - Ameliorarea simptomelor respiratorii (dispnee) - Ameliorarea funcției fizice - Adaptare cardio-respiratorie la efort - Ameliorarea/creșterea mobilității articulare - Menținerea/creșterea forței, rezistenței musculare - Reeducarea respiratorie - Ameliorarea stării psiho-emoționale - Îmbunătățirea participării la reabilitare - Reeducarea ADL - Ameliorarea calității vieții 	<ul style="list-style-type: none"> - Posturi de facilitare respiratorie și de expectorare - Facilitarea expectorațiilor - Reeducarea respirației diafragmale - Antrenarea musculaturii respiratorii - Reeducarea tusei - Menținerea/creșterea mobilității articulare - Antrenarea toleranței la efort - Creșterea forței musculare - Terapie cu presiune expiratorie pozitivă (PEP) - Spirometrie stimulativă - Exerciții de respirație tip static și dinamic - Antrenamentul aerob - Tehnici de reeducare a fonației și deglutiției - Oxigenoterapie - Terapie ocupațională - Consiliere psihologică - Electroterapie (curenți continuu,

și fatigabilitate (scala Borg și Borg modificată) (Anexa 5,6) - Indexul Barthel (Anexa 7) Evaluarea activităților funcționale cotidiene (scala ADL, IADL) (Anexa 8,9) - Scala HADS (Anexa 11) - Scala PHQ 9 (Anexa 16) - Scala TAG 7 (Anexa 17) - Chestionar SBQ-R (Anexa 18) - Scala MoCA (Anexa 12) - Scala WHO-DAS 2.0 (Anexa 13)		curenți pulsatili, câmp magnetic/ electromagnetic, unde mecanice) - Igiena somnului; - Terapia complementară
---	--	--

În primele două luni după faza acută a infecției cu coronavirus pacienții prezintă cea mai mare perspectivă de reabilitare prin prevenirea unor deficiențe ireversibile structurale și funcționale. [4, 5, 7, 8, 9]

Toți pacienții care necesită reabilitare după COVID-19 trebuie să beneficieze de o evaluare funcțională specializată pentru simptomele neurologice, musculo-scheletice și cardiace, precum și screening-ul psihologic și cognitiv pentru a determina cauzele fenomenelor reziduale și a desfășura intervențiile adecvate de reabilitare. [4, 8, 9, 12]

Manifestările clinice și deficiențele funcționale trebuie să fie evaluate la inițierea programelor de reabilitare cu monitorizare prin examinare curentă a parametrilor vitali (PS, TA, Sa O2, ECG, etc). [9]

Selectarea programelor de reabilitare medicală trebuie să fie individualizate cu obiective de scurtă durată după evaluarea clinico-funcțională complexă în spital și prescripție de reabilitare continuă după externare. [5, 11, 12]

Programul individualizat de reabilitare trebuie să prevadă toate normele profilaxiei primare și secundare a manifestărilor clinice cardiace, respiratorii, neurologice, musculoscheletale, etc. [4, 12]

Considerații generale în faza de reabilitare post-acută

Programul de reabilitare în secția de reabilitare medicală specializată trebuie să includă continuarea restabilirii ventilației pulmonare, a schimbului de gaze, funcției drenajului bronșic, ameliorarea circulației sangvine și limfatice în zonele pulmonare afectate, facilitarea reabsorbției zonelor pulmonare edemațiate și/sau solidificate după procese inflamatorii, profilaxia atelectaziilor, proceselor adezive, creșterea rezistenței generale a pacienților, corectarea atrofiei musculare, gestionarea stresului, depășirea anxietății și depresiei, normalizarea somnului.

Toate persoanele care au suportat COVID-19 trebuie examinate pentru simptome neurologice și psihoemoționale imediate sau tardive cu abordarea multidisciplinară în reabilitarea complexă. [5, 8]

Asistența psihoterapeutică indicată în această fază poate remedia tulburările cognitive și consecințele posttraumatice determinate de boală și condiții externe de influență asupra statusului

psihoemoțional. Suport psihoemoțional include strategii de diminuare a anxietății, stărilor depresive și fobice, reabilitarea cognitivă și comportamentală, igiena somnului. [5, 8, 9]

Datorită toleranței scăzute la efort, asteniei generale, scăderii forței și echilibrului, crește riscul căderilor. Măsurile de evaluare a autonomiei la mers și profilaxia standardizată a căderilor trebuie să fie parte componentă a programelor de reabilitare medicală.

Pentru facilitarea ventilației și drenajului bronșic se recomandă inhalatii cu mucolitice, cu utilizarea inhatorului compresiv în funcție de severitatea stării pacientului și localizarea procesului patologic. [4, 8, 9]

Pacienților se recomandă efectuarea exercițiilor respiratorii cu exercitarea presiunii permanente sau întrerupte la expir, pozițiilor de drenaj și exercițiilor respiratorii cu un expir forțat prelungit efectuate manual sau cu aparate. Pentru facilitarea ventilației pulmonare, ameliorarea elasticității țesutului pulmonar și bronhial, se recomandă kinetoterapia respiratorie în regim dinamic și static. Pentru ameliorarea componentei biomecanice respiratorii pot fi indicate mobilizări ale cutiei toracice prin metodele terapiei manuale, corectarea triggerelor musculare. [4, 5, 6, 8]

La începutul programului de reabilitare pulmonară trebuie făcute exerciții fizice de intensitate scăzută, ≤ 3 MET sau echivalent (1 MET reprezintă consumul „bazal” aerob de oxigen, adică 3,5 ml O₂/kg/min.), în special la pacienții care au necesitat oxigenoterapie. [6, 8]

Persoanelor care prezintă semne ușoare ale bolii se indică activități și exerciții de intensitate scăzută (≤ 3 METs) cu perioade scurte de repaus. Dacă starea pacientului în cadrul ședințelor de kinetoterapie se agravează se crește perioada de odihnă. [5]

Pentru creșterea toleranței la efort, este importantă utilizarea exercițiilor ciclice dinamice, efectuate în zonă aerobă, într-un interval de intensitate de la mic la mediu. Frecvența ideală 4-6 zile pe săptămână. Pentru creșterea efortului se poate indica: antrenamente la scară (stepper), urcarea scârilor, mersul dozat, bicicleta, etc. [4, 9]

Persoanele cu patologie cardio-vasculară stabilă și risc scăzut al complicațiilor conform AACPR (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation) pot efectua antrenamente cu monitoring continuu al ECG, cu trecerea la controlul periodic al ECG. În cazul riscului crescut de complicații cardiovasculare, antrenamentele fără monitoring ECG se indică după 12 ședințe fără acutizări. [4, 9, 12]

Tabel. 5 Standarde minimale de personal și dotare a serviciului specializat de reabilitare cu paturi (secții de medicină fizică și reabilitare)

Personal	Bază de tratament de reabilitare	Utilaje și dispozitive
<ul style="list-style-type: none"> • Medic rehabilitolog • Medic consultant de profil (pneumolog, neurolog, internist, nutriționist ș.a.) • Kinetoterapeut • Terapeut ocupational 	1. Sală de kinetoterapie: - minimum 30 mp	<ul style="list-style-type: none"> - masă de kinetoterapie - spalier - saltea - oglindă pentru controlul posturii, mișcărilor etc. - mijloace diverse: mingi medicinale, gantere etc. - bicicletă ergometrică/

<ul style="list-style-type: none"> • Logoped (la necesitate) • Psiholog clinician/psihoterapeut • Asistent medical • Asistentă medicală fizioterapie / masaj • Infirmieră 		sau bandă de mers - scripete - bare paralele - plan înclinat - goniometru
	2. Sală/cabinet de fizioterapie:	- electroterapie - câmp magnetic - termoterapie - ultrasonoterapie - fototerapie - aeroionoterapie - hidroterapie
	3. Sală/cabinet de masaj	-bancheta/ masă pentru masaj -ulei/cremă/unguent -produse igienice de unică folosință
	4. Sală de terapie ocupațională	- dispozitive de reabilitare - echipamente de antrenare a ADL (activities of daily living /activități cotidiene)
	5. Cabinet de consiliere psihologică	- mobilier - teste, scale specifice

Numărul personalului care asigură serviciile de reabilitare medicală va fi corelat cu numărul de pacienți. În secțiile de MFR cu specific neurologic, ortopedic, respirator sau cardiologic se poate încadra un medic în specialitatea respectivă.

