

Codul proiectului: 109601

Titlul proiectului: **”Creșterea calității actului medical prin îmbunătățirea nivelului competențelor profesioniștilor din sectorul medical “**

☒ Beneficiar / ☐ Partener: SCJU ARAD

Numele și prenumele Președintelui Comisiei: Dr. Furău Gheorghe

Poziția în cadrul proiectului: Președinte Comisie actualizare ghiduri de practică

Nr. și tipul contractului¹: Proiect POCU/91/4/8/

Categorie președinte > 5 ani medic specialist

Managementul medical și chirurgical al avortului în trimestrul I și II de sarcină

Codul proiectului: 109601

Titlul proiectului: **„Creșterea calității actului medical prin îmbunătățirea nivelului competențelor profesioniștilor din sectorul medical “**

☒ Beneficiar / ☐ Partener: SCJU ARAD

Numele și prenumele Presedintelui Comisiei: Dr. Furău Gheorghe

Poziția în cadrul proiectului: Presedinte Comisie actualizare ghiduri de practică

Nr. și tipul contractului¹: Proiect POCU/91/4/8/

Categorie presedinte > 5 ani medic specialist

Cuvânt înainte

Prin intermediul proiectului POCU/91/4/8/ cu titlul: „*Creșterea calității actului medical prin îmbunătățirea nivelului competențelor profesioniștilor din sectorul medical*“ în cadrul Programului Operațional Capital Uman, Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad a urmărit și actualizarea unei serii de ghiduri practice importante pentru activitatea practică desfășurată în cadrul instituției și pentru o mai bună calitate a serviciilor medicale oferite principalului beneficiar- pacientul.

Comisia 1 compusă din: Conf. univ. dr. Furău Gheorghe- medic primar obstetrică-ginecologie, as.univ.dr. Onel Cristina- medic specialist obstetrică-ginecologie, șef lucrări dr. Furău Cristian George- medic primar obstetrică-ginecologie, Kocsmaros Ana-Maria- secretar comisie, a dezvoltat prezentul ghid clinic- *Managementul medical și chirurgical al avortului în trimestrul I și II de sarcină*- care se adresează unei probleme de sănătate publică extrem de importante pentru care la momentul începerii proiectului nu beneficia de un ghid național în acest sens. Tema repartizată acestei comisii a fost una cu atât mai dificilă cu cât diferențele de practică medicală între țara noastră și țările dezvoltate sunt majore, managementul medical fiind utilizat foarte puțin în România în ciuda evidențelor certe asupra beneficiilor metodei.

Este de apreciat modalitatea în care membrii echipei au dezvoltat prezentul ghid, felul în care aceștia au încercat să abordeze toate componentele implicate în oferirea acestui serviciu medical, de la pacient, la medic și la autoritățile medicale de reglementare și control, dar și rigurozitatea de care au dat dovadă în colectarea și utilizarea datelor din literatura de specialitate. Este de remarcat și modul în care au implicat în dezvoltarea ghidului medici din aceeași specialitate cu experiență practică în domeniul de aplicare al ghidului, dar și alți specialiști din domenii conexe ale acestuia, incluzând aici medici de anestezie-terapie intensivă, medici de familie, psihologi, psihiatrii, cărora le mulțumim pe această cale.

Încurajăm Secția Clinică de Obstetrică-Ginecologie a SCJU Arad să dezvolte cât mai curând protocoale de lucru în baza acestui ghid clinic și sperăm că acest document va fi util și altor secții sau unități medicale din țară pentru a oferi servicii medicale cât mai bune, orientate spre nevoile pacientului.

Arad, 22 aprilie 2021

Coordonator comisii de actualizare a ghidurilor practice

Prof. univ. dr. Bogdan Totolici

CUPRINS

Titlul	Pagina
I) Documentația ghidului	6
1) Abrevieri	6
2) Precizări	7
3) Echipa de elaborare și revizie a ghidului	10
4) Metodologie de elaborare și revizie a ghidului	15
5) Rezumatul ghidului	23
II) Ghid Managementul medical și chirurgical al avortului în trimestrul I și II de sarcină	31
1) Introducere	31
2) Scop și obiective	36
3) Managementul preavort	40
3.1 Decizia de avort. Consimțământul informat. Consilierea pre avort	40
3.2 Datele anamnestice, examinarea clinică și ecografică	47
3.3 Teste de laborator și prevenția complicațiilor infecțioase	50
4) Procedura de întrerupere a sarcinii	59
4.1 Procedura de avort medicamentos	60
4.1.1 Principii generale	60
4.1.2 Procedura de avort medicamentos și conduita în caz de eșec al procedurii	66
4.1.3 Managementul medicamentos al avortului spontan și al fătului mort antepartum în trimestrul II de sarcină	70
4.1.4 Managementul medicamentos al întreruperii de sarcină în situații particulare	72
4.2 Procedura de avort chirurgical	80

4.2.1 Principii generale	80
4.2.2 Avortul chirurgical în primul trimestru de sarcină	85
4.2.3 Avortul chirurgical în trimestrul II de sarcină	88
4.2.4 Managementul chirurgical al întreruperii de sarcină în situații particulare	90
4.3 Opțiuni de analgezie și sedare în trimestrul I și II de sarcină	95
5) Managementul după întreruperea sarcinii	104
5.1 Asistența după avort și controlul ulterior	104
5.2 Managementul posibilelor complicații post avort	106
5.3 Contracepția după întreruperea sarcinii	111
6) Aspecte administrative și sfaturi de bună practică medicală	114
6.1 Aspecte administrative	114
6.2 Aspecte financiare	116
6.3 Posibilități de implementare în practica medicală curentă	118
7) Particularități în managementul întreruperii de sarcină în contextul pandemiei COVID-19	128
7.1 Infecția COVID-19 și sarcina. Dreptul la întreruperea de sarcină în pandemie	128
7.2 Modalități de reducere a expunerii personalului medical și al femeii la expunerea la infecția COVID-19	136
7.3 Îngrijirile medicale pentru procedura de avort la femei suspectate sau confirmate cu infecție SARS COV 2	142
III) Anexe	
1) Instrumentul AGREE II pentru evaluarea ghidului	153
2) Declarații conflict de interese	164
3) Aviz al Consiliului Etic	166

4) Grade de recomandare și nivele ale dovezilor utilizate în ghid	167
5) Acord informat general al pacientului	168
6) Chestionar preanestezie	174
7) Protocol de implementare al ghidului propus	176
8) Recomandări profilaxie antibiotică de utilizat în ghidul „Managementul medical și chirurgical al avortului în trimestrul I și II de sarcină”	178
9) Eligibilitatea medicală a mijloacelor de contracepție după avort	179
10) Indicatorii privind asistența pentru realizarea avortului fără riscuri	180
11) Întrebări și probleme care pot fi analizate în cadrul evaluării periodice a serviciilor de avort	181
12) Chestionar: Percepția populației de vârstă reproductivă asupra avortului	184

I. DOCUMENTAȚIA GHIDULUI

I.1. ABREVIERI

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Revizia Ghidurilor pentru Cercetare și Evaluare)
IVS	Înterupere voluntară a cursului sarcinii
HCG	Human chorionic gonadotropin
i.m.	Intramuscular
L	Litru
mg	Miligram
ng	Nanogram
p.o.	Per oral
SE	Sarcină extrauterină
PUL	Pregnancy with unknown location (Sarcină cu localizare Neprecizată)
EEV	Ecografie endovaginală
DIU	Dispozitiv intrauterin
FIV	Fertilizare in vitro
RUA	Reproducere umană asistată
TA	Tensiune arterial
TV	Tușeu vaginal
OG	Obstetrică-Ginecologie
OR	Odds Ratio
UI	Unități internaționale
SCJU Arad	Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad
UVVG Arad	Universitatea de Vest „Vasile Goldiș” din Arad
SOGR	Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România
ESC	Societatea Europeană de Contracepție și Sănătatea Reproducerii
VG	Vârstă de gestație
COC	Contracepție orală combinată
COVID-19	Infecția cu coronavirus de tip nou-19 provocată de virusul SARS-CoV-2
SARS	Sindrom acut respirator sever

I.2. Precizări

Ghidul clinic intitulat „Managementul medical și chirurgical al avortului în trimestrul I și II de sarcină” a fost elaborat cu scopul de a asista personalul medical pentru a lua decizii în îngrijirea pacienților care se prezintă la un specialist din domeniul medical cu o problemă legată de un avort, incluzând astfel atât întreruperea voluntară a cursului sarcinii (IVS), cât și avortul spontan și celelalte tipuri de avort medical. Raportându-ne la metoda de avort și la momentul efectuării acesteia, ghidul oferă opțiuni și recomandări de management atât preprocedural, asupra procedurii în sine, cât și postprocedural, incluzând de asemenea ca și important element de actualitate recomandări și particularități în managementul întreruperii de sarcină în contextul pandemiei COVID-19.

Informații esențiale legate de acest ghid:

1. Toți membrii echipei au fost selectați în baza unui concurs public.
2. Nu au existat conflicte de interese ale membrilor comisiei de elaborare a ghidului.
3. Nu a existat nici o constrângere din partea organismului de finanțare asupra conținutului sau recomandărilor existente în ghid.
4. Ghidul este independent din punct de vedere editorial față de organismul de finanțare.

În urma documentării și a consultării principalelor evidențe științifice legate de titlul prezentului ghid, membrii echipei au redactat în mai multe etape, conform graficului GANTT avizat al proiectului, prezentul ghid clinic.

Acesta a fost ulterior supus unei expertizări interne și ulterior externe.

Prezentul ghid a fost finanțat printr-un proiect cofinanțat din Programul Operațional Capital Uman (POCU) 2014-2020- Creșterea calității actului medical prin îmbunătățirea competențelor profesioniștilor din sectorul medical- POCU/9.4/8/109601- beneficiar Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad. Tematica a fost aleasă prin consens al membrilor comisiilor de actualizare a ghidurilor clinice, ținând cont că reprezintă o importantă problemă de sănătate publică care la momentul alegerii temei nu beneficia de un ghid național sau regional de conduită, de numărul mare de persoane care doresc să efectueze această procedură medicală, de specialiștii în domeniu care au solicitat de-a lungul timpului dezvoltarea unei metodologii moderne de rezolvare a acestei probleme care să le ofere și o mai bună protecție din punct de vedere al malpraxisului, dar și de faptul că există directive clare din partea Organizației Mondiale a Sănătății privind oferirea acestui tip de serviciu într-un mod cât mai accesibil și nediscriminatoriu.

După alegerea temei, membrii acestei comisii au încercat implicarea a cât mai multor factori decidenți sau interesați de temă, cu scopul de a formula un ghid cât mai adecvat nevoilor celor implicați. Au fost obținute date de la autoritățile statului (Direcția de Sănătate Publică Arad, Institutul Național de Statistică din România), din cadrul unităților spitalicești care oferă astfel de servicii medicale (SCJU Arad, Clinica Medlife Genesis, alte unități spitalicești de stat sau private) și direct de la populația țintă (prin intermediul unui chestionar legat de percepția

asupra avortului). Chiar dacă prin structura proiectului colectivul de scriere al ghidului a fost limitat la trei membri și un secretar, membrii comisiei 1 de actualizare a ghidurilor clinice a apelat la specialiști în domeniile la care ghidul face referire, incluzând aici: medici din aceeași specialitate cu experiență practică în domeniul de aplicare al ghidului, dar și alți specialiști din domenii conexe ale acestuia, cum ar fi, medici de anestezie-terapie intensivă, medici de familie, psihologi, psihiatrii, asistenți sociali.

El prezintă recomandări de bună practică medicală clinică bazate pe dovezi publicate, pentru a fi luate în considerare de către medicii cu specialitatea obstetrică-ginecologie, dar și medici de alte specialități, precum și de către celelalte cadre medicale implicate în îngrijirea pacientelor cu afecțiuni ginecologice și obstetricale.

Deși ghidul reprezintă o fundamentare a bunei practici medicale bazate pe cele mai recente dovezi disponibile, el nu intenționează să înlocuiască raționamentul practicianului în fiecare caz individual. Decizia medicală este un proces integrativ care trebuie să ia în considerare circumstanțele individuale și opțiunea pacientului, precum și resursele, caracterele specifice și limitările instituțiilor de practică medicală. Se așteaptă ca fiecare practician care aplică recomandările în scopul diagnosticării, definirii unui plan terapeutic sau de urmărire, sau al efectuării unei proceduri clinice particulare să utilizeze propriul raționament medical independent, în contextul circumstanțial clinic individual, pentru a decide orice îngrijire sau tratament al pacientei în funcție de particularitățile acesteia, opțiunile diagnostice și curative disponibile, cu acordul informat în prealabil al pacientei sau reprezentantului legal.

Ghidul clinic „Managementul chirurgical al neoplasmului colo-rectal” a fost conceput cu respectarea principiilor de elaborare a Ghidurilor clinice, dar și în concordanță cu standardele OMS și cu cerințele privind elaborarea recomandărilor. În linii mari, acest proces a inclus: identificarea problemelor prioritare și a rezultatelor scontate, colectarea, evaluarea și sinteza dovezilor, formularea recomandărilor și planificarea diseminării, implementării, evaluării impactului și reactualizării. Identificarea problemelor și prioritizarea lor pentru obținerea unor recomandări cât mai pertinente, bazate pe dovezi științifice s-a bazat pe elaborarea unei liste de întrebări și rezultate legate de abordul multidisciplinar al pacientei ce se adresează pentru întreruperea cursului sarcinii.

Întrebările și rezultatele scontate considerate critice au fost incluse în acest document în calitate de informație de bază; dovezile relevante în acest context au fost evaluate în baza sistemului GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - Sistemul de evaluare a calității proceselor de apreciere, elaborare și evaluare a recomandărilor). Fiecare recomandare s-a încercat a fi bazată pe dovezi științifice, iar pentru fiecare afirmație a fost furnizată o explicație bazată pe nivelul dovezilor și a fost precizată puterea științifică (acolo unde există date), fiind supusă unui amplu proces de consens atât între membrii comisiei de elaborare, cât și cu specialiștii din domeniu.

Prezentul ghid a fost dezvoltat luând în considerare prevederile legale privind drepturile pacientului, în România, precum și resursele disponibile. Acest text poate fi folosit ca și referință și de alte structuri naționale sau internaționale, cu mențiunea că unele dintre prevederi și regulamente pot să difere semnificativ.

Ghidul este compus din mai multe capitole, oferind suport pentru recomandările propuse.

Pentru fiecare recomandare, membrii echipei au discutat textul tehnoredactat de către secretarul de comisie cu scopul de a ajunge la consens.

Consensul a fost definit ca acord al tuturor membrilor. Pe lângă dovezile științifice și calitatea acestora, la formularea recomandărilor finale au fost luate în considerare gradul de aplicabilitate, costurile și alte aspecte abordate de experți. Gradul de putere al recomandării a fost determinat prin evaluarea fiecărei intervenții în funcție de: (i) impactul dorit și nedorit; (ii) calitatea dovezilor medicale, (iii) valorile și preferințele legate de intervențiile realizate în diferite medii; (iv) costul opțiunilor la care au acces lucrătorii medicali din diferite medii și (v) probabilitatea, în viziunea experților, modificării recomandării în urma realizării cercetărilor suplimentare. În general, în cazul recomandărilor cu un grad de putere înalt, susținute prin dovezi de calitate moderată sau înaltă, realizarea unor cercetări suplimentare nu trebuie să fie considerată o prioritate.

Persoanele care au elaborat acest ghid au depus eforturi pentru ca informația conținută în ghid să fie corectă, redată cu acuratețe și susținută de dovezi. Dată fiind posibilitatea erorii umane și/sau progresele cunoștințelor medicale, ele nu pot și nu garantează că informația conținută în ghid este în totalitate corectă și completă. Recomandările din acest ghid clinic sunt bazate pe un consens al autorilor și evaluatorilor privitor la abordările terapeutice acceptate în momentul actual. În absența dovezilor publicate, ele sunt bazate pe consensul experților din cadrul specialității. Totuși, ele nu reprezintă în mod necesar punctele de vedere și opiniile tuturor clinicienilor și nu le reflectă în mod obligatoriu pe cele ale medicilor angajați ai Spitalului Clinic Județean de Urgență Arad, ale tuturor membrilor Societății Române de Obstetrică-Ginecologie sau ale altor instituții reprezentative ale statului.

Ghidurile clinice, spre diferență de protocoale, nu sunt gândite ca directive pentru un singur curs al diagnosticului, managementului, tratamentului sau urmăririi unui caz, sau ca o modalitate definitivă de îngrijire a pacientului. Variații ale practicii medicale pot fi necesare pe baza circumstanțelor individuale și opțiunii pacientului, precum și resurselor și limitărilor specifice instituției sau tipului de practică medicală. Abaterile semnificative de la ghiduri clinice naționale sau regionale trebuie documentate în întregime în protocoale și documente medicale, iar motivele modificărilor trebuie justificate detaliat.

Persoanele care au elaborat acest ghid își declină responsabilitatea legală pentru orice inacuratețe, informație percepută eronat, pentru eficacitatea clinică sau succesul oricărui regim terapeutic detaliat în acest ghid, pentru modalitatea de utilizare sau aplicare sau pentru deciziile finale ale personalului medical rezultate din utilizarea sau aplicarea lor. De asemenea, ele nu își asumă responsabilitatea nici pentru informațiile referitoare la produsele farmaceutice menționate în acest ghid. În fiecare caz specific, utilizatorii ghidurilor trebuie să verifice literatura de specialitate specifică prin intermediul surselor independente și să confirme că informația conținută în recomandări, în special dozele medicamentelor, este corectă. Orice referire la un produs comercial, proces sau serviciu specific prin utilizarea numelui comercial, al mărcii sau al producătorului, nu constituie sau implică o promovare, recomandare sau

favorizare din partea coordonatorului sau editorului ghidului față de altele similare care nu sunt menționate în document. Nici o recomandare din acest ghid nu poate fi utilizată în scop publicitar sau în scopul promovării unui produs. Opiniile susținute în această publicație sunt ale autorilor și nu reprezintă în mod necesar opiniile altor foruri superioare naționale sau internaționale.

Prezentul ghid va fi supus unui proces de revizuire și actualizare continuă. Cea mai recentă versiune a acestui ghid poate fi accesată prin Internet la adresa www.scjarad.ro.

I.3. Echipa de elaborare și revizie a ghidului

Grupul de coordonare al elaborării ghidului

- Prof. univ. dr. Totolici Bogdan, medic primar chirurgie generală, angajat al SCJU Arad, UVVG Arad, totolici_bogdan@yahoo.com – coordonator comisii de actualizare a ghidurilor clinice
- Dr. Onel Mircea Fica Alexandru, medic specialist hematologie, Director medical al SCJU Arad, angajat al UVVG Arad, mirceaonel@yahoo.com – manager de proiect

Comisia de elaborare a ghidului

- Conf. univ. dr. Furău Gheorghe Oto, medic primar obstetrică-ginecologie, medic șef secție în cadrul SCJU Arad, șef disciplină obstetrică-ginecologie în cadrul UVVG Arad, membru în consiliul director al Societății de Obstetrică-Ginecologie din România, membru în multiple organizații și societăți de profil din țară și străinătate, gfurau@yahoo.com, - președinte comisia 1 de actualizare ghiduri clinice
- Șef lucrări dr. Furău Cristian George, medic primar obstetrică-ginecologie, medic coordonator Bloc Operator III în cadrul SCJU Arad, șef disciplină Fiziopatologie în cadrul UVVG Arad, membru în board-ul Societății Europene de Contracepție și Sănătatea Reproducerii, membru în multiple organizații și societăți de profil din țară și străinătate, cristianfurau@gmail.com –membru comisia 1 de actualizare ghiduri clinice
- As. univ. dr. Onel Cristina, medic specialist obstetrică-ginecologie în cadrul SCJU Arad, as. univ. la disciplina de obstetrică-ginecologie din cadrul UVVG Arad, membru în multiple organizații și societăți de profil din țară și străinătate, onelcristina@yahoo.com –membru comisia 1 de actualizare ghiduri clinice
- Kocsmaros Ana-Maria, economist IA în cadrul SCJU Arad, kocsmarosani@yahoo.com – secretar comisia 1 de actualizare ghiduri clinice

Membrii consultanți ai comisiei de elaborare a ghidului

- Dr. Timiș Horea, director DSP Arad, director@dsp.arad
- Conf. univ. dr. Boru Casiana, medic specialist obstetrică-ginecologie în cadrul SCJU Arad, conferențiar universitar disciplina de anatomie și decan în cadrul Facultății de Medicină a Universității de Vest „Vasile Goldiș” din Arad, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, casiana_stanescu@yahoo.com – evaluator
- Șef lucrări dr. Romoșan Radu, medic specialist psihiatrie SCJU Timișoara, cadru de predare al UMF Timișoara, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, romosan.radu@gmail.com
- Șef lucrări dr. Voiculescu Vlad, medic primar dermatovenerologie Spitalul Universitar de Urgență Elias București, doctor în științe medicale, cadru de predare al UMF Carol Davila București, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, voiculescuvlad@yahoo.com
- Dr. Voștinar Lavinia, medic primar medicină de familie, coordonator centru de planificare familială în cadrul SCJU Arad, lavivostinar@yahoo.com
- Dr. Milincu Octavian, medic primar obstetrică ginecologie, CMI dr. Milincu, octavianmilincu@yahoo.com
- Dr. Popa Alina, medic primar ATI, șef compartiment ATI III în cadrul SCJU Arad, ati3@scjarad.ro
- Dr. Toth Csongor, medic primar medicină de familie, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, drtothpraxis@gmail.com
- Dr. Popa Călin, medic primar medicină de familie, medic specialist cardiologie, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, calinpopa@msn.com
- Dr. Ardelean Iliana, medic primar obstetrică-ginecologie în cadrul SCJU Arad, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, ardeleanili59@gmail.com
- Dr. Vornic Ioana, medic specialist obstetrică-ginecologie în cadrul SCJU Arad, membru în multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, ioana_vornic@yahoo.com
- Popescu Aurora, medic primar obstetrică-ginecologie în cadrul SCJU Arad, membru în multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, popescuaurora@yahoo.com

- Șupială Călin, medic primar obstetrică-ginecologie în cadrul Medlife Genesys Arad, membru în multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, callinro@yahoo.com
- Brînzan Daniela, medic primar obstetrică-ginecologie în cadrul SCJU Arad, membru în multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, brînzan_daniela@yahoo.com
- Botezatu Dragoș, medic primar urologie, medic specialist obstetrică-ginecologie în cadrul SCJU Arad, membru în multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, dragos_botezatu@yahoo.com
- Olariu-Stoian Crinuța, medic specialist obstetrică-ginecologie în cadrul Mediqa Arad, membru în multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, crinutzacristina@yahoo.com
- Dutca Ioan, medic primar obstetrică-ginecologie în cadrul SCJU Arad, dutca_ioan@yahoo.com
- Pavel Maria, psiholog, în cadrul SCJU Arad, mariana_pavel27@yahoo.com.sg
- Tulcan Livia, asistent social în cadrul SCJU Arad, liviatulcan@yahoo.com
- Tamaș Florea, reprezentant al asociațiilor de pacienți în cadrul Consiliului Etic al SCJU Arad, florea_tamas@yahoo.co.uk

Membrii grupului de evaluare a ghidului

- Prof. univ. habil dr. Ionescu Crîngu Antoniu, medic primar obstetrică-ginecologie, medic șef secție în cadrul Spital de Urgență Sf. Pantelimon București, profesor în cadrul UMF Carol Davila București, membru în multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, antoniuginec@yahoo.com
- Prof. univ. dr. Sas Ioan- medic primar obstetrică ginecologie, medic șef secție în cadrul SCMU Timișoara Clinica Odobescu, profesor de obstetrică ginecologie în cadrul UMF Timișoara, membru în multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, sas.ioan@umft.ro – evaluator
- Conf. univ. dr. Petre Izabella, medic primar obstetrică ginecologie, medic șef secție în cadrul SCJU Timișoara, șef departament II, șef disciplina obstetrică ginecologie în cadrul UMF Timișoara, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, dr.petreizabella@yahoo.com , petre.izabella@umft.ro – evaluator

- Conf. univ. dr. Chitulea Petru, medic primar obstetrică ginecologie, medic șef secție în cadrul SCJU Oradea, membru al catedrei de obstetrică ginecologie în cadrul Facultății de Medicină a Universității din Oradea, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, pchitulea@yahoo.com
- Conf. univ. dr. Pirtea Laurențiu, medic primar obstetrică ginecologie, medic șef secție în cadrul SCMU Timișoara, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, laurentiupirtea@gmail.com – evaluator
- Conf. univ. dr. Dimitriu Mihai, medic primar obstetrică ginecologie în cadrul Spital de Urgență Sf. Pantelimon București, conferențiar universitar în cadrul UMF Carol Davila București, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, drmihaidimitriu@yahoo.com – evaluator
- Conf. univ. dr. Gluhovschi Adrian, medic primar obstetrică ginecologie în cadrul SCJU Timișoara, membru al catedrei de obstetrică ginecologie în cadrul UMF Timișoara, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, gluhovschi.adrian@umft.ro – evaluator
- Conf. univ. dr. Precup Cris Virgiliu, medic primar și medic șef secție medicină legală în cadrul SCJU Arad, conferențiar universitar disciplina de anatomie în cadrul Facultății de Medicină a Universității de Vest „Vasile Goldiș” din Arad, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, precupcris@yahoo.com – evaluator
- Conf. univ. dr. Neamțu Carmen, doctor în medicină , medic primar chirurgie generală, medic specialist obstetrică-ginecologie, competență în chirurgie oncologică, laparoscopie, ecografie și management sanitar, medic coordonator BO I în cadrul SCJU Arad, cadru de predare în cadrul UVVG Arad, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, carmen.neamtu@gmail.com – evaluator
- Șef lucrări dr. Mariș Mariana, medic primar psihiatrie, medic șef secție în cadrul SCJU Arad, șef disciplină psihiatrie în cadrul UVVG Arad, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, sorela2002@gmail.com – evaluator
- Șef lucrări Dr. Pribac George Ciprian, doctor în medicină , medic primar anatomie patologică în cadrul SCJU Arad, atestat Managementul serviciilor de sănătate , cadru de predare în cadrul UVVG Arad, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, georgepribac@gmail.com – evaluator
- Șef lucrări dr. Pop Moldovan Adina, medic primar cardiologie, medic șef secție în cadrul SCJU Arad, șef disciplină cardiologie în cadrul UVVG Arad, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, ppmldvn68@yahoo.com – evaluator

- Șef lucrări dr. Piroș Ligia, medic primar psihiatrie în cadrul SCJU Arad, cadru de predare în cadrul UVVG Arad, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, diana_ligia2000@yahoo.com – evaluator
- Șef lucrări Dr. Amza Oana, medic primar radiologie și imagistică medicală, medic șef secție în cadrul SCJU Arad, cadru de predare în cadrul UVVG Arad, membru a multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, oanaamza@hotmail.com – evaluator
- Dr. Burlea Amelia, medic primar anatomie patologică, medic șef secție în cadrul SCJU Arad, ameliaburlea@yahoo.com – evaluator
- Dr. Dărăbanțu Dan, medic primar cardiologie în cadrul SCJU Arad, membru în multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, ddarabantiu@yahoo.com – evaluator
- Dr. Putin Ramona, medic primar radiologie în cadrul SCJU Arad, RAMONAPUTIN@yahoo.com – evaluator
- Dr. Simon-Repolski Erika, medic primar pneumologie, medic șef secție în cadrul SCJU Arad, repolski@yahoo.com - evaluator
- Șef lucrări dr. Hreniuc Cătălin, medic specialist neurologie, medic șef secție în cadrul SCJU Arad, cadru de predare în cadrul UVVG Arad cata_hr@yahoo.com – evaluator
- Asist. universitar dr. Mercea Simona, medic specialist cardiologie în cadrul SCJU Arad, cadru de predare în cadrul UVVG Arad simonamercea19@gmail.com – evaluator
- Puf Ovidiu, medic specialist medicină de familie în cadrul SCJU Arad, ovidiupuf@gmail.com – evaluator
- Dr. Popa Adrian, medic primar obstetrică-ginecologie în cadrul SCJU Arad, membru în multiple multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, popasandel68@yahoo.com – evaluator
- Dr.Fodor Izabella, medic specialist obstetrică-ginecologie în cadrul SCJU Arad, membru în multiple multiple organizații și societăți medicale de profil din țară și străinătate, napsolaris@gmail.com – evaluator

* Declarațiile privind evitarea conflictului de interese au fost completate de către toate persoanele de mai sus, nici una dintre ele declarând vreun conflict de interese

I.4. Metodologie de elaborare și revizie a ghidului

1.4.1 Etapele procesului de elaborare

Prezentul ghid a fost elaborat în cadrul proiectului cofinanțat din Programul Operațional Capital Uman 2014-2020 „Creșterea calității actului medical prin îmbunătățirea competențelor profesioniștilor din sectorul medical” POCU/9.4/8/109601 de către comisia 1 de scriere a ghidurilor clinice.

Comisia nr. 1 are în componență pe: dr. Furău Gheorghe- medic primar obstetrică-ginecologie și președinte de echipă, dr. Onel Cristina- medic specialist obstetrică- ginecologie, dr. Furău Cristian George- medic primar obstetrică- ginecologie și Kocsmaros Ana- secretar comisie 1, toți membrii echipei fiind selectați în baza unui concurs public.

Tematica ghidului a fost selectată după consultări cu specialiști în domeniu, cu conducerea SCJU Arad și a DSP Arad, fiind una importantă din punct de vedere medical, în condițiile în care la demararea proiectului nu existau reglementări sau ghiduri clare la nivel național. Ținând cont de titlul proiectului POCU, acest ghid are ca și **principale obiective** îmbunătățirea calității actului medical prin aplicarea celor mai noi și mai bune metode și îmbunătățirea competențelor, a cunoștințelor teoretice și practice ale personalului medical.

În urma documentării și a consultării principalelor evidențe științifice legate de titlul prezentului ghid, membrii echipei au redactat în mai multe etape, conform graficului GANTT avizat al proiectului, prezentul ghid clinic.

Acesta a fost ulterior supus unei expertizări interne și ulterior externe în conformitate cu cererea de finanțare și cu avizul consiliului etic al SCJU Arad.

1.4.2 Principii

Ghidul clinic „Managementul medical și chirurgical al avortului în trimestrul I și II de sarcină” a fost conceput cu respectarea principiilor de elaborare a Ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie utilizate de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România, dar și în concordanță cu standardele OMS și cu cerințele privind elaborarea recomandărilor. În linii mari, acest proces a inclus: identificarea problemelor prioritare și a rezultatelor scontate, determinarea populației țintă, colectarea, evaluarea și sinteza dovezilor, formularea recomandărilor și planificarea diseminării, implementării, evaluării impactului, al beneficiului și reactualizării ghidului. Identificarea problemelor prioritare pentru recomandări s-a bazat pe elaborarea unei liste de întrebări și rezultate legate de acordarea asistenței în caz de avort fără riscuri, ulterior acestea fiind prioritizate. Au fost solicitate opinii din partea a cât mai multor factori implicați, cum ar fi: DSP Arad, unități spitalicești publice sau private, medici, asistente medicale, pacienți care ar putea să beneficieze direct de implementarea practică a ghidului.

Întrebările și rezultatele scontate considerate critice au fost incluse în acest document în calitate de informație de bază; dovezile relevante în acest context au fost evaluate în baza

sistemului GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - Sistemul de evaluare a calității proceselor de apreciere, elaborare și evaluare a recomandărilor), care se regăsește în Anexa 2. Fiecare recomandare s-a încercat a fi bazată pe dovezi științifice, iar pentru fiecare afirmație a fost furnizată o explicație bazată pe nivelul dovezilor și a fost precizată puterea științifică (acolo unde există date). Pentru fiecare afirmație a fost precizată alături de tăria afirmației (Standard, Recomandare sau Opțiune) conform definițiilor din Anexa 4.

Prezentul ghid a fost dezvoltat luând în considerare prevederile legale legate de avort în România, precum și resursele disponibile. Acest text poate fi folosit ca și referință și de alte structuri naționale sau internaționale, cu mențiunea că unele dintre prevederi și regulamente pot să difere semnificativ. Membrii echipei au efectuat o muncă de documentare prin care au colectat date relevante despre magnitudinea acestei probleme de sănătate publică prin studierea datelor județene și naționale și raportarea acestora la contextul internațional. Rezultate notabile obținute au fost diseminate prin intermediul unor manifestări științifice și se regăsesc anexate la finalul ghidului.

Pe parcursul ghidului, prin termenul de medic se va înțelege medicul de specialitate obstetrică și ginecologie, căruia îi este dedicat în principal ghidul clinic. Acolo unde s-a considerat necesar, specialitatea medicului a fost enunțată în clar, pentru a fi evitate confuziile de atribuire a responsabilității actului medical.

Ghidul este compus din mai multe capitole, oferind suport pentru recomandările propuse. Inevitabil există întrepătrunderi sau mici neconcordanțe în împărțirea informațiilor între diversele capitole, motiv pentru care referirea la o singură recomandare a ghidului poate conduce la o interpretare greșită.

Pentru fiecare recomandare, membrii echipei au discutat textul tehnoredactat de către secretarul de comisie cu scopul de a ajunge la un consens. Consensul a fost definit ca acord al tuturor membrilor. Pe lângă dovezile științifice și calitatea acestora, la formularea recomandărilor finale au fost luate în considerare gradul de aplicabilitate, costurile și alte aspecte abordate de experți. Gradul de putere al recomandării a fost determinat prin evaluarea fiecărei intervenții în funcție de: (i) impactul dorit și nedorit; (ii) calitatea dovezilor medicale, (iii) valorile și preferințele legate de intervențiile realizate în diferite medii; (iv) costul opțiunilor la care au acces lucrătorii medicali din diferite medii și (v) probabilitatea, în viziunea experților, modificării recomandării în urma realizării cercetărilor suplimentare. În general, în cazul recomandărilor cu un grad de putere înalt, susținute prin dovezi de calitate moderată sau înaltă, realizarea unor cercetări suplimentare nu trebuie să fie considerată o prioritate.

Textul ghidului a fost prezentat periodic și adaptat în urma consultărilor și cu alți specialiști în domeniu angajați ai SCJU Arad sau nu, persoane care se regăsesc în cadrul listei membrilor consultanți. S-a încercat pe această cale cooptarea de consultanți din toate grupurile profesionale relevante pentru tematica ghidului, ținându-se în același timp cont de opiniile și preferințele pacienților care au fost intervievați prin intermediul unui chestionar intitulat percepția asupra avortului (anexa 12).

În finalul ghidului au fost propuse protocoale de implementare a ghidului, precum și formulare medicale utile în acest scop. În cadrul recomandărilor și a argumentărilor acestora au fost luate în considerare elemente care pot facilita aplicarea practica a acestuia sau care îl pot influența negativ. De asemenea secția de obstetrică-ginecologie a SCJU Arad a implementat în practica curentă recomandări din cadrul ghidului, mai ales referitor la utilizarea metodei medicamentoase de realizare a avortului. Succesul clinic al recomandărilor din ghid a permis formularea unor protocoale de implementare utile SCJU Arad, dar și altor unități spitalicești.

O atenție deosebită a fost acordată de către membrii comisiei beneficiarului final al ghidului- pacienta care se adresează pentru întreruperea sarcinii. Au fost astfel dezvoltate o serie de acorduri informate (general, anestezic și specific pentru procedura de avort) prin care să se asigure o cât mai bună informare a pacientei preprocedural, dar și pentru a asigura realizarea unei proceduri cu cât mai puține riscuri. De asemenea a fost dezvoltat un chestionar legat de percepția asupra avortului, al cărui rol este în curs de evaluare în cadrul unui proiect pilot.

Pentru evaluarea ghidului a fost utilizat instrumentul AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation), un instrument larg utilizat și acceptat la nivel internațional. În urma efectuării evaluării, au fost efectuate modificări și ajustări ale textului ghidului în baza acestor recomandări.

Membrii comisiei de redactare a ghidului au încercat să facă comentarii de costurile legate de aplicarea practică a diverselor recomandări făcute, încercând să faciliteze utilizatorului o cât mai ușoară înțelegere a raportului beneficiu/cost/riscuri implicate.

În cadrul anexelor, a fost propus un sistem de monitorizare a implementării ghidului în unități spitalicești care să permită decidenților instituționali, dar și celor de sănătate publică o evaluare și o auditare cât mai corectă a procedurilor recomandate.

Conținutul acestui ghid va fi diseminat în format digital pe site-ul instituției, putând a fi descărcat liber, fără costuri suplimentare de către toți specialiștii interesați. De asemenea va fi diseminat pe secțiile clinice interesate în cadrul unor prezentări/sau workshopuri.

De menționat este că a fost solicitată tuturor persoanelor implicate în coordonarea, scrierea, evaluarea și consultanța pentru scrierea ghidului o declarație privind posibilul conflict de interese. S-au decis să fie anexate la finalul ghidului declarațiile celor care prezintă astfel de posibile conflicte de interese pentru a asigura o cât mai mare transparență instituțională.

1.4.3 Elaborarea, redactarea și formatarea documentului

1.4.3.1 Strategia de căutare și selectare a datelor din literatura de specialitate

Textul ghidului a fost redactat de către membrii echipei mai sus menționate. Pentru o mai bună acuratețe a textului au fost implicați ca și voluntari și alți medici cu experiență în practica procedurii de avort.

Prezentul ghid a fost redactat în mai multe etape după o parcurgere exhaustivă a literaturii de specialitate scrisă pe această temă, textul fiind în concordanță cu principalele documente

relevante naționale și internaționale elaborate de organizații și societăți științifice cu preocupări în legătură cu reglementarea problematicei. Membrii echipei de scriere a acestui ghid au căutat lunar în perioada de documentare, dar și ulterior în bazele de date Cochrane, Pubmed și Medline utilizând ca și cuvinte cheie: „avort”, „avort medical”, „avort indus”, „avort medicamentos”, „dilație și evacuare”, „aspirație uterină”. De asemenea s-a evaluat periodic cuprinsul principalelor jurnale medicale de specialitate, precum și site-urile societăților mai sus amintite în vederea găsirii de titluri relevante pentru temă. Perioada de documentare a fost cuprinsă între 1 ianuarie 2019-31 decembrie 2020.

Au fost excluse publicații științifice la care nu a fost disponibil textul în totalitate sau care au fost redactate într-o altă limbă decât cele cunoscute și vorbite în mod fluent de către membrii comisiei.

Au fost selectate în primul rând informațiile utile din ghiduri similare publicate de către societățile internaționale și în special OMS și adaptate ulterior specificului și necesităților prevăzute în cadrul proiectului. Au fost de asemenea colectate și selecționate în funcție de nevoia de suport a recomandărilor studiile multicentrice relevante din baza de date Cochrane, iar ulterior alte review-uri sistematice pe teme de interes. S-au utilizat de asemenea și articole originale, după studierea în prealabil a gradului de relevanță pentru temă, a metologiei și a loturilor studiate. S-a apelat la studii de mai mică amploare doar în situațiile în care nu au fost găsite alte evidențe. Ulterior s-au utilizat gradele de recomandare și de putere științifică, așa cum se regăsesc în anexa 4.

Ulterior selectării informației relevante s-au organizat ședințe de lucru în care s-au analizat documentele selecționate și s-a redactat textul ghidului. Variantele de lucru ale ghidului au fost reanalizate și discutate până la obținerea variantei finale, care a fost validată în cursul ședințelor plene.

În urma etapei inițiale de documentare, următoarele întrebări au fost considerate ca extrem de relevante pentru conținutul ulterior al ghidului:

- Care este cea mai eficientă metodă de terminare a sarcinii în primul trimestru? Este preferabilă varianta medicamentoasă, cea chirurgicală sau cea combinată?
- Care este cea mai eficientă metodă de terminare a sarcinii în trimestrul II de sarcină? Este preferabilă varianta medicamentoasă, cea chirurgicală sau cea combinată?
- Care este politica corectă privind utilizarea antibioticelor în cadrul procedurii de avort?
- Care este managementul adecvat al profilaxiei izoimunizării Rh?
- Care este rolul și utilitatea examinării ecografice pre și post avort?
- Cum se recunosc și se adresează complicațiile avortului?

- Cum se manageriază situațiile particulare?
- Care este managementul avortului medical pentru făt malformat în trimestrul II de sarcină?
- Ce aspecte socio-psihologice și medico-legale trebuie încorporate în procedura de avort?
- Cum se manageriază durerea asociată procedurii de avort?
- Care sunt recomandările legate de planificarea familială și contracepție ulterior avortului?

1.4.3.2 Sintetizarea informațiilor și formatarea textului ghidului

Definiția tipurilor de recomandări și a nivelului de relevanță sunt în concordanță cu cele propuse de US Agency for HealthCare Policy and Research și se regăsesc în anexa 4. Recomandările făcute sunt bazate și explicit conectate cu sursa din literatura de specialitate. Gradarea dovezilor și nivelul de putere al recomandării vor fi adnotate pentru fiecare în parte.

Au fost analizate beneficiile pentru sănătate, efecte secundare și riscurile asociate recomandărilor formulate, prezentându-se într-un mod cât mai clar și concis datele care susțin toate afirmațiile, raportul beneficiu/risc/efecte adverse. Dovezile care stabilesc legătura explicită cu recomandările formulate se regăsesc în paragrafele de argumentare sau discuție care le urmează, precum și în referințele bibliografice corespunzătoare afirmațiilor.

Pentru o mai bună acuratețe și standardizare a informațiilor din ghid, autorii au optat pentru a utiliza sistemul ierarhic de adresare a informației: **Standard** (informație utilizabilă în aproape toate situațiile. Deviațiile de la aceasta sunt rare și greu justificabile), **Recomandare** (nu are forța informației standard, dar atunci când nu se aderă la ea, trebuie bine documentat raționamentul și justificarea clinică. Ele oferă posibilitatea individualizării în management) și **Opțiune** (neutră din punct de vedere informațional, ea oferă posibilitatea alegerii unei intervenții sau tratament, în situațiile în care mai multe intervenții și alegeri sunt disponibile, alegerea aparținând pacientului. Ele sunt utile în procesul educațional și nu necesită o justificare amplă). Ținând cont de ierarhizarea acestora și de faptul că un ghid clinic își propune să ofere cea mai bună alegere justificabilă, este evident faptul că în textul ghidului se va respecta această ordine.

Astfel formatarea în cadrul fiecărui capitol va respecta principiul Standard 1.1, Standard 1.2, etc, acestea fiind numerotate consecutiv în cadrul capitolului sau subcapitolului. Recomandarea sau recomandările vor fi făcute ulterior standardului, utilizându-se modelul pentru recomandarea ce urmează standardului 1.1, respectiv Recomandare 1.1.1. Opțiunea va fi consecutivă recomandării sau standardului în cazul în care nu există o opțiune și se va formata în mod similar, respectiv pt recomandarea 1.1.1. se va utiliza Opțiune 1.1.1.1 și după Opțiune 1.1.1.2.

1.4.4. Revizie

Textul ghidului a fost revizuit în două rânduri de către membrii echipei de scriere pe parcursul elaborării, iar ulterior a fost supus procesului de evaluare, prezentul document reprezentând varianta finală ulterioară acestui proces.

Ghidul clinic se va revizui la nivelul SCJU Arad în 2023 sau în cazul în care apar dovezi științifice noi care să modifice major textul recomandărilor făcute.

1.4.5 Propuneri de monitorizare și auditare a serviciilor de avort în cadrul SCJU Arad

Prezentul ghid a fost dezvoltat pentru a asigura gestionarea asistenței pentru avort și pentru a reduce riscurile asociate acestei proceduri în special în cadrul SCJU Arad. La planificarea și gestionarea asistenței pentru avort legal, fără riscuri trebuie ținut cont de un șir de aspecte legate de sistemul de sănătate. Aceste aspecte sunt relevante pentru toate serviciile de sănătate: publice, private sau non-profit. În majoritatea cazurilor modificările minore în cadrul instituțiilor existente, achiziționarea unui minim de echipamente și preparate medicale suplimentare și/sau instruirea de bază a personalului contribuie la facilitarea prestării serviciilor în cazurile când acestea sunt inovatoare sau la îmbunătățirea calității, siguranței și capacității de prestare a serviciilor existente.

Asigurarea asistenței de calitate după avort depinde de existența unor procese eficiente de monitorizare, evaluare, asigurare și îmbunătățire a calității. Colectarea datelor statistice corecte, monitorizarea și evaluarea de rutină la nivel de instituție de sănătate constituie o parte componentă cheie a managementului de program.

Monitorizarea ține de supravegherea proceselor care au ca scop acordarea serviciilor, inclusiv a schimbărilor care survin cu timpul. Monitorizarea în regim de rutină poate ajuta conducătorilor și supervisorilor să identifice și să soluționeze sau să evite problemele înainte ca ele să se agraveze sau să devină greu de controlat. O bună monitorizare include solicitarea opiniilor prestatorilor de servicii, care pot veni cu recomandări importante pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale. Sistemul de monitorizare bine gândit le permite conducătorilor instituțiilor medicale și supervisorilor să comenteze problemele existente în discuțiile cu angajații și să implice angajații în procesul participativ de implementare a soluțiilor. La nivel de instituție mecanismele de monitorizare a serviciilor includ analiza statisticii, cazurilor din practică, fișelor de evidență, precum și observarea, fișele de control, evaluări la nivel de instituție, analize ale cazurilor de deces matern și cazurilor cu complicații extrem de grave, colectarea opiniilor beneficiarilor de servicii pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale. Datele statistice colectate referitor la avorturi includ: vârsta și numărul femeilor care au trecut prin procedura de avort provocat, prin ce metode (aspirare vacuum, avort medicamentos, dilatare și evacuare) și vârsta de gestație a sarcinii.

Introducerea indicatorilor specifici referitor la avorturi și evidenței statistice a serviciilor de avort trebuie realizată în contextul monitorizării programului național de sănătate maternă și reproductivă. Datele la nivel de instituții de sănătate cu privire la serviciile de avort pot fi

integrate în sistemele informaționale de management existente (de exemplu, formulare, cataloage de evidență, fișe de evidență a stocurilor de materiale, fișe de control, fișele pacienților, registrele de activitate zilnică). Această opțiune este preferabilă creării unor sisteme separate de colectare a datelor putându-se utiliza indicatorii propuși de OMS pentru asistența legată de avorturile fără riscuri.

Asigurarea și îmbunătățirea calității includ procese planificate și sistematice de identificare a rezultatelor măsurabile bazate pe standardele și recomandările naționale și pe punctele de vedere ale beneficiarilor și prestatorilor de servicii de sănătate în baza datelor colectate, care reflectă în ce măsură sunt atinse obiectivele scontate, formulând comentarii pentru managerii de programe și prestatorii de servicii. Procesele care au ca scop îmbunătățirea calității trebuie să identifice și să-și propună să elimine barierele la nivel individual și organizațional pentru a asigura o bună calitate a serviciilor de sănătate. În cazul asistenței medicale legate de avort obiectivul este promovarea schimbărilor pentru îmbunătățirea continuă, ca parte a menținerii calității înalte, a serviciilor care corespund nevoilor prestatorilor de servicii de sănătate și nevoilor legate de sănătatea și drepturile femeilor. Îmbunătățirea calității presupune monitorizarea permanentă a procesului de prestare a serviciilor în regim de lucru, a calității muncii specialiștilor și a rezultatelor înregistrate de pacienți, precum și evaluări periodice efectuate la nivel de instituție de sănătate.

Evaluarea sistematică a procesului de prestare a serviciilor și rezultatelor înregistrate este esențială. Evaluarea complexă se bazează pe surse de date multiple, inclusiv pe statistica privind serviciile respective, pe opiniile prestatorilor de servicii de sănătate și ale femeilor și comunităților care beneficiază de serviciile acestora, precum și pe evidența financiară. Evaluatorii programului pot să se concentreze asupra a trei domenii-cheie legate de politici, programe și servicii: accesul, disponibilitatea și calitatea asistenței. Anexate sunt prezentate exemple de tematicile și întrebările care pot fi analizate în cadrul evaluării periodice, așa cum au fost propuse de către OMS și cum pot fi utilizate și în cadrul SCJU Arad. Răspunsurile la aceste întrebări pot oferi informații care vor permite factorilor de decizie și managerilor de programe să înțeleagă mai bine și să depășească barierele existente în calea accesului și îmbunătățirii calității serviciilor de asistență.

Recomandările pentru auditare și monitorizare se vor regăsi în capitolul II.6, iar instrumentele ce pot fi folosite în acest sens sunt cele propuse de Organizația Mondială a Sănătății- anexele 10 și 11. Alături de acestea comisia a dezvoltat un chestionar dedicat percepției avortului de către populația de vârstă reproductivă- anexa 12.

Referințe bibliografice:

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in comprehensive abortioncare. RCOG. 2015. London, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Best Practice Paper No. 2. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-2.pdf>
2. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România- Ghiduri clinice- Avortul medicamentos, publicat de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România și Colegiul Medicilor din România, 2019

3. Field M, Lohr KE. Guidelines for clinical practice: From development to use. Washington, DC: National Academy Press; 1992.

4. Eddy D. Clinical decision making: From theory to practice. Designing a practice policy. Standards, guidelines, and options. JAMA. 1990;263(22):3077, 81, 84. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2342221>)

5. Graham R, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E, Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines we can trust. Washington, DC: Institute of Medicine, 2011. (<http://nap.edu/13058>)

6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. 2011. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Evidence-based Clinical Guideline. www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf

7. National Abortion Federation- Clinical Policy Guidelines for Abortion Care, 2018

8. National Abortion Federation- Clinical Policy Guidelines, 2015

9. Metodologia elaborării și implementării Protocoalelor Clinice Instituționale Elaborată de experți Programului Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare

10. IPPF (International Planned Parenthood Federation)- First trimester abortion guidelines and protocols. Surgical and medical procedures, 2010

11. Dutch Association of Abortion Specialists- Guideline for the treatment of women undergoing termination of pregnancy, 2011

12. Fiala C., Cameron S., Carmo-Bombas T.-A., Gemzell-Danielsson K., Parachini M., Sitruk-Ware R., Early Medical Abortion- A practical guide for healthcare professionals, Editions de Sante, 2012, ISBN 978-2-86411-268-6

13. Avortul fără riscuri: recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică. Ediția a II-a. Organizația Mondială a Sănătății, 2015

14. World Health Organization- Clinical practice handbook for safe abortion, ISBN 978 92 4 154871 7 (NLM classification: WQ 440), 2014

15. Medical management of abortion, WHO, 2018 ISBN: 9789241550406

16. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, (1):CD003037, updated 2010.

17. Eddy D. A manual for assessing health practice and designing practice policies: The explicit approach. Philadelphia: American College of Physicians; 1992.

18. Graham R, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E, Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines we can trust. Washington, DC: Institute of Medicine, 2011. (<http://nap.edu/13058>)

19. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008, (1):CD006714.

