



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
Instituția Medico-Sanitară Publică
SPITALUL CLINIC REPUBLICAN „Timofei Moșneaga”



RINITA ALERGICĂ LA ADULT (Ediția I)

Protocol clinic instituțional

PCN-455



Aprobat în cadrul ședinței Consiliului Calității din 13.08.2026, proces verbal nr. 4.

Aprobat prin Ordinul SCR „Timofei Moșneaga” nr. 157 din 14.08.2026 „Cu privire la aprobarea Protocoalelor clinice instituționale”.

Acest Protocol clinic instituțional a fost elaborat în baza Protocolului clinic național – 455 „Rinita alergică la adult”, ediția I de grupul de lucru al IMSP Spitalului Clinic Republican „T. Moșneaga”, instituit prin Ordinul nr. 122 din 24.06.2026 al IMSP Spitalului Clinic Republican „T. Moșneaga” „Cu privire la elaborarea Protocoalelor clinice instituționale”.

Prenume, nume	Funcția, instituția
Victoria Brocovschii	dr. șt. med., conf. univ., medic specialist alergolog, secția Terapie generală cu alergologie, coordonator grup de lucru
Victoria Babcinețchi	medic specialist farmacolog clinician
Irina Croitor	farmacist diriginte
Carolina Lozan-Tirșu	dr. șt. med., conf. univ., șef Departament investigații de laborator
Ina Harghel	șef Secție statistică medicală
Mihail Ouș	șef UPU
Vasile Godoroja	șef Secție consultativă

CUPRINS

SUMARUL RECOMANDĂRILOR ȘI ACTUALIZĂRILOR	5
ABREVIERI FOLOSITE ÎN DOCUMENT	6
A. PARTEA INTRODUCATIVĂ	7
A.1. Diagnosticul: Rinita alergică (adult)	7
A.2. Codul bolii.....	7
A.3. Utilizatorii:	7
A.4. Obiectivele protocolului.....	7
A.5. Elaborat: 2026	7
A.6. Următoarea revizuire: 2031	7
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:.....	7
A.8. Definiții folosite în document	8
A.9. Informație epidemiologică	9
B. PARTEA GENERALĂ.....	10
B.1. Nivel de Secție consultativă SCR „T. Moșneaga” (medici alergologi, alergolog-imunolog, medici ORL)	10
C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	13
C 1.1. Algoritm de diagnostic al rinitelor	13
C 1.2. Algoritm de tratament al RA	14
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	17
C.2.1. Clasificarea rinitelor alergice	17
C.2.2. <i>Screening</i> -ul RA	17
C.2.3. Prezentarea clinică a pacienților cu RA	17
C.2.4. Conduita pacientului cu RA	17
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	27
D.1. Secția consultativă IMSP SCR „Timofei Moșneaga,,	27
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	28
F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE	29
F.1. Internarea pacientului	29
F.2. Evaluare paraclinică (investigații) și conduita terapeutică	29
F.3. Procedura de transfer intern/extern a pacientului:	29
F.4. Externarea pacientului	29
Telefoanele de contact pentru coordonarea asistenței medicale:	30
ANEXE.....	31
Anexa 1. Chestionarul de evaluare a controlului RA	31
Anexa 2. Scorul VAS (<i>Visual Analogue Scale</i>) pentru evaluarea gradului de severitate a RA ...	31
Anexa 3. Scorul total al simptomelor nazale (TNSS) pentru evaluarea severității în RA	32
Anexa 4. Scorul total al simptomelor oculare (TOSS) pentru evaluarea severității conjunctivitei alergice (CA).....	32
Anexa 5. Alimente raportate ca fiind asociate cu tipuri de polen în PFAS	33
Anexa 6. Teste alergologice moleculare în RA cu suspiciune de mono-/polisensibilizare	33
Anexa 7. Prevenție și educație în RA	34
Anexa 8. Medicamentele utilizate în tratamentul pacienților cu RA.....	35
Anexa 9. Algoritm de indicație al imunoterapiei alergenspecifice.....	38
Anexa 10. Contraindicații absolute și relative pentru AIT	39
Anexa 11. Trusă pentru testare cutanată <i>prick</i>	39
Anexa 13. Ghidul pacientului cu RA	41

Anexa 14. Fișa standardizată de audit bazată pe criterii pentru PCN „Rinita alergică la adult”	43
Anexa 15. Ierarhia gradelor de recomandare și nivelului de dovezi.....	44