FAZA DE REABILITARE CRONICĂ

În faza cronică programul de reabilitare este centrat pe fortificarea capacității funcționale și menținerea rezultatelor. Dincolo de limitări și dizabilități fizice, o parte din pacienți resimt dispoziție depresivă, singurătate și sentiment de izolare, anxietate, astfel programele active de exerciții fizice și de autocontrol pot îmbunătăți starea psihoemoțională a pacientului. [5, 9]

Având în vedere consecințele de lungă durată în urma infectării cu SARS COV-2, unii pacienți vor necesita îngrijire și reabilitare pe perioada îndelungată.

Se recomandă de a efectua programul de reabilitare timp de 6-12 săptămâni, cu eventuala repetare a tratamentelor de reabilitare. [4,9,12]

Tabel 6. Sechele și disfuncții post COVID-19.

Sistemul	Sechele și disfuncții	Recomandări
Sistemul respirator	<ul style="list-style-type: none"> - Dispnee - Fibroză pulmonară - Deficiențe de expectorare - Tipare patologice de respirație - Hiperventilare 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluarea inițială trebuie recomandată în timp util, atunci când este sigură, în funcție de: <ul style="list-style-type: none"> • gradul de disfuncție, • insuficiența respiratorie normocapnică, • starea fizică și mintală a pacientului. - Exerciții fizice de intensitate scăzută, ≤ 3 MET sau echivalent, în special, la pacienții care au necesitat oxigenoterapie. - Monitorizarea ritmului cardiac, pulsoximetriei și TA. - Creșterea treptată a intensității exercițiilor fizice se va baza pe evoluția simptomatologiei acestora.
Sistemul cardio-vascular	<ul style="list-style-type: none"> - Dereglări de ritm - Insuficiență cardiacă - Scădere a fracției de ejeție - Miocardite - Trombembolie - Coagulopatii 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitarea specialistului, cu efectuarea de analize de laborator, ECG, ECG 24 de ore, ecocardiografie, teste la efort fizic și/sau rezonanță cardiacă. - O perioadă de repaus post-infecție, în funcție de simptome și complicații, va reduce riscul de apariție a insuficienței cardiace post-infecție, secundară miocarditei. - În prezența unei patologii cardiace vor fi alcătuite programe specifice de reabilitare cardiacă adaptate pacientului pe baza disfuncției și complicațiilor cardiace, a scăderii fracției de ejeție cu peste 10% și a evaluării nevoilor sale de reabilitare. - Necesitatea unei perioade de 3-6 luni de odihnă completă după miocardita confirmată. Perioada de odihnă depinde de severitatea clinică și durata bolii, de funcția ventriculară stângă la debut și de amploarea inflamației (proteina C reactivă). - Antrenamentul și sportul de performanță se pot relua după miocardită, când funcția sistolică a ventriculului stâng este normală, biomarkerii serici ai leziunii miocardice sunt normali și dacă aritmiile relevante sunt excluse prin monitorizare ECG de 24 de ore și test de efort.
Sistemul neurologic	<ul style="list-style-type: none"> - Cefalee - Tulburări de conștiință - Sindrom convulsiv - Alterarea simțului de 	<ul style="list-style-type: none"> - Simptomele neurologice ușoare, precum cefalee, amețeli, pierderea mirosului/gustului, tulburări senzitive sunt susceptibile de a se îmbunătăți cu o intervenție minimă.

	<p>gust și mirosului</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parestezii - Sindromul encefalopatiei reversibile - Encefalită virală - Risc crescut de AVC - Polineuropatii 	<ul style="list-style-type: none"> - Simptomele severe pot duce la afectarea semnificativă, astfel este recomandată o abordare multidisciplinară a pacienților internați cu simptome neurologice moderate până la severe. - Trebuie luate în considerare evaluările repetate fizice, cognitive și funcționale în vederea întoarcerii la activitatea profesională.
Sistemul musculo-scheletal	<ul style="list-style-type: none"> - Decondiționare fizică și oboseală - Slăbiciune musculară severă - Hipomobilitate articulară - Mialgii - Dereglări de echilibru și mers - Scădere a toleranței la efort 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluarea funcțională a pacienților pentru a determina disfuncțiile musculo-scheletice reziduale în vederea alcătuirii unui plan terapeutic țintit. - Pacienții internați în terapie intensivă trebuie să treacă printr-o evaluare multidisciplinară a echipei de reabilitare. - Pacienții care prezintă sindrom post-terapie intensivă trebuie integrați într-un program de reabilitare medicală care să includă abordarea complexă a tuturor deficiențe psihologice, fizice sau cognitive. - Reabilitarea se face prin internare, în ambulatoriu sau prin telemedicină.
Statusul psiho-emoțional și sănătatea mintală	<ul style="list-style-type: none"> - Distorsionarea imaginii corporale - Pierderea demnității și controlului - Labilitate emoțională - Anxietate, atacuri de panică - Stări depresive - Culpabilitate și sentimente de autoînvinuire - Ideeație suicidală. 	<ul style="list-style-type: none"> - În faza acută sunt importante comunicarea eficientă, precum și contactul social (deși de la distanță). - Pacienții sunt reevaluați în perioada post COVID-19 pentru a fi identificați cei cu reacții psihoemoționale ca urmare a COVID-19. Lucrătorii din domeniul sănătății, care au contractat COVID-19, trebuie considerați un grup cu risc ridicat. - Reabilitarea neurocognitivă pentru pacienții cu tulburări de atenție, percepție, memorie, funcții executive, limbaj, disfagie. - Monitorizarea activă (revizuirea continuă) ar trebui efectuată pentru cei cu simptome psihologice/psihice de subprag. - Psihoterapia cognitiv-comportamentală axată pe traume, terapia de procesare cognitivă sunt utile pentru cei cu simptome de tulburare acută de stres, tulburări de anxietate și depresive, reacții de stres posttraumatice de la moderate - până la severe.
Altele	<ul style="list-style-type: none"> - Limitarea activităților cotidiene (ADL) - Disfagie - Dereglări de vorbire 	<ul style="list-style-type: none"> - Creșterea graduală a ADL-urilor și funcției fizice. - Un scor maxim pe scala Borg de 4/10 pentru dispnee și fatigabilitate. - Pacienții cu COVID-19, care prezintă disfagie severă,

	- Afectarea deglutiției	<p>dureri generalizate, dispnee, oboseală generală severă, dureri toracice, tuse sau febră trebuie să evite exercițiile fizice (> 3 MET sau echivalent) între 2 săptămâni și 3 săptămâni după încetarea acestor simptome.</p> <p>- În prezența unor simptome ușoare, care pot fi sau nu cauzate de COVID-19, se vor recomanda exerciții ușoare (\leq 3 MET sau echivalent), pentru evitarea sedentarismului.</p> <p>- Dacă simptomele se accentuează, antrenamentul prelungit sau de intensitate ridicată trebuie evitat, iar perioadele de repaus – majorate.</p>
--	-------------------------	--

În faza cronică se va utiliza scala generală de măsurare a dizabilității - WHO DAS 2.0 (Disability Assessments Schedule 2.0), care este direct legată la nivel de concept de Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății a OMS. Aceasta reprezintă un instrument generic de evaluare a sănătății și dizabilității și cuprinde cele 6 domenii importante de funcționare: cogniția, mobilitatea, autoîngrijirea, interacțiunea (cu alte persoane), activității ale vieții, participarea la diferite aspecte ale vieții. [4, 8, 9] Se adaugă și alte testări funcționale prezentate în tabelul 6.