20. Wildschut H et al. Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011, (1):CD005216
21. Schunemann HJ et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. British Medical Journal, 2008, 336:1106-1110.
22. The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes. Geneva, World Health Organization, 2007
23. Walker RD, Howard MO, Lambert MD, Suchinsky R. Medical practice guidelines. West J Med. 1994;161(1):39-44. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7941505>) National Abortion Federation
24. James B. Implementing practice guidelines through clinical quality improvement. Front Health Serv Manage. 1993;10(1):3-37; discussion 54-6. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10127902>)
25. IPAS- Clinical updates in Reproductive Health. L. Castleman & N. Kapp (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas, 2020

I.5. Rezumatul ghidului

Managementul preavort

Orice femeie are dreptul de a solicita întreruperea cursului sarcinii în condițiile prevăzute de lege ¹ .	E
Avortul la cerere se poate realiza până la 14 săptămâni de sarcină.	E
Întreruperea cursului sarcinii se poate efectua de către un medic de specialitate obstetrică-ginecologie și drept de liberă practică, într-o instituție medicală sau cabinet medical autorizat în acest scop, după obținerea consimțământului femeii însărcinate.	E
Medicul trebuie să informeze corespunzător fiecare pacientă care solicită o întrerupere de sarcină, în vederea luării unei decizii informate și libere, de către aceasta.	E
Personalul medical de specialitate, trebuie să ofere informații despre contracepție tuturor pacientelor care solicită o întrerupere de sarcină.	B
Medicul trebuie să solicite fiecărei paciente care se prezintă pentru o întrerupere de sarcină în unități medicale publice sau private, să semneze înainte de efectuarea procedurii un consimțământ informat pentru procedură cuprinzând afirmația ei despre faptul că înțelege: – și este pregătită pentru întreruperea de sarcină procedura și alternativele existente – că decizia luată este liberă – intervenția și strategia propusă – riscurile potențiale – interacțiuni cu alte medicamente sau activități	E

– beneficiile și complicațiile, inclusiv decesul – riscurile nerespectării recomandărilor medicale – că a luat cunoștință despre posibilitatea consilierii – toate informațiile ce i-au fost furnizate (incluzând serviciile medicale disponibile, identitatea personalului medical implicat, dreptul la servicii fără discriminare, etc)	
Medicul trebuie să solicite, părintelui sau a tutorei legal, în cazul pacientelor cu vârstă sub cea a consimțământului legal de 18 ani cu aprobarea sub semnătură în documentele medicale, pe baza consimțământului informat, a acordului, pentru întreruperea de sarcină la cerere.	E
Confidențialitatea informației trebuie să fie respectată de întreg personalul implicat în procedurile de întrerupere a sarcinii.	E
Medicul trebuie să informeze pacienta asupra principalelor caracteristici ale tipurilor de proceduri utilizate în avort, cu explicarea avantajelor, dezavantajelor, evoluției, riscurilor și posibilelor complicații pentru fiecare în parte pentru ca pacienta să poată decide metoda cu care este confortabilă.	E
Prin anamneza pacientei trebuie să se determine dacă pacienta este eligibilă pentru o procedură sigură de avort, prin excluderea afecțiunilor medicale acute sau cronice relevante și severe.	E
Examinarea clinică generală și examinarea ginecologică sunt utile în stabilirea diagnosticului de sarcină, în evaluarea pre avort și stabilirea conduitei medicale.	E
Examinarea ecografică trebuie să fie disponibilă, ea fiind utilă într-o serie de situații clinice, dar nereprezentând o condiție esențială pentru procedura de avort.	E
Riscul de tromboembolism venos trebuie estimat la toate femeile care sunt supuse procedurii de avort.	E
Medicul care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să cunoască Rh-ul tuturor pacientelor care solicită întreruperea sarcinii.	C
Statusul Rh trebuie documentat la toate pacientele cu avort în trimestrul II.	C
Medicul care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să indice administrarea de Imunoglobulina anti-D, tuturor pacientelor Rh negativ ne-izoimunizate.	E
Unitățile sanitare care în care se efectuează procedura de avort trebuie să lucreze după protocoale care previn și să protejeze de transmiterea de infecții atât pacienta, cât și personalul medical implicat.	E
Medicul poate recomanda investigații pentru infecții transmise prin sânge sau boli cu transmitere sexuală în cadrul evaluării pre avort.	E

Profilaxia antibiotică de rutină va fi utilizată pentru avortul chirurgical (aspirație, dilatație și aspirație și/sau chiuretaj).	C
Infecțiile diagnosticate trebuie tratate în mod adecvat.	E

Procedura de întrerupere a sarcinii

Medicul trebuie să utilizeze de elecție metoda medicamentoasă în cazul întreruperilor de sarcina sub 12 săptămâni de amenoree, în cazul în care aceasta este acceptată de către pacientă și disponibilă.	A
Medicul trebuie să confirme dezvoltarea intrauterină a sarcinii și să consemneze vârsta de gestație.	C
Medicul trebuie să evalueze suplimentar pacienta la care există suspiciunea unei sarcini patologice (extrauterină, boala trofoblastică gestațională, sarcina dezvoltată pe cicatricea uterină). Suspiciunea unei sarcini extrauterine (ectopice- SE) este dată de: – ecografia transvaginală arată o formațiune anexială care sugerează sarcină ectopică SAU – ecografia transvaginală nu arată o sarcină intrauterină și titrul de hCG seric depășește 2.000 mUI/ml SAU – ecografia abdominală nu arată o sarcină intrauterină și titrul de hCG seric depășește 3.600 mUI/ml. – ecografia decelează dezvoltarea sarcinii pe sau în imediata apropiere a unei cicatrice uterine	C
Medicul poate solicita pacientei investigații suplimentare înaintea realizării procedurii de întrerupere a sarcinii. Determinarea Rh este importantă pentru realizarea corectă a profilaxiei izoimunizării.	C
Medicul va informa pacienta asupra substanțelor medicamentoase folosite, incluzând informații despre denumirea, modalitatea de administrare, eficiența, efectele secundare, riscurile și posibilele complicații (insistându-se asupra posibilității de sângerare excesivă, riscului teratogen al medicamentelor administrate, posibilității de eșec a metodei) și a simptomelor acestora, interacțiunea cu alte medicamente.	C
Medicul va informa pacienta asupra numărului de vizite medicale propuse în cadrul procedurii de întrerupere a sarcinii și a scopului fiecăreia dintre ele.	C
Medicul trebuie să ofere o metodă de analgezie pacientei în timpul întreruperii de sarcină prin metoda medicamentoasă.	E

Medicul trebuie să instruiască pacienta să ia contact imediat cu serviciile de sănătate dacă apar unele sau mai multe dintre următoarele simptome: - sângerare abundentă, care necesită utilizarea a două sau mai multe absorbante pe oră, timp de 2 ore consecutiv - febră $>38^{\circ}\text{C}$ sau declanșarea febrei, care durează mai mult de 24 de ore după administrarea misoprostolului - durere abdominală sau disconfort sau stare de rău, care include slăbiciune, greață, vomă sau diaree, mai mult de 24 de ore după administrarea misoprostolului - sângerare ușoară, însoțită pe de o parte, de durere severă în abdomenul inferior, amețeli, durere de umăr sau tahipnee, în mod special atunci când sarcina intrauterină nu a fost confirmată anterior prin ecografie (aceste simptome sugerează cu mare probabilitate o ruptură a sarcinii ectopice, iar medicul clinician trebuie să organizeze accesul imediat al pacientei la serviciile de urgență).	C
Examenul de rutină histopatologic nu este recomandat de rutină în procedura de avort medicamentos. Screeningul pentru boala trofoblastică gestațională nu este recomandat uzual.	E
Medicul va recomanda metoda medicamentoasă care utilizează mifepristonă urmată de administrarea la 24-48 de ore a misoprostol.	A
Medicul trebuie să informeze pacienta care solicită întreruperea voluntară a sarcinii prin metodă medicamentoasă despre riscul de eșec al procedurii – avortul incomplet sau continuarea sarcinii.	E
Medicul va efectua evacuarea uterului în funcție de starea clinică și opțiunea pacientei prin metoda chirurgicală sau medicamentoasă. În acest al doilea caz, doza recomandată de misoprostol și calea de administrare sunt 600 μg oral sau 400 μg sublingual deoarece Prezența sângerării poate scădea absorbția de misoprostol când medicamentul este administrat vaginal, de aceea se preferă o altă cale de administrare.	A
Medicul poate opta pentru management medicamentos, chirurgical sau mixt pentru soluționarea avortului spontan și al sarcinii cu făt mort antepartum în trimestrul II de sarcină.	E
Procedura de avort chirurgical se poate realiza prin aspirare vacuum electrică sau manuală și prin dilatare și evacuare chirurgicală prin chiuretaj sau utilizând pense special concepute.	E
Metoda chirurgicală recomandată de realizare a avortului în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație sub 15 săptămâni este aspirarea vacuum.	IIa
Medicul trebuie să ia în considerare pregătirea cervicală pre procedurală.	C
Medicul trebuie să ia în considerare atenuarea durerii asociată procedurii de avort chirurgical.	C

Medicul va efectua procedura de avort în anestezie locală sau generală.	E
Profilaxia antibiotică de rutină va fi utilizată pentru avortul chirurgical (aspirație, dilatație și aspirație și/sau chiuretaj)	C
Avortul în trimestrul II trebuie efectuat de către un medic competent într-o unitate spitalicească în care să poată fi soluționate eventualele complicații.	E
Pacienta trebuie evaluată atent preprocedural și pregătită adecvat pentru procedură.	E
Medicul va efectua procedura de avort chirurgical cu limitarea posibilității de infecție asociată actului medical	E
Medicul va indica uterotone pentru a ajuta în controlul sângerării uterine.	E
Serviciile legate de întreruperea cursului sarcinii trebuie oferite tuturor persoanelor care îl solicită, dar și acelor persoane la care continuarea sarcinii poate duce la agravarea stării de sănătate a pacientei.	E
Anestezia, analgezia și anxioliza trebuie oferite oricărei paciente care se adresează pentru procedura de avort atunci când beneficiile îi depășesc riscurile, pacienta trebuind să fie implicată și de acord cu procedura de control a durerii și sedarea.	C

Managementul după întreruperea sarcinii

Femeile trebuie să beneficieze de asistență adecvată după avortul spontan, indus medicamentos sau realizat chirurgical.	E
Un medic trebuie să fie disponibil în unitatea spitalicească în care s-a efectuat avortul până când toate pacientele sunt stabile din punct de vedere medical.	E
Medicul trebuie să verifice și să documenteze finalizarea întreruperii de sarcină.	E
Medicul nu trebuie să recomande examinare histopatologică standard la toate procedurile de avort.	E
Medicul trebuie să furnizeze pacientei, informații pentru înțelegerea semnelor și simptomelor posibile ale complicațiilor postoperatorii.	E
Medicul trebuie să furnizeze pacientei, la părăsirea unității medicale, un document medical care să conțină suficiente informații despre procedura efectuată, la evoluția postprocedurală, îngrijirile pe care să le practice la domiciliu, simptome și semne ale posibilelor complicații.	E

Toate pacientele care au primit sedare minimă sau au avut un avort în trimestrul II de sarcină trebuie observate / monitorizate de către o asistentă sau un medic în timpul perioadei de recuperare postprocedurală.	E
Medicul trebuie să indice pacientei un control postprocedural la 2-4 săptămâni sau oricând în caz de suspiciune a unei posibile complicații.	E
Medicul trebuie să fie calificat pentru a recunoaște complicațiile survenite în urma avortului și a acorda asistență promptă sau de a trimite femeile în alte instituții care le pot acorda asistență permanent.	E
Medicul poate indica repetarea procedurii de avort medicamentos sau o variantă chirurgicală alternativă în caz de continuare a sarcinii.	E
Medicul va recunoaște o hemoragie moderată sau severă și o va manageria în mod corespunzător.	E
Medicul va recunoaște eventuale infecții și le va trata în mod corespunzător.	E
Perforația uterului este o complicație majoră care necesită o recunoaștere precoce și un tratament chirurgical adecvat.	E
Medicul trebuie să încerce să prevină apariția complicațiilor pe termen lung.	E
Înainte de a părăsi unitatea medicală, medicul sau asistenta trebuie să discute cu pacienta opțiunile contraceptive existente și să îi indice metoda contraceptivă aleasă potrivit stării ei de sanatate.	E
Instituțiile care prestează servicii de avort trebuie să fie capabile să pună la dispoziția femeii mijloacele de contracepție alese de ea direct în clinică.	E
Personalul trebuie să discute cu femeia despre bolile transmisibile pe cale sexuală, inclusiv despre HIV, și despre importanța folosirii prezervativului și în cazul femeilor care optează pentru alte metode de contracepție decât prezervativul	E
Unitatea spitalicească trebuie să aibă protocoale funcționale pentru următoarele situații: sângerare, perforație uterină, stop respirator, anafilaxie și transfer de urgență, proceduri cu care personalul implicat să fie la curent.	E
Medicația și aparatura de urgență trebuie să fie într-o locație corespunzătoare, disponibilă în caz de necesitate; verificarea acestora trebuie făcută în mod regulat.	E
Personalul medical implicat în procedura de avort trebuie să se asigure că a luat toate măsurile necesare pentru prevenirea infecțiilor asociate procedurii.	E

Aspecte administrative și sfaturi de bună practică medicală

Întreruperea de sarcină trebuie efectuată în concordanță cu legea în vigoare de către medici de specialitate ginecologie-obstetrică cu ALP sau de către medicii rezidenți în ginecologie-obstetrică sub supravegherea unui medic de specialitate OG care are responsabilitatea procedurii.	E
Întreruperea de sarcină elective trebuie efectuată numai în unități medicale publice sau private autorizate pentru acest scop.	E
Întreruperea de sarcină elective trebuie efectuată numai în primele 12 săptămâni de la ultima menstruație, conform legii.	E
Întreruperea de sarcină elective pentru sarcini cu patologie asociată, care presupune risc major pentru pacientă, trebuie efectuată numai în secțiile/compartimentele de ginecologie sau obstetrică-ginecologie ale unităților medicale spitalicești.	E
În cazul în care o pacientă solicită o întrerupere de sarcină într-o unitate medicală dar unitatea nu poate asigura efectuarea acestei proceduri, medicul trebuie să informeze corect asupra alternativelor existente.	E
Unitatea în care se efectuează întreruperi de sarcină, trebuie să ofere datele de contact de urgență 24 de ore din 24 ale unităților medicale ce pot fi contactate de paciente, în caz de nevoie sau să informeze pacienta asupra unității medicale unde ea trebuie să se prezinte în caz de urgență.	E
Raportarea statistică a întreruperilor de sarcină efectuate trebuie făcută trimestrial către Serviciul de Statistică și Informatică din Autoritatea de Sănătate Publică.	E
Întreruperea elective de sarcină trebuie codificată de medic și raportată după CIM 10 OMS cu codul Z30.3.	E
Principiile și reglementările de înregistrare și raportare a activității de întrerupere de sarcină trebuie considerate valabile atât pentru unitățile medicale publice cât și pentru cele private.	E

Particularități în managementul întreruperii de sarcină în contextul pandemiei COVID 19

Persoanele gravide vor trebui să urmeze aceleași reguli generale de prevenție a infecției cu noua tulpină de coronavirus (SARS-COV 2) ca și populația generală, întrucât riscul la persoanele gravide este mai mare de a asocia spitalizare și forme mai severe, care poate fi influențat de rasă și etnie, dar și de alți factori precum: nivelul de trai, ocupație, numărul de persoane dintr-o locuință, factori biologici, etc	E
Pentru gravide se aplică aceleași măsuri de profilaxie nespecifice ca și pentru populația generală.	E

Gravidei COVID-19 pozitive i se indică investigații și analize recomandate conform protocolului pentru pacienți COVID pozitivi	E
Vaccinarea anti-COVID-19 a femeilor gravide/care alăptează trebuie luată în considerare atunci când beneficiile potențiale depășesc orice riscuri potențiale pentru mamă și făt.	E
Avortul reprezintă o parte esențială în serviciile medicale oferite femeii, motiv pentru care trebuie să fie disponibil și atunci când alte servicii medicale non-urgente sau electivă sunt suspendate.	E
O atenție sporită trebuie dată oferirii de servicii medicale pentru avort la timp, întrucât întreruperea de sarcină este influențată major de factorul timp.	E
Accesul la serviciile de avort trebuie organizate astfel încât întârzierile să fie minime.	E
Unitățile medicale care oferă servicii de avort trebuie să respecte o serie de reguli și recomandări pentru a evita transmiterea infecției COVID-19.	E
Pentru pacienți vor fi expuse materiale informative pentru creșterea percepției și o mai bună conștientizare a infecției cu COVID 19.	E
Personalul medical va opta pentru maximizarea consultațiilor la distanță și reducerea întâlnirilor cu pacienții care pot fi evitate pentru a reduce riscul de îmbolnăvire.	E
Personalul medical va respecta ultimele recomandări emise de autoritățile competente pentru prevenirea transmiterii infecției cu virusul COVID19.	E
Toate pacientele care solicită avort vor efectua triajul epidemiologic.	E
Pacientele simptomatice sau testate pozitiv vor fi evaluate pentru a se decide momentul efectuării procedurii de avort.	E
Managementul întreruperii de sarcină va fi efectuat în funcție de severitatea infecției COVID 19 și vârsta de sarcină.	E
Acordul informat al pacientei pentru procedura de avort trebuie documentat în mod corespunzător.	E
Este recomandabil ca managementul pre avort, procedura în sine și managementul post avort să se desfășoare într-un mod similar cu perioada prepandemică, cu reducerea expunerii interumane în măsura posibilităților.	E
Se recomandă utilizarea regimului Mifepristone 200mg oral urmat la 24-48 de ore de 800 micrograme misoprostol vaginal, oral sau sublingual pentru avortul medicamentos.	A
Pacienta trebuie să se adreseze unei unități spitalicești în caz de complicații.	E

II. GHID- MANAGEMENTUL MEDICAL ȘI CHIRURGICAL AL AVORTULUI ÎN TRIMESTRUL I ȘI II DE SARCINĂ

II.1. Introducere

În contextul în care se estimează că zeci de milioane de avorturi au loc anual la nivel global și că multe dintre acestea nu întrunesc condiții minime de siguranță pentru pacientă, este necesară asigurarea unor servicii de calitate pentru întreruperea sarcinii în condiții de siguranță și pentru dezvoltarea de servicii de planificare familială adecvată nevoilor reale ale femeii sau cuplului care a ales să se prezinte pentru procedura de avort la o unitate sanitară^{1,2}.

Conform datelor publicate de Bearak et al și de Organizația Mondială a Sănătății [^{1,3-6}] se estimează că peste 22 de milioane de sarcini nedorite se înregistrează anual, majoritatea acestora finalizându-se prin avort și că cel puțin una din două sarcini este nedorită. Chiar dacă în ultimii 30 de ani a scăzut rata sarcinilor nedorite și populația per global a reușit să își limiteze numărul de sarcini nedorite sau să le spațieze conform unei planificări familiale dorite⁶, avortul rămâne un mijloc de planificare familială foarte important pentru populația cu venituri reduse sau din țări subdezvoltate și astfel o importantă problemă de sănătate publică. În condițiile în care multe paciente recurg la procedura de avort desfășurată în condiții nesigure și multe dintre acestea suferă complicații majore sau inclusiv decesul (aprox 50000 de decese anual cauzate de avort, aprox 5 milioane de femei suferă complicații post avort, care adeseori evoluează spre boli cronice)¹, este justificată necesitatea dezvoltării și promovării unei proceduri sigure de întrerupere a sarcinii în paralel cu oferirea de soluții adecvate de contracepție și planificare familială.

Datele de la nivel european indică o scădere semnificativă a numărului de avorturi anual de la aprox 3,8 milioane în 1995 la aprox 1,1 milioane în 2018^{7,8}, dar și că legislația legată de avort și de procedura în sine variază considerabil de la o țară europeană la alta, în condițiile în care întreruperea de sarcină la cerere este permisă și accesibilă în majoritatea statelor⁹⁻¹¹.

În România, modificările legislației din perioada dinainte de 1990¹², au făcut ca mortalitatea maternă din cauza avortului provocat să fie una foarte mare, principala cauză fiind reprezentată de avort și complicații ale acestuia¹³⁻¹⁶. Liberalizarea legislației privind avortul după anul 1990, precum și modificările legislative ulterioare au condus la o creștere substanțială a numărului de avorturi cu reducere semnificativă a deceselor materne și a complicațiilor, spre exemplu în 1970 s-au raportat 292409 avorturi cu mortalitate de 314‰, în 1989 193084 avorturi cu mortalitate de 545‰, în 1990 992265 cu mortalitate de 180‰, în 2008 127907 cu mortalitate de 9‰, iar în 2018 s-au raportat 52318 avorturi efectuate^{7,8,13-18}. Comparând datele naționale și pe cele pentru județul Arad, se constată o reducere constantă a numărului de avorturi înregistrate din 2013 până în 2018, în condițiile în

care majoritatea avorturilor înregistrate au fost la cerere și au fost efectuate prin procedură chirurgicală¹⁴⁻¹⁸.

Consecințele asupra stării de sănătate a unui avort depinde de facilitățile locației în care a fost efectuat, de experiența celui care l-a practicat, de metoda aleasă pentru avort, de sănătatea femeii, precum și de vârsta de gestație. Majoritatea statelor europene permit efectuarea avortului la cererea pacientei și în toate țările procedura de avort este reglementată pentru situații în care aceasta poate să salveze viața mamei. Avortul poate genera complicații redutabile chiar dacă este efectuat în cele mai bune unități sanitare, în timp ce avortul provocat sau criminal este responsabil pentru un număr mare de decese și complicații debilitante, motiv pentru care, în concordanță cu prevederile legale, servicii de înaltă calitate trebuie să fie disponibile. Atunci când tehnica medicală sau chirurgicală, precum și medicația aleasă sunt utilizate corect, rata complicațiilor este una extrem de mică³⁻⁵.

În condițiile unei subraportări a acestui fenomen, a multiplelor complicații generate, a faptului că avortul este încă considerat o metodă de planificare familială, deși nu reprezintă o metodă bună de control al fertilității^{2,19}, întreruperea cursului sarcinii rămâne o problemă importantă de sănătate publică pentru care trebuie asigurate servicii medicale de calitate și accesibilitate universală, întrucât fiecare individ are posibilitatea de a decide în mod liber și responsabil numărul, spațierea și momentul în care dorește să procreze, având acces la informații și mijloace adecvate, precum și dreptul la cele mai înalte standarde de îngrijiri pentru sănătatea sexuală și reproductivă²⁰. În contextul demografic al țării noastre, posibilitatea efectuării avortului trebuie privită ca o parte a serviciilor medicale preventive și ca un instrument pentru exercitarea drepturilor de bază ale omului privind reproducerea și sexualitatea, motiv pentru care serviciile trebuie să fie complete, de înaltă calitate, efectuate de personal competent atât în mediul spitalicesc public, cât și în cel privat, astfel încât prin utilizarea unor tehnici moderne să scadă riscurile asociate, precum și mortalitatea și morbiditatea^{2,20}. De asemenea, ținând cont că avortul reprezintă și un eșec al metodelor de planificare familială, este oportun ca la momentul desfășurării procedurii sau a vizitelor medicale de control să se adreseze problema planificării familiale și a oferirii unor soluții de contracepție adecvate³⁻⁵.

Acest deziderat presupune dezvoltarea și adaptarea pentru practica curentă de ghiduri și protocoale clinice bazate pe dovezi, precum și programe educaționale extinse adresate atât pacienților, cât și corpului medical și non medical implicat.

Avortul nu reprezintă o procedură extrem de complexă, în România ea putând fi efectuată doar de către medic^{12,21}. Cu toate acestea pentru un management cât mai bun al acestei probleme este benefică cooptarea unor alți specialiști, cum ar fi: asistente medicale, moașe, psiholog, asistent social^{1,3,4}.

Având în vedere numărul mare de avorturi la cerere efectuate în unitatea noastră spitalicească, în județ și la nivel național, precum și riscurile, incidentele și accidentele ce pot

surveni în timpul efectuării procedurii de avort sau în perioada imediat următoare, s-a considerat oportună și necesară redactarea prezentului ghid, care prin normele sale să asigure desfășurarea procedurii în condiții de maximă siguranță. Aceste standarde și recomandări de practică medicală cuprind managementul pre procedural, procedura de avort în sine și managementul post procedural, interacțiunea furnizor-pacient, consilierea, confidențialitatea datelor, elemente de contracepție și planificare familială ulterioară, precum și alte aspecte relevante^{2,17,19}.

Prezentul ghid a fost redactat în mai multe etape după o parcurgere exhaustivă a literaturii de specialitate scrisă pe această temă, textul fiind în concordanță cu principalele documente relevante naționale și internaționale elaborate de organizații și societăți științifice cu preocupări în legătură cu reglementarea problematicii cum ar fi: OMS (Organizația Mondială a Sănătății), NICE (National Institute for Health and Care Excellence), RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynecologists), IPPF (International Planned Parenthood Federation), FIAPAC (International Federation of Abortion and Contraception Professionals), ESC (European Society of Contraception), NAF (National Abortion Federation), HAS (Haute Autorite de Sante), IPAS, NgvA (Dutch Association of Abortion Specialists) cu mențiunea că informațiile de prescriere ale medicamentelor menționate în ghid sunt conforme și aprobate de ANMDMR pentru comercializarea în România. Membrii echipei de scriere a acestui ghid au căutat lunar în perioada de documentare (1 ianuarie 2019-31 decembrie 2020), dar și ulterior în bazele de date Pubmed și Medline utilizând ca și cuvinte cheie: „avort”, „avort medical”, „avort indus”, „avort medicamentos”, „dilație și evacuare”, „aspirație uterină”. De asemenea s-a evaluat periodic cuprinsul principalelor jurnale medicale de specialitate, precum și site-urile societăților mai sus amintite în vederea găsirii de titluri relevante pentru temă. Dintre aceste jurnale amintim: *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *Contraception*, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *Fertility & Sterility*, *Human Reproduction*, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *JAMA*, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *The Lancet*, *New England Journal of Medicine*, *Obstetrics & Gynecology*, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *PLOS Medicine*, *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*.

Menționăm că textul propus se bazează pe faptul că toate aspectele legate de întreruperea cursului sarcinii trebuie efectuate într-o manieră respectuoasă și cu sensibilitate față de pacientă, recunoscând dreptul femeii ca unul autonom în procesul de decizie. Se recomandă celor implicați în procedura de avort să respecte întotdeauna cadrul legal, normele și standardele de bună practică medicală și să promoveze și protejeze sănătatea și drepturile femeii, procesul de decizie informat și voluntar, autonomia în decizie, precum și non-discriminarea și confidențialitatea³.

Referințe bibliografice:

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in comprehensive abortion care. RCOG. 2015. London, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Best Practice Paper No. 2. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-2.pdf>
2. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România- Ghiduri clinice- Avortul medicamentos, publicat de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România și Colegiul Medicilor din România, 2019
3. Avortul fără riscuri: recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică. Ediția a II-a. Organizația Mondială a Sănătății, 2015
4. World Health Organization- Clinical practice handbook for safe abortion, ISBN 978 92 4 154871 7 (NLM classification: WQ 440), 2014
5. Medical management of abortion, WHO, 2018 ISBN: 9789241550406
6. Jonathan Bearak, Anna Popinchalk, Bela Ganatra, Ann-Beth Moller, Özge Tunçalp, Cynthia Beavin, Lorraine Kwok, Leontine Alkema- Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019, www.thelancet.com/lancetgh Vol 8 September 2020
7. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_587-7011-number-of-abortions-all-ages/
8. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?wai=true&dataset=demo_fabort
9. Fiala C., Cameron S., Carmo-Bombas T.-A., Gemzell-Danielsson K., Parachini M., Sitruk-Ware R., Early Medical Abortion- A practical guide for healthcare professionals, Editions de Sante, 2012, ISBN 978-2-86411-268-6
10. <https://provita.ro/category/avortul/legislatie-avort/>
11. ProVita București- Legislația Europeană privind avortul, <https://www.yumpu.com/ro/document/read/41874472/legislatia-privind-avortul-in-tarile-uniunii-europene-asociatia-pro-vita>
12. Franț A.-E.- Elemente definitorii ale legislației românești în materie de avort. O perspectivă istorică, Acta Universitaris George Bacovia Juridica vol 3 issue 2 / 2014
13. Furău G, Furău C, et al- Population Decline in Romania. Comparative study of maternal and fetal mortality between Arad County and Romania over the last 40 years, Barcelona, 2010, 1st Global Congress on Maternal Health
14. INSP- Buletin informativ nr 12. din 2014- Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate pe 9 luni 2018 comparativ cu 9 luni 2017
15. INSP- Buletin informativ nr 9. din 2018- Principalii indicatori ai cunoașterii stării de sănătate pe anul 2014 comparativ cu anul 2013
16. Centrul național de statistică și informatică în sănătate publică- Mortalitatea maternă, 2016
17. Iliev Ligia- Lucrare de licență: Managementul avortului la cerere în Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie Dr S. Vuia, UVVG, Arad, 2010

18. Răspuns DSP Arad la adresa de solicitare date pentru proiect POCU/9.4/8/109601 din 01.04.2019
19. Facraci Gheorghe, Lucrare de licență: Avortul la cerere- Încă, un mijloc de contracepție, UVVG, Arad, 2016
20. Conferința Internațională pentru Populație și Dezvoltare (ICPD), Cairo, 1994
21. Alexandrescu G, Ifrim M, Voinițchi ED, Medicina Legală Materno-Fetală, Ed Viața Medicală Românească, 2013
22. Field M, Lohr KE. Guidelines for clinical practice: From development to use. Washington, DC: National Academy Press; 1992.
23. Eddy D. Clinical decision making: From theory to practice. Designing a practice policy. Standards, guidelines, and options. JAMA. 1990;263(22):3077, 81, 84. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2342221>)
24. Graham R, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E, Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines we can trust. Washington, DC: Institute of Medicine, 2011. (<http://nap.edu/13058>)
25. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. 2011. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Evidence-based Clinical Guideline. www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf
26. National Abortion Federation- Clinical Policy Guidelines for Abortion Care, 2018
27. National Abortion Federation- Clinical Policy Guidelines, 2015
28. Metodologia elaborării și implementării Protocoalelor Clinice Instituționale Elaborată de experți Programului Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare
29. IPPF (International Planned Parenthood Federation)- First trimester abortion guidelines and protocols. Surgical and medical procedures, 2010
30. Dutch Association of Abortion Specialists- Guideline for the treatment of women undergoing termination of pregnancy, 2011
31. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.
32. Access to safe and legal abortion in Europe. Strasbourg, Council of Europe, 2008 (Resolution 1607 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe; <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta08/ERES1607.htm>, accessed 31 August 2011).
33. The Millennium Development Goals report 2010: statistical annexes. New York, United Nations, 2010.
34. World Health Report 2008 – primary health care: now more than ever. Geneva, World Health Organization, 2008.
35. IPAS- Clinical updates in Reproductive Health. L. Castleman & N. Kapp (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas, 2020

II.2. Scop și obiective

Acest ghid are ca obiectiv principal să îmbunătățească calitatea îngrijirilor medicale pentru femeia care apelează pentru întreruperea cursului sarcinii în cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Arad. Prin extrapolare datele furnizate pot fi folosite de către specialiști în domeniu la nivelul altor instituții publice sau private din țară.

Rolul acestui ghid nu este să substituie sau să educe corpul medical referitor la legislație și proceduri administrative, fiind de așteptat ca personalul implicat în procedura de întrerupere a sarcinii să cunoască legislația în vigoare, precum și prevederile și limitările profesionale.

Prezentul ghid își propune să formuleze standarde, recomandări și opțiuni terapeutice pentru:

- conduita medicală în perioada de dinaintea întreruperii sarcinii;
- inducerea la cerere a avortului prin mijloace medicamentoase, respectiv pentru conduita în cazul avortului incomplet și a sarcinii oprite în evoluție și pentru inițierea contracepției după avortul medicamentos la cerere;
- managementul chirurgical al avortului în trimestrul I și II de sarcină;
- îngrijirile ce trebuie acordate pe perioada inducerii/ completării avortului: monitorizare, controlul durerii, suportul emoțional, informarea pacientei și familiei;
- metodele utilizate de inducere a avortului medicamentos la cerere, respectiv al avortului incomplet/morții fetale;
- conduita în cazul avortului medical pentru malformații fetale severe;
- conduita în situații particulare (pacienta minoră, victima unei agresiuni sexuale sau viol, pacienta cu lipsa de discernământ, pacienta cu o altă afecțiune care ar putea fi agravată de evoluția sarcinii, etc);
- conduita în cazul apariției complicațiilor;
- conduita în caz de eșec al terapiei medicamentoase sau chirurgicale.

Ghidul Clinic propus se referă la următoarele circumstanțe clinice:

1. Managementul medicamentos al avortului la cerere la vârste gestaționale mai mici de 12 săptămâni (întreruperea voluntară a sarcinii);
2. Managementul chirurgical al al avortului la cerere la vârste gestaționale mai mici de 12 săptămâni (întreruperea voluntară a sarcinii);
3. Managementul medicamentos și chirurgical al avortului de trimestrul II;
4. Managementul în situații particulare (pacienta minoră, victima unei agresiuni sexuale sau viol, pacienta cu lipsa de discernământ, pacienta cu o altă afecțiune care ar putea fi agravată de evoluția sarcinii, etc);
5. Managementul avortului medical în trimestrul II de sarcină în situații în care fătul prezintă o malformație severă confirmată care nu va permite dezvoltarea acestuia sau va fi incompatibilă cu viața extrauterină;

6. Momentul inițierii și metodele contraceptive recomandate după avortul medicamentos sau chirurgical efectuat la cerere (întreruperea voluntară a sarcinii);

7. Managementul medicamentos și chirurgical al avortului incomplet la vârste de gestație mai mici de 12 săptămâni și, respectiv mai mari de 12 săptămâni de gestație;

8. Managementul medicamentos și chirurgical al sarcinii oprite în evoluție/morții fetale între 14-28 de săptămâni de gestație;

Acest ghid nu își propune să se adreseze:

- problemelor legislative privitoare la întreruperea voluntară a sarcinii;
- problemelor religioase și etice ale personalului medical;
- structurii de personal sau dotării cu resurse umane și materiale;
- circuitelor sanitare ale serviciilor medicale de avort;
- problemelor economice legate de costul terapiei medicamentoase.

Problematica medico-legală și bioetică cuprinsă în textul ghidului are caracter informativ și este în concordanță cu bune practici medicale din țară și străinătate, neavând un caracter de standard impus. Recomandările clinice urmează să fie adaptate la specificul fiecărei femei în parte, cu accent pe starea ei clinică și metoda specifică de avort care va fi folosită, ținând cont de preferințele pacientei. Deși contextele poate varia, recomandările și bunele practici descrise în această publicație au fost elaborate cu scopul de a facilita luarea deciziilor cu privire la asistență în caz de avort, în baza celor mai bune dovezi medicale existente. Detalii privind elaborarea recomandărilor și aplicarea sistemului de evaluare a calității dovezilor sunt redată în partea metodologică.

Prezentul ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie este elaborat pentru satisfacerea următoarelor deziderate:

- creșterea calității unui serviciu medical,
- dezvoltarea ulterioară a unei proceduri medicale specifice,
- referirea la o problemă cu mare impact pentru starea de sănătate sau pentru un indicator specific,
- reducerea variațiilor în practica medicală (cele care nu sunt necesare),
- reducerea unui risc sau eliminarea unei incertitudini terapeutice,
- aplicarea evidențelor în practica medicală,
- diseminarea unor noutăți științifice în domeniu,
- integrarea unor servicii sau proceduri (chiar interdisciplinare),
- creșterea încrederii personalului medical în rezultatul unui act medical,
- ghidul constituie un instrument de consens între clinicieni,
- ghidul protejează practicianul din punctul de vedere al malpraxisului,
- ghidul asigură continuitatea între serviciile oferite de medici și de asistente, dar și cu personalul non medical posibil implicat (psiholog, asistent social),

- ghidul permite structurarea documentației medicale,
- ghidul permite oferirea unei baze de informație pentru analize și comparații,
- armonizarea practicii medicale românești cu principiile medicale internațional acceptate.

Prezentul ghid clinic pentru utilizarea avortului medicamentos se adresează personalului de specialitate obstetrică-ginecologie, dar și personalului medical din alte specialități care se confruntă cu problematica abordată (medici de familie, medici de specialitate anestezie-terapie intensivă - ATI). Rolul acestui ghid nu este să substituie sau să educe corpul medical referitor la legislație și proceduri administrative, fiind de așteptat ca personalul implicat în procedura de întrerupere a sarcinii să cunoască legislația în vigoare, precum și prevederile și limitările profesionale.

Acest ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie este conceput pentru aplicare la nivel regional, dar și național, ținta sa primordială fiind Spitalul Clinic Județean de Urgență Arad.

Ghidul clinic precizează standardele, principiile și aspectele fundamentale ale managementului particularizat unui caz concret clinic, care trebuie respectate de practicieni, indiferent de nivelul unității sanitare în care activează.

Se prevede ca acest ghid să fie adaptat la nivelul secțiilor de obstetrică și ginecologie sub forma unor protocoale.

Ghidurile clinice sunt mai rigide decât protocoalele, ele fiind realizate la nivel național de grupuri tehnice de elaborare respectând nivele de dovezi științifice, tărie a afirmațiilor, grade de recomandare.

Protocoalele reprezintă modalitatea de aplicare a ghidurilor clinice naționale în context local și specifică exact într-o situație clinică ce anume trebuie făcut, de către cine și când. Ele permit un grad mai mare de flexibilitate și reflectă circumstanțele și variațiile locale datorate diferitelor tipuri de îngrijire clinică la un anumit nivel.

Referințe bibliografice:

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in comprehensive abortioncare. RCOG. 2015. London, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Best Practice Paper No. 2. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-2.pdf>
2. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România- Ghiduri clinice- Avortul medicamentos, publicat de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România și Colegiul Medicilor din România, 2019
3. Field M, Lohr KE. Guidelines for clinical practice: From development to use. Washington, DC: National Academy Press; 1992.
4. Eddy D. Clinical decision making: From theory to practice. Designing a practice policy. Standards, guidelines, and options. JAMA. 1990;263(22):3077, 81, 84. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2342221>)

5. Graham R, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E, Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines we can trust. Washington, DC: Institute of Medicine, 2011. (<http://nap.edu/13058>)

6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. 2011. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Evidence-based Clinical Guideline. www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf

7. National Abortion Federation- Clinical Policy Guidelines for Abortion Care, 2018

8. Metodologia elaborării și implementării Protocoalelor Clinice Instituționale Elaborată de experți Programului Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare

9. IPPF (International Planned Parenthood Federation)- First trimester abortion guidelines and protocols. Surgical and medical procedures, 2010

10. Dutch Association of Abortion Specialists- Guideline for the treatment of women undergoing termination of pregnancy, 2011

11. Fiala C., Cameron S., Carmo-Bombas T.-A., Gemzell-Danielsson K., Parachini M., Sitruk-Ware R., Early Medical Abortion- A practical guide for healthcare professionals, Editions de Sante, 2012, ISBN 978-2-86411-268-6

12. Avortul fără riscuri: recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică. Ediția a II-a. Organizația Mondială a Sănătății, 2015

13. World Health Organization- Clinical practice handbook for safe abortion, ISBN 978 92 4 154871 7 (NLM classification: WQ 440), 2014

14. Medical management of abortion, WHO, 2018 ISBN: 9789241550406

15. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, (1):CD003037, updated 2010.

16. Graham R, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E, Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical practice guidelines we can trust. Washington, DC: Institute of Medicine, 2011. (<http://nap.edu/13058>)

17. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008, (1):CD006714.

18. Schunemann HJ et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. British Medical Journal, 2008, 336:1106-1110.

19. The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes. Geneva, World Health Organization, 2007

20. Walker RD, Howard MO, Lambert MD, Suchinsky R. Medical practice guidelines. West J Med. 1994;161(1):39-44. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7941505>) National Abortion Federation

21. James B. Implementing practice guidelines through clinical quality improvement. Front Health Serv Manage. 1993;10(1):3-37; discussion 54-6. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10127902>)

II.3. Managementul preavort

II.3.1 Decizia de avort. Consimțământul informat. Consilierea pre avort.

Standard 3.1.1	Orice femeie are dreptul de a solicita întreruperea cursului sarcinii în condițiile prevăzute de lege ¹ .	E
Recomandare 3.1.1	Înainte de a fi referită la compartimentul/ cabinetul medical în care se va efectua avortul, sarcina trebuie să fie confirmată. Testul urinar sau sangvin de sarcină este preferabil unui istoric sau simptomatologiei sugestive pentru prezența sarcinii.	E
Standard 3.1.2	Avortul la cerere se poate realiza până la 14 săptămâni de sarcină ¹ .	E
Standard 3.1.3	Nu constituie infracțiune întreruperea cursului sarcinii în scop terapeutic efectuată de un medic de specialitate obstetrică-ginecologie, până la vârsta sarcinii de douăzeci și patru de săptămâni, sau întreruperea ulterioară a cursului sarcinii, în scop terapeutic, în interesul mamei sau al fătului ¹ .	E
Standard 3.1.4	Întreruperea cursului sarcinii se poate efectua de către un medic de specialitate obstetrică-ginecologie și drept de liberă practică, într-o instituție medicală sau cabinet medical autorizat în acest scop, după obținerea consimțământului femeii însărcinate ¹ .	E
Argumentare	Întreruperea cursului sarcinii în oricare alte circumstanțe constituie faptă aflată sub incidența codului penal și se pedepsește cu închisoarea ¹ .	IV
Recomandare 3.1.4.1	Medicii de specialitate obstetrică-ginecologie care efectuează procedura de avort este recomandat să aibă experiență pentru această procedură, inclusiv pentru prevenție, recunoaștere și management al complicațiilor ²⁻⁸ .	E
Recomandare 3.1.4.2	Fiecare instituție prestatoare de servicii de sănătate trebuie să dispună de personal instruit și competent, care să investigheze istoria medicală a femeii și să efectueze examenul pelvian bimanual și examenul abdominal pentru a determina corect existența și vârsta sarcinii ²⁻⁸ .	E
Opțiune 3.1.4.2	Centrele de sănătate care nu dispun de personal și echipament pentru a realiza avorturi induse la cerere trebuie să trimită femeia prompt, cu întârziere minimă, în grija prestatorilor de astfel de servicii. În afară de aceasta, personalul trebuie să fie competent în oferirea serviciilor de consiliere pentru a ajuta femeia să analizeze opțiunile existente ⁷⁻⁹ .	E

Recomandare 3.1.4.3	Se recomandă ca personalul implicat în procedura de avort să fie antrenat în ecografie, sedare, recoltare probe de laborator, control al infecțiilor și alte servicii conexe utile pentru pacient ⁴⁻⁹ .	E
Standard 3.1.5	Medicul trebuie să informeze corespunzător fiecare pacientă care solicită o întrerupere de sarcină, în vederea luării unei decizii informate și libere, de către aceasta.	E
Recomandare 3.1.5.1	Fiecare femeie însărcinată care se gândește la posibilitatea avortului trebuie să beneficieze de informații adecvate și relevante și de consiliere din partea specialiștilor calificați, care dispun de cunoștințe complexe și de experiență bogată privind diverse metode de avort.	E
Argumentare	Toate femeile trebuie să primească informații, indiferent de vârstă sau de circumstanțe personale, într-o formă pe înțelesul lor, pentru ca să poată decide dacă vor să recurgă la avort și ce metodă de avort să aleagă. Informațiile, consilierea și avortul trebuie să fie puse la dispoziția femeii cât mai repede posibil, fără amânări nejustificate^{4,9,11}. Luarea unei decizii informate și libere de către pacientă este esențială pentru procesul de efectuare al întreruperii de sarcină. Informarea, în vederea luării unei decizii informate și consilierea pentru întrerupere de sarcină sunt două procese diferite. Decizia informată are scopul de a asigura că pacienta hotărăște voluntar și informat și acordă permisiunea legală pentru întreruperea sarcinii. Consilierea este discuția despre sentimentele și grijile pacientei care se găsește într-o situație de criză. Exista multe modalități de consiliere și nici una nu funcționează perfect în toate situațiile. Consilierea nu este terapie și prin urmare, nu este prevăzută pentru o perioadă lungă de timp. Dacă necesitățile pacientei depășesc competența consilierului este necesară îndrumarea ei către serviciile de consiliere specializate. Consilierea poate să includă explorarea sentimentelor pacientei, ajutor în luarea deciziei, alegerea contraceptivelor, clarificarea valorilor, sau îndrumarea către alte servicii. Consilierea înainte de întreruperea de sarcină are de asemenea scopul de a pregăti pacienta pentru procedură prin reducerea nivelului de anxietate. Consilierea nu trebuie să creeze o barieră pentru oferirea avortului, ca urmare trebuie să fie voluntară. (4-6, 9-11)	IV

Opțiune 3.1.5.1.1	Pacienta poate să apeleze la psihologii angajați ai SCJU Arad, la consilierea asigurată de reprezentanți ai ONG pro Life sau pro Choice sau la orice specialist autorizat.	E
Argumentare	Serviciile de consiliere pentru femeile care le solicită trebuie oferite de către persoane calificate, pe bază de alegere voluntară, într-o manieră confidențială ^{9,11,12} .	IV
Opțiune 3.1.5.1.2	Femeia trebuie să aibă la dispoziție atâta timp, de cât are nevoie pentru a lua o decizie, chiar dacă aceasta înseamnă că va trebui să revină la unitatea spitalicească mai târziu ⁹ .	E
Recomandare 3.1.5.2	Personalul medical implicat în procedurile de intrerupere a sarcinii trebuie să ofere informații corecte despre riscurile și beneficiile întreruperii de sarcină cuprinzând: – alternativele întreruperii de sarcină – care sunt senzațiile care, probabil, vor apărea (de exemplu, crampe similare celor menstruale, durere și hemoragie); – cât va dura intervenția; – ce mijloace de atenuare a durerii îi vor fi puse la dispoziție; – riscurile și complicațiile asociate cu metoda de avort respectivă; – când va fi capabilă să reia activitățile de zi cu zi, inclusiv relațiile sexuale; – sprijinul pe care pacientele gravide îl pot primi prin lege – instituțiile care pot oferi acest sprijin – tehnicile de efectuare a întreruperii de sarcină și riscurile potențiale ale fiecărei proceduri, inclusiv cele referitoare la anestezia folosită – complicațiile imediate și tardive^{4-6, 9-11}.	C
Argumentare	Personalul medical implicat în procedurile de intrerupere a sarcinii trebuie să posede cunoștințe corecte despre complicațiile imediate și tardive posibile. Aceasta le permite să ofere pacientelor informația de care au nevoie pentru a-și da consimțământul informat. Dacă există mai multe opțiuni privind metoda de avort, prestatorii de servicii de sănătate trebuie să fie instruiți să ofere femeilor informații clare privind cele mai oportune metode, în funcție de vârsta sarcinii, de starea sănătății femeii, de factorii de risc potențiali și de beneficiile și dezavantajele fiecăreia dintre metodele accesibile^{8,9,21,22}. Este mai probabil ca femeile să considere metoda de avort acceptabilă, dacă au ales-o ele însele. Majoritatea femeilor care trec prin procedura de avort consideră că este extrem de importantă posibilitatea de a alege metoda de realizare a avortului. Conform datelor unor studii, femeile	IV

	care optează pentru avortul medicamentos îl consideră mai acceptabil la vârstele de gestație timpurii, comparativ cu vârstele de gestație mai avansate ^{4-6, 9-11, 23-25} .	
Recomandare 3.1.5.3	Se recomandă medicului să informeze pacienta că riscul de complicații este cu atât mai mic cu cât avortul este efectuat mai devreme în cursul sarcinii.	E
Recomandare 3.1.5.4	Informațiile asupra complicațiilor imediate și tardive trebuie să includă următoarele aspecte: hemoragia, perforația uterină, traumatismul, sarcina persistentă, infecția postavort, capacitatea reproductivă ulterioară, sechelele psihologice, complicații anestezice, inclusiv decesul.	B
Argumentare	- Hemoragia în momentul întreruperii de sarcină este rară (1 caz per 1.000 proceduri). Incidența este mai mică pentru întreruperile de sarcină la vârste gestaționale mici (0,8 cazuri per 1.000 proceduri sub 13 săptămâni de amenoree)^{5,9,10,13,26}. - Perforația uterină în momentul întreruperii de sarcină este rară. Incidența este de aproximativ 1-4 cazuri per 1.000 proceduri. Incidența este mai mică pentru întreruperile de sarcină la vârste gestaționale mici și pentru cele efectuate de medici cu experiență^{9,10,13,26}. - Traumatismul cervical: incidența leziunilor cervicale în momentul întreruperii de sarcină nu este mai mare de 1%. Această rată este mai mică pentru întreruperile de sarcină la vârste gestaționale mici și pentru cele efectuate de medici cu experiență^{5,9,10,13}. - Sarcina persistentă: toate metodele de întrerupere de sarcină în primul trimestru prezintă un risc de eșec al procedurii, caz în care este necesară repetarea ei. Incidența este de aproximativ 2,3/1.000 și pentru întreruperea de sarcină medicamentoasă aproximativ de 6/1.000^{5,9,10,13,26,27}. - Infecția post întrerupere de sarcină: infecțiile tractului genital în grade diferite de severitate, incluzând boala inflamatorie pelvină apar în până la peste 10% din cazuri. Riscul este redus în cazul administrării profilactice a antibioticelor sau când infecțiile tractului genital inferior au fost excluse prin screening bacteriologic^{14,15,26}. - Capacitatea reproductivă ulterioară: nu s-a dovedit asocierea dintre întreruperea de sarcină efectuată în condiții de siguranță (de către un medic autorizat, într-o unitate autorizată și folosind o tehnică corespunzătoare) și infertilitate sau naștere prematură ulterioară^{4-6,8-10,16,17}.	IV

	- Sechele psihologice: doar o minoritate a pacientelor prezintă sechele psihologice pe termen lung după întreruperea de sarcină. Disconfortul precoce, deși frecvent, este de obicei o continuare a stării prezente înainte de avort. În cazurile în care i se refuză pacientei efectuarea întreruperii de sarcină, sunt descrise efecte negative atât asupra mamelor cât și asupra copiilor acestora ^{4-5,8,9,18-20} .	
Recomandare 3.1.5.5	Dacă prestatorii de servicii de sănătate suspectează că femeia este supusă constrângerii, ei trebuie să discute cu ea între patru ochi sau să-i recomande consiliere suplimentară. Dacă medicii cunosc sau suspectează că femeia a fost abuzată sexual sau în alt mod, ei trebuie să-i ofere, la nevoie, informații și să-i propună servicii de consiliere și tratament ⁹⁻¹⁰ .	E
Argumentare	În unele circumstanțe femeia poate să fie influențată de presiunea exercitată de partener, de membrii familiei, de prestatorii de servicii de sănătate sau de alte persoane, care insistă asupra realizării avortului. Adolescente necăsătorite, femeile în relații asociate cu abuz și femeile infectate cu HIV sunt categoriile cele mai vulnerabile în fața unor astfel de presiuni.	IV
Opțiune 3.1.5.4.1	Personalul medical de specialitate poate opta pentru metoda de informare în grup sau cea individuală.	E
Recomandare 3.1.5.6	După primirea tuturor informațiilor pacienta poate fi programată pentru procedura de avort. Este recomandabil ca aceasta să nu fie făcută mai repede de 48 de ore pentru ca pacienta/ cuplul să poată să opteze și pentru păstrarea sarcinii ³⁵ .	E
Standard 3.1.6	Personalul medical de specialitate, trebuie să ofere informații despre contracepție tuturor pacientelor care solicită o întrerupere de sarcină.	B
Argumentare	Pentru a ajuta pacienta să evite sarcinile nedorite ulterioare. Acceptul pacientei pentru o metodă contraceptivă nu trebuie să reprezinte o precondiție a furnizării serviciului de întrerupere a sarcinii ^{4,5,9,10} .	IV
Recomandare 3.1.6.1	Se recomandă personalului medical de specialitate, ca pe lângă furnizarea de informații să ofere materiale scrise, corecte și imparțiale, pe care pacienta să le poată înțelege și lua cu ea pentru a le citi.	E
Recomandare 3.1.6.2	Se recomandă utilizarea consilierii contraceptive în baza ghidurilor bazate pe dovezi și a nevoilor individualizate ale femeii ³²⁻³⁴ .	E
Standard 3.1.7	Medicul trebuie să solicite fiecărei paciente care se prezintă pentru o întrerupere de sarcină în unități medicale publice sau private, să semneze înainte de efectuarea procedurii un consimțământ informat pentru procedură cuprinzând afirmația ei despre faptul că înțelege:	E

	– și este pregătită pentru întreruperea de sarcină procedura și alternativele existente – că decizia luată este liberă – intervenția și strategia propusă – riscurile potențiale – interacțiuni cu alte medicamente sau activități – beneficiile și complicațiile, inclusiv decesul – riscurile nerespectării recomandărilor medicale – că a luat cunoștință despre posibilitatea consilierii – toate informațiile ce i-au fost furnizate (incluzând serviciile medicale disponibile, identitatea personalului medical implicat, dreptul la servicii fără discriminare, etc) Modelul de consimțământ informat general și specific este anexat (Anexa 5).	
Standard 3.1.8	Medicul trebuie să solicite, părintelui sau a tutorelui legal, în cazul pacienților cu vârstă sub cea a consimțământului legal de 18 ani cu aprobarea sub semnătură în documentele medicale, pe baza consimțământului informat, a acordului, pentru întreruperea de sarcină la cerere.	E
Opțiune 3.1.8.1	Se recomandă ca personalul de specialitate implicat în procedurile de întrerupere a sarcinii: să încerce identificarea pacienților care necesită sprijin legat de decizia de avort elective și să le ofere acestora sprijin adițional, inclusiv accesul la servicii sociale dacă e nevoie.	E
Recomandare 3.1.8.1	Se recomandă medicilor să ofere fiecărei paciente care efectuează o întrerupere de sarcină posibilitatea de a fi consiliată voluntar (dacă acceptă acest lucru) despre decizia de a întrerupe sarcina și sentimentele aferente.	C
Argumentare	Pentru ca pacienta să își considere opțiunile și pentru a îi asigura o decizie liber consimțită. ^(1,2,3)	IV
Standard 3.1.9	Personalul de specialitate care oferă consilierea voluntară trebuie să: fie instruit specific în acest scop și să o efectueze în condiții de intimitate și confidențialitate	E
Standard 3.1.10	Confidențialitatea informației trebuie să fie respectată de întreg personalul implicat în procedurile de întrerupere a sarcinii.	E

