

*Aprobat
prin Ordinul IMSP CNAMUP nr. 358 din 24.06.2026
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Institucional Amigdalita acuta la copil*

Amigdalita acută la copil

Protocol Clinic Instituțional

CUPRINS

Capitol	Pagina
ABREVIERI ȘI NOTAȚII CONVENȚIONALE	2
SUMARUL RECOMANDĂRILOR	3
PREFAȚĂ	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	3
A.1. Diagnosticul	3
A.2. Codul bolii (CIM 10)	3
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 PCI	4
A.8. Definițiile folosite în document	4
A.9. Informația epidemiologică	5
B. PARTEA GENERALĂ	5
B.1. Nivel de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească	6
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	6
C.1.1. Algoritmul de conduită a pacientului cu amigdalită acută	7
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	8
C.2.1. Clasificarea clinică a amigdalitei acute	9
C.2.3. Conduita pacientului cu amigdalită acută	9
C.2.3.1. Anamneza	9
C.2.3.2. Manifestările clinice în amigdalita acută	10
C.2.3.3. Investigații paraclinice	11
C.2.3.5. Criteriile de transportare și spitalizare	11
C.2.3.6. Tratamentul pacientului cu amigdalită acută	12
C.2.3.6.1. Tratamentul stărilor de urgență în forme grave – etapa prespitalicească	15
C.2.4. Complicațiile în amigdalită	15
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE	12
D.1. Prestatorii serviciilor de asistență medicală urgentă	12
Anexa 1. Fișa standardizată de audit medical	13
Anexa 2. Ghidul pentru pacient	14
BIBLIOGRAFIE	15

ABREVIERI ȘI NOTAȚII CONVENȚIONALE

Abreviere	Semnificație
ALT	Alaninaminotransferaza
AMP	Asistența medicală primară
AMU	Asistență medicală urgentă
ANSP	Agenția Națională pentru Sănătate Publică
CIM (10)	Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a X-a
CNSP	Centrul Național de Sănătate Publică
CSP	Centrul de Sănătate Publică
ECG	Electrocardiogramă
FCC	Frecvența contracțiilor cardiace
FR	Frecvența respirației
i.m.	Intramuscular
i.v.	Intravenos
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
IMSCMBCC	Spitalul Clinic Municipal de Boli Contagioase pentru Copii
RM	Republica Moldova
SCID	Sindrom de coagulare intravasculară diseminată
SNC	Sistemul nervos central
Sol.	Soluție
TA	Tensiunea arterială
TRC	Timpul de reumplere capilară
UPU/CG	Unitate de primiri urgente / Camera de Gardă

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Diagnosticul amigdalitei acute se bazează pe prezența tabloului clinic specific, cu modificările paraclinice conform factorului etiologic.
- Pacienții cu amigdalită acută se vor investiga activ în vederea depistării maladiilor concomitente cu risc de agravare a evoluției maladiei.
- Pacienții cu amigdalită acută se vor monitoriza pentru semne sau simptome de pericol, cu acordarea asistenței medicale de urgență.

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al IMSP CNAMUP, constituit prin Ordinul IMSP CNAMUP nr. 268 din 27.04.2026 „Cu privire la instituirea Comisiei pentru elaborarea, avizarea și actualizarea Protoocoalelor Clinice Instituționale (PCI) în cadrul IMSP CNAMUP”, în baza Protocolului Clinic Național PCN-427 „Amigdalita acută la copil” și în conformitate cu prevederile Ordinului 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

Diagnosticul: *Amigdalita acută*

Exemple de formulare a diagnosticului: *Amigdalita acută ulcero-necrotică, forma severă, toxică*

Complicații:

Complicațiile toxice precoce: hepatita toxică, miocardita toxică, artrita toxică, nefrita toxică, șocul toxiinfecțios.

Complicațiile septice: flegmonul sau abcesul amigdalian și periamigdalian, flegmonul retrofaringian, adenoflegmonul submandibular, otite supurate, mastoidite, sinuzite supurate, sepsis, bronhopneumonii.

Complicațiile tardive: febra reumatismală, glomerulonefrita difuză acută, eritemul nodos și purpura Henoch-Schönlein.

