

*Aprobat
prin Ordinul IMSP CNAMUP nr. 351 din 18.06. 2026
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Institucional Apendicita acuta la adult*

APENDICITA ACUTĂ LA ADULT

Protocol Clinic Instituțional

Chișinău, 2026

CUPRINS

Sumarul recomandărilor	3
Abrevierile folosite în document	3
Prefață	3
A. Partea introductivă	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 protocolului	4
A.6. Data revizuirii protocolului	4
A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	4
A.8. Definițiile folosite în document	4
A.9. Informația epidemiologică	5
B. Partea generală — Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească	6
C. Descrierea metodelor, tehnicilor și a procedurilor	7
C.1.1. Conduita pacientului cu AA (Caseta 1)	7
C.1.2. Acuzele, anamneza și simptomatologia (Caseta 2, 3)	8
C.1.2.1. Particularitățile evoluției clinice în funcție de poziția anatomică (Caseta 4)	9
C.1.2.2. Diagnosticul diferențial (Caseta 5)	10
C.1.3. Criteriile de transportare (Caseta 6)	11
C.1.4. Forme clinice particulare (Caseta 7, 8)	12
D. Resursele umane și materialele necesare	13
Anexa 1 — Ghidul pacientului cu apendicita acută	14
Anexa 2 — Fișa standardizată de audit medical	15
Bibliografie	16

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

Apendicita acută (AA) este cea mai frecventă urgență chirurgicală abdominală. Riscul pe viață este estimat la 8,6% pentru bărbați și 6,7% pentru femei. Cel mai comun semn este durerea abdominală cu debut spontan, care migrează în fosa iliacă dreaptă — simptomul Kocher. La orice suspiciune de AA, transportarea urgentă la o instituție medico-sanitară cu profil chirurgical este obligatorie.

Apendicita acută este o afecțiune chirurgicală caracterizată prin inflamația apendicelui vermiform și reprezintă una dintre cele mai frecvente cauze ale durerii abdominale acute. Incidența curentă este estimată la 8,6% pentru bărbați și 6,7% pentru femei, cu un risc de apendicectomie de 12% vs. 23% respectiv.

Cel mai comun și constant semn al AA este durerea abdominală care apare spontan, brusc, fără corelație cu alimentarea sau efortul fizic. Inițial localizată în epigastru sau paraombilical, durerea se deplasează în fosa iliacă dreaptă (simptomul Kocher) în peste 35% din cazuri.

Printre alte acuze asociate se remarcă anorexia, grețurile și voma. Manifestarea clasică — anorexia și durerea paraombilicală, urmată de greață, vomă și migrarea durerii — se întâlnește în doar 50% din cazuri. Tabloul clinic poate varia de la simptomatologie ușoară până la semne de peritonită generalizată și sepsis.

La orice suspiciune de apendicită acută este obligatorie transportarea pacientului în regim de urgență către instituția medico-sanitară cu profil chirurgical / UPU, indiferent de intensitatea simptomelor.

La examinarea fizică se apreciază multiplele simptome apendiculare: Rovsing, Sitkovski, Bartomie-Mihelson, Cope, Dunphy și altele. Niciunul dintre ele nu este incontestabil sau specific, iar absența lor nu poate constitui baza pentru excluderea inflamației apendiculare.

Pacienții vârstnici se adresează frecvent mai târziu în cursul bolii; durata simptomatologiei peste 24–48 de ore nu exclude diagnosticul de AA. La gravide, tabloul clinic depinde de termenul gestației, severitatea procesului și localizarea apendicelui — semnele pot fi localizate mai cranial față de punctul McBurney standard, începând cu săptămâna 20 de gestație.