Argumentare	Pacienta trebuie asigurată că orice informație discutată în cadrul consultației va rămâne confidențială, putând fi folosită doar de către personalul medical direct implicat în îngrijirile sale. Detalii oferite de pacientă nu pot fi dezvăluite decât cu acordul acesteia sau în situații medico-legale reglementate de lege (abuz al copilului, violență domestică, etc.)	IV
Recomandare 3.1.10.1	Pacienta trebuie informată despre protocolul de prelucrare a datelor cu caracter confidențial în conformitate cu regulamentul interior al unității spitalicești.	E
Standard 3.1.11	Medicul trebuie să informeze pacienta asupra principalelor caracteristici ale tipurilor de proceduri utilizate în avort, cu explicarea avantajelor, dezavantajelor, evoluției, riscurilor și a posibilelor complicații pentru fiecare în parte pentru ca pacienta să poată decide metoda cu care este confortabile.	C
Opțiune 3.1.11.1	Informația legată de avortul medicamentos trebuie să conțină următoarele: - Este efectuat de către pacientă care își administrează tratamentul, ceea ce generează un sentiment de responsabilitate crescut - Este optim să se desfășoare între 4-9 săptămâni de amenoree - Durează câteva zile - Presupune 1-4 controale medicale - Poate fi planificat în funcție de preferințele pacientei - Medicația adițională include antalgice la nevoie. - Sângerarea are un tipar mai greu de prezis și controlat, fiind în medie ușor crescută ca durată și cantitate față de o menstruație - Efectele secundare uzuale includ: dureri asemănătoare cu crampele (frecvent), greață și vărsături (rar) sau diaree - Complicațiile foarte rare pot include sângerări abundente (în avortul incomplet), continuarea sarcinii și infecția - Nu are efect asupra fertilității ulterioare - Contracepția trebuie discutată și implementată imediat postprocedural ^{4-10,57}	C
Opțiune 3.1.11.2	Informația legată de avortul chirurgical sau prin aspirare trebuie să conțină următoarele: - Este efectuat de către un medic calificat care își asumă responsabilitatea profesională a procedurii	C

	- Se poate desfășura între 6-14 săptămâni de amenoree pentru avortul la cerere - Durează 3-10 minute. - Presupune 1-3 controale medicale, depinzând de programarea și disponibilitatea unității spitalicești - Medicația adițională include substanțe pentru analgezic locală sau sistemică, calmante, analgezice. - Sângerarea este similară ca și cantitate, dar sângerarea postprocedurală este redusă. - Efectele secundare uzuale includ: dureri asemănătoare cu crampele (frecvent), greață și vărsături (rar) postprocedural - Complicațiile foarte rare pot include injurii sau perforația uterină, sinechia uterină, lezarea altor organe (vezică urinară, tub digestiv) în caz de perforație, infecții, complicații anestezice, deces. - Nu are efect asupra fertilității ulterioare dacă este efectuat corect și nu au apărut complicații - Contracepția trebuie discutată și implementată imediat postprocedural ^{4-10,57}	
Standard 3.1.12	Pacienta trebuie informată asupra riscului unei sarcini extrauterine sau a unei sarcini dezvoltate pe o cicatrice uterină mai veche și referită imediat către o unitate spitalicească ce poate să soluționeze aceste patologii.	E
Argumentare	Sarcina extrauterină și sarcina dezvoltată pe o cicatrice uterină mai veche sunt complicații rare și foarte rare, dar care îi pot pune în pericol viața. Diagnosticul de certitudine este dificil la vârste mici de sarcină, motiv pentru care în caz de suspiciune se recomandă ca pacienta să fie referită de urgență unei unități spitalicești competente.	IV

II.3.2. Datele anamnestice, examinarea clinică și ecografică

Standard 3.2.1	Prin anamneza pacientei trebuie să se determine dacă pacienta este eligibilă pentru o procedură sigură de avort, prin excluderea afecțiunilor medicale acute sau cronice relevante și severe ⁴ .	E
Recomandare 3.2.1.1	Se recomandă ca în situația prezenței unei afecțiuni medicale severe (boală cardiacă, afecțiune hematologică, etc.) pacienta să fie referită unei unități medicale cu capacitate de a asigura suportul și tratamentul pentru eventuale complicații ale bolii de bază ⁴ .	E
Recomandare 3.2.1.2	Se recomandă colectarea și verificarea datelor din anamneză referitoare la antecedente obstetricale, grupa de sânge și Rh, anemie,	E

	alergii medicamentoase, tratamente urmate recent, boli cu transmitere sexuală sau sangvină, alte afecțiuni medicale.	
Standard 3.2.2	Examinarea clinică generală și examinarea ginecologică sunt utile în stabilirea diagnosticului de sarcină, în evaluarea pre avort și stabilirea conduitei medicale.	E
Argumentare	Prin examinarea clinică pot fi confirmate sau descoperite patologii asociate. Examinarea ginecologică poate evidenția patologii ale organelor genitale externe și/sau interne și oferă posibilitatea recoltării de probe biologice în acest sens ^{6,9,10} .	IV
Recomandare 3.2.3	Sarcina trebuie documentată prin metode cu grad ridicat de încredere.	E
Opțiune 3.2.3.1	Medicul poate opta pentru documentarea ecografică a sarcinii	E
Argumentare	Prin ecografie medicul poate data corect vârsta de gestație și eventuale alte patologii pelvine asociate.	
Opțiune 3.2.3.2	Medicul poate opta pentru documentarea sarcinii prin hCG seric	E
Argumentare	hCG seric are avantajul de putea diagnostica sarcina incipientă. Este de asemenea util în monitorizarea sarcinilor cu localizare neprecizată, în documentarea sarcinii oprite în evoluție sau a sarcinii extrauterine.	IV
Opțiune 3.2.3.3	Medicul poate opta pentru documentarea sarcinii în baza examenului clinic și ginecologic și a anamnezei.	E
Argumentare	Această opțiune trebuie utilizată în condiții limitate și documentată extrem de riguros și utilizată doar în absența celor de mai sus, întrucât nu oferă informații bazate pe dovezi medicale corespunzătoare.	IV
Standard 3.2.3	Examinarea ecografică trebuie să fie disponibilă, ea fiind utilă într-o serie de situații clinice, dar nereprezentând o condiție esențială pentru procedura de avort.	E
Opțiune 3.2.3.1	Opțiunea pentru ecografia transvaginală sau transabdominală se va face în funcție de condițiile tehnice și clinice de evaluare, de posibilitatea vizualizării și documentării adecvate și de dorința pacientei ⁴ .	E
Recomandare 3.2.3.1	Se recomandă ca medicul care efectuează întreruperea sarcinii să indice examenul ecografic pelvin, în următoarele situații: – diagnosticul de sarcină este incert – există o discordanță între vârsta gestațională cronologică și cea clinică – istoric de boli cu transmitere sexuală	E

	– durere pelvină – sângerări anormale – se suspectează existența unei sarcini ectopice – istoric sau simptomatologie sugestivă pentru boala trofoblastică gestațională – există o patologie ginecologică asociată – uter cicatriceal și/sau istoric de sarcini patologice – există incertitudinea prezenței unui dispozitiv intrauterin^{4,5,6,9}.	
Argumentare	Datele anamnestice, simptomatologia și semnele clinice, testul urinar sau sangvin de sarcină nu sunt elemente care să probeze dezvoltarea intrauterină a sarcinii. Istoricul de boli cu transmitere sexuală, durerea pelvină și sângerările anormale cresc riscul pentru sarcină extrauterină sau o sarcină patologică. Patologia ginecologică benignă sau malignă, precum și antecedentele obstetricale patologice cresc riscul pentru o sarcină patologică sau cu risc obstetrical crescut. Posibilitatea dezvoltării unei sarcini în prezența unui dispozitiv intrauterin corect inserat este mică^{4-6,9,36-40}.	IV
Recomandare 3.2.3.2	Medicii care efectuează ecografia trebuie să aibă competență și experiență în ecografia de sarcină. ⁶	E
Recomandare 3.2.3.3	Medicul trebuie să informeze pacienta asupra rezultatului investigației și să îl documenteze în fișa pacientei.	E
Recomandare 3.2.3.4	Ecografia pentru pacienta care solicită terminarea sarcinii ar trebui să includă: - o scanare a uterului în plan sagital și longitudinal pentru a confirma sarcina intrauterină - evaluarea embrionului și numărului de embrioni - măsurători pentru a documenta vârsta de gestație - referințe la elemente caracteristice (ex: veziculă vitelină, prezența/absența activității cardiace, localizarea placentei în trimestrul II de sarcină, etc.) - descriere și documentare a altor structuri patologice pelvine (ex: chist ovarian, nodul fibromatos, etc.)^{6,9,36-45}	E
Recomandare 3.2.3.5	În cazul unei suspiciuni clinice, biologice sau imagistice pentru o sarcină extrauterină sau dezvoltată pe o veche cicatrice uterină, pacienta trebuie referită de urgență celei mai apropiate unități	E

	spitalicești capabile să soluționeze aceste patologii ce pot pune în pericol viața paciențe. ^{4-6,57}	
Recomandare 3.2.3.6	Echipamentul pentru ecografie trebuie întreținut în mod corespunzător, efectuându-se o dezinfecție adecvată a transducerilor între paciențe ⁶ .	E
Standard 3.2.4	Riscul de tromboembolism venos trebuie estimat la toate femeile care sunt supuse procedurii de avort. ⁴	E

II.3.3. Teste de laborator și prevenția complicațiilor infecțioase

Standard 3.3.1.	Medicul care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să cunoască Rh-ul tuturor pacientelor care solicită întreruperea sarcinii.	C
Argumentare	Izoimunizarea Rh prezintă un risc semnificativ pentru pacientele Rh negativ care efectuează o întrerupere de sarcină, putând periclita starea de sănătate pentru eventuale sarcini ulterioare ⁴⁶⁻⁵⁰ .	IV
Standard 3.3.2	Statusul Rh trebuie documentat la toate pacientele cu avort în trimestrul II ⁶ .	C
Recomandare 3.3.2.1	Documentația poate fi făcută prin documente medicale anterioare ale pacientei, anamnestic sau prin testare înainte de procedura de avort	E
Recomandare 3.3.2.2	Trebuie documentat refuzul unei paciente de a își determina Rh-ul. ⁴⁻⁶	E
Recomandare 3.3.2.3	În cazul unei paciente Rh negativ este recomandat să se determine prezența anticorpilor anti factor D. ⁴⁻⁶	E
Standard 3.3.3	Medicul care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să indice administrarea de Imunoglobulina anti-D, tuturor pacientelor Rh negativ ne-izoimunizate ⁵ .	E
Argumentare	Imunizarea pasivă a tuturor femeilor cu Rh negativ cu imunoglobulină pentru Rh negativ în timp de cel mult 72 de ore după avort a fost recomandată în SUA din anul 1961, dar încă nu există dovezi convingătoare privind necesitatea acestei măsuri după avort indus la vârstă de gestație mică. Administrarea imunoglobulinei anti-D este o recomandare bazată pe date medicale. De aceea, toate unitățile în care se efectuează întreruperi electiv de sarcină ar trebui dispună de preparate de imunoglobulină anti-D sau să aibă definite protocoale pentru administrarea ei în altă unitate în cazurile definite mai sus ^{5,50-52} . În cazul sarcinilor cu vârstă de gestație de, cel mult, 9 săptămâni (63 de zile) riscul teoretic de sensibilizare maternă după avort medicamentos este foarte scăzut. ⁵³	IV

Recomandare 3.3.3.1	În cazul în care se administrează imunoglobulina anti-D, se recomandă medicului să indice următoarea posologie: minim 50 µg (250 UI) în maxim 3 ore de la procedură.	A
Argumentare	Doza poate fi redusă de la 300 µg (doza administrată după naşterea la termen) până la 50 µg în cazul sarcinilor cu vârstă de gestaţie mai mică de 12 săptămâni Administrarea dozei de 50 µg (250 UI) în maxim 3 ore după chiuretaj (pacientă Rh negativ, embrion posibil Rh pozitiv) are o eficienţă dovedită de 100% în prevenirea izoimunizării. ⁴⁶⁻⁵³	Ia
Recomandare 3.3.3.2	Pacienta poate opta pentru teste genetice pentru a determina Rh embrionului în condiţiile unei izoimunizări anterioare sau a unei suspiciuni majore pentru aceasta în trimestrul II de sarcină. ⁵⁴	E
Opţiune 3.3.3.1	Unitatea spitalicească poate opta pentru rambursarea costului imunoglobulinei anti D administrată, în condiţiile în care procedura esate una la cerere, şi de regulă achitată de către pacientă.	E
Standard 3.3.4	Administrarea imunoglobulinei anti factor D trebuie documentată. Refuzul administrării trebuie de asemenea corect documentat, pacienta semnând refuzul informat în acest sens.	E
Standard 3.3.5	Anemia şi riscul de sângerare trebuie evaluate anterior procedurii de avort.	E
Argumentare	Metaanalize care au investigat anemia înaintea unei intervenţii chirurgicale programate au evidenţiat că la aprox 5% dintre pacienţi hemoglobina a fost sub 10-10,5g/dl. Această proporţie poate fi crescută mai ales în cazul marilor multipare, a femeilor cu cicluri menstruale abundente şi astfel să crească riscul de transfuzie sangvină sau de complicaţii ^{4,6} , riscul fiind unul şi mai mare în cazul pacientelor cu tulburări de crază sangvină. ^{4,6}	IV
Recomandare 3.3.5.1	Efectuarea hemogramei complete şi a timpilor de crază sangvină trebuie efectuate la toate pacientele cu afecţiuni hematologice cunoscute.	E
Recomandare 3.3.5.2	Hemoglobina şi hematocritul sunt indicate la pacientele cu risc mic.	E
Recomandare 3.3.5.3	Repetarea hemogramei şi corectarea anemiei sunt recomandate post procedural, o anemie uşoară sau moderată nefiind un motiv întemeiat pentru temporizarea procedurii de avort.	E
Standard 3.3.6	Unităţile sanitare care în care se efectuează procedura de avort trebuie să lucreze după protocoale care prevină şi să protejeze de transmiterea de infecţii atât pacienta, cât şi personalul medical implicat.	E
Argumentare	Pacientele şi corpul medical sunt expuşi la patogeni ce pot fi transmişi prin sânge, prin secreţii genitale şi alte materiale cu risc infecţios.	IV

	Cunoașterea riscurilor și prevenirea transmiterii unor astfel de infecții este esențială. Manipularea produselor cu risc biologic crescut trebuie făcute după protocoale de lucru clare. Depistarea și tratamentul infecțiilor este esențială pentru reducerea morbidității postavort. ⁶	
Standard 3.3.7	Măsurile de control și prevenție a infecțiilor trebuie să includă: -Spălarea și dezinfectarea mâinilor și a suprafețelor înainte și după fiecare pacient, -Utilizarea de echipament de protecție de către corpul medical, -Plan de control a expunerii la produse cu risc biologic crescut, -Curățare și dezinfectare corectă a instrumentarului chirurgical, -Protocol de manipulare a produselor biologice rezultate din procedura de avort, incluzând manipularea țesuturilor, depozitarea și înlăturarea acestora, -Recoltarea de alte produse biologice pentru depistarea unor infecții asociate -Discutarea antibioprolaxiei și a antibioterapiei. ^{6,56-60}	E
Recomandare 3.3.7.1	Personal medical implicat trebuie instruit periodic legat de măsurile de control și prevenție a infecțiilor.	E
Recomandare 3.3.7.2	Vaccinarea anti hepatită virală B, rapelul pentru aceasta și testarea periodică trebuie oferită angajaților din corpul medical. Se recomandă testarea periodică pentru HIV, sifilis și hepatită virală C.	E
Recomandare 3.3.7.3	Evaluarea postexpunere, profilaxia și urmărirea postexpunere trebuie asigurată atât pentru paciente, cât și pentru corpul medical implicat.	E
Recomandare 3.3.7.4	Instrumentele chirurgicale care ajung în uter trebuie să rămână sterile. Se recomandă dezinfecția de nivel înalt.	E
Opțiune 3.3.7.4.1	Se pot folosi soluții bactericide pentru a dezinfecta colul uterin, vaginul și zona perineală.	E
Recomandare 3.3.7.5	Recipientele utilizate pentru instrumentarul utilizat și produsele biologice utilizate trebuie să fie în conformitate cu legislația în vigoare.	E
Standard 3.3.8	Se recomandă ca medicul să indice pacientelor care nu au un test citologic cervical mai recent de un an, efectuarea unui asemenea test ca parte a evaluării înainte de întreruperea de sarcină, ulterior medicul trebuie să comunice rezultatul pacientei..	E
Argumentare	Întreruperea de sarcină poate reprezenta un moment potrivit pentru evaluarea unei posibile patologii cervicale oncologice sau infecțioase.	IV

Standard 3.3.9	Medicul poate recomanda investigații pentru infecții transmise prin sânge sau boli cu transmitere sexuală în cadrul evaluării pre avort.	E
Recomandare 3.3.9.1	Medicul poate indica și/sau recolta următoarele, după obținerea acordului pacientei: - Teste pentru infecția HPV cu ocazia recoltării citologiei cervicale. - Cultură col uterin - Frotiu nativ secreție vaginală - Teste pentru HIV, hepatite virale, sifilis, gonoree, chlamydia, etc	E
Standard 3.3.10	Profilaxia antibiotică nu trebuie utilizată de rutină la paciențele care aleg să efectueze avort medicamentos la domiciliu.	E
Standard 3.3.11	Profilaxia antibiotică de rutină va fi utilizată pentru avortul chirurgical (aspirație, dilatație și aspirație și/sau chiuretaj)	C
Recomandare 3.3.11.1	Profilaxia antibiotică trebuie efectuată pre-procedural.	E
Recomandare 3.3.11.2	Profilaxia antibiotică nu trebuie continuată post-procedural.	E
Recomandare 3.3.11.3	Antibiototerapia poate fi indicată în caz de complicații sau de utilizare a dilatării osmotice.	E
Standard 3.3.12	Infecțiile diagnosticate trebuie tratate în mod adecvat.	E
Argumentare	Infecțiile documentate trebuie tratate în conformitate cu protocoalele existente, alegerea antibioticului și a dozajului fiind bazate pe dovezi științifice.	IV
Opțiune 3.3.12.1	Tratamentul empiric pentru chlamydia sau vaginoze bacteriene poate fi inițiat în condițiile unui istoric evident, a simptomelor și semnelor clinice pentru a preveni extensia infecției.	E
Standard 3.3.13	Profilaxia antibiotică trebuie efectuată conform protocolului la paciențele cu risc de endocardită bacteriană.	C

Referințe bibliografice

1. Noul cod penal- Art. 201: Întreruperea cursului sarcinii, agresiuni asupra fătului
2. Weitz TA, Taylor D, Desai S, Upadhyay UD, Waldman J, Battistelli MF, et al. Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. American Journal of Public Health. 2013;103(3):454-61.
(<http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2012.301159>)
3. Bartlett LA et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. Obstetrics and Gynecology, 2004, 103:729-737.

4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in comprehensive abortioncare. RCOG. 2015. London, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Best Practice Paper No. 2. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-2.pdf>
5. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România- Ghiduri clinice- Avortul medicamentos, publicat de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România și Colegiul Medicilor din România, 2019
6. National Abortion Federation- Clinical Policy Guidelines for Abortion Care, 2018
7. Grimes DA, Cates W, Jr. Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1979, 34 (3):177-191
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline no. 7. London, RCOG Press, 2004
9. Avortul fără riscuri: recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică. Ediția a II-a. Organizația Mondială a Sănătății, 2015
10. Medical management of abortion, WHO, 2018 ISBN: 9789241550406
11. Baker, A. Abortion and Options Counseling: A Comprehensive Reference. Granite City, Illinois: The Hope Clinic for Women, 1995
12. Baker A, Beresford T. Informed consent, patient education and counseling. In: Paul M et al. eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:48-62.
13. Halkim-Elahi, E & Tovell, H. Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. *Obstet. Gynecol.*, 1990, 76:129.
14. Sawaya, GF & Grimes, DA. Preventing postabortal infection. *Contemp. Obstet. Gynecol.*, 1994, 15:53
15. Sawaya, GF, et al. Antibiotics at the time of induced abortion: The case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet. Gynecol.*, 1996, 87:884
16. American College of Obstetrics and Gynecology Committee on Gynecology Practice. ACOG Committee Opinion. Induced abortion and breast cancer risk. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;83:233-5.
17. El-Bastawissi AY, Sorensen TK, Akafomo CK, Frederick IO, Xiao R, Williams MA. History of fetal loss and other adverse pregnancy outcomes in relation to subsequent risk of preterm delivery. *Matern Child Health J* 2003;7:53-8
18. Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE. Psychological factors in abortion. *Am Psychol* 1992;47:1194-204
19. Dagg PK. The psychological sequelae of therapeutic abortion: denied and completed. *Am J Psychiatry* 1991;148:579-85
20. Bowman, J. The prevention of Rh immunization. *Transfusion Med. Rev.*, 1988, 2:129.
21. Henshaw RC et al. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*, 1993, 307:714-717.

22. Slade P et al. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:1288-1295
23. Honkanen H, von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. *Contraception*, 2002, 65:419-423
24. Winikoff B et al. Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 176:431-437
25. Honkanen H et al., WHO Research Group on PostOvulatory Methods for Fertility Regulation. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2004, 111:715-725
26. Upadhyay UD, Desai S, Zlidar V, Weitz TA, Grossman D, Anderson P, et al. Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology*. 2015; Publish Ahead of Print. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000000603>)
27. Ireland LD, Gatter M, Chen AY. Medical compared with surgical abortion for effective pregnancy termination in the first trimester. *Obstet Gynecol*. 2015;126(1):22-8. (<http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000000910>)
28. Achilles SL, Reeves MF. Prevention of infection after induced abortion: SFP guideline 20102. *Contraception*. 2011;83(4):295-309. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.11.006>)
29. Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstet Gynecol*. 2012;119(2, Part 1):215-9. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31823fe923>)
30. Perrucci AC. Decision assessment and counseling in abortion care: Philosophy and practice. Lanham: Rowman & Littlefield; 2012
31. Baker A, Beresford T. Informed consent, patient education, and counseling. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD, editors. *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. Oxford: WileyBlackwell; 2009. p. 48-62.
32. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, et al. U.S. Selected practice recommendations for contraceptive use, 2016. *Morbidity & Mortality Weekly Report*. 2016;65(4):1-66. (<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6504a1.htm>)
33. Dehlendorf C, Henderson JT, Vittinghoff E, Grumbach K, Levy K, Schmittdiel J, et al. Association of the quality of interpersonal care during family planning counseling with contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;[epub 28 Jan 2016]. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.01.173>)
34. World Health Organization, World Bank Group, UNICEF, United Nations Population Fund. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Geneva: 2015. (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>)
35. Ketua Negara Kesihatan Malaysia, Guidelines On Termination Of Pregnancy (Top) For Hospitals In The Ministry Of Health, 2012, KKM/87/P1/27/1 Jld16(24)

36. Cunningham F., Leveno K., Bloom S., Vlădăreanu R., et all- Williams Obstetrică, Hippocrate 2017, pp 350-369
37. Munteanu Ioan, Tratat de obstetrică, ed II, Ed Academiei Române, 2006, pp 815-848
38. Păscuț Dan, Intervențiile obstetricale, Ed V. Babeș, 2011, pp 118-146
39. Rock J., Jones, Howard W., Te Linde's operative gynecology, 10th Ed, Lippincott Williams and Wilkins, 2008, pp 776-797
40. Dalia Brahmi, Maria W Steenland, Regina Maria Renner, Kathryn M Curtis, Pregnancy outcomes with an IUD in situ: A systematic review, Contraception 85(2):131-9, 2011, DOI: 10.1016/j.contraception.2011.06.010
41. Goldstein SR, Reeves MF. Assessing pregnancy status and gestational age. In: Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, Grimes D, Stubblefield P, Creinin M, editors. Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care. London: WileyBlackwell; 2009
42. Perriera L, Reeves MF. Ultrasound criteria for diagnosis of early pregnancy failure and ectopic pregnancy. Seminars in Reproductive Medicine. 2008;26(5):373-82. (<http://dx.doi.org/10.1055/s-0028-1087103>)
43. American Institute of Ultrasound in Medicine. AIUM practice parameter for the performance of obstetric ultrasound examinations. Laurel, MD: American Institute of Ultrasound in Medicine, 2013. (<http://www.aium.org/resources/guidelines/obstetric.pdf>)
44. American Institute of Ultrasound in Medicine. AIUM official statement: Limited obstetrical ultrasound. American Institute of Ultrasound in Medicine, 2009. (<http://www.aium.org/officialStatements/19>)
45. ACOG practice bulletin no. 101: Ultrasonography in pregnancy. Obstet Gynecol. 2009;113(2, Part 1):451-61. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31819930b0>)
46. Bowman, J. The prevention of Rh immunization. Transfusion Med. Rev., 1988, 2:129
47. Chavez, GFP. Epidemiology of Rh hemolytic disease of the newborn in the United States. JAMA, 1991, 263:3270
48. Commentary: Immunoprophylaxis for Rhesus disease - Expensive but worth it?. Brit. J. Obstet. Gynecol., 1991, 98:509
49. Baskett, TF. Prevention of Rh alloimmunization: A cost-benefit analysis. Can. Med. Assoc. J., - 1990, 142:337
50. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România- Ghid 14- Conduita în sarcina cu incompatibilitate în sistem Rh, <https://sogr.ro/wp-content/uploads/2019/06/14.-Conduita-%C3%AEn-sarcina-cu-incompatibilitate-%C3%AEn-sistem-Rh.pdf>
51. Finn R et al. Experimental studies on prevention of Rh haemolytic disease. British Medical Journal, 1961, 1 (523):1486-1490
52. Naik K et al. The incidence of fetomaternal haemorrhage following elective termination of first-trimester pregnancy. European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology, 1988, 27:355-357

53. Fiala C, Fux M, Gemzell DK. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2003, 82:892-903
54. Lo YM. Recent developments in fetal nucleic acids in maternal plasma: implications to noninvasive prenatal fetal blood group genotyping. *Transfus Clin Biol*. 2006 Mar-Apr;13(1-2):50-2. doi: 10.1016/j.tracli.2006.02.010. Epub 2006 Mar 23. PMID: 16563836.
55. Committee on Practice B-O. Practice bulletin no. 181: Prevention of Rh d alloimmunization. *Obstet Gynecol*. 2017;130(2):e57-e70. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002232>)
56. Kerns J, Steinauer J. Management of postabortion hemorrhage: SFP guideline 20131. *Contraception*. 2013;87(3):331-42. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.024>)
57. Fiala C., Cameron S., Carmo-Bombas T.-A., Gemzell-Danielsson K., Parachini M., Sitruk-Ware R., Early Medical Abortion- A practical guide for healthcare professionals, Editions de Sante, 2012, ISBN 978-2-86411-268-6
58. Centers for Disease Control and Prevention. Infection prevention checklist for outpatient settings: Minimal expectations for safe care. 2015.
59. Rutala WA, Weber DJ, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities. Center for Disease Control & Prevention, 2008.
60. Centers for Disease Control and Prevention. Bloodborne infectious diseases: HIV/AIDS, hepatitis b, hepatitis c. 2013. (www.cdc.gov/niosh/topics/bbp/)
61. Achilles SL, Reeves MF. Prevention of infection after induced abortion: SFP guideline 20102. *Contraception*. 2011;83(4):295-309.
62. Van Eyk N, van Schalkwyk J. Antibiotic prophylaxis in gynaecologic procedures. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2012;34(4):382-91.
63. Fjerstad M, Trussell J, Sivin I, Lichtenberg ES, Cullins V. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *N Engl J Med*. 2009;361(2):145-51.
64. Guiahi M, Davis A. First-trimester abortion in women with medical conditions: SFP guideline 20122. *Contraception*. 2012;86(6):622-30.
65. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: Guidelines from the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116(15):1736-54. (<http://dx.doi.org/CIRCULATIONAHA.106.183095>)
66. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *Morbidity&Mortality Weekly Report*. 2015;64(3):1-137
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>
67. Fjerstad M, Trussell J, Lichtenberg ES, Sivin I, Cullins V. Severity of infection following the introduction of new infection control measures for medical abortion. *Contraception*. 2011;83(4):330-5. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.08.022>)

68. Centers for Disease Control and Prevention. Guidance on the use of expedited partner therapy in the treatment of gonorrhea 2016 [cited 2016]. Available from: <https://www.cdc.gov/std/ept/gc-guidance.htm>.
69. Rowlands S. The decision to opt for abortion. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2008;34:175–80.
70. Ashok PW, Hamoda H, Flett GM, Kidd A, Fitzmaurice A, Templeton A. Patient preference in a randomized study comparing medical and surgical abortion at 10–13 weeks gestation. *Contraception* 2005;71:143–8.
71. eal SB, Dempsey-Fanning A, Westhoff C. Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception* 2007;75:224–9.
72. Munro J, Booth A, Nicholl J. Routine pre-operative testing: a systematic review. *Health Technol Assess* 1997;1:(2).
73. National Institute for Health and Clinical Excellence. Routine antenatal anti-D prophylaxis for women who are rhesus D negative: Review of NICE technology appraisal guidance 41 (NICE technology appraisal guidance 156). London: NICE; 2008.
74. National Collaborating Centre for Acute Care. Preoperative tests. The use of routine preoperative tests for elective surgery: evidence, methods and guidance. London: NICE; 2003 [<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10920/29094/29094.pdf>].
75. National Collaborating Centre for Acute and Chronic Conditions. Reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital. NICE Clinical Guideline 92. London: NICE; 2010 [<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12695/47195/47195.pdf>].
76. NHS Cancer Screening Programmes. Colposcopy and programme management. Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme. Second edition. Sheffield: NHSCSP; 2010 [<http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/nhscsp20.pdf>].
77. Whitworth M, Bricker L, Neilson JP, Dowswell T. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(4):CD007058.
78. Kaneshiro B, Edelman A, Sneeringer RK, Ponce de Leon RG. Expanding medical abortion: can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound? *Contraception* 2011;83:194–201.
79. Kulier R, Kapp N. Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception* 2011;83:30–3. British Association for Sexual Health and HIV. UK National Guideline for the Management of Genital Tract Infection with Chlamydia trachomatis. London: BASHH; 2006 [<http://www.bashh.org/documents/61/61.pdf>].
80. Cole MJ, Chisholm SA, Hoffmann S, Stary A, Lowndes CM, Ison CA; European Surveillance of Sexually Transmitted Infections Network. European surveillance of antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae. *Sex Transm Infect* 2010;86:427–32.
81. Gilbert DN, Moellering RC, Eliopoulos GM. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy (40th edition). Sperryville, VA, USA: Antimicrobial Therapy; 2010
82. IPAS- Clinical updates in Reproductive Health. L. Castleman & N. Kapp (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas, 2020

II.4 PROCEDURA DE ÎNTRERUPERE A SARCINII

Discuție	Cele mai potrivite metode de realizare a avortului diferă în funcție de vârsta sarcinii. De exemplu, majoritatea specialiștilor pot efectua aspirări vacuum fără riscuri în cazul sarcinilor de până la 12 săptămâni, pe când specialiștii cu experiență suficientă și cu acces la canule de dimensiuni adecvate pot folosi această procedură cu un grad înalt de siguranță pentru a întrerupe sarcini cu vârsta de gestație de până la 14 săptămâni.^{1,2,12} Accesibilitatea metodelor medicamentoase fără riscuri și eficace de realizare a avorturilor se explică prin extinderea ariei de înregistrare și folosire a mifepristonului și misoprostolului. Cunoștințele privind existența și modul corect de administrare a acestor preparate, inclusiv doar a misoprostolului atunci când mifepristonul nu este disponibil, sunt importante pentru persoanele responsabile de planificarea activităților de program, managerii de programe, medici și farmaciști, pe măsură ce preparatele medicamentoase sunt introduse în sistemele de sănătate.² Metode recomandate de realizare a avortului a avortului până la 12 - 14 săptămâni de la ultima menstruație sunt: metodele medicamentoase de primă intenție, când se administrează mifepriston, urmat de administrarea misoprostolului, urmate de metode chirurgicale cum ar fi aspirarea vacuum electrică, aspirarea vacuum manuală sau chiuretajul uterin. S-a demonstrat că este eficace și sigură administrarea mifepristonului, urmată de administrarea prostaglandinei până la vârsta de gestație de 9 săptămâni (63 de zile). Utilizarea metodelor medicamentoase de realizare a avortului necesită existența posibilității de aspirare vacuum în situații de urgență fie în cadrul instituției de sănătate respective, fie în cadrul unei alte instituții pentru cazurile când avortul eșuează sau este incomplet.^{2,3,13-16} Metoda chirurgicală recomandată după 12-14 săptămâni de amenoree este dilatarea și evacuarea, cu aplicarea aspirării vacuum și folosirea forcepsului. Metoda recomandată de realizare a avortului medicamentos după 12 săptămâni este administrarea mifepristonului, urmată de administrarea în doze repetate a misoprostolului.	E
----------	--	---

4.1. Procedura de avort medicamentos

4.1.1. Principii generale

Standard 4.1.1.1	Medicul trebuie să utilizeze de elecție metoda medicamentoasă în cazul întreruperilor de sarcină sub 12 săptămâni de amenoree, în cazul în care aceasta este acceptată de către pacientă și disponibilă.	A
Argumentare	Întreruperile de sarcină efectuate prin aspirație la sarcini sub 7 săptămâni de amenoree prezintă un risc de trei ori mai mare de eșec în golirea cavității uterine comparativ cu cele efectuate între 7-12 săptămâni de amenoree.¹⁻³ Metoda medicamentoasă utilizând mifepriston și o prostaglandină este metoda de elecție pentru sarcini sub 12 săptămâni de amenoree.¹⁻¹¹ De aceea se recomandă medicului să se evite metoda aspirativă cu vid sau chiuretajul, în cazul întreruperilor de sarcină sub 12 săptămâni de amenoree, în cazul în care metoda medicamentoasă este disponibilă și acceptată de pacienta.¹⁻¹¹ Multe paciente din țările unde aceasta este disponibilă (peste 30 de țări, printre care Franța, Suedia, Marea Britanie și în multe alte țări europene, Israel și Statele Unite, China și altele) preferă metoda medicamentoasă pentru întreruperea sarcinilor precoce în locul metodei aspirative sau chiuretajului. Întreruperea medicamentoasă de sarcină are multe avantaje: evită intervenția chirurgicală și anestezia și oferă pacientelor o participare activă și controlul asupra procesului întreruperii de sarcină. Consilierea adecvată și îngrijirea ulterioară cresc și mai mult siguranța și acceptabilitatea acestei metode. Metoda are și unele dezavantaje, fiind mai puțin eficientă decât metoda chirurgicală (90-98% comparativ cu peste 99%). De asemenea, întreruperea medicamentoasă de sarcină presupune mai mult timp și mai multe vizite de control la cabinet. Programe ample de cercetare (desfășurate inclusiv în România ca parte a unor studii clinice sub egida OMS) au evaluat siguranța și eficiența mifepriston-ului combinat cu misoprostol pentru întreruperea sarcinilor precoce. Metodele medicamentoase sunt într-un proces de perfecționare continuă, iar investigațiile continuă să exploreze diverși agenți farmacologici și regimuri de dozare, durata sarcinii pentru care acestea pot fi folosite, precum și modurile ideale pentru folosirea lor.	Ib

	Terapia medicamentoasă a întreruperilor de sarcină oferă în mod particular o alternativă importantă întreruperii chirurgicale de sarcină în unele cazuri specifice- de exemplu, poate avea succes când anomalii congenitale uterine sau fibroame limitează accesul la sacul gestațional. ¹⁻¹¹	
Standard 4.1.1.2.	Medicul trebuie să confirme dezvoltarea intrauterină a sarcinii și să consemneze vârsta de gestație.	C
Recomandare 4.1.1.2.1	Medicul va utiliza examenul ecografic pentru documentarea sarcinii și estimarea vârstei gestaționale.	C
Argumentare	Ecografia de prim trimestru este metoda cea mai precisă de datare a vârstei de sarcină.	IV
Recomandare 4.1.1.2.2	Medicul poate opta pentru ecografia transvaginală sau abdominală în funcție de perioada de amenoree, vârsta sarcinii, constituția pacientei, dorința acesteia și a altor factori posibil implicați în decizie. ¹⁷⁻²⁰	E
Opțiune 4.1.1.2.2.	Medicul poate indica determinarea valorilor hCG seric atunci când există o neconcordanță între anamneză și datele ecografice, atunci când există suspiciunea unei sarcini oprite în evoluție și/sau a unei sarcini patologice, cum ar fi sarcina extrauterină, boala trofoblastică gestațională, sarcina dezvoltată pe cicatricea uterină.	E
Recomandare 4.1.1.2.3	Este preferabil ca documentarea să fie făcută prin salvarea imaginii ecografice pe ecograf și rezultatul să fie tipărit și atașat fișei pacientei. Se poate opta pentru fotografierea măsurărilor efectuate, prin care se confirmă sarcina. ^{1-3,17-20} Valorile hCG seric se pot atașa sau scrie în fișa pacientei.	E
Recomandare 4.1.1.2.4	În cazul în care există elemente de incertitudine privind dezvoltarea intrauterină a sarcinii, medicul trebuie să o considere o sarcină cu localizare neprecizată și să ofere alternativele de management adecvate acestei situații.	E
Argumentare	Această metodologie este recomandabilă pentru un management corect și pentru evitarea unor eventuale probleme ulterioare medico-legale.	IV
Standard 4.1.1.3	Medicul trebuie să evalueze suplimentar pacienta la care există suspiciunea unei sarcini patologice (extrauterină, boala trofoblastică gestațională, sarcina dezvoltată pe cicatricea uterină). Suspiciunea unei sarcini extrauterine (ectopice- SE) este dată de: – ecografia transvaginală arată o formațiune anexială care sugerează sarcină ectopică SAU	C

	– ecografia transvaginală nu arată o sarcină intrauterină și titrul de hCG seric depășește 2.000 mUI/ml SAU – ecografia abdominală nu arată o sarcină intrauterină și titrul de hCG seric depășește 3.600 mUI/ml. – ecografia decelează dezvoltarea sarcinii pe sau în imediata apropiere a unei cicatrice uterine	
Argumentare	Există un nivel al β-hCG seric la care se presupune că toate sarcinile viabile intrauterine vor fi vizualizate prin ecografie endovaginală- așa numita zonă discriminatorie. Când nivelul β-hCG seric este sub zonă discriminatorie (<1.000 UI) și nu se vizualizează sarcină viabilă (intra - sau extrauterină) prin ecografie endovaginală, sarcina este descrisă ca fiind cu localizare necunoscută. ^{1,2,21} În diagnosticul SE medicul consideră predictivă corelația între valoarea β-hCG (zona discriminatorie) și prezența sau absența sacului gestațional în cavitatea uterină. ^{1,2,21}	IV
Standard 4.1.1.4	Medicul poate solicita pacientei investigații suplimentare înaintea realizării procedurii de întrerupere a sarcinii. Determinarea Rh este importantă pentru realizarea corectă a profilaxiei izoimunizării.	C
Recomandare 4.1.1.4.1	Medicul poate să indice determinarea hematocritului și a hemoglobinei la toate pacientele, dar este recomandat la cele cu antecedente sau semne sau simptome de anemie semnificativă.	C
Argumentare	Prin calcularea raporturilor între riscuri, costuri și rezultate, s-a constatat că determinarea hematocritului are o valoare discutabilă în prevenirea morbidității și mortalității legate de întreruperea de sarcină în primul trimestru la o pacientă sănătoasă care nu prezintă antecedente de anemie sau alte boli majore. ^{1,2}	IV
Recomandare 4.1.1.4.1	Medicul poate să prescrie Imunoglobulină anti D în conformitate cu recomandările ghidului național al SOGR pacientelor Rh negative care se adresează pentru procedura de avort	C
Standard 4.1.1.5	Medicul trebuie examineze pacienta, să o informeze asupra procedurii de întrerupere a sarcinii prin metodă medicamentoasă și să obțină acordul informat al acesteia. Se va informa pacienta că eficiența metodei este cu atât mai mare, cu cât vârsta de gestație este mai mică. ^{40,52-59}	A
Recomandare 4.1.1.5.1	Medicul va utiliza acordurile informate din anexa prezentului ghid, ambele completate în două exemplare, unul pentru pacient și unul pentru medic/ instituție spitalicească.	E

Recomandare 4.1.1.5.2	Medicul va efectua anamneza pacientei, insistând asupra eventualelor patologii care ar putea să genereze complicații. Anamneza va cuprinde date despre medicația anterior utilizată de pacientă și despre reacțiile alergice ale acesteia, precum și despre antecedentele personale fiziologice și patologice relevante.	E
Recomandare 4.1.1.5.3	Medicul va efectua examenul clinic general și examinarea ginecologică.	E
Opțiune 4.1.1.5	Datele rezultate din anamneză, examen clinic general și de specialitate, precum și din ecografie se vor completa și documenta în fișa pacientei.	E
Recomandare 4.1.1.5.4	Medicul va informa pacienta că alăptatul nu este o contraindicație pentru avortul medicamentos cu mifepristona și misoprostol, alăptatul putând continua neîntrerupt fără riscuri suplimentare pentru sugar. 60,61	E
Standard 4.1.1.5.1	Medicul va informa pacienta asupra substanțelor medicamentoase folosite, incluzând informații despre denumirea, modalitatea de administrare, eficiența, efectele secundare, riscurile și posibilele complicații (insistându-se asupra posibilității de sângerare excesivă, riscului teratogen al medicamentelor administrate, posibilității de eșec a metodei) și a simptomelor acestora, interacțiunea cu alte medicamente.	C
Argumentare	Pacienta trebuie să conștientizeze și să fie de acord cu administrarea acestor substanțe medicamentoase. Înțelegerea caracteristicilor lor asigură o mai bună complianță, dar și evitarea complicațiilor prin adresarea la timp către o unitate spitalicească în caz de acuze. Se poate utiliza prospectul substanțelor medicamentoase pentru a facilita transmiterea și înțelegerea informațiilor relevante.	IV
Standard 4.1.1.5.2	Medicul va informa pacienta asupra numărului de vizite medicale propuse în cadrul procedurii de întrerupere a sarcinii și a scopului fiecăreia dintre ele.	C
Argumentare	Prima vizită este necesară pentru administrarea mifepristonum-ului, a doua vizită pentru administrarea prostaglandinei la 1-2 zile de la prima vizită iar a treia vizită pentru evaluarea completării întreruperii de sarcină nu mai târziu de 14 zile de la prima vizită. ¹⁻³ Consilierea adecvată a pacientei va crește gradul de siguranță și acceptabilitatea metodei. ^{40,52-59}	IV
Standard 4.1.1.5.3	Medicul va contraindica avortul medicamentos și va consemna acest fapt, dacă în urma examinării stările și afecțiunile pacientei o impun.	A

Argumentare	Se impune precauție în utilizarea mifepristonum-ului si prostaglandinelor de către pacientele cu insuficiență hepatică sau adrenală acută sau cronică, coagulopatii, fumătoare, alergice la produsele susmenționate. ¹⁻³	Ib
Standard 4.1.1.5.3	Medicul va discuta cu pacienta și va obține acordul informat al acesteia pentru întreruperea de sarcină prin metodă chirurgicală în caz de eșec sau ineficiența a metodei medicamentoase.	E
Standard 4.1.1.6	Medicul trebuie să ofere o metodă de analgezie pacientei în timpul întreruperii de sarcină prin metoda medicamentoasă.	E
Argumentare	Medicul trebuie să aibă în vedere starea de confort a pacientei. Analgezia și alte mijloace pentru creșterea confortului pacientei cu metoda medicamentoasă trebuie oferite și discutate.	IV
Recomandare 4.1.1.6.1	Medicul poate recomanda antiinflamatoare nonsteroidiene, preferându-se ibuprofenul acetaminofenului pentru controlul durerii. ^{40, 62-64}	E
Recomandare 4.1.1.6.2	Indometacinum se poate de asemenea utiliza pentru controlul durerii.	E
Recomandare 4.1.1.6.3	Paracetamol administrat oral nu a fost dovedit să reducă durerea mai mult decât placebo. ⁸⁴	E
Argumentare	Medicul poate utiliza analgezice sau alți agenți medicamentoși pentru analgezie dacă nu există contraindicații.	IV
Standard 4.1.1.7	Medicul trebuie să constate finalizarea întreruperii de sarcină prin metoda medicamentoasă și să consemneze acest lucru în documentele medicale.	E
Opțiune 4.1.1.7	Medicul poate constata finalizarea întreruperii de sarcină prin mijloace clinice sau printr-un examen ecografic pelvin sau un test hCG.	E
Recomandare 4.1.1.7.1	Medicul va programa pacienta la o consultație de follow-up la 14-21 de zile de la finalizarea procedurii de avort medicamentos. ^{40,58}	E
Recomandare 4.1.1.7.1	hCG seric sau grosimea endometriului pot fi folosiți ca metodă de confirmare și documentare a finalizării avortului medicamentos după 4 săptămâni de la efectuare. ⁶⁵⁻⁶⁹	E
Argumentare	În primele 4 săptămâni hCG seric poate avea valori care să indice sarcina. Cu toate acestea, în caz de succes al metodei dinamica analizei va arăta scăderea valorilor cu o atingere a pragului pentru lipsa sarcinii în medie la 4 săptămâni postprocedural. Ecografia pelvină (transvaginală sau transabdominală) poate decela o îngroșare a endometriului în primele săptămâni postprocedural, fapt	IV

	care poate genera o creștere a numărului de cazuri cu completare chirurgicală a procedurilor de avort, fără a fi neapărat necesare. Din aceste motive, testul urinar de sarcină, care are o sensibilitate mult mai mică este mai eficient în probarea realizării cu succes a avortului medicamentos. ⁶⁶⁻⁷⁰	
Standard 4.1.1.8	Medicul trebuie să indice examenul ecografic pelvin atunci când sângerările așteptate ca urmare a medicației nu apar.	C
Opțiune 4.1.1.8	Pe când în majoritatea încercărilor de întrerupere medicamentoasă de sarcină din SUA s-a folosit frecvent ecografia transvaginală pentru stabilirea vârstei sarcinii și a rezultatului, experiența altor state s-a bazat mai ales pe evaluarea clinică și monitorizarea hCG, rezervând ecografia pentru cazuri sau rezultate nesigure. Ecografia înlătură subestimarea vârstei sarcinii, ajută la confirmarea reușitei întreruperii de sarcină și ajută la diagnosticarea sarcinilor ectopice. Totuși, nu s-au efectuat studii care să analizeze efectele ecografiei sau evaluării clinice asupra rezultatelor întreruperilor medicamentoase de sarcină. 1-3	E
Standard 4.1.1.9	Medicul trebuie să indice administrarea imunoglobulinei anti-D ce trebuie oferită în momentul administrării prostaglandinei, în concordanță cu standardele și recomandările referitoare la prevenirea izoimunizării Rh (vezi capitolul 5.3, standardele 5.3.1-5.3.4).	B
Standard 4.1.1.10	Medicul trebuie să instruiască pacienta să ia contact imediat cu serviciile de sănătate dacă apar unele sau mai multe dintre următoarele simptome: - sângerare abundentă, care necesită utilizarea a două sau mai multe absorbante pe oră, timp de 2 ore consecutiv - febră >38°C sau declanșarea febrei, care durează mai mult de 24 de ore după administrarea misoprostolului - durere abdominală sau disconfort sau stare de rău, care include slăbiciune, greață, vomă sau diaree, mai mult de 24 de ore după administrarea misoprostolului - sângerare ușoară, însoțită pe de o parte, de durere severă în abdomenul inferior, amețeli, durere de umăr sau tahipnee, în mod special atunci când sarcina intrauterină nu a fost confirmată anterior prin ecografie (aceste simptome sugerează cu mare probabilitate o ruptură a sarcinii ectopice, iar medicul clinician trebuie să organizeze accesul imediat al pacientei la serviciile de urgență).	C
Argumentare	Când întreruperea sarcinii este efectuată de personal instruit adecvat, în condiții medicale moderne, complicațiile sunt foarte rare și riscul de deces este neglijabil (spre deosebire de întreruperea sarcinii efectuată fără respectarea condițiilor de siguranță). Chiar și așa, fiecare	IV

	unitatea medicală care efectuează această procedură trebuie să fie dotată și să aibă personal instruit să recunoască complicațiile avortului, să acorde îngrijire prompt fără întrerupere sau să trimită femeile la o unitate care acordă astfel de îngrijiri. Dotările medicale și aptitudinile personalului care sunt necesare pentru tratarea celor mai multe dintre complicațiile avortului sunt similare cu cele necesare pentru îngrijirea femeilor care au avut avort spontan ^{1-3,38,51}	
Standard 4.1.1.11	Examenul de rutină histopatologic nu este recomandat de rutină în procedura de avort medicamentos. Screeningul pentru boala trofoblastică gestațională nu este recomandat uzual.	E
Argumentare	Studiile efectuate în baza examinării produselor histopatologice rezultate din avort nu au oferit beneficii majore pacientei sau sistemului medical. Au fost descoperite un număr mic de malformații embrionare, mai ales în cazurile de sarcini mai mari, dar care nici una nu s-a dovedit de un folos real pentru viitorul imediat al pacientei sau deciziile reproductive ulterioare. Se consideră astfel ȧesuturile rezultate din procedura de avort ca având valoare clinică limitată sau foarte mică. ⁸⁵⁻⁸⁸ Incidenȧa mică a bolii trofoblastice gestaționale nu justifică screeningul pentru această patologie, cazurile suspecte urmând a fii manageriate corespunzător. ⁸⁹⁻⁹²	IV

4.1.2. Procedura de avort medicamentos și conduita în caz de eșec al procedurii

Standard 4.1.2.1	Medicul va recomanda metoda medicamentoasă care utilizează mifepristonă urmată de administrarea la 24-48 de ore a misoprostol.	A
Argumentare	Regimul combinat mifepriston+misoprostol s-a dovedit superior regimului doar cu misoprostol, în mai multe trialuri randomizate. ¹⁻³ Studiile care au utilizat 200 mg de mifepristonă, în loc de 600 mg (recomandată în unele țări), nu au arătat nicio diferenȧ statistică în ceea ce privește eficacitatea, între cele 2 doze. Numeroase trialuri randomizate și meta-analize au contribuit cu dovezi robuste privitoare la eficacitatea, siguranȧă și accesibilitatea întreruperii de sarcină în trimestrul I și II pe cale medicamentoasă. ^{1-3, 23-40} Folosirea doar a mifepristonei are un risc crescut de continuare a sarcinii, iar folosirea doar a misoprostolului se însoțește de o rată mai crescută a avortului incomplet. ⁷¹	Ia

	Cele mai utilizate protocoale de dozaj la nivel european sunt: 1) 600 mg mifepristonă administrată oral urmată la 36-48 de ore de administrarea orală de 400 micrograme misoprostol și 2) 200 mg mifepristonă administrat oral urmată la 24-48 de ore de administrarea vaginală de 800 micrograme misoprostol. ^{1,41} Pentru sarcini cu vârsta gestației până la 7 SA, mai multe țări din Europa aderă la protocolul (1) recomandat de Agenția Europeană a Medicamentului în baza evaluării datelor de eficiență și siguranță. ⁴² În vederea creșterii accesului la metoda medicamentoasă de întrerupere a sarcinii la nivel global, Organizația Mondială a Sănătății recomandă utilizarea dozei de mifepriston de 200 mg. ¹⁻³ Mai multe studii care au evaluat diferitele doze de mifepristonă administrate pentru întreruperea medicamentoasă a sarcinii susțin și eficacitatea dozelor de 200 mg și 600 mg mifepristonă. ^{1,42-46} Misoprostolul poate fi administrat pe cale orală (comprimatul se înghite; bucal – comprimatul se ține în șanțul gingival timp de 30 de minute, apoi se înghite; sau sublingual – comprimatul se ține sub limbă timp de 30 de minute, apoi se înghite) sau pe cale vaginală (comprimatele se plasează în fornixul vaginal posterior, după care femeia trebuie să stea culcată timp de 30 de minute). Deși căile vaginală și sublinguală de administrare a misoprostolului s-au dovedit mai eficiente (rate mai mici de continuare a sarcinii și rate mai mari de succes al metodei), administrarea pe cale orală a prezentat rate mai mici de reacții adverse grave și o rată mai mare de satisfacție a pacientelor decât calea vaginală. ^{1,2,47} Numeroase trialuri randomizate și meta-analize au contribuit cu dovezi robuste privitoare la eficacitatea, siguranța și accesibilitatea întreruperii de sarcină în trimestrul I și II pe cale medicamentoasă. ^{1-3, 23-50} Riscul teratogenic al mifepristonei nu a fost dovedit la sarcinile care s-au dezvoltat în continuare. Pentru misoprostol, expunerea în sarcina incipientă dublează riscul de malformații fetale majore, iar pentru regimurile ce conțin metotrexat aceste riscuri sunt substanțial crescute. ⁷²⁻⁷⁴ Nu s-au evidențiat rate diferite de intervenții chirurgicale după avort medicamentos raportat la indicele de masă corporală. ⁷⁵	
--	---	--