A.2. Codul bolii (CIM 10)

J03. Amigdalită acută

J03 Amigdalită acută nesupurată

J03 Amigdalită acută supurată

A.3. Utilizatorii

Personalul medical al echipei de asistență medicală urgentă (echipa AMU): medici de urgență, felceri, asistenți medicali de urgență.

A.4. Obiectivele protocolului

- Optimizarea calității asistenței medicale de urgență la etapa de prespital în caz de amigdalită acută la copil.

A.5. Data elaborării

2026

A.6. Data revizuirii

În conformitate cu revizuirea PCN-427 „Amigdalita acută la copil”.

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

Numele, Prenumele	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
Ludmila BOLOGAN	Metodist CIDMUC și SC
Eleonora TCACI	Medic auditor
Elena ANTON	Medic auditor
Ala RABOVILA	Medic auditor
Elena IAZADJI	Medic auditor
Sergiu BOLOGA	Medic specialist (epidemiolog)
Rita NOUR	Medic auditor

Protocolul a fost verificat și aprobat de:

Numele, Prenumele	Funcția
Serghei SUMAN	Vicedirector medical

A.8. Definițiile folosite în document

Amigdalita acută (sinonime: angina acută, tonsilita, faringita, faringoamigdalita acută) este o maladie infecțioasă caracterizată printr-un proces inflamator acut al amigdalelor palatine, cu/fără leziuni ale regiunii orofaringiene.

Faringita acută este o afecțiune mai difuză, extinsă pe toată mucoasa faringiană. La un copil amigdalotomizat se va vorbi exclusiv de faringită.

A.9. Informația epidemiologică

Importanța epidemiologică a amigdalitei acute cu streptococul β -hemolitic grup A rezidă din incidența sporită, caracterul epidemic și pericolul sechelelor renale și cardiace, deseori subapreciate sau ignorate.

Transmiterea se face prin contact direct și pe cale aerogenă.

Sursa de infecție sunt bolnavii cu diferite forme clinice ale maladiei, inclusiv streptococice, și purtătorii de streptococi (nazali și faringieni).

Perioada de contagiozitate durează 7–10 zile; în caz de complicații se poate prelungi până la 21 de zile.

Sezonalitatea maladiei: toamna și iarna.

Periodicitate: morbiditatea sporește la interval de 5–7 ani.

Imunitatea post-amigdalită este de scurtă durată, tipospecifică; reîmbolnăvirile sunt frecvente.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească

(Medici de urgență și asistenți/felceri de urgență)

Descriere (măsurii)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
Protecția personalului Protejarea personalului de contact cu lichidele biologice și de expunere la agenți infecțioși în timpul examenului clinic.	Reducerea riscului de transmitere a infecției la personalul medical și către alți pacienți.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">Utilizarea articolelor de protecție individuală: măști, mănuși, halate, boneteIgienizarea mâinilor înainte și după examinarea pacientului
1. Diagnosticul Examenul clinic (C.2.3.2)	Diagnosticul prompt al amigdalitei acute permite aplicarea intervențiilor medicale rapide care contribuie la reducerea complicațiilor.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">Anamneza (Casetă 3, 4)Date obiective (Casetele 5–12; Tabelul 1)Evaluarea gradului de severitate (Casetă 13)
2. Tratamentul Tratamentul stărilor de urgență la etapa prespitalicească (Algoritmul 1)	Inițierea precoce a tratamentului de urgență stopează progresia bolii și previne dezvoltarea de complicații.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">Acordarea primului ajutor la etapa prespitalicească în formele severe ale amigdalitei (Casetă 15)Oxygenoterapie la necesitate
3. Transportarea în secția specializată C.2.3.5 (Algoritmul 1)	Stabilizarea și monitorizarea funcțiilor vitale permit evaluarea complicațiilor și transportarea pacientului cu amigdalită în staționarul de profil.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">Aprecierea criteriilor de stabilizare și a posibilităților de transport (Casetă 14)Monitorizarea continuă a funcțiilor vitale pe durata transportuluiPrelucrarea ambulanței conform Ordinului MSMPS al RM nr.430 din 03.04.2019

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritmul de conduită a pacientului cu amigdalită acută

La orice copil cu febră și simptome faringiene se va efectua: anamneză → examen clinic (orofaringoscopie, palparea ganglionilor) → aprecierea severității → decizie de tratament de urgență la etapa prespitalicească sau/și transportare la secția specializată, conform criteriilor din Caseta 14.

