

Protocol instituțional: Fibrilația atrială la adult - Cabinet individual al medicului de familie “Corjan Viorica”

**CABINETUL INDIVIDUAL AL MEDICULUI DE FAMILIE
“CORJAN VIORICA”**

APROB

Conducător CIMF: _____

Data: 18 / 05 / 2026

**PROTOCOL INSTITUȚIONAL
FIBRILAȚIA ATRIALĂ LA ADULT
pentru nivelul de asistență medicală primară**

Elaborat în baza Protocolului clinic național PCN-60 „Fibrilația atrială la adult”, ediția IV, Chișinău 2026, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 381 din 13.05.2026.

Chișinău

2026

Fișa protocolului instituțional

| Element | Conținut instituțional |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Denumirea protocolului | Protocol instituțional privind conduita pacientului adult cu fibrilație atrială în cadrul Cabinetului Individual al Medicului de Familie |
| Baza elaborării | Protocol clinic național PCN-60 „Fibrilația atrială la adult”, ediția IV, 2026, aprobat prin Ordinul MS nr. 381 din 13.05.2026. |
| Instituția | Cabinetul Individual al Medicului de Familie "Corjan Viorica" |
| Utilizatori interni | Medic de familie, asistentă medicală de familie, personal medical implicat în triaj, monitorizare, evidență și educație pentru sănătate. |
| Domeniu de aplicare | Screening, diagnostic ECG, evaluarea riscului tromboembolic/hemoragic, inițierea sau monitorizarea tratamentului conform competenței, educația pacientului, supravegherea și referirea către cardiolog/AMU/spital. |
| Data intrării în vigoare | 18 / 05 / 2026 |
| Revizuire | La actualizarea PCN-60 sau cel târziu în anul 2031; anterior dacă apar ordine/reglementări noi. |

Cuprins operațional

1. Scopul, obiectivele și principiile protocolului
2. Responsabilități la nivelul CIMF
3. Definiții și abrevieri utilizate
4. Algoritmul instituțional de conduită în FA
5. Screening, diagnostic și evaluare inițială
6. Managementul comorbidităților și factorilor de risc
7. Tratament și monitorizare în asistența medicală primară
8. Criterii de consult cardiologic, AMU și spitalizare
9. Supravegherea pacientului cu FA
10. Resurse minime, indicatori de monitorizare și anexe

1. Scopul, obiectivele și principiile protocolului

Scopul protocolului instituțional este standardizarea conduitei pacientului adult cu fibrilație atrială la nivel de cabinet individual al medicului de familie, pentru depistare precoce, reducerea riscului de accident vascular cerebral, controlul simptomelor, creșterea aderenței la tratament și referirea oportună către serviciile specializate.

Obiective instituționale

- Sporirea proporției pacienților cu suspiciune de tulburări de ritm la care se efectuează ECG.
- Depistarea activă a FA la persoanele cu vârsta de 65 ani și peste prin aprecierea regularității pulsului și ECG la indicație.
- Evaluarea riscului tromboembolic și hemoragic la pacienții cu FA și documentarea deciziei terapeutice.
- Creșterea ponderii pacienților eligibili care primesc anticoagulare orală conform riscului individual.
- Asigurarea controlului frecvenței ventriculare și identificarea pacienților cu control inadecvat.
- Educația pacientului și familiei privind boala, anticoagularea, semnele de alarmă și aderența la tratament.
- Reevaluarea periodică a pacienților cu FA cel puțin o dată la 6 luni sau mai frecvent la necesitate.