Recomandare 4.1.2.1.1	Următorul protocol este recomandat la sarcini intrauterine în funcție de vârsta de gestație: -< 49 de zile de amenoree (7 săptămâni): 200mg mifepristone urmată la 24-48 de ore de 400 micrograme misoprostol administrat oral -49-63 de zile de amenoree (7-9 săptămâni): 200mg mifepristone urmată la 24-48 de ore de 800 micrograme misoprostol administrat vaginal, oral sau sublingual -64-84 de zile de amenoree (9-12 săptămâni): 200mg mifepristone urmată la 36-48 de ore de 800 micrograme misoprostol administrat vaginal. Un maximum de 4 doze adiționale de misoprostol de 400 micrograme poate fi folosit la un interval de 3 ore, vaginal sau oral. 54, 76-79, 82-83	A
Opțiune 4.1.2.1.1	Pacientele cu vârstă de gestație sub 63 de zile care doresc completarea procedurii de avort la domiciliu, pot să o facă, după ce medicul s-a asigurat că pacienta a înțeles riscurile și complicațiile, și se va adresa unei unități spitalicești în timp util. ^{80,81}	E
Opțiune 4.1.2.1	Medicul poate să indice metoda medicamentoasă de întrerupere voluntară a sarcinilor < 12 SG utilizând doar misoprostol 800 micrograme administrat vaginal, sublingual sau bucal.	A
Argumentare	Rata de eficiență scade cu acest regim și este probabil că vor fi necesare doze repetate de misoprostol.¹⁻³ Absorbția vaginală a misoprostolului poate fi afectată în prezența sângerării sau a infecției bacteriene vaginale. Eficacitatea poate diminua în cazul administrării dozelor repetate de misoprostol la pacientele cu sângerare vaginală.^{48,49}	Ib
Opțiune 4.1.2.2.	În caz de întrerupere a sarcinilor > 12 SG medicul poate indica combinația de 200 mg mifepriston pe cale orală urmat la 1-2 zile de doze repetate de 400 micrograme de misoprostol, administrat vaginal, bucal sau sublingual la fiecare 3 ore.	C
Argumentare	Regimul combinat este considerat cel mai eficace iar calea vaginală de administrare a misoprostolului este asociată cu cele mai reduse efecte adverse. ¹⁻³	IV
Opțiune 4.1.2.3.	În caz de întrerupere a sarcinilor > 12 SG medicul poate indica combinația de 200 mg mifepriston pe cale orală urmat la 1-2 zile de	C

	doze repetate de 400 micrograme de misoprostol, administrat vaginal, bucal sau sublingual la fiecare 3 ore.	
Argumentare	Regimul combinat este considerat cel mai eficace iar calea vaginală de administrare a misoprostolului este asociată cu cele mai reduse efecte adverse. ¹⁻³	IV
Recomandare 4.1.2.3.1	În cazul întreruperilor de sarcină la peste 12 SG medicul trebuie să decidă de manieră individuală locul, modul și dozele administrate pacientelor, funcție de VG dar și de circumstanțe clinice particulare, în special în cazul antecedentelor de uter cicatriceal. Este preferabil ca pacienta să fie internată în regim continuu.	C
Argumentare	Chiar dacă ruptura uterină este în cazul inducerii avortului de trimestru II un eveniment rar, medicul trebuie să se asigure de existența facilităților medicale care să poată răspunde prompt în caz de ruptură uterină la VG avansate. Locul administrării (ambulator sau staționar) reprezintă un subiect mult dezbătut în literatură, odată cu apariția unor studii care analizează eficacitatea întreruperii voluntare de sarcină în afara sistemului medical și fără implicarea cadrelor medicale. ^{1-3, 23-50}	IV
Opțiune 4.1.2.4.	În cazul nevoii de întrerupere a sarcinilor > 12 SG și în lipsa mifepristonului, medicul poate indica doze repetate de 400 micrograme de misoprostol, administrat vaginal, bucal sau sublingual la fiecare 3 ore.	C
Argumentare	Această recomandare se regăsește în ultima variantă din 2018 a ghidului OMS. Eficiența misoprostolului este mai mare în caz de administrare intravaginală, mai ales la pacientele nulipare. ³	IV
Opțiune 4.1.2.5.	Pacienta poate opta pentru autoadministrarea mifepristonei în afara unității spitalicești. ⁶²	E
Opțiune 4.1.2.5.1.	Pacienta poate opta pentru autoadministrarea misoprostolului în afara unității spitalicești conform recomandărilor prospectului regimului folosit.	E
Recomandare 4.1.2.5.1	Pentru sarcinile mai mari de 10-12 săptămâni de amenoree, se recomandă ca administrarea misoprostolului și supravegherea ulterioară să fie făcută într-o unitate spitalicească capabilă să adreseze o complicație eventuală.	E
Standard 4.1.2.2	Medicul trebuie să informeze pacienta care solicită întreruperea voluntară a sarcinii prin metodă medicamentoasă despre riscul de eșec al procedurii – avortul incomplet sau continuarea sarcinii.	E
Recomandare 4.1.2.2	Medicul trebuie să ofere cât mai curând o procedură de evacuare a uterului femeilor care prezintă în continuare simptome de sarcină sau	E

	semne clinice de avort incomplet (sângerări vaginale, dureri abdominale, prezența semnelor de infecție), acordând atenție riscului de hemoragie (care poate cauza anemie) sau infecție, care ar putea necesita tratament cu antibiotice. Avortul incomplet poate fi, de asemenea, tratat, folosind misoprostol. În acest caz, doza recomandată de misoprostol și calea de administrare sunt 600 µg oral sau 400 µg sublingual.	
Standard 4.1.2.3	Medicul va efectua evacuarea uterului funcție de starea clinică și opțiunea pacientei prin metoda chirurgicală sau medicamentoasă. În acest al doilea caz, doza recomandată de misoprostol și calea de administrare sunt 600 µg oral sau 400 µg sublingual.	A
Argumentare	Prezența sângerării poate scădea absorbția misoprostolului în cazul administrării vaginale, preferându-se altă cale de administrare (oral sau sublingual). ¹⁻³	Ia
Standard 4.1.2.4	Unitățile medicale care oferă servicii de întrerupere de sarcină, trebuie să asigure instruirea continuă a întregului personalul medical pentru: folosirea echipamentului de urgență, conduita în cazul urgențelor și indicațiile pentru transportul de urgență.	E
Standard 4.1.2.5	Medicul trebuie să informeze pacienta că dacă va prezenta după externarea din unitate, o sângerare excesivă (umplerea a 2 sau mai multe absorbante timp de 2 ore consecutiv este necesar ca aceasta să se prezinte de urgență pentru a fi evaluată în aceeași unitate sau în alt serviciu ginecologic. Medicul trebuie să menționeze în documentele medicale furnizarea acestor informații	E

4.1.3. Managementul medicamentos al avortului spontan și al fătului mort antepartum în trimestrul II de sarcină

Standard 4.1.3.1.	Medicul poate opta pentru management medicamentos, chirurgical sau mixt pentru soluționarea avortului spontan și al sarcinii cu făt mort antepartum în trimestrul II de sarcină.	E
Argumentare	În funcție de preferințele, starea clinică și a parametrilor biologici ai pacientei, medicul poate opta pentru conduită expectativă sau intervenție medicamentoasă, chirurgicală sau mixtă pentru soluționare.	IV
Recomandare 4.1.3.1	Medicul va indica misoprostol în doză de 600 micrograme administrat oral sau 400 micrograme administrat sublingual pentru tratamentul	A

	medicamentos în cazul avorturilor incomplete cu vârstă de gestație sub 13 săptămâni de amenoree.	
Argumentare	Uneori doze repetate de misoprostol vor fi necesare pentru completarea avortului. Medicul va analiza particularitatea cazului pentru a decide de manieră individuală dozele administrate pacientelor, funcție de VG dar și de circumstanțe clinice particulare, în special în cazul antecedentelor de uter cicatriceal. Recomandările se bazează pe un review Cochrane ce a analizat 24 de studii. ^{1-3,39,40}	Ia
Opțiune 4.1.3.1.	Medicul va indica misoprostol în doze repetate la 3 ore de 400 micrograme administrat sublingual, vaginal sau bucal pentru tratamentul medicamentos în cazul avorturilor incomplete cu VG peste 13 SG.	B
Argumentare	Uneori doze repetate de misoprostol vor fi necesare pentru completarea avortului. Medicul va analiza particularitatea cazului pentru a decide de manieră individuală dozele administrate pacientelor, funcție de vârstă de gestație, dar și de circumstanțe clinice particulare, în special în cazul antecedentelor de uter cicatriceal. Chiar dacă ruptura uterină este un eveniment rar unitatea medicală trebuie să poată acorda asistență medicală adecvată, mai ales în cazul pacientelor cu antecedente de uter cicatriceal și vârstă de gestație mai avansată, cu risc de ruptură uterină. ^{1-3,39,40}	IIa
Recomandare 4.1.3.2	Medicul poate recomanda utilizarea uterotonelor pentru reducerea sângerării. ⁹³	E
Recomandare 4.1.3.3	Medicul poate recomanda managementul medicamentos și cu rol de pregătire a manevrelor chirurgicale.	E
Standard 4.1.3.2.	Medicul va utiliza examinarea ecografică pentru a confirma moartea fătului în uter.	E
Standard 4.1.3.3.	Medicul va prescrie o doză orală de 200 mg mifepriston urmată la 1-2 zile de doze repetate la 4-6 ore de 400 micrograme de misoprostol administrat sublingual sau vaginal.	B
Standard 4.1.3.3.	În cazul în care mifepristonul nu este disponibil, medicul va prescrie doze repetate la 4-6 ore de 400 micrograme de misoprostol administrat sublingual sau vaginal.	B
Argumentare	Metoda combinată pare că este superioară prin durată mai redusă până la expulzia completă dar recomandarea se bazează pe dovezi de calitate redusă. Uneori doze repetate de misoprostol vor fi necesare	IIa

	pentru completarea avortului. Medicul va analiza particularitatea cazului pentru a decide de manieră individuală dozele administrate pacientelor, funcție de VG dar și de circumstanțe clinice particulare, în special în cazul antecedentelor de uter cicatriceal. Chiar dacă ruptura uterină este un eveniment rar unitatea medicală trebuie să poată acorda asistență medicală adecvată, mai ales în cazul pacientelor cu antecedente de uter cicatriceal și VG mai avansată, cu risc de ruptură uterină. ^{1-3,39,40}	
--	--	--

4.1.4. Managementul medicamentos al întreruperii de sarcină în situații particulare

Standard 4.1.4.1.	Întreruperea sarcinii la o persoană minoră se va face doar după obținerea acordului informat al reprezentantului legal al pacientei, cu mențiunea că pacienta peste 16 ani are dreptul să decidă singură în probleme legate de sănătatea reproducerii.	E
Argumentare	Conform legislației în vigoare actul medical la un minor trebuie efectuat cu acordul părintelui sau a unui reprezentant legal. În condițiile în care legislația permite ca între vârsta de 16-18 ani pacienta să poată lua decizii legate de sănătatea reproducerii, dar nu și de anestezie de exemplu, este recomandabil a se obține acordul unui reprezentant legal, care poate fi orice rudă până la gradul IV. Trebuie respectată de asemenea confidențialitatea datelor în orice circumstanță, informarea făcându-se atât pacientei, cât și reprezentantului legal al acesteia.	IV
Standard 4.1.4.2.	Întreruperea sarcinii la o persoană fără discernământ se va face doar după obținerea acordului informat al reprezentantului legal al pacientei sau în urma deciziei unei comisii medicale de specialitate care consideră că a continua dezvoltarea sarcinii pune în pericol viața mamei sau a produsului de concepție.	E
Argumentare	Pacienta lipsită de discernământ are desemnat un reprezentant legal de către comisia care a stabilit această calitate. Acordul se va lua de la acea persoană. În plus majoritatea pacientelor cu lipsă de discernământ utilizează în tratament medicație cu efect teratogen, ceea ce poate duce la afectarea fetală majoră.	IV
Recomandare 4.1.4.2	Procedura de avort la o pacientă fără discernământ este recomandabil să se desfășoare într-o unitate spitalicească care să permită monitorizarea strictă a acesteia și a tratamentului administrat. De	E

	asemenea servicii conexe (exemplu psihiatrie, anestezie) trebuie să fie disponibile.	
Standard 4.1.4.3.	Întreruperea sarcinii la o persoană care a rămas însărcinată ca urmare a unui abuz sexual sau a unui viol va urma procedura anterior descrisă, consemnându-se în plus documentele medico-legale puse la dispoziție.	E
Recomandare 4.1.4.3.1	Se va recomanda consilierea psihologică a pacientei.	E
Recomandare 4.1.4.3.2	Se vor pune la dispoziția pacientei informații utile privind centrele de protecție maternală și împotriva abuzurilor.	E
Standard 4.1.4.5.	Întreruperea sarcinii la o persoană care este însărcinată cu un făt cu malformație severă și are peste 14 săptămâni de gestație și sub 28 de săptămâni de gestație (avort medical) se va efectua după obținerea avizului din partea unei comisii medicale de specialitate.	E
Recomandare 4.1.4.5.1	Avortul medical se poate efectua și utilizând procedura medicamentoasă.	E
Recomandare 4.1.4.5.2	Se vor documenta și îndosaria dovezile clinice, biologice, ecografice, sau genetice care au confirmat malformația fetală severă	E

Referințe bibliografice

1. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România- Ghiduri clinice- Avortul medicamentos, publicat de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România și Colegiul Medicilor din România, 2019
2. Avortul fără riscuri: recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică. Ediția a II-a. Organizația Mondială a Sănătății, 2015
3. Medical management of abortion, WHO, 2018 ISBN: 9789241550406
4. Ashok PW, Flett GM, Templeton A. Termination of pregnancy at 9-13 weeks amenorrhoea with mifepristone and misoprostol. Lancet 1998;352:542-3.
5. Ashok PW, Penney GC, Flett GMM, Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. Hum Reprod 1998;13:2962-5.
6. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GMM. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. BJOG 2002;109:1281-9.
7. Baird DT, Sukcharoen N, Thong KJ. Randomized trial of misoprostol and cervagem in combination with a reduced dose of mifepristone for induction of abortion. Human.Reproduction. 1995;10:1521-7.

8. Bartley J, Tong S, Everington D, Baird DT. Parity is a major determinant of success rate in medical abortion: a retrospective analysis of 3161 consecutive cases of early medical abortion treated with reduced doses of mifepristone and vaginal gemeprost. *Contraception* 2000;62:297–303.
9. Bygdeman M, Danielsson KG. Options for early therapeutic abortion. A comparative review. *Drugs* 2002;62:2459–70.
10. el-Refaey H, Rajasekar D, Abdulla M, Calder E, and Templeton A. Induction of abortion with mifepristone (RU486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine* 1995;332(15): 983-987.
11. Grimes DA. Medical abortion in early pregnancy: A review of the evidence. *Obstetrics and Gynecology* 1997;89:790-6.
12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline no. 7. London, RCOG Press, 2004.
13. Kulier R et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, (1):CD002855
14. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, World Health Organization, 2003.
15. Hamoda H et al. A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112 (8):1102-1108
16. Tang OS et al. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 2002, 17:654-658
17. Perriera L, Reeves MF. Ultrasound criteria for diagnosis of early pregnancy failure and ectopic pregnancy. *Seminars in Reproductive Medicine*. 2008;26(5):373-82. (<http://dx.doi.org/10.1055/s-0028-1087103>)
18. American Institute of Ultrasound in Medicine. AIUM practice parameter for the performance of obstetric ultrasound examinations. Laurel, MD: American Institute of Ultrasound in Medicine, 2013. (<http://www.aium.org/resources/guidelines/obstetric.pdf>)
19. American Institute of Ultrasound in Medicine. AIUM official statement: Limited obstetrical ultrasound. American Institute of Ultrasound in Medicine, 2009. (<http://www.aium.org/officialStatements/19>)
20. ACOG practice bulletin no. 101: Ultrasonography in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2009;113(2, Part 1):451-61. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31819930b0>)
21. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România- Sarcina ectopică, <https://sogr.ro/wp-content/uploads/2019/01/Sarcina-ectopica.pdf>
22. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România- Ghid 14- Conduita în sarcina cu incompatibilitate în sistem Rh, <https://sogr.ro/wp-content/uploads/2019/06/14.-Conduita-%C3%AEn-sarcina-cu-incompatibilitate-%C3%AEn-sistem-Rh.pdf>

23. Usmani I. A randomized clinical trial of 200 patients of oral vs vaginal misoprostol in second trimester pregnancy termination. *Med Forum*. 2013;24(2):55-7.
24. Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Mid-trimester induced abortion: a review. *Hum Reprod Update*. 2007;13(1):37-52.
25. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A. A randomized trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion at 13–20 weeks gestation. *Hum Reprod*. 2005;20(8):2348-54.
26. Tang OS, Miao BY, Lee SW, Ho PC. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Hum Reprod*. 2002;17(3):654-8.
27. Verma ML, Singh U, Singh N, Sankhwar PL, Qureshi S. Efficacy of concurrent administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy. *Hum Fertil*. 2017;20(1):43-7.
28. Goel A, Mittal S, Taneja BK, Singal N, Attri S. Simultaneous administration of mifepristone and misoprostol for early termination of pregnancy: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;283(6):1409-13.
29. Abubeker FK, Kim CR, Lavelanet A. Medical termination of pregnancy in early first trimester(≤ 63 days): a systematic review. [Evidence synthesis for a WHO guideline]. 2018 (unpublished).
30. Kapp NE, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception*, 2018, doi:10.1016/j.contraception.2018.11.002.
31. Whitehouse KB, Sporstol Fonhus M, Lavelanet A, Ganatra B. Medical regimens for abortion at 12 weeks and above: a systematic review and meta-analysis. [Evidence synthesis for a WHO guideline]. 2018
32. Al-Hussaini TK. Uterine rupture in second trimester abortion in a grand multiparous woman. A complication of misoprostol and oxytocin. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;96:218–19.
33. Berghahn L, Christensen D, Droste S. Uterine rupture during second trimester abortion associated with misoprostol. *Obstet Gynecol* 2001;98:976–7.
34. Chapman SJ, Crispens M, Owen J, Savage K. Complications of mid-trimester pregnancy termination: the effect of prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:889–92.
35. Chen M, Shih J, Chiu W, Hsieh F. Separation of cesarean scar during second trimester intravaginal misoprostol abortion. *Obstet Gynecol* 1999;94(5 Suppl 1):840.
36. Debby A, Golan A, Sagiv R, Sadan O, Glezerman M. Mid-trimester abortion in patients with a previous uterine scar. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;109:177–80.
37. Norman JE. Uterine rupture during therapeutic abortion in the second trimester using mifepristone and prostaglandin. *BJOG* 1995;102:332–3.
38. eI-Refaey H, Templeton A. Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. *Human Reproduction*. 1995;10:475-8.

39. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in comprehensive abortioncare. RCOG. 2015. London, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Best Practice Paper No. 2. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-2.pdf>
40. National Abortion Federation- Clinical Policy Guidelines for Abortion Care, 2018
41. Early medical abortion – A practical guide for healthcare professionals. Second edition, 2018. ISBN: 978- 2-9553002
42. European Medicines Agency (EMA) PRESS RELEASE Meeting highlights from the Committee for Medicinal Products for Human Use, 19-22 March 2007. Referral procedure for mifepristone-containing medicines - CHMP Conclusions. https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/meetinghighlights-committee-medicinal-products-human-use-19-22-march-2007_en.pdf accesat la data: noiembrie 2019.
43. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2011 Nov 9;(11):CD002855. doi: 10.1002/14651858.CD002855.pub4.
44. Lièvre M, Sitruk-Ware R. Meta-analysis of 200 or 600 mg mifepristone in association with two prostaglandins for termination of early pregnancy. Contraception 2009;80:95-100
45. Nisand I, Bettahar K the investigators of the aMaYa study. Medical management of unwanted pregnancy in France: modalities and outcomes. The aMaYa study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2015;184:13–18.
46. Haute Autorité de Santé (HAS) IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter. Mise à jour juin 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2857715/fr/ivg-medicamenteuse-les-protocoles-a-respecter accesat la data de: noiembrie 2019.
47. Abubeker FK, Kim CR, Lavelanet A. Medical termination of pregnancy in early first trimester($\leq$ 63 days): a systematic review. [Evidence synthesis for a WHO guideline]. 2018 (unpublished)
48. Tang OS, Schweer H, Lee SWH, Ho PC. Pharmacokinetics of repeated doses of misoprostol. Human Reproduction 2009;24(8):1862-1869
49. Sioutas A, Sandström A, Fiala C, Watzer B, Schweer H, Gemzell-Danielsson K. Effect of bacterial vaginosis on the pharmacokinetics of misoprostol in early pregnancy. Human Reproduction 2012;27(2):388–393.
50. Medical abortion beyond the 1st trimester – A practical guide for healthcare professionals. ISBN 978-22- 9553002, 2015
51. Norman JE. Uterine rupture during therapeutic abortion in the second trimester using mifepristone and prostaglandin. BJOG 1995;102:332–3.
52. Chong E, Tsereteli T, Nguyen NN, Winikoff B. A randomized controlled trial of different buccal misoprostol doses in mifepristone medical abortion. Contraception. 2012;86(3):251- 6. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2011.12.012>)

53. Raghavan S, Comendant R, Digol I, Ungureanu S, Dondiu I, Turcanu S, et al. Comparison of 400 mcg buccal and 400 mcg sublingual misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' LMP: A randomized controlled trial. *Contraception*. 2010;82(6):513-9.
(<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.05.013>)
54. Raghavan S, Comendant R, Digol I, Ungureanu S, Friptu V, Bracken H, et al. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: A randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. *Contraception*. 2009;79(2):84-90.
(<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2008.09.001>)
55. Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. *Contraception*. 2013;87(1):26- 37.
(<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.011>)
56. Shannon C, Wiebe E, Jacot F, Guilbert E, Dunn S, Sheldon WR, et al. Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: A randomised trial. *BJOG*. 2006;113(6):621-8.
(<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00948.x>)
57. von Hertzen H, Huong NT, Piaggio G, Bayalag M, Cabezas E, Fang AH, et al. Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: A randomised controlled noninferiority trial. *BJOG*. 2010;117(10):1186-96. (<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02636.x>)
58. Creinin MD, Grossman DA, Society of Family Planning, American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 143: Medical management of first-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*. 2014;123(3):676-92. (<http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000444454.67279.7d>)
59. Niinimäki M, Suhonen S, Mentula M, Hemminki E, Heikinheimo O, Gissler M. Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: Population register based study. *BMJ*. 2011;342:d2111. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21508042>)
60. Ngoc NTN, Blum J, Raghavan S, Nga NTB, Dabash R, Diop A, et al. Comparing two early medical abortion regimens: Mifepristone+misoprostol vs. Misoprostol alone. *Contraception*. 2011;83(5):410-7.
(<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.09.002>)
61. Blum J, Raghavan S, Dabash R, Ngoc NT, Chelli H, Hajri S, et al. Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 2012;118(2):166-71.
(<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.03.039>)
62. Conkling K, Karki C, Tuladhar H, Bracken H, Winikoff B. A prospective open-label study of home use of mifepristone for medical abortion in Nepal. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2015;128(3):220-3. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.09.022>)
63. Livshits A, Machtinger R, David LB, Spira M, Moshe-Zahav A, Seidman DS. Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: A double-blind randomized controlled study. *Fertility and sterility*. 2009;91(5):1877-80. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.01.084>)

64. Weber B, Fontan JE. Acetaminophen as a pain enhancer during voluntary interruption of pregnancy with mifepristone and sulprostone. *Eur J Clin Pharmacol*. 1990;39(6):609.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2095349>)

65. Weber B, Fontan JE, Scheller E, Debu E, Dufour B, Majorel P, et al. [abortion induced by mifepristone and sulprostone combination: Attempting analgesia with acetaminophen or dipropylamine]. *Contracept Fertil Sex* (Paris). 1990;18(12):1073-6. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12283629>)

66. Blum J, Sheldon WR, Ngoc NTN, Winikoff B, Nga NTB, Martin R, et al. Randomized trial assessing home use of two pregnancy tests for determining early medical abortion outcomes at 3, 7 and 14 days after mifepristone. *Contraception*. 2016;94(2):115-21. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2016.04.001>)

67. Oppeggaard KS, Qvigstad E, Fiala C, Heikinheimo O, Benson L, Gemzell-Danielsson K. Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: A multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9969):698-704. ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61054-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61054-0))

68. Lynd K, Blum J, Ngoc NT, Shochet T, Blumenthal PD, Winikoff B. Simplified medical abortion using a semi-quantitative pregnancy test for home-based follow-up. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2013;121(2):144-8. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.11.022>)

69. Blum J, Shochet T, Lynd K, Lichtenberg ES, Fischer D, Arnesen M, et al. Can at-home semi-quantitative pregnancy tests serve as a replacement for clinical follow-up of medical abortion? A US study. *Contraception*. 2012;86(6):757-62. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.005>)

70. Cameron ST, Glasier A, Johnstone A, Dewart H, Campbell A. Can women determine the success of early medical termination of pregnancy themselves? *Contraception*. 2015;91(1):6-11. ([http://dx.doi.org/S0010-7824\(14\)00690-8](http://dx.doi.org/S0010-7824(14)00690-8) [pii] 10.1016/j.contraception.2014.09.009)

71. Grossman D, White K, Harris L, Reeves M, Blumenthal PD, Winikoff B, et al. Continuing pregnancy after mifepristone and "reversal" of first-trimester medical abortion: A systematic review. *Contraception*. 2015;92(3):206-11. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2015.06.001>)

72. Bernard N, Elephant E, Carlier P, Tebacher M, Barjhoux CE, Bos-Thompson MA, et al. Continuation of pregnancy after first-trimester exposure to mifepristone: An observational prospective study. *BJOG*. 2013;120(5):568-74. (<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12147>)

73. Bernard N, Elephant E, Carlier P, Tebacher M, Barjhoux CE, Bos-Thompson MA, et al. Continuation of pregnancy after first-trimester exposure to mifepristone: An observational prospective study. *BJOG*. 2013;120(5):568-74. (<http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12147>)

74. Yedlinsky NT, Morgan FC, Whitecar PW. Anomalies associated with failed methotrexate and misoprostol termination. *Obstet Gynecol*. 2005;105(5 Pt 2):1203-5. (<http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000154002.26761.41>)

75. Strafford MA, Mottl-Santiago J, Savla A, Soodoo N, Borgatta L. Relationship of obesity to outcome of medical abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:e34-6.

76. Fjerstad M, Sivin I, Lichtenberg ES, Trussell J, Cleland K, Cullins V. Effectiveness of medical abortion with mifepristone and buccal misoprostol through 59 gestational days. *Contraception* 2009;80:282–6.
77. Winikoff B, Dzuba IG, Creinin MD, Crowden WA, Goldberg AB, Gonzales J, et al. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008;112:1303–10.
78. Exelgyn SA. Mifegyne – Summary of Product Characteristics (SPC). Revised May 2008. electronic Medicines Compendium (eMC) [<http://emc.medicines.org.uk/emc/assets/c/html/displaydoc.asp?documentid=617>]. Accessed 12 April 2011.
79. Arvidsson C, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Preference and acceptability of oral versus vaginal administration of misoprostol in medical abortion with mifepristone. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;123:87–91.
80. Fiala C, Winikoff B, Helström L, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception* 2004;70:387–92.
81. Kopp Kallner H, Fiala C, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50–63 days compared with gestation of below 50 days. *Hum Reprod* 2010;25:1153–7.
82. Ngai SW, Tang OS, Ho PC. Randomized comparison of vaginal (200 microg every 3 h) and oral (400 microg every 3 h) misoprostol when combined with mifepristone in termination of second trimester pregnancy. *Hum Reprod* 2000;15:2205–8.
83. Bartley J, Baird DT. A randomised study of misoprostol and gemeprost in combination with mifepristone for induction of abortion in the second trimester of pregnancy. *BJOG* 2002;109:1290–4.
84. Wiebe ER. Pain control in medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;74:275–80.
85. Heath V, Chadwick V, Cooke I, Manek S, MacKenzie IZ. Should tissue from pregnancy termination and uterine evacuation routinely be examined histologically? *BJOG* 2000;107:727–30.
86. Paul M, Lackie E, Mitchell C, Rogers A, Fox M. Is pathology examination useful after early surgical abortion? *Obstet Gynecol* 2002;99:567–71.
87. Fulcheri E, di Capua E, Ragni N. Histologic examination of products of conception at the time of pregnancy termination. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;80:315–6.
88. Royal College of Pathologists. Histopathology of Limited or No Clinical Value: Report of a Working Group, 2nd edition. London: RCPATH; 2005.
89. Atrash HK, Hogue CJ, Grimes DA. Epidemiology of hydatidiform mole during early gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:906–9.
90. Yuen BH, Callegari PB. Occurrence of molar pregnancy in patients undergoing elective abortion: comparison with other clinical presentations. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:273–6.
91. Seckl MJ, Gillmore R, Foskett M, Sebire NJ, Rees H, Newlands ES. Routine terminations of pregnancy: should we screen for gestational trophoblastic neoplasia? *Lancet* 2004;364:705–7.

92. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Use of Anti-D Immunoglobulin for Rhesus D Prophylaxis. London: RCOG; 2011 [<http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/use-anti-d-immunoglobulin-rh-prophylaxis-green-top-22>].

93. Kerns JL, Pearson GA, Mengesha BM, Harter K, Jackson RA, Drey EA. The UP trial: A randomized controlled trial of uterotonic prophylaxis with methylergonovine maleate for late dilation and evacuation abortions. Contraception. 2017;96(4):270. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2017.07.036>)

94. IPAS- Clinical updates in Reproductive Health. L. Castleman & N. Kapp (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas, 2020

4.2. Procedura de avortul chirurgical

4.2.1. Principii generale și metode

Standard 4.2.1.1.	Procedura de avort chirurgical se poate realiza prin aspirare vacuum electrică sau manuală și prin dilatare și evacuare chirurgicală prin chiuretaj sau utilizând pense special concepute.	E
Argumentare	Aspirarea vacuum implică evacuarea conținutului uterului prin canule de plastic sau metalice anexate la dispozitivul de aspirare. Aspirarea vacuum se efectuează cu ajutorul unei pompe vacuum electrice. În cazul aspirării vacuum manuale vacuumul este creat prin utilizarea unui aspirator manual de plastic cu volumul de 60 ml (numit și seringă). Aspiratoarele existente pot fi combinate cu canule de plastic de diferite dimensiuni, de la 4 mm până la 16 mm în diametru. Pentru fiecare procedură trebuie să fie aleasă canula de dimensiuni potrivite, în funcție de vârsta de gestație și de gradul de dilatare cervicală; în general, diametrul canulei corespunde numărului de săptămâni de gestație. Unele canule și majoritatea dispozitivelor de aspirare pot fi folosite de mai multe ori, după ce sunt curățate minuțios, dezinfectate intensiv sau sterilizate. De asemenea, există pompe mecanice care pot fi activate cu piciorul.² Tehnologiile de aspirare vacuum manuală și electrică par a fi la fel de eficace; totodată, aspirarea vacuum manuală este asociată cu un grad mai mic de durere în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de până la 9 săptămâni și cu un grad mai mare de dificultate la realizarea procedurii în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de peste 9 săptămâni.^{2,13} Chiuretajul implică dilatarea colului uterin cu ajutorul dilatoarelor mecanice sau al agenților farmacologici și folosirea chiuretelor metalice ascuțite pentru a curăța pereții uterului. Chiuretajul cu	

	chiuretă ascuțită este o procedură mai puțin sigură decât aspirarea vacuum, dar și mult mai dureroasă pentru femei. Din acest motiv, aspirarea vacuum trebuie să înlocuiască chiuretajul. Rata complicațiilor serioase în urma chiuretajului este de trei ori mai mare decât în cazul aspirării vacuum. Studiile clinice randomizate controlate, în cadrul cărora au fost comparate chiuretajul și aspirarea vacuum, au arătat că în cazul sarcinilor cu vârsta de până la 10 săptămâni, calculate de la prima zi a ultimei menstruații, aspirarea vacuum este o procedură mai rapidă, asociată cu pierderi de sânge mai mici decât în cazul chiuretajului. În regiunile unde se practică în continuare chiuretajul trebuie depuse toate eforturile posibile pentru a-l înlocui cu aspirarea vacuum. În regiunile unde în prezent nu sunt oferite servicii de avort trebuie introdusă aspirarea vacuum, nu chiuretajul. Dilatarea și evacuarea se folosesc în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație ce depășește 12-14 săptămâni. Dilatarea și evacuarea sunt cea mai sigură și mai eficientă tehnică chirurgicală de avort pentru sarcini cu vârste de gestație avansate, cu condiția să existe specialiști calificați cu experiență bogată^{2,3,16,17} Procedura de dilatare și evacuare poate fi realizată, de regulă, în condiții de ambulatoriu, cu aplicarea unui blocaj paracervical și administrarea analgezicelor nesteroidiene antiinflamatoare sau a tranchilizantelor care mențin pacientele în stare conștientă. Anestezia generală nu este necesară și poate duce la sporirea riscurilor. De regulă, procedura de dilatare și evacuare nu durează mai mult de 30 de minute. Personalul medical și femeile supuse acestei proceduri trebuie să fie pregătiți pentru hemoragie post-operatorie mai intensă decât în urma avorturilor realizate în primul trimestru de sarcină. În afară de aceasta, personalul trebuie să fie instruit pentru a acorda servicii de consiliere și de oferire a informației privind specificul avorturilor realizate în trimestrul al doilea de sarcină.^{2,3}	
Standard 4.2.1.2.	Metoda chirurgicală recomandată de realizare a avortului în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație sub 15 săptămâni este aspirarea vacuum.	IIa
Argumentare	În funcție de vârsta de gestație a sarcinii, avortul prin metoda aspirării vacuum durează 3-10 minute și poate fi realizat în condiții de ambulatoriu, cu folosirea analgezicelor și/sau anesteziei locale. Finalizarea avortului se verifică prin examinarea țesutului aspirat. La vârste de gestație mici canula poate fi inserată fără dilatarea	B

	preliminară a colului uterin. Totuși, de regulă, înainte de inserarea canulei este necesară dilatarea cu ajutorul dilatoarelor mecanice sau osmotice sau cu ajutorul agenților farmacologici, cum ar fi misoprostolul sau mifepristonul. ²	
Standard 4.2.1.3.	Medicul trebuie să ia în considerare pregătirea cervicală pre procedurală.	C
Argumentare	Pregătirea cervicală cu dilatoare osmotice, cum ar fi laminaria sau agenții farmacologici, este folosită frecvent înainte de realizarea avorturilor chirurgicale în primul trimestru de sarcină, deoarece în acest caz procedura de avort decurge mai repede și mai ușor, reducând necesitatea de dilatare cervicală mecanică.^{2,4,22,23} Pregătirea cervicală înainte de avortul chirurgical este în mod special benefică pentru femeile cu anomalii cervicale și femeile care au fost supuse anterior intervențiilor chirurgicale, adolescentelor și femeilor cu sarcini mai mari, dat fiind că toate aceste categorii prezintă risc sporit de traumă cervicală sau perforare a peretelui uterin, care pot cauza hemoragie.^{2,24,25} Prepregătirea cervicală are și dezavantaje, inclusiv disconfortul suplimentar al femeii, costuri suplimentare și timp în plus pentru o administrare eficientă. Din aceste considerente pregătirea cervicală înainte de avortul chirurgical se recomandă pentru toate femeile însărcinate cu vârsta de gestație mai mare de 12-14 săptămâni deși utilizarea acestei metode poate fi luată în considerație în cazul femeilor însărcinate cu orice vârstă de gestație, în special în cazul femeilor ce prezintă un grad sporit de risc de traumatizare a colului uterin sau de perforare a uterului.^{22,23,26}	III
Recomandare 4.2.1.3.1	Medicul poate indica pregătirea cervicală cu 400 micrograme de misoprostol oral sau intravaginal.	C
Argumentare	Utilizarea de misoprostol în pregătirea cervicală poate reduce necesitatea dilatării colului uterin cu Hegare (dilatoare cervicale rigide metalice). Se recomandă în primul trimestru de sarcină administrarea a 400 μg de misoprostol pe cale vaginală cu 3-4 ore înainte de procedură sau pe cale sublinguală cu 2-3 ore înainte de procedură este eficientă pentru pregătirea colului uterin. Pacienta trebuie consiliată privind posibilele efecte adverse- durere, sângerare, tranzit intestinal accelerat. ^{2,4,19-21}	III

Opțiune 4.2.1.3.1	Medicul poate opta pentru administrarea a 200 mg de mifepriston pe cale orală cu 36 de ore înainte de procedura de aspirare vacuum. ^{2,22}	E
Recomandare 4.2.1.3.2	Medicul poate recomanda pregătirea cervicală cu dilatoare osmotice.	E
Argumentare	Dilatatoarele cervicale osmotice sunt eficiente în pregătirea preprocedurală a colului uterin, dar necesită cel puțin un control ginecologic suplimentar, întrucât necesită cel puțin patru ore pentru a fi eficiente. ^{4,23,27}	IV
Standard 4.2.1.4.	Medicul trebuie să ia în considerare atenuarea durerii asociată procedurii de avort chirurgical.	C
Argumentare	Majoritatea femeilor relatează că avortul a fost însoțit de un anumit grad de durere. Factorii asociați cu durerea în timpul avortului chirurgical realizat cu anestezie locală au fost evaluați în cadrul câtorva studii observaționale. Intensitatea durerii variază în funcție de vârsta femeii, paritatea ei, de istoria antecedentelor de dismenoree și de nivelul de emoții sau de frică al femeii. S-a ajuns la concluzia că durerea este mai mică în cazul femeilor care au născut vaginal și în cazul medicilor cu experiență mai bogată. Studiile privind raportul dintre intensitatea durerii și vârsta de gestație, precum și gradul de dilatare cervicală necesar pentru avort s-au soldat cu rezultate contradictorii, deși durata mai mică a procedurii este asociată cu mai puțină durere. Asigurarea unui control adecvat al durerii nu necesită investiții serioase în medicamente, echipament sau în formarea profesională. Neglijarea acestui element important sporește nejustificat frica și disconfortul femeii, compromițând grav, astfel, calitatea asistenței medicale și sporind, potențial, gradul de dificultate al procedurii.^{2,28-31} Consilierea și atitudinea plină de simpatie pot reduce frica femeilor și nivelul perceput al durerii, conform datelor studiilor ce au evaluat pacientele cu avort incomplet. Tehnicile nefarmacologice de relaxare pot duce la scurtarea procedurii și la reducerea necesarului de medicamente, iar muzica de fundal poate reduce durerea în timpul procedurii. Persoana care realizează procedura de avort și personalul prezent trebuie să fie binevoitori și prietenoși.^{2,30,32} Metodele nefarmacologice nu trebuie considerate alternative care să înlocuiască metodele farmacologice de atenuare a durerii.²	IV

	Antiinflamatoarele nesteroidiene de genul ibuprofenului, reduc durerea, inclusiv crampele uterine, asociate atât cu metodele de avort chirurgical, cât și cu metodele de avort medicamentos. În urma studiilor clinice randomizate controlate s-a constatat că administrarea paracetamolului este ineficace pentru atenuarea durerii după procedura de avort chirurgical, dar și atunci când este vorba despre reducerea durerii în timpul avortului medicamentos. Ca urmare utilizarea paracetamolului nu se recomandă în calitate de mijloc de atenuare a durerii în timpul avortului. În cazul avortului chirurgical administrarea tranchilizantelor înainte de procedură, cum ar fi diazepamul, poate reduce frica și facilita relaxarea astfel, încât procedura să decurgă mai ușor atât pentru femeie, cât și pentru medic. Aceste medicamente pot cauza amnezie, rezultat dorit de unele femei, dar ar putea cauza somnolență și întârzia redobândirea capacității de a se deplasa. Folosirea analgezicelor narcotice poate fi oportună, deși există riscul unor complicații, cum ar fi depresia centrilor respiratori. În astfel de cazuri personalul trebuie să aibă la îndemână cele necesare pentru resuscitare și agenți de neutralizare a acțiunii substanțelor narcotice.^{2,31-35}	
Standard 4.2.1.5.	Medicul trebuie să ofere pacientei anestezie pentru procedura de avort chirurgical.	C
Argumentare	Dilatarea cervicală este asociată cu o senzație dureroasă intensă. Evacuarea cavității uterine poate asocia senzație dureroasă intensă. ²	IV
Recomandare 4.2.1.5.1.	Medicul poate utiliza blocaj paracervical prin aplicarea unui preparat anestezic, cum ar fi lidocaina cu acțiune rapidă, injectată sub mucoasa colului uterin, în jurul colului uterin.	E
Argumentare	Avantajele utilizării anesteziei locale în loc de anestezie generală includ: reducerea riscurilor și complicațiilor legate de procedură, o perioadă de recuperare mai scurtă, un grad de control mai mare din partea femeii, ea rămânând conștientă și fiind capabilă să comunice cu medicul. Injectarea preparatului pentru anestezie locală trebuie efectuată cu multă grijă, pentru a evita introducerea preparatului în venă. Folosirea anesteziei locale în timpul aspirării vacuum este o procedură sigură. Totodată, nu a fost studiat gradul de scădere al durerii, în pofida răspândirii pe larg a acestei practici. ²⁸	IV
Opțiune 4.2.1.5.1.	Pacienta sau medicul pot opta pentru anestezie generală intravenoasă.	E

Argumentare	Anestezia generală nu este recomandată ca procedură de rutină pentru avort și duce la sporirea riscurilor. Anestezia generală este asociată cu rate mai mari de hemoragie, comparativ cu anestezia locală. Utilizarea anesteziei generale sporește costul procedurii de avort atât pentru instituția de sănătate, cât și pentru femeie. Întrucât aceasta este cea mai eficientă metodă de control al durerii, unele femei preferă anestezia generală; această cale poate fi preferată și de medici în timpul procedurilor complicate. Toate instituțiile care oferă anestezie generală trebuie să dispună de echipament corespunzător și de personal calificat pentru administrarea anesteziei generale și tratarea oricăror complicații. ^{2,36,37}	IV
Standard 4.2.1.6.	Medicul va verifica țesuturile evacuate în urma realizării avortului chirurgical	E
Argumentare	După ce a fost realizat avortul chirurgical este importantă examinarea țesuturilor evacuate, pentru a exclude posibilitatea existenței unei sarcini ectopice și pentru a evalua dacă avortul este complet. În cazul aspirării vacuum, începând aproximativ cu a șasea săptămână de gestație, specialiștii pot identifica vizual produsul de concepție, vilozitățile coriale și sacul de gestație (59). Dacă țesuturile aspirate nu conțin produsul de concepție, poate fi presupusă existența unei sarcini ectopice și femeia trebuie să fie supusă unui examen suplimentar. În afară de aceasta, specialiștii trebuie să observe cu atenție dacă există sau nu semne ale unei sarcini molare, în special în zonele cu incidență mare a acesteia. Dacă masele aspirate conțin mai puțin țesut decât ar fi fost de așteptat, trebuie analizată versiunea avortului incomplet și posibilitatea repetării aspirării. Examinarea microscopică a maselor aspirate nu este indicată, atunci când specialiștii efectuează examenul de rutină al țesutului evacuat. ^{2,39}	IV

4.2.2. Avortul chirurgical în primul trimestru de sarcină

Standard 4.2.2.1	Medicul trebuie să efectueze consultul de specialitate și anamneza pacientei pentru a obține informații relevante din istoricul medical al pacientei.	E
Argumentare	Prin anamneza pacientei trebuie să se determine dacă pacienta este eligibilă pentru o procedură sigură de avort, prin excluderea afecțiunilor medicale acute sau cronice relevante și severe. Se recomandă ca în situația prezenței unei afecțiuni medicale severe (boală cardiacă, afecțiune hematologică, etc.) pacienta să fie referită	IV

	unei unități medicale cu capacitate de a asigura suportul și tratamentul pentru eventuale complicații ale bolii de bază. Se recomandă colectarea și verificarea datelor din anamneză referitoare la antecedente obstetricale, grupa de sânge și Rh, anemie, alergii medicamentoase, tratamente urmate recent, boli cu transmitere sexuală sau sangvină, alte afecțiuni medicale. Prin examinarea clinică pot fi confirmate sau descoperite patologii asociate. Examinarea ginecologică poate evidenția patologii ale organelor genitale externe și/sau interne și oferă posibilitatea recoltării de probe biologice în acest sens. ¹⁻¹⁰	
Recomandare 4.2.2.1.	Medicul va indica determinarea TA și a pulsului.	E
Opțiune 4.2.2.1	Medicul va indica abord venos periferic.	E
Standard 4.2.2.2	Medicul trebuie să confirme sarcina intrauterin și să stabilească vârsta de gestație.	B
Recomandare 4.2.2.2.	Medicul trebuie să utilizeze ecografia transvaginală sau transabdominală pentru confirmarea sarcinii și stabilirea vârstei de gestație.	C
Standard 4.2.2.3	Medicul va dilata colul uterin în funcție de vârsta de gestație.	E
Argumentare	Procedura de avort chirurgical nu se poate realiza în absența dilatației canalului cervical.	IV
Recomandare 4.2.2.3.1	Dilatarea canalului cervical se poate realiza prin utilizarea dilatatoarelor cervicale rigide. ^{2,4}	E
Opțiune 4.2.2.3.1	Dilatatoarele de tip Pratt sau Denniston sunt preferabile celor de tip Hegar. ⁴	E
Recomandare 4.2.2.3.2	Medicul poate indica pregătirea cervicală cu 400 micrograme de misoprostol oral sau intravaginal. ^{2,4,19-21}	E
Opțiune 4.2.2.3.2.1	Medicul poate opta pentru administrarea de mifepristonă cu 24-36 de ore preprocedural.	E
Opțiune 6.2.2.3.2.2	Medicul poate opta pentru dilatatoare osmotice.	E
Standard 4.2.2.4	Medicul va efectua procedura de avort chirurgical în trimestrul I prin aspirarea uterului.	A
Argumentare	Chiuretajul uterin este însoțit de o rată de complicații mult mai mare comparativ cu aspirația. ^{2-10,39-45}	Ia

	Gradul înalt de eficacitate al aspirării vacuum a fost confirmat în cadrul câtorva studii clinice randomizate controlate. Rata avorturilor complete este de 95% și 100%.^{2,11-13} Aspirarea vacuum în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație de până la 14 săptămâni este mai eficace și se asociază cu mai puține complicații minore decât avorturile medicamentoase.^{2,12,14} În general, procedurile de aspirare vacuum pot fi realizate în condiții de siguranță fără utilizarea intrauterină a chiuretelor sau a altor instrumente. Nu există dovezi care să sugereze că chiuretajul după aspirarea vacuum scade riscul neeliminării depline a sarcinii.^{2,15} Aspirarea vacuum este o procedură foarte sigură. Un studiu privind aspirarea vacuum în primul trimestru de sarcină, realizat pe un eșantion de 170 000 de femei din New York, a arătat că mai puțin de 0,1% din femei au suferit complicații grave care presupun spitalizarea pacientei. Deși complicațiile apar rareori în cazul aspirării vacuum, printre acestea se numără: infecțiile pelviene, sângerarea excesivă, traumatisme ale colului uterin, evacuarea incompletă a conținutului uterului, perforarea peretelui uterin, complicații legate de anestezie și neîntreruperea sarcinii. Crampele abdominale și sângerarea similară celei menstruale sunt simptome care apar în cazul oricărei proceduri de avort.¹⁸	
Recomandare 4.2.2.4.1	Chiuretajul uterin nu trebuie utilizat de rutină după aspirarea uterului.	E
Recomandare 4.2.2.4.2	Uterotonele nu trebuie indicate de rutină după aspirarea uterină în trimestrul I de sarcină.	E
Standard 4.2.2.5	Medicul va efectua procedura de avort în anestezie locală sau generală.	E
Argumentare	Durerea asociată dilatării necesită de regulă o formă de anestezie. Se va prefera anestezia locală cu lidocaină. ²	IV
Standard 4.2.2.6	Profilaxia antibiotică de rutină va fi utilizată pentru avortul chirurgical (aspirație, dilatație și aspirație și/sau chiuretaj)	C
Recomandare 4.2.2.6.1	Profilaxia antibiotică trebuie efectuată pre-procedural cu un antibiotic cu spectru larg.	E
Recomandare 4.2.2.6.2	Profilaxia antibiotică nu trebuie continuată post-procedural.	E
Recomandare 4.2.2.6.3	Antibiototerapia poate fi indicată în caz de complicații sau de utilizare a dilatării osmotice.	E

4.2.3. Avortul chirurgical în trimestrul II de sarcină

Standard 4.2.3.1	Avortul în trimestrul II de sarcină se poate efectua prin dilatație și aspirare sau prin dilatație și evacuare.	E
Recomandare 4.2.3.1	Aspirația cavității uterine este preferabilă evacuării uterine prin chiuretaj sau utilizarea de pense specializate.	E
Standard 4.2.3.2	Avortul în trimestrul II trebuie efectuat de către un medic competent într-o unitate spitalicească în care să poată fi soluționate eventualele complicații.	E
Argumentare	Complicațiile procedurii de avort în trimestrul II de sarcină pot fi redutabile și să pună în pericol viața pacientei, motiv pentru care în anumite situații se preferă spitalizarea continuă a pacientei. Unitatea spitalicească în care se realizează aceasta trebuie să fie dotată corespunzător și să dispună de resursele umane pentru a putea rezolva eventualele complicații intra sau postprocedurale.	IV
Recomandare 4.2.3.2	Se recomandă prezența medicului anestezist în echipa care realizează procedura de avort în trimestrul II de sarcină	E
Standard 4.2.3.3	Pacienta trebuie evaluată atent preprocedural și pregătită adecvat pentru procedură.	E
Recomandare 4.2.3.3.1	Abordul venos periferic trebuie realizat preprocedural	E
Recomandare 4.2.3.3.2	Medicul trebuie să efectueze cu atenție consultul de specialitate și anamneza pacientei pentru a obține informații relevante din istoricul medical al pacientei.	E
Recomandare 4.2.3.3.3	În cazul avorturilor terapeutice la o vârstă de sarcină mai avansată poate fi indicată administrarea unei soluții injectabile feticide.	E
Standard 4.2.3.4	Medicul va obține gradual și cu delicatețe dilatația adecvată a canalului cervical.	A
Argumentare	Pregătirea cervicală înainte de avortul chirurgical este în mod special benefică pentru femeile cu anomalii cervicale și femeile care au fost supuse anterior intervențiilor chirurgicale, adolescentelor și femeilor cu sarcini mai mari, dat fiind că toate aceste categorii prezintă risc sporit de traumă cervicală sau perforare a peretelui uterin, care pot cauza hemoragie. ^{2,24,25}	Ib

