

**INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL NAȚIONAL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ
URGENTĂ PRESPITALICEASCĂ**

Aprobat

prin Ordinul IMSP CNAMUP

nr. 395 din 10 iulie 2026

cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Instituțional

„Accidentul vascular cerebral ischemic”

**ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL
ISCHEMIC**

Protocol Clinic Instituțional

Chișinău, 2026

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ.....	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii (CIM-10).....	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Obiectivele protocolului.....	4
A.5. Data elaborării	4
A.6. Data revizuirii	4
A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborarea protocolului.....	4
A.8. Definițiile folosite în document	5
A.9. Informația epidemiologică	5
B. PARTEA GENERALĂ	5
B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească.....	5
C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	8
C.1. Conduita pacientului cu suspiciune de AVC.....	8
C.2. Anamneza.....	8
C.3. Manifestările clinice.....	8
C.4. Investigațiile paraclinice	8
C.5. Diagnosticul diferențial	8
C.6. Criteriile de transportare.....	9
C.7. Tratamentul la etapa de prespital.....	9
C.8. Indicatorii de timp	9
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	10
Anexa 1. Testul FAST	11
BIBLIOGRAFIE.....	11

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Abrevierea	Semnificația
ABCDE	Airway (căile respiratorii), Breathing (respirația), Circulation (circulația), Disability (examen mini-neurologic), Exposure (expunerea)
AIT	Atac ischemic tranzitor
AMU	Asistență medicală urgentă
AMUP	Asistență medicală urgentă prespitalicească
AVC	Accident vascular cerebral
CIM	Clasificatorul Internațional al Maladiilor
CNAMUP	Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
DCU	Dispeceratul Central de Urgență
DMU	Departamentul medical de urgență
ECG	Electrocardiograma
FAST	Face, Arm, Speech, Time (Față, Braț, Vorbire, Timp)
FCC	Frecvența contracțiilor cardiace
FR	Frecvența respiratorie
i/r	Administrare intrarectală
i/v	Administrare intravenoasă
IMSP	Instituția medico-sanitară publică
NPO	Nil per os (nimic pe gură)
Ps	Puls
r-tPA	Activator tisular al plasminogenului recombinat
SAMPLE	Symptoms, Allergies, Medications, Past history, Last meal, Events (anamneza structurată)
SpO₂	Saturația cu oxigen
TA	Tensiunea arterială
TC	Tomografie computerizată
UPU	Unitatea de primiri urgențe

PREFAȚĂ

Prezentul protocol clinic instituțional a fost elaborat de grupul de lucru al IMSP CNAMUP, constituit prin Ordinul IMSP CNAMUP nr. 268 din 27.04.2026, în conformitate cu Protocolul Clinic Național PCN-13 „Accidentul vascular cerebral ischemic” și cu prevederile Ordinului IMSP CNAMUP nr. 101 din 19.02.2026 „Cu privire la implementarea în practică a Metodologiei de elaborare și

implementare a actelor normative de standardizare a serviciilor de sănătate în cadrul IMSP CNAMUP”.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul

Diagnostic: BCVA. Accident vascular cerebral (AVC) nespecificat.

Exemple de formulare a diagnosticului clinic:

- BCVA. AVC acut nespecificat cu dereglări de vorbire – afazie motorie, senzorială sau globală, hemi-hipoestezie, hemipareză/hemiplegie dreaptă/stângă (ușoară/moderată/profundă).
- BCVA. AVC acut nespecificat cu tetrapareză ușoară/moderată/profundă, dereglări de cunoștință, dereglări de deglutiție.

A.2. Codul bolii (CIM-10)

Cod CIM-10	Denumirea
G45.9	Atac ischemic tranzitor cerebral
I63	Infarct cerebral (AVC ischemic)
I64	AVC, nespecificat ca hemoragic sau ca infarct
I61	Hemoragie intracerebrală (AVC hemoragic)

A.3. Utilizatorii

Personalul medical al echipelor de asistență medicală urgentă prespitalicească (AMUP): medici de urgență, felceri și asistenți medicali de urgență.

A.4. Obiectivele protocolului

Optimizarea calității asistenței medicale de urgență acordate pacienților cu AVC la etapa de prespital.

A.5. Data elaborării

2026

A.6. Data revizuirii

În conformitate cu următoarea revizuire a PCN-13.