Tabel 7. Asistența de reabilitare în faza cronică

Evaluarea clinico-funcțională	Obiective de reabilitare	Conținut și intervenții de reabilitare
<p>Examinarea clinică cu monitorizarea indicilor vitali (FCC, TA, FR, Sp O₂)</p> <p>Examinări paraclinice:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analize de laborator - ECG - spirografia - imagistică pulmonară ș.a. <p>- Evaluarea funcțională:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluarea gradului de mobilitate (musculară și articulară) <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea forței musculare (scala MRC) (Anexa 1) • Bilanțul articular, inclusiv goniometria - Scala Berg pentru echilibru (Anexa 2) - Scor Berg pentru ortostatism (Anexa 2) - Testul așezat- ridicat în picioare de 30 secunde/ STS (Anexa 3) - Testul TUG (Anexa 4) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ameliorarea simptomelor respiratorii (dispnee); - Menținerea/creșterea mobilității articulare. - Creșterea rezistenței și forței musculare. - Adaptare cardiorespiratorie la efort. - Îmbunătățirea stării psihoemoționale - Reeducarea ADL - Obținerea independenței funcționale - Reintegrarea în activitatea socială, profesională și recreațională - Educarea pacientului. - Reeducarea vorbirii - Consiliere psihologică. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuarea dispneei - Facilitarea expirului - Reeducarea respirației diafragmale - Posturi de facilitare respiratorie - Controlul tusei - Terapie cu presiune expiratorie pozitivă (PEP). - Spirometrie stimulativă. - Kinetoterapie respiratorie statică și dinamică. - Antrenament activ pentru mobilitatea articulară. - Antrenament pentru forță și rezistență musculară. - Ortezare și dispozitive de asistare a posturii și mișcării.

<ul style="list-style-type: none"> - Testul de mers 6 minute (<i>Anexa 16</i>) - Evaluarea gradului de dispnee și fatigabilitate (scala Borg și Borg modificată) (<i>Anexa 5,6</i>) - Indexul Barthel (<i>Anexa 7</i>) <p>Evaluarea activităților funcționale cotidiene (scala ADL, IADL) (<i>Anexa 8,9</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scala HADS (<i>Anexa 11</i>) - Scala PHQ 9 (<i>Anexa 16</i>) - Scala TAG 7 (<i>Anexa 17</i>) - Chestionar SBQ-R (<i>Anexa 18</i>) - Scala MoCA (<i>Anexa 12</i>) - Scala WHO-DAS 2.0 (<i>Anexa 1</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ameliorarea calității vieții. 	<ul style="list-style-type: none"> - Antrenamentul aerob - Controlul fonației și deglutiției - Electroterapie (curenți continui, curenți pulsatiți, câmp magnetic/ electromagnetic, unde mecanice) - Terapie ocupațională. - Tratament balneosanatorial - intervenții psihologice de scurtă durată și psihoterapie - Asistența psihosocială - Consiliere psihologică - Psihoterapie cognitiv-comportamentală - Reabilitarea cognitivă - Ocupații recreative și de relaxare
--	---	---

În faza cronică pacienții vor efectua programul de reabilitare post-COVID-19 și medicină fizică în ambulatoriu sau în stațiuni balneare. Recomandarea pentru tratament într-o stațiune balneară va ține cont și de comorbiditățile pacientului. Un avantaj în reabilitarea medicală post COVID-19 îl au terapiile în saline naturale, terapiile cu aerosoli și cu ape terapeutice. [5, 8, 9]

Tabel 8. Standarde minimale de personal și dotare a serviciului de reabilitare de tip ambulatoriu

Secția Reabilitare Medicală și Medicină Fizică (fără paturi)		
Personal	Bază de tratament de reabilitare	Utilaje și dispozitive
<ul style="list-style-type: none"> • Medic reabilitolog • Kinetoterapeut • Terapeut ocupațional • Logoped (la necesitate) • Psiholog clinician/psihoterapeut • Asistent medical • Asistent medical 	<p>1. Sală de kinetoterapie: - minimum 30 mp</p>	<ul style="list-style-type: none"> - masă de kinetoterapie - spalier - saltea - oglindă pentru controlul posturii, mișcărilor etc. - bicicletă ergometrică sau bandă de mers - scripete - bare paralele

fizioterapie / masaj • Infirmieră		- plan înclinat - scăriță - aparate analitice pentru kinetoterapia membrelor superioare și/sau inferioare - mijloace diverse: mingi medicinale, gantere - goniometru
	2. Sali/cabinete pentru proceduri de fizioterapie	- aparate pentru electrostimulare - aparat pentru electroterapie antalgică - unde scurte, microunde - ultrasonoterapie - magnetoterapie - laserterapie - termoterapie (parafină ș.a.) - aerosoloterapie - hidroterapie (cadă, duș subacval)
	3. Sală/cabină pentru masoterapie (masaj)	-bancheta/ masă pentru masaj -ulei/cremă/unguent -produse igienice de unică folosință
	4. Sală de terapie ocupațională	- dispozitive de reabilitare a mâinii - echipamente de antrenare a ADL (activități cotidiene)
	5. Cabinet de consiliere psihologică	- mobilier - teste, scale specifice

Numărul personalului care asigură serviciile de reabilitare medicală va fi corelat cu numărul de pacienți. [8, 9]

MĂSURI ORGANIZATORICE PENTRU ATENUAREA IMPACTULUI COVID-19 ASUPRA DIZABILITĂȚII

- Pacienții cu dizabilități post COVID-19 trebuie să aibă acces la reabilitarea adecvată pentru a-și optimiza restabilirea funcțională. Reabilitarea trebuie inițiată precoce în spital și continuată, la necesitatea, pe termen lung în comunitate.
- Specialiștii în reabilitare trebuie implicați în faza de îngrijire medicală acută pentru evaluarea pacienților cu nevoi complexe de reabilitare și participarea lor la planificarea asistenței ulterioare de reabilitare.

- Pacienții care prezintă necesități în asistență de reabilitare după externarea din spital să fie identificați și referiți spre următoarele etape de reabilitare în funcție de nevoile lor individuale (reabilitare cardiopulmonară, neuroreabilitare, activități sportive, asistență socială ș. a.)
- Pacienții externați din secțiile de profil COVID-19 cu necesități în îngrijiri de lungă durată trebuie transferați într-o unitate specializată de îngrijiri cronice sau paliative.
- În timpul pandemiei Covid-19 trebuie să fie organizată asistența de reabilitare separată pentru persoanele testate Covid-pozitiv și cele negativ, cu respectarea măsurilor de protecție. [4, 8, 9]

ANEXE (scale, teste, chestionare)

Anexa 1.

Scala Medical Research Council (MRC)

Scala MRC este folosită pentru testare musculară bilateral - scala clinică cu 6 niveluri.

Se calculează suma scorurilor testării pentru fiecare grup de mușchi:

a) membrul superior: abducție braț, flexie antebrăț, extensie pumn;

b) membrul inferior: flexie coapsă, extensie genunchi, flexie dorsală picior (gleznă și degete).

Dacă pacientul asociază afectări articulare sau neurologice, care împiedică mobilizarea articulară în vederea testării, se vor testa mușchii controlaterali corespunzători sau mușchii de vecinătate și se vor extrapola rezultatele.

Puncte	Descriere	Gradul parezei
0	Absența mișcării (la încercarea de contracție voluntară)	Plegie
1	Contracție palpabilă, dar fără mișcare vizibilă	Severă
2	Mișcare segmentară activă, doar dacă e exclusă gravitația	Severă
3	Mișcare activă împotriva gravitației	Moderată
4	Mișcare activă împotriva rezistenței, dar mai slabă decât partea controlaterală	Ușoară
5	Forța normală	-

NOTĂ: Testarea forței musculare cu dinamometrul ar trebui să fie obligatorie pentru grupele musculare cu forță sub 3 pe scala MRC, eventual pentru pacienții aflați în stare critică în ATI, la care există adesea dificultăți în evaluarea musculară, date de starea lor de conștiență.