	Pregătirea cervicală înainte de avortul chirurgical se recomandă pentru toate femeile însărcinate cu vârsta de gestație mai mare de 12-14 săptămâni deși utilizarea acestei metode poate fi luată în considerație în cazul femeilor însărcinate cu orice vârstă de gestație, în special în cazul femeilor ce prezintă un grad sporit de risc de traumatizare a colului uterin sau de perforare a uterului.^{22,23,26} Pentru pregătirea cervicală înainte de dilatare și evacuare administrarea misoprostolului are eficacitate inferioară dilatării de peste noapte cu laminaria. Spre deosebire de laminarie, folosirea doar a misoprostolului în pregătirea cervicală nu a fost studiată pentru vârste de peste 20 de săptămâni de gestație. Folosirea misoprostolului în combinație cu dilatoare osmotice aplicate peste noapte nu prezintă beneficii suplimentare pentru dilatarea cervicală la vârste de gestație sub 19 săptămâni.^{2,4,23}	
Recomandare 4.2.3.4.1	Dilatoarele osmotice, misoprostolul, mifepristona și/sau alți agenți pot fi folosiți pentru facilitarea dilatării adecvate a colului uterin.	A
Recomandare 4.2.3.4.2	Se recomandă crearea unui protocol propriu al unității spitalicești legat de doza, frecvența, secvențialitatea și calea de administrare a preparatelor utilizate pentru pregătirea colului uterin.	E
Argumentare	Avortul în trimestrul II poate necesita doze multiple de agenți farmacologici sau combinarea mai multor metode farmacodinamice pentru dilatarea adecvată a colului uterin. În vederea asigurării unui plan sistematic și bazat pe dovezi, dar și pentru evitarea acuzațiilor de malpraxis în caz de complicații, acestea trebuie documentate în mod corespunzător.	IV
Standard 4.2.3.5	Medicul va efectua procedura de avort chirurgical cu limitarea posibilității de infecție asociată actului medical	E
Recomandare 4.2.3.5.1	Asepsia și antisepsia loco-regională este recomandată.	E
Recomandare 4.2.3.5.2	Instrumentele chirurgicale care ajung în uter trebuie să rămână sterile. Se recomandă dezinfectia de nivel înalt.	E
Recomandare 4.2.3.5.3	Profilaxia antibiotică de rutină va fi utilizată pentru avortul chirurgical (aspirație, dilatație și aspirație și/sau chiuretaj)	C
Recomandare 4.2.3.5.4	Medicul poate indica ecografie în timpul procedurii pentru a vizualiza golirea uterului, pentru a localiza și vizualiza instrumentele chirurgicale și/sau părți fetale și pentru a reduce riscul de perforație uterină.	E

Standard 4.2.3.6	Medicul va indica uterotone pentru a ajuta în controlul sângerării uterine.	E
Recomandare 4.2.3.6.1	Medicul poate indica oxitocina și/sau ergometrina	E
Recomandare 4.2.3.6.2	Medicul poate indica misoprostol.	E
Recomandare 4.2.3.6.3	Medicul poate indica vasopresina intracervical sau paracervical pentru a reduce sângerarea.	E

4.2.4. Managementul chirurgical al întreruperii de sarcină în situații particulare

Standard 4.2.4.1	Serviciile legate de întreruperea cursului sarcinii trebuie oferite tuturor persoanelor care îl solicită, dar și acelor persoane la care continuarea sarcinii poate duce la agravarea stării de sănătate a pacientei.	E
Argumentare	Acest lucru este în concordanță cu principiul asigurării dreptului omului la viață, care necesită protecție prin lege. Atât circumstanțele de ordin medical, cât și cele de ordin social pot pune în pericol viața femeii. Listele detaliate cu ceea ce se consideră factori medicali ce pun în pericol viața femeii pot fi interpretate restrictive sau considerate exhaustive, când, de fapt, ele sunt menite să ofere ilustrații ale situațiilor ce pun în pericol viața femeii, dar nu sunt superioare discernământului personalului medical privind factorii care pun în pericol viața unei anumite femei. În unele cazuri medicii susțin oportunitatea unui avort, deoarece, în caz contrar, femeia își va risca viața, apelând la serviciile persoanelor necalificate. Un exemplu de factor social care pune în pericol viața femeii este o sarcină care implică așa-numita onoare a familiei. De exemplu, în unele societăți sarcina în afara căsătoriei poate fi motiv de violență fizică sau chiar omor. În unele situații femeile necăsătorite, adolescentele, femeile care trăiesc în condiții de sărăcie extremă, femeile care fac parte din rândurile minorităților etnice, refugiaților sau persoanelor strămutate, femeile cu dizabilități și cele supuse violenței în familie pot fi vulnerabile și pot avea parte de acces inechitabil la serviciile de avort fără riscuri. Prestatorii de servicii de avort trebuie să se asigure că toate femeile sunt tratate fără discriminare și cu respect. Stigmatizarea	IV

	și discriminarea asociată cu dizabilitățile fizice și mintale, cu stări de sănătate deosebite, cum ar fi infectarea cu HIV, sunt răspândite pe larg și ar putea servi drept motive pentru a constrânge femeia să treacă prin procedura de avort. Constrângerea încalcă drepturile femeii la acord informat și la demnitate, și nu trebuie tolerată. Prestatorii de servicii de sănătate au obligația, din perspectiva protecției drepturilor omului, de a nu permite ca femeia să fie constrânsă și de a-i acorda serviciile psihologice, sociale și medicale necesare pentru ca ea să-și poată exercita dreptul la libera alegere.^{2,66} În termeni largi, sănătate fizică include atât condițiile care agravează sarcina, cât și condițiile agravate de sarcină. Conceptul de sănătate mintală include atât stresul psihologic, cât și suferințele psihice cauzate, de exemplu, de constrângere sau de actele sexuale forțate sau de stresul cauzat de diagnosticul care confirmă că fătul are malformații grave. La evaluarea riscurilor legate de sănătate se țin cont și de circumstanțele sociale în care se află femeia.	
Recomandare 4.2.4.1.1	Medicul va asigura accesului în timp util la o gamă largă de servicii de bună calitate pentru protecția sănătății sexuale și reproductive a femeilor, inclusiv a adolescentelor, acordarea serviciilor cu consimțământul pacientei bazat pe informații complete, respectarea demnității femeilor, garantarea confidențialității, ținând cont de nevoile femeilor și de punctul de vedere al lor.	E
Recomandare 4.2.4.1.2	Medicul va promova accesul la serviciile medicale privind protecția sănătății sexuale și reproductive, inclusiv de planificare a familiei, contracepție și servicii de avort fără riscuri în cazul în care avortul nu contravine legii, furnizând de informații privind sănătatea sexuală și reproductivă și instituirea mecanismelor care să asigure ca toate femeile, inclusiv adolescentele, să aibă acces la informații despre serviciile de avort legale.	E
Argumentare	Astfel va contribui la reducerea morbidității și mortalității materne în rândurile adolescentelor, în special la o vârstă timpurie și de pe urma practicilor de avort nesigur, elaborarea și punerea în aplicare a programelor care oferă acces la serviciile medicale privind protecția sănătății sexuale și reproductive, inclusiv de planificare a familiei, contracepție și servicii de avort fără riscuri în cazul în care avortul nu contravine legii.	
Standard 4.2.4.2.	Întreruperea sarcinii la o persoană minoră se va face doar după obținerea acordului informat al reprezentantului legal al pacientei, cu	E

	mențiunea că pacienta peste 16 ani are dreptul să decidă singură în probleme legate de sănătatea reproducerii.	
Argumentare	Conform legislației în vigoare actul medical la un minor trebuie efectuat cu acordul părintelui sau a unui reprezentant legal. În condițiile în care legislația permite ca între vârsta de 16-18 ani pacienta să poată lua decizii legate de sănătatea reproducerii, dar nu și de anestezie de exemplu, este recomandabil a se obține acordul unui reprezentant legal, care poate fi orice rudă până la gradul IV. Trebuie respectată de asemenea confidențialitatea datelor în orice circumstanță, informarea făcându-se atât pacientei, cât și reprezentantului legal al acesteia.	IV
Opțiune 4.2.4.2.	Medicul va indica la adolescentele care sunt considerate suficient de mature pentru a beneficia de servicii de consiliere, fără ca un părinte sau altă persoană să fie de față, servicii și tratament confidențiale, fără ca un părinte sau altă persoană să fie de față	E
Argumentare	Multe femei, în special adolescentele și femeile necăsătorite, nu apelează la serviciile legale de avort de teama nerespectării confidențialității. Această frică le poate determina să apeleze la avort clandestin sau să opteze pentru avortul autoindus. Confidențialitatea este un principiu-cheie al eticii medicale și un aspect al dreptului la protecția vieții private. Confidențialitatea trebuie să fie un drept garantat. Astfel, prestatorii de servicii de sănătate sunt obligați să protejeze informația medicală împotriva dezvăluirilor neautorizate și să se asigure că femeile care permit dezvăluirea informației confidențiale care le privește își dau acordul liber, bazat pe informație clară. Conducerea instituțiilor medicale trebuie să asigure condițiile necesare pentru conversații confidențiale între femei și prestatorii de servicii de sănătate, precum și pentru confidențialitatea serviciilor. De exemplu, sălile unde sunt efectuate procedurile trebuie să fie cu acces restricționat pentru a nu da posibilitate altora să vadă sau să audă ce se petrece, iar în sală trebuie să fie prezent numai personalul necesar pentru inducerea avortului. Trebuie să existe un loc separat, unde femeia să se poată dezbrăca, geamurile trebuie să fie acoperite cu draperii netransparente, iar femeia trebuie să fie protejată în timpul procedurii cu paravan de stofă sau de hârtie.^{2,67}	IV
Standard 4.2.4.3	Întreruperea sarcinii la o persoană fără discernământ se va face doar după obținerea acordului informat al reprezentantului legal al	E

	pacienteii sau în urma deciziei unei comisii medicale de specialitate care consideră că a continua dezvoltarea sarcinii pune în pericol viața mamei sau a produsului de concepție.	
Argumentare	Pacienta lipsită de discernământ are desemnat un reprezentant legal de către comisia care a stabilit această calitate. Acordul se va lua de la acea persoană. În plus majoritatea pacientelor cu lipsă de discernământ utilizează în tratament medicație cu efect teratogen, ceea ce poate duce la afectarea fetală majoră.	IV
Recomandare 4.2.4.3	Procedura de avort la o pacientă fără discernământ este recomandabil să se desfășoare într-o unitate spitalicească care să permită monitorizarea strictă a acesteia și a tratamentului administrat. De asemenea servicii conexe (exemplu psihiatrie, anestezie) trebuie să fie disponibile.	E
Standard 4.2.4.4.	Întreruperea sarcinii la o persoană care a rămas însărcinată ca urmare a unui abuz sexual sau a unui viol va urma procedura anterior descrisă, consemnându-se în plus documentele medico-legale puse la dispoziție.	E
Argumentare	Protecția femeilor împotriva tratamentului crud, inuman și degradant implică necesitatea ca femeile care au rămas însărcinate în urma constrângerilor sau actelor sexuale forțate să aibă acces legal la servicii de avort fără riscuri. Femeile care au rămas însărcinate în urma violului au nevoie deosebită de tratament precaut; la toate nivelurile sistemului de sănătate trebuie să existe asistență și susținere adecvată pentru astfel de paciente. Standardele nu trebuie să impună respectarea unor proceduri administrative și judiciare care nu sunt necesare, cum ar fi constrângerea femeii să solicite inițierea investigațiilor sau să identifice violatorul.^{2,66,68} În scopul de a proteja sănătatea femeilor și drepturile omului aceste organisme în domeniul drepturilor omului au recomandat ca statele să întreprindă toate măsurile posibile pentru ca femeile să nu fie forțate să-și pună viața în pericol prin avorturi clandestine și ca avorturile să devină proceduri legale, cel puțin, atunci când păstrarea sarcinii pune în pericol viața și sănătatea femeii, precum și în cazuri de viol și incest.⁶⁹⁻⁷¹	IV

	Serviciile de avort prompte, în condiții de siguranță, trebuie să fie acordate pe baza declarației femeii, fără solicitarea dovezilor medico-legale sau confirmării oficiale de către forțele de ordine. Cerințele de ordin administrativ trebuie reduse la minimum și trebuie să existe protocoale clare stabilite atât pentru poliție, cât și pentru prestatorii de servicii de sănătate, astfel, fiind facilitat procesul de transfer al femeii în grija specialiștilor.	
Recomandare 4.2.4.4.1	Se va recomanda consilierea psihologică a pacientei.	E
Recomandare 4.2.4.4.2	Se vor pune la dispoziția pacientei informații utile privind centrele de protecție maternală și împotriva abuzurilor.	E
Argumentare	Ideal ar fi ca standardele respective să facă parte dintr-un set complex de standarde și recomandări pentru gestionarea generală a cazurilor în care sunt implicate supraviețuitoarele violurilor, care să includă asistența psihică și psihologică, contracepția de urgență, acțiuni de profilaxie pentru prevenirea infecției HIV după viol, tratamentul infecțiilor transmisibile pe cale sexuală și leziunilor, colectarea specimenelor pentru investigații de laborator criminologice, consiliere și asistență ulterioară. ^{2,66,68}	IV
Standard 4.2.4.5.	Întreruperea sarcinii la o persoană care este însărcinată cu un făt cu malformație severă și are peste 14 săptămâni de gestație și sub 28 de săptămâni de gestație (avort medical) se va efectua după obținerea avizului din partea unei comisii medicale de specialitate.	E
Argumentare	Țările cu legi destul de restrictive în privința avortului permit într-o măsură tot mai mare efectuarea avortului în caz de malformații fetale genetice sau de altă natură. Mai multe țări specifică tipurile de afectare fetală, cum ar fi cele considerate a fi incompatibile cu viața în general sau cu viața independentă, în timp ce altele au adoptat liste cu dizabilități. Astfel de liste au tendința de a fi restrictive și constituie un obstacol în calea femeilor care solicită servicii de avort fără riscuri. În unele țări în legislația națională nu se face nicio referire la malformațiile fetale, în schimb, obiectivul de a asigura protecția sănătății femeii și motivele de ordin social sunt interpretate în așa mod, încât includ stresul prin care trece femeia însărcinată în urma diagnosticării malformațiilor fetale. Teste prenatale și alte servicii medicale de diagnostic nu pot fi refuzate în mod legal, pe motiv că femeia ar putea decide să întrerupă	E

	sarcina. Femeia are dreptul să cunoască cum se dezvoltă sarcina și să ia măsuri în baza informațiilor obținute. Aceste comisii nu trebuie să tergiverseze momentul și posibilitatea efectuării întreruperii de sarcină, oferind în același timp o protecție medico-legală echipei implicate în realizarea procedurii.	
Standard 4.2.4.6.	Medicul poate refuza efectuarea procedurii de avort în trimestrul II de sarcină datorită convingerilor proprii antiavort, dar nu poate să împiedice sau să interzică accesul femeii la servicii de avort legale.	E
Argumentare	Specialiștii au dreptul să refuze să acorde servicii de avort, din motive de conștiință, dar acest drept nu le permite să împiedice sau să interzică accesul femeii la servicii de avort legale, deoarece aceasta ar duce la întârzierea procesului de acordare a asistenței femeii, punând în pericol viața și sănătatea ei. În astfel de cazuri prestatorii de servicii de sănătate trebuie să transfere femeia în grija unui specialist calificat, care nu are obiecții, în cadrul aceleiași sau altei instituții medicale ușor accesibile, conform prevederilor legislației naționale. În cazurile când nu poate apela la serviciile altui specialist medicul care are obiecții față de avort este obligat să presteze servicii de avort fără riscuri pentru a salva viața femeii. Femeile care se prezintă cu complicații în urma unor avorturi nesigure sau unor avorturi ilegale trebuie tratate în regim de urgență, respectuos, ca oricare alți pacienți care au nevoie de tratament urgent, fără încercări de a le pedepsi, fără atitudine plină de prejudecăți sau părtinitoare.^{2,69-71}	IV

4.3. Opțiuni de analgezie și sedare în trimestrul I și II de sarcină

Standard 4.3.1	Anestezia, analgezia și anxioliza trebuie oferite oricărei paciente care se adresează pentru procedura de avort atunci când beneficiile îi depășesc riscurile, pacienta trebuie să fie implicată și de acord cu procedura de control a durerii și sedarea.	C
Argumentare	Medicația folosită în procesul de sedare și anestezie are un risc potențial pentru complicații, riscurile scăzând atunci când se aderă la o practică reglementată prin ghiduri clare. Se recomandă ca atare ca procedurile de sedanalgezie să se desfășoare în unități sanitare	IV

	capabile să asigure suport vital avansat și posibilitatea de monitorizare și tratare a eventualelor reacții adverse sau complicații. În practica curentă, pentru procedura de avort pot fi folosite următoarele, definite astfel: • Anestezie locală= eliminarea sau reducerea senzației mai ales de durere a unei părți a corpului prin aplicarea sau injectarea locală a unui drog; pentru avort se utilizează bloc paracervical, • Sedare minimală (anxioliză)= inducerea printr-o substanță a unei stări în care pacientul răspunde normal la comenzi verbale, cu toate că funcția cognitivă și coordonarea fizică sunt alterate; reflexele respiratorii, ventilația, funcția cardiacă sunt neafectate, • Sedarea moderată (analgezie)= depresie medicamentoasă a stării de conștiență în care pacienții răspund necoordonat la stimuli verbali sau stimulare tactilă ușoară; nu sunt necesare măsuri de protezare respiratorie, ventilația spontană rămânând eficientă, la fel ca și funcția cardiovasculară; • Sedarea profundă (analgezie)= depresie medicamentoasă a stării de conștiență în care pacienții răspund necoordonat la stimuli verbali puternici sau stimulare tactilă dureroasă; pot fi necesare măsuri de protezare respiratorie, ventilația nefiind eficientă, funcția cardiovasculară rămâne de regulă normală, dar poate necesita suport; • Anestezia generală= pierdere a conștienței indusă medicamentos în care pacientul nu răspunde nici la stimuli dureroși puternici; funcția respiratorie poate fi afectată și să necesite ventilație cu presiune pozitivă, funcția cardio-vasculară poate necesita suport. Întrucât variabilitatea individuală este importantă și nu poate fi prevăzut răspunsul fiecărei paciente, personalul medical implicat în anestezie trebuie să dispună de cunoștințele, medicația și aparatura necesare combaterii efectelor fiziopatologice nocive ale anesteziei.^{4,8, 79-83}	
Standard 4.3.2	Opțiunile de control al durerii trebuie discutate cu pacienta, acestea trebuind a se regăsi în acordul informat al acesteia pentru procedura de avort, conform modelului anexat.	E
Argumentare	Pentru procedurile de anestezie/analgezie intravenoasă pacienta trebuie să completeze chestionarul preanestezic și acordul informat	IV

	pentru anestezie oferit de medicul anestezist. Orice unitate spitalicească trebuie să poată oferi un astfel de document. Informațiile date pacientei trebuie să conțină și să documenteze precauții relevante legate de afectarea capacității mentale sau de conducere a vehiculelor.^{4,8} Medicul anestezist se va informa și în legătura cu ingestia de alimente și lichide de către pacientă pentru prevenirea riscului de aspirație, timpul scurs de la ingestie netrebuind să limteze accesul la avort în caz de sedare ușoară sau moderată.⁸³⁻⁸⁵ Medicul va estima riscul anestezic și evaluarea căilor respiratorii în eventualitatea unor complicații.	
Standard 4.3.3	Administrarea antiinflamatoarelor nesteroidiene nu necesită evaluare suplimentară sau prezența unui medic anestezist, putându-se efectua și în ambulatoriu adecvat dotat.	E
Standard 4.3.4	Pentru analgezia locală sau anestezia/analgezia intravenoasă trebuie asigurat personal medical calificat și asigurate substanțele necesare, în condiții spitalicești adecvate care permit monitorizare și suport până la înntrunirea criteriilor de externare a pacientei.	E
Standard 4.3.5	Medicația de urgență și echipamente funcționale trebuie să fie disponibile în unitatea medicală în caz de complicații. Acestea trebuie să includă minimal: sistem de oxigenare, echipamente pentru suport și protezare respiratorie, defibrilator, epinefrină, antihistaminice, bronhodilatatoare, antagoniști adecvați pentru substanțele folosite. ^{4,8,79-89}	E

Referințe bibliografice

1. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România- Ghiduri clinice- Avortul medicamentos, publicat de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România și Colegiul Medicilor din România, 2019
2. Avortul fără riscuri: recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică. Ediția a II-a. Organizația Mondială a Sănătății, 2015
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in comprehensive abortion care. RCOG. 2015. London, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Best Practice Paper No. 2. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-2.pdf>
4. National Abortion Federation- Clinical Policy Guidelines for Abortion Care, 2018

5. Early medical abortion – A practical guide for healthcare professionals. Second edition, 2018. ISBN: 978-2-
6. Medical management of abortion, WHO, 2018 ISBN: 9789241550406
7. Fiala C., Cameron S., Carmo-Bombas T.-A., Gemzell-Danielsson K., Parachini M., Sitruk-Ware R., Early Medical Abortion- A practical guide for healthcare professionals, Editions de Sante, 2012, ISBN 978-2-86411-268-6
8. National Abortion Federation- Clinical Policy Guidelines, 2015
9. IPPF (International Planned Parenthood Federation)- First trimester abortion guidelines and protocols. Surgical and medical procedures, 2010
10. Dutch Association of Abortion Specialists- Guideline for the treatment of women undergoing termination of pregnancy, 2011
11. Greenslade F et al. Summary of clinical and programmatic experience with manual vacuum aspiration. IPAS Advances in Abortion Care, 1993, 3:1-4.
12. Niinimäki M et al. Immediate complications after medical compared with surgical termination of pregnancy. Obstetrics and Gynecology, 2009, 114:795-804
13. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009, (4):CD002900
14. Creinin MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. Contraception, 2000, 62:117-124
15. Paul M et al, eds. Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care. Hoboken, NJ, WileyBlackwell, 2009
16. Cates W, Grimes DA, Schulz KF. Abortion surveillance at CDC - creating public health light out of political heat. American Journal of Preventive Medicine, 2000, 19:12-17
17. Say L et al. Medical versus surgical methods for first trimester termination of pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, (1):CD003037.
18. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of firsttrimester abortion: a report of 170,000 cases. Obstetrics and Gynecology, 1990, 76:129-135.
19. Singh K, Fong YF, Prasad RN, Dong F. Evacuation interval after vaginal misoprostol for preabortion cervical priming: A randomized trial. Obstet Gynecol. 1999;94(3):431-4.
20. Sharma S, Refaey H, Stafford M, Purkayastha S, Parry M, Axby H. Oral versus vaginal misoprostol administered one hour before surgical termination of pregnancy: A randomised controlled trial. BJOG. 2005;112(4):456-60. (<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00255.x>)
21. Sääv I, Kopp Kallner H, Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical dilatation 1 or 3 h prior to surgical abortion: A double-blinded rct. Human Reproduction. 2015;30(6):1314-22. (<http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dev071>)

22. Kapp N et al. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010, (2):CD007207.
23. Newmann SJ et al. Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010, (8):CD007310.
24. Grimes DA, Schulz KF, Cates WJ. Prevention of uterine perforation during curettage abortion. Journal of the American Medical Association, 1984, 251:2108-2112.
25. Schulz KF, Grimes DA, Cates W. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. Lancet, 1983, 1 (8335):1182-1185.
26. Borgatta L, Kapp N. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. Contraception, 2011, 84 (1):4-18.
27. Allen RH, Goldberg AB. Cervical dilation before first-trimester surgical abortion (14' weeks of gestation). SFP guideline 20071. Contraception. 2007;76(2):139-56.
(<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2007.05.001>)
28. Renner RM et al. Pain control in first trimester surgical abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009; (2):CD006712.
29. Borgatta L, Nickinovich D. Pain during early abortion. Journal of Reproductive Medicine, 1997, 42:287-293.
30. Solo J. Easing the pain: pain management in the treatment of incomplete abortion. Reproductive Health Matters, 2000, 8:45-51.
31. Jackson E, Kapp N. Pain control in first and second trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. Contraception, 2011, 83:116-126.
32. Marc I et al. The use of hypnosis to improve pain management during voluntary interruption of pregnancy: an open randomized preliminary study. Contraception, 2007, 75:52-58.
33. Matambo J, Moodley J, Chigumadzi P. Analgesia for termination of pregnancy. South African Medical Journal, 1999, 89:816
34. Hein A, Jakobsson J, Ryberg G. Paracetamol 1 g given rectally at the end of minor gynaecological surgery is not efficacious in reducing postoperative pain. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 1999, 43:248-251.
35. Dahl V, Fjellanger F, Raeder JC. No effect of preoperative paracetamol and codeine suppositories for pain after termination of pregnancies in general anaesthesia. European Journal of Pain, 2000, 4:211-215.
36. Mackay H, Schulz KF, Grimes D. Safety of local versus general anaesthesia for second trimester dilation and evacuation abortion. Obstetrics and Gynecology, 1985, 66:661-665.
37. Osborn JF et al. General anesthesia, a risk factor for complication following induced abortion. European Journal of Epidemiology, 1990, 6:416-422.
38. Medical management of abortion, WHO, 2018 ISBN: 9789241550406

39. Paul M et al, eds. Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care. Hoboken, NJ, WileyBlackwell, 2009
40. Kulier R et al. Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009, (4):CD002900
41. Creinin MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. Contraception, 2000, 62:117-124
42. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Consensus statement on uterine evacuation: Uterine evacuation: Use vacuum aspiration or medications, not sharp curettage. London: FIGO, 2011.
43. Department of Reproductive Health and Research. Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems. 2nd ed. Geneva: World Health Organization,; 2012.
(http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/en/index.html)
44. Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD. Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
45. Lichtenberg ES, Paul M. Surgical abortion prior to 7 weeks of gestation: SFP guideline 20132. Contraception. 2013;88(1):7-17. (<http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.contraception.2013.02.008>)
46. Kerns JL, Pearson GA, Mengesha BM, Harter K, Jackson RA, Drey EA. The UP trial: A randomized controlled trial of uterotonic prophylaxis with methylergonovine maleate for late dilation and evacuation abortions. Contraception. 2017;96(4):270. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2017.07.036>)
47. American College of Obstetrics & Gynecology. Practice bulletin no. 135: Second-trimester abortion. Obstetrics & Gynecology. 2013;121(6):1394-406. (<http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000431056.79334.cc>)
48. Bryant AG, Grimes DA, Garrett JM, Stuart GS. Second-trimester abortion for fetal anomalies or fetal death: Labor induction compared with dilation and evacuation. Obstet Gynecol. 2011;117(4):788-92. (<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31820c3d26>)
49. Mark KS, Bragg B, Talaie T, Chawla K, Murphy L, Terplan M. Risk of complication during surgical abortion in obese women. Am J Obstet Gynecol. 2017;[epub. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.10.018>)
50. Diedrich J, Drey E, for the Society of Family Planning. Induction of fetal demise before abortion: SFP guideline 20101. Contraception. 2010;81(6):462-73. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.01.018>)
51. Newmann S, Dalve-Endres A, Drey EA. Cervical preparation for surgical abortion from 20 to 24 weeks' gestation: SFP guideline 20073. Contraception. 2008;77(4):308-14. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2008.01.004>)
52. Autry AM, Hayes EC, Jacobson GF, Kirby RS. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. Am J Obstet Gynecol. 2002;187(2):393-7. (<http://dx.doi.org/10.1067/mob.2002.123887>)
53. Borgatta L, Roncari D, Sonalkar S, Mark A, Hou MY, Finneseth M, et al. Mifepristone vs. Osmotic dilator insertion for cervical preparation prior to surgical abortion at 14–16 weeks: A randomized trial. Contraception. 2012;86(5):567-71. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.05.002>)

54. Shaw KA, Shaw JG, Hugin M, Velasquez G, Hopkins FW, Blumenthal PD. Adjunct mifepristone for cervical preparation prior to dilation and evacuation: A randomized trial. *Contraception*. 2015;91(4):313-9.

(<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.11.014>)

55. Goldberg AB, Fortin JA, Drey EA, Dean G, Lichtenberg ES, Bednarek PH, et al. Cervical preparation before dilation and evacuation using adjunctive misoprostol or mifepristone compared with overnight osmotic dilators alone: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2015;126(3):599-609.

(<http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000000977>)

56. Grossman D, Constant D, Lince-Deroche N, Harries J, Kluge J. A randomized trial of misoprostol versus laminaria before dilation and evacuation in South Africa. *Contraception*. 2014;90(3):234-41.

(<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.05.003>)

57. Edelman AB, Buckmaster JG, Goetsch MF, Nichols MD, Jensen JT. Cervical preparation using laminaria with adjunctive buccal misoprostol before second-trimester dilation and evacuation procedures: A randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(2):425-30.

(<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2005.08.016>)

58. Goldberg AB, Drey EA, Whitaker AK, Kang MS, Meckstroth KR, Darney PD. Misoprostol compared with laminaria before early second-trimester surgical abortion: A randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2005;106(2):234-41.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16055570>)

59. Sääv I, Kopp Kallner H, Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical dilatation 1 or 3 h prior to surgical abortion: A double-blinded rct. *Human Reproduction*. 2015;30(6):1314-22.

(<http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dev071>)

60. Maurer KA, Jacobson JC, Turok DK. Same-day cervical preparation with misoprostol prior to second trimester D&E: A case series. *Contraception*. 2013;88(1):116-21.

(<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.12.010>)

61. Darney PD, Sweet RL. Routine intraoperative ultrasonography for second trimester abortion reduces incidence of uterine perforation. *Journal of Ultrasound in Medicine*. 1989;8(2):71-5.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2651693>)

62. Darney PD, Atkinson E, Hirabayashi K. Uterine perforation during second-trimester abortion by cervical dilation and instrumental extraction: A review of 15 cases. *Obstet Gynecol*. 1990;75(3 Pt 1):441-4.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2304715>)

63. Kerns J, Steinauer J. Management of postabortion hemorrhage: SFP guideline 20131. *Contraception*. 2013;87(3):331-42.

(<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.024>)

64. Schulz KF, Grimes DA, Christensen DD. Vasopressin reduces blood loss from secondtrimester dilatation and evacuation abortion. *Lancet*. 1985;2(8451):353-6.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2862514>)

65. Fox MC, Krajewski CM. Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation: SFP guideline #2013-4. *Contraception*. 2014;89(2):75-84.

(<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.11.001>)

66. World Health Organization and The Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. Clinical management of survivors of rape. A guide to the development of protocols for use in refugee and internally displaced person situations. Geneva, World Health Organization, 2002.
67. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2007, 92:182-187.
68. Billings D et al. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. Reproductive Health Matters, 2002, 10:87-95.
69. Human Rights Committee. General comment no. 28: equality of rights between men and women (article 3), 20 March 2000. United Nations; Human Rights Committee
70. Committee on Economic Social and Cultural Rights. Concluding observations: Malta, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. Concluding observations: Monaco, 13 June 2006. United Nations; Committee on the Elimination of Discrimination against Women. General recommendation no. 24: Women and health (article 12). United Nations
71. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. Concluding observations; Nepal, 29 August 2001. United Nations; Committee on Economic Social and Cultural Rights. Concluding observations: Malta, 4 December 2004. United Nations; Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding observations: Chile, 1 December 2004
72. Serbanescu et al. The impact of recent policy changes on fertility, abortion, and contraceptive use in Romania. Studies in Family Planning, 1995, 26 (2):76-87
73. Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. Reproductive Health Matters, 2004, 12:1-8.
74. UN Department for Economic and Social Affairs. World abortion policies 2011. New York, Population Division, United Nations, 2011
75. Constitution of the World Health Organization, 47th ed. Geneva, World Health Organization, 2009
76. Clinical management of rape survivors: developing protocols for use with refugees and internally displaced persons. Geneva, World Health Organization, 2004.
77. Cook RJ, Ngwenya CG. Women's access to health care: the legal framework. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2006, 94:216-225.
78. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2007, 92:182-187.
79. American Society of Anesthesiologists. Continuum of depth of sedation, definitions of general anesthesia and levels of sedation/analgesia. 2009.
(<http://www.asahq.org/~media/sites/asahq/files/public/resources/standardsguidelines/continuum-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-ofsedation-analgesia.pdf>)

80. American Society of Anesthesiologists. Guidelines for ambulatory anesthesia and surgery. 2008.
(<http://www.asahq.org/~media/legacy/for%20members/documents/standards%20guidelines%20stmts/ambulatory%20anesthesia%20and%20surgery.pdf>)
81. American Society of Anesthesiologists. Standards for basic anesthetic monitoring. 2011.
(<http://www.asahq.org/~media/sites/asahq/files/public/resources/standardsguidelines/standards-for-basic-anesthetic-monitoring.pdf>)
82. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. Anesthesiology. 2002;96(4):1004-17. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11964611>)
83. Merchant R, Chartrand D, Dain S, Dobson G, Kurrek M, Lagace A, et al. Guidelines to the practice of anesthesia revised edition 2013. Can J Anaesth. 2013;60(1):60-84. (<http://dx.doi.org/10.1007/s12630-012-9820-7>)
84. Aksel S, Vargas JE, Drey EA, Simon SG, Steinauer JE, Carlisle AS, et al. Fasting stomach volume in the late second and third trimesters of pregnancy versus nonpregnant controls. Contraception. 2014;90(3):294. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2014.05.209>)
85. Wilson LC, Chen BA, Creinin MD. Low-dose fentanyl and midazolam in outpatient surgical abortion up to 18 weeks of gestation. Contraception. 2009;79(2):122-8. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2008.08.005>)
86. Wiebe ER, Byczko B, Kaczorowski J, McLane AL. Can we safely avoid fasting before abortions with low-dose procedural sedation? A retrospective cohort chart review of anesthesia-related complications in 47,748 abortions. Contraception. 2012;87(1):51-4. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.06.012>)
87. Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: A systematic review. Contraception. 2011;83(2):116-26. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.07.014>)
88. Renner RM, Jensen JT, Nichols MD, Edelman AB. Pain control in first-trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. Contraception. 2010;81(5):372-88. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2009.12.008>)
89. Dean G, Jacobs AR, Goldstein RC, Gevirtz CM, Paul ME. The safety of deep sedation without intubation for abortion in the outpatient setting. J Clin Anesth. 2011;23(6):437-42. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinane.2011.05.001>)
90. IPAS- Clinical updates in Reproductive Health. L. Castleman & N. Kapp (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas, 2020

5. MANAGEMENTUL DUPĂ ÎNTRERUPEREA SARCINII

5.1 Asistența după avort și controlul ulterior

Standard 5.1.1	Femeile trebuie să beneficieze de asistență adecvată după avortul spontan, indus medicamentos sau realizat chirurgical.	E
Argumentare	În cazul femeilor cu avort nesigur asistența de după avort este folosită ca strategie pentru reducerea ratelor morbidității și mortalității asociate cu complicațiile, inclusiv prin aspirarea uterului în caz de avort incomplet, oferirea mijloacelor de contracepție pentru a preveni sarcinile nedorite în viitor, informarea femeilor privind alte servicii existente în comunitate. Dacă avortul a fost realizat în condiții de siguranță, asistența post-avort poate să nu includă vizite de control, dacă femeia dispune de informații adecvate și știe când să apeleze pentru asistență în caz de complicații și a primit toate materialele și informațiile necesare privind contracepția. ^{1-3,5-7,88}	IV
Standard 5.1.2	Un medic trebuie să fie disponibil în facilitatea în care s-a efectuat avortul până când toate pacientele sunt stabile din punct de vedere medical.	E
Argumentare	După avortul chirurgical femeile pot observa sângerare ușoară, asemănătoare celei din perioada menstruală, pe parcursul câtorva săptămâni. Femeile trebuie informate că sângerarea similară fazei intense a perioadei menstruale sau mai intensă este obișnuită în cazul avorturilor medicamentoase. Printre simptomele care necesită asistență clinică se numără: sângerarea excesivă, febra, care se menține mai mult de o zi, accentuarea durerii în zona pelviană sau, mai rar, semnele că sarcina se dezvoltă în continuare. Grețurile, uneori însoțite de vomă, dispar, în general, pe parcursul a 24 de ore după avortul chirurgical. ^{1-3,5-7,88}	IV
Standard 5.1.3	Medicul trebuie să verifice și să documenteze finalizarea întreruperii de sarcină.	E
Argumentare	Avortul complet poate fi confirmat prin examenul clinic, ultrasonografie pelviană sau prin măsurarea repetată a nivelului hCG. Dacă se folosește măsurarea nivelului hCG, trebuie ținut cont că în unele cazuri nivelurile joase de hCG se mențin timp de până la 4 săptămâni după expulzarea cu succes a produsului de concepție. Examenul ultrasonografic este util la detectarea sarcinii care se dezvoltă în continuare; măsurarea grosimii endometrialului nu este utilă pentru diagnosticarea avorturilor incomplete și poate duce la inițierea	IV

	intervențiilor chirurgicale nejustificate. Este probabil că femeile care prezintă în continuare semne de sarcină sau au sângerări minime sunt în continuare însărcinate. ^{1-3,5-7,88}	
Recomandare 5.1.3.1	Medicul nu trebuie să recomande examinare histopatologică standard la toate procedurile de avort.	E
Recomandare 5.1.3.2	Examinarea ecografică imediat postprocedurală este recomandată atunci când materialul eliminat sau extras este insuficient sau incomplet.	E
Standard 5.1.4	Medicul trebuie să furnizeze pacientei, informații pentru înțelegerea semnelor și simptomelor posibile ale complicațiilor postoperatorii.	E
Recomandare 5.1.4	După o întrerupere de sarcină se recomandă ca medicul să înmâneze pacientei un document scris cuprinzând: simptomele care pot apare și o listă a unităților unde poate apela în caz de urgență medicală. Personalul trebuie să informeze femeile că acestea trebuie să se aștepte la crampe, care pot fi atenuate în măsură suficientă cu ajutorul preparatelor antiinflamatoare nesteroidice, cum ar fi ibuprofenul. Femeilor care nu știu să citească trebuie să li se pună la dispoziție informații privind recunoașterea complicațiilor, precum și unde și cum să caute ajutor în formă de instrucțiuni desenate.	E
Standard 5.1.5	Următoarele trebuie documentate înaintea părăsirii unității medicale: tensiune arterială stabilă, puls stabil, respirație spontană, control bun al sângerării și durerii.	E
Standard 5.1.6	Medicul trebuie să furnizeze pacientei, la părăsirea unității medicale, un document medical care să conțină suficiente informații despre procedura efectuată, la evoluția postprocedurală, îngrijirile pe care să le practice la domiciliu, simptome și semne ale posibilelor complicații.	E
Argumentare	Informațiile despre procedura efectuată permit unui alt medic să trateze orice complicație apărută. Femeile care au trecut prin avort trebuie să primească instrucțiuni clare, simple, în scris sau oral, pentru a înțelege ce au de făcut după ce părăsesc clinica și cum să recunoască complicațiile, pentru soluționarea cărora este necesară asistența medicală. Instrucțiunile trebuie să includă: abținerea de la contacte sexuale și de la introducerea vreunui obiect în vagin până la încetarea sângerării; existența mijloacelor de contracepție, inclusiv pentru situații de urgență, pentru a evita sarcina nedorită (fertilitatea se poate restabili deja peste două săptămâni după avort), necesitatea de a reveni la clinică în caz de sporire a durerii în zona pelviană, hemoragie sau febră. Pe parcursul perioadei în care are loc avortul medicamentos	IV

	pacienta trebuie să aibă posibilitatea să contacteze în orice moment un medic sau alt personal medical, care să-i ofere răspunsuri la întrebări și să-i acorde asistența necesară. ^{1-3,5-7,88}	
Standard 5.1.7	Toate pacientele care au primit sedare minimă sau au avut un avort în trimestrul II de sarcină trebuie observate / monitorizate de către o asistentă sau un medic în timpul perioadei de recuperare postprocedurală.	E
Argumentare	Pe parcursul perioadei de observație de după avortul chirurgical personalul medical trebuie să ofere susținere și încurajare femeilor și să le monitorizeze. Personalul medical trebuie să acorde atenție specială femeilor care acuză dureri, fiindcă durerea poate fi cauzată de perforarea uterului (în acest caz poate fi necesară observarea îndeaproape sau laparotomia), sau de hematometrie acută (retenție a sângelui în cavitatea uterină, condiție care poate fi tratată prin reaspirare). Se recomandă astfel verificarea dimensiunilor uterului după procedura de avort, mai ales în cazul avorturilor la vârste de gestație mari. Dacă nu apar complicații, majoritatea femeilor pot părăsi instituțiile de sănătate îndată ce se sunt capabile să o facă, iar semnele lor vitale sunt normale (19). După avorturile la vârste de gestație mari și după anestezie generală sau sedare serioasă perioadele de recuperare pot fi mai îndelungate, iar femeile pot să aibă nevoie de observare mai îndeaproape. ^{1-3,5-7,88}	
Standard 5.1.8	Pacientele care au beneficiat de sedare moderată sau profundă trebuie monitorizate până atunci când se determină că nu mai are un risc de instabilitate hemodinamică sau detresă respiratorie.	E
Recomandare 5.1.8.1	Monitorizarea este recomandabilă să fie făcută de un medic sau asistentă ATI imediat postprocedural.	IV
Recomandare 5.1.8.2	Utilizarea unui pulsoximetru sau monitor este recomandabilă.	E
Standard 5.1.9	Medicul trebuie să indice pacientei un control postprocedural la 2-4 săptămâni sau oricând în caz de suspicionare a unei posibile complicații.	E
Recomandare 5.1.9	Medicul va indica și va indica un control ginecologic și o examinare ecografică preferabil abdominală.	E

5.2. Managementul posibilelor complicații post avort

Standard 5.2.1	Medicul trebuie să fie calificat pentru a recunoaște complicațiile survenite în urma avortului și a acorda asistență promptă sau de a trimite femeile în alte instituții care le pot acorda asistență permanent.	E
-----------------------	--	----------

Argumentare	Când procedura de avort este realizată de personal calificat, în condiții de asistență medicală moderne, complicațiile apar impresionant de rar, iar riscul decesului este neglijabil (spre deosebire de avorturile nesigure). Fiecare instituție care prestează servicii de avort, la fiecare nivel al sistemului de sănătate, trebuie să fie utilată adecvat și să dispună de personal calificat pentru a recunoaște complicațiile survenite în urma avortului și a acorda asistență promptă sau de a trimite femeile în alte instituții care le pot acorda asistență permanent. Facilitățile și abilitățile necesare pentru a soluționa majoritatea complicațiilor legate de avort sunt similare celor necesare pentru acordarea asistenței medicale femeilor care suferă un avort spontan. 1-3,5-7,88	IV
Standard 5.2.2	Medicul poate indica repetarea procedurii de avort medicamentos sau o variantă chirurgicală alternativă în caz de continuare a sarcinii.	E
Argumentare	Continuarea cursului sarcinii, în pofida procedurii de avort, poate apărea atât în cazul utilizării metodelor chirurgicale, cât și ale celor medicamentoase; totuși, cele din urmă se soldează cu eșec mai frecvent. Dacă femeile atestă în continuare simptome ale sarcinii sau dacă există semne clinice care confirmă eșecul procedurii de avort, procedura de evacuare trebuie efectuată cât mai repede posibil. ^{1-3,5-7,88}	IV
Standard 5.2.3	În caz de constatare a sarcinii în urma unui avort medicamentos, medicul va trata această complicație prin administrarea misoprostolului sau prin procedura de aspirare vacuum.	E
Opțiune	Dacă este necesară evacuarea conținutului uterului, aspirarea vacuum este preferabilă chiuretajului, deoarece este asociată cu pierderi de sânge mai mici, mai puțină durere și durată mai mică a procedurii	E
Argumentare	Avorturile incomplete sunt rare după aspirarea vacuum de către personal calificat. Ele sunt mai frecvente în cazul aplicării metodelor medicamentoase de avort. Printre simptomele cele mai frecvente se numără hemoragia vaginală și durerile abdominale; se pot manifesta și semnele existenței unor infecții. De asemenea, se suspectează un avort incomplet, dacă în urma examinării vizuale țesutul aspirat în cadrul avortului chirurgical nu este compatibil cu vârsta estimată a sarcinii. Lucrătorii tuturor instituțiilor medicale trebuie instruiți și pregătiți să trateze avorturile incomplete prin evacuarea conținutului uterului, luând în considerație posibilitatea hemoragiilor care pot	IV

	cauza anemie sau posibilitatea infecțiilor care trebuie tratate cu antibiotice. De asemenea, avorturile incomplete pot fi tratate cu misoprostol: nu s-a demonstrat existența vreunei diferențe în ratele de avorturi complete sau în numărul de efecte adverse la compararea metodei aspirării vacuum și metodei de avort prin administrarea misoprostolului, în cazul femeilor care au suferit avort incomplet în urma avortului spontan în cazul sarcinilor cu vârsta de gestație mai mică de 13 săptămâni, deși în cazul folosirii misoprostolului s-au înregistrat mai multe intervenții chirurgicale neplanificate. În cazul avortului incomplet se recomandă administrarea fie a 600 µg de misoprostol pe cale orală, fie a 400 µg pe cale sublinguală. Hemoragia poate reduce gradul de absorbție a misoprostolului în caz de administrare a preparatului pe cale vaginală; în general, este preferabilă administrarea pe altă cale decât cea vaginală, deși s-a demonstrat eficacitatea administrării în acest mod a dozelor de 400-800 µg. În cazul femeilor cu stare clinică bună care doresc să evite tratamentul chirurgical sau medicamentos este posibil managementul expectativ în cazul avorturilor spontane incomplete, dar în acest caz procesul va dura mai mult. Decizia privind opțiunea preferată de abordare a avortului incomplet trebuie să se bazeze pe starea clinică a femeii și pe preferințele ei privind tratamentul.^{1-3,5-7,88}	
Standard 5.2.4	Medicul va recunoaște o hemoragie moderată sau severă și o manageria în mod corespunzător.	E
Argumentare	Hemoragia poate surveni în cazul neexpulziei produsului de concepție, traumatismelor sau a leziunilor cervicale, coagulopatiei sau, mai rar, în urma perforării peretelui uterin. În funcție de cauza hemoragiei, tratamentul adecvat poate include evacuarea repetată a conținutului uterului și administrarea preparatelor uterotonice pentru a opri hemoragia, re-echilibrarea volemică și, în cazuri grave, transfuzia sangvină, înlocuirea factorilor de coagulare, laparoscopia sau laparotomia de explorare. Dat fiind că hemoragia este o complicație rară în cazul aspirării vacuum, nu sunt necesare, de regulă, preparatele oxitocice, deși ar putea fi indicate în cazul procedurii de dilatare și evacuare. Sângerarea îndelungată, cu caracter asemănător cu sângerarea menstruală, este un rezultat așteptat în cazul metodelor medicamentoase de avort. În medie, intensitatea sângerării vaginale scade treptat pe parcursul a circa 2 săptămâni după avort, dar, în unele cazuri, sângerarea mai mult sau mai puțin intensă poate	IV

	dura până la 45 de zile. Sângerarea de acest gen rareori este atât de intensă, încât se constituie urgență. Evacuarea chirurgicală a conținutului uterului poate fi efectuată la cererea pacientei sau în cazurile când sângerarea este intensă și de durată, cauzând anemie, sau când există semne de infecție. În caz de hemoragie toate instituțiile ce prestează servicii de avort trebuie să poată asigura imediat stabilizarea și tratarea sau transferul pacientei pentru tratament la altă instituție medicală. ^{1-3,5-7,88}	
Standard 5.2.5	Medicul va recunoaște eventuale infecții și le va trata în mod corespunzător.	E
Argumentare	Infecțiile sunt rare, dacă avorturile sunt efectuate în mod corect. Totodată, tractul genital este mai susceptibil infecțiilor ascendente, dacă colul uterin este dilatat în urma avortului sau nașterii. Printre semnele și simptomele frecvente ale infecției se numără febra sau frisoanele, scurgerile vaginale sau cervicale rău mirositoare, durerile abdominale sau pelviene, sângerarea îndelungată de intensitate mică sau medie, sensibilitatea uterină sporită și leucocitoza. În caz de diagnosticare a infecției personalul medical trebuie să administreze antibiotice și, dacă resturile ovulare sunt cauza probabilă a infecției, să repete procedura de evacuare a conținutului uterului. În cazul infecțiilor grave poate fi necesară spitalizarea. Utilizarea în scopuri profilactice a antibioticelor la momentul realizării avortului chirurgical reduce riscul de infecții în urma avortului; ca urmare, antibioticele trebuie administrate în scop profilactic, când acest lucru este posibil. Există puține date privind incidența infecțiilor pelviene semnificative în urma avorturilor medicamentoase, dar astfel de complicații sunt rare și, posibil, mai puțin frecvente decât în cazul aspirării vacuum. Multe dintre simptomele infecțiilor pelviene, cum ar fi durerea, sunt destul de ambigue, fapt ce complică stabilirea cu precizie a diagnosticului. Femeile care au dureri abdominale, sensibilitate abdominală, scurgeri vaginale și febră trebuie tratate cu antibiotice de gamă largă. În Canada și SUA s-au raportat cazuri rare de infecții cu germeni anaerobi fără febră, în urma avorturilor medicamentoase. În alte țări nu au fost raportate asemenea complicații. În astfel de cazuri femeile nu aveau febră sau febra era moderată, iar simptomele erau grețuri, vomă, slăbiciune și un anumit grad de durere abdominală. Starea	

	pacientelor s-a înrăutățit rapid în doar câteva ore sau zile. S-a raportat tahicardie și hipotensiune refractară, supurații multiple, pete și creșterea hematocritului, leucocitoză și neutrofilie. Toate cazurile au fost diagnosticate ca șoc toxic cauzat de bacterii anaerobe din grupa clostridium. Astfel de cazuri s-au raportat și după naștere normală. Nu există dovezi că tratamentul profilactic cu antibiotice în timpul avortului va duce la dispariția acestor cazuri fatale rare de infecție gravă. Din aceste considerente, nu se recomandă administrarea antibioticelor, în scopuri profilactice, femeilor cu avort medicamentos.^{1-3,5-7,88}	
Standard 5.2.6	Perforația uterului este o complicație majoră care necesită o recunoaștere precoce și un tratament chirurgical adecvat.	E
Argumentare	De regulă, perforațiile mici ale uterului rămân nedetectate și se cicatrizează de la sine. Studiul la care au participat peste 700 de femei, supuse în același timp avortului în primul trimestru și sterilizării laparoscopice, a demonstrat că 12 din cele 14 perforații uterine identificate erau atât de mici, încât nu ar fi fost observate, dacă nu ar fi fost efectuat examenul laparoscopic. Dacă există suspiciuni că uterul ar putea fi perforat, nu este indicat decât tratamentul cu antibiotice, în paralel cu observarea stării pacientei. Pentru investigații, atunci când este posibil și necesar, metoda preferabilă este laparoscopia. Dacă examenul laparoscopic și/sau starea pacientei trezesc bănuiele privind posibilitatea existenței leziunilor tractului intestinal, vaselor sangvine sau altor sisteme, poate fi necesară efectuarea unei laparotomii pentru a trata leziunile.^{1-3,5-7,88}	IV
Standard 5.2.7	Unitatea spitalicească în care se desfășoară procedura de întrerupere a sarcinii trebuie să fie pregătită să poată manageria complicații ale anesteziei.	E
Argumentare	Anestezia locală este mai sigură decât cea generală atât pentru aspirarea vacuum în primul trimestru de sarcină, cât și pentru dilatare și evacuare în al doilea trimestru. În cazul folosirii anesteziei generale medicii trebuie să dispună de calificarea necesară pentru a acționa în caz de convulsii sau de stop cardiorespirator. Preparate pentru neutralizarea acțiunii substanțelor narcotice trebuie să fie mereu la îndemână în cazurile când acestea sunt administrate.^{1-3,5-7,88}	IV

Standard 5.2.8	Medicul trebuie să recunoască și să trateze o eventuală ruptură uterină.	E
Argumentare	Ruptura uterină constituie o complicație rar întâlnită. De regulă, leziunile uterine sunt asociate cu vârste de gestație avansate și cu existența cicatricelor uterine, dar s-au raportat și la femeile care nu fac parte din aceste grupuri de risc. O metaanaliză a arătat că riscul rupturii uterine la femeile care au trecut anterior prin operație cezariană în cazul avortului indus prin administrarea misoprostolului în al doilea trimestru de sarcină este de 0,28%. ^{1-3,5-7,88}	IV
Standard 5.2.9	Medicul trebuie să încerce să prevină apariția complicațiilor pe termen lung.	E
Argumentare	Marea majoritate a femeilor care trec prin avort indus adecvat nu vor suferi efecte adverse pe termen lung asupra stării lor de sănătate generală. În prezent riscul de deces în urma avortului indus în condiții de siguranță este mai redus decât în cazul unei injecții cu penicilină sau al nașterii la termen. Cercetările științifice arată că avorturile induse în primul trimestru de sarcină nu se asociază cu efecte adverse asupra sarcinilor ulterioare. Deși avorturile în al doilea trimestru de sarcină au fost studiate prea puțin, nu există dovezi de riscuri sporite privind impactul negativ asupra sarcinilor ulterioare. Dovezile epidemiologice solide nu arată creșterea incidenței cancerului mamar pentru femei în urma avortului spontan sau indus. Manifestările psihologice negative se atestă la un număr foarte mic de femei și par a fi o continuare a condițiilor pre-existente, nu un rezultat al experienței de trecere printr-un avort indus. ^{1-3,5-7,88}	IV
Recomandare 5.2.9	Medicul poate recomanda consiliere psihologică.	E

