



11.07. 2011

Nr. 569

Cu privire la aprobarea Listei indicatorilor calității asistenței medicale

În scopul îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale și implementării unor mecanisme de evaluare obiectivă a nivelului calității serviciilor prestate, în temeiul prevederilor Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 397 din 31 mai 2011,

ORDON:

1. Se aprobă Lista indicatorilor calității asistenței medicale, conform anexei.
2. Se stabilește, că Lista indicatorilor calității asistenței medicale:
 - 1) va servi drept bază de date în procesul de elaborare a indicatorilor calității asistenței medicale la nivel de instituții, servicii, subdiviziuni;
 - 2) se va actualiza periodic, cel puțin o dată la 3 ani, în funcție de tendințele înregistrate în dinamica indicatorilor de sănătate și de obiectivele stabilite în documentele de politici în domeniul sănătății, trasate pentru perioada respectivă.
3. Centrul Național de Management în Sănătate:
 - 1) va elabora și înainta spre aprobare mecanismul de monitorizare și evaluare a indicatorilor calității asistenței medicale;
 - 2) va selecta, din Lista indicatorilor calității asistenței medicale, aprobată prin prezentul ordin, și înainta anual Ministerului Sănătății, spre aprobare, lista de indicatori relevanți pentru a fi monitorizați pe parcursul anului următor, în baza rezultatelor analizei indicatorilor de sănătate monitorizați în anul în curs.
4. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare vor asigura familiarizarea cu prevederile prezentului ordin a personalului din subordine, în special a membrilor Consiliilor Calității, în vederea implementării eficiente a indicatorilor calității asistenței medicale în cadrul instituțiilor.
5. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” va asigura elaborarea și implementarea curriculei privind crearea și monitorizarea indicatorilor calității asistenței medicale și va organiza, în cadrul Școlii de Management în Sănătate, Catedrelor de profil, instruirea masteranzilor, rezidenților, cadrelor medicale în domeniul vizat.
6. Direcțiile Ministerului Sănătății, Centrul Național de Management în Sănătate, Centrul Național de Sănătate Publică, specialiștii principali de profil ai Ministerului Sănătății, în limita competențelor sale funcționale, vor acorda suport consultativ-metodic instituțiilor medico-sanitare din republică în procesul de implementare a indicatorilor calității asistenței medicale.
7. Controlul executării prezentului ordin mi-l asum.

Viceministru

Gheorghe ȚURCANU

Lista indicatorilor calității asistenței medicale

Nr d/o	Denumirea indicatorului
1. Hipertensiunea arterială (HTA)	
1.	% pacienților cărora li s-a măsurat TA sistolică/diastolică la o evaluare de rutină cel puțin odată în ultimul an
2.	% pacienților cu diagnostic de HTA aflați la supravegherea medicului de familie
3.	% pacienților cu diagnostic de HTA școlarizați
4.	% pacienților cu HTA care au vizitat medicul de familie cel puțin anual
5.	% pacienților cu HTA cărora li s-au efectuat cel puțin 5 din următoarele teste de laborator la precizarea diagnosticului (sumar de urină, glicemie, potasiu, creatinină serică, colesterol sau trigliceride)
6.	% pacienților cu HTA care au documentată o evaluare inițială a cel puțin doi itemi din fiecare grup la momentul celei de-a treia vizite: <i>antecedente: istoric familial sau personal de cardiopatie ischemică prematură, DZ, hiperlipidemie tratament sau abuz de substanțe: fumat, abuz de alcool, medicamente care pot cauza HTA (contraceptive orale, decongestionanți nazali, ciclosporină, IMAO, antidepresive triciclice și eritropoietină)</i> <i>examinare fizică: examinarea fundului de ochi, a zgomotelor cardiace, pulsului arterial periferic, sistemului neurologic</i>
7.	% pacienților cu HTA gradul 1 care primesc medicație ce poate cauza HTA și care au renunțat (cel puțin temporar) înainte de inițierea medicației antihipertensive
8.	% pacienților hipertensivi internați în staționar, pe parcursul ultimelor trei luni, cărora, în mod documentat, li s-a oferit o instruire privind factorii modificabili de risc cardiovascular, în cadrul școlii pacientului hipertensiv
9.	% pacienților cu valori medii ale TA sistolice > 140 mm Hg și/sau TA diastolice > 90 mm Hg, măsurate în 3 ocazii diferite, și cărora li s-a documentat diagnosticul de HTA în fișa de evaluare
10.	% pacienților cu diagnostic nou de HTA gradul 1-3 care au documentate 3 măsurări ale TA, în 3 ocazii diferite, cu o medie a TA sistolice > 140 mm Hg și/sau TA diastolice > 90 mm Hg
11.	% pacienților cu HTA gradul 1-2 care au primit, ca tratament de primă intenție, consiliere pentru modificarea stilului de viață documentat pentru cel puțin o măsură (<i>scăderea în greutate pentru persoane obeze/creșterea activității fizice la persoane sedentare/dieta cu conținut scăzut de sodiu/reducerea consumului de alcool pentru persoanele care consumă alcool în mod regulat</i>) înaintea inițierii tratamentului antihipertensiv
12.	% pacienților cu HTA gradul 1-2 a căror TA nu s-a modificat după 6 luni de modificare a stilului de viață și care au primit medicație
13.	% pacienților cu HTA și DZ care au primit ca tratament de primă intenție un inhibitor de enzimă de conversie, blocant al canalelor de calciu sau diuretic tiazidic
14.	% pacienților cu HTA cu valori constante ale TA sistolice>160 și TA diastolice>90 pentru o perioadă>6 luni și cărora li s-a modificat doza sau regimul de medicamente antihipertensive sau au primit consiliere repetată referitor la modificarea stilului de viață
15.	% pacienților cu HTA gradul 3 care au primit medicație hipertensivă
16.	% pacienților decedați cu HTA din cei supravegheați conform protocolului pe parcursul ultimelor 6 luni.
17.	% copiilor care la trei determinări succesive au valori ale TA>95 din percentila corespunzătoare vârstei și la care s-a efectuat o examinare completă pentru HTA
18.	% copiilor >3 ani, cărora li s-a măsurat TA la o evaluare de rutină cel puțin odată în ultimul an
19.	% adolescenților cu vârste cuprinse între 14 și 18 ani la care există documentare în legătură cu istoricul părinților sau bunicilor de boala arterelor coronare, boala vasculară periferică, boala cerebrovasculară sau moarte subită la o vârstă ≤55 ani
20.	% copiilor cu HTA confirmată, măsurată în 3 ocazii diferite și cărora li s-a documentat de către medicul de familie diagnosticul de HTA
21.	% copiilor cu HTA juvenilă aflați la supravegherea medicului de familie
22.	% copiilor cu HTA juvenilă, care au vizitat medicul de familie cel puțin anual
23.	% copiilor cu HTA, gradul 2 și 3 care primesc medicație antihipertensivă și sunt evaluați corect de către medicul de familie
24.	% copiilor hipertensivi, care sunt spitalizați, pe parcursul ultimelor trei luni, cărora, în mod documentat, li s-a oferit o instruire privind factorii modificabili de risc cardiovascular, în cadrul școlii pacientului hipertensiv
2. Accidentul vascular cerebral (AVC)	
1.	Proporția pacienților din grupul de risc, cărora pe parcursul unui an, în mod documentat, li s-a oferit informație privind factorii de risc în dezvoltarea AVC, de către medicul de familie
2.	% pacienților cu AVC sau AIT cărora li s-a efectuat o evaluare a riscului cardiovascular/riscului de AVC, în ultimile 12 luni, de către medicul de familie/medicul specialist din ambulator
3.	% pacienților cu AVC la care TA măsurată în ultimile 12 luni avea valoarea ≤150/90 mmHg
4.	% pacienților cu AVC care au un examen de colesterol total efectuat în ultimele 12 luni
5.	% pacienților cu AVC la care colesterolul efectuat în ultimile 12 luni avea valoarea < 200 mg/dl
6.	Proporția pacienților cu diagnostic clinic de AVC sau AIT pentru care este înregistrată valoarea glicemiei
7.	Proporția pacienților cu diagnostic clinic de AVC sau AIT pentru care este înregistrată presiunea arterială
8.	% pacienților nou descoperiți cu AVC sau AIT care au fost trimiși la un nivel superior pentru investigații suplimentare
9.	% pacienților cu AVC ischemic sau istoric de AIT care primesc tratament antiagregant sau anticoagulant (<i>dacă nu au</i>

	<i>contraindicație)</i>
10.	% pacienților cu AIT cu risc înalt care au examen imagistic și tratament efectuate pînă la 24 de ore de la internare
11.	Rata spitalizării pacienților, aflați în evidență cu HTA la medicul de familie, pentru AVC
12.	Durata aflării în secția de internare a pacientului cu AVC
13.	Proporția pacienților cărora li s-a efectuat un examen CT sau RMN la 24 ore de la internare
14.	Proporția pacienților care sunt spitalizați într-o unitate de stroke nu mai tîrziu de 48 de ore de la internarea în spital
15.	Proporția pacienților cu AVC ischemic, afibrilație atrială la care tratamentul antiagregant a fost inițiat nu mai tîrziu de 48 de ore de la internare
16.	Proporția pacienților cu AVC și fibrilație atrială la care terapia anticoagulantă este inițiată nu mai tîrziu de 2 săptămîni de la spitalizare
17.	Proporția pacienților evaluați precoce pentru disfagie în vederea determinării riscului de aspirație și a severității disfuncției de înghițire nu mai tîrziu de 24 ore de la internare
18.	% pacienților cu AVC evaluați de medicul fizioterapeut/medic de recuperare, nu mai tîrziu de 48 de ore de la internare, în vederea clarificării tipului, duratei și momentului inițierii fizioterapiei.
19.	Proporția pacienților cărora li s-a efectuat o evaluare a riscului nutrițional nu mai tîrziu de 48 de ore de la internare
20.	Proporția pacienților cărora li s-a efectuat un examen Doppler echografic al arterelor carotide nu mai tîrziu de 96 ore de la internare
21.	Proporția pacienților cărora li s-a efectuat un examen CT angiografic al arterelor carotide nu mai tîrziu de 96 ore de la internare
22.	Proporția pacienților reinternati în spital în primele 28 de zile de la externare pentru AVC
23.	Rata complicațiilor cu întoarcere “neplanificată” a pacientului cu AVC, într-o unitate de terapie intensivă
24.	Rata reîntoarcerii neplanificate a pacientului cu AVC, într-o unitate de terapie intensivă stratificată pe durate de timp: < 24 ore, > 24 ore dar ≤ 48 ore, > 48 ore dar ≤ 72 ore, >72 ore
25.	% pacienților cu AVC ischemic sau AIT cu tratament antiagregant și/sau anticoagulant și cu istoric de ulcer peptic/hemoragie digestivă superioară cărora li se administrează concomitent inhibitori de pompă de protoni
26.	% pacienților fumători cu AIT sau AVC nou descoperit care au fost consiliați pentru stoparea fumatului înainte de externare
27.	% pacienților fumatori cu AIT sau AVC nou descoperit care au primit suport psihologic pentru stoparea fumatului
28.	Proporția pacienților care au decedat pînă la 30 de zile de la internare pentru AVC
29.	Dezvoltarea programelor de educație medicală continuă în unitățile de stroke/neurologie generală pentru personalul calificat și necalificat
30.	% pacienților cu AVC ischemic sau AIT cărora li se inițiază tratament anticoagulant și care au efectuat INR la 96 ore de la prima administrare
31.	% pacienților cu AVC ischemic sau AIT cu tratament anticoagulant și care au efectuat INR la fiecare 4-6 săptămîni
	3. Trauma cranio-cerebrală (TCC)
1.	Proporția pacienților cu TCC care sunt spitalizați în primele 6 ore
2.	Proporția pacienților cu TCC care sunt spitalizați în primele 24 ore
3.	Proporția pacienților cu TCC care sunt spitalizați după 24 ore
4.	Durata aflării în secția de internare a pacientului cu TCC
5.	Proporția pacienților cu TCC evaluați de către neurochirurg, chirurg, traumatolog, pediatru timp de 24 de ore de la internare
6.	Proporția pacienților cu TCC cărora li s-a efectuat un examen ECOEG, radiografia, neurosonografia, USG transcranială, USG organelor interne, CT sau RMN timp de 24 ore de la internare
7.	Rata reîntoarcerii în sala de operație după intervenții neurochirurgicale în TCC
8.	Rata reîntoarcerii neplanificate a pacientului cu TCC într-o unitate de terapie intensivă, stratificată pe durate de timp: < 24 ore, > 24 ore, dar ≤ 48 ore, > 48 ore dar ≤ 72 ore, >72 ore
9.	% infecțiilor postoperatorii
10.	Rata reîntoarcerii neplanificate a pacientului cu TCC în spital
11.	Rata mortalității întraspitalicești după TCC.
	4. Cardiopatia ischemică
1.	% pacienților adulți cu cardiopatie ischemică care au efectuat cel puțin un profil lipidic în ultimele 12 luni
2.	% pacienților adulți cu cardiopatie ischemică care au prescrisă terapie hipolipemiantă
3.	% pacienților adulți cu cardiopatie ischemică care au nivel controlat al colesterolului LDL (<100 mg/dl)
4.	% pacienților adulți cu cardiopatie ischemică care folosesc tratament cu aspirină sau alt antitrombotic
5.	%pacienților adulți cu cardiopatie ischemică care au TA în limite normale la ultima examinare (< 140/90 mmHg)
6.	% pacienților nou diagnosticați cu cardiopatie ischemică cărora li s-a efectuat o ECG repetată în maxim 3 luni de la diagnostic
7.	% pacienților nou diagnosticați cu angină pectorală stabilă cărora li s-a efectuat testul de efort pînă la 3 luni de la diagnostic
8.	% pacienților, în vîrstă de 40-75 ani, cărora li s-a efectuat angiografie coronariană la max 4 săptămîni de la efectuarea testului de efort pozitiv
9.	% pacienților <75 ani internați pentru angină pectorală instabilă care sunt monitorizați ECG permanent
10.	% pacienților <75 ani internați pentru angină instabilă care au enzimele cardiace (troponina și/sau creatinfosfokinaza-MB) măsurate peste fiecare 8 ore în primele 24 de ore de la internare
11.	% pacienților < 75 ani internați pentru angină pectorală instabilă cărora li se repetă ECG la 12-36 ore după internare
12.	% pacienților internați pentru angină instabilă, care au și o maladie concomitentă (<i>IM în antecedente, bloc de ramură stîngă pe ECG de repaus, cardiomegalie obiectivă, insuficiență cardiacă</i>) și care au măsurată fracția de ejeție ventriculară în timpul spitalizării
13.	% pacienților cu diagnostic de angină pectorală instabilă la externare, care au efectuat un test de efort sau angiografie coronariană înainte de externare (<i>cu excepția celor care au contraindicație pentru revascularizare sau au efectuat o angiografie coronariană în ultimii doi ani de la testul de efort</i>)

14.	% pacienților <75 ani internați pentru angină instabilă, care au angină de repaus >5 minute, asociată cu modificări ischemice ale segmentului ST și care au primit beta-blocante pînă la 4 ore de la internare (<i>dacă nu au contraindicații la beta-blocante</i>)
15.	% pacienților fumatori nou diagnosticați cu boală coronariană cărora li s-a efectuat consiliere pentru stopare fumat
16.	% pacienților <75 ani cu boală coronariană (<i>boală coronariană cu afectare a 3 vase și FEVS <45%</i>) care nu au contraindicație pentru revascularizare și cărora li s-a efectuat angioplastie percutană sau bypass coronarian, pînă la o lună de la angiografia coronariană.
5. Infarctul miocardic acut (IMA)	
1.	% pacienților cu IMA cărora li s-a efectuat ECG cu 12 trasee la etapa prespitalicească
2.	% apelurilor la AMU, care au fost asistate de către o echipă AMU cu defibrilator
3.	Durata medie de așteptare în secția de internare a pacientului cu IMA
4.	% pacienților cu IMA cărora li s-a efectuat ECG timp de max. 10 min, de la sosirea la spital
5.	% pacienților cu IMA cărora li s-a efectuat analiza sîngelui la fermenții cardiospecfici la spitalizare
6.	% pacienților eligibili cu IMA, cu supradenivelare ST, care au primit terapie de reperfuzie coronariană (tromboliză)
7.	Durata medie “ușă-ac” pentru tromboliză
8.	% pacienților cu IMA cărora li s-a efectuat procedura primară de angioplastie percutană coronariană, pînă la max 90 de minute de la sosirea la spital
9.	% pacienților cu IMA cărora li se administrează heparină sau LMWH pe durata spitalizării
10.	% pacienților cu IMA cărora li se administrează clopidogrel pe durata spitalizării
11.	rata pacienților cu IMA, cu supradenivelare ST, eligibili pentru reperfuzie coronariană și care o primesc
12.	% pacienților cu IMA cărora li se opresc antagoniștii canalelor de calciu la externare
13.	% pacienților cu IMA cărora li se prescrie clopidogrel la externare
14.	% pacienților cu IMA care primesc consiliere pentru modificarea stilului de viață (alimentație, consum de alcool, fumat, activitate fizică) în timpul internării în spital
15.	% pacienților care primesc bilet de trimitere la reabilitare cardiovasculară
16.	Durata medie de spitalizare pentru IMA
17.	Rata de reinfarct în staționar
18.	Rata mortalității intraspitalicești pentru IMA
19.	% pacienților <75 ani cu IMA care dezvoltă o complicație postinfarctică pînă la 8 săptămîni de la debut (<i>test de efort la risc înalt/insuficiență cardiacă recentă/FEVS stîngă <0.45/regurgitare mitrală recentă/defect septal ventricular recent/tahicardie ventriculară persistentă sau fibrilație ventriculară apărută la >48 de ore de la debutul IMA, angina de repaus >15 min sau șoc</i>)
20.	% pacienților cu IMA care au efectuat o vizită la medic în primele 30 de zile de la externare
21.	% pacienților cu IMA care au primit aspirină după externare
22.	% pacienților cu IMA cărora li s-a prescris sistematic o rețetă cu beta-blocante
23.	% pacienților cu IMA cărora li s-a prescris sistematic o rețetă cu inhibitori de enzimă de conversie sau antagoniști ai receptorilor angiotensinei (sartani)
24.	Rata mortalității la 30 zile după IMA
25.	Rata mortalității la 1 an după IMA
26.	Rata de internare la 1 an datorată IMA repetat
27.	Rata de internare la 1 an după debutul IMA datorată insuficienței cardiace congestive
28.	Rata de internare repetată, pe parcursul primului an după IMA, datorată anginei instabile
29.	Rata mortalității perioperatorii pentru pacienții cu bypass coronarian
30.	% pacienților cu bypass coronarian care au primit antibioticoterapie profilactică
31.	Rata reîntoarcerii în secția de terapie intensivă a pacienților cu IMA
32.	Rata reîntoarcerii în sala de operație după proceduri de angioplastie percutană
33.	Rata reîntoarcerii în sala de operație după proceduri de bypass coronarian
34.	% pacienților cu tromboză venoasă profundă sau tromboembolism pulmonar după bypass coronarian
6. Insuficiența cardiacă	
1.	Proporția pacienților cu insuficiență cardiacă care au efectuat ecocardiografie la inițierea tratamentului în ambulator
2.	Proporția pacienților care sunt clasificați conform scalei NYHA la prima vizită la specialistul din ambulator/prima externare din spital
3.	% pacienților nou diagnosticați cu insuficiență cardiacă care au la momentul diagnosticului un istoric documentat care cuprinde prezență sau absența următoarelor: <i>IM vechi sau boala cardiacă/simptome curente de disconfort toracic sau angină/istoric de HTA/istoric de DZ/medicație curentă/consum de alcool</i>
4.	% pacienților nou diagnosticați cu insuficiență cardiacă care în termen de o lună de la momentul diagnosticului au documentate: <i>radiografia toracică/ECG/hemoleucograma completă/NA, K și bicarbonat seric/creatinina serică/sumarul de urină</i>
5.	% pacienților spitalizați pentru simptomatologie de insuficiență cardiacă care au la momentul internării documentate: <i>greutatea/examenul pulmona/examenul cardiac/examenul abdominal/examenul extremităților inferioare</i>
6.	% pacienților care au fost spitalizați pentru insuficiență cardiacă și care au efectuat o vizită de reevaluare la 4 săptămîni de la externare
7.	% pacienților care au fost spitalizați pentru insuficiență cardiacă și cărora li s-a documentat la vizita de reevaluare următoarele: <i>greutatea/examenul pulmona/examenul cardiac/examenul abdominal/examenul extremităților inferioare</i>
8.	% pacienților care au fost spitalizați pentru insuficiență cardiacă și cărora în termen de 4 săptămîni de la externare li s-a efectuat determinarea potasiului și creatininei serice
9.	Proporția pacienților cu disfuncție ventriculară stîngă (FEVS≤40%) care sunt tratați/care încep tratamentul/pentru care se încearcă tratamentul cu IECA/sartani după prima vizită la specialistul din ambulator