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea clinică a amigdalitei acute

Caseta 1. Clasificarea amigdalitei conform caracterului procesului inflamator

- Eritematoasă (catarală)
- Eritemo-pultacee (foliculă și lacunară)
- Ulceroasă și ulcero-necrotică
- Flegmonoasă
- Pseudomembranoasă
- Veziculoasă
- Fungică

Caseta 2. Clasificarea amigdalitei acute în funcție de gradul de severitate

- **Ușoară:** febră $<38,5^{\circ}\text{C}$, simptome locale moderate, fără semne de toxicitate
- **Medie:** febră $38,5\text{--}40^{\circ}\text{C}$, simptome locale pronunțate, intoxicație moderată
- **Gravă:** febră $>40^{\circ}\text{C}$ sau hipotermie, semne de toxicitate marcată, complicații locale sau sistemice

C.2.3. Conduita pacientului cu amigdalită acută

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 3. Date epidemiologice pentru culegerea anamnezei

- Contact cu bolnav cu infecție streptococică, stafilococică, difterie sau alte infecții virale
- Contact cu purtători de streptococi grup A sau stafilococi serotipuri patogene
- Sezon: iarnă și primăvară
- Cazuri de amigdalită în instituția școlară sau preșcolară
- Revenire recentă din țările unde sunt înregistrate cazuri de difterie, gripă, IACRS etc.

Caseta 4. Date clinice pentru culegerea anamnezei

- Debut acut
- Febră $> 38,5^{\circ}\text{C}$
- Hiperemia faringiană intensă (gât roșu)
- Depuneri / exsudat pe suprafața amigdalelor
- Limfadenopatie regională durerosă
- Cefalee
- Odinofagie – dureri spontane sau provocate la deglutiție
- Hipertrofie amigdaliană
- Salivație abundentă (semn de gravitate)

C.2.3.2. Manifestările clinice în amigdalita acută

Caseta 5. Date obiective în amigdalită – Examenul clinic

- La examinarea pacientului cu amigdalită, tonsilofaringită sau alte IACRS se va ține cont de:
- Examinarea istmului orofaringian este obligatorie la toți bolnavii, indiferent de prezența sau absența simptomelor locale

- Orofaringoscopia se face cu sursă de lumină și spatulă de unică folosință
- Palparea ganglionilor limfatici submandibulari și latero-cervicali (mărime, consistență, hiperemia locală, durere)
- Evaluarea prezenței hepatomegaliei și splenomegaliei
- Elucidarea etiologiei (epidemiologic, clinic, de laborator) – esențială diferențierea între amigdalita virală și cea bacteriană

Caseta 6. Date clinice în amigdalita eritematoasă (catarală)

- În 60–80% cazuri este de origine virală
- Debut acut
- Febră > 38°C
- Congestie faringo-amigdaliană intensă, difuză sau bine delimitată, cu edem local
- Amigdalele hipertrofiate și hiperemiate (gr. I, II, III) fără depuneri
- Adenopatie submandibulară și laterocervicală discretă
- Se afectează preponderent amigdalele palatine
- Formele virale pot asocia: rinoree, strănut, tuse iritabilă, conjunctivită

Caseta 7. Date clinice în amigdalita foliculară

- Debut acut
- Febră > 38°C
- Pe suprafața amigdalelor edemațiate apar foliculi alb-gălbui care supurează și formează exsudat albicios
- Congestie intensă faringo-amigdaliană
- Odinofagie intensă
- Adenopatie submandibulară
- Semne de intoxicație generală: cefalee, slăbiciune, mialgii, artralгии

Caseta 8. Amigdalita pseudomembranoasă (în difterie, mononucleoză infecțioasă)