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Abreviere	Semnificație
-----------	--------------

AA	Apendicita acută
AMU	Asistența medicală urgentă
CIM	Clasificarea internațională a maladiilor
DMU	Departamentul de Medicină Urgentă
ECG	Electrocardiografie
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
O	Obligatoriu
PCI	Protocol Clinic Instituțional
PCN	Protocol Clinic Național
PS	Puls
R	Recomandabil
SpO ₂	Saturația periferică a oxigenului (pulsximetrie)
TA	Tensiunea arterială
UPU	Unitate de Primiri Urgențe

PREFAȚĂ

Prezentul PCI a fost elaborat de grupul de lucru al IMSP CNAMUP, constituit prin **Ordinul nr. 268 din 27.04.2026**, în baza PCN-317 Apendicita acută la adult ediția 2024 și în conformitate cu Ordinul nr. 101 din 19.02.2026 privind Metodologia de elaborare a actelor normative de standardizare a serviciilor de sănătate în cadrul IMSP CNAMUP.

Protocolul reglementează conduita personalului medical al echipelor de asistență medicală urgentă (medici de urgență, felceri, asistenți medicali) la etapa prespitalicească în cazul suspiciunii de apendicită acută la pacienții adulți.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul

Apendicita acută (AA) — inflamația apendicelui vermiform la pacientul adult.

Exemplu de diagnostic: Apendicită acută.

A.2. Codul bolii (CIM-10)

K35	Apendicita acută
------------	------------------

A.3. Utilizatorii

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

A.4. Obiectivele protocolului

- Optimizarea calității asistenței medicale de urgență la etapa prespitalicească în caz de apendicită acută la adult.
- Standardizarea conduitei diagnostice și terapeutice a echipelor AMUP în suspiciunea de AA.
- Reducerea timpului de la debut la transportare la instituția chirurgicală.
- Prevenirea complicațiilor prin intervenție precoce și corectă.

A.5. Data elaborării protocolului

Anul 2026.

A.6. Data revizuirii protocolului

În conformitate cu următoarea revizuire a PCN-317 Apendicita acută la adult'.

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

Numele	Funcția
Serghei SUMAN	Vicedirector medical
Diana CARAȘTEFAN	Șef DCTM
Elena IAZADJI	Medic auditor

Ala RABOVILA	Medic auditor
Eleonora TCACI	Medic auditor
Elena ANTON	Medic auditor
Rita NOUR	Medic auditor
Svetlana GAITUR	Șef Regional AMU Centru
Leontie MACAROV	Șef CIDMUC și SC
Alina SCRIPNIC	Șef adjunct CIDMUC și SC
Ludmila BOLOGAN	Metodist CIDMUC și SC

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat de:

Serghei SUMAN	Vicedirector medical
----------------------	----------------------

A.8. Definițiile folosite în document

Apendicita acută (AA): afecțiune chirurgicală caracterizată prin inflamația apendicelui vermiform; una dintre cele mai frecvente cauze ale durerilor abdominale acute.

Apendicita simplă (necomplicată): inflamație apendiculară obișnuită, în absența gangrenei, perforației sau abcesului periapendicular.

Apendicita complicată: include apendicita gangrenoasă sau perforativă, sau prezența abcesului periapendicular ori a peritonitei purulente generalizate. Rata medie a perforațiilor apendiculare este de 16–30%, semnificativ mai mare la vârstnici (până la 90%), datorită întârzierii diagnosticului.

Empiem apendicular: formă macroscopică a apendicitei flegmonoase, cu acumulare de puroi în lumenul apendicelui și obstrucția comunicării cu cecul.

Plastron apendicular: formă evolutivă rară, apărută după 48–72 ore de la debut, caracterizată prin formarea unei tumori inflamatorii în fosa iliacă dreaptă.

Abces apendicular (periapendicular): colecție de puroi rezultată din gangrena și necroza infectată a apendicelui, apărută la internare sau ca evoluție negativă a plastronului apendicular.

A.9. Informația epidemiologică

Apendicita acută reprezintă cea mai frecventă urgență chirurgicală abdominală în numeroase țări, afectând preponderent segmentul tânăr și activ al populației, cu impact semnificativ asupra productivității.

Riscul apendicitei acute pe durata vieții este estimat la aproximativ 7% din populația generală: 8,6% la bărbați și 6,7% la femei. Riscul de a fi supus apendicectomiei este de 12% la bărbați și 23% la femei.

