

*Aprobat  
prin Ordinul IMSP CNAMUP nr. 358 din 24.06.2026  
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Instituțional „Ocluzia intestinală superioară la adult”*

# **OCLUZIA INTESTINALĂ SUPERIOARĂ LA ADULT**

## **Protocol Clinic Instituțional**

---

## CUPRINS

- SUMARUL RECOMANDĂRILOR
- ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT
- PREFERINȚĂ
- **A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ**
  - A.1. Diagnosticul
  - A.2. Codul bolii (CIM-10)
  - A.3. Utilizatorii
  - A.4. Obiectivele protocolului
  - A.5. Data elaborării protocolului
  - A.6. Data revizuirii protocolului
  - A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborarea protocolului
  - A.8. Definițiile folosite în document
  - A.9. Informația epidemiologică
- **B. PARTEA GENERALĂ**
  - B.1. Nivel de asistență medicală de urgență
- **C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR**
  - C.1.1. Conduita pacientului cu ocluzie intestinală superioară
  - C.1.2. Diagnosticul diferențial
  - C.1.3. Criteriile de transportare
- **D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE**
- Anexa 1. Ghidul pacientului cu ocluzie intestinală superioară
- Anexa 2. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii
- BIBLIOGRAFIE

---

## SUMARUL RECOMANDĂRILOR

Ocluzia intestinală superioară (OIS) este un sindrom clinic în care tranzitul intestinal este întrerupt la nivelul intestinului subțire, cauzat de obicei de un obstacol mecanic sau de o altă cauză patologică. Ocluzia intestinală poate fi completă sau parțială — în forma parțială lumenul intestinal este îngustat, dar permite trecerea distală a unor cantități mici de lichide și gaze.

OIS poate fi cauzată de o varietate de procese patologice, cea mai frecventă cauză fiind aderențele intraabdominale (aproximativ 65–75% din cazuri), urmate de tumori maligne (~20%), hernii strangulate (~10%), boala Crohn (~5%) și altele.

Simptomatologia ocluziei intestinale (OI) este variată, în raport cu tipul ocluziei (parțială sau completă, simplă sau strangulată), nivelul ei, intervalul de timp de la debutul bolii, precum și starea premorbidă a bolnavului. Durerea (adesea descrisă ca fiind în crampe și intermitentă), greața și

vomele, constipația și distensia abdominală pot fi prezente în grad variabil. Febra și tahicardia reprezintă manifestări tardive și pot fi asociate cu strangularea.

Anamneza poate evidenția factori de risc utili pentru determinarea mecanismului și tipului de OI: intervenții chirurgicale în antecedente (în special pentru proces malign ovarian sau gastrointestinal), litiază veziculară, boala Crohn, radioterapie anterioară, traumatisme în antecedente sau recente, simptomatologia tumorii intestinale, anomalii congenitale, medicamentele utilizate ș.a.

Examenul fizic include evaluarea semnelor de toxicitate sistemică, examinarea abdominală amănunțită (distensia, peristaltismul și asimetria, sensibilitatea și rezistența musculară la palpare, timpanismul, clapotajul și alte fenomene auscultatorii) și căutarea herniilor externe potențial strangulate.

---

---

### ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Abreviere	Semnificație
AMU	Asistența medicală de urgență
AMUP	Asistența medicală urgentă prespitalicească
DMU	Departamentul de Medicină Urgentă
ECG	Electrocardiografia
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
OI	Ocluzia intestinală
OIS	Ocluzia intestinală superioară
O	Obligativ
PCI	Protocol Clinic Instituțional
PCN	Protocol Clinic Național
PS (Ps)	Puls
RM	Republica Moldova
SpO <sub>2</sub>	Puls-oximetria (saturația periferică în oxigen)
SIRS	Sindromul de răspuns inflamator sistemic (engl. <i>Systemic Inflammatory Response Syndrome</i> )
TA	Tensiunea arterială
UPU	Unitatea de Primiri Urgențe
VSC	Volumul sângelui circulant

---

---

### 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 Protocoalelor Clinice Instituționale (PCI)”, în baza Protocolului Clinic Național PCN-334

„Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția 2024, 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

#### Ocluzie intestinală superioară (OIS).

*Exemple de diagnostic clinic:*

- Ocluzie intestinală acută superioară;
- Invaginație a intestinului subțire.