- Debut brutal
- Semne de intoxicație generală pronunțată: febră 39–40°C, cefalee, vărsături, frisoane
- Stare generală alterată
- **Difterie:** false membrane pe amigdale, extinse la nivel de luetă și văl palatin, greu detașabile, lasă suprafață sângerândă, se refac în lipsa seroterapiei
- **Mononucleoză infecțioasă:** false membrane localizate pe suprafața amigdalelor, nu depășesc stâlpii amigdalieni, ușor detașabile, nu lasă suprafață sângerândă și nu se refac
- Dureri moderate la deglutiție
- Amigdale hiperemiate intens, edemațiate
- Adenopatie submandibulară și laterocervicală bilaterală durerosă

Caseta 9. Amigdalita ulceroasă și ulcero-necrotică (gangrenoasă)

- Determinată de infecții asociate cu germeni anaerobi
- Hiperpirexie, frisoane, vărsături, diaree
- Pe amigdale și vălul palatin apar zone de necroză tisulară și ulcerații profunde cu depozite hemoragice pe stâlpii amigdalieni și luetă

- Voce nazonată, disfagie pronunțată
- Stare generală gravă
- Limfadenopatie laterocervicală și submandibulară importantă, durerosă
- Halenă fetidă
- Salivație abundentă
- Se complică frecvent cu NOMA (gangrena peretelui bucal)

Caseta 10. Amigdalita lacunară

- Debut acut, brutal
- Febră 39–40°C
- Amigdale hipertrofiate, acoperite cu depozit albicios (alb-gălbui) preponderent în lacune, ușor detașabile, care nu depășesc amigdalele
- Congestie intensă faringo-amigdaliană
- Odinofagie violentă
- Adenopatie submandibulară intens durerosă
- Semne de intoxicație generală moderată: frisoane, cefalee, mialgii, artralgii

Caseta 11. Amigdalite acute veziculare

Herpangină enterovirală (ECHO, Coxsackie A10, A16):

- Microvezicule (1–3 mm) cu lichid clar sau mici eroziuni superficiale pe stâlpii amigdalieni, luetă, vâl, fața internă a amigdalelor (fără extindere pe alte mucoase)
- Congestie faringiană și amigdaliană discretă
- Durere faringiană moderată
- Ganglioni limfatici cervicali indolori, puțin măriți
- Febră > 38°C, cefalee, hiperemia conjunctivei, semne catarale
- Poate evolua în asociere cu meningită seroasă sau sindromul „Gură, Mână, Picior”

Amigdalita veziculară herpetică (herpes simplex I și II):

- Stare generală alterată, greață, febră 38–39°C
- Grupări de vezicule cu conținut seros localizate difuz pe mucoasa orofaringiană, amigdale, limbă, gingii, deseori pe buze și perioral
- Frecvent asociată cu stomatită aftoasă
- Congestia mucoaselor cavității bucale moderată
- Ganglioni limfatici cervicali măriți, doli
- Amigdalele tumefiate; durere la deglutiție; salivație abundentă

Caseta 12. Amigdalita fungică (tipul Candida)

- Depozite albicioase de aspect brânzos pe suprafața amigdalelor și pe alte sectoare ale cavității bucale, ușor detașabile, lăsând mucoasă lucioasă („mucoasă lăcuită”)
- Dureri la deglutiție moderate
- Afebrilitate sau subfebrilitate
- Lipsa semnelor de intoxicație
- Apare la sugari, copii cu imunitate compromisă, pacienți tratați cu antibiotice sau chimiopreparate

Caseta 13. Criterii de gravitate în amigdalita acută

Generale:

- Sindromul neurotoxic
- Sindromul hemoragic
- Manifestări septice precoce
- Convulsii febrile

Locale:

- Amigdalită pultacee cu depuneri abundente în orofaringe
- Dureri violente la deglutiție
- Adenoflegmonul
- Erupții hemoragice, epistaxis
- Dificultate în deschiderea gurii (trismus)

C.2.3.3. Investigații paraclinice în amigdalita acută

Tabelul 1. Monitorizarea pacienților cu amigdalită acută în forme grave

Examinare	Argumentarea efectuării
Examen clinic general cu monitorizarea funcțiilor vitale: TA, puls, FR, TRC, temperatură, SpO2	Depistarea modificărilor clinice și aprecierea severității
ECG	La necesitate, în special în formele severe sau cu semne de complicații cardiace
Pulsoximetrie	Evaluarea oxigenării în formele severe cu afectare respiratorie