Afecțiunea se întâlnește cel mai frecvent în intervalul 10–30 de ani, vârsta medie a pacienților supuși apendicectomiei fiind de 22 de ani.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească

(Medici de urgență, felceri și asistenți medicali de urgență)

Etapă / Descriere	Motive	Pași și acțiuni obligatorii
Diagnosticul AA Suspectarea diagnosticului.	Acuzele, anamneza și examenul obiectiv permit suspectarea AA.	<ul style="list-style-type: none">• Standard — Obligatoriu:• Culegerea acuzelor și anamnezei (Caseta 2).• Examenul obiectiv (Caseta 3, 4).• Diagnosticul diferențial (Caseta 5).• La suspiciune de AA: transportare obligatorie la IMSP cu profil chirurgical (Caseta 6).
Decizia Transportarea și consultul chirurgului.	Transport medical asistat la IMSP spitalicească cu urgențe chirurgicale și consult obligatoriu al chirurgului pentru confirmarea diagnosticului.	<ul style="list-style-type: none">• Standard — Obligatoriu (toți pacienții cu suspiciune de AA):• ECG.• Pulsoximetrie (SpO₂).• Glucometrie.• Monitorizare continuă: puls (PS), tensiunea arterială (TA), temperatură.
Tratamentul Tratament simptomatic al pacienților critici cu AA în prespital.	Tratamentul vizează stabilizarea funcțiilor vitale. Nu trebuie să întârzie transportarea pacientului.	<ul style="list-style-type: none">• Standard — Obligatoriu:• Oxygenoterapie: în caz de SpO₂ < 95% sau la indicație clinică.• Stabilizare hemodinamică: Sol. Natrii chloridum 0,9% — 500–1000 ml i.v.• Preparate inotrop-pozitive și vasoconstrictoare: la necesitate (Dopaminum).

C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.1.1. Conduita pacientului cu AA

Caseta 1. Etapele obligatorii în conduita pacientului cu apendicită acută

- Culegerea acuzelor și anamnezei;
- Evaluarea stării generale și a parametrilor vitali;
- Identificarea semnelor clinice sugestive pentru AA și a semnelor de complicații;
- Stabilirea diagnosticului prezumtiv;
- Acordarea asistenței medicale urgente prespitalicești, conform stării pacientului;
- Monitorizarea pacientului pe parcursul asistenței medicale și al transportării către instituția medico-sanitară cu profil chirurgical / UPU.

C.1.2. Acuzele, anamneza și simptomatologia

Caseta 2. Acuzele și anamneza

- Cel mai comun și constant semn al AA este durerea abdominală. În cazuri tipice, durerea apare spontan, brusc, fără corelație cu alimentarea sau efortul fizic.
- Inițial durerea poate fi localizată în epigastriu sau regiunea paraombilicală; după 4–6 ore se deplasează și se localizează în fosa iliacă dreaptă, crescând în intensitate — simptomul Kocher (prezent în peste 35% din cazuri).
- Durerea atipică (în fosa iliacă dreaptă, periombilical sau difuz abdominal) se observă la 40–45% din pacienți.
- Anamneza poate evidenția episoade similare de durere în fosa iliacă dreaptă în antecedente.
- Nu este caracteristică iradierea durerii sau o poziție antalgică forțată; mișcările bruște și mersul pot exacerba durerea în cadranul inferior drept.
- Alte acuze: anorexia, grețurile și voma (reflexă, de regulă unică; voma multiplă sugerează proces distructiv sau peritonită difuză).
- Manifestări dispeptice mai puțin caracteristice: balonare abdominală, constipație sau diaree.

Caseta 3. Simptomatologie

- Tabloul clinic poate varia de la simptomatologie relativ ușoară până la semne de peritonită generalizată și sepsis.
- La momentul adresării, temperatura corpului este de regulă 37,2°–37,5°C. Febra hectică (39–40°C) apare în formele distructive tardive.
- Pulsul este ușor accelerat, proporțional creșterii temperaturii corporale.
- Abdomenul participă în actul respirator, cu excepția regiunii iliace drepte (în forma tipică).
- Palparea superficială (începând obligatoriu din cadranul opus localizării durerii) evidențiază sensibilitate algică și contractură musculară în fosa iliacă dreaptă, cu apogeu în punctul McBurney.
- **Triada Dieulafoy:** durere, contractură musculară și hiperestezie cutanată, localizate maximal în punctul McBurney.