### A.2. Codul bolii (CIM-10)

**K56** — Ileus paralic și ocluzie intestinală fără hernie.

### 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 ocluzie intestinală superioară la adult.
- Standardizarea conduitei diagnostice și terapeutice a echipelor AMUP în suspiciunea de OIS.
- Reducerea timpului de la debut până la transportarea în instituția chirurgicală.
- Prevenirea complicațiilor prin intervenție precoce și corectă.

### A.5. Data elaborării protocolului

### A.6. Data revizuirii protocolului

În conformitate cu următoarea revizuire a PCN-334 „Ocluzia intestinală superioară la adult”.

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

Nume, prenume	Funcția
Serghei Suman	Vicedirector medical
Svetlana Gaitur	Șef Regional AMU Centru
Leontie Macarov	Șef CIDMUC și SC
Diana Caraștefan	Șef DCTM

Elena Iazadji	Medic-auditor
Ala Rabovila	Medic-auditor
Eleonora Tcaci	Medic-auditor
Elena Anton	Medic-auditor
Rita Nour	Medic-auditor

*Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:*

Nume, prenume	Funcția
Serghei Suman	Vicedirector medical

#### A.8. Definițiile folosite în document

**Ocluzia intestinală** — sindrom clinic în care are loc oprirea tranzitului intestinal. Obstrucția poate fi completă (când lumenul intestinal este ocluzionat total) sau parțială (când lumenul este îngustat, dar permite pasajul distal al unor cantități mici de lichide și gaze). Reprezintă o complicație evolutivă a numeroase patologii abdominale și este însoțită de tulburări funcționale și metabolice. Este întâlnită și sub denumirea de „ileus” (din greacă — *eileos* — răsucire).

**Ocluzia intestinală superioară** (înaltă, proximală) — se definește atunci când obstacolul sau cauza patologică este situată la nivelul intestinului subțire.

**Ocluzia intestinală inferioară** (joasă, distală) — se definește atunci când obstacolul sau cauza patologică este situată la nivelul colonului.

**Ocluzia intestinală mecanică** — se caracterizează prin întreruperea tranzitului intestinal ca rezultat al unui obstacol mecanic; se poate dezvolta atât la nivelul intestinului subțire, cât și al colonului.

**Volvulus** — torsiunea ansei intestinale în jurul unui ax cu cel puțin 180°, format de bride sau aderențe inflamatorii, favorizată de anomalii de rotație sau de existența unui mezou lung.

**Invaginație** — telescoparea segmentului cranial al intestinului în cel caudal, cu implicarea mezoului, ca urmare a unei hiperperistaltici intestinale; la adulți este produsă mai frecvent de polipi și tumori, adenopatie mezenterică sau bride postoperatorii. Se deosebesc trei tipuri: entero-enterală, entero-colică și colo-colică. Cea mai frecventă este forma entero-colică (ileo-cecală), când ileonul distal telescopează în cec și colonul ascendent.

#### A.9. Informația epidemiologică

Aderențele intraabdominale, ca o consecință a intervențiilor chirurgicale anterioare (preponderent la etajul inferior al abdomenului: proceduri ginecologice, apendicectomie, rezecție colorectală), reprezintă 60–75% din cazurile de ocluzie la nivelul intestinului subțire.

Tumorile maligne reprezintă aproximativ 20% din cazurile de OI a intestinului subțire. Majoritatea sunt leziuni metastatice ale unei tumori primare intraabdominale (cancer ovarian, pancreatic, gastric sau al colonului). Tumorile intraabdominale mari pot provoca ocluzia și prin comprimarea extrinsecă a lumenului intestinal.

Herniile strangulate sunt a treia cauză principală de ocluzie intestinală și reprezintă aproximativ 10% din cazuri (de obicei hernii ventrale, inghinale sau femurale). Herniile interne, legate în general de intervențiile chirurgicale abdominale anterioare, pot duce, de asemenea, la ocluzia intestinului subțire.

Boala Crohn este a patra cauză ca frecvență a ocluziei intestinului subțire și reprezintă aproximativ 5%. Ocluzia poate rezulta din inflamația acută și edem și se poate rezolva printr-un management conservator.

Cauzele rare reprezintă 2–3%, dar trebuie luate în considerare în diagnosticul diferențial: invaginația intestinului (de obicei secundară unui proces patologic, cum ar fi un polip sau o tumoră), calculii biliari (care pot intra în lumenul intestinal printr-o fistulă bilio-digestivă), enterolitele provenite de la diverticuli jejunali, corpii străini și bezoarii.