Principiul AF-CARE aplicat în CIMF

| Componentă | Aplicare practică în cabinet |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C - Comorbidități și factori de risc | Identificarea și controlul HTA, IC, diabetului zaharat, obezității, BCR, SAOS suspect, sedentarismului și consumului crescut de alcool; consiliere privind stilul de viață. |
| A - Prevenția AVC și tromboembolismului | Calcularea riscului tromboembolic, evaluarea riscului hemoragic, inițierea/monitorizarea ACO conform indicațiilor și contraindicațiilor; educație privind semnele de sângerare. |
| R - Reducerea simptomelor | Controlul frecvenței ventriculare, evaluarea simptomelor, identificarea pacienților care necesită cardiolog pentru control de ritm/cardioversie/ablație. |
| E - Evaluare și reevaluare | Monitorizare dinamică la 6 luni sau mai des: puls, TA, ECG la necesitate, aderență, evenimente tromboembolice/hemoragice, funcție renală/hepatică și interacțiuni medicamentoase. |

2. Responsabilități la nivelul CIMF

| Personal | Responsabilități |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Medicul de familie | Confirmă suspiciunea prin ECG sau trimite pentru ECG; stabilește diagnosticul de lucru; evaluează riscul tromboembolic/hemoragic; inițiază sau continuă tratamentul conform competenței; decide trimiterea la cardiolog/AMU/spital; monitorizează pacientul și documentează deciziile. |
| Asistenta medicală de familie | Efectuează triajul, măsoară TA, pulsul, SpO ₂ la nevoie, greutatea/IMC; pregătește pacientul pentru ECG; verifică aderența și semnele de alarmă; programează reevaluări; participă la educația pacientului. |
| Personal administrativ/registratură | Asigură programarea pacienților cu simptome sugestive, păstrarea registrelor, trimiterea documentelor și evidența indicatorilor. |

3. Definiții și abrevieri utilizate

Fibrilația atrială este o aritmie supraventriculară caracterizată prin activare atrială necoordonată și pierderea contracției atriale eficiente. Diagnosticul clinic necesită confirmare printr-un dispozitiv ECG.

| Termen | Definiție operațională |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FA primar diagnosticată | Aritmie care nu a fost diagnosticată anterior, indiferent de simptome, tipar temporal sau durată. |
| FA paroxistică | FA care se termină spontan sau prin intervenție, de regulă în maximum 7 zile. |
| FA persistentă | FA care nu se termină spontan și necesită cardioversie electrică sau farmacologică. |
| FA permanentă/cronică | FA pentru care nu se mai intenționează restabilirea ritmului sinusal, prin decizie comună medic-pacient. |
| Controlul frecvenței | Strategie terapeutică orientată spre controlul frecvenței ventriculare și ameliorarea simptomelor. |
| Controlul ritmului | Strategie terapeutică orientată spre restabilirea și menținerea ritmului sinusal. |

Abrevieri: FA - fibrilație atrială; ACO - anticoagulante orale; DOAC - anticoagulante orale directe; AVK - antagonist de vitamina K; ECG - electrocardiogramă; EcoCG - ecocardiografie; TA - tensiune arterială; FCC - frecvența contracțiilor cardiace; AVC - accident vascular cerebral; IC - insuficiență cardiacă; HTA - hipertensiune arterială; INR - rata internațională normalizată; RFG - rata filtrației glomerulare; SAOS - sindrom de apnee obstructivă în somn.

4. Algoritm instituțional de conduită în FA

| Pas | Acțiune în cabinet | Rezultat/decizie |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Screening/triaj | Aprecierea pulsului la pacienții ≥ 65 ani și la cei cu palpitații, dispnee, durere toracică, amețeli, sincopă, fatigabilitate sau suspiciune de patologie cardiovasculară. | Puls neregulat sau simptome sugestive -> ECG. |
| 2. Confirmare | ECG 12 derivații în cabinet, dacă este disponibil; dacă nu, trimitere urgentă/rapidă pentru ECG. | FA confirmată ECG sau suspiciune înaltă neconfirmată. |
| 3. Evaluare inițială | Anamneză, examen fizic, TA, FCC, simptome, comorbidități, medicație, risc tromboembolic/hemoragic, analize disponibile. | Stabilirea riscului, severității și necesității consultului specializat. |
| 4. Stabilitate | Căutarea semnelor de instabilitate: hipotensiune, durere toracică, dispnee severă, edem pulmonar, alterarea conștienței, sincopă, semne de AVC. | Instabilitate -> apel AMU/spitalizare. Stabil -> management ambulator/consult cardiolog. |
| 5. Tratament | Control frecvență, anticoagulare dacă este indicată, tratamentul comorbidităților, educație, plan de monitorizare. | Schema terapeutică documentată și înțeleasă de pacient. |
| 6. Reevaluare | Control la 1-4 săptămâni după inițiere/modificare sau conform stării; | Ajustare tratament, trimitere la cardiolog dacă obiectivele nu |