Simptome apendiculare evaluate la examenul obiectiv:

- **Simptomul Blumberg:** compresia lentă a peretelui abdominal în fosa iliacă dreaptă, urmată de decompresie bruscă, exacerbează durerea — semn clasic de iritație peritoneală.
- **Simptomul Rovsing:** impulsivitatea bruscă în fosa iliacă stângă produce durere contralaterală, prin deplasarea retrogradă a conținutului colonic și iritarea apendicelui.
- **Simptomul Sitkovski:** decubitul lateral stâng determină dureri în fosa iliacă dreaptă, prin deplasarea cecului și extensia mezoapendicelui inflamant.
- **Simptomul Bartomie-Mihelson:** palparea apendicelui în decubit lateral stâng provoacă dureri violente, prin apropierea apendicelui inflamant de peretele abdominal.
- **Simptomul Mandel-Razdolski:** percuția peretelui abdominal anterior în fosa iliacă dreaptă provoacă durere, prin iritarea peritoneului inflamant.
- **Simptomul Dunphy (semnul tusei):** tusea accentuează durerea din fosa iliacă dreaptă, însoțită de reflex de imobilizare abdominală.
- **Simptomul Cope (semnul iliopsoas):** durere în fosa iliacă dreaptă la ridicarea membrului inferior drept sau la rotația internă a acestuia; sugerează poziția retrocecală a apendicelui sau extensia posterioară a procesului inflamant.
- Examinările rectale și vaginale se efectuează la necesitate; sensibilitatea dreaptă poate fi prezentă în AA pelviană. Sunt sugestive, dar nu decisive pentru confirmarea diagnosticului.

C.1.2.1. Particularitățile evoluției clinice în funcție de poziția anatomică a apendicelui vermiform

Caseta 4. Particularitățile evoluției clinice în funcție de poziția anatomică a apendicelui vermiform

Poziția retrocecală:

- Durere lombară dreaptă cu sensibilitate la examinare; intensitate scăzută a durerilor abdominale.
- Contractura musculară și iritația peritoneală pot fi absente la palparea profundă (protecție asigurată de intestinul cec).
- Semnul psoas și obturator pozitive (durere la flexia/extensia șoldului sau la rotația internă).
- Examinare în decubit lateral stâng; palparea bimanuală evidențiază dureri pronunțate.
- Durerea lombară cu iradiere în membrul inferior drept sau organele genitale poate fi confundată cu colica renală; pot fi prezente simptome urinare (polakiurie, hematurie, retenție de urină).
- La progresia procesului: stare generală alterată, temperatură 39–40°C; risc de flegmon retroperitoneal.

Poziția pelviană:

- Durere suprapubiană cu micțiuni frecvente și dureroase; diaree și tenesme prin iritarea rectului.
- Defansul muscular apare tardiv, suprapubian; sensibilitate rectală sau vaginală dreaptă prezentă.
- Întârzierea intervenției chirurgicale → plastron pelvin → abces al spațiului Douglas.

Poziția mezoceliacă (postileală):

- Prezentă în aproximativ 5% din cazuri; simptomatologie nespecifică, limitând explorarea clinică.
- Durere paraombilicală; vome mai frecvente și abundente; diaree permanentă (iritare ileon distal).
- Plastronul format este profund și greu accesibil palpării.

Poziția subhepatică:

- Manifestări clinice similare colecistitei acute; defans muscular și durere maximă în hipocondrul drept.
- Diagnostic clinic stabilit pe baza anamnezei și examenului clinic; subicter în cazuri rare.

Apendicita în sacul herniar:

- Variante: (1) inflamație de sac herniar cu extindere peritoneală și peritonită; (2) edem al porților herniare cu strangulare (tip Brock); (3) abces herniar localizat.
- Practic imposibil de diagnosticat preoperator, mai ales în cazurile de adresare tardivă.