## B. PARTEA GENERALĂ

### B.1. Nivel de asistență medicală de urgență (medici de urgență și asistenți/felceri de urgență)

Descrierea	Motivele	Pașii
<b>1. Diagnosticul OIS</b> Suspectarea diagnosticului de OIS.	Anamneza și examenul obiectiv permit suspectarea ocluziei intestinale superioare.	<b>Standard/Obligativ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anamneza și acuzele (<i>caseta 1–4</i>).</li> <li>Examenul obiectiv (<i>caseta 5, 6</i>).</li> <li>Diagnosticul diferențial (<i>caseta 7</i>).</li> <li>Evaluarea stării generale a pacientului.</li> </ul> <p>În caz de suspjecție de OIS este obligatorie transportarea pacientului în IMSP unde este posibilă acordarea asistenței medicale specializate (<i>caseta 8</i>).</p>
<b>2. Decizia</b> Transportarea pacientului pentru consultația chirurgului în IMSP care recepționează urgențele chirurgicale.	Transportul medical asistat în IMSP spitalicească care deservește urgențele chirurgicale.	<b>Standard/Obligativ:</b> <p>Toți pacienții cu suspjecție de OIS necesită transport medical asistat, cu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ECG;</li> <li>pulsoximetrie;</li> <li>glucometrie;</li> <li>monitorizarea Ps, TA, T°.</li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b> În prespital se va efectua tratamentul simptomatic al	Tratamentul se va efectua pentru stabilizarea funcțiilor vitale. Tratamentul simptomatic nu trebuie să influențeze	<b>Standard/Obligativ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oxygenoterapie (<math>SpO_2 &lt; 95\%</math> sau la necesitate).</li> <li>Stabilizare hemodinamică:</li> </ul>

pacienților critici cu OIS.	promptitudinea transportării.	<ul style="list-style-type: none"><li>- sol. <i>Natrii chloridum</i> 0,9% 1000–1500 ml;</li><li>- preparate inotrop-pozitive și vasoconstrictoare, la necesitate.</li></ul>
-----------------------------	-------------------------------	---

## C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

### C.1.1. Conduita pacientului cu ocluzie intestinală superioară

#### C.1.1.1. Considerații generale

Diagnosticul OIS la etapa de prespital se bazează pe anamneză și pe examenul clinic obiectiv. Recunoașterea promptă a sindromului ocluziv și aprecierea semnelor de gravitate (strangulare, deshidratare, toxicitate sistemică) condiționează transportarea de urgență către o instituție care deservește urgențele chirurgicale.

#### **Caseta 1. Anamneza (factori de risc).**

Anamneza poate evidenția factori de risc utili pentru determinarea mecanismului și tipului de OI:

- intervenții chirurgicale abdominale în antecedente (în special pentru proces malign ovarian sau gastrointestinal);
- litiază veziculară în anamneză;
- boala Crohn;
- radioterapie anterioară;
- traumatisme suportate în antecedente sau recente;
- simptomatologia tumorii intestinale;
- prezența anomaliilor congenitale;
- medicamentele utilizate ș.a.

#### C.1.1.2. Manifestările clinice

#### **Caseta 2. Durerea abdominală.**

- Durerea este, de regulă, în crampe și intermitentă, cu tendință de a deveni permanentă pe măsura progresării ocluziei.
- Durerea localizată, asociată cu contractură musculară și semnul Blumberg pozitiv, sugerează OI prin strangulare.

#### **Caseta 3. Voma și oprirea tranzitului intestinal.**

*Voma:*

- În OI, caracterul maselor vomitive se modifică treptat: inițial cu conținut stomacal, apoi bilioase, ulterior verzui, cafenii și, în final, „fecaloide”. Voma „fecaloidă” este caracteristică pentru ocluzia

cu obstacol la nivelul intestinului subțire și se întâlnește rar în ocluzia cu obstacol la nivelul intestinului gros.

- Vomele sanguinolente indică un prognostic deosebit de grav, sugerând o ocluzie prin strangulare.

*Lipsa emisiei de gaze și mase fecale:*

- Întreruperea tranzitului intestinal este un semn comun și definește sindromul OI. Lipsa emisiei de gaze și fecale pe parcursul a câtorva zile este un semn grav, mai ales când se asociază cu dureri și balonarea abdomenului.
- În OIS, inițial poate avea loc eliminarea materiilor fecale și a gazelor pe un anumit interval de timp de la debut, din segmentele situate sub obstacol — fenomen care uneori poate constitui o „capcană diagnostică”.
- Absența tranzitului intestinal și a defecației nu este întotdeauna evidentă în fazele inițiale și în ocluziile parțiale.
- În perioada avansată a OIS, acest semn este notat la 80–90% dintre pacienți.