NOTĂ: Pentru pacienții ventilați, testarea forței musculare trebuie să includă și testarea specifică a mușchilor respiratori, efectuată de specialistul ATI sau pneumolog pentru a pronostica succesul deventilării pacientului.

NOTĂ: Se pot folosi și alte modalități de evaluare a mușchilor striati și nervilor periferici: ultrasonografia, impedanța bioelectrică, studiile de neurofiziologie (conducere nervoasă și electrodiagnostic).

Scala Berg

Scala Berg se compune din 14 itemi funcționali ai vieții cotidiene și este utilizată pentru evaluarea echilibrului. Scorul total este de 56 puncte. Un scor mai mic de 45 indică riscul de cădere.

Nr. d/o	INTERPRETARE	SCOR (0-4)
1	Se ridică din poziția așezat și stă în ortostatism fără sprijin în mâini	
2	Menține ortostatismul fără ajutor minimum 2 minute	
3	Menține poziția așezat fără sprijin în spate, cu picioarele pe podea	
4	Din ortostatism în poziția așezat	
5	Transferuri	
6	Menținerea ortostatismului cu ochii închiși	
7	Menținerea ortostatismului cu picioarele lipite	
8	Întinderea înainte cu brațele întinse	
9	Ridicarea obiectului de pe podea din poziția stând	
10	Întoarcerea pentru a privi înapoi	
11	Întoarcerea cu 360°	
12	Stând cu un picior pe scaun cu schimb alternativ	
13	Stând cu un picior în fața celuilalt (pe o linie)	
14	Menținerea ortostatismului în sprijin într-un picior	
SCOR TOTAL (0-56)		

Notă: 1 – incapabil să execute; 2 – capabil, dar cu ajutor; 3 – capabil, dar nesigur; 4 – capabil, execută cu siguranță

Berg Balance Score /Scor echilibru Berg (BBS):

A. Scor Berg pentru transfer din șezut în ortostatism.

Scor 4 - se ridică și stă în ortostatism fără sprijin în mâini

Scor 3 - se ridică și stă în ortostatism stabil, dar cu sprijin

Scor 2 - se ridică și stă stabil cu sprijin, după mai multe încercări

Scor 1 - necesită minim ajutor din partea terapeutului

Scor 0 - necesită asistență moderată/maximală

B. Scor Berg pentru ortostatism:

Scor 4 - stă în ortostatism fără ajutor minimum 2 minute

Scor 3 - stă în ortostatism fără ajutor minimum 2 minute, dar necesită supraveghere

Scor 2 - stă în ortostatism minimum 30 de secunde fără ajutor, apoi necesită ajutor

Scor 1 - stă 30 de secunde fără ajutor, după mai multe încercări

Scor 0 - nu reușește să mențină ortostatismul 30 de secunde neajutat

C. Scor Berg pentru șezând fără sprijin în spate, cu picioarele pe podea/scaunel:

Scor 4 - stă minimum 2 minute fără tendință la dezechilibrare

Scor 3 - stă minimum 2 minute, dar necesită supraveghere

Scor 2 - stă în șezut minimum 30 de secunde fără ajutor, apoi necesită ajutor

Scor 1 - stă în șezut minimum 10 secunde fără ajutor

Scor 0 - nu reușește să mențină poziția șezut 10 secunde fără ajutor

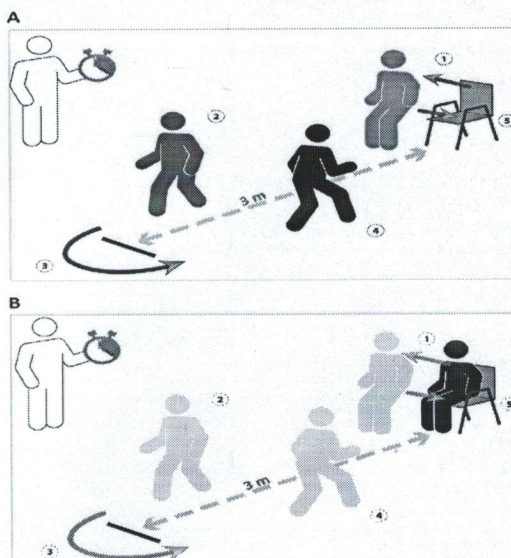
Testul sit to stand /așezat-ridicat în picioare/, 30 secunde (STS)

Testul este realizat cu folosirea unui scaun pliabil fără brațe, cu înălțimea scaunului de 43,2 cm, fixat pe perete pentru a împiedica mișcarea acestuia. Persoana examinată este așezată la mijlocul scaunului cu spatele drept, picioarele fiind amplasate la distanța lățimii umerilor. Brațele încrucișate sunt ținute la piept.

Participantul este încurajat să realizeze cât mai multe ridicări în picioare posibile în decurs de 30 secunde. Înainte de a începe testare pacientul trebuie să efectueze 1-2 ridicări încercări. Dacă pacientul folosește brațele pentru a finaliza testul, acesta este notat cu 0.

Testul up and go (TUG) – „ridica-te și mergi”

Măsoară timpul în care o persoană se ridică de pe un scaun simplu cu spătar, parcurge 3 metri pe teren plat, cu viteză normală, se întoarce și se așază din nou pe scaun. În timpul testului, persoana trebuie să poarte încălțăminte obișnuită și să utilizeze dispozitivul ajutător pe care îl folosește în mod normal la mers. La ridicarea de pe scaun și la așezare la loc, persoana nu trebuie să își folosească membrele superioare pentru suport sau ajutor.



Scala Borg.

0	Fără efort
0,5	Foarte foarte ușor
1	Foarte ușor
2	Ușor
3	Moderat
4	Nu foarte intens
5	
6	Destul de intens
7	
8	Foarte intens
9	Foarte foarte intens
10	Maxim

Scala Borg CR10 modificată

0	Fără dispnee
1	Vag perceptibilă
2	Foarte ușoară
3	Ușoară spre moderată
4	Moderată
5	Ceva dificultăți la respirație
6	Moderat-severă
7	Severă
8	Foarte severă
9	Maximă lipsă de aer
10	Fără dispnee

Indexul Barthel

Nr. d/o	ACTIVITATEA ȘI SCORUI	SCOR
1.	ALIMENTARE 0 = dependent 5 = se poate servi de tacâmuri, are nevoie de ajutor pentru a tăia alimente 10 = independent	
2.	BAIA 0 = dependent 5 = face baie fără ajutor	
3.	ARANJARE/ ÎNGRIJIRE 0 = dependent 5 = își poate spăla fața/ mâinile/ dinții/, își poate pieptăna părul, se poate bărbieri etc.	
4.	ÎMBRĂCARE 0 = dependent 5 = are nevoie de ajutor, dar poate îndeplini aproape jumătate din acțiuni fără asistență 10 = independent (inclusiv nasturi, fermoare, șireturi, etc.)	
5.	CONTROLUL INTESTINAL 0 = incontinență (sau are nevoi de clister) 5 = probleme ocazionale 10 = fără probleme	
6.	MICȚIUNE 0 = incontinent sau cateterizat și incapabil să se descurce singur 5 = probleme ocazionale 10 = fără probleme	
7.	TRANSFERUL LA TOALETĂ 0 = dependent 5 = are nevoi de ajutor pentru a merge la toaletă, dar se poate spăla singur 10 = independent pentru a merge la toaletă	
8.	TRANSFERURI ÎN PAT SAU FOTOLIU 0 = incapabil, nu are echilibru în poziția șezând 5 = ajutor maxim pentru transfer, dar este capabil să se așeze singur 10 = ajutor minim (verbal sau suport fizic) 15 = independent	
9.	MERSUL 0 = dependent 5 = utilizează singur fotoliu rulant 10 = merge cu ajutorul unui dispozitiv /cu sprijinul unei persoane 15 = independent se poate deplasa singur 50 m	
10.	URCATUL SCĂRILOR 0 = dependent 5 = are nevoie de ajutorul unui dispozitiv sau al unei persoane 10 = independent în urcarea și coborârea scărilor	
TOTAL (0 – 100)		