10.	Proporția pacienților cu disfuncție ventriculară stângă (FEVS≤40%) care sunt tratați cu betablocante după vizita la specialistul din ambulator
11.	Proporția pacienților cu disfuncție ventriculară stângă (FEVS≤35%) care sunt tratați cu antagoniști de aldosteron după vizita la specialistul din ambulator
12.	Proporția pacienților cu disfuncție ventriculară stângă (FEVS≤40%) care încep un program individualizat de exerciții fizice cu un medic reabilitolog în staționar, nu mai târziu de 12 săptămîni de la internare/inițierea tratamentului în ambulator sau care sunt îndreptați către un serviciu de recuperare local după consultarea cu un medic reabilitolog în staționar
13.	Proporția pacienților cu disfuncție ventriculară stângă reinternati pînă la 4 săptămîni de la externare/prima vizită/control în serviciul specializat de ambulator
14.	% pacienților cu diagnostic de insuficiență cardiacă care au fost tratați cu medicație specifică și care cel puțin la fiecare doi ani au documentat fracția de ejeție ventriculară
15.	% pacienților spitalizați pentru simptomatologie de insuficiență cardiacă care au la 24 de ore de la internare documentate electroliții serici și creatinina serică
16.	% pacienților cu diagnostic de insuficiență cardiacă și FEVS<40% care nu au contraindicații pentru inhibitori de enzimă de conversie și cărora li s-a administrat inhibitor de enzimă de conversie
17.	% pacienților cu diagnostic de insuficiență cardiacă, care au început tratamentul cu un inhibitor de enzimă de conversie și cărora li s-a efectuat o evaluare a potasiului seric, în decurs de o săptămîină de la inițierea tratamentului
18.	% pacienților cu diagnostic de insuficiență cardiacă care primesc tratament cu un inhibitor de enzimă de conversie și cărora li s-a efectuat evaluarea potasiului și creatininei serice în fiecare an
19.	% pacienților cu diagnostic de insuficiență cardiacă cărora le-a fost marită doza de diuretic și cărora li s-a efectuat o evaluare a potasiului seric în decurs de o săptămîină de la modificarea dozei de diuretic
20.	% pacienților cu diagnostic de insuficiență cardiacă cărora li s-a inițiat terapia medicamentoasă și care au fost consiliați nutrițional în termen de o lună de la înțierea tratamentului medicamentos
21.	Rata mortalității la 1 an de la externare a pacienților cu disfuncție ventriculară stângă/inițierea tratamentului în ambulatoriul de specialitate
22.	% copiilor cu ICC de cauză cardiacă cu spitalizări frecvente în ultimul an
23.	% copiilor cu ICC de cauză cardiacă care sunt cuantificați conform clasificării NYHA/Ross, sunt evaluați conform protocolului clinice către medicul de familie
24.	% copiilor cu ICC care primesc tratamentul necesar cu IECA, diuretice (la necesitate și beta AB, digoxină).
7. Fibrilația atrială (FA)	
1.	% pacienților care au fost diagnosticați cu FA și cărora li s-a documentat consumul de alcool/droguri stimulante, la momentul prezentării
2.	% pacienților care au fost diagnosticați cu FA și cărora li s-a documentat valoarea TSH pînă la o săptămîină de la prezentare
3.	% pacienților care au fost diagnosticați cu FA și cărora li s-a documentat o radiografie toracică în primele 24 de ore de la prezentare
4.	% pacienților <65 ani cu unul sau mai mulți factori de risc pentru AVC, cu FA cu o durată >48 ore, fără contraindicație pentru medicație anticoagulantă, cărora li s-a administrat medicație anticoagulantă
5.	% pacienților ≥65 ani, cu FA cu o durată >48 ore, fără contraindicație pentru medicație anticoagulantă, cărora li s-a administrat medicație anticoagulantă
6.	% pacienților <65 ani, cu unul sau mai mulți factori de risc pentru AVC, cu FA cronică și contraindicație/refuz pentru medicație anticoagulantă, cărora li s-a administrat aspirină
7.	% pacienților ≥65 ani, cu FA cronică și contraindicație/refuz pentru medicație anticoagulantă, cărora li s-a administrat aspirină
8.	% pacienților cu FA, care nu au contraindicații pentru medicație anticoagulantă, cărora li s-a inițiat tratamentul anticoagulant pînă la o lună de la un nou AVC ischemic sau embolic, sau un nou AIT
9.	% pacienților, cu FA cu o durată >48 ore, cărora li se efectuează cardioconversie chimică sau electrică electivă (programată) și care au primit medicație anticoagulantă cu cel puțin 3 săptămîni înainte de cardioconversie
10.	% pacienților cu FA care au primit medicație anticoagulantă pentru cel puțin 4 săptămîni după cardioconversie (<i>cu excepția contraindicațiilor pentru anticoagulare</i>)
11.	% pacienților cu fibrilație atrială care au început terapia anticoagulantă și cărora li s-a efectuat o evaluare a INR-ului pînă la o săptămîină de la administrarea primei doze
12.	% pacienților cu fibrilație atrială care primesc tratament anticoagulant și cărora li s-a efectuat o evaluare a INR cel puțin la fiecare 3 luni
8. Malformațiile cardiace congenitale (MCC)	
1.	% de gravide (din grupa de risc), cărora li s-a efectuat screening-ul (ecocardiografia fetală) în scopul depistării antenatale a MCC la făt
2.	% copiilor cu MCC diagnosticați în prima lună de viață.
3.	% pacienților cu MCC care sunt supravegheați conform recomandărilor din protocoalele clinice de către medicul de familie pe parcursul unui an
4.	% pacienților cu MCC cărora li s-a efectuat tratamentul intervențional sau chirurgical la momentul oportun (pînă la apariția complicațiilor ireversibile), pe parcursul unui an
5.	% pacienților cu suspexie la MCC, cărora li s-au efectuat examenele clinice și paraclinice obligatorii, conform recomandărilor din protocoalele clinice, în scopul confirmării diagnosticului, pe parcursul unui an
6.	% pacienților cu MCC, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor din protocoalele clinice, pe parcursul unui an
7.	% pacienților cu MCC care sunt supravegheați de către medicul de familie conform recomandărilor din protocoalele clinice pe parcursul unui an
8.	% pacienților cu MCC neoperați la care au survenit complicații (ICC, HTPA, EB) pe parcursul unui an

9.	% copiilor cu MCC complexe care necesită examinări suplimentare (CT, RMN, cateterism cardiac ș. a.) în vederea confirmării diagnosticului și tacticii de tratament ulterior.
10.	% copiilor cu MCC care au decedat postoperator (în primele 30 zile după intervenție chirurgicală) pe parcursul unui an
11.	% copiilor cu MCC operați care au dezvoltat complicații după chirurgie cardiacă
12.	% copiilor cu MCC cu reinternări frecvente de diverse cauze (MCC grad înalt de complicitate, infecții, alte maladii intercurrente) în secții specializate
13.	% copiilor care au decedat prin MCC pe parcursul unui an.
9. Cancerul glandei mamare	
1.	% pacientelor la care s-a depistat un nodul mamar palpabil și cărora li s-a efectuat cel puțin una din următoarele proceduri (mamografie/ecografie mamară/biopsie/aspirație cu ac fin)
2.	% pacientelor la care a fost depistat un nodul mamar la două examinări separate și cărora li s-a efectuat fie biopsie/fie aspirație cu ac fin, până la 6 luni de la ultima examinare
3.	% femeilor, cu vîrsta cuprinsă între 40-70 ani, cărora li s-a efectuat mamografie bilaterală, pentru depistarea precoce a cancerului de sîn în ultimii doi ani
4.	% pacientelor la care s-a depistat un nodul mamar palpabil și cărora li s-a efectuat cel puțin una din următoarele proceduri (mamografie/echografie mamară/biopsie/aspirație cu ac fin) până la 3 luni de la diagnostic
5.	% pacientelor la care a fost depistat un nodul mamar la două examinări separate și cărora li s-a efectuat fie biopsie, fie aspirație cu ac fin sau echografie mamara pînă la 3 luni de la ultima examinare
6.	% pacientelor care au prezentat una din următoarele circumstanțe (<i>mamografia sugerează un proces malign/nodulul palpabil nu are aspect chistic la ecografia mamară</i>) și cărora li s-a efectuat biopsie sau aspirație cu ac fin pînă la 6 săptămîni de la notificarea circumstanțelor
7.	% pacientelor la care aspirația cu ac fin nu a putut infirma malignitatea și cărora li s-a efectuat biopsie pînă la 6 săptămîni de la rezultatul aspirației
8.	% pacientelor cu cancer de sîn stadiul I sau II, cărora li s-a oferit posibilitatea alegerii între mastectomie radicală modificată și chirurgie conservativă a sînului (cu excepția prezentei contraindicațiilor pentru chirurgie conservativă)
9.	% pacientelor care au beneficiat de chirurgie conservativă și care au început radioterapia pînă la 6 săptămîni de la finalizarea ultimei proceduri la sîn sau a chimioterapiei dacă pacienta necesită chimioterapie adjuvantă
10.	% femeilor >50 ani cu cancer de sîn cu ganglioni limfatici pozitivi, care au primit una din următoarele terapii adjuvante: chimioterapie combinată (mai mult de un medicament pentru o perioadă de ≥ 2 luni) sau Tamoxifen (20 mg/zi ≥ 2 ani)
11.	% femeilor cu istoric de cancer de sîn cărora li s-a efectuat anual o mamografie
12.	% femeilor diagnosticate cu cancer de sîn în ultimii 5 ani cărora li s-a efectuat un examen clinic al sînului în ultimile 6 luni
13.	% femeilor diagnosticate cu cancer de sîn în ultimii 5 ani cărora li s-a efectuat un examen clinic al sînului în ultimul an.
10. Cancerul pulmonar	
1.	Proporția pacienților care au un diagnostic complet la 28 de zile de la îndreptarea către oncolog
2.	Proporția pacienților operați în termen de 42 de zile de la momentul diagnosticării complete
3.	Proporția pacienților operați în termen de 14 zile de la data acceptării continuării tratamentului (trimitere la chirurg)
4.	Proporția pacienților la care se inițiază chimioterapie în termen de 14 zile de la data acceptării continuării tratamentului (trimitere la chimioterapie)
5.	Proporția pacienților la care s-a inițiat chimioterapie în termen de 42 de zile de la momentul diagnosticării complete
6.	Proporția pacienților la care se inițiază radioterapie în termen de 14 zile de la data acceptării continuării tratamentului (trimitere la chimioterapie)
7.	Proporția pacienților la care s-a inițiat radioterapie în termen de 42 de zile de la momentul diagnosticării complete
8.	Proporția pacienților la care există concordanță între stadializarea cTNM și pTNM
9.	Proporția pacienților la care s-a practicat chirurgie radicală (rezecție)
10.	<p>% pacienților, fără cancer diagnosticat în antecedente, care au prezentat o masă tumorală (≥ 3 cm) pe radiografia pulmonară sau CT și, care în termen de două luni de la examinarea imagistică inițială, au una din următoarele concluzii documentate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CT toracic cu noduli multipli; • citologie malignă a sputei (expectorata sau lavaj bronhoscopic) • rezultatul pozitiv pentru cancer al citologiei la aspirația cu ac fin din tumoră • rezultatul pozitiv pentru cancer la examenul histopatologic al ganglionului limfatic • rezultatul pozitiv pentru cancer al biopsiei pulmonare • rezultatul operator care indică rezecția chirurgicală a tumorii
11.	<p>% pacienților, fără cancer diagnosticat în antecedente, cu nodul solitar (<3 cm) pe radiografia pulmonară sau CT și, care în termen de două luni de la examinarea imagistică inițială, au una din următoarele concluzii documentate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rezultatul radiologiei pulmonare sau al CT toracic cu pînă la doi ani în urma examinării imagistice prezente care relevă un nodul de aceeași dimensiune în aceeași locație • rezultatul radiologiei pulmonare sau al CT toracic relevă un nodul care prezintă calcificări central, difuze, punctiforme sau laminare • rezultatul examenului CT care arată o radiodensitate >160 unități Hounsfield • CT toracic cu noduli multipli; • citologie malignă a sputei (expectorată sau lavaj bronhoscopic) • rezultatul pozitiv pentru cancer al citologiei la aspirația cu ac fin din tumoră • rezultatul pozitiv pentru cancer la examenul histopatologic al ganglionului limfatic • rezultatul pozitiv pentru cancer al biopsiei pulmonare • rezultatul operator care indică rezecția chirurgicală a tumorii

12.	% pacienților cu cancer pulmonar, fără celule mici, cărora li s-au efectuat următoarele investigații, cu până la 3 luni anterior rezecției pulmonare: <i>- evaluarea funcției pulmonare fie prin spirometrie/scintigrafie cantitativă de ventilație/scintigrafie cantitativă de perfuzi, ECG</i>
13.	% pacienților cu cancer pulmonar, fără celule mici stadiul I sau II, cărora li s-a efectuat rezecție pulmonară (pneumectomie, lobectomie sau segmentomie) în termen de până la 6 săptămâni de la diagnostic, cu excepția notificării următoarelor: <i>- VEMS1 <40%</i> <i>- Volumul ventilator maxim <50%</i> <i>- pCO2 > 45 mm Hg în sângele arterial;</i> <i>- perfuzie ≤ 0.8 litri în plămînul contralateral la examenul scintigrafic de perfuzie cantitativă</i> <i>- documentarea în fișa pacientului că acesta prezintă un “risc înacceptabil” pentru operație</i>
14.	% pacienților cu cancer pulmonar, fără celule mici stadiul I sau II, cărora li s-a efectuat radioterapie a toracelui în termen de pînă la 6 săptămîni de la diagnostic (≥5000 cGy)
15.	% pacienților cu cancer pulmonar, fără celule mici stadiul III, cu status de performanță pozitiv, cărora li s-a efectuat una din următoarele intervenții, în termen de pînă la 6 săptămîni de la diagnostic: <i>- toracotomie cu rezecția chirurgicală a tumorii, radioterapie toracică, chimioterapie</i>
16.	% pacienților cu cancer pulmonar, fără celule mici stadiul IV, cu status de performanță pozitiv, cărora li s-a efectuat chimioterapie în termen de pînă la 6 săptămîni de la diagnostic
17.	% pacienților cu cancer pulmonar, fără celule mici stadiul IV, cu metastaze cerebrale documentate imagistic (CT sau RMN) și cărora li s-a efectuat una din următoarele intervenții, în termen de pînă la 2 săptămîni de la examenul imagistic: <i>radioterapie cerebrală, rezecție chirurgicală a metastazei, chirurgie stereotactică</i>
18.	% pacienților cu cancer pulmonar, cu celule mici limitat, cărora li s-a oferit terapie oncologică combinată (radioterapie ≥5,000 cGy și chimioterapie, în termen de pînă la 6 săptămîni de la diagnostic
19.	% pacienților cu cancer pulmonar, cu celule mici extins, cărora li s-a oferit chimioterapie, în termen de pînă la 6 săptămîni de la diagnostic
20.	% pacienților cu cancer pulmonar, cu celule mici, cu metastaze cerebrale documentate imagistic (CT sau RMN) și cărora li s-a efectuat una din următoarele intervenții, în termen de pînă la 2 săptămîni de la examenul imagistic: <i>radioterapie cerebrală, chimioterapie</i>
21.	% pacienților cu cancer pulmonar, cu celule mici, cu dureri osoase și examen imagistic de confirmare, cărora li s-a efectuat una din următoarele intervenții, în termen de pînă la 3 săptămîni de la prezentarea la medic pentru durere (cu excepția administrării anterioare): <i>- chimioterapi, radioterapie locala în regiunea dureroasă</i>
22.	Proporția supraviețuitorilor la un an de la data stabilirii diagnosticului
23.	Proporția supraviețuitorilor la doi ani de la data stabilirii diagnosticului
24.	Proporția supraviețuitorilor la cinci ani de la data stabilirii diagnosticului
25.	Proporția supraviețuitorilor la 30 de zile după operație
26.	Proporția supraviețuitorilor la un an după operație
27.	Proporția supraviețuitorilor la doi ani după operație
28.	Proporția supraviețuitorilor la cinci ani după operație
11. Cancerul de col uterin (cervical)	
1.	% femeilor pentru care există documentată data și rezultatul ultimului examen Babes-Papanicolau (BP)
2.	% femeilor care nu au avut un examen BP în ultimii trei ani și care au fost trimise pentru efectuarea examenului BP (excepție virgo, histerectomie pentru indicație benignă)
3.	% femeilor cu anomalii severe ale examenului BP, care au colposcopie efectuată , în termen de 3 luni de la examenul BP
4.	% femeilor, care prezintă leziuni de severitate joasă (ASCUS or LGSIL), cărora li s-a recomandat examen BP repetat, în termen de 6 luni de la data examinării BP inițiale
5.	% femeilor cu examen BP (ASCUS or LGSIL) și anormalități, documentate în cel puțin 2 examene BP, într-o perioadă de 2 ani, cărora li s-a efectuat colposcopie.
6.	% femeilor cu istoric de displazie cervicală sau carcinomă-în-situ, care nu au avut un examen BP în ultimul an și care au fost trimise pentru efectuarea examenului BP
12. Cancerul colorectal	
1.	<i>Persoane cu risc înalt de cancer de colon:</i> % pacienților care au una sau mai multe rude de gradul I cu cancer colorectal în antecedente și cărora li s-a oferit cel puțin unul din testele de screening pentru cancer de colon, începînd cu vîrsta de 40 de ani (testul de diagnosticare a sîngelui occult în fecale/sigmoidoscopie/colonoscopie/clister cu dublu contrast)
2.	% pacienților cu risc înalt de cancer colorectal (datorat bolii inflamatorii intestinale >10 ani/cancerului de colon ereditar nonpolipos/polipozei adenomatoase familiale) care au documentată o discuție refritoare la riscul de cancer colorectal, riscurile și beneficiile screeningului
3.	<i>Risc mediu, persoane asimptomatice:</i> % pacienților cărora li s-au extirpat toți polipii, care au dimensiuni >1 cm și/sau histologie adenomatoasă, în termen de 6 luni de la depistare
4.	% pacienților cărora li s-a efectuat biopsia polipilor colonici, descoperiți la sigmoidoscopia de screening la momentul examinării
5.	% pacienților cărora li s-a efectuat o colonoscopie de reevaluare la 3 ani de la rezecția polipilor adenomatoși
6.	% pacienților pentru care s-a efectuat o endoscopie intervențională pentru polipi colonici și pentru care s-au documentat următoarele: <i>- dacă s-a efectuat biopsie sau s-a procedat la rezecția completă a polipilor</i>