| Pas | Acțiune în cabinet | Rezultat/decizie |
|-----|-------------------------------|------------------|
| | ulterior cel puțin la 6 luni. | sunt atinse. |

5. Screening, diagnostic și evaluare inițială

5.1 Screening

- Se efectuează ECG la toți pacienții care se adresează cu suspiciune de patologie cardiovasculară sau tulburări de ritm cardiac.
- La persoanele cu vârsta de 65 ani și peste se recomandă aprecierea regularității pulsului, urmată de ECG dacă pulsul este neregulat sau există simptome sugestive.
- La pacienții cu AVC ischemic sau accident ischemic tranzitor în antecedente se verifică documentele de externare și recomandările cardiolog/neurolog; la suspiciune de FA paroxistică se indică monitorizare ECG/Holter prin serviciile specializate.

5.2 Criterii practice de suspiciune

| Simptome/semne | Factori care cresc probabilitatea FA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Palpitații, puls neregulat, dispnee, fatigabilitate, intoleranță la efort, durere toracică, amețeli, sincopă, anxietate asociată palpitațiilor. | Vârsta înaintată, HTA, insuficiență cardiacă, boală coronariană, diabet zaharat, obezitate, valvulopatii, hipertiroidism, BCR, SAOS, consum crescut de alcool, istoric de AVC/AIT. |

5.3 Evaluare inițială obligatorie în CIMF

| Domeniu | Ce se documentează |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anamneză | Debutul și durata episodului, simptomele, episoade anterioare, factori declanșatori, boli cardiovasculare, AVC/AIT, sângerări, medicație curentă, consum de alcool, aderență. |
| Examen fizic | TA, FCC, ritmul pulsului, semne de IC, semne neurologice, greutate/IMC, edeme, status general. |
| ECG | Confirmarea FA; se atașează copia ECG la fișa pacientului sau se notează data, concluzia și locul efectuării. |
| Analize | Hemoleucogramă cu trombocite, glicemie, creatinină/RFG, probe hepatice, INR dacă este pe AVK, TSH la indicație/disponibilitate, urină la necesitate. |
| Evaluare de risc | Scor tromboembolic conform PCN/local (CHA ₂ DS ₂ -VA) și factori de risc hemoragic modificabili; se documentează decizia privind ACO. |

6. Managementul comorbidităților și factorilor de risc

În cabinetul medicului de familie, controlul comorbidităților este o parte centrală a îngrijirii pacientului cu FA și trebuie realizat dinamic, deoarece influențează recurența FA, eficiența tratamentului și riscul de complicații.

| Factor/comorbiditate | Acțiuni instituționale |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hipertensiune arterială | Măsurare TA la fiecare vizită; ajustarea tratamentului antihipertensiv conform protoalelor; educație privind |

| Factor/comorbiditate | Acțiuni instituționale |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | automonitorizarea TA. |
| Insuficiență cardiacă | Căutarea semnelor de decompensare; monitorizarea greutății, edemelor, dispneei; trimitere urgentă la agravare. |
| Diabet zaharat | Control glicemic conform protocolului; evaluarea riscului cardiovascular și aderenței. |
| Obezitate/sedentarism | Calcul IMC; recomandări de activitate fizică adaptată, alimentație, reducere ponderală graduală. |
| SAOS suspect | Întrebări despre sforăit, somnolență diurnă, apnei observate; trimitere pentru evaluare dacă este indicat. |
| Alcool/fumat | Consiliere pentru reducerea consumului crescut de alcool și renunțare la fumat; documentarea consilierii. |
| Boală renală/hepatică | Monitorizarea analizelor relevante, mai ales la pacienții pe ACO/DOAC; ajustări conform recomandării specialistului. |