Scala ADL (activitățile vieții zilnice)

Nr.		Evaluarea la internare		Evaluarea la externare	
1.	Efectuarea transferului pe partea dreaptă				
2.	Efectuarea transferului pe partea stângă				
3.	Transferul în șezut				
4.	Transferul în fotoliu cu roțile				
5.	Transferul în scaun WC				
6.	Spălatul pe față				
7.	Spălatul pe mâini				
8.	Utilizarea săpunului				
9.	Perlajul dinților				
10.	Spălatul capului, gâtului				
11.	Spălatul picioarelor				
12.	Poate bea din cană, pahar				
13.	Poate mânca cu lingură				
14.	Poate mânca cu furculiță				
15.	Poate să pună și amesteca zahărul în cană				
16.	Îmbrăcarea membrelor superioare				
17.	Îmbrăcarea membrelor inferioare				
18.	Dezbrăcarea membrelor superioare				
19.	Dezbrăcarea membrelor inferioare				
20.	Îmbrăcarea ciorapilor				
21.	Dezbrăcarea ciorapilor				
22.	Se poate încălța				
23.	Se poate descălța				
24.	Comunică cu cei din jur				
25.	Poate urca în cadă				
26.	Poate coborî din cadă				
27.	Poate închide/deschide robinetul				

Scala IADL (Scala de măsurare instrumentală a activităților vieții zilnice)

Activitățile	De sine stătător	Nu poate utiliza
Abilitatea de a utiliza telefonul	1	0
Abilitatea de a face cumpărături	1	0
Abilitatea de a prepara alimentele	1	0
Abilitatea de a face menajul	1	0
Abilitatea de a spăla rufe	1	0
Folosirea mijloacelor de transport	1	0
Responsabilitatea în luarea medicamentelor	1	0
Abilitatea de a gestiona bani	1	0
SCOR TOTAL:		

Scorul AVPU (A- alert, V- răspunde la excitant verbal, P- răspunde la excitant dolor, U – inconștient)

Evaluarea primară a pacientului critic traumatizat are ca obiectiv stabilirea nivelului de conștiență urmat de evaluarea funcțiilor vitale (ABC). AVPU – oferă premisele unei orientări rapide asupra situației.

Aprecierea stării de conștiență după scala AVPU:

Verificarea stării de conștiență se face adresându-i întrebări simple: Cum vă simțiți? Sunteți bine? Ce vă supără? Cum vă cheamă? sau solicitări de genul: Deschideți ochii!

- **A – alert.** Un pacient pe care-l clasificați ca fiind alert este capabil să răspundă coerent la întrebări. Exemplu: Cum vă numiți? Unde vă aflați? Ce dată este azi? Deci un pacient care răspunde la aceste întrebări este conștient, alert, orientat în timp și spațiu.
- **V – verbal.** În această categorie se află pacienții care răspund la stimulii verbali, chiar dacă ei reacționează doar la stimuli verbali foarte puternici.
- **P – pain (durere).** Un pacient care răspunde la stimuli dureroși.
Răspunde la stimuli durerii:
 1. Compresia în regiunea sternului
 2. Compresia pavilionului urechii
 3. Compresia mușchiului trapezoid
- **U (unconscious) – Inconștient** – Nu răspunde la orice stimul.

Prelucrarea rezultatelor:

- Obțineți consimțământul informat
- Dacă pacientul este conștient și vorbește cu examinatorul – se califică drept „A”.
- Dacă pacientul nu este complet treaz, verificați răspunsul lui la vocea dumneavoastră sau la atingere – dacă pacientul răspunde, se califică drept V.
- Dacă pacientul nu este responsiv la voce sau atingeri, atunci se poate aplica un stimul dolor (strângerea trapezului) – dacă pacientul reacționează, se califică drept P.
- Pacienții, ce nu reacționează deloc, se califică drept U.

Interpretare:

Comparativ cu Glasgow Coma Scale (GCS), sa sugerat că clasificarea AVPU a vigilenței corespunde în felul următor:

- Alertă (A) = 15 GCS
- Voice Responsive (V) = 12 GCS
- Pain Responsive (P) = 8 GCS
- Inconștient / DOA (U) = 3 GCS

Scala spitalicească de anxietate și depresie (HADS)

<p>1. Simt o încordare, de parca nu sunt însumi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3- tot timpul ▪ 2- frecvent ▪ 1 - din când in când, câteodată ▪ 0 - nu simt deloc așa stare 	<p>2.Ceea ce îmi aducea plăcere, acum mă face să simt același lucru</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 – cu siguranță așa este ▪ 1 - probabil că așa este ▪ 2 - doar într-o măsură foarte mică, este așa ▪ 3 - nu este deloc așa
<p>3. Simt o frica, se pare că ceva teribil ar putea să se întâmple</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 - este cu siguranță așa, și frica este foarte mare ▪ 2 - da, este, dar frica nu este foarte mare ▪ 1 - uneori, dar nu mă deranjează ▪ 0 - deloc 	<p>4. Sunt în stare să râd și să văd într-un anumit eveniment un amuzament</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 - cu siguranță, așa este ▪ 1 - probabil că așa este ▪ 2 - doar într-o măsură foarte mică, este așa ▪ 3 - deloc nu sunt capabil
<p>5. În capul meu se învârt gânduri neliniștite</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 - în mod constant ▪ 2 - de cele mai multe ori ▪ 1 - din când în când și nu atât de des ▪ 0 - numai uneori 	<p>6. Simt buna dispoziție</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 – deloc ▪ 2 - foarte rar ▪ 1 – uneori ▪ 0 - aproape tot timpul
<p>7. Pot să mă așez cu ușurință si sa mă relaxez</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 - cu siguranță, așa este ▪ 1 - probabil că așa este ▪ 2 - doar ocazional, așa este ▪ 3 - Nu pot deloc 	<p>8. Mi se pare că am început să fac totul foarte încet</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 - aproape tot timpul ▪ 2 - de multe ori ▪ 1 – uneori ▪ 0 - deloc
<p>9. Simt tensiune interioară sau tremur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 – deloc ▪ 1 – uneori ▪ 2 - de multe ori ▪ 3 - foarte des 	<p>10. Nu am grija de aspectul meu</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 - cu siguranță, așa este ▪ 2 – Nu acord atât de mult timp cât e nevoie ▪ 1 - poate că am început să ofer mai puțin timp la moment ▪ 0 - mă ocup de mine în același mod ca și înainte
<p>11. Sunt neliniștit, de parca constant trebuie să mă mișc</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 - cu siguranță, așa este ▪ 2 - probabil că așa este ▪ 1 - doar într-o oarecare măsură, este așa ▪ 0 – deloc 	<p>12. Cred că acțiunile mele (ocupație, hobby-uri) îmi poate aduce un sentiment de satisfacție</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 - exact la fel ca de obicei ▪ 1 - da, dar nu în aceeași măsură ca înainte ▪ 2 - mult mai puțin decât de obicei ▪ 3 – nu este deloc așa

<p>13. Am câte un sentiment brusc de panică</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 - foarte des ▪ 2 - destul de des ▪ 1 - nu atât de des ▪ 0 - nu se întâmplă deloc 	<p>14. Mă pot bucura de o carte bună, de radio sau de program TV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 – adesea ▪ 1 – uneori ▪ 2 – rareori ▪ 3 - foarte rare
--	--

Prelucrarea rezultatelor

Scala este alcătuită din 14 puncte, care servesc 2 subscale:

- "Anxietate" (puncte impare - 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13)
- "Depresie" (puncte pare - 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

La fiecare afirmație corespund 4 variante ale răspunsului, care reflectă gradarea simptomului și sunt codificate prin creșterea severității simptomului de la 0 (absență) la 3 (severitate maximă).