#### **Caseta 4. Distensia abdominală.**

- Este prezentă în aproximativ 60% din cazurile de OIS.
- În OI mecanică apare brusc, inițial periombilical, și se generalizează rapid.
- În strangulările interne și volvulusul intestinal se produce brusc și, din start, este asimetrică.
- Distensia gradată, progresivă, cu durată de ore sau zile, asociată cu crampe moderate după alimentație și pierdere ponderală, sugerează OI mecanică parțială provocată de un proces cronic.
- În ocluziile paralizante, distensia este generalizată de la început.

#### *C.1.1.3. Examenul obiectiv*

#### **Caseta 5. Palparea și percuția abdomenului.**

*Palparea:*

- În lipsa strangulării, contractura musculară abdominală este absentă.
- Durerea (sensibilitatea) la palpare este importantă pentru determinarea locului obstrucției în caz de strangulare; durerea localizată, contractura musculară și semnul Blumberg pozitiv sunt interpretate ca semne ale OI prin strangulare.
- Uneori poate fi palpabilă formațiunea tumorală responsabilă de ocluzie sau masa caracteristică invaginației.

*Percuția:*

- timpanism abdominal localizat sau generalizat;
- timpanism pronunțat deasupra ansei proximale proeminente (semnul Wahl);
- clapotaj în balonările localizate sau generalizate (semnul Sklearov) — expresia palpatoare a imaginilor hidroaerice;
- timpanism juxtaombilical (semnul Laugier), sugestiv pentru ocluzia mecanică (volvulus) a jejunu-ileonului;
- matitate deplasabilă pe flancuri, cauzată de lichidul intraperitoneal în fazele avansate.

#### **Caseta 6. Auscultația, tușeul rectal și semnele generale.**

*Auscultația:*

- hiperperistaltism, perceput uneori la distanță (semnul Schlange), caracteristic perioadei inițiale a OI;
- „gârâituri” produse de peristaltismul accentuat în fazele inițiale ale OIS simple prin obturare;
- în stenozele parțiale, după un peristaltism accentuat se aud zgomote sonore (borborisme) hidroaerice, provocate de trecerea lichidelor și gazelor prin zona de îngustare, urmate de scaun și eliminarea gazelor, după care fenomenele auscultative și durerea colicativă se liniștesc pentru scurt timp, reluându-se ulterior (sindromul/triada König);
- în faza terminală, cu necroza intestinului și peritonită generalizată, peristaltismul lipsește, auscultându-se murmurul respirator și zgomotele cardiace;
- poate fi determinat zgomotul picăturii în cădere (semnul Spasokukoțki), caracteristic perioadelor înaintate, când peristaltica lipsește.

*Tușeul rectal — efectuat obligatoriu în toate cazurile de ocluzie intestinală — poate evidenția:*

- sânge sau eliminări sanguinolente, sugestive pentru OI prin strangulare sau tumoră malignă; masă palpabilă sugestivă pentru hernie obturatorie internă;
- un neoplasm sau o stenoză rectală, coproliți, tumori pelviene, cilindrul de invaginație asociat cu eliminări sanguinolente;
- în volvulusul sigmoidului — ampula rectală goală și destinsă (semnul spitalului Obuhov).

*Semnele generale:*

- febra și tahicardia — manifestări tardive, posibil asociate cu strangularea;
- semne de deshidratare (sete pronunțată, tahicardie, urină hipercromă, hipotensiune) și de toxicitate sistemică (SIRS) în formele avansate.

### C.1.2. Diagnosticul diferențial

#### Caseta 7. Diagnosticul diferențial.

În procesul de diferențiere a OIS se va ține cont de următoarele situații clinice:

- **Ileusul dinamic.** Cea mai dificilă problemă este diferențierea ocluziei mecanice de ileusul dinamic. Pledează pentru ocluzia mecanică: condițiile de apariție, caracterul durerii, distensia abdominală, vomele precoce, peristaltismul exagerat.
- **Ocluzia intestinală inferioară.** Acuzele pot fi similare (distensie abdominală, greață și vome, dureri abdominale intense). Elemente diagnostice utile: debutul rapid (episod obstructiv acut), constipația cronică, utilizarea îndelungată a laxativelor și dificultatea la defecație (sugestive pentru diverticulită sau carcinom), schimbări în calibrul maselor fecale (sugestive pentru carcinom), dureri recurente în cadranul inferior stâng de mai mulți ani (sugestive pentru diverticulită sau strictură diverticulară).
- **Colecistita acută.** Poate induce distensia colonului sau a intestinului, cu meteorism, dar evoluează cu colică biliară, febră și uneori icter; semnele de ocluzie nu sunt evidente și dispar la tratament eficient.
- **Apendicita acută.** Poate evolua cu simptome de ileus paralic și peritonită; în debut simptomele tipice sunt clare, iar în faza de peritonită diferențierea se face deseori intraoperator.