C.2.3.5. Criteriile de transportare și spitalizare

Caseta 14. Criteriile de transportare a pacienților cu amigdalită acută

- Forme severe ale bolii
- Prezența complicațiilor (toxice, septice sau tardive)
- Copii cu vârstă până la 3 ani
- Copii cu comorbidități severe care pot agrava evoluția maladiei
- Copii din familii social defavorizate
- Copii care locuiesc în cămine
- Copii din colectivități închise (centre de plasament, școli-internate, case de copii)
- Eșecul tratamentului la domiciliu în urma primelor 48–72 ore

C.2.3.6. Tratamentul pacientului cu amigdalită acută

C.2.3.6.1. Tratamentul stărilor de urgență în forme grave la etapa prespitalicească

Caseta 15. Tratamentul stărilor de urgență în amigdalita acută la etapa prespitalicească

La febră peste 38,0°C:

- *Paracetamolum* 10–15 mg/kg, *per os* sau *per rectum*; sau

- *Ibuprofenum* 5–10 mg/kg, *per os*; sau
- **Amestec litic** *i.m.* (doar dacă febra nu cedează la antipireticele enumerate mai sus):
Sol. Metamizoli natrium 50% – 0,1 ml/an de viață + Sol. Diphenhydraminum 1% – 0,1 ml/an de viață

La convulsii febrile:

Sol. *Diazepamum* rectal, 0,5 mg/kg, conform vârstei:

1–4 luni	4–12 luni	12 luni–3 ani	3–5 ani
0,5 ml	1,0 ml	1,25 ml	1,5 ml

La șoc toxiinfecțios sau edem cerebral:

- Sol. *Prednisolonum* 1–2 mg/kg *i.m.* sau *i.v.*; sau
- Sol. *Dexamethasonum* 0,1 mg/kg *i.m.* sau *i.v.*
- Oxigenoterapie prin mască sau canulă nazală

Notă: Măsurile de urgență nu vor întârzia transportul urgent al pacientului la spital.

C.2.4. Complicațiile în amigdalită (subiectul protocoalelor separate)

Complicațiile amigdalitei acute fac obiectul protocoalelor clinice separate:

- Febra reumatismală
- Glomerulonefrita difuză acută
- Endocardita septică
- Abcesul periamigdalian
- Flegmonul retrofaringian

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

D.1. Prestatorii serviciilor de asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească

Prestatorii serviciilor AMU la etapa prespitalicească	Resurse necesare
<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medic de urgență• Felcer / Asistent medical de urgență	<p>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).</p> <p>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):</p> <ul style="list-style-type: none">• Glucocorticoizi: Prednisolonum, Dexamethasonum• Antipiretice: Paracetamolom, Ibuprofenom; Sol. Metamizoli natrium 50%; Sol. Diphenhydraminum 1%• Anticonvulsivante: Diazepamum• Oxigen medicinal

FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL LA PCN „AMIGDALITA ACUTĂ LA COPII”

Criteriile de evaluare	Indicatorii de evaluare	Pct.
DATE GENERALE		
Denumirea IMSP evaluată prin audit		
Persoana responsabilă de completarea fișei		
Numărul fișei medicale a bolnavului		
Ziua, luna, anul nașterii al pacientului	ZZ-LL-AAAA; necunoscut – 9	
Genul pacientului	Masculin – 1; Feminin – 2	
Mediul de reședință	Urban – 1; Rural – 2; Necunoscut – 9	
Numele, familia medicului curant		
SPITALIZARE		
Data îmbolnăvirii	ZZ-LL-AAAA sau necunoscut – 9	
Data stabilirii diagnosticului	ZZ-LL-AAAA sau necunoscut – 9	
Numărul spitalizărilor	Primară – 1; Secundară – 2	
Durata spitalizării (zile)	Numărul de zile	
Respectarea criteriilor de spitalizare	Nu – 0; Da – 1	
Terapie în secția de terapie intensivă și reanimare	Nu – 0; Da – 1	
DIAGNOSTIC		
În funcție de tipul amigdalitei și factorul etiologic posibil	Virală – 1; Bacteriană – 2; Fungică – 3	
Determinarea scorului Centor-Mclsaac	Efectuat – 1; Neefectuat – 2	
Cultura secrețiilor orofaringiene la bacterii (inclusiv streptococ β-hemolitic grup A) și fungi	Efectuat – 1; Neefectuat – 2	
Teste rapide pentru determinarea Ag la Streptococul beta-hemolitic grup A	Efectuat – 1; Neefectuat – 2	
Investigații instrumentale în formele severe și complicate (ECG, USG cord și organe abdominale)	Efectuat – 1; Neefectuat – 2	
Determinarea severității bolii	Determinat – 1; Nedeterminat – 2	