7. Tratament și monitorizare în asistența medicală primară

Tratamentul se individualizează în baza stării clinice, riscului tromboembolic și hemoragic, comorbidităților, tratamentelor concomitente, disponibilității medicamentelor și recomandărilor cardiologului. Decizia se documentează în fișa pacientului și se explică pacientului.

7.1 Controlul frecvenței ventriculare

| Situație | Conduită în CIMF |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pacient stabil, fără semne de IC decompensată și fără suspiciune de preexcitație | Se poate utiliza tratament de control al frecvenței conform PCN și competenței medicului: beta-blocant sau blocant al canalelor de calciu non-dihidropiridinic; se monitorizează TA, FCC, simptomele și ECG la necesitate. |
| Pacient cu semne clinice de IC | Se evită abordările care pot agrava starea; se utilizează tratament conform recomandărilor PCN/specialistului; la agravare sau control ineficient se indică spitalizare/AMU. |
| FCC ventriculară <50/min sau bradicardie simptomatică | Se verifică medicația cu efect dromotrop negativ; dacă persistă simptomele sau frecvența joasă - AMU/spitalizare. |
| Control ineficient al frecvenței | Dacă FCC rămâne crescută, simptomele persistă sau apar semne de IC - consult cardiologic programat sau urgent, după caz. |

Evaluarea controlului: la pacienții stabili se poate utiliza testul de mers de 6 minute; FCC sub 110 bătăi/minut la finalul testului indică un control adecvat conform PCN, dacă starea clinică permite efectuarea testului.

7.2 Controlul ritmului și cardioversia

- Restabilirea ritmului sinusal în ambulator poate fi luată în considerare doar la pacienți selectați, stabili, cu episoade sub 24 ore, cu istoric de restabiliri anterioare fără complicații și conform recomandării/competenței stabilite.
- Dacă ritmul sinusal nu se restabilește pe parcurs de 24 ore, se inițiază/reevaluează anticoagularea conform riscului și se solicită consultul medicului specialist.

- Cardioversia electrică se realizează în condiții de monitorizare și este indicată de urgență în instabilitate hemodinamică; în CIMF se solicită AMU.

7.3 Tratamentul antitrombotic

| Element | Regulă instituțională |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Evaluarea riscului | La fiecare pacient cu FA se estimează riscul tromboembolic și se reevaluează periodic sau la schimbarea stării clinice. |
| Indicația ACO | ACO se indică pacienților eligibili conform riscului tromboembolic; DOAC sunt preferate față de AVK, cu excepțiile prevăzute de PCN (ex. valve mecanice, stenoză mitrală). |
| Antiagregante | Acidum acetylsalicylicum sau Clopidogrelum nu înlocuiesc anticoagularea în FA și nu se folosesc ca alternativă la ACO fără indicație specifică. |
| Monitorizare AVK | La pacienții cu AVK se urmărește INR țintă 2,0-3,0 și TTR $\geq 70\%$; la inițiere se controlează frecvent, apoi conform stabilizării și recomandării. |
| Monitorizare DOAC | Se verifică funcția renală/hepatică, vârsta, greutatea, interacțiunile și criteriile de reducere a dozei; se verifică aderența. |
| Siguranță | Se evaluează și se corectează factorii modificabili de sângerare: TA necontrolată, AINS, consum excesiv de alcool, interacțiuni, anemie, funcție renală/hepatică. |