Interpretarea rezultatelor

La interpretarea rezultatelor, se ia în considerare indicatorul total pentru fiecare subscala, cu trei zone ale valorilor sale:

- 0-7 - normă (absența simptomelor anxioase și depresive exprimate în mod autentic);
- 8-10 - anxietate / depresie subclinică,
- 11 și mai sus - anxietate / depresie exprimată clinic.

Evaluarea cognitivă MoCA (Montreal Cognitive Assessment Scale)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
 Versiunea în Limba Română Versiunea 7.1

NUME:
 Educație:
 Sex:

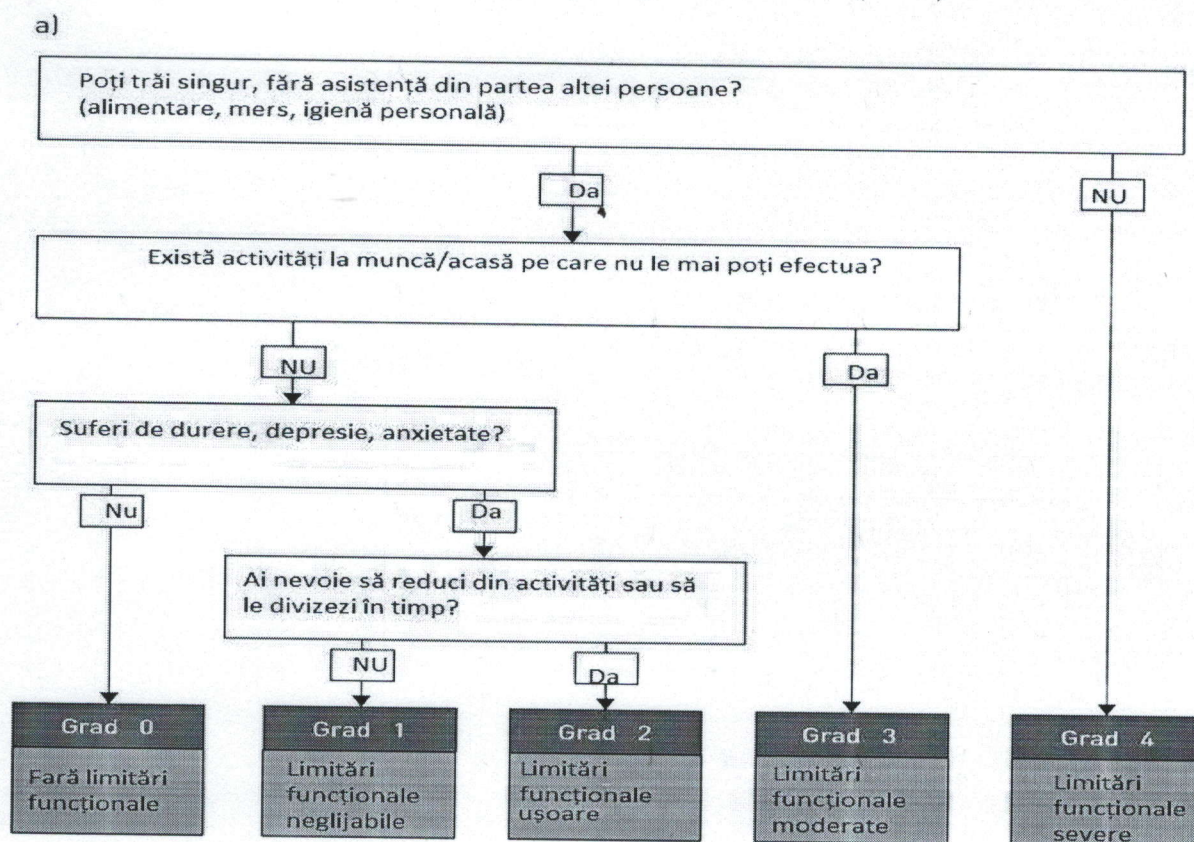
Data nașterii:
 DATA:

VIZUOSPAȚIAL / EXECUTIV							PUNCTE
<p style="text-align: center;">Copiați cubul</p>	<p style="text-align: center;">Desenați CEASUL (unsprezece și zece) [3 puncte]</p>						[] /5
DENUMIRE							[] /3
MEMORIE		FAȚA	CATIFEA	BISERICĂ	MARGARETĂ	ROȘU	FARA PUNCTE
Citiți lista cuvintelor, pacientul trebuie să le repete. Faceți 2 încercări, chiar dacă prima încercare este reușită. Testați reamintirea după 5 minute.							
ATENȚIE		Pacientul trebuie să le repete în ordine crescătoare: [] 2 1 8 5 4 Pacientul trebuie să le repete în ordine descrescătoare: [] 7 4 2					[] /2
MEMORIE		Citiți lista literelor. Subiectul trebuie să ridice mâna la fiecare literă A. Fără puncte dacă sunt ≥ 2 erori.					[] /1
ATENȚIE		Scăderi seriate de 7 începând de la 100. 4 sau 5 scăderi corecte: 3 puncte; 2 sau 3 corecte: 2 puncte; 1 corect: 1 punct; 0 corecte: 0 puncte.					[] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 /3
LIMBAJ		Repetați: Eu știu doar că Ion este cel care va ajuta astăzi. Pisica se ascunde întotdeauna sub canapea dacă sunt câini în cameră.					[] /2
ATENȚIE		Fluente / Numiți numărul maxim de cuvinte în 1 minut care încep cu litera F.					[] /1
ABSTRACTIZARE		Similitudine între ex. banană - portocală = fruct [] tren - bicicletă [] ceas - riglă					[] /2
REAMINTIRE		FAȚA	CATIFEA	BISERICĂ	MARGARETĂ	ROȘU	Puncte numai pentru reamintire
Trebuie să își reamintească cuvintele FARA INDICATII		[]	[]	[]	[]	[]	
OPTIONAL		Categorii indicate Alegere multiple indicate					FARA INDICATII /5
ORIENTARE		[] Data [] Luna [] Anul [] Ziua [] Locul [] Orașul					[] /6
© Z. Ivanciu și colab. Versiunea 7.1, tradusă în limba Română de Dr. Floarea-Petronela Cristian, www.mocaret.org		Normal ≥ 26/30			TOTAL: [] /30 Adăugați 1 punct dacă ≤ 12 ani educație		

WHO-DAS 2.0 (WHO Disability Assessments Schedule 2.0)

Întrebări/ Răspunsuri	<i>Nicicum</i>	<i>Ușor</i>	<i>Moderat</i>	<i>Sever</i>	<i>Extrem/Nu pot efectua</i>
Stați în picioare de lungă durată, de exemplu 30 de minute?	0	1	2	3	4
Aveți grijă de lucru casnic din gospodărie?	0	1	2	3	4
Învățați o nouă sarcină, de exemplu, învățați cum să obțineți un loc nou?	0	1	2	3	4
Cât de multă problemă ați avut în legătură cu activitățile comunitare (de exemplu, festivități, activități religioase sau alte activități) în același mod ca și oricine altcineva?	0	1	2	3	4
Cât de mult ați fost afectat emoțional de problemele dvs. de sănătate?	0	1	2	3	4
Vă concentrați mult să faceți ceva, de exemplu timp de 10 minute?	0	1	2	3	4
Mergeți pe o distanță lungă, cum ar fi un kilometru (sau echivalent) fără întrerupere?	0	1	2	3	4
Vă spălați pe tot corpul liber?	0	1	2	3	4
Vă puteți să îmbrăcați liber?	0	1	2	3	4
Des vă întâlniți cu oamenii pe care sunt străini pentru Dvs?	0	1	2	3	4
Greu să mențineți o prietenie cu cineva?	0	1	2	3	4
Aveți o muncă de zi cu zi?	0	1	2	3	4
SCORUL WHO-DAS pentru Dizabilitate					

Scala Status funcțional post COVID-19 (PCFS)



Testul de mers 6 minute. 6MWT

Testul de mers 6 minute măsoară distanța parcursă în metri de un pacient în acest interval de timp. Persoana examinată este rugată să meargă timp de 6 min pe un plan plat, în ritmul propriu fără impuneri de viteză.