	- localizarea tuturor polipilor care au fost rezecțai endoscopic -tipul polipilor: sesili sau pedunculati
7.	% pacienților cu sigmoidoscopie de screening pozitivă, cărora li s-a efectuat o colonoscopie diagnostică
8.	% pacienților cu test pozitiv pentru depistarea sîngelui ocult în fecale, cărora li s-a efectuat o colonoscopie diagnostică, în termen de 6 luni de la rezultatul testului de screening
9.	% pacienților care au refuzat efectuarea screeningului prin sigmoidoscopie sau clister cu dublu contrast și li s-a efectuat un test pentru depistarea sîngelui ocult în fecale
10.	% persoanelor cu vîrste cuprinse între 50 și 80 de ani, cărora li s-a efectuat cel puțin unul din următoarele teste de screening: test pentru depistarea sîngelui ocult în fecale (cu excepția celor care au testul efectuat în ultimii doi ani); sigmoidoscopie (cu excepția celor care au testul efectuat în ultimii cinci ani); colonoscopie (cu excepția celor care au testul efectuat în ultimii zece ani); clister cu dublu contrast (cu excepția celor care au testul efectuat în ultimii cinci ani)
11.	% pacienților cărora li s-a efectuat colectomie pentru cancer colorectal și care au documentat în fișa de evaluare faptul, că una din următoarele investigații a fost efectuată în ultimile 12 luni (colonoscopie sau clismă baritată cu sigmoidoscopie)
12.	% pacienților diagnosticați cu polip malign, care au beneficiat de rezecție largă, în termen de 6 săptămîni de la diagnostic, în condițiile în care raportul de colonoscopie relevă, că polipul nu a fost excizat complet/marginile sunt pozitive/infiltratul venos sau limfatic este prezent/gradul histologic este 3 sau slab diferențiat
13.	% pacienților cărora li s-a efectuat polipectomie pentru polip malign și care ulterior au beneficiat de colonoscopie de reevaluare, în termen de 6 luni de la polipectomie
14.	% pacienților diagnosticați cu cancer de colon fără metastaze, cărora li s-a efectuat colonectomie extinsă cu anastomoză, în termen de 6 luni de la diagnostic
15.	% pacienților cu colonectomie extinsă pentru care este documentată prezența “marginilor negative” în raportul histopatologic final
16.	% pacienților cu cancer de colon în stadiul III, cărora li s-a efectuat chimioterapie adjuvantă, care include un regim cu 5FU la >21 zile și <6 săptămîni de la intervenția chirurgicală
17.	% pacienților diagnosticați clinic cu cancer rectal stadiul I, cărora li s-a efectuat una din următoarele proceduri chirurgicale: rezecție anterioară joasă, rezecție abdominală perineală/excizie locală profundă, în termen de 6 săptămîni de la diagnostic
18.	% pacienților diagnosticați clinic cu cancer rectal stadiul II sau III, cărora li s-a efectuat una din următoarele proceduri chirurgicale: rezecție anterioară joasă, rezecție abdominală perineală, în termen de 6 săptămîni de la diagnostic
19.	% pacienților cu cancer rectal, stadiul II sau III (ex. histopatologic), cărora după intervenția chirurgicală li s-a administrat radioterapie postoperatorie a pleviului 45-55 Gy cu chimioterapie adjuvantă, care include un regim cu 5FU >4 săptămîni și <12 săptămîni, de la intervenția chirurgicală
20.	% pacienților cu cancer rectal, cărora li s-a administrat radioterapie preoperatorie a pelvisului la <6 săptămîni de la diagnostic
21.	% pacienților cu cancer rectal, cărora li s-a administrat chimioterapie care include un regim cu 5FU la <6 săptămîni de la diagnostic
22.	% pacienților cu cancer rectal care efectuează chimioterapie, care include un regim cu 5FU și cărora li s-a efectuat o hemoleucogramă completă la <48 de ore, înaintea administrării primei doze la fiecare ciclu
23.	% pacienților cu cancer rectal care efectuează chimioterapie, care include un regim cu 5FU și care au prezentat < 48 de ore înaintea administrării: leucocite < 2000 sau stomatită, care face imposibilă alimentarea, sau diaree cu >7 scaune pe zi
24.	% pacienților cu cancer colorectal în stadiul I, II sau III, care sunt reevaluați cel puțin o dată la 6 luni, în primii 3 ani de la intervenția inițială
25.	% pacienților cu cancer colorectal în stadiul I, II sau III, cărora li s-a efectuat o colonoscopie sau clister cu dublu contrast, în termen de 1 an de la intervenția chirurgicală
26.	% pacienților cu cancer colorectal în stadiul I, II sau III, cărora li s-a efectuat o colonoscopie sau clister cu dublu contrast, la 3 ani de la intervenția chirurgicală și la fiecare 5 ani după aceea.

13. Cancerul de prostată

1.	% pacienților fără istoric de cancer în antecedente, care la o examinare imagistică au prezentat modificări osoase, care sugerează metastaze și cărora li s-a efectuat, în decurs de 2 săptămîni de la rezultatul examenului imagistic, un tușeu rectal și o dozare a PSA
2.	% pacienților nou diagnosticați cu cancer de prostată care nu au avut efectuată o dozare a PSA în ultimile trei luni și cărora li s-a efectuat dozarea PSA în termen de o lună de la diagnostic sau înaintea începerii tratamentului
3.	% pacienților nou diagnosticați cu cancer de prostată, cu valori ale PSA >10 mg/ml, cărora li s-a efectuat o scintigrafie osoasă în termen de o luna de la examenul de laborator sau înaintea începerii tratamentului
4.	% pacienților >60 ani cu cancer de prostată minimal (stadiul O/A1), cărora nu li s-a oferit niciuna din aceste alternative terapeutice (<i>orhiectomie bilaterală/analogi LHRH, terapie antiandrogenică, prostatectomie radicală, radioterapie</i>)
5.	% pacienților >65 ani cu cancer de prostată localizat (stadiul I, II/A2 și B), cărora li s-a efectuat prostatectomie radicală sau radioterapie în termen de 3 luni de la diagnostic
6.	% pacienților cu cancer de prostată metastazat (stadiul IV/D), cărora li s-a oferit cel puțin una din următoarele alternative de tratament antiandrogenic, în următoarele trei luni de la stadializare (<i>orhiectomie bilaterală/analogi LHRH, terapie antiandrogenică</i>)
7.	% pacienților cu cancer de prostată, cărora li s-a efectuat orhiectomie și pentru care este documentată prescrierea tratamentului cu analogi LHRH sau terapie antiandrogenică, în termen de 12 luni înainte de tratamentul chirurgical
8.	% pacienților cu cancer de prostată și cu durere lombară acută, cărora li s-a efectuat, în termen de 24 de ore de la debutul simptomatologiei sau cu pînă la 3 luni înainte, una din următoarele investigații (<i>CT de coloană fără modificări blastice sau litice osoase, sau fracturi de compresie/mielograma CT/RMN de coloană</i>)
9.	% pacienților cu cancer de prostată, cu diagnostic imagistic (RMN/mielograma CT) de compresie medulară, cărora li s-a oferit, în termen de pînă la 24 de ore de la diagnosticul imagistic, una din următoarele alternative terapeutice (radioterapie a coloanei cu o doză între 3000 cGy și 4500 cGy, timp de 2-4 săptămîni/laminectomie de decompresie)
10.	% pacienților cu cancer de prostată, cu diagnostic imagistic (RMN/mielograma CT) de compresie medulară, cărora li s-a oferit cel puțin 4 mg dexametazonă IV, înaintea examenului imagistic sau în termen de o oră de la finalizarea acestuia, urmată de o

	readministrare i.v. sau per os, la fiecare 6 ore, pentru cel puțin 3 zile
	14. Durerea în cancer
1.	% pacienților cu metastaze osoase care au documentată o evaluare a prezenței sau absenței durerii, cel puțin odată la 6 luni
2.	% pacienților cu cancer care au durere refractară și cărora li s-a oferit o ajustare a managementului durerii, pînă la 24 de ore de la solicitare
3.	% pacienților cu metastaze osoase dureroase, fără raspuns sau intoleranți la terapia analgetică cu narcotice, cărora li s-a oferit pînă într-o săptămînă de la notificarea durerii una din următoarele: <i>radioterapie la locul durerii/ terapie cu stronțiu radioactiv</i>
4.	% pacienților cu chimioterapie emetogenă cărora li s-a oferit concomitent antiemetice corespunzătoare (ex. blocante HT5)
	15. Tuberculoza
1.	% persoanelor din grupul de risc pentru TBC supuse unui examen R-grafic al cutiei toracice în ultimele 6 luni
2.	Proporția cazurilor de tuberculoză precoce depistate în AMP
3.	Rata abandonului tratamentului în rîndul pacienților cu tuberculoză
4.	Rata pacienților cu tuberculoză investigați HIV, din incidența globală
5.	Incidența caz nou de tuberculoză la copii
6.	Incidența meningitei tuberculoase la copii
	16. Pneumonia comunitară
1.	% pacienților cu simptome de pneumonie (<i>tuse și dispnee/durere toracică pleurală în ultimile 2 săptămîni</i>), cărora la prezentare li s-a documentat: - dacă tusea este/nu este productivă - prezența sau absența afecțiunilor concomitente (<i>prezența sau absența, în ultimii doi ani, a cel puțin 3 din următoarele afecțiuni: pulmonare, cardiace, renale, hepatice, diabet sau disfuncții imunologice</i>) - prezența sau absența simptomelor IACRS (<i>durere în gît, faringită, rinoree, strănut, cogestie nazală, rinoree purulentă, cefalee</i>)
2.	% pacienților cu simptome de pneumonie (<i>tuse și dispnee/durere toracică pleurală în ultimile 2 săptămîni</i>) cărora la prezentare li s-a documentat: temperatura, rata respirațiilor, pulsul și examenul pulmonar
3.	% pacienților cu simptome de pneumonie (<i>tuse și dispnee/durere toracică pleurală în ultimile 2 săptămîni</i>) și semne obiective de pneumonie (<i>cel puțin un semn în ultimile 2 săptămîni: febră, tahicardie, tahipnee, raluri, condensare pulmonară</i>) cărora li s-a efectuat radiografie pulmonară la prezentare
4.	% pacienților cu simptome, semne obiective și suspiciune de revărsat pleural pe radiografia toracică, cărora li s-a efectuat la prezentare o radiografie toracică în decubit lateral sau o ecografie pentru evaluarea volumului revărsatului pleural
5.	% pacienților >60 de ani cu simptome, semne obiective de pneumonie și boli asociate, cărora li s-a efectuat la prezentare formula leucocitară completă, Hb și Hct, electroliți serici, ureea și creatinina
6.	% pacienților internați cu simptome și semne obiective de pneumonie, cărora li s-a efectuat două hemoculturi ≤24 de ore de la internare
7.	% pacienților ≤60 ani diagnosticați cu pneumonie, fără etiologie bacteriologică cunoscută și fără alte comorbidități, care au fost tratați în ambulator cu macrolide (cu excepția persoanelor alergice la macrolide)
8.	%pacienților >60 ani diagnosticați cu pneumonie, fără etiologie bacteriologică cunoscută, cu alte comorbidități, care au fost tratați în ambulator cu cefalosporine de generația II-a
9.	% pacienților >60 ani diagnosticați cu pneumonie, fără etiologie bacteriologică cunoscută, cu alte comorbidități, care au fost tratați în ambulator cu trimetoprim-sulfametoxazol
10.	% pacienților >60 ani diagnosticați cu pneumonie, fără etiologie bacteriologică cunoscută, cu alte comorbidități, care au fost tratați în ambulator cu beta-lactami/combinații de inhibitori de beta-lactamază
11.	% pacienților internați cu pneumonie non-severă, fără etiologie bacteriologică cunoscută, care au fost tratați cu cefalosporine de generația a II-a sau a III-a
12.	% pacienților internați cu pneumonie non-severă, fără etiologie bacteriologică cunoscută, care au fost tratați cu beta-lactami/combinații de inhibitori de beta-lactamază
13.	% pacienților internați cu pneumonie severă (<i>cu cel puțin una din următoarele: rata respirației >30/min, ventilație mecanică, medicație vasopresoare >4 ore</i>), fără etiologie bacteriologică cunoscută, care au fost tratați cu macrolide și cefalosporine de generația a III-a, cu activitate anti-pseudomonas
14.	% pacienților cu pneumonie comunitară, cărora li s-a administrat tratament cu antibiotic 10-14 zile, cu excepția azitromicinei, care a fost administrată pentru 5 zile
15.	% pacienților care au fost spitalizați pentru pneumonie și care au fost reevaluați în termen de 6 săptămîni de la externare
16.	Proporția pacienților cu pneumonie comunitară, cărora li s-a administrat tratament cu antibiotic empiric optim în staționar, conform protocolului clinic
17.	% copiilor cu pneumonie comunitară cărora li s-a administrat tratament antibiotic din momentul stabilirii diagnosticului
18.	% copiilor cu pneumonie comunitară cărora li s-a administrat tratament antibiotic 10-14 zile
19.	% copiilor care au fost spitalizați cu pneumonie comunitară și care au fost reevaluați în termen de 4 săptămîni de la externare
20.	% copiilor care au fost spitalizați cu pneumonie comunitară și care au fost reevaluați pe parcursul unui an de la externare
21.	% copiilor cu simptome de pneumonie (<i>tuse și dispnee/durere toracică pleurală în ultimile 3 zile</i>) și semne obiective de pneumonie (<i>cel puțin un semn în ultimile 2 săptămîni: febră, tahicardie, tahipnee, raluri, condensare pulmonară</i>) cărora li s-a efectuat radiografie pulmonară la prezentare
22.	% copiilor cu simptome, semne obiective și suspiciune de revărsat pleural pe radiografia toracică, cărora li s-a efectuat la prezentare, o radiografie toracică în decubit lateral sau o ecografie pentru evaluarea volumului revărsatului pleural
23.	% copiilor cu simptome, semne obiective de pneumonie comunitară și boli asociate, cărora li s-a efectuat la prezentare formula leucocitară completă, Hb și Hct
24.	% copiilor diagnosticați cu pneumonie comunitară, fără etiologie bacteriologică cunoscută și fără alte comorbidități, care au fost tratați în ambulator cu amoxicilină (cu excepția copiilor alergici la amoxicilină)

25.	% copiilor diagnosticați cu pneumonie comunitară, fără etiologie bacteriologică cunoscută, cu alte comorbidități, care au fost tratați în ambulator cu cefalosporine de generația II-a
26.	% copiilor diagnosticați cu pneumonie comunitară, fără etiologie bacteriologică cunoscută, cu alte comorbidități, care au fost tratați în ambulator cu beta-lactami/combinații de inhibitori de beta-lactamază
27.	% copiilor cu pneumonie comunitară cărora li s-a administrat tratament cu antibiotic empiric optim în staționar conform PCN
28.	% copiilor cu pneumonie comunitară decedați în staționar
17. Bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC)	
1.	Proporția pacienților cu BPOC din ambulator pentru care este măsurat VEMS și înregistrat ca % cel puțin anual
2.	Proporția pacienților cu BPOC din ambulator care au fost interogați și care au documentat consumul de tutun cel puțin anual
3.	Proporția pacienților cu BPOC din ambulator pentru care IMC este calculat și înregistrat cel puțin anual
4.	% pacienților nou diagnosticați cu BPOC, care au fost consiliați pentru stoparea fumatului sau trimiși la un serviciu specializat de stopare a fumatului, în termen de 3 luni de la precizarea diagnosticului
5.	Proporția pacienților cu BPOC cărora li s-a efectuat ventilație non-invazivă pe perioada spitalizării pentru exacerbarea bolii
6.	% pacienților care au documentate antecedente referitoare la fumat, la momentul în care pacientul se prezintă pentru prima dată cu oricare din următoarele simptome (<i>tuse cronică >3 săptămîni, dificultate în respirație, dispnee de efort</i>)
7.	% pacienților care au documentat examenul pulmonar, la momentul în care pacientul se prezintă pentru prima dată cu oricare din următoarele simptome (<i>tuse cronică >3 săptămîni, dificultate în respirație, dispnee de efort</i>)
8.	% pacienților în tratament cu medicație bronhodilatatoare care au spirometrie efectuată (cu și fără bronhodilatatoare) în termen de 3 luni de la inițierea terapiei (<i>cu excepția celor care au spirometrie efectuată în ultimele 12 luni</i>)
9.	% pacienților în tratament cu medicație bronhodilatatoare care au una din următoarele investigații în termen de 6 luni înainte sau după inițierea terapiei (<i>hemoglobină, hematocrit, leucograma completă, gazometrie sangvină sau pulsoximetrie</i>)
10.	% pacienților care prezintă oricare din următoarele simptome (<i>Hct >55, cianoză sau cord pulmonar, documentat și VEMS <1 litru, la evaluarea spirometrică</i>) și cărora li s-a efectuat o gazometrie sangvină, în termen de trei luni de la notificarea acestora (<i>cu excepția pacienților, care au documentat PaO₂ <55 sau sunt în oxigenoterapie cronică la domiciliu</i>)
11.	% pacienților cu BPOC, care efectuează tratament medicamentos cronic cu teofilină sau beta-agoniști cu durată lungă de acțiune și cărora li se administrează concomitent ipratropium/tiotropium, cu excepția documentării intoleranței
12.	% pacienților cu BPOC exacerbată, care au documentate la momentul exacerbării următoarele (<i>medicația din ambulator pentru BPOC/informații referitoare la spitalizări anterioare/urgențe/vizite la secția de internare cu BPOC/prezența sau absența tusei/semne vitale-rata respirațiilor, pulsul, temperatura, tensiunea arterială /examinarea toracelui</i>)
13.	% pacienților internați cu exacerbarea BPOC care prezintă istoric de boală coronariană și cărora li s-a efectuat un examen ECG la 24 de ore de la internare
14.	% pacienților care se prezintă la secția de internare/internați în spital cu exacerbarea BPOC cu o rată a respirației >24, cărora li s-a administrat terapie bronhodilatatoare inhalatorie
15.	% pacienților care se prezintă la secția de internare/internați în spital pentru exacerbarea BPOC cu SaO ₂ <88% sau PO ₂ <55 mm Hg, cărora li se administrează oxigen suplimentar
16.	% pacienților care se prezintă la secția de internare cu exacerbarea BPOC și care au și o afecțiune concomitentă (<i>ischemie acută/pneumonie/ hipoxemie semnificativă SaO₂ <88% și PaO₂ <55 mm Hg</i>) și care sunt internați în spital
17.	Proporția pacienților cu BPOC din ambulator, cu nivelul 3 pe scala de dispnee MRC, care au fost trimiși către serviciul de recuperare pulmonară
18.	Rata mortalității la 30 de zile de la internare pentru pacienții cu BPOC internați cu exacerbarea bolii
18. Astmul bronșic	
1.	% pacienților care se prezintă cu o criză de astm bronșic și al căror consult cuprinde o evaluare completă a istoricului bolii (<i>debutul, medicația curentă, internări anterioare și prezentări la secția de internare/departamentul urgențe, episoade anterioare de insuficiență respiratorie datorate astmului bronșic</i>)
2.	% pacienților cu diagnostic de astm bronșic moderat/sever, cărora li s-a prescris tratament cu un beta2-agonist inhalator cu acțiune rapidă, pentru utilizare în tratamentul simptomatic al exacerbărilor la necesitate
3.	% pacienților cu diagnostic de astm bronșic moderat/sever, care au documentat primul examen de spirometrie sau debit expirator de vîrf (DEV/PEF), efectuat într-o perioadă de pînă la 6 luni de la diagnostic
4.	% pacienților care se prezintă la medic cu o exacerbare a astmului bronșic și cărora li se efectuează examinarea DEV/PEF/VEMS
5.	% pacienților cu diagnostic de astm bronșic cronic cărora li s-a efectuat spirometrie cel puțin odată la 2 ani
6.	% pacienților, în tratament cu corticosteroizi sistemici în ultimul an, cărora li s-au prescris și corticoizi inhalatori în aceeași perioadă
7.	% pacienților cu diagnostic de astm bronșic moderat/sever cărora li s-a prescris medicație betablocantă
8.	% pacienților cu DEV/PEF/VEMS1 <40% din valoarea inițială, după administrarea de beta2-agoniști, care sunt internați în spital
9.	% pacienților internați în spital cu exacerbarea astmului bronșic cărora li s-a măsurat saturația oxigenului (SaO ₂)
10.	% pacienților internați în spital care primesc corticosteroizi sistemici (per os sau i/v)
11.	% pacienților internați în spital pentru exacerbarea astmului bronșic și care au fost reevaluați în ambulator la 14 zile de la externare
12.	% copiilor >5 ani cu diagnostic de astm bronșic, care au documentat o evaluare inițială a spirometriei efectuată pînă la 6 luni de la diagnostic
13.	% copiilor >5 ani cărora li s-a măsurat DEV/PEF cel puțin o dată pe an
14.	% copiilor >5 ani cărora li s-a prescris beta2-agonist inhalator pentru tratamentul simptomatic al exacerbărilor
15.	% copiilor ≤5 ani cărora li se administrează medicamentele antiastmatice cu nebulizator (spacer)
16.	% copiilor care utilizează un beta2-agonist inhalator cu acțiune rapidă, mai mult de 3 ori/zi, zilnic și cărora li s-a prescris un bronhodilatator cu durată lungă de acțiune și/sau un antiinflamator inhalator
17.	% copiilor care necesită doze crescute de corticosteroizi inalatori, cărora li s-a monitorizat creșterea anual
18.	% copiilor cărora li s-a modificat medicația (<i>adăugat un medicament nou, doza curentă este scăzută sau crescută</i>) și care au avut o