7.4 Educația pacientului

- Pacientul primește explicații privind natura FA, riscul de AVC, scopul anticoagularii și necesitatea aderenței zilnice.
- Se explică semnele de alarmă: slăbiciune sau amorțeală bruscă, tulburări de vorbire/vedere, durere toracică, dispnee severă, sincopă, sângerare abundentă, melenă, hematurie, traumatisme craniene pe anticoagulant.
- Se recomandă prezentarea imediată la urgență/AMU pentru semne de AVC, instabilitate, sângerare severă sau agravare rapidă.
- Se documentează consilierea și se oferă fișa informativă din anexă.

8. Criterii de consult cardiologic, AMU și spitalizare

8.1 Consult cardiologic programat/rapid

- FA nou diagnosticată pentru confirmarea tacticii și evaluare completă, inclusiv EcoCG/Holter la necesitate.
- Simptome persistente în pofida controlului frecvenței sau necesitatea strategiei de control al ritmului.
- Control inadecvat al frecvenței ventriculare în ambulator.
- Recidive frecvente de FA paroxistică, reacții adverse sau interacțiuni medicamentoase.
- Necesitatea inițierii/ajustării anticoagularii în situații complexe: BCR avansată, boală hepatică, risc hemoragic crescut, sângerări, polimedicație.

8.2 Solicitare AMU / trimitere urgentă

| Criteriu | Acțiune |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Instabilitate hemodinamică: hipotensiune, șoc, hipoperfuzie, alterarea conștienței, | Apel AMU 112, monitorizare până la preluare, |

| Criteriu | Acțiune |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| sincopă. | documentarea parametrilor vitali. |
| Durere toracică sugestivă pentru sindrom coronarian acut. | AMU/spitalizare urgentă. |
| Semne de AVC/AIT. | AMU/spitalizare urgentă; se notează ora debutului simptomelor. |
| Dispnee severă, edem pulmonar, IC acută sau agravare rapidă. | AMU/spitalizare urgentă. |
| Frecvență ventriculară foarte crescută cu impact clinic sau bradicardie simptomatică persistentă. | AMU/spitalizare urgentă. |
| Sângerare severă sau supradozaj relevant de anticoagulant. | AMU/spitalizare urgentă; se notează anticoagulantul, doza, ora ultimei administrări. |

8.3 Criterii de spitalizare conform adaptării PCN la CIMF

- Debut recent al FA însoțit de simptomatologie semnificativă: palpitații intense, dispnee, durere toracică, amețeli, sincopă.
- Instabilitate hemodinamică sau semne de hipoperfuzie tisulară.
- Frecvență ventriculară necontrolată cu impact clinic semnificativ.
- Suspiciune/confirmare de complicații acute: AVC, IC acută, sindrom coronarian acut.
- Necesitatea inițierii sau ajustării tratamentului anticoagulant în condiții de risc crescut.
- Indicație de cardioversie în condiții de monitorizare continuă.
- Eșecul tratamentului ambulator sau agravarea simptomatologiei sub tratament.
- Comorbidități severe/decompensate sau imposibilitatea asigurării monitorizării adecvate în ambulator.

9. Supravegherea pacientului cu FA

| Moment | Ce se verifică |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prima reevaluare după FA nou diagnosticată sau modificarea tratamentului | Simptome, TA, FCC, ECG la necesitate, toleranța medicației, aderență, necesitatea consultului cardiologic, analize pentru anticoagulare. |
| La 1-4 săptămâni după inițiere/ajustare | Control frecvență, reacții adverse, sângerări, semne de IC, aderență, corectitudinea administrării. |
| La fiecare 6 luni | Reevaluarea riscului tromboembolic și hemoragic, comorbidități, medicație, funcție renală/hepatică la pacienți pe ACO/DOAC, necesitatea cardiologului. |
| Anual | Bilanț al complicațiilor, AVC/AIT, spitalizări, evenimente hemoragice, actualizarea planului de îngrijire și educație. |
| Oricând la agravare | Semne de alarmă, control inadecvat al frecvenței, sângerare, suspiciune AVC/SCA/IC acută -> AMU/spital. |

Documentare obligatorie în fișa pacientului

- Data și forma FA, dacă este cunoscută: primar diagnosticată, paroxistică, persistentă, permanentă.
- Dovada ECG sau locul/datele confirmării ECG.