A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Nume și prenume	Funcția
Serghei SUMAN	Vicedirector medical
Diana CARAȘTEFAN	Șef DCTM
Svetlana GAITUR	Șef Regional AMU Centru
Leontie MACAROV	Șef CIDMUC și SC
Alina SCRIPNIC	Șef-adjunct CIDMUC și SC

Nume și prenume	Funcția
Ludmila BOLOGAN	Metodist CIDMUC și SC
Eleonora TCACI	Medic-auditor
Elena ANTON	Medic-auditor
Ala RABOVILA	Medic-auditor
Elena IAZADJI	Medic-auditor
Rita NOUR	Medic-auditor

Protocolul a fost verificat, discutat și aprobat de:

Nume și prenume	Funcția
Serghei SUMAN	Vicedirector medical

A.8. Definițiile folosite în document

AVC ischemic (infarct cerebral) – perturbare funcțională și/sau morfologică a țesutului cerebral, determinată de întreruperea sau diminuarea bruscă a perfuziei arteriale în teritoriile cerebrale, provocând necroza localizată a țesutului cerebral, ca urmare a deficitului metabolic celular în raport cu reducerea debitului sangvin cerebral.

AVC hemoragic – rezultatul sângerării dintr-o arteră cerebrală ruptă; se subdivide în hemoragie intracerebrală și hemoragie subarahnoidiană.

Accident ischemic tranzitor (AIT) – ischemie într-un teritoriu localizat al creierului, care poate antrena un deficit neurologic cu durată ce nu depășește 24 de ore (de obicei de la câteva minute până la câteva ore) și care regresează fără a lăsa sechele.

Tromboliza sistemică – metodă terapeutică ce constă în injectarea unei substanțe trombolitice (fibrinolitice – r-tPA), capabilă să dizolve un tromb sangvin; este eficientă în AVC ischemic acut în primele 4,5 ore de la debutul simptomatologiei, în absența contraindicațiilor.

Trombectomia mecanică – extragerea, prin intermediul unor dispozitive speciale, a trombului care blochează circulația sangvină.

A.9. Informația epidemiologică

Accidentul vascular cerebral reprezintă a doua cauză de deces la nivel mondial și o cauză frecventă de handicap la adulți. În Republica Moldova, incidența AVC pe parcursul ultimilor ani s-a majorat dramatic – de la 9,8 la 10 000 populație în 1995, la 21,8 la 10 000 populație în 2018. AVC este principala cauză de dizabilitate în rândul adulților, 13% dintre pacienți fiind de vârstă aptă de muncă. Rata mortalității prin AVC rămâne una dintre cele mai mari din Europa: în 2018 s-au înregistrat 7 735 de cazuri noi, iar 5 227 de pacienți au decedat (1 din 7 decese anuale). În structura mortalității, bolile cerebrovasculare ocupă locul 3.

B. PARTEA GENERALĂ**B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească**

Descriere	Motive	Pași
Nivelul 112 / DCU – operatori 112 și dispeceri medicali DCU IMSP CNAMUP		
Diagnostic – suspectarea unui posibil AVC	- Dispecerul preia apelul de urgență și trebuie să recunoască gravitatea AVC și simptomele acestuia. - AVC necesită abordare de apel cu prioritate înaltă; la pacient se trimite cea mai apropiată echipă medicală.	- Identificarea AVC / aplicarea chestionarului FAST. În prezența simptomelor tipice instalate brusc (dificultate de vorbire, deficite neurologice unilaterale, cefalee severă cu debut brusc) – se activează imediat codul de urgență AVC. - În prezența simptomelor atipice (căderi, tulburări de mișcare, confuzie, conștiență alterată cu respirație prezentă) – se aplică chestionarul FAST; dacă cel puțin un răspuns din trei este pozitiv, se activează codul AVC cu prioritate maximă. - Activarea codului AVC: timpul de la apel la coordonarea AMU < 120 secunde; timpul de răspuns al AMU < 15 min. - Obținerea răspunsurilor privind pacientul: vârsta; este complet alert?; respiră normal?; vorbește normal?; motivul suspiciunii de AVC; când a fost văzut ultima dată normal?; AVC în antecedente?; stentare coronariană/carotidiană în antecedente?
Nivelul AMU – medici de urgență și asistenți/felceri de urgență		
Diagnostic – recunoașterea precoce a unui posibil AVC	- Coordonare prioritară și reacție rapidă (importanța timpului). - Personalul AMU trebuie școlarizat în recunoașterea, evaluarea, tratamentul și transportarea pacientului cu AVC.	- Evaluarea inițială rapidă, folosind un algoritm clar de AMU. - Anamneza și examenul fizic (Caseta 1, Anexa 1). - Evaluarea FAST (Face, Arm, Speech, Time) (Anexa 1). - Evaluare rapidă: vârsta (pacienți < 18 ani); AVC/traumatism cranio-cerebral în antecedente (se notează la status localis); eliminarea condițiilor care pot imita AVC (Caseta 3); ora exactă a debutului; traumatism secundar instalării AVC. - Limita de timp la locul solicitării ≤ 15 minute; timpul dintre sosire și decizia de transportare ≤ 15 minute. - Documentarea istoricului: ora debutului (dacă pacientul s-a trezit cu simptome, se consideră momentul când a fost văzut ultima dată fără simptome); medicamentele administrate (atenție la anticoagulante).