	vizită de control pînă la 3 săptămîni de la modificare
19.	% copiilor spitalizați pentru o exacerbare a astmului bronșic, care au o vizită de control pînă la 14 zile de la externare
20.	% copiilor cu diagnostic de astm bronșic, care au documentată o evaluare a triggerilor atacului de astm bronșic (ex. poluare, exercițiu, alergenii) pînă la 6 luni de la diagnosticul inițial
21.	% copiilor cu astm bronșic care au documentate cel puțin două vizite la medicul de familie în ultimul an
22.	% copiilor prezentați la secția de internare cu o exacerbare a astmului bronșic, care au avut un control de reevaluare pînă la 72 ore
23.	% copiilor internați în spital pentru exacerbarea astmului bronșic, cărora li s-a măsurat saturația oxigenului (SaO ₂)
24.	% copiilor cu DEV/PEF/VEMS<40% din valoarea inițială după administrarea de beta2-agoniști, care sunt internați în spital
25.	% copiilor internați în spital care primesc corticosteroizi sistemici (per os sau i/v)
26.	% copiilor internați în decurs de 1 an, cu date de VEMS ameliorate cu 25-30 % la externare
27.	% copiilor cu exacerbarea astmului bronșic internați repetat în decurs de o lună
	19. IACR: Faringită acută/tonsilită acută
1.	% pacienților cu simptomatologie orofaringiană cărora li s-a documentat prezența sau absența febrei și a simptomelor nazale
2.	% pacienților cu faringită acută cărora li s-a efectuat testare diagnostică rapidă pentru streptococ
3.	% pacienților cu faringită acută care au unul din urmatoarele simptome (febră >38.5, exudat amigdalian, lipsa tusei, amigdale mărite în volum) și cărora li s-a efectuat testare diagnostică rapidă pentru streptococ
4.	% pacienților cu test streptococic rapid negativ, cărora li s-a efectuat o cultură din exudat în 24 de ore de la prezentarea la medic
5.	% pacienților diagnosticați cu Streptococ beta-hemolitic gr.A, Neiseria gonorrhoeae sau C.haemoliticum prin colorare Gram, fără cultură sau test rapid (<i>valoare cît mai mică</i>)
6.	% pacienților cu infecție streptococică (suspiciune sau diagnostic), cărora li s-a efectuat tratament cu penicilină (i.m sau oral) pentru 10 zile sau dacă pacientul este alergic la penicilină, s-a efectuat tratament cu eritromicină pentru 10 zile (<i>Cefalosporinele de generația I pot fi o opțiune acceptabilă la persoanele cu alergie documentată la penicilină</i>)
7.	% pacienților cu faringită acută cu test diagnostic rapid pentru streptococ pozitiv care au fost tratați cu antibiotic
8.	% pacienților care au avut ≥4 episoade de infecții streptococice documentate sau suspicionate în ultimul an și cărora li s-a prescris antibiotice rezistente la beta-lactamază și/sau antistafilococice
9.	% pacienților cu diagnostic de mononucleoză documentată prin teste serologice
	20. Rinită alergică
1.	% copiilor cu diagnostic de rinită alergică, pentru care este documentată investigația de laborator referitoare la depistarea alergenului specific
2.	% copiilor cu rinită alergică al căror tratament include cel puțin una din urmatoarele: <i>consiliere pentru evitarea alergenului/antihistaminice/corticosteroizi locali/cromolyn topic</i>
3.	% pacienților cu congestie nazală și/sau rinoree în absența unei răceli comune concomitente cărora li s-a documentat în fișă: periodicitatea simptomelor, prezența sau absența strănutului, durere facială, utilizarea decongestionanților nazale
	21. Traheobronșita
1.	% pacienților care se prezintă pentru tuse cu o durată <de 3 săptămîni, care au documentată prezența sau absența unei infecții virale premergătoare
2.	% pacienților care se prezintă cu tuse acută și cărora li s-a efectuat o examinare fizică a toracelui pentru confirmarea/infirmarea diagnosticului de pneumonie
3.	% pacienților care se prezintă cu tuse acută și semne de condensare pulmonară la examenul fizic, cărora li s-a efectuat o radiografie toracică pentru confirmarea/infirmarea diagnosticului de pneumonie
4.	% pacienților cu tuse acută la care este documentată alergia la medicamente
5.	% pacienților cu infecții acute ale căilor respiratorii inferioare, cărora li s-a efectuat un test de proteina C reactivă
6.	% pacienților cu bronșită acută tratați cu antibiotic
7.	% pacienților care nu îndeplinesc următoarele criterii (creșterea dispneei, creșterea cantității de spută, modificarea purulentă a sputei) și care sunt tratați cu antibiotic
8.	% pacienților cu infecții acute ale căilor respiratorii inferioare tratați cu antibiotice și care au test de proteină C reactivă <20 mg/l.
	22. Sinusita
1.	% pacienților cu diagnostic de sinusită acută care au prezentat simptomatologie corespunzătoare pentru o durată <3 săptămîni (ex. febră, tuse, congestie nazală, rinoree purulentă, durere auriculară, durere dentară, cefalee sau durere facială)
2.	% pacienților cu sinusită acută care sunt tratați cu antibiotic pentru 10-14 zile
3.	% pacienților cu sinusită acută la care este documentată alergia la medicamente
4.	% pacienților cu sinusită acută a căror simptomatologie încă nu se îmbunătățește după 48 de ore de tratament cu antibiotic și la care s-a efectuat reevaluarea clinică și s-a schimbat terapia antibiotică
5.	% pacienților cu sinusită acută a căror simptomatologie nu se îmbunătățește după două cure de antibioticoterapie, care au fost trimiși către un medic ORL și la care se efectuează examinare imagistică (radiografie, ecografie a sinusurilor, ex. CT)
6.	% pacienților tratați cu antibiotice și cu test de proteina C reactivă <10 mg/l
7.	% pacienților cu diagnosticul cu sinusită cronică care sunt tratați >3 săptămîni cu antibiotice
8.	% pacienților cu diagnosticul cu sinusită cronică, care după două acuțizări repetate și tratate cu antibiotic >3 săptămîni, sunt îndrumați către un medic ORL.
	23. Otita medie
1.	% pacienților care se prezintă la medic cu febră și modificări nespecifice comportamentale (ex. iritabilitate, letargie, inapetență, vomă, diaree) sau durere auriculară și care au fost examinați cu otoscopul pneumatic
2.	% pacienților care au prezentat simptomatologie specifică de otită medie <3 zile și au fost tratați cu antibiotic
3.	% pacienților cu diagnostic de otită medie acută care au primit antibioterapie pentru o durată de ≥ 10 zile
4.	% pacienților cu diagnostic de otită medie acută care au documentată o vizită de reevaluare după tratamentul cu antibiotic, pînă la 8

	săptămîni de la diagnostic
5.	% pacienților cu otită medie bilaterală supurată persistentă (≥ 3 luni) cărora li s-a efectuat o evaluare audiologică
6.	% pacienților cu otită medie supurată fără alte complicații, cărora în decurs de 12 săptămîni de la diagnostic li s-a efectuat miringotomie, cu sau fără timpanostomă
7.	% pacienților cu diagnostic de otită medie supurată care au timpanostomă bilaterală și care au documentat un deficit de auz bilateral (≥ 20 de decibeli bilateral)
8.	% pacienților cu otită medie supurată persistentă (≥ 3 luni) care au timpanostomă bilaterală și deficit de auz bilateral (≥ 20 de decibeli bilateral) și cărora li s-a efectuat: antibioticoterapie orală, schimbarea antibioticului sau miringotomie bilateral, cu inserție de tub și consiliere pentru factorii de risc
9.	% pacienților cu otită medie supurată persistentă (≥ 3 luni) cu deficit de auz bilateral semnificativ (≥ 20 de decibeli bilateral), la care a eșuat antibioticoterapia adecvată, cărora li s-a efectuat miringotomie bilateral, cu inserție de tub și consiliere pentru factorii de risc
10.	% pacienților cu diagnostic de otită medie supurată care au documentată o vizită de reevaluare pînă la 8 săptămîni de la diagnostic
11.	% pacienților cu otită medie acută în primul an de viață internați în spital
12.	% pacienților cu otită medie subacută internați în spital
13.	% pacienților cu otită medie acută recidivantă internați în spital
14.	% pacienților cu otită medie acută cu suspiciune de dezvoltare a complicațiilor internați în spital
15.	Proporția pacienților cu otite medii acute/cronice cărora li s-a efectuat un examen audiologic
16.	Proporția pacienților cu malformații congenitale ale urechii cărora li s-a efectuat un examen audiologic.
24. Afecțiuni oftalmologice	
1.	Proporția copiilor, cărora li sa efectuat screening-ul în midriază a strabismului/ambliopiei la vîrsta de 3, 6, 12 luni și 3 ani pe parcursul unui an
2.	Proporția copiilor strabici/ambliopi de vîrsta 1-3 ani la care s-a aplicat precoce:corecție optică,ocluzie și penalizare pe parcursul unui an.
3.	Procentul copiilor cu strabism, la care a survenit poziție simetrică a globilor oculari, ca rezultat a aplicării tratamentului chirurgical, pe parcursul unui an
4.	Proporția de evenimente de informare a populației cu privire la măsurile profilactice în prevenirea plăgii penetrante oculare, petrecute pe parcursul unui an
5.	Proporția copiilor cu plagă penetrantă oculară, cărora li sa aplicat chirurgia primară de urgență în volum deplin pe parcursul unui an.
6.	Proporția copiilor cu plagă penetrantă oculară operați care au dezvoltat complicații postoperatorii precoce și tardive pe parcursul unui an
7.	Proporția copiilor slabvăzători și/sau orbi cauzat de plagă penetrantă oculară suportată, pe parcursul unui an.
8.	Proporția copiilor cu patologie corneană cărora li sa efectuat screening-ul herpesului ocular, pe parcursul unui an
9.	Proporția copiilor la care a fost confirmat herpesul ocular prin examen clinic și virusologic, pe parcursul unui an
10.	Proporția copiilor cu herpes ocular care au primit tratament etiotrop pe parcursul unui an.
11.	Proporția copiilor cu cecitate corneană cauzată de herpesul ocular, pe parcursul unui an
12.	Proporția persoanelor din grupul de risc pentru dezvoltarea cataractei senile cărora li sa efectuat screening-ul pe parcursul unui an
13.	% pacienților cu dificultati ale functiei vizuale carora li s-a efectuat anual un examen oftalmologic complet (măsurarea acuității vizuale, măsurarea presiunii intraoculare, examen pupilar, examenul motilității oculare, examen biomicroscopic si examen de fund de ochi)
14.	% pacienti cu cataracta si complicatii concomitente (glaucom cu unghi inchis, glaucom cu unghi deschis, uveita de contact, lentila anterioara compromisa pe un glob ocular normal, cataracta care previne monitorizarea sau tratamentul adecvat al glaucomului sau DZ)
15.	Proporția pacienților cu cataractă senilă cărora li s-a efectuat tratamentul chirurgical pe parcursul unui an
16.	Proporția pacienților operați pentru cataractă senilă care au dezvoltat complicații postoperatorii precoce și tardive pe parcursul unui an
25. Diabetul zaharat (DZ)	
1.	Proporția pacienților cu DZ care au măsurat nivelul HbA1C cel puțin anual
2.	% pacienților care la examinarea de rutină au prezentat valori ale glicemiei a jeun $> 6,1$ mg/dl sau a celei postprandiale $> 11,1$ mg/dl și cărora li s-a documentat o suspiciune de diabet
3.	% pacienților cu DZ tip 1 care au efectuat un examen ocular și al acuității vizuale anual
4.	% pacienților cu DZ tip 1 care au efectuat o determinare a colesterolului total, HDL, LDL, trigliceride anual
5.	Distribuția valorilor măsurate pentru colesterol total, HDL, LDL, trigliceride anual
6.	% pacienților cu DZ tip 1 care au efectuat o determinare a albuminuriei anual
7.	% pacienților cu DZ tip 1 care au efectuat o examinare a membrelor inferioare la fiecare 6 luni
8.	% pacienților cu DZ tip 1 care au efectuat o determinare a TA la fiecare vizită la medic
9.	% pacienților cu DZ tip 2 care au efectuat un examen ocular și al acuitatii vizuale anual
10.	% pacienților cu DZ tip 2 care au efectuat o determinare a colesterolului total, HDL, LDL, trigliceride
11.	% pacienților cu DZ tip 2 care au efectuat o determinare a albuminuriei anual
12.	% pacienților cu DZ tip 2 care au efectuat o examinare a membrelor inferioare la fiecare 6 luni
13.	% pacienților cu DZ tip 2 care au efectuat o determinare a TA la fiecare vizită la medic
14.	% pacienților cu DZ insulinodependent tip 1 sau 2 care își monitorizează glicemia la domiciliu cu glucometru
15.	% pacienților cu DZ tip 2 la care a eșuat terapia nutrițională și cărora li s-a prescris antidiabetice orale
16.	% pacienților cu DZ tip 2 la care a eșuat terapia antidiabetică orală și cărora li s-a prescris insulină

17.	% pacienților cu DZ și HTA cărora li s-a prescris un inhibitor de enzimă de conversie sau blocant al canalelor de calciu, în termen de 3 luni de la notificarea proteinuriei
18.	% pacienților cu DZ care au efectuat vizite de reevaluare la fiecare 6 luni
19.	% copiilor cu diagnostic de DZ care au efectuat o determinare a HbA1c la fiecare 3- 6 luni
20.	% copiilor cu DZ care au efectuat un examen ocular și al acuității vizuale, 2 ori pe an, dacă au mai mult de 5 ani de la diagnosticul inițial de DZ
21.	% copiilor cu DZ care au efectuat o determinare a colesterolului total, HDL, cel puțin o dată pe an
22.	% copiilor cu DZ care au efectuat o determinare a trigliceridelor, cel puțin 2-3 ori pe an
23.	% copiilor cu DZ care au efectuat o determinare unui sumar de urină, cel puțin 2-3 ori pe an
24.	% copiilor cu DZ care au efectuat o examinare a membrelor inferioare, la fiecare vizită la medic
25.	% copiilor cu DZ care au efectuat o determinare a TA, la fiecare vizită la medic
26.	% copiilor care sunt în tratament cu insulină și care își monitorizează glicemia la domiciliu cu glucometrul sau glucoteste vizuale
27.	% copiilor cu DZ care au efectuat vizite de reevaluare la fiecare 6 luni
28.	% pacienților cu dezvoltare fizică și genitală conform vârstei
29.	% copiilor cu DZ, care s-au adresat în staționar pentru tratamentul complicațiilor, apărute ca urmare a tacticii incorecte de tratament anterior la medicul de familie
26. Disfunția glandei tiroide	
1.	Proporția persoanelor cu factori de risc cărora, pe parcursul unui an, li s-a efectuat screening-ul patologiei tiroidiene
2.	Proporția pacienților cu diagnosticul stabilit de hipotiroidie cu specificarea formei clinice, la care s-a obținut nivelul de compensare clinică și paraclinică (eutiroidie) pe parcursul unui an
3.	Proporția pacienților cu diagnosticul stabilit de hipotiroidie, cu specificarea formei clinice și tratați, cărora li s-a modificat dozarea medicamentului, dacă în urma tratamentului precedent nu s-a obținut eutiroidie pe parcursul unui an
4.	Proporția pacienților depistați cu tireotoxicoză, cărora li s-a confirmat diagnosticul pe parcursul unui an
5.	Proporția pacienților diagnosticați cu tireotoxicoză, cu specificarea formei clinice, care au fost examinați clinic și paraclinic conform recomandărilor protocolului clinic, în condiții de ambulator pe parcursul unui an
6.	Proporția pacienților cu diagnosticul stabilit de tireotoxicoză, cu specificarea formei clinice, la care s-a obținut nivelul de compensare clinică și paraclinică (eutiroidie) pe parcursul unui an
27. Hepatitele cronice virale	
1.	% pacienților cu hepatită cronică B care au efectuată o testare virusologică completă (AgHBs, AgHBe, anticorpi anti-HBe și încărcatura virală)
2.	% pacienților, femei cu vârsta 18-44 ani și bărbați >18 ani, cu hepatită virală B/C, care primesc tratament antiviral și sunt consiliați în legătură cu metodele contraceptive, înainte de inițierea tratamentului antiviral
3.	% pacienților cu diagnostic de hepatită virală C care la examinarea inițială au încărcatură virală (testare ARN, VHC) prescrisă sau efectuată
4.	% pacienților cu hepatită virală C, care primesc tratament antiviral și pentru care testarea genotipului VHC a fost efectuată înainte de inițierea tratamentului antiviral
5.	% pacienților cu hepatită virală C care sunt în tratament antiviral și pentru care determinarea încărcăturii virale (testării ARN, VHC) a fost efectuată cu până la 12 săptămâni înaintea de inițierea tratamentului antiviral
6.	% pacienților cu hepatită virală C care sunt în tratament antiviral și pentru care determinarea încărcăturii virale (testării ARN, VHC) a fost efectuată cu până la 6 luni înaintea de inițierea tratamentului antiviral
7.	% pacienților cu hepatită virală C cărora li s-a prescris tratament cu peginterferon și ribavirină în ultimile 12 luni
8.	% pacienților cu hepatită virală B/C care sunt consiliați asupra riscului consumului de alcool cel puțin o dată în ultimile 12 luni
9.	%pacienților cu hepatită virală B/C care au fost vaccinați împotriva hepatitei virale A sau au documentată imunitatea la virusul hepat. A
10.	% pacienților cu hepatită virală C care au fost vaccinați împotriva hepatitei virale B sau au documentată imunitatea la virusul hepatic B
11.	Durata medie de așteptare pentru tratament antiviral a pacienților cu hepatită virală B (<i>stratificat pe tip de medicație</i>)
12.	Durata medie de așteptare pentru tratament antiviral a pacienților cu hepatită virală C
13.	% pacienților cu hepatită cronică B, eligibili pentru tratament antiviral care sunt pe lista de așteptare (<i>stratificați pe tip de medicație</i>)
14.	% pacienților cu hepatită cronică C, eligibili pentru tratament antiviral care sunt pe lista de așteptare
15.	Rata de eșec la tratamentul antiviral a pacienților cu hepatită cronică B
16.	Rata de eșec la tratamentul antiviral a pacienților cu hepatită cronică C (<i>stratificată pe durata de tratament</i>)
17.	% pacienților cu hepatită cronică B/C la care s-a efectuat fibroscan în ultimile 12 luni
18.	% pacienților cu hepatită cronică B/C eligibili pentru tratament antiviral cărora li s-a efectuat puncție biopsică hepatică
19.	% pacienților cu hepatită cronică B/C cu complicații după efectuarea puncției biopsice hepatice
28. Gastrita și duodenita	
1.	% pacienților cu diagnosticul stabilit de gastrită și duodenită acută sau cronică în prima lună de la apariția semnelor clinice
2.	% pacienților spitalizați cu gastrită și duodenită acută sau cronică, cu eșec la tratamentul ambulator
3.	% pacienților cu gastrită și duodenită acută sau cronică confirmați endoscopic
4.	% pacienților cu gastrită și duodenită acută sau cronică, cu remisie completă menținută
5.	% pacienților cu gastrită și duodenită acută sau cronică, cu recidive frecvente
6.	Rata pacienților cu gastrită și duodenită acută sau cronică, complicată prin (hemoragii gastrice; eroziuni și ulcere; fibroze și stricturi)
29. Ulcerul gastroduodenal	