ISTORICUL MEDICAL AL PACIENTULUI

Managementul stărilor de urgență	Nu – 0; Da – 1	
Maladii concomitente prezente	Nu – 0; Da – 1	
Complicații	Nu – 0; Da – 1	

TRATAMENT

Elaborarea unui plan individual de tratament	Nu – 0; Da – 1; Nu sunt date – 9	
Antibioterapia	Nu – 0; Da – 1; Nu sunt date – 9	
Terapia de dezintoxicare	Nu – 0; Da – 1; Nu sunt date – 9	
Corticoterapia	Nu – 0; Da – 1; Nu sunt date – 9	
Instruirea pacientului, părinților și tutorelui cu privire la utilizarea medicamentelor la domiciliu	Nu – 0; Da – 1; Nu sunt date – 9	

SUPRAVEGHEREA POST-EXTERNARE

Respectarea criteriilor de externare	Nu – 0; Da – 1; Nu sunt date – 9	
Monitorizarea complicațiilor (examene clinice, paraclinice, consultul specialiștilor)	Nu – 0; Da – 1; Nu sunt date – 9	

GHIDUL PENTRU PACIENT Amigdalita acută la copil

(Ghid pentru pacienți, părinți și persoane de îngrijire)

Ce este amigdalita acută?

Amigdalita acută (sinonime: angina acută, tonsilita, faringoamigdalita acută) este o maladie infecțioasă caracterizată printr-un proces inflamator acut al amigdalelor palatine, vălului palatin, stâlpilor amigdalieni și a inelului limfatic Waldeyer.

Diagnosticul se stabilește în baza debutului acut al bolii cu febră înaltă 38–40°C, cefalee, vărsături, amigdalită cu sau fără depuneri pultacee, cu limfadenită periferică durerosă. Se ia în considerare și contactul cu pacienți asemănători. În caz de formă gravă, medicul de familie va solicita AMU pentru asistență medicală urgentă prespitalicească.

Întrebări utile despre medicamentele prescrise

- De ce ați ales să-mi prescrieți acest medicament?
- Cum îmi va ajuta medicamentul?
- Care sunt efectele secundare? La care trebuie să fiu atent?
- Ce trebuie să fac în caz de efecte secundare (să sun medicul de familie, să solicit 112 sau să merg la UPU a unui spital)?
- Cât timp va dura tratamentul?
- Ce se va întâmpla dacă refuz acest medicament?

Întrebări despre evidența tratamentului

- Există alte medicamente pentru această boală pe care aș putea să le încerc?
- Se poate modifica doza medicamentului pe parcurs?
- Dacă mă voi simți bine, pot întrerupe medicamentul mai devreme decât a fost indicat?
- Când trebuie să mă programez pentru următoarea vizită?

Important!

Nu întrerupeți antibioticul mai devreme decât a indicat medicul, chiar dacă starea copilului s-a îmbunătățit. Tratamentul incomplet favorizează apariția complicațiilor și rezistenței bacteriene.

După finalizarea tratamentului se vor efectua analize de control (analiza generală a sângelui, analiza generală a urinei și, la necesitate, ECG) pentru depistarea complicațiilor posibile.

BIBLIOGRAFIE

PCN-427 Amigdalita acută la copil. Chișinău, 2022.