C.1.2.2. Diagnosticul diferențial

Tabloul clinic al AA este extrem de variabil, motiv pentru care afecțiunea este numită 'boala-cameleon'. Diagnosticul diferențial depinde de: (1) poziția anatomică a apendicelui inflamât; (2) stadiul evolutiv al procesului; (3) vârsta și sexul pacientului.

Caseta 5. Diagnosticul diferențial al apendicitei acute

- **Pancreatita acută:** dureri de intensitate maximă în epigastru cu iradiere în centură', vărsături neîntrerupte, stare generală gravă cu tendință spre șoc; abdomen balonat, semnul Körte; antecedente de obezitate, etilism, litiază biliară.
- **Colecistita acută:** antecedente de colică biliară; debut corelat cu alimentație copioasă/alcool; semnele Orthner, Murphy, simptomul frenicus; icter/subicter; proeminență în rebordul costal drept.
- **Ulcerul gastroduodenal perforat:** debut brusc cu sindrom algic pronunțat; ameliorare temporară dacă perforația se acoperă spontan; semne clinice localizate pe flancul abdominal drept.
- **Patologii ale sistemului respirator (pleuropneumonie bazală, pleurezie dreaptă):** durere abdominală iradiată, febră înaltă precedată de frison; auscultativ — atenuarea respirației și crepitații.

- **Gastroenterita acută:** durere periombilicală colicativă; crampe abdominale urmate de diaree apoasă și vomă; absența sensibilității localizate în fosa iliacă dreaptă și a contracturii musculare.
- **Patologii urologice (pielonefrită dreaptă, urolitiază, colică renală, cistită acută):** durere de intensitate mare cu risc de lipotimie, apărută după efort fizic sau mișcare bruscă, cu iradiere spre organele genitale; disurie, hematurie micro sau macrohematurie; lipsă de febră; neliniște marcată.
- **Afecțiuni ginecologice acute (anexită dreaptă, piosalpinx perforat, chist ovarian torsionat, ruptură de folicul Graaf, sarcină extrauterină):** diferențierea se face prin examinare clinică completă, inclusiv tușeu vaginal. Patologia ginecologică reprezintă cea mai frecventă cauză a apendicectomiei negative.

C.1.3. Criteriile de transportare

Caseta 6. Criteriile de transportare a pacienților cu apendicită acută

! *La orice suspiciune de apendicită acută — indiferent de intensitatea simptomelor — este indicată transportarea de urgență la instituția medico-sanitară cu profil chirurgical / UPU.*

- Transportarea se efectuează în regim de urgență, cu monitorizare continuă pe parcursul transferului.
- Personalul medical asigură stabilizarea funcțiilor vitale anterior și pe durata transportării.
- Se monitorizează obligatoriu: PS, TA, SpO₂, temperatură, starea de conștiință.
- Tratamentul simptomatic nu trebuie să întârzie decizia de transport.

C.1.4. Forme clinice particulare

Caseta 7. Apendicita acută la vârstnici

- Incidența este mai scăzută (regresie/atrofie foliculară), dar morbiditatea și mortalitatea sunt semnificativ mai crescute la această categorie de pacienți.

- Reactivitate scăzută → manifestări clinice inițial atenuate: durere puțin manifestă, temperatură moderat crescută, defans muscular ușor. Durerea în cadranul inferior drept rămâne semnul clinic de bază.
- Frecvență înaltă a formelor distructive (factor vascular), pe fondul unui tablou clinic estompat. Rata apendicitelor perforative crește direct proporțional cu vârsta.
- Probabilitatea plastronului apendicular este mică (până la 4% conform literaturii), din cauza involuției capacității plastice a peritoneului. Când apare, evoluează pseudotumoral și poate impune diferențierea de tumoare malignă a unghiului ileocecal.
- Durata simptomatologiei peste 24–48 de ore nu exclude diagnosticul de AA la pacienții vârstnici.