1.	% pacienților în tratament empiric cu medicație antiulceroasă pentru dispepsie, cărora li s-a efectuat în termen de 4 săptămîni testare pentru <i>Helicobacter pylori</i>
2.	% pacienților cu sindrom dispeptic nou care prezintă unul din următoarele semne de “alarmă” la momentul prezentării (<i>anemie, sațietate precoce, scădere în greutate accentuată >4 kg în ultimele 3 luni, sângerări oculte în scaun, disfagie</i>) și cărora li s-a efectuat endoscopie în termen de o lună de la prezentare
3.	% pacienților cu diagnosticul stabilit de ulcer gastric și duodenal în prima lună de la apariția semnelor clinice
4.	% pacienților cu diagnosticul stabilit de ulcer gastric și duodenal în prima lună de la adresare
5.	% pacienților cu ulcer peptic confirmat endoscopic, cărora li s-a administrat medicație antiulceroasă pentru minimum 4 săptămîni
6.	% pacienților cu ulcer gastric confirmat endoscopic și cărora li s-au recoltat cel puțin 3 probe bioptice la momentul endoscopiei
7.	% pacienților cu ulcer gastric confirmat endoscopic și cărora li s-a efectuat o endoscopie de control în termen de 3 luni de la data primei examinări endoscopice
8.	% pacienților cu ulcer confirmat endoscopic cu simptomatologie dispeptică sau ulceroasă, remisă în termen de 6 luni după administrarea tratamentului de eradicare a <i>Helicobacter pylori</i> , care au documentat succesul tratamentului prin endoscopie bioptică în termen de o lună de la remisia simptomelor
9.	% pacienților cu ulcer gastric confirmat endoscopic, cărora li s-a efectuat o endoscopie de control în termen de 6 luni de la data primei examinări endoscopice și la care s-a documentat vindecarea completă a ulcerului gastric
10.	% pacienților cu sindrom dispeptic nou, care prezintă unul din următoarele semne de “alarmă” la momentul prezentării (<i>anemie, sațietate precoce, scadere în greutate accentuată >8 kg în ultimele 3 luni, sângerări oculte în scaun, disfagie, vârsta > 60 ani</i>) și cărora li s-a efectuat endoscopie în termen de 7 zile de la prezentare
11.	% pacienților care s-au prezentat la medic cu sindrom dispeptic și cărora li s-a documentat prezența sau absența utilizării AINS de evidență
12.	% pacienților cu diagnostic endoscopic de ulcer peptic și administrare de AINS timp de două luni înainte de endoscopie, care au documentată în fișă, cu pînă la 2 luni înainte de endoscopie, argumentarea îndicării sau 1 lună după endoscopie motivația continuării utilizării AINS/aspirinei, sau consiliere pentru stoparea tratamentului cu AINS/aspirină
13.	% pacienților cărora li s-a prescris tratament de eradicare a <i>Helicobacter pylori</i> , în termen de 3 luni de la prezentare pentru un sindrom dispeptic nou și care au documentată una din următoarele (<i>test pozitiv pt Helicobacter pylori/un istoric documentat de ulcer duodenal și absența utilizării AINS</i>) înainte de debutul tratamentului cu antibiotice
14.	% pacienților în tratament empiric cu medicație antiulceroasă pentru dispepsie, care nu au utilizat AINS în ultimele 30 de zile și cărora li s-a efectuat în termen de 8 săptămîni testare pentru <i>Helicobacter pylori</i>
15.	% pacienților cu ulcer peptic complicat și test pozitiv pentru <i>Helicobacter pylori</i> , în termen de 3 luni după apariția complicațiilor, cărora li s-a administrat tratament de eradicare a <i>Helicobacter pylori</i> în termen de 1 lună de la rezultatul testului
30. Perforația gastroduodenală	
1.	% pacienților cu perforație gastroduodenală cu ulcer în anamneză mai mult de 3 ani
2.	% pacienților cu perforație gastroduodenală spitalizați în primele 24 de ore
3.	% intervențiilor chirurgicale în primele 3 ore de la spitalizare
4.	% intervențiilor chirurgicale radicale
5.	% reintervențiilor chirurgicale precoce
6.	% complicațiilor postoperatorii
7.	% mortalității postoperatorii
31. Hemoragia digestivă superioară acută	
1.	% pacienților cu hemoragie digestivă superioară acută spitalizați în primele 24 de ore
2.	% pacienților cu hemoragie digestivă superioară acută, cărora li s-a efectuat EDS în primele 3 ore de la spitalizare
3.	% pacienților cu hemoragie digestivă superioară acută, cărora li s-a efectuat hemostaza endoscopică
4.	% recidivei după hemostaza endoscopică în primele 24 de ore
5.	% intervențiilor chirurgicale deschise în primele 72 de ore
6.	% pacienților cu hemoragie digestivă superioară acută spitalizați în stare de șoc circulator
7.	% complicațiilor postoperatorii
8.	% mortalității postoperatorii
32. Apendicita acută	
1.	% pacienților cu apendicită acută spitalizați după 24 de ore
2.	% pacienților cu apendicită acută operați în primele 3 ore de la spitalizare
3.	% pacienților cu apendicită acută distructivă
4.	% pacienților cu apendicită acută perforată
5.	% pacienților cu apendicită acută complicată cu peritonită difuză
6.	% apendicitelor catarale confirmate postoperator (ex. histopatologic)
7.	% pacienților cu apendicectomie care au primit antibioticoterapie profilactică
8.	% complicațiilor postoperatorii
9.	% infecțiilor postoperatorii după apendicectomie
10.	% apendicectomiilor incidentale la copii pînă la 3 ani
11.	Rata reîntoarcerii în sala de operație după apendicectomie
12.	Rata reinternării neplanificate în spital după apendicectomie (<i>între 15-31 zile de la externare</i>)
13.	Rata mortalității intraspitalicești după apendicectomie
33. Colecistita acută	
1.	% pacienților cu colecistită acută spitalizați după 24 de ore
2.	% pacienților cu colecistită acută operați în primele 72 de ore de la spitalizare

3.	% pacienților cu colecistită acută complicată cu peritonită, icter sau pancreatită
4.	% pacienților cu colecistectomie laparoscopică
5.	% pacienților cu colecistectomie care au beneficiat de antibioticoterapie și terapie antitrombotică profilactică
6.	% pacienților operați după o lună de la stabilirea diagnosticului de litiază veziculară
7.	% complicațiilor postoperatorii
8.	% mortalității postoperatorii
34. Hernia inghinală	
1.	% pacienților cu hernii în anamneză mai mult de 1 an
2.	Raportul herniilor strangulate/herniilor libere
3.	% recidivelor postoperatorii
4.	% operațiilor miniinvasive
35. Hernia diafragmatică congenitală (HDC)	
1.	% nou-nascuților cu forme clinice manifeste de la naștere a HDC determinate de neonatolog
2.	% HDC false și veritabile confirmate pre- și postoperator
3.	% recidivelor după tratamentul chirurgical al HDC
4.	Rata mortalității postoperatorii după plastia diafragmului
5.	Rata complicațiilor care condiționează decesul copiilor cu HDS
36. Refluxul gastroesofagian	
1.	% pacienților cu RGE secundar și patologic confirmat endoscopic
2.	Rata pacienților cu recedive frecvente a RGE funcțional, secundar și patologic
3.	Rata pacienților cu RGE, complicați prin esofagita de reflux
37. Malabsorbția intestinală	
1.	% pacienților diagnosticați în primele 6 luni de la apariția manifestărilor clinice
2.	% pacienților cu malabsorbție intestinală testați la boala celiacă, pe parcursul a 12 luni de la apariția manifestărilor clinice
3.	% pacienților cu complicații (retard staturo-ponderal, osteoporoză, anemie deficitară)
38. Boala celiacă	
1.	% pacienților diagnosticați cu BC, în primul an de la apariția manifestărilor clinice
2.	% pacienților testați prin markeri serologici la BC
3.	% pacienților cu BC confirmată endoscopic și histologic, în primul 1 an de la apariția simptomelor
4.	% pacienților cu BC ce au beneficiat de consiliere medicală, privind regimul fără gluten
39. Boli inflamatorii intestinale	
1.	% pacienților cu diagnosticul stabilit de BII în primul an de la apariția semnelor clinice
2.	% pacienților cu BII confirmată endoscopic și histologic, în primul 1 an de la apariția simptomelor
3.	Rata pacienților cu remisie clinică completă a BII
4.	Rata pacienților cu recidive frecvente
5.	Rata pacienților cu complicații extradigestive
6.	Rata pacienților cărora li s-a determinat grad de invaliditate.
40. Boala diareică acută (BDA)	
1.	% copiilor <5 ani cărora li s-a efectuat determinarea leucocitelor și eritrocitelor în scaun, în condițiile în care aceștia au prezentat febră sau sânge în scaun
2.	% copiilor <5 ani cărora li s-a efectuat o coprocultură în condițiile în care aceștia au prezentat febră sau sânge în scaun sau au prezentat leucocite și eritrocite în fecale/cîmp
3.	% copiilor cu diaree care s-au prezentat la medic fără semne de deshidratare (<50 ml deficit de lichid/kg)
4.	% copiilor cu diaree care s-au prezentat la medic cu deshidratare: ochi înfundați, agitație, sete, plica cutanată revine lent (între 50 și 100 ml deficit de lichid /kg)
5.	% copiilor cu deshidratare cărora li s-a efectuat determinarea electroliților serici
6.	% copiilor cu diaree și deshidratare moderată, fără stare comatoasă, care acceptă hidratarea orală și cărora li s-a efectuat corecția deficitului inițial de lichide în primele 4-6 ore, după planul B de tratament
7.	% copiilor cu diaree și deshidratare moderată, fără stare comatoasă, care acceptă hidratarea orală și care au fost monitorizați pe toată durata rehidratării
8.	% copiilor cu diaree și deshidratare severă, cărora li s-au administrat lichide isotonice sau soluții de electroliți intravenos după planul C de tratament
9.	% copiilor cu diaree și deshidratare severă, cărora li s-a stabilizat pulsul și TA în limite normale corespunzător vârstei, în termen de 6 ore de la inițierea tratamentului după planul C de tratament
10.	% copiilor care sunt alăptați la sîn și care au continuat să fie alăptați la sîn pe durata episodului diareic, dacă aceștia se pot alimenta oral
11.	% copiilor care au reînceput alimentarea orală în termen de 4 de ore de la debutul rehidratării
12.	% copiilor cu diaree la care se suspectează sau confirmă diagnosticul de holeră și cărora li s-a administrat terapie antimicrobiană
13.	% copiilor < 6 luni care prezintă bacteriemie cu Salmonelă cărora li s-a administrat terapie antimicrobiană
14.	% copiilor <5 ani infectați cu Salmonelă cărora li s-a administrat terapie antimicrobiană
15.	% copiilor care prezintă infecție amebiană și examen coproparazitologic pozitiv, cărora li s-a administrat terapie antiparazitară
16.	% copiilor cu BDA cărora li s-a administrat medicație antidiareică sau inhibitori ai peristaltismului intestinal
17.	% sugariilor <6 luni cu diaree acută moderată sau severă, care au fost reevaluați în termen de o săptămînă după rehidratare (ambulatorie sau în spital)
18.	% copiilor cu diaree inflamatorie sau invazivă care au fost reevaluați în termen de 2 zile de la debutul diareei fără deshidratare

19.	% copiilor cu diaree inflamatorie sau invazivă, deshidratare moderată sau severă și care au fost reevaluați în termen de o săptămână după rehidratare (ambulatorie sau în spital)
20.	% copiilor cu diaree, deshidratare moderată sau severă și cultură pentru paraziți și flora bacteriană pozitivă, care au fost reevaluați în termen de o săptămână după rehidratare (ambulatorie sau în spital)
21.	% copiilor la care starea generală nu se îmbunătățește după 2 zile de rehidratare și cărora li s-a efectuat determinarea electroliților serici, sumarul urinei, leucocitele și eritrocitele fecale și coprocultura
22.	% copiilor cu diaree acută decedați în spital
41. Maladii hematologice	
1.	% pacienților cu anemie feriprivă confirmată prin determinarea fierului seric și feritinei
2.	% investigațiilor biochimice de laborator cu includerea fierului seric și feritinei în laboratoarele instituțiilor medico-sanitare
3.	% pacienților cu anemie feriprivă tratați conform recomandărilor protocolului clinic
4.	% pacienților cărora li s-a efectuat profilaxia recidivelor anemiei feriprive
5.	% pacienților cu diagnosticul de eritremie confirmat prin trepanobiopsie
6.	% pacienților cu eritremie invalidizați prin complicații vasculare (tromboze)
7.	Frecvența eritrocitozelor secundare comparativ cu frecvența eritremiei
8.	% pacienților cu leucemie granulocitară și limfocitară cronică depistați în stadiile inițiale
9.	% pacienților cu leucemie granulocitară și limfocitară cronică tratați ambulatoriu conform SMDT
10.	% pacienților cu confirmarea citochimică a variantei leucemiei acute
11.	% pacienților cu confirmarea diagnosticului de leucemie acută prin imunofenotipare
12.	% pacienților cu leucemie acută în remisie completă
13.	Supraviețuirea pacienților cu leucemie acută de 5 ani fără recidivă
14.	% pacienților cu limfoame maligne depistați în stadiile I și II
15.	% confirmării histologice și histochemice a variantelor limfoamelor non-Hodgkin
16.	% de determinare a variantelor imunologice ale limfoamelor non-Hodgkin prin metoda citofluorimetrică
17.	% pacienților tratați cu includerea în schemele de polichimioterapie a preparatului Rituximab
18.	% de vindecare a bolnavilor cu limfoame maligne (supraviețuire de 5 ani fără recidivă)
19.	% copiilor cu anemie feriprivă (racordare cu standardele de supraveghere a copiilor sănătoși)
20.	% copiilor cu anemie feriprivă din grupul de risc (malnutriție, rahitism, diateze constituționale, copii din sarcini multiple, prematuri)
21.	% copiilor din grupul de risc pentru anemie feriprivă, cu supraveghere și terapie conform prevederilor protocolului clinic
22.	% copiilor cărora li s-a evaluat gradul de severitate al Hemofiliei
23.	% copiilor cu Hemofilie cărora li s-a evaluat gradul de afectare articulară.
42. Infecții cu transmitere sexuală	
1.	% pacienților cu sifilis primar și secundar, fără alergie la penicilina, care au fost tratați cu benzatin benzilpenicilină administrată i.m.
2.	% pacienților cu sifilis primar și secundar cărora li s-a efectuat reevaluare clinică și serologică în termen de 6 luni după tratamentul complet efectuat
3.	% pacienților, caz nou de sifilis, care s-au depistat activ
4.	% pacienților, caz nou de sifilis, care au fost tratați conform protocoalelor clinice
5.	% copii nou-născuți cu sifilis congenital
6.	% pacienților, caz nou de gonoree, care s-au depistat activ
7.	% pacienților, caz nou de gonoree, care au fost tratați conform protocoalelor clinice
8.	% copii nou-născuți cu oftalmie gonococică
9.	% pacienților care se prezintă la medic cu ITS (sifilis și gonoree) și cărora li s-a recomandat efectuarea unui test HIV
10.	% pacienților care se prezintă la medic cu ITS (sifilis și gonoree) și cărora li s-a efectuat un test HIV la prezentare
11.	% pacienților, cu diagnostic nou de ITS, ai căror parteneri sexuali au fost tratați conform protocoalelor clinice.
43. HIV/SIDA	
1.	% pacienților HIV pozitivi cărora li s-a efectuat o măsurare a încărcăturii virale în termen de o luna de la inițierea sau modificarea terapiei ARV
2.	% adulților și copiilor cu HIV care primesc tratament 12, 24, 36, 48, 60 luni după inițierea terapiei ARV
3.	% mostrelor de sânge donate testate după criteriile de calitate
4.	% cabinetelor CTV care au oferit servicii populației generale și corespund criteriilor de calitate
5.	% femeilor gravide HIV pozitive care au primit tratament ARV pentru a reduce riscul de transmitere de la mamă la făt.
44. Afecțiuni cutanate	
1.	Proporția persoanelor/pacienților cu factori de risc pentru dezvoltarea psoriazisului monitorizați
2.	Proporția pacienților cu psoriazis, care au avut recidive pe parcursul unui an
3.	Proporția pacienților cu psoriazis la care s-a stabilit primar gradul de invaliditate
4.	% pacienților caz nou de dermatomicoze care s-au depistat activ
5.	% pacienților caz nou de scabie care s-au depistat activ.
45. Infecții urinare	
1.	% pacienților cu disurie la care s-a documentat prezența/absența febrei și durerii în flancurile abdominale
2.	% pacienților cu disurie la care s-a documentat prezența/absența unei scurgeri vaginale
3.	% pacienților cu disurie, la care s-a inițiat antibioticoterapia și cărora li s-a efectuat un examen de urină, în ziua prezentării la medic
4.	% pacienților cu disurie și următoarele condiții: <i>≥3 infecții urinare în ultimul an, DZ, imunodeprimați, febră, frisoane și/sau durere în flancurile abdominale, suspiciune de pielonefrită, anomalii structurale sau funcționale ale tractului urinar, recidive după un tratament efectuat anterior fără urocultură în antecedente, procedură diagnostică sau de tratament invazivă în antecedente, cărora</i>

	li s-a efectuat urocultura
5.	% pacienților cu diagnostic de infecție urinară înaltă sau joasă care au primit tratament antimicrobian
6.	% pacienților <65 ani cu infecții urinare joase necomplicate care au fost tratate cu Trimethoprim-sulfamethoxazol ca antimicrobian de primă intenție(cu excepția unui istoric de alergie documentat sau sarcină)
7.	% pacienților <65 ani cu infecții urinare joase necomplicate, cărora li s-a prescris antibioticoterapie pentru ≤7 zile
8.	% pacienților cu infecții urinare înalte, cărora li s-a prescris tratament antimicrobian pentru ≥10 zile
9.	% pacienților cu infecții urinare înalte, suspectate sau documentate, cu stare de vomă ce nu poate fi controlată în cabinetul medicului sau la secția de internare și cărora li s-au administrat antibiotice parenteral
10.	% pacienților cu infecții urinare joase complicate și <i>DZ/anomalii de structură sau funcționale ale tractului urinar/simptome >7 zile /infecții de tract urinar în ultima lună/sarcină</i> , cărora li s-a administrat tratament antimicrobian ≥10 zile
11.	% pacienților cu infecții urinare înalte cărora li s-a repetat o urocultură în termen de 2 săptămâni de la finalizarea tratamentului
12.	% pacienților cu infecții urinare joase complicate, cărora li s-a repetat o urocultura în termen de 2 săptămâni de la finalizarea tratamentului
13.	% nou-nascuților/copiilor, care se prezintă cu oricare din următoarele simptome: <i>urină cu aspect anormal/jet urinar anormal sau modificat/absența creșterii/stare de vomă asociată cu febră/icter asociat cu febră la nou-nascut/disurie/polakiurie/durere în flancurile abdominale/senzația imperioasă de urinare/hematurie fără traumă în antecedente/enuresis secundar</i>), cărora li s-a efectuat sumar de urină sau urocultură; sumar de urină pozitiv, cărora li s-a efectuat urocultură
14.	% copii cu urocultura pozitivă cărora li s-a efectuat colectarea urinei prin: <i>cateterizarea vezicii urinare/urinare după toaletă prealabilă</i>
15.	% copiilor cu uroculturi:>100,000 colonii/ml pentru un singur microorganism, cu colectarea urinei prin urinare după toaletare prealabilă și mai mare>10,000 cu colectarea urinei prin cateterizarea vezicii urinare, care au fost diagnosticați și tratați pentru infecții urinare
16.	% copiilor cărora li s-a colectat urina pentru urocultura, prin cateterizarea vezicii urinare/urinare după toaletare prealabilă, înainte de administrarea antibioticului
17.	% copiilor cu ≥ 4 infecții urinare într-un an cărora li s-a administrat antibioticoprofilaxie pentru cel puțin 6 luni
18.	% copiilor cu diagnostic de infecție urinară, cu febră >48 ore sub tratament cu antibiotic sau uroculturi pozitive repetate sub tratament cu antibiotic corect efectuat, care au fost evaluați imediat pentru obstrucție urinară, abces renal cu una din următoarele investigații imagistice: ecografie renală, pielografie intravenoasă, scintigrafie renală
19.	% copiilor cu reflux vezico-ureteral gradul ≥II cărora li s-a administrat antibioticoprofilaxie pînă la rezolvarea refluxului
20.	% copiilor cu reflux vezico-ureteral gradul ≥IV sau alte malformații anatomice urinare (<i>valve uretrale posterioare, inserție uretrală anormală, rinichi în potcoavă</i>) care au fost îndrumați către urolog
21.	% copiilor cu simptome de obstrucție urinară care au fost îndrumați către urolog
22.	% copiilor cărora li s-a efectuat ecografie renală în primele 3 luni de viață.
	46. Hidronefroza congenitală
1.	% pacienților cu plastia segmentului pieloureteral în HCC
2.	% pacienților cu plastia segmentului pieloureteral care au primit antibioterapie profilactică
3.	% complicațiilor după plastia segmentului pieloureteral
4.	% pacienților diagnosticați postoperator cu o complicație a HCC care au indicație la reintervenție chirurgicală
5.	% infecțiilor postoperatorii după plastia segmentului pieloureteral timp de 1 lună după operație
6.	Rata reinternării neplanificate în spital după plastia segmentului pieloureteral (<i>între 15-31 zile de la externare</i>)
	47. Refluxul vezico-ureteral
1.	% pacienților cu reflux vezico-ureteral gr. I-II tratați în ambulator
2.	% pacienților cu reflux vezico-ureteral la care nu s-a depistat obstrucție intravezicală, cu disurie și infecție urinară
3.	% pacienților cu reflux vezico-ureteral la care s-a aplicat sonda uretero-vezicală pe 1 lună și mai mult, ca pregătire preoperatorie
4.	% pacienților cu reflux vezico-ureteral tratați chirurgical
5.	% pacienților cu reflux vezico-ureteral la care s-a efectuat ureterocistanostomoză
6.	% pacienților cu reflux vezico-ureteral cărora li s-a administrat tratament antibacterian mai mult de 7 zile
	48. Adenomul de prostată
1.	% bărbaților din grupele de risc întrebați activ despre prezența adenomului de prostată
2.	% pacienților cu complicațiile acute ale adenomului de prostată
3.	% pacienților cu complicațiile intra- și postoperatorii ale adenomului de prostată
4.	% pacienților cu adenom de prostată operați prin metodele alternative
5.	% pacienților cu adenom de prostată, cărora le-au fost recomandate a-adrenoblocantele
6.	% pacienților cu adenom de prostată, cărora le-au fost recomandați inhibitorii 5-a reductazei
7.	% pacienților cu adenom de prostată, cărora le-a fost recomandată “așteptare vigilentă” (watchfull waiting)
8.	% pacienților înregistrați cu adenom de prostată, cărora le-a fost efectuat PSA cel puțin o dată pe an
9.	% pacienților cu adenom de prostată operați, la care a fost documentată ameliorarea postoperatorie.
	49. Substituția artificială a funcției renale: hemodializă/hemofiltrare/hemodiafiltrare/dializă peritoneală
1.	% pacienților cu filtrație glomerulară sub 15 ml/min/1,73 m ² dializați
2.	% pacienților cu următoarele diagnostice: diabet zaharat, hipertensiune arterială (indiferent de etiologie), nefropatii cronice, cărora li s-a determinat cel puțin o dată pe an creatinina și filtrația glomerulară
3.	% pacienților nou diagnosticați cu filtrație glomerulară sub 15 ml/min/1,73m ² pe parcursul unui an
4.	% pacienților, cărora li s-au determinat cel puțin o dată pe parcursul aflării în spital a creatininei și calcularea FG
5.	% pacienților la dializă cronică decedați pe parcursul unui an
6.	% pacienților la dializă acută decedați pe parcursul unui an