5.3. Contracepția după întreruperea sarcinii

Standard 5.3.1	Înainte de a părăsi unitatea medicală, medicul sau asistenta trebuie să discute cu pacienta opțiunile contraceptive existente și să îi indice metoda contraceptivă aleasă potrivit stării ei de sanatate.	E
Argumentare	Scopul consilierii în domeniul contracepției și oferirii mijloacelor de contracepție în contextul asistenței legate de avort este ca femeia să înceapă să folosească metoda de contracepție pentru care a optat imediat după avort, după ce există convingerea că este metoda cea	IV

	mai potrivită și cea mai acceptabilă pentru ea. Aceasta va spori probabilitatea că femeia va continua să folosească metoda de contracepție aleasă într-un mod corect și consecvent. Oferirea informațiilor privind contracepția și consilierea privind metodele și serviciile existente constituie o parte esențială a asistenței legate de avort, deoarece ajută femeia să evite sarcinile nedorite în viitor. În condiții ideale consilierea înainte de avort include discuțiile despre necesitățile de contracepție pentru viitor. Fiecare femeie trebuie să fie informată că ovulația poate să apară deja peste două săptămâni după avort, expunând-o riscului unei sarcini nedorite, dacă nu va folosi o metodă de contracepție eficace. Femeia trebuie să primească de la specialiști informație corectă care s-o ajute să aleagă cea mai potrivită metodă de contracepție. Astfel ar putea fi explorate circumstanțele în care a apărut sarcina nedorită. Dacă femeia solicită servicii de avort pentru întreruperea sarcinii pe care ea o consideră un semn al eșecului metodei de contracepție folosite, specialistul trebuie să discute cu ea, dacă este posibil, că metoda respectivă să fi fost folosită incorect, cum să folosească corect metoda respectivă, dacă ar fi indicat să opteze pentru o altă metodă de contracepție). Totodată, decizia finală privind metoda de contracepție aleasă trebuie să aparțină întru totul femeii. Femeia nu trebuie să aleagă metoda de contracepție înainte de prestarea serviciilor de avort. Unele femei preferă să discute opțiunile privind contracepția după realizarea avortului. Informarea, consilierea contraceptivă și oferirea unui contraceptiv după întreruperea sarcinii contribuie semnificativ la reducerea incidenței avortului repetat. Medicul va continua oferirea mijloacelor de contracepție pentru a preveni sarcinile nedorite în viitor și informarea femeilor privind alte servicii existente în comunitate.^{1-3,5-7,88}	
Recomandare	Se recomandă medicului să indice începerea utilizării metodei alese imediat după întreruperea de sarcină.	E
Argumentare	Toate metodele de contracepție, inclusiv dispozitivul intrauterin și contraceptivele hormonale, pot fi folosite imediat după avortul medicamentos sau chirurgical atâta timp, cât se ia în considerație istoricul sănătății femeii respective și limitările asociate cu anumite metode de contracepție.	IV

	Există câteva metode de contracepție care nu trebuie folosite imediat după avort: diafragma contraceptivă și calota cervicală pot fi folosite numai peste circa 6 săptămâni după avortul realizat în trimestrul al doilea de sarcină, iar metodele de contracepție naturală, bazate pe calculul perioadelor de ovulație, pot fi folosite numai după restabilirea ciclului menstrual regulat. Dispozitivele intrauterine inserate imediat după avort oferă protecție mai bună împotriva sarcinilor nedorite decât inserarea mai târziu. Deși este o metodă sigură, riscul expulzării dispozitivului intrauterin este mai mare la inserarea după avortul în trimestrul al doilea de sarcină. După avortul medicamentos femeia poate începe utilizarea contraceptivelor hormonale imediat după administrarea primei pilule în cadrul regimului de avort medicamentos, pe când înainte de inserarea dispozitivului intrauterin și înainte de sterilizare este necesară confirmarea faptului că avortul a fost complet. Se recomandă atenție specială în cazul femeilor care solicită sterilizare chirurgicală imediat după avort pentru a elimina riscul unei decizii luate datorită circumstanțelor de moment. ^{1-3,5-7,88}	
Standard 5.3.2	Instituțiile care prestează servicii de avort trebuie să fie capabile să pună la dispoziția femeii mijloacele de contracepție alese de ea direct în clinică.	E
Argumentare	Dacă acest lucru nu e posibil (de exemplu, sterilizarea nu este o opțiune oferită și la nivel de asistență primară), femeia trebuie să primească informații cu privire la locul și modul obținerii asistenței solicitate, precum și o metodă de contracepție provizorie. Dacă metoda de contracepție nu poate fi pusă la dispoziția femeii direct la clinică, instituția medicală trebuie să dispună de un sistem direct de legătură cu alte instituții pentru ca femeile să poată obține acces la metoda de contracepție dorită. Toate femeile trebuie să primească informații despre contracepția de urgență. În afară de aceasta, în unele cazuri ar fi oportună oferirea de mijloace contraceptive pe care să le aibă la dispoziție la domiciliu, pentru viitor, în special în cazul femeilor care aleg prezervativele ca metodă primară de contracepție și în cazul femeilor care decid să nu înceapă să folosească imediat o anumită metodă de contracepție de bază. ^{1-3,5-7,88}	IV
Recomandare 5.3.2	Medicul poate utiliza ca și criterii de eligibilitate pentru contracepția postavort recomandările emise de Organizația Mondială a Sănătății, conform anexei de la sfârșitul acestui capitol.	E

Opțiune	În cazul în care pacienta nu prezintă stări din Categoria 3 sau 4 OMS, care limitează utilizarea unui dispozitiv intrauterin, medicul poate insera un asemenea dispozitiv la cererea pacientei.	C
Argumentare	Conform criteriilor de eligibilitate OMS pentru utilizarea contraceptivelor, inserarea unui dispozitiv intrauterin efectuată imediat după întreruperea de sarcină este sigură și eficientă cu excepția stărilor încadrate în categoriile 3 sau 4.	IV
Standard 5.3.3	Personalul trebuie să discute cu femeia despre bolile transmisibile pe cale sexuală, inclusiv despre HIV, și despre importanța folosirii prezervativului și în cazul femeilor care optează pentru alte metode de contracepție decât prezervativul	E
Argumentare	Se va pune accent pe informațiile referitoare la prevenirea infecțiilor, în special la persoanele cu risc înalt de contaminare, precum și în regiunile cu prevalență mare a HIV și a altor boli cu transmitere sexuală. Consilierea în domeniul HIV și testele pentru HIV/SIDA trebuie să fie disponibile în cadrul clinicii sau clinica trebuie să poată trimite pacientele pentru testare la o altă instituție specializată. Trebuie încurajată protecția dublă sau folosirea unei singure metode, cum ar fi prezervativele, sau a unei combinații de metode, pentru a asigura protecția împotriva sarcinii și bolilor transmisibile pe cale sexuală. ^{1-3,5-7,88}	IV

6 ASPECTE ADMINISTRATIVE, FINANCIARE ȘI DE ÎMPLEMENTARE ÎN PRACTICĂ

6.1. Aspecte administrative

Standard 6.1	Întreruperea de sarcină trebuie efectuată în concordanță cu legea în vigoare de către medici de specialitate ginecologie-obstetrică cu autorizație de liberă practică sau de către medicii rezidenți în ginecologie-obstetrică sub supravegherea unui medic de specialitate OG care are responsabilitatea procedurii.	E
Standard 6.2	Întreruperea de sarcină electivă trebuie efectuată numai în unități medicale publice sau private autorizate pentru acest scop.	E
Standard 6.3	Întreruperea de sarcină electivă trebuie efectuată numai în primele 12 săptămâni de la ultima menstruație, conform legii.	E

Standard 6.4	Înteruperea de sarcină electivă pentru sarcini cu patologie asociată, care presupune risc major pentru pacientă, trebuie efectuată numai în secțiile/compartimentele de ginecologie sau obstetrică-ginecologie ale unităților medicale spitalicești.	E
Standard 6.5	În cazul în care o pacientă solicită o întrerupere de sarcină într-o unitate medicală dar unitatea nu poate asigura efectuarea acestei proceduri, medicul trebuie să informeze corect asupra alternativelor existente.	E
Standard 6.6	Unitatea în care se efectuează întreruperi de sarcină, trebuie să ofere datele de contact de urgență 24 de ore din 24 ale unităților medicale ce pot fi contactate de paciente, în caz de nevoie sau să informeze pacienta asupra unității medicale unde ea trebuie să se prezinte în caz de urgență.	E
Standard 6.7	Raportarea statistică a întreruperilor de sarcină efectuate trebuie făcută trimestrial către Serviciul de Statistică și Informatică din Autoritatea de Sănătate Publică.	E
Standard 6.8	Înteruperea electivă de sarcină trebuie codificată de medic și raportată după CIM 10 OMS cu codul Z30.3.	E
Standard 6.9	Principiile și reglementările de înregistrare și raportare a activității de întrerupere de sarcină trebuie considerate valabile atât pentru unitățile medicale publice cât și pentru cele private.	E
Standard 6.10	Unitatea spitalicească poate evalua implementarea ghidului în practică utilizând indicatori de monitorizare și auditare.	E
Discuție	Evaluarea sistematică a procesului de prestare a serviciilor și rezultatelor înregistrate este esențială. Evaluarea complexă se bazează pe surse de date multiple, inclusiv pe statistica privind serviciile respective, pe opiniile prestatorilor de servicii de sănătate și ale femeilor și comunităților care beneficiază de serviciile acestora, precum și pe evidența financiară. Evaluatorii programului pot să se concentreze asupra a trei domenii-cheie legate de politici, programe și servicii: accesul, disponibilitatea și calitatea asistenței. Se recomandă utilizarea indicatorilor și a chestionarelor din anexă.	

6.2 Aspecte financiare

Standard 6.2.1.	Acordarea serviciilor de avort fără riscuri este considerabil mai puțin costisitoare decât tratamentul complicațiilor survenite în urma avorturilor nesigure	E
Argumentare	Costurile procedurilor de avort prin aspirare vacuum rareori includ investiții capitale, de regulă, modeste, cum ar fi procurarea unui aparat de aspirare sau a echipamentului pentru aspirare vacuum manuală, a unei mese pentru examenul medical, a unui sterilizator cu aburi sau a unei autoclave, repararea sălilor de așteptare, consultație și recuperare și a camerelor de baie. Costurile periodice sunt cele asociate cu procurarea instrumentelor și materialelor, al căror stoc trebuie reînnoit în mod regulat, cum ar fi canulele pentru aspirarea vacuum manuală, soluțiile antiseptice și dezinfectanții de înalt nivel folosiți la dezinfectarea instrumentelor, medicamentele pentru atenuarea durerii, prevenirea infecțiilor și pentru avort medicamentos. Deciziile cu privire la gama de metode de avort oferite și modul de organizare a serviciilor influențează direct costul de prestare a serviciilor și accesibilitatea lor din punct de vedere financiar. ⁶	IV
Standard 6.2.2.	Dotarea cabinetului pentru realizarea avortului trebuie bugetată corespunzător.	E
Argumentare	Bugetul pentru finanțarea serviciilor de sănătate trebuie să includă resurse suficiente pentru acoperirea următoarelor costuri: echipamente, medicamente și materiale necesare pentru prestarea serviciilor de avort fără riscuri; costuri de personal (om/ore); programe de instruire și supervizare; modernizarea infrastructurii; evidență; monitorizare și evaluare. În măsura în care programul cu privire la avorturi poate fi integrat în programul național pentru sănătatea mamei și sănătatea reproductivă, costurile marginale ale creării sau îmbunătățirii serviciilor de avort vor fi minimizate. În general, pentru prestarea serviciilor de avort sunt necesare puține abilități speciale, medicamente, echipamente sau materiale suplimentare celor care trebuie deja să fie disponibile pentru asistența obstetricală și ginecologică de urgență. ⁶	IV
Standard 6.2.3.	Efectuarea procedurii de avort la o vârstă mai mic de gestație va reduce costurile procedurii.	A
Argumentare	Dacă sistemul de sănătate este eficient în informarea femeilor despre necesitatea de a solicita inducerea avortului la o vârstă de gestație cât mai redusă, sporește rata procedurilor puțin costisitoare, iar rata procedurilor mai costisitoare care sunt folosite pentru vârste de	Ia

	gestație mai avansate descrește. De pildă, introducerea metodei de administrare combinată a mifepristonului, urmat de misoprostol, este asociată cu schimbarea preferințelor femeilor în favoarea avorturilor realizate la vârste de gestație mai mici. Posibilitatea de administrare a misoprostolului la domiciliu aduce un grad mai mare de flexibilitate pentru femeie și reduce gradul de implicare a personalului și de utilizare a capacităților instituției medicale. De asemenea, aceasta permite acordarea serviciilor la niveluri mai inferioare ale sistemului de sănătate, amplasate mai aproape de domiciliul femeilor, fapt ce contribuie la reducerea cheltuielilor de transport și de timp.⁶	
Standard 6.2.4.	Procedura de avort trebuie să fie accesibilă din punct de vedere financiar.	E
Argumentare	Procedura de avort nu este decontată de sistemul de asigurări publice de sănătate și reprezintă un serviciu medical la solicitarea pacientei, motiv pentru care pacienta este taxată. Acest fapt poate constitui o barieră importantă în calea accesului la servicii a femeilor sărace și a adolescentelor. În afară de aceasta, în unele cazuri se așteaptă ca femeile care solicită servicii de avort să achite sume substanțiale informale (taxe impuse de medici suplimentar plăților încasate prin sistemul oficial de plăți). Pentru multe femei aceste costuri, îmbinate cu cheltuielile de transport, cu costul oportunităților pierdute (cum ar fi șansa pierdută de muncă contra plată pe parcursul orelor respective) constituie o barieră. Bariera sub formă de costuri înalte pentru femei poate genera costuri mai mari pentru sistemul de sănătate, dat fiind că va crește numărul de femei care vor încerca să-și provoace avort sau care vor apela la serviciile unor persoane necalificate, în urma cărora vor fi necesare spitalizarea și tratamentul complicațiilor grave. Respectul, protecția și asigurarea drepturilor omului presupun asigurarea accesului femeilor la servicii de avort legale, indiferent de capacitatea lor de plată. Mecanismele de finanțare existente trebuie să asigure accesul echitabil la servicii de calitate înaltă. În cazurile când avorturile se realizează contra plată aceasta trebuie ajustată la nivelul pe care și-l poate permite femeia și trebuie să existe proceduri pentru a scuti de plată femeile sărace și adolescentele.⁶	

6.3 Posibilități de implementare în practica medicală curentă

Standard 6.3.1	Medicul trebuie să recunoască și să poată manageria complicații imediate severe, care pot pune în pericol viața pacientei.	E
Argumentare	Managementul adecvat al urgențelor medicale de pot apărea în cadrul procedurii de întrerupere a sarcinii reduce mortalitatea și morbiditatea asociată. Hemoragia este una dintre cele mai severe complicații imediate ale avortului. Recunoașterea rapidă a sursei de sângerare este importantă, ea fiind reprezentată cel mai frecvent de o perforație uterină.	E
Standard 6.3.2	Unitatea spitalicească trebuie să aibă protocoale funcționale pentru următoarele situații: sângerare, perforație uterină, stop respirator, anafilaxie și transfer de urgență, proceduri cu care personalul implicat să fie la curent.	E
Recomandare 6.3.2	Reinstruirea personalului cu aceste proceduri trebuie făcută în mod anual.	E
Standard 6.3.3	Medicația și aparatura de urgență trebuie să fie într-o locație corespunzătoare, disponibilă în caz de necesitate; verificarea acesteia trebuie făcută în mod regulat.	E
Recomandare 6.3.3	Personalul medical implicat în procedura de avort trebuie să fie instruit periodic și să poată efectua manevrele de suport vital de bază.	E
Standard 6.3.4	Protocolul pentru managementul sângerării acute trebuie să cuprindă: - Stabilirea abordului venos - Administrarea uterorinelor - Evaluarea cauzei/sursei de sângerare - Criterii de tranfer la spital sau pe secție ATI	E
Argumentare	Sângerarea excesivă per sau post procedural implică atonia uterină, cauzată frecvent de o golire incompletă a uterului, deci măsurile de management trebuiesc îndreptate spre continuarea manevrelor de golire a cavității uterine în paralel cu administrarea de substanțe care să crească tonusul uterin. Întrucât în multe situații clinice sângerarea este evaluată incorect, este necesar ca echipa implicată să evalueze periodic cantitatea de sânge pierdută, să măsoare și să consemneze semnele vitale și să se asigure de eficiența abordului venos.	IV

Recomandare 6.3.4	Următoarele măsuri pot fi folosite în tratamentul sângerării post avort: - Masajul uterin - Metil Ergometrina - Oxitocina - Vasopresina - Misoprostol - Presiune intrauterină prin balon Bakri sau sondă Foley - Reaspirație uterină	E
Argumentare	După ce clinicianul s-a asigurat că uterul a fost golit complet și nu există laceratii vizibile cervicale sau vaginale, se pot lua în calcul alte complicații cum ar fi: perforația, coagulopatiile, placenta accreta.	IV
Standard 6.3.5	Personalul medical implicat în procedura de avort trebuie să se asigure că a luat toate măsurile necesare pentru prevenirea infecțiilor asociate procedurii.	E
Argumentare	Dat fiind că procedurile de avort implică intrarea în contact cu sângele și cu alte lichide eliminate din corpul uman, tot personalul clinic și de asistență la toate instituțiile de sănătate care acordă astfel de servicii trebuie să înțeleagă și să respecte măsurile de precauție standard pentru prevenirea și combaterea infecțiilor pentru propria protecție și pentru protecția pacienților. Precauțiile standard constituie practici simple de control al infecțiilor care trebuie respectate la acordarea asistenței tuturor pacienților, în permanență, pentru a reduce riscul transmiterii infecțiilor pe cale sangvină. Printre acestea se numără: spălarea pe mâini cu săpun și apă înainte și după toate procedurile, folosirea barierei de protecție, cum ar fi mănușile, halatele, șorțurile, măștile și ochelarii de protecție, pentru a evita contactul direct cu sângele și cu alte lichide eliminate din corpul uman, eliminarea în siguranță a deșeurilor contaminate cu sânge sau cu alte lichide eliminate din corpul uman, manipularea corespunzătoare a bucăților de lenjerie murdare, manipularea și eliminarea cu precauție a obiectelor ascuțite; dezinfectarea adecvată a instrumentelor și a altor obiecte contaminate.	IV
Recomandare 6.3.5.1	Personalul medical trebuie să se spele minuțios pe mâini înainte și după intrarea în contact cu pacientele, precum și imediat după orice	E

	contact cu sângele și lichidele eliminate din corpul uman sau cu mucoasele.	
Recomandare 6.3.5.2	Personalul medical trebuie să folosească echipament de protecție de tip barieră fizică atunci când efectuează procedura de avort.	E
Argumentare	Personalul trebuie să poarte mănuși dezinfectate la nivel înalt sau sterile, care trebuie schimbate după contactul cu fiecare pacientă și după examenul vaginal (sau rectal) al aceleiași femei. Întotdeauna după acordarea asistenței femeii și scoaterea mănușilor personalul trebuie să se spele pe mâini, deoarece mănușile pot avea perforații nedetectate. Folosirea mijloacelor suplimentare, cum ar fi papucii de unică folosință sterili, nu influențează în mod semnificativ ratele de infectare, dar duc la creșterea costurilor. ^{3,6}	IV
Recomandare 6.3.5.3	Personalul medical implicat în procedura de întrerupere a sarcinii trebuie să asigure o curățare eficientă a locului de muncă și a suprafețelor cu care pacienta a intrat în contact.	E
Argumentare	Pentru curățarea de rutină a dușumelelor, paturilor, toaletelor, pereților și a saltelelor de cauciuc sunt suficiente apa fierbinte și detergenții obișnuiți. Pentru înlăturarea lichidelor eliminate din corpul uman personalul trebuie să poarte mănuși de cauciuc rezistente. O cantitate cât mai mare din lichidul care s-a scurs trebuie să fie înlăturat cu ajutorul unui material absorbant. Lichidul poate fi adunat într-un vas ermetic, apoi va fi incinerat sau îngropat. Suprafața contaminată trebuie curățată cu dezinfectant pe bază de clor, iar apoi spălată bine cu soluție fierbinte de apă și săpun. Personalul trebuie să intre cât mai puțin posibil în contact cu lenjeria murdară: aceasta trebuie adunată direct în saci și nu se permite sortarea sau clătirea ei în spațiile destinate pacientelor. Dacă este posibil, stofele îmbibate din abundență cu lichide eliminate din corpul uman trebuie să fie transportate în saci impermeabili. Dacă astfel de saci lipsesc, stofa trebuie împăturită astfel, încât părțile murdare să fie în interior. Personalul trebuie să lucreze cu grijă și să poarte mănuși. ^{3,6}	IV
Recomandare 6.3.5.4	Personalul medical trebuie să asigure eliminarea în siguranță a deșeurilor contaminate cu lichide eliminate de corpul uman	E
Argumentare	Deșeurile solide contaminate cu sânge, cu lichidele eliminate din corpul uman, speciemenle de laborator sau țesuturile umane trebuie să fie tratate ca deșeuri biologice și eliminate în mod adecvat, cu	IV

	respectarea regulilor existente. Deșeurile lichide, cum ar fi sângele și alte lichide eliminate din corpul uman trebuie să fie vărsate în țevi care duc la un sistem de canalizare tratat în mod adecvat.	
Recomandare 6.3.5.5	Personalul medical implicat în procedura de întrerupere a sarcinii trebuie să manipuleze și să elimine în siguranță instrumentele ascuțite sau înțepătoare.	E
Argumentare	Cel mai mare grad de risc de transmitere a HIV în instituțiile medicale este perforarea pielii cu seringi sau cu instrumente ascuțite contaminate. Același lucru este valabil pentru hepatitele B și C. Majoritatea leziunilor cauzate de obiecte ascuțite care duc la transmiterea acestor virusi se produc prin ace. Astfel de răni apar deseori atunci când acele sunt curățate, când li se pun capace, când sunt aruncate în mod corect sau inadecvat. Deși nu se recomandă să li se pună capace, uneori aceasta este o procedură necesară. În astfel de situații se folosește metoda cu o singură mână. Pentru a arunca obiectele ascuțite se folosesc containere rezistente la perforare, care trebuie să fie ușor accesibile. Aceste containere pot fi arse într-un incinerator închis ermetic sau îngropate la mare adâncime. Printre măsurile de precauție pentru prevenirea leziunilor cauzate de obiectele ascuțite se numără: purtarea mănușilor, existența surselor de iluminare adecvate, plasarea vaselor cu ustensile ascuțite direct în locul unde sunt folosite, interdicția de a arunca obiectele ascuțite în coșurile de gunoi menajer și păstrarea obiectelor ascuțite în locuri la care nu au acces copiii. Când este posibil, la sutură se folosesc portace. ^{3,6}	IV
Recomandare 6.3.5.6	Personalul medical implicat în procedura de întrerupere a sarcinii trebuie să asigure o curățare și sterilizare sigură a echipamentului medical după utilizare.	E
Argumentare	Imediat după utilizare toate instrumentele chirurgicale de folosință repetată care au fost utilizate la avort trebuie să fie trimise la curățare și sterilizare. Echipamentul medical și materialele de unică folosință nu trebuie să fie folosite în mod repetat. În cazurile când nu sunt disponibile servicii centralizate de prelucrare a instrumentelor sau în caz de resurse limitate se recomandă respectarea următoarelor proceduri. Cel mai important pas pentru asigurarea decontaminării finale adecvate a instrumentelor este curățarea fizică. Până la curățare instrumentele trebuie păstrate în mediu umed. Pot fi folosiți	IV

	dezinfecțanți, de exemplu, soluție de clor de 0,5%. Aspiratoarele trebuie dezasamblate înainte de curățare și procesare ulterioară. Adaptoarele detașabile trebuie scoase de pe canule. Atenție: folosirea mănușilor protectoare este foarte indicată la manipularea aspiratoarelor, canulelor și adaptoarelor înainte de curățarea acestora. După ce au stat în apă, suprafețele instrumentelor trebuie spălate minuțios cu detergent, sub jet de apă. Detergentul este preferabil, deoarece săpunul poate lăsa reziduuri. Apoi toate instrumentele trebuie sterilizate (opțiune preferabilă) sau dezinfectate cu dezinfecțanți de înalt nivel (dacă sterilizarea nu este posibilă sau fezabilă). Prin sterilizare sunt distruse toate microorganismele, inclusiv endosporii bacterieni, cum ar fi cei care cauzează tetanosul sau infecțiile anaerobe. Dezinfecția de înalt nivel distruge toate microorganismele, inclusiv hepatita și HIV, dar nu asigură 100% eficiență la distrugerea endosporilor bacterieni. Unii producători confecționează dispozitive de aspirare și canule din plastic cu grad înalt de rezistență, care pot fi sterilizate în autoclavă, pe când alte instrumente din plastic pot crăpa sau se pot topi, dacă vor fi expuse unor temperaturi înalte în timpul sterilizării. Prestatorii de servicii de sănătate trebuie să respecte întotdeauna instrucțiunile de utilizare a tuturor instrumentelor supuse dezinfectării pentru a fi siguri că metoda de dezinfecție folosită este oportună. În afară de aceasta, trebuie respectate instrucțiunile producătorilor pentru toate produsele folosite în procesul de dezinfectare.^{3,6}	
--	---	--

Referințe bibliografice pentru capitolul II 5 și 6

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in comprehensive abortioncare. RCOG. 2015. London, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Best Practice Paper No. 2. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-2.pdf>
2. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România- Ghiduri clinice- Avortul medicamentos, publicat de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România și Colegiul Medicilor din România, 2019
3. National Abortion Federation- Clinical Policy Guidelines for Abortion Care, 2018
4. Grimes DA, Cates W, Jr. Complications from legally-induced abortion: a review. Obstetrical and Gynecological Survey, 1979, 34 (3):177-191

5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based guideline no. 7. London, RCOG Press, 2004
6. Avortul fără riscuri: recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică. Ediția a II-a. Organizația Mondială a Sănătății, 2015
7. Medical management of abortion, WHO, 2018 ISBN: 9789241550406
8. Cunningham F., Leveno K., Bloom S., Vlădăreanu R., et al- Williams Obstetrică, Hippocrate 2017, pp 350-369
9. Munteanu Ioan, Tratat de obstetrică, ed II, Ed Academiei Române, 2006, pp 815-848
10. Păscuț Dan, Intervențiile obstetricale, Ed V. Babeș, 2011, pp 118-146
11. Rock J., Jones, Howard W., Te Linde's operative gynecology, 10th Ed, Lippincott Williams and Wilkins, 2008, pp 776-797
12. Fiala C., Cameron S., Carmo-Bombas T.-A., Gemzell-Danielsson K., Parachini M., Sitruk-Ware R., Early Medical Abortion- A practical guide for healthcare professionals, Editions de Sante, 2012, ISBN 978-2-86411-268-6
13. General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Planificarea și gestionarea asistenței pentru avort fără riscuri 85 Rights of the Child. Geneva, Committee on the Rights of the Child, 2003 (Report no. CRC/ GC/2003/4).
14. American Society of Anesthesiologists. Continuum of depth of sedation, definitions of general anesthesia and levels of sedation/analgesia. 2009.
15. American Society of Anesthesiologists. Guidelines for ambulatory anesthesia and surgery. 2008.
16. American Society of Anesthesiologists. Physical status classification system [cited 2016].
17. American Society of Anesthesiologists. Standards for basic anesthetic monitoring. 2011
18. American Society of Anesthesiologists. Practice guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists. Anesthesiology. 2002;96(4):1004-17
19. Merchant R, Chartrand D, Dain S, Dobson G, Kurrek M, Lagace A, et al. Guidelines to the practice of anesthesia revised edition 2013. Can J Anaesth. 2013;60(1):60-84
20. Hohmann HL, Reeves MF, Chen BA, Perriera LK, Hayes JL, Creinin MD. Immediate versus delayed insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine device following dilation and evacuation: A randomized controlled trial. Contraception. 2012;85(3):240-5.
21. Cremer M, Bullard KA, Mosley RM, Weiselberg C, Molaei M, Lerner V, et al. Immediate vs. Delayed post-abortion copper t 380a IUD insertion in cases over 12 weeks of gestation. Contraception. 2011;83(6):522-7.
22. Shimoni Na, Davis A, Ramos ME, Rosario L, Westhoff C. Timing of copper intrauterine device insertion after medical abortion: A randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2011;118(3):623-8.
23. Park J, Robinson N, Wessels U, Turner J, Geller S. Progestin-based contraceptive on the same day as medical abortion. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2016;133(2):217-20

24. Douthwaite M, Candelas JA, Reichwein B, Eckhardt C, Ngo TD, Domínguez A. Efficacy of early induced medical abortion with mifepristone when beginning progestin-only contraception on the same day. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2016;133(3):329-33.
25. Gatter M, Roth N, Safarian C, Nucatola D. Eliminating the routine postoperative surgical abortion visit. *Contraception*. 2012;86(4):397-401.
26. Grossman D, Ellertson C, Grimes DA, Walker D. Routine follow-up visits after first-trimester induced abortion. *Obstet Gynecol*. 2004;103(4):738-45
27. Paul M, Lackie E, Mitchell C, Rogers A, Fox M. Is pathology examination useful after early surgical abortion? *Obstet Gynecol*. 2002;99(4):567-71.
28. Heath V, Chadwick V, Cooke I, Manek S, MacKenzie IZ. Should tissue from pregnancy termination and uterine evacuation routinely be examined histologically? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2000;107(6):727-30.
29. Barnhart K, Sammel MD, Chung K, Zhou L, Hummel AC, Guo W. Decline of serum human chorionic gonadotropin and spontaneous complete abortion: Defining the normal curve. *Obstet Gynecol*. 2004;104(5 Pt 1):975-81
30. van der Lugt B, Drogendijk A. The disappearance of human chorionic gonadotropin from plasma and urine following induced abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1985;64(7):547- 52.
31. Kerns J, Steinauer J. Management of postabortion hemorrhage: SFP guideline 2013. *Contraception*. 2013;87(3):331-42. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.10.024>)
32. Kohlenberg CF, Casper GR. The use of intraoperative ultrasound in the management of a perforated uterus with retained products of conception. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*. 1996;36(4):482-4. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9006840>)
33. Amarín ZO, Badria LF. A survey of uterine perforation following dilatation and curettage or evacuation of retained products of conception. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2005;271(3):203-6. (<http://dx.doi.org/10.1007/s00404-003-0592-8>)
34. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;161(2):406-8
35. Lindell G, Flam F. Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1995;74(5):373-5. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7778431>)
36. Pridmore BR, Chambers DG. Uterine perforation during surgical abortion: A review of diagnosis, management and prevention. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*. 1999;39(3):349-53.
37. Public Health Ontario. Best practices for cleaning, disinfection and sterilization of medical equipment/devices in all health care settings. 2010

38. World Health Organization. Standard precautions in health care. WHO Infection Control, October 2007, Epidemic and Pandemic Alert and Response (http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf, accessed 1 September 2011).

39. WHO guidelines on hand hygiene and health care. First global patient safety challenge, clean care is safer care. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf, accessed 1 September 2011)

40. Sopwith W, Hart T, Garner P. Preventing infection from reusable medical equipment: a systematic review. BMC Infectious Diseases, 2002, 2:4

41. Centers for Disease Control and Prevention. Infection prevention checklist for outpatient settings: Minimal expectations for safe care. 2015

42. Tietjen L, Bossemeyer D, McIntosh N. Infection prevention: guidelines for healthcare facilities with limited resources. Baltimore, MD, Jhpiego, 2003

43. Rutala WA, Weber DJ, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities. Center for Disease Control & Prevention, 2008

44. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for hand hygiene in health-care settings: Recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. Morbidity and Mortality Weekly Report: 2002

45. Centers for Disease Control and Prevention. Hand hygiene in healthcare settings [cited 2016]. Available from: <http://www.cdc.gov/handhygiene/>.

46. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care. 2009. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf)

47. Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Universal precautions and routine practices. 2011. (<http://www.ccohs.ca/oshanswers/prevention/universa.html>)

48. Centers for Disease Control and Prevention. Bloodborne infectious diseases: HIV/AIDS, hepatitis b, hepatitis c. 2013. (www.cdc.gov/niosh/topics/bbp/)

49. Occupational Safety and Health Administration. Bloodborne pathogens and needlestick prevention [cited 2015]. Available from: www.osha.gov/SLTC/bloodbornepathogens/index.html.

50. Ontario Hospital Association. Bloodborne diseases surveillance protocol for Ontario hospitals. Pub#206. 2010.

51. Achilles SL, Reeves MF. Prevention of infection after induced abortion: SFP guideline 20102. Contraception. 2011;83(4):295-309. (<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2010.11.006>)

52. Van Eyk N, van Schalkwyk J. Antibiotic prophylaxis in gynaecologic procedures. J Obstet Gynaecol Canada. 2012;34(4):382-91.

53. Fjerstad M, Trussell J, Sivin I, Lichtenberg ES, Cullins V. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. N Engl J Med. 2009;361(2):145-51. (<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa0809146>)

54. Guiahi M, Davis A. First-trimester abortion in women with medical conditions: SFP guideline 20122. *Contraception*. 2012;86(6):622-30
55. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *Morbidity & Mortality Weekly Report*. 2015;64(3):1-137.
56. Fjerstad M, Trussell J, Lichtenberg ES, Sivin I, Cullins V. Severity of infection following the introduction of new infection control measures for medical abortion. *Contraception*. 2011;83(4):330-5
57. Centers for Disease Control and Prevention. Expedited partner therapy in the management of sexually transmitted diseases. US Department of Health and Human Services. 2006;
58. Clinical management of abortion complications: a practical guide. Geneva, World Health Organization, 1994
59. Tuncalp O, Gulmezoglu AM, Souza J. Surgical procedures to evacuate incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD001993
60. Neilson JP et al. Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, (1):CD007223.
61. Diop A et al. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 2009, 79:456-462.
62. Tang OS et al. Pharmacokinetics of repeated doses of misoprostol. *Human Reproduction*, 2009, 24:1862-1869
63. FDA public health advisory; sepsis and medical abortion. Silver Spring, MD, US Food and Drug Administration, 2010
64. Ho CS et al. Undiagnosed cases of fatal *Clostridium*-associated toxic shock in Californian women of childbearing age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 201:459-457
65. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 113:1117-1123.
66. Medical methods for termination of pregnancy. WHO Technical Report Series 871. Geneva, World Health Organization, 1997
67. Atrash HK, Hogue CJ. The effect of pregnancy termination on future reproduction. *Baillieres Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1990, 4:391-405
68. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*, 2007, 357:648-653
69. Cates W Jr, Grimes DA, Schulz KF. The public health impact of legal abortion: 30 years later. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2003, 35:25-28.
70. Rowland Hogue CJ et al. Answering questions about long-term outcomes. In Paul M et al., eds. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. Hoboken, NJ, Wiley-Blackwell, 2009:252-263.
71. Beral V et al. Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83 000 women with breast cancer from 3.6 countries. *Lancet*, 2004, 363:1007-1016

72. Major B et al. Abortion and mental health evaluating the evidence. *American Psychologist*, 2009, 64:863-890
73. Dagg PKB. The psychological sequelae of therapeutic abortion - denied and completed. *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148:578-585
74. World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) IP. Family planning: a global handbook for providers. Baltimore and Geneva, CCP and WHO, 2008.
75. Goodman S et al. A. Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*, 2008, 78:143-148
76. Roberts H, Silva M, Xu S. Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 2010, 82:260-265.
77. Reeves MF et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 2009, 34:104-109
78. Sitruk-Ware R, Davey A, Sakiz E. Fetal malformation and failed medical termination of pregnancy. *Lancet*, 352:323.
79. Billings D et al. Midwives and comprehensive postabortion care in Ghana. In: Huntington D, Piet- Pelon NJ, eds. *Postabortion care: lessons from operations research*. New York, Population Council, 1999:141-158.
80. PRIME postabortion care. Program for International Training in Health (INTRAH). Chapel Hill, University of North Carolina, 2001.
81. Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health. Geneva, World Health Organization, 2010.
82. Monitoring emergency obstetric care: a handbook. Geneva, World Health Organization, 2009.
83. Billings DL, Benson J. Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*, 2005, 20:158-166.
84. Johnston HB, Gallo MF, Benson J. Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2007, 33:250-257
85. Performance incentives for health care providers. Geneva, World Health Organization, 2010 (Discussion Paper 1)
86. The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes. Geneva, World Health Organization, 2007.
87. Johnson BR, Horga M, Fajans P. A strategic assessment of abortion and contraception in Romania. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12 (24 Suppl.):184-194
88. Making decisions about contraceptive introduction. A guide for conducting assessments to broaden contraceptive choice and improve quality of care. Geneva, World Health Organization, 2002
89. IPAS- Clinical updates in Reproductive Health. L. Castleman & N. Kapp (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas, 2020

7 MANAGEMENTUL ÎNTRERUPERERII SARCINII ÎN PANDEMIA CAUZATĂ DE INFECȚIA SARS-COV 2 (COVID 19)

7.1 Infecția COVID-19 și sarcina. Dreptul la întreruperea de sarcină în pandemie

Context	Pandemia COVID-19 a avut un impact semnificativ asupra asistenței medicale la nivel mondial în ceea ce privește patologia obstericală și ginecologică. La nivel local, spitalele au fost nevoite să facă o serie de modificări ale forței de muncă precum și modificări ale furnizării de servicii, pentru a combate criza și a menține standardele de îngrijire pentru pacientele care li s-au adresat. O serie întreagă de patologii benigne sau considerate că pot fi temporizate au fost amânate, iar consultațiile au fost minimizate în paralel cu investigațiile paraclinice. Dreptul la sănătatea reproducerii și planificarea familială rămîne un drept fundamental al omului, dar cu toate acestea, furnizarea serviciilor medicale pentru întreruperea la cerere a cursului sarcinii a fost afectată din cauza limitării resurselor, cât și a riscurilor potențiale pentru pacienți și personal în timpul pandemiei. Au existat orientări specifice cu privire la modul de a modifica cel mai bine furnizarea de servicii pentru avort în timpul pandemiei, în special prin includerea telemedicinii și a aplicațiilor digitale. În absența unui consens național, stabilirea unui plan în managementul acestor paciente revine conducerii spitalelor și echipelor multidisciplinare, care trebuie să ia decizii foarte dificile cu privire la îngrijirea individuală a pacienților. Întârzieri în acordarea îngrijirilor medicale solicitate și efectuarea procedurii la o vârstă de gestație mai mare din cauza modificării serviciului este de natură să creeze o cerere crescută în resurse odată ce criza a trecut, precum și creșterea exponențială a riscului de complicații. Prezicerea impactului economic și planificarea pentru acest lucru este esențială. Menținerea unor standarde ridicate trebuie să rămână o prioritate a sistemelor internaționale de sănătate, complicațiile majore ale avortului fiind evitabile în contextul aplicării unui protocol corespunzător.	
Standard 7.1.1	Persoanele gravide vor trebui să urmeze aceleași reguli generale de prevenție a infecției cu noua tulpină de coronavirus (SARS-COV 2) ca și populația generală, întrucât riscul la persoanele gravide este mai mare de a asocia spitalizare și forme mai severe, care poate fi influențat de rasă și etnie, dar și de alți factori	E

	precum: nivelul de trai, ocupație, numărul de persoane dintr-o locuință, factori biologici, etc	
Argumentare	COVID-19 este o boală nouă care a fost descoperită în anul 2019 și nu a fost identificată anterior la om. Infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19) este provocată de virusul SARS-CoV-2. O persoană este suspectă de a avea această infecție în baza următoarelor criterii: Criterii clinice: Orice persoană care prezintă cel puțin unul din următoarele semne și simptome: tuse, febră, scurtarea respirației, debut brusc al anosmiei, ageuziei sau disgeuziei Pentru copiii cu vârsta până la 16 ani care prezintă manifestări gastro-intestinale (vărsături, diaree) neasociate cu alimentația, se poate suspecta infecția cu SARS-CoV-2. Simptome și semne adiționale mai puțin specifice pot include: cefalee, frisoane, mialgii, astenie, vărsături și/sau diaree. Criterii de diagnostic imagistic: Evidențe radiologice de leziuni compatibile cu COVID-19 Criterii de laborator: Detecția acidului nucleic sau a antigenului SARS-CoV-2 într-o probă biologică². Criterii epidemiologice- cel puțin unul dintre următoarele: contact direct cu un caz confirmat cu COVID-19 în perioada de 14 zile anterioară datei debutului; rezident sau personal al unei instituții pentru îngrijirea persoanelor vulnerabile în perioada de 14 zile anterioară datei debutului, instituție în care transmiterea SARS-CoV-2 a fost confirmată. În România, cazurile se clasifică astfel: A. Caz posibil- Orice persoană care întrunește criteriile clinice B. Caz probabil- Orice persoană care întrunește criteriile clinice și care are legătură epidemiologică cu un caz confirmat SAU Orice persoană care întrunește criteriile de diagnostic imagistic C. Caz confirmat- Orice persoană care întrunește criteriile de laborator	IV

	Testarea pentru SARS-CoV-2 este obligatorie pentru toate cazurile posibile. Definițiile și metodologia de testare și control al infecției cu COVID-19 se regăsește în documentele elaborate periodic de Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile care se actualizează periodic. Din ultimele recomandări legate de testare rezultă că sunt exceptate de la testare persoanele asimptomatice vaccinate complet, cu 2 doze, la care au trecut minimum 10 zile de la doza a doua, inclusiv cele care accesează serviciile medicale pentru alte patologii și se recomandă, în continuare, testarea tuturor persoanelor simptomatice (care întrunesc criteriile din definiția de caz), inclusiv a celor vaccinate complet, cu două doze și la care au trecut minimum 10 zile de la a doua doză. În populația de gravide, studiile arată că cele mai multe cazuri pozitive sunt asimptomatice (în medie – 60-70% din cazuri), însă, atunci când există simptomatologie, formele de manifestare a bolii pot fi severe sau critice (în medie 30%), necesitând internare în terapie intensivă, suport respirator și nașterea de urgență pentru a evita suferința și compromiterea fetală. Virulența și capacitatea de transmitere a infecției este similară la populația de gravide simptomatice și asimptomatice. Gravida poate fi oricând infectată pe durata sarcinii, însă impactul asupra fătului diferă în funcție de momentul dobândirii infecției. Dacă infecția apare în trimestrul al doilea, s-a raportat în acest sens un risc crescut de avort spontan, naștere prematură și posibila infecție congenitală. Dacă infecția este dobândită cu aproximativ două săptămâni înainte de naștere, pot fi detectate manifestări acute ale infecției la nou-născut. Din punct de vedere al modalității de transmitere, noile dovezi medicale subliniază și susțin nu doar transmiterea prin contact direct (distanță mai mică de 2 metri, peste 15 minute) ci și prin intermediul aerosolilor, în absența persoanei infectate, prin particule mai mici de 5 microni, produse prin râs puternic, cântat, strigat și eliberate în condițiile unor spații închise, neventilate. Această tip de eliminare a picăturilor respiratorii infectate creează un risc potențial de transmitere a infecției cu SARS-CoV-2 atunci când mama este testată pozitiv, mai ales în condițiile unei coabitari cu nou-născutul. În ceea ce privește transmiterea intrauterină și perinatală, există dovezi că această modalitate de infecție de la mamă la făt și nou-născut este	
--	---	--

	posibilă, deși numărul de publicații care susțin această situație este redus în prezent. Fiindcă acest risc nu este clar stabilit, este necesar ca măsurile de prevenție și control a bolii să fie respectate cu rigurozitate de către gravide. Studiile arată că riscul de dobândire a infecției cu SARS-CoV-2 la nou-născut este mai mare postnatal prin contact cu membrii infectați din familie sau cu cei care le au în îngrijire, inclusiv personalul medical (aproximativ 70% din cazuri) decât perinatal (aproximativ 30% din cazuri), dar este important să nu se excludă posibilitatea ca nou-născutul să aibă un test PCR pozitiv în primele 24 de ore de viață. Astfel, se face diferența între infecția dobândită perinatal și cea dobândită postnatal prin coabitarea cu membrii familiei. Momentul și modalitatea de naștere în cazul unei gravide cu suspiciune/infecție confirmată cu SARS-CoV-2 se aleg în funcție de indicațiile obstetricale obișnuite întrucât nu s-a demonstrat niciun beneficiu în favoarea nasterii prin operația cezariană în această situație. Totodată trebuie să se țină cont și de statusul respirator al gravidei, astfel încât deteriorarea progresivă, cu apariția insuficienței respiratorii cu hipoxemie și creșterea necesarului de oxigenoterapie, precum și nevoia de suport ventilator constituie excepția de la această regulă și impune operația cezariană pentru a preveni deteriorarea clinică a gravidei și reducerea riscului de suferință fetală. Conform datelor recente, gravidele și lăuzele par să facă forme mai severe de COVID-19 în comparație cu femeile ne gravide de aceeași vârstă. Femeile însărcinate mai frecvent au avut nevoie de internare în terapie intensivă, comparativ cu femeile de aceeași vârstă care nu sunt gravide cu COVID19 ([RR] 1,62) și femeile gravide fără COVID-19 (RR 1,72). Factorii de risc asociați cu formele severe/critice sau admiterea în terapie intensivă la femeile gravide au inclus: vârsta ≥ 35 ani, obezitatea, hipertensiunea și diabetul preexistent. Boala severă pare să fie mai frecventă în trimestrul III al sarcinii și în naștere. În Marea Britanie, majoritatea gravidelor (81%) au fost spitalizate în al treilea trimestru sau peripartum; mediana vârstei gestaționale la internarea în spital a fost de 34 săptămâni de gestație.	
--	--	--

Recomandare 7.1.1.1	Pentru gravide se aplică aceleași măsuri de profilaxie nespecifice ca și pentru populația generală.	E
Argumentare	Profilaxia nespecifică are drept scop reducerea riscului de transmitere a infecției COVID-19 /infecțiilor respiratorii acute. • La nivel de comunitate vor fi difuzate informații cu privire la: - evitarea călătoriilor în zonele cu cazuri confirmate de COVID-19; - evitarea contactului strâns cu persoane suspecte/confirmate cu COVID-19; - spălarea frecventă a mâinilor cu apă și săpun; - utilizarea dezinfectanților pe bază de alcool pentru igiena mâinilor, în special după contactul direct cu persoanele bolnave sau cu obiectele de mediu din apropierea bolnavilor; - utilizarea tehnicii de a tuși/strănuta în pliul cotului sau cu acoperirea nasului și gurii în timpul tusei/strănutului cu un șervețel de unică folosință, urmată de aruncarea acestuia după utilizare și spălarea imediată a mâinilor cu apă și săpun sau prelucrarea cu un dezinfectant pe bază de alcool; - necesitatea informării telefonice a medicului de familie despre revenirea din zonele cu risc de COVID-19 sau contact cu persoane suspecte/confirmate cu COVID-19 și obligativitatea autoizolării la domiciliu. • La întoarcerea din zonă cu transmitere locală/comunitară extinsă și zonele afectate de COVID-19 sau contact cu persoane suspecte/confirmate cu COVID-19 se recomandă: - autoizolarea și automonitorizarea stării de sănătate pe o perioadă de 14 zile; - efectuarea termometriei de 3 ori pe zi și informarea zilnică, prin telefon, a medicului de familie despre rezultatele acesteia; - în caz de apariție a simptomelor clinice de COVID-19 se va apela telefonic medicul de familie sau în caz de urgență - Serviciul 112. 1-6, 9-21	
Recomandare 7.1.1.2	Gravidei COVID-19 pozitive i se indică investigații și analize recomandate conform protocolului pentru pacienți COVID pozitivi	E

Argumentare	În urma analizei sistematice a unui lot de gravide cu infecție SARS-COV 2 confirmată sau suspicionată, analizele de laborator au relevat următoarele, în condițiile în care leucocitoza este frecventă în sarcină, iar trombocitopenia spre exemplu se poate asocia unor afecțiuni induse de sarcină: - Proteină C Reactivă crescută la 49% - Limfopenie la 33% - Leucocitoză la 26% - Procalcitonină crescută la 23% - Transaminaze crescute la 15,4% - Trombocitopenie la 6,6% ^{18,19} Radiografiile toracice pot fi normale în forme asimptomatice, la debut și în formele ușoare, cele mai frecvente imagini pe CT toracic arătând imaginea de opacități de tip „ground-glass”(77%), afectare pulmonară posterioară (73%), afectare multilobară(69%), consolidare (41%). ^{18,20}	IV
Recomandare 7.1.1.3	Vaccinarea anti-COVID-19 a femeilor gravide/care alăptează trebuie luată în considerare atunci când beneficiile potențiale depășesc orice riscuri potențiale pentru mamă și făt.	E
Argumentare	Gravidele reprezintă o populație cu risc înalt, alături de pacienții cu cancer, obezitate, diabet, boli renale, cardiace, fibroză chistică, imunosupresie etc, toți dezvoltând forme severe de Covid-19; în plus, gravida poate avea oricare dintre aceste comorbidități. Femeile gravide sau care alăptează, trebuie să fie corect informate privind următoarele aspecte: gradul de expunere al gravidei la locul de muncă, la domiciliu și îmbolnăvirea gravidei poate pune la risc membrii familiei (mai ales dacă aceștia au comorbidități); riscurile mamei și fătului în momentul îmbolnăvirii cu Covid-19 (severitatea bolii); eficiența vaccinului ARNm Covid-19 și frecvența și intensitatea reacțiilor adverse sunt aceleași ca în populația generală; datele limitate de siguranță ale vaccinului (nu a fost testat pe gravide). SOGR recomandă tuturor medicilor obstetricieni să discute pe larg cu pacientele lor gravide sau care alăptează aspectele subliniate în continuare în acest material. Discuția trebuie să ofere informații echilibrate, balansate, nedirecționate, să prezinte într-un limbaj accesibil datele științifice și consensurile elaborate de grupurile internaționale de experți prezentate în continuare. Trebuie subliniat ce se știe sigur dar și ce nu se știe încă, explicând riscurile mamei și fătului în momentul îmbolnăvirii cu Covid-19 și severitatea bolii, eficiența vaccinului, datele limitate încă de siguranță a vaccinului la gravide și motivul acestei limitări. De asemenea, faptul că reacțiile adverse sunt aceleași ca în populația generală, și ca frecvență și ca	IV

	intensitate. Decizia de a se vaccina sau nu trebuie să rămână a pacientei, după ce a primit toate informațiile și răspunsurile la întrebările ei din partea obstetricianului. Trebuie să fie discutate și gradul de expunere al gravidei la locul de muncă, la domiciliu precum și măsura în care îmbolnăvirea ei pune la risc membrii familiei, și mai ales dacă aceștia au comorbidități cunoscute pentru Covid-19. Decizia legată de vaccinare trebuie să fie autonomă și asumată de gravidă sau de femeia care alăptează. Următoarele date științifice trebuie furnizate gravidei înainte de vaccinare: <u>American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) - 21 Decembrie 2020</u> - Nu există date că vaccinurile Covid-19 sunt contraindicate în sarcină. - Gravidele trebuie să fie libere să decidă dacă se vaccinează sau nu - Nu este necesară amânarea obținerii sarcinii după terminarea vaccinării cu ambele doze de vaccin, prin mecanismul lor de acțiune, se consideră că vaccinurile nu cresc riscul de infertilitate - Dacă o femeie rămâne gravidă după prima doză, a 2-a doză trebuie administrată conform protocolului - Testul de sarcină nu este necesar înainte de administrarea vaccinului - Vaccinul gripal și vaccinul dTpa trebuie făcute în sarcină la interval de minim 14 zile de la administrarea vaccinului Covid- 19 . - Imunoglobulina anti-D nu interferează cu răspunsul imun al vaccinului și trebuie făcută în continuare conform protocolului <u>Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) - 14 Decembrie 2020 - -</u> - Femeile care alăptează nu au fost incluse în studiile clinice, dar datele sugerează că vaccinul nu trece în lapte și în orice caz nu poate acționa asupra nou-născutului. - Dacă vaccinul Covid-19 este înghițit și nu injectat intramuscular, este supus digestiei și inactivat imediat - O gravidă vaccinată Covid-19 în sarcină este foarte probabil să transmită anticorpi nou-născutului prin lapte și să îi ofere astfel acestuia o anumită imunitate, imunitate ce va fi crescută ulterior prin continuarea alăptării	
--	--	--