Caseta 8. Apendicita acută în timpul sarcinii

- Incidența: 1:500 – 1:6.600 sarcini. Poate surveni în orice trimestru, mai frecvent în primele două.
- Mortalitatea maternă este aproape 0%; morbiditatea fetală (deces neonatal precoce, naștere prematură) este de 3–8% și se asociază preponderent cu AA perforativă cu peritonită.
- Standardele diagnostice nu diferă față de pacienții non-gravidă; interpretarea trebuie să țină cont de modificările fiziologice și anatomice ale abdomenului gestant.
- Acuzele clasice (dureri abdominale, greață, vomă, anorexie) sunt frecvente în sarcina normală, ceea ce duce adesea la adresare tardivă.
- Tabloul clinic depinde de termenul gestației, severitatea procesului și localizarea apendicelui. Semnele importante: durerea, contractura musculară și simptomele de iritație peritoneală în fosa iliacă dreaptă, maxime în punctul McBurney.
- Rezistența musculară abdominală și semnele peritoneale sunt mai puțin localizate și depistate difuz în dreapta, din cauza deplasării foițelor peritoneale de uterul gravid.
- În a doua jumătate a sarcinii, orice durere la palpare pe flancul drept sau în hipocondrul drept trebuie considerată posibil semn de inflamație a apendicelui vermiform.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE

D.1. Prestatorii de servicii medicale la nivelul AMUP

Categorie	Specificații
Personal medical	<ul style="list-style-type: none">• Medic de urgență.• Asistent medical / asistentă medicală în urgență.• Felcer.
Dispozitive medicale	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• Conform Listei medicamentelor, materialelor de pansament și consumabilelor obligatorii pentru dotarea trusei de asistență medicală urgentă pentru etapa prespitalicească. (Anexa nr. 11 la Ordinul MSMPS al RM nr. 430 din 03.04.2019).• Preparate pentru compensare volemică (cristaloizi): Sol. Natrii chloridum 0,9%; Sol. Ringer (Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum).• Preparate inotrop-pozitive și vasoconstrictoare: Dopaminum — la necesitate.

Anexa 1

GHIDUL PACIENTULUI CU APENDICITA ACUTĂ

Prezentul material are scop informativ și este destinat pacienților cu suspiciune sau diagnostic de apendicită acută, pentru a facilita înțelegerea afecțiunii și a importanței intervenției medicale urgente.

Ce este apendicita acută?

Apendicita este inflamația apendicelui vermiform — un organ tubular mic (similar cu un deget), care proemină din porțiunea inferioară dreaptă a intestinului gros. Această inflamație poate provoca o durere acută (bruscă, pronunțată) în partea dreaptă inferioară a abdomenului și necesită intervenție medicală urgentă.

Manifestările clinice ale apendicitei acute

Cele mai frecvente simptome sunt durerea abdominală, greața și pierderea poftei de mâncare.

- Evoluție tipică: durerea debutează în regiunea paraombilicală, se accentuează progresiv, apare greața și voma, ulterior durerea migrează în cadranul inferior drept (unde este localizat apendicele vermiform) și continuă să se intensifice.

La unii pacienți pot apărea simptome suplimentare:

- Febră — la 40% din cazuri, datorită progresiei procesului inflamator.
- Stare generală de rău — lipsă de energie și motivație.
- Balonare abdominală — simptom tardiv, posibil semn de perforație.
- Disurie și diaree — cauzate de iritarea vezicii urinare sau intestinului terminal de apendicele inflammat.
- Pareză intestinală — constipație și senzație de imposibilitate de eliminare a gazelor.

Dacă aveți suspiciune de apendicită, adresați-vă de urgență la asistență medicală. Nu așteptați! Nu administrați analgezice înainte de consultul medical — pot masca simptomele și întârzia diagnosticul.

Semne clinice evaluate de medic la examinare

- Semnul McBurney — durere localizată la treimea externă a liniei ce unește ombilicul cu spina iliacă antero-superioară dreaptă.
- Simptomul Blumberg — decomprimarea bruscă a peretelui abdominal inferior drept produce durere vie (semn de iritație peritoneală).