7.	% pacienților la dializă cronică, care urmăresc regimul de dializă cu 3 ședințe pe săptămână
8.	Durata medie de aflare la dializă a pacienților cronici
9.	Numărul serviciilor de substituție a funcției renale acordate în Centrul de Dializă
10.	Număr de dialize pe aparat de dializă pe lună
50. Artrita juvenilă idiopatică	
1.	% pacienților cu artrită juvenilă idiopatică care au fost consultați de reumatolog-pediatru în prima lună de la debutul bolii
2.	% pacienților cu artrită juvenilă idiopatică care au primit tratament cu AINS în corespundere cu cerințele protocolului clinic
3.	% pacienților cu artrită juvenilă idiopatică care au primit tratament cu metotrexat în corespundere cu cerințele protocolului clinic
4.	% pacienților cu artrită juvenilă idiopatică și tratament cu metotrexat care au fost monitorizați pentru posibilele reacții adverse la MTX
5.	% pacienților cu artrită juvenilă idiopatică, forma oligoarticulară, care au fost examinați oftalmoscopic cel puțin odată la 4 luni în primii 3 ani de la debutul bolii
6.	% pacienților cu artrită juvenilă idiopatică care au fost examinați radiologic cu determinarea stadiului
7.	% pacienților cu diagnosticul artrită juvenilă idiopatică, cărora li s-a efectuat și s-a documentat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor protocolului clinic.
51. Artrita reactivă	
1.	% pacienților cu artrită reactivă care au fost consultați de reumatolog în prima lună de la debutul bolii
2.	% pacienților cu artrită reactivă, cărora li s-a stabilit diagnosticul în prima lună de la debutul bolii
3.	% pacienților cu artrită reactivă la care au fost evidențiate semnele clinice osteo-articulare ale bolii
4.	% pacienților cu artrită reactivă la care a fost determinat gradul de exprimare a entezitei prin scorul MASES
5.	% pacienților cu artrită reactivă care au fost examinați radiologic cu determinarea stadiului
6.	% pacienților cu artrită reactivă cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor protocolului clinic
7.	% pacienților cu artrită reactivă la care au fost efectuate examinări pentru izolarea agentului patogen (<i>metode imunologice, molecular-biologice, bacteriologice</i>)
8.	% pacienților cu artrită reactivă care au primit tratament cu AINS în corespundere cu cerințele protocolului clinic
9.	% pacienților cu artrită reactivă care au primit tratament cu metotrexat în corespundere cu cerințele protocolului clinic
10.	% pacienților cu artrită reactivă cărora li s-au monitorizat posibilele efecte adverse la tratament cu preparate antibacteriene, AINS și de fond.
52. Artrita reumatoidă	
1.	% pacienților cu diagnosticul artrită reumatoidă, cărora li s-a stabilit diagnosticul în prima lună de la debutul bolii
2.	% pacienților cu diagnosticul artrită reumatoidă la care au fost evidențiate semnele clinice osteo-articulare ale bolii
3.	% pacienților cu diagnosticul artrită reumatoidă cărora li s-a efectuat și s-a documentat examenul clinic și paraclinic conform recomandărilor protocolului clinic
4.	% pacienților cu diagnosticul artrită reumatoidă cărora li s-au monitorizat posibilele efecte adverse la tratament cu AINS și de fond
5.	% pacienților cu diagnosticul artrită reumatoidă la care a fost determinat gradul de exprimare a entezitei prin scorul MASES
6.	% pacienților cu diagnosticul artrită reumatoidă la care au fost efectuate examinări pentru izolarea agentului patogen (metode imunologice, metode molecular-biologice, bacteriologice).
53. Febra reumatismală acută la copil	
1.	% pacienților cu faringita acută streptococică, cu ≥ 4 episoade de infecții streptococice documentate sau suspicionate în ultimul an, cărora li s-a efectuat testare diagnostică pentru ASL-O, proteina C-reaktivă, ECG
2.	% pacienților cu febră reumatismală acută care au beneficiat de antibiopprofilaxie secundară în corespundere cu protocolul clinic
3.	% pacienților cu febră reumatismală acută care au fost supravegheați în corespundere cu protocolul clinic.
54. Osteoartrita	
1.	% pacienților cu osteoartrită care au fost consultați de reumatolog în prima lună de la debutul bolii
2.	% pacienților cu osteoartrită care au primit tratament cu AINS în corespundere cu cerințele protocolului clinic
3.	% pacienților cu osteoartrită care au primit tratament cu Hyalgan în corespundere cu cerințele protocolului clinic
4.	% pacienților cu osteoartrită care au fost examinați radiologic cu determinarea stadiului
5.	% pacienților cu osteoartrită cărora li s-a efectuat și documentat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform protocolului clinic
6.	% pacienților cu diagnosticul osteoartrită cărora li s-au monitorizat posibilele efecte adverse la tratament cu preparate AINS și de fond.
55. Osteoporoza	
1.	Ponderea pacienților cu factori de risc ai osteoporozei cărora li se efectuează profilaxia osteoporozei
2.	Ponderea pacienților cu factori de risc ai osteoporozei și fracturilor osteoporotice, cărora li se efectuează profilaxia osteoporozei
3.	Ponderea pacienților cu osteoporoză cărora li s-a stabilit diagnosticul până la apariția fracturilor osteoporotice
4.	Ponderea pacienților cu diagnosticul de osteoporoză cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor protocolului clinic
5.	Ponderea pacienților cu diagnosticul de osteoporoză, care au primit tratament conform recomandărilor protocolului clinic
6.	Ponderea pacienților cu diagnosticul de osteoporoză, care au fost supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic
7.	Ponderea pacienților cu osteoporoză, care nu au dezvoltat complicațiile osteoporotice
56. Lupusul eritematos sistemic	
1.	% pacienților cu lupusul eritematos sistemic care au fost consultați de reumatolog în prima lună de la debutul bolii
2.	% pacienților cu lupusul eritematos sistemic care au primit tratament cu GCS în corespundere cu cerințele PCN
3.	% pacienților cu lupusul eritematos sistemic care au fost examinați imunologic cu determinarea gradului de activitate
4.	%pacienților cu lupusul eritematos sistemic cărora li s-a efectuat și documentat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor protocolului clinic
5.	% pacienților cu diagnosticul lupusul eritematos sistemic cărora li s-au monitorizat posibilele efecte adverse la tratament cu AINS și

	GCS.
	57. Lombalgia
1.	Proporția pacienților cu lombalgie care au fost diagnosticați imagistic și pentru care exista indicație de examen imagistic
2.	Proporția pacienților cu lombalgie care nu au fost diagnosticați imagistic și pentru care exista indicație de examen imagistic
3.	% pacienților care se prezintă cu lombalgie acută și cărora li s-a documentat istoricul medical și examenul fizic. Istoricul medical trebuie obligatoriu să includă întrebări ținute în cel puțin una din următoarele arii: <i>fracturi vertebrale: trauma , utilizare prelungită a steroizilor</i> <i>cancer: istoric de cancer , scadere inexplicabilă în greutate, imunosupresie</i> <i>infecție: febră, utilizare de droguri i.v.</i> • “semne de alarmă” pentru sindromul cozii de cal sau progresia rapidă a deficitului neurologic: debut brusc de retenție urinară sau incontinență urinară , atonia sfincterului anal sau incontinență de mase fecale, hipoestezie/anestezie în regiunea perineală și fesieră/deficit motor progresiv în membrele inferioare
4.	% pacienților cu durere lombară acută la care examinarea fizică a inclus screening neurologic și ridicarea la verticală a piciorului
5.	% concordanței între diagnosticul prezumtiv și rezultatul CT/RMN
6.	%pacienților cărora li s-a administrat pentru lombalgie acută oricare din următoarele medicamente: (fenilbutazonă, dexametazonă/corticosteroizi orali/colchicină/antidepresive)
7.	Proporția pacienților cu lombalgie, cu o durată >6 săptămâni, care au fost trimiși pentru efectuarea fizioterapiei
8.	% pacienților cărora, pentru lombalgie acută, li s-a efectuat oricare din următoarele proceduri: (<i>stimulare electrică nervoasă transcutanată (TENS)/corset lombar și centuri de suport/ tracțiuni (elongări) spinale</i>
9.	Proporția pacienților cu lombalgie care descriu modificarea simptomatologiei în “foarte bine” sau “bine” la >1 lună de la prima vizită
10.	% pacienților cu lombalgie acută pentru care a fost recomandat repausul prelungit la pat (> 4 zile).
11.	Proporția pacienților cu lombalgie care nu au raportat îmbunătățirea simptomatologiei după a 3a cură de tratament și al căror plan de tratament a fost reevaluat.
	58. Ortopedia
1.	<i>Șold</i> Rata supraviețuirii la 30 de zile de la internarea în spital pentru fractura de sold
2.	Proporția pacienților cu osteozinteză pentru fractura trohanteriană sau subtrohanteriană care sunt reoperați până la 2 ani de la externare
3.	Proporția pacienților cu proteză totală sau subtoatală care sunt reoperați până la 2 ani de la externare
4.	Proporția pacienților care sunt reoperați pentru infecții profunde ale plăgilor până la 2 ani de la externare
5.	% pacienților cu fractură de șold rezolvată chirurgical cărora li s-a efectuat preoperator o evaluare medicală completă ce conține în mod obligatoriu: istoricul medical/examenul fizic/examenul de laborator/ECG
6.	% pacienților cu fractură de șold rezolvată chirurgical cărora li s-a efectuat antibioticoprofilaxie în ziua operației
7.	% pacienților cu fractură de șold cărora li s-a inițiat profilaxia tromboemboliilor la internarea în spital
8.	<i>Umăr</i> % pacienților diagnosticați cu sindromul arcului dureros cărora li s-a oferit cel puțin unul din tratamentele următoare: AINS la momentul prezentării la medic/cortocosteroizi intra-articular, efectuat în termen de până la o săptămână de la prezentarea la medic
9.	% pacienților cu episod nou (≤ 3 săptămâni) de durere în articulația scapulo-humerală care, la momentul examinării, au fost trimiși pentru efectuarea fizioterapiei.
10.	<i>Genunchi</i> % pacienților cu episod nou (≤ 3 săptămâni) de durere în articulația genunchiului pentru care s-a documentat la momentul examinării cel puțin 3 din următoarele: <i>durata; tipul de activitate efectuată la debutul durerii;factori de exacerbare/diminuare a durerii; posibilitatea mobilizării; istoric de traume anterioare, intervenții chirurgicale sau medicale ale genunchiului în antecedente</i>
11.	% pacienților cu episod nou (≤ 3 săptămâni) de durere în articulația genunchiului după traumă, cărora li s-au efectuat la momentul examinării cel puțin 2 din următoarele manevre: <i>testul Lachman; testul Godfrey; testul sertarului anterior; testul sertarului posterior; palparea liniei articulare; testul McMurray; creșterea amplitudinii în valgus; creșterea amplitudinii în varus</i>
12.	% pacienților nou diagnosticați cu sindrom patelofemural și pentru care s-a documentat la momentul diagnosticului: <i>prescriere de AINS, cu excepția contraindicațiilor; consiliere pentru efectuarea exercitiilor de tonifiere a muschiului cvadriceps</i>
13.	% pacienților diagnosticați cu artrită septică care au fost tratați cu antibiotice intravenos
14.	% pacienților cu simptome de boală articulară cărora li s-a efectuat o radiografie antero-posterioară a șoldului afectat
15.	% pacienților cu boală articulară artrozică a genunchiului care au beneficiat de protezare bilaterală
	59. Malformația luxandă de șold la copil
1.	% copiilor consultați de medicul ortoped-pediatru în primele 2 săptămâni după naștere
2.	% nou-născuților cu suspjecție la patologia congenitală de șold
3.	% copiilor examinați ultrasonografic la articulațiile de șold
4.	% copiilor cu malformație luxandă de șold examinați radiologic la vârsta ≥ 3 luni
5.	% copiilor cu malformație luxandă de șold de gradul I
6.	% copiilor cu malformație luxandă de șold de gradul II
7.	% copii cu malformație luxandă de șold de gradul III
8.	% copiilor cu malformație luxandă de șold care au fost tratați ambulator prin metode conservative, funcționale
9.	Rata internării copiilor cu malformație luxandă de șold în clinica de ortopedie pediatrică după tratament ambulator
10.	Rata intervențiilor chirurgicale la copiii cu malformație luxandă de șold internați în clinica de ortopedie pediatrică
	60. Leziuni termice
1.	Proporția pacienților cu arsuri de gradul II - III AB cu durata tratamentului preoperator până la 2-3 săptămâni

2.	Proportia pacienților cu arsuri de gradul III B, cu suprafata 1-5 %, cu durata tratamentului preoperator pînă la 3-5 zile
3.	Proportia pacienților cu arsuri care postoperator au dezvoltat detașare a transplantului pîna la 30%
4.	Proportia pacienților cu arsuri termice care au dezvoltat complicații pe parcursul ultimului an după traumă (cicatrice, redori)
5.	% pacienților cu arsuri gr III B, IV, cu suprafete mai mari de 20 %, supraviețuiți
6.	Proportia pacienților cu degerături cu durata tratamentului preoperator pînă la 7-12 zile
7.	Proportia pacienților cu degerături care au dezvoltat complicații postoperator precoce (7 zile)
8.	Proportia pacienților cu electrotraumă cu durata tratamentului preoperator pînă la 3-5 zile
9.	% pacienților cu electrotraumă supraviețuiți după internare și tratament
10.	Proportia pacienților cu electrotraumă care au dezvoltat complicații pe parcursul ultimului an
11.	Proportia pacienților cu arsuri/degerături/electrotraumă cărora li s-a acordat ajutor de urgență conform protocolului clinic
12.	% pacienților cu arsuri evaluați de medicul fizioterapeut/medic de recuperare, nu mai tîrziu de 2 zile de la internare/efectuarea operației, în vederea clarificării tipului, duratei și momentului inițierii fizioterapiei
13.	% pacienților cu degerături evaluați de medicul fizioterapeut/medicul de recuperare, nu mai tîrziu de 2 zile de la internare/efectuarea operației, în vederea clarificării tipului, duratei și momentului inițierii fizioterapiei
14.	% pacienților cu electrotraumă evaluați de medicul fizioterapeut/medicul de recuperare, nu mai tîrziu de 2 zile de la internare/efectuarea operației, în vederea clarificării tipului, duratei și momentului inițierii fizioterapiei.
61. Starea febrilă la copilul <3 ani	
1.	% nou-născuților cu vîrsta <28 zile cu febră >38.0 care au fost spitalizați
2.	% nou-născuților cu vîrsta între 28 și 90 zile, cu febră >38.0, cu risc scăzut, cărora li s-a efectuat cel puțin urocultura și nu au primit tratament cu antibiotice pînă la obținerea rezultatului antibiogrammei
3.	% nou-născuților cu vîrsta între 28 și 90 zile, cu febră >38.0, cu risc scăzut, tratați cu antibiotice în ambulator și care au fost reevaluați în termen de 18-24 de ore
62. Evaluarea nou-născutului/sugarului/copilului sănătos	
1.	% nou-nascutilor cărora li s-a efectuat screeningul pentru fenilcetonurie după primele 24 de ore și pînă în ziua 14-a de viață
2.	% nou-nascutilor cărora li s-a efectuat screeningul pentru hipotiroidism pînă în ziua 7-a de viață
3.	% nou-nascutilor cărora în maternitate li s-a efectuat și s-a documentat pulsoximetria la mîna stîngă sau la alt membru inferior
4.	% copiilor cărora li s-a măsurat greutatea la fiecare vizită de cel puțin zece ori în primul an de viață și s-a comparat cu curba de creștere
5.	% copiilor cărora li s-a măsurat înălțimea la fiecare vizită de cel puțin zece ori în primul an de viață și s-a comparat cu curba de creștere
6.	% copiilor cărora li s-a măsurat circumferinta capului la fiecare vizită cel puțin de zece ori în primul an de viață și s-a comparat cu curba de creștere
7.	% copiilor cărora li s-a efectuat o determinare a acuitatii auditive pînă la vîrsta de 5 ani
8.	% copiilor cărora li s-a efectuat o determinare a acuitatii vizuale pînă la vîrsta de 5 ani
63. Îngrijirile antenatale	
1.	% gravidelor care au efectuat prima vizită prenatală în primul trimestru de sarcină
2.	% gravidelor la care s-a documentat vîrsta gestatională prin ecografie în primul sau al doilea trimestru de sarcină
3.	% gravidelor care au fost evaluate pentru depistarea anemiei în primul trimestru de sarcină
4.	% gravidelor care au fost reevaluate pentru anemie după săptămîna a 24 de sarcină
5.	% gravidelor la care s-a documentat statusul de consumător de alcool la prima vizită prenatală
6.	% gravidelor la care s-a documentat statusul de consumator de droguri la prima vizită prenatală
7.	% gravidelor la care s-a efectuat un test diagnostic pentru AgHBs înainte de naștere
8.	% gravidelor la care s-a efectuat un test diagnostic pentru sifilis la prima vizită prenatală
9.	% gravidelor la care s-a efectuat o cultură pentru gonoree la prima vizită prenatală
10.	% gravidelor cu risc înalt (adolescente, femei necasatorite, femei cu parteneri sexuali multipli, femei din clase economico-sociale joase, femei cu BTS în antecedente sau prezente) cărora li s-a efectuat un test diagnostic pentru chlamidia la prima vizită prenatală
11.	% gravidelor cărora li s-a efectuat consiliere pentru testarea HIV la prima vizită prenatală
12.	% gravidelor cărora li s-a efectuat un test diagnostic pentru HIV la prima vizită prenatală
13.	% gravidelor ≥35 ani, cu un copil cu sindorm Down în antecedente, cărora li s-a recomandat efectuarea unui test diagnostic (dublu/triplu test/amniocenteza/CVS)
14.	% gravidelor ≥35 ani, cu un copil cu sindorm Down în antecedente, care au refuzat în mod explicit testarea după consiliere genetică
15.	% gravidelor <35 ani, cărora li s-a efectuat un test diagnostic alfa-fetoproteină în săptămîna 15-20 de sarcină
16.	% gravidelor, cu un copil cu defect de tub neural în antecedente, cărora li s-a efectuat amniocenteză
17.	% gravidelor, cu un copil cu defect de tub neural în antecedente, care au refuzat în mod explicit testarea după consiliere genetică
18.	% gravidelor care au fost evaluate pentru factorul Rh și anticorpi anti Rh la prima vizită antenatală
19.	% gravidelor cărora li s-a efectuat măsurarea înălțimii simfiză-fund uterin la fiecare vizită antenatală începînd cu săptămîna 20-32
20.	% gravidelor cărora li s-a efectuat monitorizare fetală începînd cu săptămîna 41.5 pînă la naștere (spontană sau provocată)
21.	% gravidelor cărora li s-a efectuat măsurarea TA la fiecare vizită antenatală
22.	% gravidelor cu risc (<i>vîrsta >30 ani, glucozurie, hipertensiune, obezitate, istoric familial de DZ, nașterea anterioară a unui făt macrosom, malformat, premature</i>) cărora li s-a efectuat un test de încărcare la glucoză în săptămînile 24 -28
23.	% gravidelor AgHBs pozitive pentru care s-a documentat acest statut în fișa de naștere
24.	% gravidelor, cu valori anormale ale alfa-fetoproteinei serice, care au fost evaluate ecografic pentru a verifica vîrsta sarcinii și posibilele sarcini multiple
25.	% gravidelor cu dimensiunile uterului <4cm decît vîrsta gestatională, măsurată în săptămînile 20-32, cărora li s-a efectuat ecografie
26.	% gravidelor cu valori ale TA sistolice >140mm Hg sau diastolice >90mm Hg/creșterea TA sistolice >30mm Hg sau diastolice >