- **Pancreatita acută.** Debutează cu durere „în bară”, distensie abdominală, ileus paralytic, „ansă santinelă” radiologic și amilază crescută. Caracteristice sunt starea generală gravă (deseori cu disfuncție organică), durerea „în centură”, semnele Grey-Turner și Cullen.
- **Colica renală.** Comun poate fi pareza intestinală tranzitorie; sindromul algic este însă caracteristic, cu durere intensă, localizare și iradiere specifice, care cedează la tratament medicamentos. Pot fi prezente febra, fatigabilitatea, anorexia, greața și voma.
- **Cetoacidoza diabetică.** Complicație acută majoră a diabetului zaharat, cu pericol vital, mai frecventă în diabetul de tip 1. Se caracterizează prin hiperglicemie, cetoacidoză și cetonurie. Simptome precoce: polidipsie și poliurie; ulterior: slăbiciune și fatigabilitate, greață și vome, dureri abdominale difuze, anorexie, scădere ponderală rapidă, anamneză de nerespectare a terapiei cu insulină, alterarea stării de conștiență.

### C.1.3. Criteriile de transportare

#### Caseta 8. Criteriile de transportare.

- Orice suspiciune de OIS impune transportarea medicală asistată, de urgență, către o IMSP spitalicească ce deservește urgențele chirurgicale.
- Tratamentul simptomatic nu trebuie să întârzie transportarea.
- Pe durata transportării se asigură: monitorizarea funcțiilor vitale (Ps, TA, T°), pulsoximetria, ECG și glucometria.
- Stabilizarea hemodinamică (compensare volemică cu cristaloiizi; la necesitate, preparate inotrop-pozitive și vasoconstrictoare) și oxigenoterapia se efectuează fără a amâna transportarea.
- Echipa AMU anunță în prealabil unitatea spitalicească primitoare (BI/CG/UPU).

---

## D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

### D.1. Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMUP

Categorie	Cerințe
<b>Personal</b>	Medic de urgență; asistent medical în urgență; felcer.
<b>Dispozitive medicale</b>	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).
<b>Medicamente</b>	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), inclusiv: preparate pentru compensare volemică (cristaloizi — sol. <i>Natrii chloridum</i> 0,9%, sol. Ringer — <i>Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum</i> ); preparate H1-antihistaminice ( <i>Diphenhydraminum</i> ); preparate inotrop-pozitive și vasoconstrictoare ( <i>Dopaminum</i> ).

---

## Anexa 1. Ghidul pacientului cu ocluzie intestinală superioară

### Cauzele și complicațiile ocluziei intestinale

Ocluzia intestinală este obturarea totală sau parțială a unui segment al intestinului subțire sau gros. Intestinul transportă alimentele și, în final, resturile alimentare din stomac către rect, unde se elimină sub formă de scaun.

Cauzele cele mai frecvente sunt aderențele peritoneale (țesut cicatricial) care se formează după intervențiile chirurgicale în cavitatea abdominală, herniile și tumorile apărute în intestin sau răspândite din alte regiuni ale corpului (cancer metastatic). Ocluzia blochează intestinul, încetinind tranzitul sau oprind procesele digestive. Alimentele, gazele și sucurile digestive se acumulează mai sus de locul obturării, deteriorând țesuturile. Acumularea poate ridica presiunea în lumen și provoca perforația intestinului; prin acest defect conținutul ajunge în cavitatea abdominală, ducând rapid la inflamația acesteia (peritonită) și la infecția generalizată a sângelui (sepsis), periculoase pentru viață. În ocluzia intestinală, timpul are o importanță primordială — este o stare urgentă, cu risc major de infecție și deces, care necesită ajutor medical imediat.