- TA, FCC, simptome, comorbidități relevante și medicație curentă.
- Riscul tromboembolic și factorii de risc hemoragic; decizia privind ACO și acordul/informarea pacientului.
- Planul de monitorizare, recomandările oferite și criteriile de prezentare urgentă.

10. Resurse minime instituționale

| Categorie | Resurse necesare la nivel CIMF |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Personal | Medic de familie; asistentă medicală de familie; după posibilitate, laborant/asistent pentru recoltări și organizarea investigațiilor. |
| Aparataj/utilaj | Fonendoscop, tonometru, pulsoximetru recomandat, cântar și taliometru, electrocardiograf sau contract/flux rapid pentru ECG, acces la investigații de laborator. |
| Medicamente/terapie uzuală | Conform Nomenclatorului și disponibilității: beta-blocante, blocante ale canalelor de calciu, Digoxinum, Amiodaronum la indicație, ACO/DOAC sau AVK, medicamente pentru HTA/IC/diabet, preparate pentru gestionarea urgențelor conform dotării. |
| Documente/registre | Registrul pacienților cu FA, fișă de audit, formular de monitorizare anticoagulare, fișă de educație pacient, registre de trimitere/consult. |
| Colaborări | Cardiolog de ambulator, laborator, serviciu ECG/Holter/EcoCG, AMU 112, spital raional/municipal, neurolog la necesitate. |

11. Indicatori de monitorizare a implementării

| Nr. | Indicator | Numărător | Numitor | Periodicitate |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1 | Ponderea pacienților cu FA și risc tromboembolic înalt care administrează ACO (%) | Numărul pacienților cu FA și risc tromboembolic înalt care administrează ACO x 100 | Numărul total de pacienți cu FA și risc tromboembolic înalt | Trimestrial/anual |
| 2 | Ponderea pacienților cu FA supravegheați care au dezvoltat AVC pe parcursul unui an (%) | Numărul pacienților cu FA supravegheați care au dezvoltat AVC pe parcursul anului x 100 | Numărul total de pacienți cu FA supravegheați pe parcursul anului | Anual |
| 3 | Ponderea pacienților cu FA primar depistată (%) | Numărul pacienților cu FA primar depistați pe parcursul anului x 100 | Numărul total de pacienți cu FA supravegheați pe parcursul anului | Anual |
| 4 | Ponderea pacienților cu FA care au documentată evaluarea riscului tromboembolic (%) | Numărul pacienților cu FA cu risc documentat x 100 | Numărul total de pacienți cu FA în registru | Trimestrial |
| 5 | Ponderea pacienților cu FA reevaluați în ultimele 6 luni (%) | Numărul pacienților cu FA cu reevaluare documentată în ultimele 6 luni x 100 | Numărul total de pacienți cu FA în registru | Semestrial |