	15mm Hg, proteinurie și edeme periferice, care au fost evaluate
27.	% gravidelor cu valori crescute ale TA și proteinurie sau edeme, cărora li s-a precizat diagnosticul de HTA indusă de sarcină
28.	% gravidelor cu valori ale glicemiei ≥ 140 mg/dL ori 7.8 mmol/L cărora li s-a efectuat un test de toleranță la glucoză
29.	% gravidelor pentru care s-a documentat consumul de droguri și care au primit consiliere pentru stoparea consumului de droguri
30.	% gravidelor consumatoare de droguri care au fost trimise către un serviciu specializat de tratament al dependenței
31.	% gravidelor cu serologie pozitivă pentru sifilis cărora li s-a efectuat tratament cu penicilină în conformitate cu stadiul afecțiunii
32.	% gravidelor cu serologie pozitivă pentru sifilis cărora li s-a efectuat tratament cu tetraciclină sau doxicilină în conformitate cu stadiul afecțiunii
33.	% gravidelor cu culturi pozitive pentru gonoree care au fost tratate conform standardelor
34.	% gravidelor cu amniocenteză pozitivă (făt cu cariotip anormal) cărora li s-a efectuat consiliere genetică suplimentară
35.	% gravidelor cu valori anormale ale AFP și ecografie normală cărora li s-a efectuat amniocenteză și consiliere genetică
36.	% gravidelor la care AFP din lichidul amniotic sugerează făt cu posibil defect de tub neural cărora li s-a efectuat consiliere genetică suplimentară
37.	% gravidelor cu Rh negativ care au primit Imunoglobulină anti Rh în săptămânile 26-30 de sarcină și postpartum
38.	% gravidelor la care s-a indus nașterea când fătul prezintă semne de suferință sau oligohidroamnios
39.	% gravidelor diagnosticate cu HTA indusă de sarcină, care dacă nu necesită internare în spital, li s-a recomandat repaus la pat și reevaluare într-o săptămână de la vizita anterioară
40.	% gravidelor la termen > 37 de săptămâni, diagnosticate cu HTA indusă de sarcină, la care s-a declanșat nașterea/efectuat cezariana
41.	% gravidelor cu forme severe de HTA indusă de sarcină (<i>diagnosticate prin oricare din următoarele metode: TA sistolică > 160 mm Hg, diastolică > 110 mm Hg, proteinurie grad 3-4+, edem pulmonar, oligurie, durere în hipocondrul drept sau convulsii</i>) la care s-a declanșat nașterea/efectuat cezariana
42.	% gravidelor cu testul de toleranță la glucoză anormal care au primit consiliere privind regimul alimentar de la dietetician
43.	% gravidelor cu regim igienico-dietetic și ≥ 2 valori anormale ale glicemiei a “jeun” sau postprandiale cărora li s-a administrat insulină
44.	% gravidelor diabetice cărora li s-a prescris antidiabetice orale
45.	% gravidelor diagnosticate cu sifilis, a căror serologie a fost reevaluată lunar, și cărora li s-a repetat tratamentul dacă a fost necesar
46.	% gravidelor cu culturi pozitive pentru gonoree care au efectuat o cultură de control, în termen de o săptămână, după finalizarea tratamentului
47.	% gravidelor cu culturi pozitive pentru chlamidie care au efectuat o cultură de control, în termen de o săptămână, după finalizarea tratamentului
48.	% gravidelor cu valori anormale ale testului de toleranță la glucoză care urmează regim igienico-dietetic și cărora li s-a efectuat testarea glicemiei de două ori de săptămână
64. Urgențe obstetricale	
1.	Proporția cezarienelor din totalul nașterilor
2.	Proporția cezarienelor primare din totalul nașterilor
3.	Proporția cezarienelor repetate din totalul nașterilor
4.	Rata reîntoarcerii în sala de operație după cezariană
5.	Proporția plăgilor operatorii infectate după cezariană
6.	% femeilor cu diagnostic de tromboză venoasă profundă și tromboembolism pulmonar după cezariană
7.	Proporția nașterilor vaginale după cezariană în antecedente
8.	% pacientelor cu operație cezariană la care a eșuat progresul travaliului
9.	% pacientelor cu diagnostic de eșuare a travaliului cărora li s-au efectuat și documentat cel puțin două examene genitale pentru a verifica dilatația colului uterin la distanța de cel puțin două ore
10.	% procentul fetoșilor monitorizați în faza activă a travaliului prin efectuarea cardiotocogramei în cazul operației cezariene în insuficiența fetală
11.	% gravidelor care nasc prin cezariană și care au primit cel puțin o doză profilactică de antibiotic
12.	% gravidelor care nasc prin cezariană și cărora li s-a efectuat antibioticoprofilaxie cu unul din următoarele antibiotice: peniciline, cefalosporine cu spectru larg sau metronidazol
13.	% gravidelor care nasc prin cezariană și cărora li s-a efectuat antibioprofilaxie după ce cordonul ombilical a fost clămpat
14.	Rata deceselor materne datorate complicațiilor obstetricale
15.	Rata deceselor materne datorate complicațiilor obstetricale la domiciliu
65. Histerectomia	
1.	% femeilor histerectomizate pentru fibrom uterin cărora li s-a documentat în fișă preoperator cel puțin una din următoarele: <i>uter palpabil abdominal/sîngerare menstruală excesivă/anemie/discomfort pelvin/tensiune vezicală cu micțiuni frecvente</i>
2.	% femeilor histerectomizate pentru indicație de sîngerare uterină anormală, în perioada de pre sau peri-menopauză, cărora li s-a administrat cel puțin o lună de tratament medicamentos (<i>AINS, estrogeni, progestative sau combinații de estrogeni/progestative</i>) cu 6 luni înainte de intervenția chirurgicală fără a se ameliora simptomatologia (<i>acest indicator nu se aplică femeilor care au o sîngerare de o altă cauză (fibrom, polipi uterini, coagulopatii)</i>)
66. Neuroinfecțiile la copii	
1.	% copiilor cu neuroinfecții ce survin după IRVA
2.	% copiilor cu neuroinfecții la care se efectuează examinările generale, imunologice + puncția lombară
3.	% copiilor cu neuroinfecții ce sunt supuși examenului oftalmoscopic
4.	% copiilor cu neuroinfecții ce se complică cu edem cerebral
5.	% copiilor cu neuroinfecții la care sunt prezente semnele patologice și meningiene

6.	% copiilor cu neuroinfecții la care se determină agent patogen bacterian și e supus tratamentului antibacterian, agent patogen viral și e supus tratamentului antiviral
7.	% copiilor cu neuroinfecții la care se depistează apariția crizelor convulsive și se inițiază tratamentul antiepileptic
8.	% copiilor invalidizanți după neuroinfecții.
67. Infecția meningococică la copil	
1.	% copiilor la care s-au depistat precoce, în primele 12-24 ore ale bolii, semne de IM (febră, neliniște, erupții hemoragice pe tegumente, vome) căroră li s-a acordat primul ajutor medical la etapa prespitalicească conform recomandărilor protocolului clinic
2.	% copiilor cu rinofaringită meningococică tratați și monitorizați la domiciliu
68. Epilepsia	
1.	% copiilor la care criza convulsivă a debutat primar pe fondal de febră
2.	% copiilor la care criza convulsivă a debutat pînă la vîrsta de 1 an
3.	% copiilor cu criză convulsivă primar depistată la care s-a efectuat electroencefalograma
4.	% copiilor cu crize convulsive ce sunt supuși unui examen oftalmoscopic minuțios
5.	% copiilor cu epilepsie care sunt supuși examenului neuroimagistic (TC, RMN cerebrală)
6.	% copiilor diagnosticați cu epilepsie la care se efectuează EEG la fiecare 3 luni și neuroimagistica la fiecare 2 ani
7.	% copiilor cu crize convulsive polimorfe la care s-a efectuat monitorizarea video EEG
8.	% copiilor cu crize convulsive la care se efectuează analiza biochimică și ionograma desfășurată la fiecare 6 luni
9.	Proporția copiilor la care s-a depistat epilepsie, forma simptomatică, criptogenă, idiopatică
10.	% copiilor diagnosticați cu epilepsie farmacorezistentă
11.	Proporția copiilor diagnosticați cu epilepsie tipul crizei fiind monomorf sau polimorf
12.	% copiilor la care desfășurarea crizelor este diurnă, nocturnă, la trezire sau la adormire
13.	Proporția copiilor căroră li s-a administrat medicația antiepileptică ca monoterapie
14.	Proporția copiilor căroră li s-a administrat medicația antiepileptică ca politerapie
15.	Proporția copiilor cu epilepsie tratați cu DAE pînă la vîrsta de 1 an
16.	% copiilor cu desfășurarea crizelor convulsive-tip parțiale (simple, complexe), cu sau fără generalizare secundară, administrarea DAE de I linie fiind din grupa carbamazepinei
17.	% copiilor cu desfășurarea crizelor convulsive-tip generalizate, administrarea DAE de I linie fiind din grupa valproatului de natriu
18.	% copiilor la care s-a administrat diazepam, forma tub rectal, la declanșarea crizei convulsive
19.	% copiilor cu crize convulsive tratați cu DAE după 5 ani de tratament.
69. Schizofrenia	
1.	Proporția pacienților (diagnosticați în termen de 12 luni de contact) examinați pentru simptomatologie psihică de către un medic psihiatru
2.	Proporția pacienților (diagnosticați în termen de 12 luni de contact) pentru care examinarea funcției cognitive a fost realizată de către un psiholog
3.	Proporția pacienților în ambulator care se află în contact cu un membru al echipei de terapie și/sau pentru care s-a inițiat terapie antipsihotică
4.	Proporția pacienților căroră li s-a prescris tratament antipsihotic
5.	Proporția pacienților externați într-un program de îngrijiri ambulatorii
6.	Proporția pacienților spitalizați care au fost evaluați pentru risc suicidal (documentat în fișa medicală) la externare.
70. Demența	
1.	% pacienților cu simptome de deficit cognitiv la care s-a documentat: <i>dacă abilitățile cognitive s-au deteriorat față de o examinare anterioară; dacă simptomele de deficit cognitiv interferează cu activitățile zilnice, tratamentul administrat, consumul de alcool sau alte substanțe care pot afecta cogniția, prezența sau absența delirului, depresiei</i>
2.	% pacienților nou diagnosticați cu deteriorarea funcției cognitive, căroră li s-a efectuat examinare imagistică CT/RMN în termen de 30 zile de la diagnostic, dacă una sau mai multe din următoarele criterii sunt îndeplinite (<i>debutul demenței în ultimii 2 ani, traumatism cranian în ultimii 2 ani, afecțiuni neurologice motorii în ultimii 2 ani, debut crize epileptice în ultimii 2 ani, demență cu deficit neurologic focal, demență și cefalee</i>)
3.	% pacienților diagnosticați cu demență și probleme de comportament căroră li s-a oferit cel puțin una din următoarele intervenții (<i>consilierea aparținătorilor în legătură cu măsurile non-farmacologice utilizate pentru controlul simptomelor/tratament medicamentos pentru controlul simptomelor/trimitere la specialiști</i>)
4.	% pacienților diagnosticați cu demență la care s-a documentat prezența sau absența următorilor factori de risc cu etiologie vasculară (<i>HTA, fumat, hipercolesterolemie</i>)
5.	% pacienților cu demență vasculară sau post infarct cerebral căroră li s-a administrat aspirină, cu excepția celor care prezintă contraindicații la acest tratament.
71. Depresia	
1.	% pacienților diagnosticați cu depresie care au fost interogați în legătură cu următoarele comorbidități (<i>consum regulat de alcool, abuz de droguri, medicamente utilizate, boli generale</i>)
2.	% pacienților cu diagnostic de depresie majoră căroră li s-a prescris medicație antidepresivă și/sau psihoterapie în termen de 2 săptămîni de la diagnosticul inițial
3.	% pacienților care au documentată prezența/absența ideilor suicidare la prima sau a doua vizită la medic
4.	% persoanelor care prezintă ideea suicidară și oricare din următorii factori de risc (psihoze, consum de alcool sau abuz de droguri/dependență, un plan specific de suicid) și care au fost spitalizați
5.	% pacienților căroră li s-au prescris antidepresive în doze conform protocolului clinic
6.	Rata pacienților psihiatrici cu auto-mutilări externați
7.	Rata pacienților psihiatrici spitalizați cu tentative de suicid

8.	Rata pacienților psihiatrice cu proceduri de restricționare fizică
9.	% pacienților reinternati în spital/secție de psihiatrie acută ≤24 ore de la externare
10.	% pacienților reinternati în spital/secție de psihiatrie acută >24 și ≤72 ore de la externare.
72. Servicii de anesteziologie și terapie intensivă	
1.	% pacienților internați în secțiile de ATI cu septicemii datorate cateterelor venoase centrale
2.	% pacienților reinternati în secțiile de ATI la 48 ore de la externare
3.	% pacienților cu septicemie sau sepsis sever, ventilați mecanic >96 ore, fără complicații și comorbidități majore, decedați în spital
4.	% pacienților admiși și decedați în secțiile de ATI
5.	Durata medie de spitalizare a pacienților decedați în secțiile de ATI
6.	Rata complicațiilor anestezice
7.	Rata operațiilor urgente cu anestezie generală
8.	Rata complicațiilor transfuzionale
9.	% nou-născuților cu greutate ≤500 grame, decedați în spital
10.	% nou-născuților cu greutate >500 și ≤1000 grame, decedați în spital
11.	% nou-născuților cu greutate >1000 și ≤1500 grame, decedați în spital
12.	% pacienților cu scor anestezic 4 (<i>pacient cu afecțiune sistemică severă care reprezintă o amenințare constantă pentru supraviețuire</i>) care au decedat în termen de până la 2 săptămâni postoperator
13.	% pacienților cu scor anestezic 5 (<i>pacient care se presupune ca nu supraviețuiește fără intervenție chirurgicală</i>) care au decedat în termen de până la 2 săptămâni postoperator
14.	% pacienților internați în secțiile de ATI care dezvoltă septicemii cu stafilococ auriu rezistent la metilicilină, după instalarea unui cateter venos central
15.	% pacienților internați în secțiile de ATI cu infecții urinare simptomatice în primul an de viață
16.	Rata pacienților care în secțiile de ATI au dezvoltat escare
73. Servicii de urgență prehospitalicească	
1.	Număr mediu de bolnavi deserviți de un medic/felcer de urgență (persoană fizică)
2.	Proporția personalului medical (medici, felceri/asistenți medicali) atestat la categorii profesionale
3.	Operativitatea recepționării solicitărilor de către serviciul 903 în limita normativului de timp (normativ - 60 secunde)
4.	Operativitatea transmiterii solicitărilor echipelor de AMU în limita de timp 90 secunde
5.	Divergența dintre gradul de urgență (codul roșu, galben, verde) al solicitărilor apreciat de către Serviciul operativ și gradul de urgență apreciat de echipele AMU
6.	Corectitudinea trierii solicitărilor de serviciul de dispecerat după profil (profilul echipelor)
7.	Asigurarea încadrării bolnavilor deserviți cu AVC recent și SCA cu elevație în „fereastra terapeutică”
8.	Ponderea înștiințărilor DMU (secțiilor de internare) despre spitalizarea pacienților cu urgență medico-chirurgicală
9.	Nivelul de asigurare a corectitudinii recepționării solicitărilor prin respectarea normelor de conduită medicală (expertizarea convorbirilor telefonice înregistrate a dispecerilor cu solicitanții)
10.	Operativitatea deservirii solicitărilor de la preluare până la rezolvarea definitivă (normativ mediu 45 min. pentru localități rurale și 30 min. pentru localități urbane)
11.	Operativitatea deservirii urgențelor medico-chirurgicale majore. Ajungerea la locul solicitării sub 10 minute în mediul urban și 15 minute în mediul rural în urgențele medico-chirurgicale majore
12.	Corectitudinea spitalizării pacienților în funcție de triere și profil
13.	Nivelul corectitudinii monitorizării funcțiilor vitale ale pacientului cu urgență medico-chirurgicală majoră
14.	Corectitudinea completării fișelor de solicitare și a cotoarelor de însoțire
15.	Divergența de diagnostic dintre SAMU și DMU
16.	Ponderea urgențelor medico-chirurgicale majore deservite în conformitate cu cerințele standardelor medicale/protocoalelor clinice
17.	Respectarea volumului de investigații în urgențele cardiovasculare gradul II, III conform standardelor medicale/protocoalelor clinice
18.	Cuprinderea pacienților cu urgențe cardiovasculare majore cu AMU conform standardelor medicale/protocoalelor clinice
19.	Cuprinderea pacienților cu urgențe vasculare cerebrale cu AMU conform standardelor medicale/protocoalelor clinice
20.	Utilizarea defibrilatorului în resuscitarea cardio-respiratorie și cerebrală
21.	Corectitudinea efectuării resuscitării cardio-respiratorii și cerebrale
22.	Cuprinderea cu exploarări electrocardiografice a urgențelor cardio-vasculare
23.	Profilitatea echipei AMU profil cardiologie
24.	Profilitatea utilizării echipei AMU pediatrie
25.	Profilitatea utilizării echipei AMU reanimare copii
26.	Nivelul utilizării protocoalelor clinice în AMU acordată copiilor
27.	Nivelul utilizării metodelor de diagnostic în AMU pediatrie profil-cardiologie
28.	Corectitudinea trierii copiilor cu urgențe medico-chirurgicale pentru consult în DMU și spitalizare
29.	Ponderea proximităților de deces matern deservite de către SAMU în cazul solicitării profil - obstetrical-ginecologic
30.	Nașteri la domiciliu asistate de către SAMU conform protocoalelor clinice
31.	Asistența de urgență a nou-născuților în asfixie severă postpartum la domiciliu
32.	Nivelul de răspuns al DMU la avizarea preventivă de către echipele de AMU vizând transportarea pacienților lor
33.	Operativitatea recepționării în cadrul DMU a pacienților transportați de către echipele de AMU
34.	Nivelul de asigurare a trierii urgențelor medico-chirurgicale în funcție de cod color conform cerințelor Ghidului de triere
35.	Ponderea urgențelor medico-chirurgicale transportate în DMU conform profilului
36.	Ponderea pacienților cu urgențe medico-chirurgicale majore transportați de către echipele de AMU în cadrul DMU și spitalizați