Descriere	Motive	Pași
		La pacienții tineri – evidențierea traumatismului recent, coagulopatiei, utilizării drogurilor (cocaină) sau anticoncepționalelor orale, prezenței migrenei.
Luarea deciziei și transportarea	Conceptul „timpul înseamnă creier”: tratamentul AVC este o urgență, iar evitarea întârzierilor este obiectivul principal în faza acută prespitalicească.	- Evaluarea criteriilor de transportare (Caseta 4). - Transportarea rapidă la cel mai apropiat Centru AVC (primar/multidisciplinar/comprehensiv), conform criteriilor de referință. - Notificarea prealabilă a spitalului (apel prioritar/pre-alertă la UPU) pentru mobilizarea resurselor și prezența echipei AVC la sosire. - Conținutul minim al notificării: vârsta și sexul pacientului; suspiciunea de AVC; ora de debut a simptomelor; ora estimată de sosire la Centrul AVC.
Tratament – asistența medicală de urgență la etapa prespitalicească	În timp ce se așteaptă transportarea de urgență la spital, nu se recomandă nicio procedură terapeutică, cu excepția stabilizării funcțiilor vitale.	- Stabilizarea funcțiilor vitale (Caseta 5); protocolul ABCDE. - Evaluarea semnelor vitale: conștiență, FR, FCC, TA, T°, SpO₂; asigurarea permeabilității căilor respiratorii; oxigen 2–4 l/min dacă SpO₂ < 95%. - Poziționarea pacientului: ridicarea capului la 30°, pentru reducerea presiunii intracraniene. - Acces intravenos prin 2 căi de calibru mare (G16, G18); în caz de eșec, transportarea nu se amână. - Corectarea hipoglicemiei: Sol. Glucosum 40% i/v în bolus, dacă glicemia < 3,3 mmol/l. - Asigurarea NPO (nimic pe gură) pentru prevenirea aspirației, până la confirmarea deglutiției normale. - Nu se administrează: antihipertensive (cu excepția TA > 220/120 mm Hg, insuficienței cardiace severe, encefalopatiei hipertensive, suspiciunii de disecție de aortă, infarctului miocardic acut); antiagregante/anticoagulante; soluții de glucoză (cu excepția hipoglicemiei); sedative (cu excepția convulsiilor); lichide în exces.
Transportarea în staționar	Rezolvarea urgenței medicale; evaluarea pacientului în vederea stabilirii diagnosticului și inițierii tratamentului.	- Monitorizarea funcțiilor vitale (se notează la status localis). - Criteriile de transportare/spitalizare (Caseta 4). - Principiul teritorial: transportare la Centrul AVC conform criteriilor de referință. - Transport prioritar: în AVC acut cu debut < 24 ore – cu semnalizare acustică și vizuală (girofar/sirenă).