	<u>Joint Committee on Vaccination and Immunisation (RCOG - JCVI) - 30 Decembrie 2020</u> - Ca măsură de prevedere, nu este încă recomandată de rutină vaccinarea la gravide, din cauza lipsei de date. Cu toate acestea, este recomandat gravidelor clinic vulnerabile să discute opțiunea vaccinării cu medicul lor, deoarece comorbiditățile acestora le conferă un risc foarte crescut de a dezvolta complicații grave ale bolii Covid-19. De asemenea, gravidele care lucrează în sistemul medical sau de îngrijire socială, trebuie să discute opțiunea vaccinării - Nu există nici un risc cunoscut al vaccinării Covid-19 pentru femeile care alăptează Aceste recomandări se bazează pe situația de moment, până când datele clinice vor permite ca vaccinarea să fie recomandată de rutină tuturor gravidelor. ^{1-6, 9-21}	
Standard 7.1.2	Avortul reprezintă o parte esențială în serviciile medicale oferite femeii, motiv pentru care trebuie să fie disponibil și atunci când alte servicii medicale non-urgente sau electivă sunt suspendate.	E
Argumentare	Datorită frecvenței mari a procedurii prezentată în introducere, a faptului că, statistic, cel puțin o femeie din 3 a trecut printr-un avort până la vârsta de 45 de ani și cunoscând că avortul este cu atât mai sigur cu cât este efectuat la o vârstă de sarcină mai mică, mortalitatea și morbiditatea fiind una foarte mică pentru sarcini mici și crescând cu fiecare vârstă de gestație în plus este preferabil ca această procedură medicală să fie reglementată corespunzător și efectuată în siguranță. Istoric a fost dovedit că prohibirea acestui drept sau limitarea accesului a condus la folosirea de metode nesigure sau criminale care au crescut exponențial riscul de complicații și de deces. OMS, societățile medicale de profil obstetrică-ginecologie și ONG reprezentative susțin dreptul femeii de a opta pentru întreruperea cursului sarcinii, în conformitate cu legislația aferentă fiecărei țări în parte. ^{1-6, 9-21}	IV
Standard 7.1.3	O atenție sporită trebuie dată oferirii de servicii medicale pentru avort la timp, întrucât întreruperea de sarcină este influențată major de factorul timp.	E

Argumentare	Mortalitatea și morbiditatea prin avort este una foarte mică pentru sarcini mici și crește exponențial cu fiecare vârstă de gestație în plus, motiv pentru care este preferabil ca această procedură medicală să fie reglementată corespunzător și efectuată în siguranță. ^{1-6, 9-21}	IV
Standard 7.1.4	Accesul la serviciile de avort trebuie organizate astfel încât întârzierile să fie minime.	E
Argumentare	Întârzierea accesului la consultație și la efectuarea procedurii crește riscul de complicații. Este preferabil ca la nivel local sau regional, prin consens al autorităților de reglementare să se organizeze accesul persoanelor care solicită acest serviciu medical într-un timp cât mai scurt, astfel încât să poată fi folosite cele mai bune metode. ^{1-6, 9-21}	IV

7.2 Modalități de reducere a expunerii personalului medical și al femeii la expunerea la infecția COVID-19

Standard 7.2.1	Unitățile medicale care oferă servicii de avort trebuie să respecte o serie de reguli și recomandări pentru a evita transmiterea infecției COVID-19.	E
Argumentare	Cabinetele medicale, indiferent de forma de organizare sau tipul de proprietate au o largă adresabilitate către toate categoriile de vârstă și un risc major de transformare în focare de infecție cu virusul SARS-CoV-2. Pentru a preveni acest risc este nevoie ca în toate cabinetele medicale să se respecte cerințele avizării și să existe dotările și materialele corespunzătoare pentru ca activitatea să se desfășoare în condiții de siguranță atât pentru personalul medical, cât și pentru pacienți. Actul terapeutic în cabinetul medical nu trebuie să constituie o circumstanță de risc pentru infecțiile determinate de diverse categorii de agenți patogeni, inclusiv de virusul SARS-CoV-2. Deoarece și anterior pandemiei COVID-19 pacienții care se adresau cabinetelor medicale erau considerați a fi potențial infectați cu anumiți agenți patogeni, fiind bolnavi sau purtători (virusul HIV, virusurile hepatitelor virale, Mycobacterium tuberculosis etc), toate procedurile de curățenie, dezinfecție și sterilizare au fost stabilite pentru a preveni contaminarea atât a personalului medical, cât și a pacienților.	IV

	Toate cabinetele medicale trebuie să respecte atât normele privind structura lor funcțională, aprobate prin ordinul MS 1338/2007, cât și recomandările forurilor profesionale. Experiența pandemiei generată de virusul SARS-CoV-2 trebuie să determine o schimbare în modul de oferire de servicii pacienților în cabinetele medicale. Astfel, orice pacient va fi abordat ca fiind potențial purtător al unor agenți patogeni, inclusiv suspect de infecția cu virusul SARS-CoV-2. ^{1-6, 9-21}	
Recomandare 7.2.1.1	<i>Nu se efectuează consulturi/tratamente fără programare</i>	E
Recomandare 7.2.1.2	<i>Triajul corect al pacienților reprezintă primul pas în realizarea prevenției și se face din momentul programării pacienților, telefonic sau online.</i>	E
Argumentare	Se va utiliza chestionarul standard oferit de Ministerul Sănătății.	IV
Recomandare 7.2.1.3	<i>Pentru un triaj și o rezolvare eficientă și în siguranță a solicitărilor, se recomandă împărțirea pacienților în 4 grupe de risc, tratamentul medical al acestora fiind împărțit în urgență și non-urgență.</i>	E
Argumentare	GRUPA 1 Pacient asimptomatic (fără simptome sugestive de infecție virală - tuse, dureri sau senzație de iritare faringiană, dificultăți respiratorii, pierdere miros/gust, febră peste 38°C sau/și senzație de febră, vomă, diaree), fără contact cunoscut cu simptome sugestive de infecție virală, dar care, face parte din grupele de risc - vârsta (peste 65 ani), complicații ale HTA, boală respiratorie cronică, diabet, insuficiență cardiacă, obezitate (IMC>30), imunodepresie congenitală sau dobândită, femei însărcinate. Aceștia beneficiază de tratament astfel: -Tratamente de urgență în intervale orare special dedicate acestei grupe de risc; - Tratamente non-urgență pot fi efectuate, doar după evaluarea risc-beneficiu pentru pacient și doar în intervale orare special dedicate acestei categorii de risc. GRUPA 2 Pacient asimptomatic (fără simptome sugestive de infecție virală - tuse, dureri sau senzație de iritare faringiană, dificultăți respiratorii, pierdere miros/gust, febră peste 38°C sau/și senzație de febră, vomă, diaree), fără contact cunoscut cu o persoană simptomatică. Aceștia beneficiază de tratamente de urgență și de tratamente nonurgență, după caz. GRUPA 3 Pacient asimptomatic dar aflat în contact direct cu o persoană diagnosticată sau cunoscută cu simptome sugestive de infecție SARS-CoV-2. Aceștia beneficiază de tratament astfel: - Tratamente de urgență în intervale orare special dedicate acestei	IV

	grupe de risc; -Tratamentele non-urgență NU sunt efectuate la cabinet. Pacienții se reevaluează la 14 zile după ultimul contact avut cu o persoană diagnosticată cu infecție virală sau care prezintă simptomatologie specifică. GRUPA 4 Pacient diagnosticat sau care prezintă simptomele infectării virale. Pentru fiecare din aceste grupe de pacienți se recomandă efectuarea tratamentelor având ca obiectiv major prevenția răspândirii infecțiilor virale. Aceștia beneficiază de tratament astfel: -Tratamente de urgență, în intervale orare special dedicate acestei grupe de risc - Tratamentele non-urgență NU vor fi efectuate. ^{1-6, 9-21}	
Recomandare 7.2.1.4	<i>Unitățile medicale vor respecta un protocol de protecție individuală a personalului medical.</i>	E
Argumentare	Personalul unității sanitare parcurge zilnic o procedura de triaj epidemiologic, înainte de începerea activității. Dacă personalul este simptomatic evocator pentru infecția SARS-CoV-2 sau declară ca a intrat în contact cu o persoană diagnosticată cu SARS-CoV2, atunci nu intră în programul de activitatea zilnică și se direcționează pentru consult și testare. În funcție de rezultatul consultului de specialitate și al testării, se decide, după caz, o modalitate de implicare corespunzătoare a personalului unității sanitare în activitate, care include și tipul de echipament necesar. Întreg personalul implicat în actul medical poartă obligatoriu echipament de protecție adecvat. Acesta nu este utilizat în exteriorul cabinetului medical. În situația în care nu se poate asigura intern dezinfectia acestor echipamente, se recomandă externalizarea serviciului. Echipamentul de protecție suplimentar pentru personalul cabinetului constă în: Halat de unică folosință / impermeabil / șorț chirurgical de plastic*, după caz; Botoși; Mănuși de protecție; Mască**; Bonetă sau echivalentul acesteia; Ochelari de protecție/Vizieră; * În timpul unui tratament generator de aerosoli, echipa de asistență medicală trebuie să fie protejată suplimentar de un halat impermeabil sau șorț chirurgical din plastic (pentru o singură utilizare). ** Purtarea măștii FFP2 (sau FFP3) este necesară pe toată perioada manevrelor diagnostice și/sau terapeutice pe căile respiratorii sau mucoase sau a celor generatoare de aerosoli, precum și atunci când se	IV

	efectuează curățenia, dezinfecția și ventilația cabinetului. Dacă masca FFP2 nu este murdară sau umedă, aceasta poate fi păstrată pe durata unei zile (în funcție de specificațiile producătorului). ^{1-6, 9-21}	
Recomandare 7.2.1.5	<i>Unitățile medicale vor respecta un protocol de protecție individuală a pacientului care li se adresează.</i>	E
Argumentare	Purtarea măștii faciale de către pacient este obligatorie până la solicitarea îndepărtării acesteia de către personalul medical ! În cazul în care pacientul este necesar a fi însoțit, nu se acceptă accesul în cabinetul medical a mai mult de un însoțitor pentru un pacient. Însoțitorul va respecta aceleași reguli de protecție valabile pentru pacient. În sala de așteptare, pacientul și, după caz însoțitorul acestuia: - intrarea se face după ștergerea tălpilor încălțărilor pe un covor dezinfectant; - este permisă staționarea mai multor persoane în același timp, numai dacă se respectă distanța de 1,5 m între acestea. - se poartă masca facială personală; - se echipează cu botoși; - se dezinfectează mâinile, folosind soluție hidroalcoolică minim 20 secunde, din dispenserele puse la dispoziția lor la intrarea în cabinetul medical; - se înregistrează, de către un membru al personalului cabinetului, temperatura cu ajutorul unui termometru digital de frunte cu infraroșu și completează Anexa 2a MS. În caz că temperatura depășește 38 grd.C și dacă din completarea Anexei nr.3 reiese suspiciunea de infectare cu SARS-CoV-2, după rezolvarea solicitării consultului la cabinet, medicul urmează protocolul stabilit pentru suspecții simptomatici cu infecția SARS-CoV-2. Dacă pacientul nu are temperatura determinată peste 38 grd.C și dacă din completarea Anexei nr.3 nu reiese suspiciunea de infectare cu SARS-CoV-2, atunci pacientul intră în cabinetul de consultații; - se completează un set de documente înainte de consult/tratament: a. acord pentru prelucrarea datelor personale; b. chestionar privind starea de sănătate a pacientului, conform Anexei nr. 3 a MS; c. formular de consimțământ informat Pacientul care nu completează documentele de mai sus nu beneficiază de servicii de sănătate în respectivul cabinet medical.^{1-6, 9-21}	IV
Recomandare 7.2.1.6	<i>Personalul medical se asigură de respectarea programărilor pentru consult/tratamente, astfel încât să existe timpul necesar de 15 minute între consulturi, pentru a se efectua manevrele de curățenie, dezinfecție și aerisire a sălii de așteptare și a cabinetelor.</i>	E

Argumentare	După ce pacientul părăsește cabinetul medical, se efectuează curățenia și dezinfecția astfel: - se curăță suprafețele de lucru posibil contaminate cu proiecții de secreții; - se respectă procedurile de sterilizare a materialelor reutilizabile, iar materialele de unică folosință vor fi eliminate conform procedurilor legale în; - deșeurile contaminate se evacuează în recipientul de deșuri biologice de unică folosință; - se efectuează dezinfecția canapelei/scaunului de consultații; - după intrarea fiecărui pacient în cabinetul medical, sala de așteptare se ventilează natural pentru cel puțin 15 minute și dacă grupul sanitar a fost utilizat este și aceasta curățat și dezinfectat; - acolo unde este cazul, este recomandat ca aerul provenit de la pompele de aspirație să fie evacuat în exteriorul cabinetului sau, în situația în care aerul este evacuat în cabinet, evacuarea să fie prevăzută cu filtre HEPA; - la sfârșitul programului, personalul de îngrijire, echipat cu masca facială și mănuși va proceda la ventilarea naturală pentru cel puțin 15 minute, curățenia și dezinfecția, cu utilizarea materialelor biocide recomandate, a sălii de așteptare (mobilier, clanțe, uși etc) și a grupurilor sanitare. Pavimentele se curăță și dezinfectează conform normelor în vigoare; - după ventilarea sălii de așteptare și a cabinetului medical, se acționează lampa de UV, conform indicațiilor de utilizare ale acesteia. ^{1-6, 9-21}	IV
Recomandare 7.2.1.7	<i>Personalul medical va respecta procedura pentru gestionarea deșeurilor și dezechiparea corectă a personalului.</i>	E
Argumentare	Materialele de unică folosință vor fi eliminate conform Ordinului Ministrului Sănătății nr. 1.226/2012 pentru aprobarea normelor tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activități medicale și a metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activități medicale. Dacă preluarea deșeurilor biologice se face la maxim 48 ore, cutiile cu deșuri biologice se păstrează închise. Dacă intervalul de preluare este mai mare de 48 ore, deșeurile se păstrează în aparate frigorifice special destinate acestui scop. Personalul medical se va dezechipa după finalizarea procedurilor de curățenie și dezinfecție a zonelor de lucru, într-o zonă dedicată acestei acțiuni, unde se vor regăsi și recipiente pentru deșuri biologice, pentru depozitarea echipamentului utilizat. Ordinea de dezechipare este extrem de importantă și este următoarea: 1. se scot mănușile; 2. se dezinfectează mâinile cu soluție hidroalcoolică; 3. se scoate halatul de unică folosință/impermeabil/șorț chirurgical de plastic, iar în	IV

	timpul scoaterii, acesta este îndepărtat de corp pentru a nu contamina hainele și apoi este depozitat în siguranță în recipientul pentru deșeuri biologice; 4. se decontaminează mâinile cu soluție hidroalcoolică; 5. se scoate boneta și se depozitează în recipientul pentru deșeuri biologice; 6. se decontaminează mâinile cu soluție hidroalcoolică; 7. se scot botoșii și se depozitează în recipientul pentru deșeuri biologice; 8. se decontaminează mâinile cu soluție hidroalcoolică; 9. se scoate protecția pentru ochi (viziera sau ochelarii); 10. se decontaminează mâinile cu soluție hidroalcoolică; 11. se scoate masca apucând-o de barete; 12. se efectuează igiena mâinilor prin spălare cu apă și săpun bactericid timp de minim 20 secunde și, ulterior cu soluție hidroalcoolică, timp de minim 20 secunde. La schimbarea mănușilor de la un pacient la altul, este obligatorie igiena mâinilor prin spălare cu apă și săpun bactericid timp de minim 20 secunde și, ulterior cu soluție hidroalcoolică, timp de minim 20 secunde. Viziera/ochelarii de protecție se dezinfectează astfel: 1. se imersează într-o cuva cu soluție clorigenă (1000 mg/l) timp de 60 minute după care se clătește la jet de apă și se usucă prin ștergere cu șervet de unică folosință; 2. se pulverizează cu soluție biocidă cu nivel înalt de dezinfecție, se lasă minimum 3-5 minute și se usucă prin ștergere cu șervet de unică folosință. Ținuta profesională a personalului unității sanitare nu trebuie sub nicio formă să fie spălată la domiciliu ! ^{1-6, 9-21}	
Standard 7.2.2	Pentru pacienți vor fi expuse materiale informative pentru creșterea percepției și o mai bună conștientizare a infecției cu COVID 19.	E
Argumentare	În zona de așteptare și în cabinetul medical vor fi expuse materiale informative și educative privind modalitatea de transmitere a virusului, igiena mâinilor, purtarea corectă a măștii faciale, igiena respiratorie, dezinfecția, etc..	IV
Standard 7.2.3	Personalul medical va opta pentru maximizarea consultațiilor la distanță și reducerea întâlnirilor cu pacienții care pot fi evitate pentru a reduce riscul de îmbolnăvire.	E
Recomandare 7.2.3.1	<i>Medicul poate opta pentru păstrarea legăturii cu pacienta prin intermediul telefoniei mobile sau a aplicațiilor utilizate în telemedicină pentru reducerea expunerii.</i>	E

Recomandare 7.2.3.2	<i>Testarea COVID nu este neapărat necesară pentru procedura de avort în condițiile unui triaj corect efectuat.</i>	E
---------------------	---	----------

7.3 Îngrijirile medicale pentru procedura de avort la femei suspectate sau confirmate cu infecție SARS COV 2

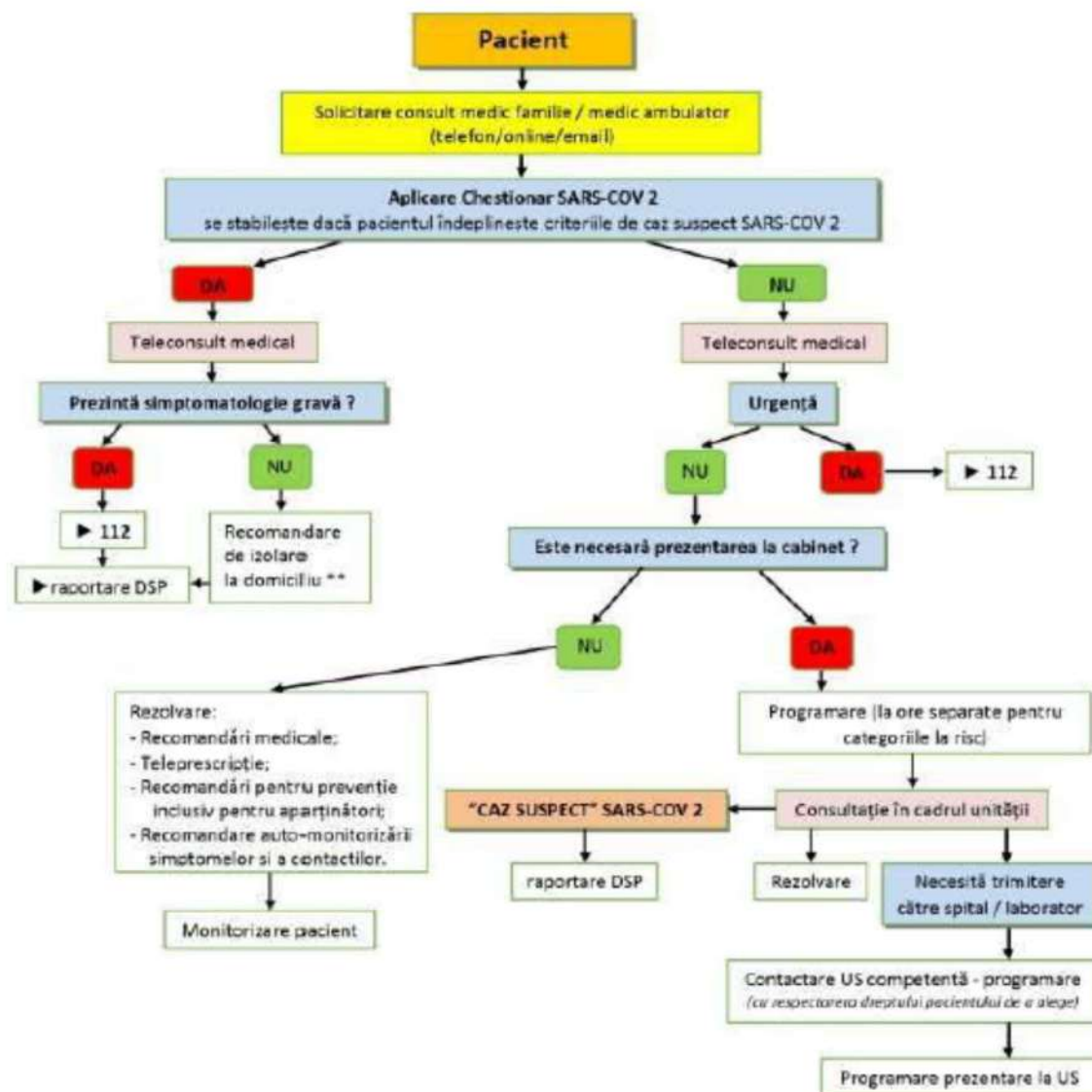
Standard 7.3.1	Personalul medical va respecta ultimele recomandări emise de autoritățile competente pentru prevenirea transmiterii infecției cu virusul COVID19.	E
Argumentare	Ministerul Sănătății, Direcțiile de Sănătate Publică, precum și celelalte autorități competente emit cu periodicitate recomandări și regulamente cu rol în reglementarea prevenirii și reducerii transmiterii infecției COVID 19 ce trebuie încorporate în practica curentă medicală. ^{1-6, 9-21}	IV
Standard 7.3.2	Toate pacientele care solicită avort vor efectua triajul epidemiologic așa cum a fost descris anterior.	E
Standard 7.3.3	Pacientele simptomatice sau testate pozitiv vor fi evaluate pentru a se decide momentul efectuării procedurii de avort.	E
Recomandare 7.3.3.1	În cazul pacientelor pozitive sau simptomatice consultul acestora și evaluarea inițială va avea loc într-o unitate spitalicească special destinată care să respecte normele metodologice și epidemiologice.	E
Recomandare 7.3.3.2	Investigațiile recomandate pentru procedura de avort pot fi recoltate în paralel cu cele pentru evaluarea infecției COVID 19.	E
Recomandare 7.3.3.3	Este preferabil ca sarcina să fie documentată ecografic înaintea efectuării procedurii de avort.	E
Standard 7.3.4	Managementul întreruperii de sarcină va fi efectuat în funcție de severitatea infecției COVID 19 și vârsta de sarcină.	E
Recomandare 7.3.4.1	Este preferabilă temporizarea procedurii de avort la pacienta COVID 19 pozitivă sau simptomatică în măsura în care vârsta de sarcină nu depășește 12 săptămâni de gestație la momentul ieșirii pacientei din carantină sau izolare.	E
Recomandare 7.3.4.2	Se va opta pentru management medicamentos în condițiile absenței unor contraindicații majore.	E

Opțiune 7.3.4.2.1	Pacientele asimptomatice sau cu simptomatologie ușoară pot opta pentru realizarea avortului și în perioada de izolare/carantină.	E
Argumentare	Riscurile dezvoltării unor complicații sunt considerate a fi mici. Este preferabil ca în astfel de situații pacienta să anunțe o unitate spitalicească COVID sau suport COVID care să fie pregătită să adreseze eventuale complicații.	IV
Recomandare 7.3.4.3	În cazul necesității efectuării avortului chirurgical este recomandat ca acesta să se desfășoare prin aspirație sub anestezie locală.	E
Opțiune 7.3.4.3	Este recomandabilă extinderea indicațiilor avortului medical și în trimestrul II cu monitorizarea strictă a pacientei într-o unitate spitalicească capabilă să gestioneze posibilele complicații apărute.	E
Recomandare 7.3.4.4	Cazurile cu afectare moderată sau severă vor fi manageriate în echipă interdisciplinară care să cuprindă cel puțin un medic infecționist, pneumolog, anestezist și obstetrician.	E
Standard 7.3.4	Acordul informat al pacientei pentru procedura de avort trebuie documentat în mod corespunzător.	E
Argumentare	Procedura de obținere a acordului informat al pacientei poate suferi o serie de adaptări. Astfel, materialele informative pot fi trimise prin email sau aplicații electronice înaintea semnării acordului; tipizatul de acord se poate/va păstra separat de restul foii de observație; se poate fotografia acordul semnat de către pacient, etc.	IV
Standard 7.3.5	Este recomandabil ca managementul pre avort, procedura în sine și managementul post avort să se desfășoare într-un mod similar cu perioada prepandemică, cu reducerea expunerii interumane în măsura posibilităților.	E
Recomandare 7.3.5.1	<i>Este preferabil ca procedura de avort să aibă loc la o vârstă cât mai mică de gestație.</i>	E
Recomandare 7.3.5.2	<i>Este preferabilă procedura de avort medicamentos, pacienta putând să își administreze la domiciliu terapia abortivă prescrisă în urma consultului.</i>	E
Argumentare	Studiile desfășurate în Marea Britanie au demonstrat că procedura de avort se poate efectua în totalitate utilizând telemedicina, rezultatele fiind similare pentru vârste de gestație mici.	IV

Standard 7.3.6	Se recomandă utilizarea regimului Mifepristone 200mg oral urmat la 24-48 de ore de 800 micrograme misoprostol vaginal, oral sau sublingual pentru avortul medicamentos.	A
Opțiune 7.3.6.1	Regimul cu 600mg mifepristonă urmată de 400 micrograme misoprostol la 36-48 de ore poate fi utilizat cu rezultate similare.	A
Opțiune 7.3.6.2	Doze suplimentare de misoprostol pot fi prescrise pentru completarea avortului	E
Standard 7.3.7	Pacienta trebuie să se adreseze unei unități spitalicești în caz de complicații.	E
Argumentare	Complicațiile avortului au fost descrise în capitolele anterioare atât din punct de vedere al diagnosticării lor, cât și al managementului.	IV

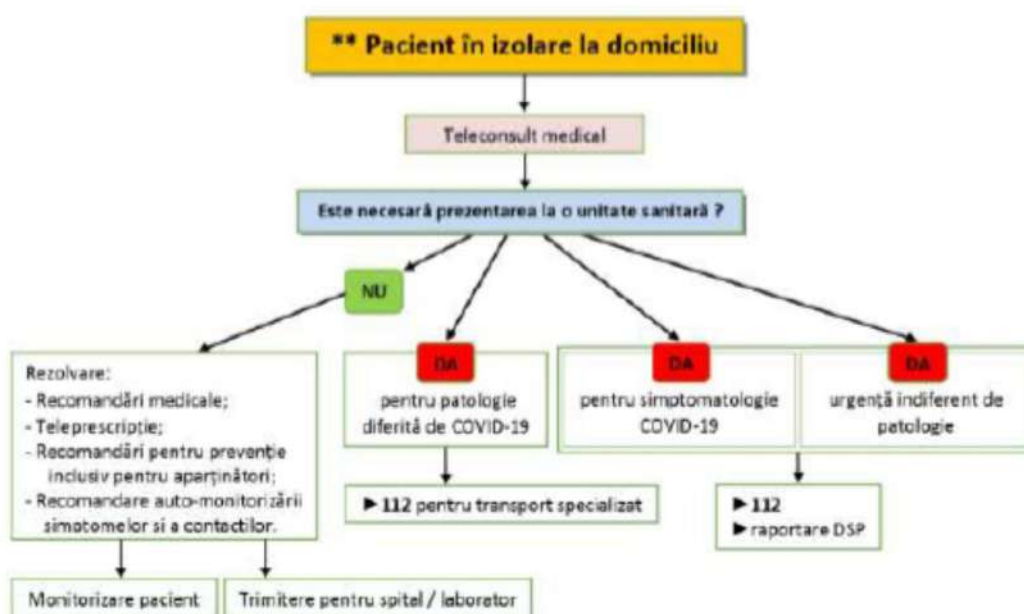
RECOMANDĂRI REFERITOARE LA PREVENIREA INFECȚIILOR VIRALE ÎN PERIOADA POST STARE DE URGENȚĂ

ANEXA 1



RECOMANDĂRI REFERITOARE LA PREVENIREA INFECȚIILOR VIRALE ÎN PERIOADA POST STARE DE URGENȚĂ

ANEXA 2



Referințe bibliografice

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare and the British Society and Abortion Care Providers. Coronavirus (COVID-19) infection and abortion care <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronavirusabortion>. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, July 2020
2. FSRH, RCOG, RCM, and BSACP launch joint guidance on COVID-19 and abortion care - Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare %U <https://www.fsrh.org/news/fsrh-rcog-and-bsacp-guidance-on-covid-19-abortion>, 2020
3. National Abortion Federation. Abortion & COVID-19 [Available from: <https://prochoice.org/abortion-covid-19/>].
4. National Abortion Federation- Clinical policy guidelines for abortion care, 2020
5. [Protecting and expanding abortion access during the COVID-19 pandemic | Ipas](#)- www.ipas.org

6. WHO- Medical Management of abortion, 2018
7. WHO- Clinical Practice Handbook for Safe Abortion, 2014
8. WHO- Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception, 2015
9. <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-questions-and-answers?topicRef=3027&source>
10. Institutul Național de Sănătate Publică din România- Metodologia de supraveghere a sindromului respirator acut cu noul coronavirus (COVID-19)
11. Comisia de Obstetrică-Ginecologie a Ministerului Sănătății, Comisia de Neonatologie a Ministerului Sănătății- Metodologia Privind Nașterea La Gravidele Cu Infecție Suspicionată/ Confirmată Cu Sars-Cov-2/Covid19, Preluarea, Îngrijirea Și Asistența Medicală A Nou Născutului Actualizare 26 Octombrie 2020 – in completarea editiei precedente (martie 2020) -
12. Ministerul Sănătății, Muncii Și Protecției Sociale Al Republicii Moldova- INFECȚIA CU CORONAVIRUS DE TIP NOU (COVID-19) Protocol Clinic Național Provizoriu (Ediția IV)
13. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România- Poziția Societății De Obstetrică Și Ginecologie Din România (Sogr) Față De Vaccinarea Covid-19 A Femeii Gravide Și Care Alăptează 15 Ianuarie 2021
14. COMITETUL NATIONAL DE COORDONARE A ACTIVITATILOR PRIVIND VACCINAREA IMPOTRIVA SARS-CoV-2- Instrucțiunea nr 51/20.01.2021 privind Vaccinarea tip ARNm COVID-19 a femeii gravide sau care alăptează
15. Ministerul Sănătății, Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate- Recomandări referitoare la prevenirea infecțiilor virale în perioada post stare de urgență.
16. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/12/vaccinating-pregnant-and-lactating-patients-against-covid-19>
17. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-womens-health/covid-19-vaccines-and-pregnancy/>
18. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-womens-health/coronavirus-covid-19-and-gynaecological-services/>
19. Vincenzo Berghella, Brenna Hughes, COVID-19: Pregnancy issues and antenatal care, <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-pregnancy-issues-and-antenatal-care>
20. Allotey J, Stallings E, Bonet M, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. BMJ 2020; 370:m3320.
21. Oshay RR, Chen MYC, Fields BKK, et al. COVID-19 in pregnancy: a systematic review of chest CT findings and associated clinical features in 427 patients. Clin Imaging 2021; 75:75.
22. Endler M, Lavelanet A, Cleeve A, Ganatra B, Gomperts R, Gemzell-Danielsson K. Telemedicine for medical abortion: a systematic review. BJOG. 2019 Aug;126(9):1094-1102. doi: 10.1111/1471-0528.15684. Epub 2019 Apr 25. PMID: 30869829; PMCID: PMC7496179.
23. Aiken ARA, Starling JE, Gomperts R, Tec M, Scott JG, Aiken CE. Demand for Self-Managed Online Telemedicine Abortion in the United States During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. Obstet Gynecol. 2020 Oct;136(4):835-837. doi: 10.1097/AOG.0000000000004081. PMID: 32701762; PMCID: PMC7505141.
24. Reynolds-Wright JJ, Johnstone A, McCabe K, Evans E, Cameron S. Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks gestation: a prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. BMJ Sex Reprod Health. 2021 Feb 4;bmjsrh-2020-200976. doi: 10.1136/bmjsrh-2020-200976. Epub ahead of print. PMID: 33542062; PMCID: PMC7868129.
25. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). ArcGIS. Johns Hopkins University. [cited 2020 May

26. Bayefsky MJ, Bartz D, Watson KL. Abortion during the Covid-19 Pandemic - Ensuring Access to an Essential Health Service. *N Engl J Med*. 2020 May 7;382(19):e47. doi: 10.1056/NEJMp2008006. Epub 2020 Apr 9. PMID: 32272002.

27. WHO Preventing unsafe abortion. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

28. Baill IC. Medical Abortion Care During a Pandemic. *J Patient Exp*. 2020 Jun;7(3):291-292. doi: 10.1177/2374373520929923. Epub 2020 Jun 4. PMID: 32821783; PMCID: PMC7410123.

29. Trapani Júnior A, Vanhoni LR, Silveira SK, Marcolin AC. Childbirth, Puerperium and Abortion Care Protocol during the COVID-19 Pandemic. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2020 Jun;42(6):349-355. English. doi: 10.1055/s-0040-1713587. Epub 2020 Jun 30. PMID: 32604438.

30. Raymond EG, Grossman D, Mark A, Upadhyay UD, Dean G, Creinin MD, Coplon L, Perritt J, Atrio JM, Taylor D, Gold M. Commentary: No-test medication abortion: A sample protocol for increasing access during a pandemic and beyond. *Contraception*. 2020 Jun;101(6):361-366. doi: 10.1016/j.contraception.2020.04.005. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32305289; PMCID: PMC7161512.

31. Worldwide IA, Inst G. Induced abortion worldwide, 2016. Available: <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-worldwide> [Accessed 5 May 2020]

32. Sackeim MG. Protecting Access To Abortion During The COVID-19 Pandemic. *Health Aff (Millwood)*. 2020 Aug;39(8):1456-1458. doi: 10.1377/hlthaff.2020.00565. PMID: 32744933.

33. Kumar M, Daly M, De Plecker E, Jamet C, McRae M, Markham A, Batista C. Now is the time: a call for increased access to contraception and safe abortion care during the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health*. 2020 Jul;5(7):e003175. doi: 10.1136/bmjgh-2020-003175. PMID: 32690484; PMCID: PMC7371486.

34. Bateson DJ, Lohr PA, Norman WV, Moreau C, Gemzell-Danielsson K, Blumenthal PD, Hoggart L, Li HR, Aiken ARA, Black KI. The impact of COVID-19 on contraception and abortion care policy and practice: experiences from selected countries. *BMJ Sex Reprod Health*. 2020 Oct;46(4):241-243. doi: 10.1136/bmjshr-2020-200709. Epub 2020 Aug 11. PMID: 32788180.

35. Cioffi A, Cioffi F, Rinaldi R. COVID-19 and abortion: The importance of guaranteeing a fundamental right. *Sex Reprod Healthc*. 2020 Oct;25:100538. doi: 10.1016/j.srhc.2020.100538. Epub 2020 Jun 6. PMID: 32534228.

36. Grossman D. Telemedicine for medical abortion - time to move towards broad implementation. *BJOG*. 2019 Aug;126(9):1103. doi: 10.1111/1471-0528.15802. Epub 2019 May 11. PMID: 31009164.

37. Robinson EF, Moulder JK, Zerden ML, Miller AM, Zite NB. Preserving and advocating for essential care for women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Aug;223(2):219-220.e1. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.022. Epub 2020 May 13. PMID: 32405073; PMCID: PMC7219371.

38. Ferreira-Filho ES, de Melo NR, Sorpreso ICE, Bahamondes L, Simões RDS, Soares-Júnior JM, Baracat EC. Contraception and reproductive planning during the COVID-19 pandemic. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2020 Jun;13(6):615-622. doi: 10.1080/17512433.2020.1782738. Epub 2020 Jun 22. PMID: 32538185.

39. McQuilkin PA, Udhayashankar K, Niescierenko M, et al. . Health-care access during the Ebola virus epidemic in Liberia. *Am J Trop Med Hyg* 2017;97:931-6. 10.4269/ajtmh.16-0702 - DOI - PMC - PubMed

40. Li G, Tang D, Song B, Wang C, Qunshan S, Xu C, Geng H, Wu H, He X, Cao Y. Impact of the COVID-19 Pandemic on Partner Relationships and Sexual and Reproductive Health: Cross-Sectional, Online Survey Study. *J Med Internet Res*. 2020 Aug 6;22(8):e20961. doi: 10.2196/20961. PMID: 32716895; PMCID: PMC7419154.

41. Cohen MA, Powell AM, Coleman JS, Keller JM, Livingston A, Anderson JR. Special ambulatory gynecologic considerations in the era of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and implications for future practice. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Sep;223(3):372-378. doi: 10.1016/j.ajog.2020.06.006. Epub 2020 Jun 6. PMID: 32522513; PMCID: PMC7832936.

42. United Nations Policy brief: the impact of COVID-19 on women, 2020.. Available: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/04/policy-b...>

43. Hall KS, Samari G, Garbers S, et al. . Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. *Lancet* 2020;395:1175–7. 10.1016/S0140-6736(20)30801-1 - [DOI](#) - [PMC](#) - [PubMed](#)
44. Riley T, Sully E, Ahmed Z, et al. . Estimates of the potential impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2020;46:73–6. 10.1363/46e9020 - [DOI](#) - [PubMed](#)
45. Donley G, Chen BA, Borrero S. The legal and medical necessity of abortion care amid the COVID-19 pandemic. *J Law Biosci.* 2020 Apr 29;7(1):lsaa013. doi: 10.1093/jlb/lsaa013. PMID: 32728460; PMCID: PMC7197550.
46. IPPF COVID-19 pandemic cuts access to sexual and reproductive healthcare for women around the world, 2020. Available: <https://www.ippf.org/news/covid-19-pandemic-cuts-access-sexual-and-repro...>
47. Moseson H, Herold S, Filippa S, et al. . Self-managed abortion: a systematic scoping review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2020;63:87–110. 10.1016/j.bpobgyn.2019.08.002 - [DOI](#) - [PubMed](#)
48. Brown BL, Wood SF, Sarpatwari A. Ensuring Safe Access to Mifepristone During the Pandemic and Beyond. *Epub* 2020 Oct 21. PMID: 33085508; PMCID: PMC7592805
49. WHO Medical management of abortion. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2018. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-ab...>
50. Sharma KA, Zangmo R, Kumari A, Roy KK, Bharti J. Family planning and abortion services in COVID 19 pandemic. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2020 Nov;59(6):808-811. doi: 10.1016/j.tjog.2020.09.005. *Epub* 2020 Sep 10. PMID: 33218393; PMCID: PMC7833030.
51. UKDHSC Temporary approval of home use for both stages of early medical abortion. UKDHSC, 2020. <https://www.gov.uk/government/publications/temporary-approval-of-home-us...>
52. Gemzell-Danielsson K, Kopp Kallner H, Faúndes A. Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014 Jul;126 Suppl 1:S52-5. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.03.003. *Epub* 2014 Mar 27. PMID: 24739476.
53. Wang Y, Yang Q. Post Abortion Care and Management After Induced Abortion During the COVID-19 Pandemic: A Chinese Expert Consensus. *Adv Ther.* 2021 Feb;38(2):1011-1023. doi: 10.1007/s12325-020-01610-9. *Epub* 2021 Jan 18. PMID: 33459975; PMCID: PMC7812565.
54. WHO COVID-19 and violence against women. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2020. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/vaw-covid-19/en/>
55. Juan J, Gil MM, Rong Z, Zhang Y, Yang H, Poon LC. Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020 Jul;56(1):15-27. doi: 10.1002/uog.22088. PMID: 32430957; PMCID: PMC7276742.
56. WHO consolidated guideline on self-care interventions for health: sexual and reproductive health and rights. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2019. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/self-care-interventi...>
57. Fuleihan C. *American College of Obstetricians and Gynecologists v. United States Food & Drug Administration*: Restricted Access to Medical Abortion Threatens Reproductive Rights during the COVID-19 Pandemic. *Am J Law Med.* 2020 Nov;46(4):507-517. doi: 10.1177/0098858820975536. PMID: 33413017.
58. Romanis EC, Parsons JA. Legal and policy responses to the delivery of abortion care during COVID-19. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020 Dec;151(3):479-486. doi: 10.1002/ijgo.13377. *Epub* 2020 Oct 5. PMID: 32931598.
59. Patel P, Narayana S, Thill Z, Gold M, Paul A. Family Physicians' Role in Simplifying Medication Abortion During the COVID-19 Pandemic. *J Am Board Fam Med.* 2021 Feb;34(Suppl):S33-S36. doi: 10.3122/jabfm.2021.S1.200208. PMID: 33622815.
60. Baud D, Greub G, Favre G, Gengler C, Jatton K, Dubruc E, Pomar L. Second-Trimester Miscarriage in a Pregnant Woman With SARS-CoV-2 Infection. *JAMA.* 2020 Jun 2;323(21):2198-2200. doi: 10.1001/jama.2020.7233. PMID: 32352491; PMCID: PMC7193526

61. No Touch Medication Abortion Protocol [Available from <https://www.reproductiveaccess.org/resource/no-touch-mab-protocol/>

62. Bellizzi S, Ronzoni AR, Pichierri G, Cegolon L, Salaris P, Panu Napodano CM, Fiamma M. Safe abortion amid the COVID-19 pandemic: The case of Italy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020 Aug;150(2):254-255. doi: 10.1002/ijgo.13233. Epub 2020 Jun 16. PMID: 32437584

63. Wu YT, Li C, Zhang CJ, Huang HF; FRCOG. Is termination of early pregnancy indicated in women with COVID-19? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020 Aug;251:271-272. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.05.037. Epub 2020 May 20. PMID: 32456886; PMCID: PMC7237912.

64. RANZCOG - COVID-19: Access to reproductive health services [Available from <https://ranzco.org.au/news/covid-19-access-to-reproductive-healthservices>

65. Bourne T, Kyriacou C, Coomarasamy A, Al-Memar M, Leonardi M, Kirk E, Landolfo C, Blanchette-Porter M, Small R, Condous G, Timmerman D. ISUOG Consensus Statement on rationalization of early-pregnancy care and provision of ultrasonography in context of SARS-CoV-2. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020 Jun;55(6):871-878. doi: 10.1002/uog.22046. PMID: 32267981; PMCID: PMC7262213.

66. Gill R, Norman WV. Telemedicine and medical abortion: dispelling safety myths, with facts. *Mhealth.* 2018 Feb 1;4:3. doi: 10.21037/mhealth.2018.01.01. PMID: 29552565; PMCID: PMC5847856.

67. Kumar N. COVID 19 era: a beginning of upsurge in unwanted pregnancies, unmet need for contraception and other women related issues. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2020 Aug;25(4):323-325. doi: 10.1080/13625187.2020.1777398. Epub 2020 Jun 22. PMID: 32567961.

68. Todd-Gher J, Shah PK. Abortion in the context of COVID-19: a human rights imperative. *Sex Reprod Health Matters.* 2020 Dec;28(1):1758394. doi: 10.1080/26410397.2020.1758394. PMID: 32308156

69. Ruggiero S, Brandi K, Mark A, Paul M, Reeves MF, Schalit O, Blanchard K, Key K, Chandrasekaran S. Access to later abortion in the United States during COVID-19: challenges and recommendations from providers, advocates, and researchers. *Sex Reprod Health Matters.* 2020 Dec;28(1):1774185. doi: 10.1080/26410397.2020.1774185. PMID: 32460663.

70. Aiken ARA, Starling JE, Gomperts R, Scott JG, Aiken CE. Demand for self-managed online telemedicine abortion in eight European countries during the COVID-19 pandemic: a regression discontinuity analysis. *BMJ Sex Reprod Health.* 2021 Jan 11;bmjsrh-2020-200880. doi: 10.1136/bmjsrh-2020-200880. Epub ahead of print. PMID: 33431614; PMCID: PMC7802389.

71. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance. Available at <https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/clinicalmanagement-of-novel-cov.pdf>

72. FIGO. COVID-19 Contraception and Family Planning. <https://www.figo.org/covid-19-contraception-and-family-planning> [Available from <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/coronaviruspregnancy/covid-19-virus-infection-and-pregnancy/>

73. Aiken A, Lohr PA, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG.* 2021 Feb 18. doi: 10.1111/1471-0528.16668. Epub ahead of print. PMID: 33605016.

74. Gambir K, Garnsey C, Necastro KA, Ngo TD. Effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home versus in the clinic: a systematic review and meta-analysis in response to COVID-19. *BMJ Glob Health.* 2020 Dec;5(12):e003934. doi: 10.1136/bmjgh-2020-003934. PMID: 33380413; PMCID: PMC7780419.

75. Gambir K, Kim C, Necastro KA, et al. Self-Administered versus provider-administered medical abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;3:CD013181.

76. Tolu LB, Feyissa GT, Jeldu WG. Guidelines and best practice recommendations on reproductive health services provision amid COVID-19 pandemic: scoping review. *BMC Public Health.* 2021 Feb 3;21(1):276. doi: 10.1186/s12889-021-10346-2. PMID: 33536001; PMCID: PMC7856605.

77. Singh S, Remez L, Sedgh G, et al. Abortion worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. N Y Guttmacher Inst
78. Barot S. The roadmap to safe abortion worldwide: lessons from new global trends on incidence, legality and safety. N Y Guttmacher Inst 2018;21:6
79. Footman K, Keenan K, Reiss K, et al. Medical abortion provision by pharmacies and drug sellers in low- and middle-income countries: a systematic review. Stud Fam Plann 2018;49:57–70
80. Fix L, Seymour JW, Sandhu MV, Melville C, Mazza D, Thompson TA. At-home telemedicine for medical abortion in Australia: a qualitative study of patient experiences and recommendations. BMJ Sex Reprod Health. 2020 Jul;46(3):172-176. doi: 10.1136/bmjsex-2020-200612. PMID: 32665231.
81. Moreau C, Shankar M, Glasier A, Cameron S, Gemzell-Danielsson K. Abortion regulation in Europe in the era of COVID-19: a spectrum of policy responses. BMJ Sex Reprod Health. 2020 Oct 22;bmjsex-2020-200724. doi: 10.1136/bmjsex-2020-200724. Epub ahead of print. PMID: 33093040.
82. Raymond EG, Chong E, Hyland P. Increasing access to abortion with telemedicine. JAMA Intern Med 2016;176:585-6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 143: medical management of first-trimester abortion. Obstet Gynecol 2014;123:676-92.
83. Gomperts RJ, Jelinska K, Davis S, et al. Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. BJOG 2008;115:1171-5; discussion 1175-8.
84. The care of women Requesting induced abortion (Evidence-based Clinical Guideline No. 7). Available online: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-researchservices/guidelines/the-care-of-women-requesting-induced-abortion/>
85. Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, Carey M, Otchet F, MacLean-Brine D, et al. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. CMAJ 2005;172(5):637-41
86. Hussein J. COVID-19: what implications for sexual and reproductive health and rights globally? Sex Reprod Health Matters. 2020. DOI: 10.1080/26410397.2020.1746065.
87. Marie Stopes International, Stories from the frontline: in the shadow of the COVID-19 pandemic. 2020. Available from: <https://www.mariestopes.org/covid-19/stories-from-the-frontline/>
88. Abramowicz JS, Basseal JM, Brezinka C, Dall'Asta A, Deng J, Harrison G, Marsal K, Lee JCS, Lim A, Miloro P, Poon LC, Salvesen KJ, Sande R, ter Haar G, Westerway SC, Xie MX, Lees C. ISUOG Safety Committee Position Statement on use of personal protective equipment and hazard mitigation in relation to SARS-CoV-2 for practitioners undertaking obstetric and gynecological ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol 2020. <https://www.isuog.org/uploads/assets/b8dde768-08a2-424ca4615551637515e9/ISUOG-Safety-Committee-statement-on-COVID19-and-PPE.pdf>
89. Poon LC, Abramowicz JS, Dall'Asta A, Sande R, ter Haar G, Marsal K, Brezinka C, Miloro P, Basseal J, Westerway SC, Abu-Rustum RS. ISUOG Safety Committee Position Statement: safe performance of obstetric and gynecological scans and equipment cleaning in the context of COVID-19. Ultrasound Obstet Gynecol 2020. DOI: 10.1002/uog.22027. . Bobdiwala S, Saso S, Verbakel JY, Al-Memar M, Van Calster B, Timmerman D, Bourne T. Diagnostic protocols for the management of pregnancy of unknown location: A systematic review and meta-analysis. BJOG 2019; 126: 190–198
90. Bobdiwala S, Christodoulou E, Farren J, Mitchell-Jones N, Kyriacou C, Al-Memar M, Ayim F, Chohan B, Kirk E, Abughazza O, Guruwadahyhalli, Guha S, Vathanan V, Bottomley C, Gould D, Stalder C, Timmerman D, Van Calster B, Bourne T. Triaging women with pregnancy of unknown location using two-step protocol including M6 model: clinical implementation study. Ultrasound Obstet Gynecol 2020; 55: 105–114
91. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet].
92. Pei-Fang W. Diagnosis and Treatment Protocol for Novel Coronavirus Pneumonia (Trial Version 7). Chin Med J. 2020;133:1087–95.

93. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected [Internet]. Available from: <https://www.who.int/publications-detailredirect/10665-331495>

94.] Chen H, Guo J, Wang C, Luo F, Yu X, Zhang W, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet* 2020;395 (10226):809–15.