37.	Respectarea algoritmului de încadrare a pacientului în fereastra terapeutică
38.	Ponderea pacienților investigați în cadrul DMU conform Standardelor medicale de diagnostic și tratament
39.	Divergența de diagnostic dintre DMU și secțiile de profil spitalicești
40.	Asigurarea stării de alertă a echipei intraspitalicești în resuscitățile cardiorespiratorii și cerebrale
41.	Ponderea cotoarelor returnate de către DMU
	74. Servicii specializate de ambulator/spitalicești
1.	Rata pacienților care s-au prezentat real la medic din numărul tuturor pacienților înscrși la medic.
2.	Indicele de aglomerare
3.	Durata dintre timpul fixat în biletul de trimitere al pacientului de ambulator și admiterea lui în cabinetul de examinare medicală
4.	Rata pacienților noi și a celor care sunt sub supravegherea medicală
5.	Ponderea serviciilor medicale acordate
6.	Ponderea prescripțiilor medicale eliberate
7.	Rezultatele chestionarelor pentru pacienți de ambulatoriu
8.	Durata medie de spitalizare a pacienților
9.	Rata infecțiilor nozocomiale - total pe spital și pe fiecare secție
10.	Rata reacțiilor adverse la medicație
11.	Rata infecțiilor chirurgicale;
12.	Rata complicațiilor chirurgicale;
13.	Rata complicațiilor intraoperatorii
14.	Rata complicațiilor post-operatorii;
15.	Rata operațiilor repetate efectuate la același diagnostic;
16.	Rata mortalității intraspitalicești
17.	Proporția pacienților decedați la 24 ore de la internare
18.	Proporția pacienților decedați la 48 ore de la intervenția chirurgicală
19.	Rata pacienților reinternati (fără programare) în intervalul de 30 de zile de la externare
20.	Indice de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare
21.	Procentul pacienților internați și transferați către alte spitale
22.	Rata de compatibilitate a diagnosticului preliminar și definitiv.
23.	Rata infectării plăgilor chirurgicale
24.	Durata de timp scurs între cererea pentru o intervenție chirurgicală urgentă și timpul de începere a acestei operații.
25.	Rezultatele chestionarelor pentru pacienți de staționar
	75. Servicii în asistența medicală primară
1.	Timp mediu acordat pentru o consultație în cabinet
2.	Număr total de vizite la domiciliu efectuate de medicul de familie pe parcursul unui an
3.	Ponderea trimiterilor pentru investigații radiologice, din total consultații
4.	Ponderea trimiterilor la spital pentru internare, din total consultații
5.	Ponderea pacienților internați pe urgență, din totalul pacienților internați de pe sector
6.	Ponderea rețetelor compensate și gratuite prescrise de medicul de familie
7.	Ponderea trimiterilor pentru investigații paraclinice, din total consultații
8.	Cuprinderea cu examenul microradiografic al persoanelor din grupul de risc
9.	Cuprinderea cu examenul citologic a femeilor cu vârsta de la 20 ani
10.	Examenul profilactic al copiilor de vârstă: 1, 3, 7, 15 ani
11.	Supravegherea gravidelor
12.	Tratamentul ambulator al pacienților cu tuberculoză, supravegheat de medicul de familie
13.	Supravegherea persoanelor cu maladii cronice cu impact major asupra sănătății populației
14.	Ponderea pacienților tratați conform protocoalelor clinice/standardelor medicale de diagnostic și tratament
15.	Nivelul de invalidizare primară în vârstă aptă de muncă
16.	Ponderea pacienților cu grad de invaliditate însănătoșiți/reabilitați
17.	Implementarea procedurii de evaluare/acreditare
	76. Servicii de promovare a sănătății și prevenirea maladiilor
1.	<i>Adolescenți:</i> Proporția instituțiilor care oferă pachetul extins de SSPT
2.	Rata adolescenților, cu vârste cuprinse între 10 și 19 ani, care beneficiază de SSPT
3.	Rata adolescenților, cu vârste cuprinse între 10 și 19 ani, din grupurile vulnerabile, care beneficiază de SSPT
4.	Rata adolescenților, cu vârste cuprinse între 15-19 ani, care au documentată o vizită de evaluare la medicul de familie
5.	Rata adolescenților cu vârste cuprinse între 10-14/15-19 ani (fete/băieți) cărora li se măsoară greutatea și înălțimea cel puțin anual (IMC)
6.	Rata adolescenților, cu vârste cuprinse între 10-14 /15-19 ani (fete/băieți) cu probleme de sănătate, care au fost referiți de către medicul de familie către instituțiile care oferă pachetul extins de SSPT
7.	Rata adolescenților, cu vârste cuprinse între 10-14 ani, la care se poate documenta consiliere referitor la dezvoltarea pubertală normală și problemele posibile în această perioadă/prevenirea ITS/prevenirea sarcinii nedorite
8.	Rata adolescenților sexual-activi, cu vârste cuprinse între 15-19 ani (fete/băieți), care au fost referiți pentru VCCT
9.	Rata adolescenților sexual-activi, cu vârste cuprinse între 15-19 ani, cărora li s-a oferit consultație în vederea utilizării contraceptivelor

10.	Rata adolescenților sexual-activi, cu vârste cuprinse între 15-19 ani (fete/băieți), cărora li s-a oferit produsul contraceptiv
11.	Rata adolescentelor, cu vârste cuprinse între 15-19 ani, care și-au început viață sexuală de mai mult de un an și care au un rezultat al unui test Babes Papanicolau
12.	Rata adolescentelor cu tets Babes Papanicolau anormal (sever) cărora li s-a efectuat colposcopie
13.	Rata adolescenților, cu vârste cuprinse între 10 și 19 ani, la care se poate documenta consiliere referitoare la utilizarea substanțelor care produc dependență (<i>alcool, tutun, droguri, substanțe dopante/steroidi anabolizanți</i>)
14.	Rata adolescenților, cu vârste cuprinse între 10 și 19 ani, cărora le-a fost oferită informația în scris (ex. pliante) de către m/f/CSPT, referitor la dauna utilizării substanțelor care produc dependență (<i>alcool, tutun, droguri, substanțe dopante/steroidi anabolizanți</i>)
15.	% adolescenților, cu vârste cuprinse între 14 și 18 ani, la care se poate documenta consiliere referitoare la prevenirea accidentelor
16.	% adolescenților, cu vârste cuprinse între 14 și 18 ani, la care se poate documenta consiliere referitoare la utilizarea centurii de siguranță
17.	% persoanelor din grupul de risc cărora, la evaluarea stării de sănătate, li s-a efectuat un test de screening pentru dependența de alcool (<i>cantitatea de alcool consumată, periodicitatea consumului, tipul de alcool, zilele în care a consumat mai mult de 5 doze de alcool într-o zi</i>).Testul-CAGE
18.	% pacienților externai din spitale pentru următoarele afecțiuni (<i>traumatisme, hepatite, ulcer gastric, pancreatite etc, ca consecințe a consumului abuziv de alcool</i>) cărora li s-a efectuat un test de screening pentru depențența de alcool
19.	% persoanelor depistate, în urma evaluării stării de sănătate și examinate de medicul narcolog, psihiatru, cu risc sporit în formarea dependenței de alcool
20.	% pacienților care au documentată dependența de alcool și sunt trimiși pentru tratament specializat în ambulator sau staționar
21.	% pacienților diagnosticați cu dependență de alcool și au fost spitalizați la tratament în instituții medicale specializate
22.	% persoanelor cărora la evaluarea stării de sănătate li s-a efectuat un test de screening privind consumul de droguri (<i>drogul consumat, modul de administrare, periodicitatea consumului, toleranța etc</i>)
23.	Ponderea pacienților dependenți de droguri (<i>opium</i>) încadrați în terapia de substituție cu Metadonă
24.	% adolescenților cu vârste cuprinse între 14 și 18 ani la care este documentată consilierea referitoare la utilizarea substanțelor care produc dependență (<i>alcool, tutun, droguri</i>).
25.	Adulți: % pacienților <50 ani care au documentat efectuarea unui rapel pentru difterie/tetanus în ultimii 10 ani
26.	% pacienților care se prezintă la medic cu plăgi și care au primit un rapel pentru tetanus/difterie în următoarele condiții: răni minore curate, dacă ultimul rapel a fost efectuat >10 ani în urmă, și alte răni, dacă ultimul rapel a fost efectuat >5 ani în urmă
27.	% pacienților >65 de ani cărora li s-a efectuat vaccinare antigripală în ultimul an
28.	%pacienților<65 ani cu următoarele comorbidități: <i>BPOC,astm bronsic,boli cardiovasculare cronice, insuficiență renală, imunosupresie,DZ,hemoglobinopatii,persoane care locuiesc în aziluri de bățiani</i> cărora li s-a efectuat vaccinare antigripală în ultimul an
29.	% pacienților cu risc înalt pentru hepatită virală B (<i>pacienți cu hemodializă, homosexuali, perosane care utilizează droguri i/v, membrii familiei și contactii sexuali ai purtătorilor de virus hepatic B, persoane cu risc ocupațional, persoane cu parteneri multipli în ultimile 6 luni, persoane care au fost diagnosticate recent cu alte boli cu transmitere sexuală</i>) cărora li s-a efectuat vaccinare împotriva acesteia, în termen de un an de la documentarea inițială a gradului de risc (cu excepția celor care au evidență serologică de imunitate)
30.	% persoanelor cu risc înalt pentru TBC cărora li s-a realizat/examinat reactivitatea la PPD, în termen de un an de la documentarea inițială a gradului de risc
31.	% persoanelor cu test pozitiv sau reactive la PPD cărora li s-a documentat în fișă prezența indurației/diametrul indurației în mm
32.	% persoanelor cărora li s-a citit testul la PPD, de către un medic/asistent medical instruit, în termen de 48-72 ore de la efectuare
33.	% persoanelor cu test inițial pozitiv sau reactive la PPD, cărora li s-a efectuat o radiografie pulmonară în termen de 1 lună de la testare
34.	% persoanelor aflate în grupele de risc (<i>pacienți cu DZ, insuficiență renală cronică, contact recent cu o persoană cu TBC activ, conversie recentă a testului PPD (test negativ în ultimii 2 ani), persoane imunocompromise sau în corticoterapie cronică cu doze mari, utilizatori droguri i/v</i>) care sunt identificate cu infecție TBC, în absența bolii, cărora li s-a efectuat tratament chimprofilactic cu Isoniazidă, în absența contraindicațiilor
35.	% persoanelor ≥ 65 ani cu hipoacuzie care au fost trimise către medicul ORL
36.	% persoanelor ≥ 65 ani cu probleme de vedere care au fost îndrumate către un medicul oftalmolog
37.	% persoanelor <50 ani, active sexual, cărora li s-a documentat în fișă: dacă au în prezent un singur partener sexual/dacă au avut mai mult de 2 parteneri sexuali în ultimile 6 luni/dacă au istoric de ITS
38.	% persoanelor, cu viață sexuală activă, care se afla într-o grupă de risc (<i>mai mult de 2 parteneri sexuali în ultimile 6 luni, istoric de ITS, istoric de utilizare droguri i/v</i>) care au fost consiliate în legătură cu prevenirea și transmiterea HIV și alte ITS
39.	% persoanelor din următoarele categorii (<i>persoane care sunt în tratament pentru ITSi, homosexuali, utilizare prezentă sau în antecedente de droguri i/v, persoane care practica prostituția, persoane care au sau au avut în trecut parteneri sexuali infectați cu HIV, bisexuali sau utilizatori de droguri IV, persoane cu istoric transfuzional</i>) cărora le-a fost recomandată testarea HIV în ultimul an
40.	% pacienților pentru care s-a documentat statutul de fumător/nefumător
41.	% pacienților fumători pentru care s-a documentat consilierea pentru stoparea fumatului cel puțin o dată în ultimul an
42.	% pacienților fumători pentru care s-a documentat actualizarea statutului de fumător la cel puțin 50% din vizitele la medic non-urgente
43.	% pacienților care au încercat să stopeze fumatul și care fumează >5 țigări pe zi, cărora li s-a oferit terapie de înlocuire a nicotinei cu excepția contraindicațiilor
44.	% pacienților care au beneficiat de o intervenție de stopare a fumatului și pentru care s-a documentat statutul de abțință în

	termen de 2 săptămâni de la finalizarea tratamentului.
45.	<i>Modul sănătos de viață</i>
46.	Ponderea copiilor la vârsta de 12 ani cu dinți afectați de carie dentară obturați sau extrași
47.	Ponderea persoanelor de vîrsta 15 ani și mai mult, care fumează zilnic
48.	Rata morbidității prin intoxicații alimentare pe an raportate (la 100 mii locuitori)
49.	Rata morbidității prin salmoneloză pe an raportate (la 100 mii locuitori)
50.	Incidența prin boli profesionale (la 100 mii angajați)
51.	Rata traumatismului la locul de muncă (la 100 mii angajați)
52.	Numărul deceselor în urma accidentelor de muncă în condiții de producere (la 100 mii angajați)
53.	Ponderea populației locuințele cărora sunt conectate la sistemele de aprovizionare centralizată cu apă
54.	Ponderea populației locuințele cărora sunt conectate la instalațiile de canalizare și epurare
55.	Rata accidentelor rutiere cauzate de stare de ebrietate (la 100 mii locuitori)
56.	<i>Alimentație rațională și activitate fizică sporită</i>
57.	Cantitatea de produse cerialiere per persoană pe an, kg
58.	Cantitatea medie de fructe și legume per persoană pe an, kg
59.	Cantitatea de lipide per persoană pe zi, g
60.	Cantitatea de proteine per persoană pe zi, g
61.	Structura populației în vîrsta ≥ 15 ani în funcție de valoarea indicelui masei corporale (IMC)
62.	<i>Formarea unei societăți fără tutun, alcool și droguri</i>
63.	Consumul anual de țigări, bucăți, per capita
64.	Consumul anual de alcool, litre de alcool pur, per capita
65.	Prevalența tabagismului în populația general pe parcursul ultimelor 12 luni
66.	<i>Promovarea sănătății și prevenirea bolilor</i>
67.	Gradul de adoptare a unui comportament sănătos de viață a populației
68.	<i>Fortificarea sănătății vîrstnicilor</i>
69.	Rata încadrării în activități sociale a persoanelor în vîrsta de 65 ani+
70.	Rata independenței funcționale fizice a persoanelor de vîrsta a treia
71.	<i>Menținerea sănătății tinerii generații</i>
72.	Rata de dezvoltare fizică bună și satisfăcătoare a tinerilor în vîrstă de 14-18 ani supuși examenului medical obligatoriu în cadrul Comisariatelor militare și în cadrul examenelor profilactice la medicul de familie
73.	<i>Screeningul hiperlipidemie</i>
74.	% pacienților cu vîrsta <70 ani cu afecțiuni cardiovasculare preexistente (istoric de IM, angioplastie, bypass coronarian, boală coronariană sau angină) care nu se află în tratament cu hipolipemice și cărora li s-a monitorizat valoarea colesterolului cel puțin la fiecare 5 ani
75.	% pacienților cu vîrsta <70 ani, diagnosticați recent cu boală coronariană, care au valoarea colesterolului total documentată în ultimii doi ani sau în termen de 3 luni de la momentul diagnosticării bolii coronariene
76.	% pacienților cu vîrsta <70 ani cu afecțiuni cardiovasculare preexistente care au o valoare a colesterolului total >200 mg/dl și cărora li s-a efectuat o măsurare a nivelului colesterolului LDL cu doi ani înainte sau 3 luni după măsurarea colesterolului total
77.	% pacienților fără boală coronariană preexistentă cărora li s-a inițiat tratamentul hipolipemiant și care au avut cel puțin 2 măsurări ale valorii colesterolului (total sau LDL) documentate în anul anterior inițierii tratamentului hipolipemiant
78.	% pacienților cu vîrsta <70 ani, cu afecțiuni coronariene preexistente, care prezintă valori ale colesterolului LDL >130 mg/dl fără tratament și care au început regim igienico-dietetic sau terapie hipolipemiantă în termen de trei luni de la documentarea valorii crescute a colesterolului LDL
79.	% pacienților cu vîrsta <70 ani, cu afecțiuni coronariene preexistente, care prezintă valori ale colesterolului LDL >130 mg/dl după 6 luni de regim igienico-dietetic și care au primit în termen de 2 luni medicație hipolipemiantă/o măsurare suplimentară a colesterolului LDL
80.	% pacienților la care s-a administrat tratament hipolipemiant și cărora li s-a reevaluat valoarea colesterolului în termen de 4 luni de la inițiere
81.	% pacienților cu tratament hipolipemiant cărora li s-a modificat doza de medicament și cărora li s-a reevaluat valoarea colesterolului în termen de 4 luni de la modificare
	77. Siguranța pacientului/Satisfacția pacientului și personalului medical
1.	Existența, în instituție, a unui sistem de înregistrare a sugestiilor și reclamațiilor
2.	Numărul de reclamații considerate obiective de către medic, rezolvate în favoarea pacienților
3.	Număr masuri de îmbunătățire a activității, întreprinse în urma analizei gradului de satisfacție al pacienților (chestionării)
4.	Percepția accesului la asistență medicală
5.	Percepția continuității asistenței medicală
6.	Percepția informării
7.	Percepția confidențialității și respectului
8.	Gradul de satisfacție a medicului/asistentului medical
9.	Frecvența erorilor de administrare a medicamentelor
10.	Frecvența reacțiilor adverse la medicamente

Abrevierile folosite în document

AB	Antibiotice
AF	Anemie fierodificitară
AFP	Antigen fetoplacentar
AJL	Artrita juvenilă idiopatică
AgHBS	Anticorpii hepatitei B
AINS	Antiinflamatorii nesteroidiene
AIT	Accident ischemic tranzitoriu
AM	Asistența medicală
AMP	Asistența medicală primară
AMSA	Asistența medicală specializată de ambulator
AMU	Asistența medicală urgentă
AR	Artrita reactivă
ARN	Acid ribonucleic
ARV	Medicamentele antiretrovirale
ASL-O	Anticorpi anti-streptolizina O
ATI	Anesteziologie și terapie intensivă
AVC	Accident vascular cerebral
BAAR	Bacilul Acido-Alcool-Resistent
BC	Boala celiacă
BDA	Boala diareică acută
BII	Boala inflamatorie intestinală
BP	Babes Papanicolau
BPOC	Bronhopneumopatie cronică obstructivă
BTS	Boli cu transmisie sexuală
CVS	Chorionic Villus Sampling (test invaziv de diagnostic prenatal, pentru depistarea unor boli genetice)
CO2	Bioxid de carbon
DEF/PEF	Debitul expirator max, în l/min
DMU	Departamentul medicină urgentă
DZ	Diabet zaharat
EB	Endocardita bacteriană
ECG	Electrocardiografie
ECOEG	Electro-encefalo-grafie
EDS	Esofago-duodeno-scopie
FA	Fibrilația atrială
FEVS	Fracția de ejeție a ventriculului stâng
FRA	Febra reumatismală acută
Hb	Hemoglobină
HCC	Hidronefroza congenitală la copil
Hct	Hematocrit
HDC	Hernie diafragmală congenitală
HDL	Holesterol
Hg	Hidrargiu
HIV	Virusul imunodeficienței umane
Hp	Helicobacter pilory
HTA	Hipertensiune arterială
HTPA	Hipertensiunea pulmonară arterială
IACRS	Infecție acută a căilor respiratorii superioare

ICC	Insuficiență cardiacă congenitală
IECA	Inhibitorii enzimei de conversie
IM	Infarct miocardic
IMA	Infarct miocardic acut
IMAO	Inhibitor de monoaminooxidază
IMC	Indicele masei corporale
INR	Test calculat din testul PT (timpul de protrombină)
ITS	Infecție cu transmitere sexuală
GCS	Glucocorticosteroizi de sistem
LCR	Lichid cefalorahidian
LDL	Lipide
LHRH	Hormonul luteinizant-hormonului de eliberare
LES	Lupusul eritematos de sistem
MC	Masa corporală
MCC	Malformație congenitală cardiacă
MLȘ	Malformație luxantă a șoldului
MTX	Preparate methotrexate
Na	Natriu
OA	Osteoartroza
OM	Otita medie
OMA	Otita medie acută
ORL	Otorinolaringologie
PCN	Protocol clinic național
PPD	Derivat proteic purificat (tuberculină)
PSA	Antigen specific al prostatei
RGE	Reflux gastro-esofagian
Rh	Factorul rezus
RMN	Rezonanța magnetică nucleară
RVU	Reflux vezico-ureteral
SAMU	Stația asistență medicală urgentă
SaO2	Saturația cu oxigen
SCA	Sindrom coronarian acut
SPU	Sistemul pielo-ureteral
SSPT	Servicii de sănătate prietenoase tinerilor
ST	Segmentul T
TA	Tensiunea arterială
TBC	Tuberculoza
TC	Tomografia computerizată
TCC	Traumă cranio-cerebrală
TCCD	Traumă cranio-cerebrală deschisă
TNM	Clasificarea internațională a cancerului (tumoare, noduli, metastaze)
TSH	Hormonul de stimulare tiroidiană (tirotropina)
K	Kaliu
USG	Ultrasonografie
VEMS	Volumul expirator max în prima secundă
VHC	Hepatita virală C