C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.1. Conduita pacientului cu suspiciune de AVC

Conduita pacientului cu suspiciune de AVC urmează un algoritm clar de AMU:

Evaluare inițială rapidă → **protocolul ABCDE** (inclusiv examenul mini-neurologic) → **evaluarea semnelor vitale** (conștiență, FR, FCC, TA, T°, SpO₂) → **evaluarea FAST** → **investigații esențiale** (ECG, pulsoximetrie, glicemie) → **transportare medicală rapidă asistată la Centrul AVC.**

C.2. Anamneza

Caseta 1. Anamneza

- Depistarea factorilor de risc, a patologiei aterosclerotice sau cardiace: hipertensiune arterială, diabet zaharat, tabagism, hipercolesterolemie, by-pass coronarian, fibrilație atrială etc.
- AVC trebuie suspectat la orice pacient cu deficit neurologic acut sau alterarea nivelului de conștiență.

Simptome caracteristice pentru AVC:

- Senzație bruscă de slăbiciune sau amorțeală în regiunea feței, brațului sau piciorului, în special lateralizată pe o parte a corpului.
- Confuzie subită, tulburări de vorbire și de înțelegere.
- Deteriorarea subită a vederii la unul sau la ambii ochi.
- Dificultate subită de deplasare, vertij, tulburări de coordonare și echilibru.
- Cefalee acută severă fără cauză evidentă.

Stabilirea timpului de debut este importantă pentru inițierea terapiei trombolitice. Dacă pacientul se trezește cu simptome, timpul de debut se consideră momentul când a fost văzut ultima dată fără simptome. La pacienții candidați pentru tromboliză se evaluează criteriile de includere și excludere.

C.3. Manifestările clinice

Caseta 2. Semne și simptome clinice

- Amauroză tranzitorie monoculară: pierderea totală, fără durere, a vederii la un ochi (artera carotidă ipsilaterală, artera oftalmică, artera retiniană centrală sau ciliară posterioară).
- Slăbiciune și amorțeală în hemicorpul contralateral, piciorul fiind adesea mai afectat decât brațul; pierderea controlului voluntar al micțiunii.
- Hemipareză / hemiplegie; AVC pur senzorial (talamus contralateral, capsulă internă); hemipareză ataxică; dizartrie și stângăcia mâinii.
- AVC subcortical: afectează zone mici (capsula internă, ganglionii bazali, trunchiul cerebral), de obicei prin ocluzia vaselor penetrante; deficite senzitivo-motorii, ataxie, dizartrie.
- AVC cortical: afectează teritorii mai largi (lobii frontal, parietal, temporal, occipital) prin ocluzia arterelor majore; pot apărea afazie, apraxie, agnozie și pareză a privirii.

C.4. Investigațiile paraclinice

Tabelul 1. Investigațiile paraclinice la etapa de prespital.

Monitorizarea continuă	Investigațiile paraclinice
Funcțiile vitale: starea de conștiență, TA, FCC, FR, temperatura; reevaluarea cardio-pulmonară	ECG, pulsoximetria, glicemia

C.5. Diagnosticul diferențial

Caseta 3. Diagnosticul diferențial
• Migrena – simptome neurologice cu debut mai lent, gradual, și dezvoltare progresivă. • Crizele comițiale – de regulă fenomene „pozitive” (mișcări involuntare); simptomele postictale pot mima AVC (tulburări de vorbire, confuzie, pareză postictală). • Sincopile. • Amnezia tranzitorie globală – instalarea bruscă a tulburărilor de memorie antero- și retrogradă, fără semne neurologice de focar. • Patologiile sistemului nervos periferic – mononeuropatii, radiculopatii, paralizia Bell, neurita vestibulară, neuropatii craniene. • Alte procese de volum intracraniene (tumori, abcese) – debut și evoluție graduale. • Neurozele (anxietate, atacuri de panică). • Tulburări metabolice – hipoglicemia este cea mai frecventă tulburare care mimează AVC; se examinează pacienții cu diabet sau patologie hepatică. • Hemoragia intracerebrală – la pacienții hipertensivi cronici, cu primul semn adesea cefaleea severă.