Testarea are loc într-o locație cu acces rapid pentru acordarea primului ajutor. În camera unde se efectuează testul trebuie să fie oxigen, nitroglicerină sublingual, aspirină, salbutamol, și acces la o linie telefonică. Dacă pacientul are indicații de oxigenoterapie cronică, oxigenul se administrează conform prescripției.

Contraindicații ale testului de mers 6 minute:

- Angina instabilă sau infarct miocardic în luna anterioară testului
- Frecvența cardiac de repaus >120 bpm (tahicardie de repaus)
- Tensiune arterial sistolică >188 mm Hg
- Tensiune arterial diastolică >100 mm Hg

Testul se întrerupe dacă apare angina, dispnee severă sau claudicația intermitentă!

Interpretarea rezultatelor testului.

Rezultatele se compară cu valoarea prezisă pentru vârsta, sexul și înălțimea pacientului. Dacă distanța parcursă este sub cea prezisă, se poate afirma că există o toleranță redusă la efort.

- pentru bărbați: valoarea testului (m) = $867 - (5,71 \times \text{vârsta} - \text{ani}) + (1,03 \times \text{înălțime} - \text{cm})$
- pentru femei: valoarea testului (m) = $525 - (2,86 \times \text{vârsta} - \text{ani}) + (2,71 \times \text{înălțime} - \text{cm}) - (6,22 \times \text{IMC})$

FIȘĂ PACIENT – TEST DE ȘASE MINUTE

Numele și prenumele cadrului medical: _____

Funcția: _____

Nume și prenume pacient: _____

F.O. Nr: _____ Data efectuării testului: _____

Sex: M F Vârsta: _____ Rasa: _____ Înălțime: _____ cm

Greutate: _____ kg T.A: _____ / _____

Medicație administrată înainte de test (doza și ora): _____

Oxigen suplimentar în timpul testului: Nu, Da, _____ L/min, tip _____

La sfârșitul testului

Timpul ____ : ____ : ____

A.V. _____

Dispnee _____ (Scala Borg)

Scala MRC _____ SaO2 _____ % _____ %

S-a oprit în timpul celor 6 minute? Nu, Da, motivul: _____

Simptomatologie apărută la sfârșitul testului: angină, vertij, durere la nivelul coapsei, genunchi, membru inferior.

Distanța parcursă în 6 minute: _____ m

Procentual: _____ %

Comentarii: Interpretarea testului (inclusiv comparația cu un test de șase minute anterior unde este cazul):

Chestionarul Sănătate Pacientului (PHQ 9)

EVALUAREA RAPIDĂ A DEPRESIEI, CONFORM PHQ-9

Pentru diagnostic prezumptiv

1. Pacientul completează Evaluarea rapidă a depresiei conform chestionarului PHQ-9;
2. Dacă în cele două coloane din dreapta sunt cel puțin 4 semne (x) (inclusiv la întrebările #1 și #2), suspectați o tulburare depresivă. Calculați scorul pentru a-i determina severitatea.
3. **Suspectați o tulburare depresivă majoră** dacă în cele două coloane din dreapta sunt cel puțin 5 semne (↓) (unul dintre care corespunde întrebărilor #1 și #2);

Suspectați o altă tulburare depresivă dacă în cele două coloane din dreapta sunt de la 2 la 4 semne (↓) (unul dintre care corespunde întrebărilor #1 și #2).

Notă: Dat fiind faptul că chestionarul se bazează pe auto-raportarea din partea pacientului, toate răspunsurile urmează a fi verificate de către clinician, iar diagnosticul definitiv se va face în baza unui temei clinic, ținând cont de măsura în care pacientul a înțeles chestionarul, precum și de alte informații relevante, furnizate de pacient.

Diagnostic de Tulburare depresivă majoră sau Altă tulburare depresivă implică, de asemenea, perturbarea funcționalității sociale, ocupaționale sau în alte sfere și excluderea unui doliu normal, unei istorii de Episod maniacal (tulburare afectivă bipolară) și o tulburare fizică, tratament medicamentos sau alte medicamente ca și cauză biologică a simptomelor depresive.

Pentru a monitoriza severitatea de-a lungul timpului la pacienții nou-diagnosticați sau la pacienții ce urmează tratament curent pentru depresie:

1. Pacienții pot completa la domiciliu chestionarele la început și la intervale regulate de timp (de exemplu, la fiecare 2 săptămâni) și le pot aduce la următoarea întâlnire pentru a calcula scorul, sau pot completa chestionarul la fiecare întâlnire programată.
2. Puneți semne (↓) pe coloane. Pentru fiecare semn (↓) bifat
 „Câteva zile” = 1 punct „Mai mult de jumătate din zile” = 2 puncte „Aproape în fiecare zi” = 3 puncte
3. Adăugați scorurile de la toate coloanele pentru a obține un scor TOTAL.
4. Utilizați Fișa de scoruri a PHQ-9 pentru a interpreta scorul TOTAL.
5. Rezultatele pot fi incluse în dosarele pacienților pentru a vă ajuta evaluarea eficienței tratamentului, estimarea răspunsului terapeutic, precum și în alegerea intervențiilor terapeutice.

Chestionarul sănătății pacientului (PHQ-9)

NUMELE: _____ DATA: _____

În ultimele 2 săptămâni, cât de des ați fost deranjat de una din problemele de mai jos?

(utilizați "J" pentru a indica răspunsul Dvs.)

	Lipsește	Câteva zile	Mai mult de jumătate din zile	Aproape în fiecare zi
1. Interes sau plăcere redusă de a face ceva				
2. V-ați simțit indispus, deprimat sau fără speranță				
3. Adormiți greu sau nu puteți dormi, ori dormiți prea mult				
4. Vă simțiți obosit sau lipsit de energie				
5. Poftă scăzută sau excesivă de mâncare				
6. Gândiți rău despre sine – sau credeți că sunteți un ratat ori că ați permis căderea dvs. ori a familiei				
7. Aveți probleme de concentrare asupra lucrurilor, așa ca citirea ziarelor sau vizionarea televizorului				
8. Vă mișcați sau vorbiți atât de lent, încât persoanele din jur au putut remarca acest lucru. Sau dimpotrivă - sunteți atât de neastâmpărat sau agitat, încât vă mișcați mult mai mult, decât de obicei				
9. Vă vin gânduri că mai bine ați muri sau de auto-vătămare				
Adăugați scorul coloanelor <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>				
<i>(Pentru specialistul în sănătate: pentru a interpreta TOTALUL, utilizați fișa de scoruri)</i>	TOTAL:			
10. Dacă ați bifat anumite probleme, în ce măsură aceste probleme au făcut <i>dificilă</i> realizarea lucrului, preocuparea de lucrurile de acasă sau relațiile cu alte persoane	Defel dificil _____ Întrucâtva dificil _____ Foarte dificil _____ Extrem de dificil _____			

FIȘA DE SCORURI PHQ-9 PENTRU EVALUAREA SEVERITĂȚII DEPRESIEI

destinată pentru specialiștii în sănătate mintală

Calcularea scorului – adăugați toate casetele marcate în PHQ-9

Pentru fiecare bifare (↓): Lipsește = 0 puncte; Câteva zile = 1 punct;

Mai mult de jumătate din zile = 2 puncte; Aproape în fiecare zi = 3 puncte.