### Simptomele ocluziei intestinului subțire

Cel mai important semn este durerea acută în abdomen, care apare sub formă de unde scurte intermitente (crampe) și care, cu timpul, poate deveni permanentă; de regulă, este resimțită concentrată într-un loc. Pot fi prezente și:

- greața și voma — frecvente și abundente, cu modificarea treptată a caracterului maselor vomitive, de la bilioase transparente la întunecate, cu miros specific (vomă „fecaloidă”);
- balonare uniformă sau localizată a abdomenului;
- constipație severă (în ocluzia totală, pacientul nu poate elimina gazele și nu poate defeca); prezența scaunului nu exclude ocluzia, în funcție de nivelul și gradul obstacolului;
- lipsa poftei de mâncare;
- slăbiciune generală;
- tahicardie, urină întunecată, sete pronunțată și alte manifestări ale deshidratării.

Dacă apar spasme pronunțate în abdomen, împreună cu balonare și vome, adresați-vă imediat după ajutor medical.

### Examinările și testele diagnostice

- **Acuzele:** medicul vă va întreba detaliat despre durerile abdominale și celelalte simptome.
- **Anamneza:** medicul vă va întreba despre istoricul bolii, inclusiv dacă ați avut intervenții chirurgicale abdominale anterioare.
- **Examenul fizic:** verificarea pulsului, a tensiunii arteriale și a frecvenței respiratorii, examinarea pentru balonare sau hernie; ascultarea cu stetoscopul a zgomotelor intestinale.
- **Măsurarea temperaturii corpului:** temperatura ridicată poate indica prezența infecției.

### Tratamentul ocluziei intestinale

Pacienții cu ocluzie intestinală au nevoie de tratament urgent în condiții de spital. Ocluzia completă necesită intervenție chirurgicală de urgență. Ocluzia parțială poate necesita măsuri de stabilizare a stării generale, urmate de tratament conservator sau intervenție chirurgicală, în funcție de gravitatea obstrucției.

## Anexa 2. Fișa standardizată pentru auditul medical bazat pe criterii în ocluzia intestinală superioară

### Date generale colectate

Nr.	Criteriu	Valori
1	Numărul fișei pacientului	—
2	Data nașterii pacientului	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște
3	Sexul pacientului	1 = Bărbat; 2 = Femeie
4	Mediul de reședință	1 = Urban; 2 = Rural; 9 = Nu se cunoaște

### Internare

Nr.	Criteriu	Valori
5	Data debutului simptomelor	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște
6	Instituția unde a fost solicitat ajutorul medical primar	1 = AMP; 2 = AMU; 3 = Secția consultativă; 4 = Spital; 5 = Instituție medicală privată; 9 = Nu se cunoaște
7	Data adresării primare după ajutor medical	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște
8	Timpul adresării primare după ajutor medical	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște
9	Data sosirii la spital	ZZ/LL/AAAA
10	Departamentul în care s-a făcut internarea	1 = Secția de chirurgie; 2 = Secția de profil general; 3 = Secția de terapie intensivă; 4 = Alte

### Diagnostic

Nr.	Criteriu	Valori
11	Locul stabilirii diagnosticului	1 = AMP; 2 = AMU; 3 = Secția consultativă; 4 = Spital; 5 = Instituție medicală privată
12	Investigații imagistice	1 = Nu; 2 = Da; 9 = Nu se cunoaște

### Istoricul pacientului

Nr.	Criteriu	Valori
-----	----------	--------

13	Prezența litiazei biliare	1 = Nu; 2 = Da; 9 = Nu se cunoaște
14	Prezența patologiilor asociate	1 = Nu; 2 = Da; 9 = Nu se cunoaște

### Pregătire preoperatorie

Nr.	Criteriu	Valori
15	Pregătirea preoperatorie a fost efectuată în spital	1 = Nu; 2 = Da
16	Timpul efectuării pregătirii preoperatorii	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște

### Intervenția chirurgicală

Nr.	Criteriu	Valori
17	Intervenția chirurgicală a fost efectuată în spital	1 = Nu; 2 = Da
18	Data efectuării intervenției chirurgicale	ZZ/LL/AAAA
19	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM
20	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la debutul maladiei	OO:MM
21	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la momentul internării	OO:MM
22	Operația efectuată în mod	Urgent; Urgent-amânat; Programat
23	Tipul anesteziei	Generală

### Externare și tratament

Nr.	Criteriu	Valori
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 OIS; 3 = Deces survenit ca urmare a patologiilor asociate; 4 = Alte cauze neatribuite OIS; 9 = Nu se cunoaște

### BIBLIOGRAFIE

1. PCN-334 „Ocluzia intestinală superioară 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): K56 — Ileus paralic și ocluzie intestinală fără hernie.