C.6. Criteriile de transportare

Caseta 4. Criteriile de transportare
NB! Toți pacienții cu suspiciune de AVC se transportă rapid la cel mai apropiat Centru AVC (primar/multidisciplinar/comprehensiv), conform criteriilor de referință. • Dacă, luând în calcul durata transportului, pacientul poate ajunge la DMU al unei unități apte să efectueze tromboliza i/v în maximum 4,5 ore de la debut, se procedează în regim de maximă urgență la transport (se ia în considerare și timpul necesar investigațiilor după sosire). • Pentru pacienții aflați în afara intervalului de tromboliză, medicul neurolog apreciază oportunitatea altor proceduri de revascularizare; orice suspiciune de AVC acut se transportă cu prioritate la cea mai apropiată unitate neurovasculară aptă de revascularizare endovasculară. • Dacă intervalul nu poate fi respectat, pacientul se transportă urgent la spital, dar nu se mai declanșează protocolul pentru tromboliză. • Dacă unitatea contactată nu poate efectua revascularizare, se contactează alte unități apropiate, cu respectarea timpului. NB! Pacientul nu este transportat doar în caz de refuz documentat al pacientului și/sau al aparținătorilor ori al îngrijitorilor legal autorizați.

C.7. Tratamentul la etapa de prespital

Caseta 5. Tratamentul AVC la etapa de prespital

- Asigurarea permeabilității căilor respiratorii; poziționarea în decubit dorsal, cu ridicarea capului la 30°.
- Prevenirea traumatismelor secundare.
- Administrare de oxigen (2–4 l/min dacă $SpO_2 < 95\%$).

Tensiunea arterială:

- Se evită scăderea bruscă a TA.
- Scăderea prudentă se efectuează doar la valori extreme ($> 220/120$ mm Hg) sau în prezența complicațiilor (insuficiență cardiacă, suspiciune de disecție aortică, encefalopatie hipertensivă, infarct miocardic acut).
- Sol. Enalaprilat 1,25 mg/ml sau Sol. Urapidilum 5 mg/ml – 10 mg i/v, repetat la necesitate.

C.8. Indicatorii de timp

Caseta 6. Indicatorii de timp

- Timpul de la apel la coordonarea serviciului AMU < 120 secunde.
- Timpul de răspuns al serviciului AMU < 15 (8) minute (de la apel la sosirea la fața locului), conform Ordinului MSMPS nr. 430 din 03.04.2019.
- Timpul de intervenție: intervalul dintre sosirea echipei AMU și decizia de transportare către Centrul AVC ≤ 15 minute.
- Fereastra terapeutică pentru tromboliză: $< 4,5$ ore.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Prestatori de servicii AMU	Resurse necesare
Personal	• Medic de urgență • Felcer / asistent medical de urgență
Dispozitive medicale	Conform Normelor minime de dotare a ambulanțelor Serviciului de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească, Tip B și Tip C (Anexa nr. 10 la Ordinul MSMPS al RM nr. 430 din 03.04.2019).
Medicamente	Conform Listei medicamentelor, materialelor de pansament și consumabilelor obligatorii pentru dotarea trusei de asistență medicală urgentă pentru etapa de prespital (Anexa nr. 11 la Ordinul MSMPS al RM nr. 430 din 03.04.2019): • Sol. Glucosum 40% • Sol. Natrii chloridum 0,9% • Oxigen • Sol. Urapidilum 5 mg/ml – 5 ml • Sol. Enalaprilat 1,25 mg/ml – 1 ml

Anexa 1. Testul FAST

Testul FAST permite identificarea rapidă a semnelor de AVC. Prezența oricăruia dintre semne, apărut brusc, impune transportarea de urgență la Centrul AVC, cu notificarea prealabilă a spitalului destinatar și notarea orei de debut.

Element	Evaluare
F – Face (Față)	Asimetrie facială – cereți pacientului să zâmbească; se observă căderea unei comisuri bucale.
A – Arm (Braț)	Slăbiciune a brațului sau piciorului pe o parte a corpului – cereți pacientului să ridice ambele brațe; unul cade sau nu poate fi ridicat.
S – Speech (Vorbire)	Vorbire incoerentă sau incapacitatea de a vorbi – cereți pacientului să repete o frază simplă.
T – Time (Timp)	Dacă oricare semn este prezent și a apărut brusc – transportare de urgență la Centrul AVC; se notează ora debutului simptomelor.

BIBLIOGRAFIE

1. Protocolul Clinic Național PCN-13 „Accidentul vascular cerebral ischemic acut”, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.
2. Ordinul MS al RM nr. 870 din 16 octombrie 2023 privind transportarea pacientului către Centrul AVC (primar/multidisciplinar/comprehensiv).
3. Ordinul MSMPS al RM nr. 430 din 03.04.2019 privind normele minime de dotare a ambulanțelor și lista medicamentelor obligatorii pentru etapa prespitalicească.