Anexa 1. Fișa de triaj și consultație inițială FA

| Rubrică | Date de completat |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identificare pacient | Nume/prenume: _____ IDNP: _____ Vârsta: _____ Telefon: _____ |
| Motivul adresării | Palpitații / dispnee / durere toracică / amețeli / sincopă / puls neregulat / control periodic / altul: _____ |
| Parametri | TA: ____ / ____ mmHg; FCC: ____ /min; SpO ₂ : ____ %; greutate: ____ kg; IMC: ____ kg/m ² |
| ECG | Efectuat la data: ____ / ____ / ____; rezultat: FA da/nu; alt ritm: _____ |
| Simptome de alarmă | Durere toracică / dispnee severă / sincopă / semne AVC / hipotensiune / sângerare: da/nu. Dacă da: AMU/spital. |
| Comorbidități | HTA / IC / BCI / diabet / AVC-AIT / BCR / boală hepatică / valvulopatie / obezitate / SAOS suspect / altele. |
| Medicație curentă | ACO/DOAC/AVK, antiagregante, beta-blocante, digoxin, amiodaronă, AINS, alte medicamente relevante. |
| Decizie | Management ambulator / consult cardiologic / AMU / spitalizare / reevaluare la data: _____ |

Anexa 2. Fișa de monitorizare a anticoagurării

| Element | De completat |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Indicația ACO | Scor/risc tromboembolic: _____; decizie: ACO indicat / nu / amânat; motiv: _____ |
| Medicament | Denumire: _____; doză: _____; ora administrării: _____; data inițierii: _____ |
| Pentru AVK | INR țintă 2,0-3,0; ultim INR: ____; data: ____; următor control: ____; TTR, dacă disponibil: _____ |
| Pentru DOAC | RFG/creatinină: ____; greutate: ____; vârstă: ____; doză standard/redușă justificată: _____ |
| Riscuri/interacțiuni | AINS / antiagregante / alcool / boală renală/hepatică / istoric hemoragic / HTA necontrolată / altul. |
| Educație | Explicat: aderență, semne sângerare, semne AVC, ce face la traumă/intervenții, fără întrerupere fără medic. Semnătură pacient: _____ |

Anexa 3. Ghid scurt pentru pacientul cu fibrilație atrială

Fibrilația atrială este o tulburare de ritm în care inima bate neregulat. Uneori produce palpitații, oboseală, lipsă de aer sau amețeli, dar poate fi și fără simptome. Principalul pericol este formarea cheagurilor de sânge, care pot duce la accident vascular cerebral.

Ce trebuie să faceți

- Luați medicamentele exact cum au fost prescrise. Nu opriți anticoagulantul fără recomandarea medicului.

- Prezentați-vă la controalele programate, inclusiv analizele pentru rinichi/ficat sau INR dacă luați warfarină/acenocumarol.
- Măsurați tensiunea arterială și pulsul conform recomandării.
- Evitați automedicația cu antiinflamatoare nesteroidiene fără acordul medicului, deoarece pot crește riscul de sângerare.
- Anunțați medicul despre orice sângerare, cădere, traumă sau intervenție stomatologică/chirurgicală planificată.

Când sunați urgent la 112

- Slăbiciune bruscă pe o parte a corpului, tulburări de vorbire, asimetrie facială, tulburări de vedere sau confuzie bruscă.
- Durere puternică în piept, lipsă severă de aer, leșin sau stare de șoc.
- Sângerare abundentă, scaun negru, urină cu sânge sau lovitură la cap în timp ce luați anticoagulant.

Anexa 4. Fișă de audit intern

| Criteriu de audit | Da/Nu | Observații |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|
| Pacientul cu suspiciune de FA are ECG efectuat/documentat. | | |
| În fișă este notată forma FA sau diagnosticul de lucru. | | |
| Riscul tromboembolic este evaluat și documentat. | | |
| Factorii de risc hemoragic modificabili sunt evaluați. | | |
| Decizia privind ACO este documentată și explicată pacientului. | | |
| La pacientul pe AVK există evidență INR. | | |
| La pacientul pe DOAC este verificată funcția renală/hepatică conform riscului. | | |
| Există reevaluare în ultimele 6 luni. | | |
| Pacientul a primit educație privind semnele de AVC/sângerare. | | |

Bibliografie instituțională

1. Protocol clinic național PCN-60 „Fibrilația atrială la adult”, ediția IV. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Chișinău, 2026. Aprobabil prin Ordinul MS nr. 381 din 13.05.2026.