- Semnul Dunphy — tusea accentuează durerea în fosa iliacă dreaptă, prin creșterea presiunii intraabdominale.
- Simptomul Rovsing — compresia cadranelui inferior stâng intensifică durerea în cadranelui inferior drept.
- Semnul mușchiului psoas — durerea se acutizează la ridicarea membrului inferior drept, sugerând localizarea posterioară a apendicelui.

Anexa 2

FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII ÎN APENDICITA ACUTĂ

Nr.	Criteriu / Date colectate	Opțiuni de răspuns	Valoare / Dată
DATE GENERALE			
1	Numărul fișei pacientului		
2	Data nașterii pacientului	ZZ/LL/AAAA 9 = necunoscut	
3	Sexul pacientului	1 — Bărbat 2 — Femeie	
4	Mediul de reședință	1 — Urban 2 — Rural 9 — Necunoscut	
INTERNARE			
5	Data debutului simptomelor	ZZ/LL/AAAA 9 = necunoscut	
6	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	1 — AMP 2 — AMU 3 — Secție consultativă 4 — Spital 5 — Inst. medicală privată 9 — Necunoscut	
7	Data adresării primare după ajutor medical	ZZ/LL/AAAA 9 = necunoscut	
8	Timpul adresării primare	OO:MM 9 = necunoscut	
9	Data sosirii la spital	ZZ/LL/AAAA 9 = necunoscut	
10	Departamentul în care s-a efectuat internarea	1 — Secția chirurgie 2 — Secția profil general 3 — Secția terapie intensivă 4 — Alte	
DIAGNOSTIC			
11	Locul stabilirii diagnosticului	1 — AMP 2 — AMU 3 — Secție consultativă 4 — Spital 5 — Inst. medicală privată	
12	Investigații imagistice efectuate	1 — Nu 2 — Da	

		9 — Necunoscut	
ISTORICUL PACIENTULUI			
13	Prezența clinicii similare anterior	1 — Nu 2 — Da 9 — Necunoscut	
14	Prezența patologiilor asociate (comorbidități)	1 — Nu 2 — Da 9 — Necunoscut	
PREGĂTIRE PREOPERATORIE			
15	Pregătirea preoperatorie a fost efectuată în spital	1 — Nu 2 — Da	
16	Durata pregătirii preoperatorii	OO:MM 9 = necunoscut	
INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ			
17	Intervenția chirurgicală a fost efectuată în spital	1 — Nu 2 — Da	
18	Data efectuării intervenției chirurgicale	ZZ/LL/AAAA	
19	Ora efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM	
20	Intervalul de la debutul maladiei până la intervenție	OO:MM	
21	Intervalul de la internare până la intervenție	OO:MM	
22	Modul de efectuare a operației	Urgent Urgent-amânat Programat	
23	Tipul anesteziei	Generală Spinală Locală Combinată	
EXTERNARE ȘI TRATAMENT			
24	Data externării	(ZZ/LL/AAAA)	
25	Data transferului interspitalicesc	(ZZ/LL/AAAA)	
26	Data decesului	(ZZ/LL/AAAA)	
27	Deces în spital	1 — Nu 2 — Din cauze atribuite AA	

		3 — Deces din cauza patologiilor asociate 4 — Alte cauze neatribuite AA 9 — Necunoscut	
--	--	--	--

BIBLIOGRAFIE

1. Protocolul Clinic Național PCN-317 Apendicita acută la adult', ediția 2024, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.
2. Ordinul MSMPS al RM nr. 430 din 03.04.2019 privind normele minime de dotare a ambulanțelor și lista medicamentelor obligatorii pentru etapa prespitalicească.
3. Ordinul IMSP CNAMUP nr. 268 din 27.04.2026 cu privire la instituirea Comisiei pentru elaborarea, avizarea și actualizarea PCI.
4. Ordinul IMSP CNAMUP nr. 101 din 19.02.2026 cu privire la implementarea Metodologiei de elaborare și implementare a actelor normative de standardizare a serviciilor de sănătate.
5. Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a 10-a (CIM-10): K35 — Apendicita acută.