Interpretarea scorului total

Scor total	Severitatea depresiei
0 - 4 puncte	Lipsește
5 - 9 puncte	Ușoară
10 - 14 puncte	Moderată
15 - 19 puncte	Moderat severă
20 - 27 puncte	Severă

Scala Tulburare de Anxietate Generalizată (GAD 7)

Pe parcursul <u>ultimelor 2 săptămâni</u> , cât de des v-ați simțit deranjat/ă de următoarele probleme?	Defel	Câteva zile	Mai mult de jumătate din zile	Aproape în fiecare zi
1. Vă simțeați nervos, anxios sau la limită	0	1	2	3
2. Nu puteați înceta sau controla îngrijorarea	0	1	2	3
3. Îngrijorare prea mare în privința diferitor lucruri	0	1	2	3
4. Dificultate de a vă relaxa	0	1	2	3
5. Erați atât de agitat, că cu greu puteați sta pe loc	0	1	2	3
6. Vă enervați și vă iritați ușor	0	1	2	3
7. Simțeați frica că vi s-ar putea întâmpla ceva strașnic	0	1	2	3

Scorul total:

= Adăugați
coloanele

_____ + _____ + _____

Dacă ați bifat anumite probleme, în ce măsură aceste probleme au făcut dificil pentru dumneavoastră lucrul, treburile casnice sau relațiile cu alte persoane?

Defel

Întrucâtva dificil

Foarte dificil

Extrem de dificil

Interpretarea scorului

Scor total	Interpretare
≥10	Este posibil diagnostic tulburare de anxietate generalizată; de confirmat printr-o evaluare ulterioară
5	Tulburare de anxietate ușoară
10	Tulburare de anxietate moderată
15	Tulburare de anxietate severă

Chestionar privind comportamentele suicidale, versiunea revizuită SBQ-R

Examinarea de către medicul Psihiatru și/sau medicul Generalist

Numele pacientului _____

Data vizitei _____

Instrucțiuni: Vă rugăm să bifați cifra de lângă afirmația sau expresia care vi se potrivește cel mai bine.

1. V-ați gândit sau ați încercat vreodată să vă puneți capăt vieții? (bifați doar o variantă de răspuns)

- 1. Niciodată
- 2. A fost doar un scurt gând trecător
- 3a. Am avut cel puțin o dată planul de a-mi lua viața dar n-am încercat s-o fac
- 3b. Am avut cel puțin o dată planul de a-mi lua viața și chiar doream să mor
- 4a. Am încercat să-mi iau viața, dar nu doream să mor
- 4b. Am încercat să-mi iau viața și chiar speram să mor

2. Cât de des v-ați gândit să vă puneți capăt vieții în ultimul an? (bifați doar o variantă de răspuns)

- 1. Niciodată
- 2. Rar (1 dată)
- 3. Uneori (2 ori)
- 4. Deseori (3-4 ori)
- 5. Foarte des (5 sau mai multe ori)

3. Ați spus vreodată cuiva că aveți intenția de a comite suicid sau că s-ar putea să faceți acest lucru? (bifați doar o variantă de răspuns)

- 1. Nu
- 2a. Da, o dată, dar nu doream cu adevărat să mor
- 2b. Da, o dată, și chiar doream cu adevărat să mor
- 3a. Da, de mai multe ori, dar nu doream să fac acest lucru
- 3b. Da, de mai multe ori și chiar doream să fac acest lucru

4. În ce măsură este probabil ca dvs. să faceți o încercare de suicid într-o bună zi? (bifați doar o variantă de răspuns)

- 0. Niciodată
- 1. Nici o șansă
- 2. Destul de improbabil
- 3. Improbabil
- 4. Probabil
- 5. Destul de probabil
- 6. Foarte probabil

SURSE INFORMATIVE PENTRU PACIENȚI

- GHID PENTRU PREVENIREA INFECTIEI
https://msmps.gov.md/sites/default/files/ghid_practic_print.pdf
- INFORMAȚII PENTRU PACIENȚI SUPT ÎN RECUPERAREA ȘI GESTIONAREA SIMPTOMELOR CA URMARE A COVID-19
<https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/12/Ghid-2-reabilitare-FINAL.pdf>
- RECOMANDĂRI PENTRU DEZVOLTAREA DEPRINDERILOR DE AUTOÎNGRIJIRI ÎN FAZA DE REABILITARE DUPĂ COVID-19
<https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/09/Recomand%C4%83ri-pentru-dezvoltarea-deprinderilor-de-auto%C3%AEngrijire-%C3%AEn-perioada-de-reabilitare-dup%C4%83-COVID-19.pdf>
- РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПОДДЕРЖКИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ БОЛЕЗНИ, ВЫЗВАННОЙ COVID-19
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333288/WHO-EURO-2020-855-40590-54572-rus.pdf>
- GHIDUL PRIVIND ALIMENTAȚIA SĂNĂTOASĂ ȘI ACTIVITATEA FIZICĂ PENTRU PERSOANELE AFLATE ÎN REGIM DE CARANTINĂ SAU AUTOIZOLARE LA DOMICILIU
https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/08/Ghid-alimentatie_act.fizica_COVID-19.pdf

Bibliografie

1. World Health Organization. THE LATEST ON THE COVID-19 GLOBAL SITUATION & LONG-TERM SEQUELAE. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/risk-comms-updates/update54_clinical_long_term_effects.pdf?sfvrsn=3e63eee5_8 (accesat 1.07.2021)
2. World Health Organization. COVID-19 Clinical management Living guidance 25 January 2021.
3. Pan American Health Organization (PAHO). World Health Organization (WHO). Rehabilitation considerations during the COVID-19 outbreak. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52035/NMHMHCVID19200010_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y
4. Barker-Davies RM, O'Sullivan O, Senaratne KPP, et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *British Journal of Sports Medicine* 2020;54:949-959.020
5. Jiménez-Pavón D, Carbonell-Baeza A, Lavie CJ. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. *Prog Cardiovasc Dis.* 2020;63(3):386-388. doi:10.1016/j.pcad.2020.03.009
6. Ministry of Health and Allied Health Aotearoa New Zealand. 2020. Guidance for the rehabilitation of people with or recovering from COVID-19 in Aotearoa New Zealand. Wellington: Ministry of Health and Allied Health Aotearoa New Zealand. 2020.
7. British Society of Rehabilitation Medicine. Rehabilitation in the wake of Covid-19. A phoenix from the ashes. BSRM, 2020. www.bsr.org.uk/downloads/covid19bsrmissue1-published-27-4-2020.pdf (accest 30.06.2021)
8. Berteanu Mihai, Cintează Delia, Bighea Adrian. Protocol de medicină fizică și de reabilitare post-Covid-19. Monitorul Oficial, Partea I, nr. 439 din 26 aprilie 2021, Ministerul Sănătății, București, România, 2021.
9. Временные методические рекомендации. "Медицинская реабилитация при новой коронавирусной инфекции (COVID-19)", Версия 2 от 31.07.2020. https://minzdrav.midural.ru/uploads/28052020_Preg_COVID-19_v1.pdf
10. Zhao HM, Xie YX, Wang C; Chinese Association of Rehabilitation Medicine; Respiratory Rehabilitation Committee of Chinese Association of Rehabilitation Medicine; Cardiopulmonary Rehabilitation Group of Chinese Society of Physical Medicine and Rehabilitation. Recommendations for respiratory rehabilitation in adults with coronavirus disease 2019. *Chin Med J (Engl).* 2020;133(13):1595-1602. doi:10.1097/CM9.0000000000000848
11. Royal College of Occupational Therapists. Guidance: A quick guide for occupational therapists - Rehabilitation for people recovering from COVID-19 (2020) <https://www.rcot.co.uk/sites/default/files/Quick%20guide%20for%20OTs%20People%20recovering%20from%20COVID-19.pdf>
12. Royal Dutch Society for Physiotherapy 2020. KNGF position statement: Physiotherapy recommendations in patients with COVID-19. Amersfoort, Netherlands: KNGF. <https://www.kngf.nl/kennisplatform/guidelines>