95. World Health Organization, editor. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge: clean care is safer care. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Patient Safety; 2009

96. Information NC for B, Pike USNL of M 8600 R, MD B, Usa 20894. Clinical Practice Handbook for Safe Abortion. Post Abortion. [Internet]. World Health Organization; 2014 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190099/>

97. Federation of Surgical Specialty Associations (FSSA). Clinical Guide to Surgical Prioritisation During the Coronavirus Pandemic. In: Federation of Surgical Specialty Associations, ed. Glasgow, 2020. https://fssa.org.uk/_userfiles/pages/files/covid19/prioritisation_master_260620amended.pdf

98. O'Shea LE, Hawkins JE, Lord J, et al. Access to and sustainability of abortion services: a systematic review and meta-analysis for the National Institute of Health and Care Excellence—new clinical guidelines for England. *Human Reproduction Update* 2020 doi: 10.1093/humupd/dmaa026 <https://doi.org/10.1093/humupd/dmaa026>

99. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, and British Society of Abortion Care Providers. Clinical Guidelines for Early Medical Abortion at Home - England. 3-1-2019. London, RCOG/FSRH/BSACP. www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/early-medical-abortion-home-england/

III ANEXE

Anexa 1: Instrumentul de evaluare AGREE II pentru evaluarea ghidurilor clinice actualizate în cadrul Proiectului POCU/91/4/8 cod 109601

Nr crt	Domeniul	Scor						
		1	2	3	4	5	6	7
	Domeniul 1. Scop și obiective							
1	Obiectivul (obiectivele) general al ghidului este (sunt) specific descris.							
	<i>Criterii evaluare</i>	- <i>Intenția ghidului (prevenție, screening, diagnostic, tratament, etc)</i> - <i>Beneficiul/rezultatul așteptat</i> - <i>Populația țintă, Impact social</i>						
	<i>Comentarii</i>							
2	Întrebările (problemele) clinice acoperite de ghid sunt specific descrise.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- <i>Populația țintă</i> - <i>Intervenția/expunerea</i> - <i>Comparații (dacă este adecvat)</i> - <i>Rezultat</i> - <i>Tipul/contextul unității de îngrijire sanitară</i>						
	<i>Comentarii</i>							
3	Pacienții/ Populația cărora urmează să li se aplice ghidul sunt descriși specific	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- <i>Populația țintă, vârstă, sex</i> - <i>Condiția clinică (dacă e relevantă)</i> - <i>Severitatea/stadiul bolii (dacă e relevant)</i> - <i>Comorbidități (dacă e relevant)</i> - <i>Populația exclusă (dacă e relevant)</i>						

	<i>Comentarii</i>							
	Scor domeniul 1	(Scor obținut-3) / 18 x 100=						
	Domeniul 2. Implicarea factorilor de decizie	1	2	3	4	5	6	7
4	Grupul de dezvoltare al ghidului include indivizi din toate grupurile profesionale relevante.							
	<i>Criterii evaluare</i>	<i>Pentru fiecare membru al grupului de dezvoltare: nume, specialitate/expertiză, instituție, rol în grup</i>						
	<i>Comentarii</i>							
5	Opiniile și preferințele populației țintă (pacienți, public etc.) au fost căutate.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Declarație privind tipul de strategie folosit pentru captarea opiniilor/preferințelor pacienților (de ex participarea în grupul de dezvoltare a ghidului, date din literatură) - Metodele cu care preferințele și opiniile au fost căutate (date din literatură, sondaje etc) - Informații/ rezultate obținute în legătură cu informațiile despre populația țintă - Descriere cum informațiile obținute au fost folosite în dezvoltarea ghidului/formularea recomandărilor						
	<i>Comentarii</i>							
6	Utilizatorii țintă ai ghidului sunt clar definiți.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Descriere clară a audienței ghidului (specialiști, medici de familie, pacienți, instituții clinice, etc)						

		- Descriere cum ghidul poate fi utilizat de către audiența țintă (de ex pt decizii clinice, politici sanitare, standarde de îngrijire)						
	<i>Comentarii</i>							
	Scor domeniul 2	(Scor obținut-3) / 18 x 100=						
	Domeniul 3. Rigoarea elaborării	1	2	3	4	5	6	7
7	Au fost folosite metode sistematice pentru a căuta dovezi							
	<i>Criterii evaluare</i>	- Numirea bazelor de date electronice unde a fost efectuată căutarea (EMBASE, MEDLINE, etc) - Intervalul de timp de căutare - Termenii de căutare utilizați - Strategia de căutare completă (ex. posibil explicată în apendix)						
	<i>Comentarii</i>							
8	Criteriile pentru selectarea dovezilor sunt clar descrise.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Descrierea criteriilor de includere : populația țintă, design studiu, comparații (daca sunt relevante), rezultate, limbă (dacă e relevant), context (dacă e relevant) - Descriere criterii de excludere						
	<i>Comentarii</i>							
9	Puterea și limitările dovezilor sunt clar descrise	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Descrierea modului în care dovezile au fost evaluate pentru bias și cum a fost interpretată de membrii grupului de dezvoltare a ghidului						

		- Aspecte legate de descrierea dovezilor folosite: design studiu/i, limitările metodologiei studiilor, relevanță rezultatelor primare și secundare considerate, consistența rezultatelor, magnitudinea beneficiilor vs riscurilor, aplicabilitatea în context						
	<i>Comentarii</i>							
10	Metodele de formulare a recomandărilor sunt clar descrise.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Descrierea procesului de dezvoltare a recomandărilor - Rezultatele procesului de dezvoltare a recomandărilor - Descriere cum procesul a influențat recomandările						
	<i>Comentarii</i>							
11	Beneficiile pentru sănătate, efectele secundare și riscurile au fost luate în considerare la formularea recomandărilor.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Datele ce susțin și raportarea beneficiilor - Datele ce susțin și raportarea efectelor adverse/negative/riscuri - Raportul beneficiu/risc/efecte adverse - Recomandările reflectă evaluarea atât a beneficiilor cât și a efectelor secundare/riscuri						
	<i>Comentarii</i>							
12	Există o legătură explicită între recomandări și dovezile justificative.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Ghidul descrie modul în care grupul de dezvoltare a legat și inclus dovezile pentru formularea recomandărilor - Fiecare recomandare este legată de o dovadă cheie (descriere/paragraf) și/sau de lista de referințe						

		- Recomandările sunt legate de rezumatele dovezilor, tabele cu dovezi în secțiunea de rezultate a ghidului						
	<i>Comentarii</i>							
13	Ghidul a fost revizuit extern/independent de experți înainte de publicare.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Scopul și intenția evaluării externei (de ex ameliorarea calității, feedback asupra draftului, evaluarea aplicabilității, diseminarea dovezilor) - Metodele pentru evaluarea externă (de ex scală rating, întrebări deschise) - Descrierea evaluatorilor externi (număr, tip, afiliere) - Rezultatele/informațiile obținute în urma evaluării externe (de ex rezumatul principalelor observații) - Descriere cum informația obținută a fost folosită în procesul de dezvoltare a ghidului și/sau de formulare a recomandărilor (de ex comisia ghidului a luat în considerare rezultatele evaluării în formularea recomandărilor finale)						
	<i>Comentarii</i>							
14	Este furnizată o procedură pentru actualizarea ghidului.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Declarație că ghidul va fi actualizat - Intervalul de timp sau criteriile de actualizare - Metodologia procedurii de actualizare este raportată						
	<i>Comentarii</i>							
	Scor domeniul 3	(Scor obținut-8) / 48 x 100=						
	Domeniul 4. Claritatea prezentării	1	2	3	4	5	6	7

15	Recomandările sunt specifice și lipsite de ambiguități.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Declaraarea acțiunii recomandate - Identificarea intenției/scopului acțiunii recomandate (de ex ameliorarea calității vieții, reducerea efectelor secundare etc) - Identificarea populației relevante (de ex pacienți, public) - Pacienții sau condițiile pentru care recomandările nu se aplică (dacă este relevant)						
	<i>Comentarii</i>							
16	Diferitele opțiuni pentru gestionarea unor probleme de sănătate sunt prezentate clar	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Descrierea opțiunilor - Descrierea populației sau condiției clinice cea mai adecvate pt fiecare opțiune						
	<i>Comentarii</i>							
17	Recomandările cheie sunt ușor de identificat	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Descrierea recomandărilor într-o căsuță rezumativă, bolduite, subliniate sau prezentate ca diagrame sau algoritmi - Recomandările specifice sunt grupate într-o secțiune						
	<i>Comentarii</i>							
	Scor domeniul 4	(Scor obținut-3) / 18 x 100=						
	Domeniul 5. Aplicabilitate	1	2	3	4	5	6	7

18	Ghidul descrie elemente de facilitare și bariere în aplicarea sa	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Identificarea tipurilor de facilitatori și bariere a fost luată în considerare - Metodele de căutare a informațiilor despre facilitatori și bariere în implementarea recomandărilor (de ex feedback factori de decizie, teste pilot) - Descrierea tipurilor de facilitatori și bariere ce au apărut după căutare (de ex specialiștii au abilitățile să pună în aplicare recomandările, lipsa echipamentului suficient pentru a face mamografie la toate persoanele eligibile) - Descriere cum informația a influențat procesul de dezvoltare a ghidului/formulare a recomandărilor						
	<i>Comentarii</i>							
19	Ghidul oferă sfaturi și / sau instrumente cu privire la modul în care recomandările pot fi puse în practică	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Există o secțiune de implementare a ghidului - Unelte și resurse pentru facilitarea aplicării : rezumat ghid, linkuri către algoritmi/checklisturi, linkuri către manual cum-să, soluții pentru analiza barierelor, unelte pentru capitalizarea facilitatorilor, rezultatele testului pilot și lecțiile învățate						
	<i>Comentarii</i>							
20	Implicațiile potențiale ale costurilor aplicării recomandărilor au fost luate în considerare	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Identificare tipului de costuri ce au fost luate în considerare (de ex evaluări economice, cost achiziție medicamente) - Metodele de căutare a informației despre cost (de ex un economist a făcut parte din comisie)						

		- Informarea/descrierea informației despre cost ce a fost obținută în urma căutării (de ex cost achiziție medicament/ ciclu tratament) - Descrierea modului în care informațiile obținute au influențat dezvoltarea ghidului/formularea recomandărilor						
	<i>Comentarii</i>							
21	Ghidul prezintă criteriile de monitorizare și/sau de auditare	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Identificarea criteriilor de evaluare a implementării ghidului sau aderenței la recomandări - Criterii de evaluare a impactului implementării recomandărilor - Frecvența și intervalul de măsurare - Descrierea modului în care criteriile trebuie măsurate						
	<i>Comentarii</i>							
	Scor domeniul 5	(Scor obținut-4) / 24 x 100=						
	Domeniul 6. Independența editorială	1	2	3	4	5	6	7
22	Opiniile organismului de finanțare nu au influențat conținutul ghidului.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	- Numele organismului de finanțare						

		<i>- Declarație că organismul de finanțare nu a influențat conținutul ghidului</i>						
	<i>Comentarii</i>							
23	Conflictele de interes ale membrilor elaborarii ghidurilor au fost înregistrate și adresate.	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Criterii evaluare</i>	<i>- Descrierea tipurilor de conflicte de interes - Metodele prin care conflictele de interes au fost căutate - Descrierea conflictelor de interes - Descriere cum conflictele de interes au influențat elaborarea ghidului și a recomandărilor</i>						
	<i>Comentarii</i>							
	<i>Scor domeniul 6</i>	(Scor obținut-2) / 12 x 100=						
	<i>Evaluare generală a ghidului</i>	1	2	3	4	5	6	7
	<i>Răspuns</i>							
	<i>Recomandarea pentru utilizarea ghidului</i>	DA		DA, cu modificări			NU	
	<i>Criterii evaluare</i>	<i>Va include evaluarea globală a ghidului și recomandarea evaluatorului pentru aplicarea acestuia.</i>						

	<i>Comentarii</i>	
--	-------------------	--

Numele și prenumele evaluatorului

.....

Semnătura

.....

Data.....

Instrucțiuni de folosire a instrumentului AGREE

1. Recomandări înainte de utilizarea instrumentului AGREE

Înainte de a utiliza instrumentul AGREE se recomandă citirea cu atenție a întregului conținut scris al ghidului propus. Informații adiționale legate de dezvoltarea ghidului sunt recomandate a fi obținute de către evaluator.

2. Structura și conținutul AGREE

Domeniul 1: Domeniul de aplicare și scop se referă la evaluarea în ansamblu a ghidului, întrebările specifice la care își propune să răspundă și populația țintă (1-3).

Domeniul 2: Implicarea factorilor de decizie se referă la reprezentivitatea factorilor majori direct implicați și părerile utilizatorilor grupului în țintă și extensia în care acestea au fost luate în considerare în redactarea ghidului (4-6).

Domeniul 3: Acuratețea elaborării se referă la procedul folosit pentru obținerea și sinteza informațiilor, metodologia pentru formularea recomandărilor și actualizarea acestora (7-14)

Domeniul 4: Claritatea și modul de prezentare se referă la limbaj, structură și formatarea ghidului (15-17).

Domeniul 5: Aplicabilitate. Metode de implementare se referă la posibilele impedimente sau factori favorabili pentru implementare, strategii pentru îmbunătățirea utilizării, resurse implicate pentru aplicarea ghidului (18-21).

Domeniul 6: Independența editorială se referă la posibilitatea ca recomandările formulate să fie biasate de posibile conflicte de interese (22-23).

Evaluarea finală se referă la evaluarea per global a calității ghidului și la recomandarea evaluatorului referitoare la utilizarea sa în practică.

3. Scala de evaluare

Fiecare item AGREE se evaluează pe o scală de la 1 la 7, unde 1= dezacord profund și 7= acord puternic. Instrucțiuni mai detaliate se pot regăsi în manualul utilizatorului instrumentului AGREE.

Un scor de 1 ar trebui acordat când nici o informație nu este relevantă din punct de vedere AGREE, un scor de 7- când calitatea dovezilor este excelentă și toate criteriile și considerațiile din manual au fost îndeplinite.

Pentru scoruri între 2 și 6, acestea trebuie acordate crescător în funcție de cât de multe criterii sau considerații prevăzute în manualul de utilizare sunt atinse.

Se vor utiliza criteriile expuse pentru fiecare item și de asemenea considerațiile adiționale.

Criteriile adiționale sunt:

- Este item-ul scris corect? Sunt descrierile clare și concise?
- Este item-ul ușor de identificat în conținutul ghidului?
- Sunt destule informații legate de întrebările la care se adresează elementul din ghid, astfel încât oricine să poată dezvolta un ghid pe temă sau să înțeleagă pacienții/populația și contextul descris în cadrul ghidului?
- Au fost implicate persoanele și experții adecvate pentru respectivul item al ghidului?
- Utilizarea unor descrieri fără bias, obiective, neutre? Au fost acestea complete?

4. Calcularea scorului

Se va utiliza următoarea formulă pentru fiecare domeniu pentru fiecare evaluator în parte și ulterior pentru toți evaluatorii:

$$(Scor\ obținut - Scor\ minim) / (Scor\ maxim - Scor\ minim) * 100 = \dots\dots\dots$$

5. Evaluare generală

Va include evaluarea globală a ghidului și recomandarea evaluatorului pentru aplicarea acestuia.

Anexa 2: Declarația privind conflictul de interese

DECLARAȚIE privind evitarea conflictului de interese

1. Subsemnatul(a),
CNP....., posesor al actului de identitate seria nr,
având funcția didactică de la Universitatea
....., și funcția de
..... la
..... în calitate de
..... (membru proiect, evaluator, consultant, etc.) în
cadrul proiectului POCU 91/4/8 cu titlul: „**Creșterea calității actului medical prin
îmbunătățirea nivelului competențelor profesioniștilor din sectorul medical**”, organizată
de Ministerul Fondurilor Europene, declar pe proprie răspundere, sub sancțiunea falsului în
declarații, următoarele referitoare la activitatea comisiei 1 de actualizare a ghidurilor de
practică „Managementul medical și chirurgical al avortului în trimestrul I și II de sarcină” :

a) nu dețin părți sociale, părți de interes, acțiuni din capitalul subscris, ori al persoanelor care
fac parte din consiliul de administrație/organul de conducere al Ministerului Fondurilor
Europene;

b) nu am, direct ori indirect, un interes personal, financiar, economic sau de altă natură, ori
mă aflu într-o altă situație de natură să afecteze independența și imparțialitatea autorității
contractante pe parcursul procesului de evaluare;

c) nu am drept membri în cadrul consiliului de administrație/organ de conducere sau de
supervizare și/sau nu am acționari ori asociați semnificativi persoane care sunt soț/soție, rudă
sau afîn până la gradul al doilea inclusiv ori care se află în relații comerciale cu persoane cu
funcții de decizie în cadrul Ministerului Fondurilor Europene;

d) nu am nominalizat printre principalele persoane desemnate pentru executarea contractului
persoane care sunt soț/soție, rudă sau afîn până la gradul al doilea inclusiv ori care se află în
relații comerciale cu persoane cu funcții de decizie în cadrul autorității contractante (conform
anexei), despre care am luat la cunoștință din documentația de atribuire.

e) declar că nu mă aflu în vreuna dintre situațiile de incompatibilitate

2. Subsemnatul/a..... declar că voi informa imediat autoritatea contractantă dacă vor interveni modificări în prezenta declarație la orice punct pe parcursul derulării proiectului.

3. De asemenea, declar că informațiile furnizate sunt complete și corecte în fiecare detaliu și înțeleg că autoritatea contractantă are dreptul de a solicita, în scopul verificării și confirmării declarațiilor, situațiilor și documentelor orice informații suplimentare.

4. Subsemnatul/a autorizez prin prezenta orice instituție, societate comercială, bancă, alte persoane juridice să furnizeze informații reprezentanților autorizați ai Ministerului Fondurilor Europene, cu privire la orice aspect tehnic și financiar în legătură cu activitatea mea.

Data completării

Numele și prenumele, _____

Semnătura, _____

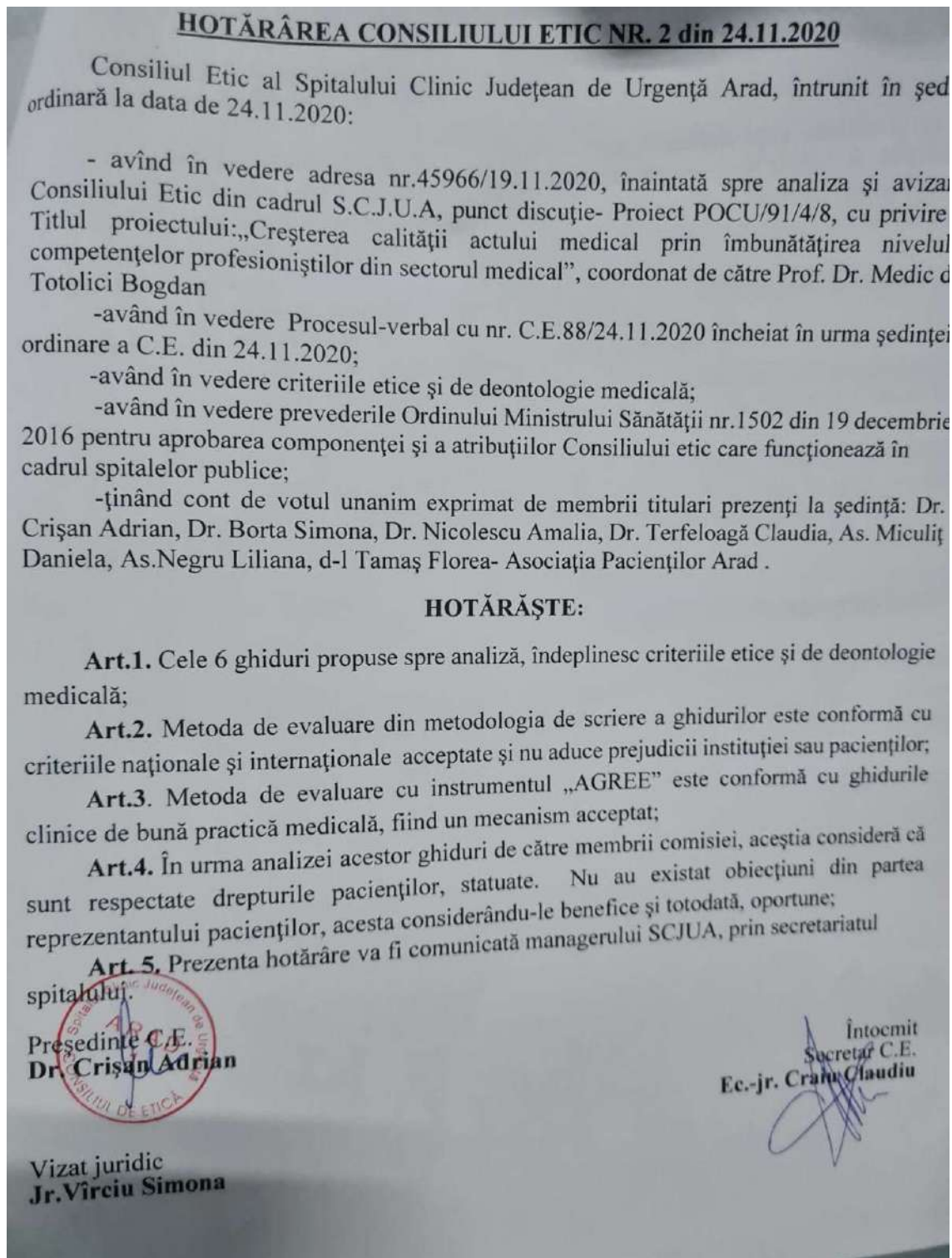
Avizat Manager de Proiect,

Onel Alexandru Fica Mircea

Semnătură: _____

Data:

Anexa 3: Avizul comisiei de etică a SCJU Arad



Anexa 4: Grade de recomandare și nivele ale dovezilor utilizate în ghidul „Managementul medical și chirurgical al avortului în trimestrul I și II de sarcină”

Tabel 1. Clasificarea tăriei aplicate gradelor de recomandare

Standard	Standardele sunt norme care trebuie aplicate rigid și trebuie urmate în cvasitotalitatea cazurilor, excepțiile fiind rare și greu de justificat.
Recomandare	Recomandările prezintă un grad scăzut de flexibilitate, nu au forța Standardelor, iar atunci când nu sunt aplicate, acest lucru trebuie justificat rațional, logic și documentat.
Opțiune	Opțiunile sunt neutre din punct de vedere a alegerii unei conduite, indicând faptul că mai multe tipuri de intervenții sunt posibile și că diferiți medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire și nu necesită justificare.

Tabel 2. Clasificarea puterii științifice gradelor de recomandare

Grad A	Necesită cel puțin un studiu randomizat și controlat ca parte a unei liste de studii de calitate publicate pe tema acestei recomandări (nivele de dovezi Ia sau Ib).
Grad B	Necesită existența unor studii clinice bine controlate, dar nu randomizate, publicate pe tema acestei recomandări (nivele de dovezi IIa, IIb sau III).
Grad C	Necesită dovezi obținute din rapoarte sau opinii ale unor comitete de experți sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu (nivele de dovezi IV). Indică lipsa unor studii clinice de bună calitate aplicabile direct acestei recomandări.
Grad E	Recomandări de bună practică bazate pe experiența clinică a grupului tehnic de elaborare a acestui ghid.

Tabel 3. Clasificarea nivelelor de dovezi

Nivel Ia	Dovezi obținute din meta-analiza unor studii randomizate și controlate
Nivel Ib	Dovezi obținute din cel puțin un studiu randomizat și controlat, bine conceput
Nivel IIa	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine concepute
Nivel IIb	Dovezi obținute din cel puțin un studiu quasi-experimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare
Nivel III	Dovezi obținute de la studii descriptive, bine concepute
Nivel IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau experiență clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu

Anexa 5: Acord informat general al pacientului de utilizat în ghidul „Managementul medical și chirurgical al avortului în trimestrul I și II de sarcină”

ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT

Acest document a fost emis, încheiat și semnat în temeiul prevederilor următoarelor reglementări legale:

- Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, așa cum a fost modificată – art.649 și următoarele.
- Ordinul nr.482/2007 al Ministerului Sănătății Publice – „Norme metodologice de aplicare a titlului XV răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice” din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.
- Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1411/2016 privind modificarea și completarea OMS nr. 482/2007
- Legea nr.46/2003 a drepturilor pacientului și Ordinul Administrației Publice nr 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003
- Ordinul Ministerului Sănătății nr.386/2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a legii drepturilor pacientului nr.46/2003.
- Legea 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date

Personalul medical care îngrijește pacientul		
Nr. Crt.	Nume și prenume	Statut profesional

1. Date pacient	Nume și prenume:
	Codul numeric personal:
	Domiciliul/reședință:
COD PACIENT*	
2. Reprezentant legal**	Nume și prenume:
	Codul numeric personal:
	Domiciliul/reședință:

	Calitate:		
3. Actul medical (descriere)			
4. Informații legate de starea de sănătate furnizate pacientului	Item/Răspuns	Da	Nu
	Date despre starea de sănătate		
	Diagnostic sau supozițiile de diagnostic		
	Prognostic și rata vindecării		
	Natura și scopul actului medical propus		
	Intervențiile și strategia terapeutică propuse		
	Beneficiile și consecințele actului medical, insistându-se asupra următoarelor:		
	Riscurile și consecințele potențiale ale actului medical, riscurile manevrelor medico – chirurgicale, inclusiv riscul infecțios al acestora, insistându-se asupra următoarelor:		
	Interacțiuni ale tratamentului cu alte medicamente/activități sau consecințe ale medicației/tratamentului recomandat cu alte tratamente sau activități uzuale		
	Riscurile de recidivă și acutizare		
	Alternative viabile de tratament și riscurile acestora, insistându-se asupra următoarelor:		
	Riscurile neefectuării tratamentului		
	Riscurile nerespectării recomandărilor medicale		
5. Consimțământ pentru recoltare	Pacientul este de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea produselor biologice		
	Pacientul este de acord cu depistarea anumitor boli infecțioase sau genetice		

6. Consimțământ pentru efectuarea de investigații:	1. Ecografie		
	2. Recoltare grup sanguin și Rh		
	3.		
7. Alte informații furnizate pacientului	Informații despre serviciile medicale disponibile și modul de acces la acestea		
	Informații despre identitatea și statutul profesional al personalului care îl tratează		
	Pacientul a luat la cunostință și va respecta regulile și practicile, precum și Regulamentul de ordine interioară pentru pacienți al Spitalului,		
	Pacientul a fost informat că are dreptul la o a doua opinie medicală		
	Date disponibile rezultate din cercetări științifice și activități de inovare tehnologică referitoare la diagnosticul și tratamentul afecțiunii pacientului		
	Pacienții au acces egal la îngrijiri medicale, fără discriminare pe bază de rasă, sex, vârstă, apartenență etnică, origine națională, religie, opțiune politică sau antipatie personală		
8.	Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate.		
9.	Pacientul își declară consimțământul pentru prelucrarea și utilizarea datelor personale care vor fi raportate criptat către Școala Națională de Statistică în vederea decontării de către CJAS a serviciilor medicale		
10.	Pacientul își exprimă consimțământul pentru participarea la învățământul medical;		
11.	Pacientul este de acord cu înregistrarea video/fotografică a unor proceduri medicale		
12.	Suferiți de o afecțiune care vă afectează discernământul?		

* Se va utiliza nr F.O., nr. reg., etc

**Se utilizează în cazul „minorilor și majorărilor fără discernământ”

1. Subsemnatul pacient/reprezentant legal al pacientului _____ declară că am înțeles toate informațiile furnizate de către medicul _____, că am prezentat medicului doar informații adevărate și îmi exprim **consimțământul informat** pentru efectuarea actului medical. De asemenea, în cazul apariției în timpul procedurii a unei complicații ce necesită alte manevre medicale de urgență, sunt de acord ca aceasta să se efectueze în conformitate cu decizia medicului curant.

Data: ____/____/____ ora: ____

Semnătura pacientului/reprezentant legal care consimte informat la efectuarea actului medical:

--

2. Subsemnatul pacient/ reprezentant legal al pacientului: _____
_____ declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către medicul
_____, că am prezentat medicului doar informații
adevărate și și enumerate mai sus, că mi s-au explicat **consecințele refuzului actului medical**
și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical.

Data: ____/____/____ ora: ____

Semnătura pacientului/reprezentant legal care refuză efectuarea actului medical:

--

Acest formular în 2 exemplare trebuie semnat atât de medic, cât și de pacientă.

*După semnarea acestui CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT de către pacientă și de către medic, se va înmâna o copie
pacientei, înainte ca aceasta să plece din cabinet și se va atașa o copie la fișa ei medicală.*

Prezentul document reprezintă anexa la acordul informat exprimat de către:

Nume Pacient..... Cod Pacient:.....

În data de.....

pentru actul medical

Tabel cu personalul medical care îngrijește pacientul (numele și prenumele pacientului)		
Nr. crt.	Numele și prenumele	Statutul profesional
1		
2		
3		
4		
5		

Declarație privind ÎNTRERUPEREA ACTULUI MEDICAL

Subsemnatul (pacient/reprezentant legal).....declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către medic cu privire la posibilitățile de evoluție ale bolii mele, atât fără tratament, cât și cu tratamentul propus. Mi s-au explicat consecințele întreruperii actului medical și imi exprim refuzul pentru continuarea actului medical

.....
.....
.....

Data:

Observații:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Semnătura pacient/ reprezentant legal:

Semnătura și parafa medic:

Acord informat specific al pacientului de utilizat în ghidul „Managementul medical și chirurgical al avortului în trimestrul I și II de sarcină”

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT AL PACIENTEI

Consiliați pacienta privind riscurile utilizării medicamentului care conține combinația mifepristonă - misoprostol. Acest formular în 2 exemplare trebuie semnat atât de medic, cât și de pacientă.

ACORDUL PACIENTEI:

1. Am decis să primesc tratamentul cu medicamentul..... care conține combinația mifepristonă – misoprostol, pentru întreruperea sarcinii și voi urma recomandarea medicului privind modul de administrare și măsurile pe care trebuie să le iau în caz de urgență.
2. Înțeleg faptul că:
 - a) voi lua în prima zi comprimatul cu mifepristonă.
 - b) medicul îmi va da comprimatele vaginale cu misoprostol sau îmi va prescrie medicamentul..... pentru a-mi administra comprimatele vaginale cu misoprostol, la 1-2 zile după comprimatul cu mifepristonă.
3. Medicul a discutat cu mine despre riscurile tratamentului, inclusiv despre:
 - sângerare abundentă
 - infecție
 - sarcină ectopică (în afara uterului)
4. Voi contacta unitatea medicală imediat, în cazul în care, după tratament, voi avea oricare dintre următoarele simptome:
 - a) febră (38°C sau mai mare, care durează mai mult de 4 ore)
 - b) durere severă în zona abdominală
 - c) sângerare abundentă (care necesită două sau mai multe absorbante pe oră, timp de 2 ore consecutiv)
 - d) durere stomacală, disconfort sau senzație de rău, care include slăbiciune, greață, vărsături sau diaree, pe o perioadă mai mare de 24 ore după administrarea misoprostol.
5. Medicul m-a informat că aceste simptome pot necesita asistență de urgență. De asemenea, mi-a spus pe cine să contactez și ce să fac, în cazul în care nu pot să ajung la spital/clinică sau la cabinet.
6. După 14 – 21 zile de la administrarea mifepristonă trebuie să merg la medic, pentru o vizită de urmărire, să mă asigur că avortul s-a finalizat și că starea mea de sănătate este bună.
7. Cunoscut faptul că, în unele cazuri, tratamentul poate să nu funcționeze. Acesta se întâmplă la o femeie din 250 care folosesc acest tratament. Dacă sarcina mea continuă după tratamentul cu medicamentul..... (care conține combinația mifepristonă – misoprostol), voi discuta cu medicul despre procedura chirurgicală de întrerupere a sarcinii.
8. Medicul m-a informat că, în cazul în care am nevoie de procedura chirurgicală de întrerupere a sarcinii, pentru că metoda medicamentoasă nu a condus la rezultatul așteptat sau pentru a opri sângerarea abundentă, procedura se va putea efectua în această unitate sanitară sau voi fi îndrumată către o alta, în acest scop.
9. Am primit prospectul medicamentului..... care conține combinația mifepristonă – misoprostol. Dacă voi merge la o camera de gardă sau la un alt medic decât cel care mi-a recomandat acest medicament, voi lua prospectul cu mine și îl voi arăta, pentru ca medicul să înțeleagă că fac o întrerupere voluntară a sarcinii prin metoda medicamentoasă, folosind medicamentul.....
10. Medicul a răspuns la toate întrebările mele iar eu am înțeles toate răspunsurile oferite.

SEMNĂTURA PACIENTEI: _____ NUMELE PACIENTEI: _____

DATA: _____

Pacienta a semnat CONSIMȚĂMÂNTUL INFORMAT în prezența mea, după ce am consiliat-o și am răspuns la toate întrebările pe care le-a avut.

SEMNAȚURA MEDICULUI: _____ NUMELE MEDICULUI: _____
DATA: _____

După semnarea acestui CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT de către pacientă și de către medic, se va înmâna o copie pacientei, înainte ca aceasta să plece din cabinet și se va atașa o copie la fișa ei medicală.

Anexa 6: CHESTIONAR ANESTEZIC pentru procedura de întrerupere a sarcinii

NUME PRENUME

VARSTA ani

ADRESA

Acest chestionar este destinat cunoașterii dumneavoastră de către medical anestezist

	DA	NU	NU ȘTIU
Respirați greu după urcarea unui etaj?	☐	☐	☐
Vă bate inima repede uneori?	☐	☐	☐
Fumați?	☐	☐	☐
Tușiți sau expectorați frecvent?	☐	☐	☐
Vă învinețiți ușor dacă vă loviți?	☐	☐	☐
Ați sângerat mult după o operație sau rană?	☐	☐	☐
Ați avut o flebită sau embolie pulmonară?	☐	☐	☐
Aveți alergie la fân , astm , urticaria	☐	☐	☐
Sunteți alergic la vreun medicament?	☐	☐	☐
Există astmatici sau alergici în familia dumneavoastră?	☐	☐	☐
Respirați greu după urcarea unui etaj?	☐	☐	☐
Vă bate inima repede uneori?	☐	☐	☐
Ați mai fost internat?	☐	☐	☐
Aveti boli cardiace _____	☐	☐	☐
Pulmonare _____	☐	☐	☐
Renale _____	☐	☐	☐
Oculare _____	☐	☐	☐
	DA	NU	NU ȘTIU

Diabet _____	☐	☐	☐
Hepatită _____	☐	☐	☐
Ulcer gastric _____	☐	☐	☐
Neurologice _____	☐	☐	☐
Altele _____	☐	☐	☐

Luați medicamente la momentul actual sau ați luat recent? Care? Doza pe zi

.....

Ați luat în ultimele luni sau ani mai multe medicamente particulare? DA ☐ NU ☐

☐

Dacă da, de care?.....

Pentru ce?.....

Semnătura pacientului

Data

Observațiile medicale (rezervate medicului anestezist)

Semnătura pacientului

Data

Anexa 7: Informare pacient despre protocolul de lucru propus pentru avortul medicamentos în ghidul „Managementul medical și chirurgical al avortului în trimestrul I și II de sarcină”

Etapele întreruperii voluntare a sarcinii prin metoda medicamentoasă până la 12 SG – model pentru informarea pacientei

Numărul de vizite - 2 sau 3 –este în funcție de alegerea femeii de a administra misoprostolul în clinică sau la domiciliu

I vizită

1. Se consemnează vârsta sarcinii și se efectuează ecografia pentru a confirma vârsta sarcinii sau când examenul fizic și ultima menstruație nu oferă informație suficientă sau sunt în contradicție.
2. Anamneza pacientei: se consemnează și se determină eligibilitatea pacientei pentru această metodă.
3. Pacienta se consiliază și se informează despre:
 - a) eficiența, efectele secundare și riscurile metodei, în special despre posibilitatea sângerării, riscul teratogenic minim al misoprostolului și despre faptul că sarcina trebuie întreruptă printr-o metodă chirurgicală în cazul eșecului metodei medicamentoase;
 - b) posibila necesitate a controlului durerii în timpul avortului medicamentos cu preparate antiinflamatorii non-steroidiene;
 - c) modul de folosire a medicamentelor;
 - d) simptomele posibilelor complicații.
4. Consilierea pentru oferirea contracepției la momentul administrării mifepristonului.
5. Administrarea preparatelor:
 - a) femeilor li se administrează per os 200 mg mifepriston;
 - b) se clarifică alegerea, de către pacientă, a metodei de administrare a misoprostolului: în clinică sau la domiciliu
6. Pacientele care aleg să administreze misoprostolul **la domiciliu**:
 - a) vor primi:
 - rețeta pentru procurarea imunoglobulinei anti-Rh pentru pacientele Rh - negative;
 - prescripție cu medicamente AINS și antialgice
 - b) vor fi instruite privind:
 - modul de administrare a celor 4 comprimate vaginale de misoprostol la 1-2 zile după
 - administrarea mifepristonului; ideal la un moment când este cineva disponibil să le ajute în caz de necesitate

- planificarea unui repaus de câteva ore după administrarea misoprostolului;
- datele de contact ale instituției medicale de referință pentru informații suplimentare;
- semnele de pericol și necesitatea de adresare de urgență la instituțiile medico-sanitare;
- semnele de expulsie a produsului de concepție;
- necesitatea prezentării la medic la vizita de supraveghere.

7. Pacientelor care aleg să li se administreze misoprostolul **în clinică (vizita II-a):**

- a) li se administrează intravaginal 800 mcg misoprostol la 1-2 zile de la prima vizită.
- b) sunt monitorizate pe parcursul a 3 ore.
- c) cu Rh-negativ, li se administrează imunoglobulina anti-Rh

Vizita III - Pentru toate pacientele:

8. Se efectuează la aproximativ 14 zile de la prima vizită pentru evaluarea finalului întreruperii voluntare a cursului sarcinii.
9. Se verifica dacă a avut loc un avort complet prin efectuarea examenului clinic ecografic
10. Dacă s-a diagnosticat avortul complet, femeia este informată și primește recomandări privind modul de contracepție, care îl utilizează, se discută toate opțiunile de planificare a familiei:
 - a) dacă pacienta optează pentru contracepția orală combinată aceasta se administrează din ziua administrării misoprostolului
 - b) dispozitivul intrauterin poate fi înserat la vizita de evaluare sau după prima menstruație de la avort.
11. Dacă nu a avut loc un avort complet, medicul va determina dacă sarcina este viabilă (constatarea activității cardiace a embrionului la ultrasonografie sau creșterea dimensiunii uterului):
 - a) dacă sarcina este viabilă, pacientei i se va efectua intervenția de întrerupere voluntară a cursului sarcinii prin metoda chirurgicală de aspirare vacuum manuală sau electrică.
 - b) dacă sarcina este oprită în evoluție sau avortul este incomplet, pacienta este stabilă hemodinamic și nu prezintă semne de pericol, se va recomanda opțional:
 - de a aștepta o săptămână înainte de a se interveni chirurgical, cu programarea unei vizite suplimentare de supraveghere;

să i se administreze suplimentar misoprostol 400 micrograme sublingual, la momentul când această opțiune este fără riscuri, din punct de vedere medical

Anexa 8: Recomandări profilaxie antibiotică de utilizat în ghidul „Managementul medical și chirurgical al avortului în trimestrul I și II de sarcină”

Regimurile recomandate pentru profilaxia cu antibiotice în absența riscului de endocardită bacteriană sunt:

Recomandare	Se recomandă medicului să indice antibiopprofilxie cu: – Doxycillinum 100 mg p.o. cu 1 oră înainte de întreruperea de sarcină la cerere - urmată de – Doxycillinum 200 mg p.o. după procedură.^(10,11) sau – Doxycillinum 100 mg p.o., de 2 ori pe zi timp de 7 zile, cu începere imediat după procedură sau – Metronidazolum 500 mg p.o. /12h, 5 zile sau – Metronidazolum supozitoare, 1g, i.r. în momentul întreruperii de sarcină.
Argumentare	Metronidazolum este foarte eficient asupra cocilor gram pozitivi și a germenilor anaerobi.

Regimurile recomandate pentru tratamentul infecțiilor chlamydiene sau cu Gardnerella vaginalis sunt:

Standard

Chlamydia:	Doxycillinum	2 x 100 mg/zi, p.o. 7 zile
	Azitromicinum	2 x 500 mg, p.o. doză unică
	Erithromicinum	2 x 200 mg p.o./ 6 ore, 7 zile
	Ofloxacinum	200 mg p.o. / 12 ore, 7 zile
Vaginite bacteriene:	Metronidazolum	500 mg p.o. /12h, 7 zile
	sau	
		4 x 500 mg p.o., doză unică

Anexa 9: Eligibilitatea medicală a mijloacelor de contracepție după avort

Eligibilitatea medicală a mijloacelor de contracepție după avort²

Tabelul A1. Tabel de sinteză a recomandărilor privind eligibilitatea medicală a mijloacelor de contracepție hormonale, dispozitivelor intrauterine contraceptive și a metodelor de contracepție de barieră, după realizarea avortului

Stare după avort	COC	CIC	Plăsuțele contraceptive și inelul vaginal	POP	DMPA / NET EN	LNG, ETG	DI cu cupru	DI cu LNG	Preservativ	Spermicid	Diafragmă
Primul trimestru	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Al doilea trimestru	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
Imediat Post avort septik	1	1	1	1	1	1	4	4	1	1	1

COC – contraceptive orale combinate, CIC – contraceptive injectabile combinate, CPP - Contraceptive cu progesteron, pilule, CIP – contraceptive injectabile cu progesteron: metroprogesteron acetat/noretisteron enantat, DIU - dispozitiv intrauterin, LNG, ETG – levonorgestrel/etonorgestrel.

Categorii: definiție

- 1: stare care nu impune restricții privind metoda de contracepție folosită.
- 2: stare în care avantajele folosirii metodei de contracepție respective depășesc, în mare parte, riscurile teoretice sau demonstrate.
- 3: stare în care riscurile teoretice sau demonstrate depășesc, de regulă, avantajele folosirii metodei de contracepție respective.
- 4: stare în care folosirea metodei de contracepție respective prezintă riscuri inacceptabile pentru sănătate.

² În baza publicației *Medical eligibility criteria for contraceptive use (Eligibilitatea medicală a mijloacelor de contracepție)*, ediția a patra. Geneva, Organizația Mondială a Sănătății, 2009.

Anexa 10: Indicatorii privind asistența pentru realizarea avortului fără riscuri

Regiune	Indicator	Tipul măsurărilor	Tipul indicatorului (de bază, aferent)	Sursa datelor
Acces: existență	Numărul instituțiilor care prestează servicii de avort în condiții de siguranță la 500 000 de persoane	Rata	Suplimentar	Sistemul informațional în domeniul sănătății
	Specialiști calificați să presteze servicii de avort fără riscuri, în deplină concordanță cu legea	Cota, în procente	Suplimentar	Sondaj (instituția)
	Populația care locuiește la, cel mult, 2 ore distanță de instituția care prestează servicii de avort în condiții de siguranță	Cota, în procente	Suplimentar	Sondaj (populația)
Acces: informație	Populația care cunoaște corect statutul legal al procedurii de avort	Cota, în procente	Suplimentar	Sondaj (populația)
	Personal medical care cunoaște corect statutul legal al procedurii de avort	Cota, în procente	Suplimentar	Sondaj (instituția)
Acces: calitate	Puncte de prestare a serviciilor care aplică metodele recomandate de OMS la inducerea avorturilor	Cota, în procente	Suplimentar	Sondaj (instituția)
	Puncte de prestare a serviciilor care aplică metodele recomandate de OMS la soluționarea complicațiilor legate de avort	Cota, în procente	Suplimentar	Sondaj (instituția)
Rezultat / impact	Internări în secția obstetrică sau ginecologie din cauza avortului	Cota, în procente	De bază	Sistemul informațional în domeniul sănătății
	Rata de spitalizare pentru avorturile în lipsa siguranței la 1000 de femei	Rata	Suplimentar	Sistemul informațional în domeniul sănătății
	Avorturi la 1000 de nașteri de nou-născuți vii	Raport	De bază	Sistemul informațional în domeniul sănătății / sondaj (populația)
	Decese materne în urma avorturilor	Cota, în procente	De bază	Sistemul informațional în domeniul sănătății / sondaj (special) / înregistrarea indicatorilor de vitalitate

* Alți indicatori relevanți privind asigurarea accesului universal la asistență pentru sănătatea reproductivă sunt prezentați în sursa de referință 38.

^b Indicatori care trebuie să fie prezentați de toate statele, în mod obligatoriu.

^c Indicatorii care pot fi raportați de state, având în vedere nevoile lor specifice, caracteristicile contextuale și capacitățile lor (de exemplu când rata de acoperire pentru culegerea datelor de bază este înaltă).

Imagine preluată din Avortul fără riscuri: recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică. Ediția a II-a. Organizația Mondială a Sănătății, 2015

Anexa 11: Întrebări și probleme care pot fi analizate în cadrul evaluării periodice a serviciilor de avort

Întrebări și probleme care pot fi analizate în cadrul evaluării periodice a serviciilor de avort

Aceste întrebări și probleme sunt formulate exclusiv pentru scopuri de evaluare; vezi recomandările relevante ale OMS în Capitolele 2, 3 și 4.

Acces la servicii de avort în condiții de siguranță

Care sunt motivele legale pentru inducerea avortului?

- la cerere;
- motive de ordin socioeconomic;
- motive de sănătate (nespecificate; conform definiției OMS; condiții specifice);
- motive legate de sănătatea mintală (nespecificate sau cu condiții specifice);
- motive legate de sănătatea fizică (nespecificate sau cu condiții specifice);
- viol;
- incest;
- salvarea vieții.

Care sunt costurile avorturilor pentru femei?

- taxe oficiale:
 - o taxele percepute de prestatorul de servicii;
 - o taxele percepute de instituția medicală;
- plăți informale prestatorilor de servicii de sănătate;
- costuri de transport;
- costuri de cazare;
- costuri neplanificate;
- polița de asigurare medicală privată;
- polița de asigurare medicală obligatorie.

Este necesară obținerea acordului părților terțe înainte de efectuarea avortului?

- acordul părinților/tutorilor/soțului sau al partenerului;
- acordul comisiilor medicale;
- acordul mai multor specialiști sau medici.

Disponibilitatea serviciilor de avort fără riscuri

Există suficiente instituții care acordă asistență în condiții de siguranță femeilor care solicită efectuarea avortului?

- numărul instituțiilor care prestează servicii de avort fără riscuri la 500 000 de persoane.

Care sunt costurile pentru instituția care acordă asistență pentru servicii de avort fără riscuri?

- timpul specialiștilor;
- dotare/instrumente și materiale;
- medicamente;
- instruire la locul de muncă;
- alte cheltuieli capitale sau periodice.

Ce date statistice referitor la avorturi sunt disponibile?

- numărul total de internări cu probleme obstetricale/ginecologice;
- numărul total de avorturi provocate;
- numărul total de complicații imediate și tardive
- rata complicațiilor care au necesitat spitalizare;
- numărul total de prezentări cu complicații (în urma avorturilor spontane sau avorturilor nesigure)

Ce metode de avort sunt disponibile și sunt utilizate?

Pentru sarcini cu vârsta de gestație mai mică de 12-14 săptămâni:

- aspirarea vacuum;
- administrarea combinată a mifepristonului și misoprostolului;
- administrarea doar a misoprostolului;
- dilatarea și chiuretajul.

Pentru sarcini cu vârsta de gestație mai mare de 12-14 săptămâni:

- dilatarea și evacuarea;
- administrarea combinată a mifepristonului și misoprostolului;
- administrarea doar a misoprostolului;
- instalație de soluție salină hipertonică;
- administrarea lactatului de etacridină.

Calitatea asistenței

Prestatorii de servicii de avort au calificarea necesară pentru a realiza avorturi fără riscuri?

- confirmarea existenței sarcinii;
- estimarea vârstei de gestație;
- tehnica adecvată pentru realizarea procedurii chirurgicale;
- metoda adecvată de control al durerii;
- regimul adecvat de avort medicamentos;
- control ulterior adecvat.

Se respectă de rutină bunele practici pentru prevenirea infecțiilor?

- măsurile de precauție standard sunt respectate de rutină;
- metodele chirurgicale se aplică prin tehnica corectă;
- instrumentele folosite sunt păstrate inițial în soluție dezinfectantă;
- curățarea instrumentelor;
- dezinfectarea la înalt nivel sau sterilizarea instrumentelor medicale;
- administrarea profilactică a antibioticelor în cazul metodelor chirurgicale de avort.

Ce opțiuni de control al durerii sunt disponibile și ce mijloace de atenuare a durerii sunt puse la dispoziția pacientelor?

- tehnici de relaxare verbale;
- analgezice;
- anestezie locală;
- anestezie parțială;
- anestezie generală.

Ce mijloace de contracepție sunt disponibile și care din ele sunt puse la dispoziția pacientelor?

- mijloace de barieră:
 - prezervative;
 - bariere cervicale;
- metode bazate pe identificarea ovulației

- mijloace hormonale:
- pilule contraceptive
 - inel vaginal;
 - plasture contraceptive;
 - contraceptive injectabile;
 - implanturi contraceptive;
- dispozitive intrauterine;
- sterilizare;
- mijloace de contracepție de urgență.

Ce materiale informative, educaționale și de comunicare sunt disponibile și ce informație este pusă la dispoziția femeii în regim de rutină?

- în legătură cu procedura;
- în legătură cu asistența ulterioară;
- cu privire la contracepție;
- în legătură cu alte nevoi.

Se oferă consiliere?

- în legătură cu procedura;
- în legătură cu asistența ulterioară;
- cu privire la contracepție;
- în legătură cu alte nevoi.

Serviciile sunt gestionate în mod eficace și eficient?

- instruirea la locul de muncă în mod regulat;
- există supraveghere adecvată;
- există finanțare suficientă;
- se procură, se distribuie și se stocază suficiente instrumente, medicamente și materiale;
- există sisteme informaționale adecvate în domeniul sănătății;
- există mecanisme pentru îmbunătățirea/asigurarea calității;
- există mecanisme pentru monitorizarea și evaluarea serviciilor.

Există un sistem adecvat de transfer al pacientelor în grija altor specialiști în caz de:

- avort provocat (în special în cazurile când personalul refuză să presteze servicii, din motive de conștiință);
- tratare a complicațiilor;
- contracepție;
- infecții ale tractului genital;
- violență bazată pe apartenența la un anumit gen.

Este asigurată protecția tuturor aspectelor vieții private a femeii în legătură cu avortul?

- izolare pentru perioada examenului medical și procedurii ca atare;
- izolare sonoră pe parcursul consilierii, examenului medical și procedurii ca atare;
- personalul neindispensabil părăsește sala pe durata procedurii;
- oferirea opțiunii de administrare a misoprostolului la domiciliu, ulterior administrării mifepristonului;
- toalete individuale adecvate;
- semnalizare discretă care indică unde se acordă serviciile de avort.

Este protejat dreptul la confidențialitate al femeii în legătură cu avortul?

- acces restricționat la documentele de evidență medicală;
- păstrarea confidențialității informației cu privire la toate femeile, inclusiv la adolescente.

Întârzieri minime în privința femeilor care solicită asistență?

- nu există perioade de așteptare obligatorii;
- este necesar timp între momentul solicitării procedurii și momentul programării procedurii;
- timp de așteptare în legătură cu procedura;
- durata totală a timpului petrecut la spital/clinică.

Există alte bariere potențiale în calea prestării serviciilor?

- cerințe privind obligativitatea testelor HIV și a altor teste clinice, care nu sunt bazate pe indicații clinice;
- consilierea obligatorie ce depășește limitele oferirii informației adecvate relevante cu referire la asistență în caz de avort;
- cerința privind obligativitatea examenului ultrasonografic înainte de avort;
- cerința ca femeile să asculte bătăile inimii fătului înainte de avort;
- cerința de a include informația privind avortul provocat în fișa de evidență medicală permanentă, situație în care nu poate fi garantată confidențialitatea.

Serviciile de avort din perspectiva femeilor

- Medicii și personalul clinicii au avut o atitudine binevoitoare și profesională?
- A fost oferită suficientă informație cu privire la procedură, contracepție și controlul ulterior?
- Femeia a avut posibilitatea să pună întrebări?
- Femeia a primit răspunsuri adecvate la întrebările sale?
- A fost protejat dreptul la viața privată?
- Femeia ar recomanda instituția de sănătate respectivă altor persoane?
- Femeia ar recomanda specialistul respectiv altor persoane?

Serviciile de avort din perspectiva specialiștilor

- Modul de organizare și prestare a serviciilor de avort corespunde standardelor bazate pe dovezi?
- Calitatea asistenței este corespunzătoare?
- Cum ar putea fi sporit gradul de satisfacție în legătură cu locul de muncă?
- Susținerea din partea supervisorilor este adecvată?
- Stimulele de la locul de muncă (de exemplu, salariul, plata pentru servicii, oportunitățile de dezvoltare în plan profesional) sunt suficiente?

Imagine preluată din Avortul fără riscuri: recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică. Ediția a II-a. Organizația Mondială a Sănătății, 2015

Anexa 12: CHESTIONAR Percepția populației de vârstă reproductivă asupra avortului

Mediul de proveniență: Vârsta: Sex: Studii:

Ocupație: Religie: Boli cr./ Boli cu transmitere sexuală:

1. Sunteți de acord cu avortul?

Da Nu Nu știu

2. Considerați avortul ca fiind o crimă?

Da Nu Nu știu

3. Cunoașteți riscurile medicale în ceea ce privește avortul?

Da Nu Nu știu

4. Cunoașteți riscurile psihice în ceea ce privește avortul?

Da Nu Nu știu

5. Puteți considera avortul ca fiind imoral?

Da Nu Nu știu

6. Considerați avortul ca fiind un păcat?

Da Nu Nu știu

7. Considerați că persoanele care solicită avorturi sunt informate corespunzător cu privire la acestea?

Da Nu Nu știu

8. Considerați că statul ar trebui să ducă o campanie mai amplă, de informare a oamenilor cu privire la acestea?

Da Nu Nu știu

9. Considerați că statul ar trebui să încurajeze populația, cu privire la apelarea la avort, în cazul unei sarcini nedorite?

Da Nu Nu știu

10. V-ați simți vinovat sau vă simțiți vinovat în urma unui avort?

Da Nu Nu știu

11. Credeți că avortul ar trebui să fie interzis?
- Da Nu Nu știu
12. Dumneavoastră ați susține o persoană să facă un avort?
- Da Nu Nu știu
13. Considerați că avortul poate influența în vreun fel membrii familiei sau apropiații acesteia?
- Da Nu Nu știu
14. Considerați că tații apelează cu o mai mare ușurință la avort decât mamele?
- Da Nu Nu știu
15. Poate avortul să influențeze calitatea vieții de cuplu, ducând chiar până la despărțirea celor doi?
- Da Nu Nu știu
16. Ați recurge la avort din cauza unor probleme financiare, considerând că nu vă puteți permite să creșteți un copil?
- Da Nu Nu știu
17. Ați recurge la avort din cauza unor probleme de ordin social, pe care nașterea pruncului le-ar putea genera?
- Da Nu Nu știu
18. În cazul unor condiții nefirești, cum ar fi violul, incestul sau altele de genul acesta, ați fi în favoarea avortului?
- Da Nu Nu știu
19. Considerați că avortul, putând să genereze stări cum ar fi vinovăția, furia, resentimentul, depresia și anxietatea, ar putea să fie și punctul de plecare al unei probleme de ordin psihic?
- Da Nu Nu știu
20. Considerați necesară apelarea la serviciile unui psiholog sau psihoterapeut după efectuarea unui avort?
- Da Nu Nu știu

21. Dacă ați ști în detaliu cum se desfășoară un avort, tot ar mai fi o opțiune pentru dumneavoastră?

Da Nu Nu știu

22. Considerați că în societatea de azi, avortul este banalizat și se recurge prea repede și prea ușor la el?

Da Nu Nu știu

23. Considerați avortul ca fiind un lucru rușinos, care ar trebui păstrat ca secret?

Da Nu Nu știu

24. În cazul unei sarcini nedorite ați recurge la avort?

Da Nu Nu știu

25. Ați recurge la avort pentru a preveni nașterea unui copil cu malformații?

Da Nu Nu știu