SUMARUL RECOMANDĂRILOR ȘI ACTUALIZĂRILOR

- **Rinita alergică (RA)** este o afecțiune caracterizată de simptome ce apar din cauza hiperreactivității mucoasei nazale ca urmare a expunerii la un alergen sensibilizant. Mecanismul fiziopatologic este de cele mai multe ori IgE-mediat. Simptomatologia include rinoree, obstrucție nazală, prurit nazal și strănut.
- RA și astmul au caracteristici comune epidemiologice, patologice, fiziologice și terapeutice. Deseori coexistă, astfel încât 15% până la 38% din pacienții cu RA suferă și de astm, iar 6% până la 85% din pacienții astmatici prezintă și simptome nazale (3).
- **Diagnosticul** rinitei alergice se bazează pe evaluarea pacienților din grupurile cu risc pentru rinită alergică și a pacienților cu semne clinice sugestive în comun cu documentarea prezenței sensibilizării prin teste cutanate *prick* (SPT) și titrului sporit de IgE specifice, și/sau prin diagnosticul bazat pe componente moleculare pozitiv (3,4,5).
- **Toți pacienții cu RA obligator vor fi evaluați pentru coexistența astmului bronșic!**
- **Evaluarea severității RA se face prin aplicarea** scorului total al simptomelor nazale, scorului total al simptomelor oculare în caz de co-prezență a conjunctivitei alergice și a scalei analogice vizuale.
- **Diagnosticul diferențial al rinitei alergice** se concentrează în mare măsură pe entitățile care se caracterizează prin manifestările clinice comune, inclusiv: rinita medicamentoasă, rinita ocupațională, rinita infecțioasă, rinita în sarcină, etc.
- **Tratamentul** RA include evitarea sau minimalizarea expunerii la alergenul incriminat, re-evaluarea tratamentului astmului bronșic în caz de co-prezență.
- Tratamentul simptomatic al rinitei alergice include medicația antiinflamatoare cu glucocorticoizi intranazali, medicamente din grupul H1-antihistaminice (orale sau intranazale) și antagoniștii de leucotriene (în caz de co-prezență a astmului) (6,7).
- Imunoterapia alergenspecifică (forma perorală sau subcutanată) este recomandată pacienților cu manifestări severe, care nu obțin controlul bolii în pofida medicației medicamentoase maxime (8).
- **Prognosticul** RA este bun, dar cu impact semnificativ asupra calității vieții a pacienților și implicarea cheltuielilor semnificative. În cazul tratamentului medicamentos adecvat, complicațiile severe survin rar.

ABREVIERI FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AB	Astm bronșic
ABPA	Aspergiloza bronhopulmonară alergică
AH1	Atihistaminice anti-H1
AH1 in	Atihistaminice anti-H1 intranazali
AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
AIT	<i>Allergen immunotherapy</i> / imunoterapie alergen-specifică
ARIA	<i>Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma</i> / rinita alergică și impactul ei asupra astmului
ASCIA	<i>Australasian Society of Clinical Immunology and Allergology</i>
Aze	Azelastinum*
BSACI	<i>British Society for Allergy and Clinical Immunology</i>
CA	Conjunctivita alergică
CCD	<i>Cross-reactive carbohydrate determinants</i> / determinanții carbohidrați cu reactivitate încrucișată/cross-reactivi
COX-1	Ciclooxygenaza-1
CRSwNP	<i>Chronic rhinosinusitis with nasal polyps</i> / Rinosinuzita cronică cu polipi nazali
CS	Glucocorticoizi
CSin	Glucocorticoizi intranazali
CSS	Glucocorticoizi sistemici
DCin	Decongestionanți intranazali
DRESS	<i>Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms</i> / sindromul de reacție medicamentoasă cu eozinofilie și simptome sistemice
EAACI	<i>European Academy of Allergology and Clinical Immunology</i>
EBV	Virusul Epstein-Barr
EUFOREA	<i>European Forum for Research and Education in Allergy and Airway Diseases</i>
GINA	<i>Global Initiative for Asthma</i> / Inițiativa Globală pentru Astm
HIV	Virusul imunodeficienței umane
HRCT	<i>High resolution computed tomography</i> / Tomografie computerizată de înaltă rezoluție 128 Slices
IgE	Imunoglobulina E
LAR	<i>Local Allergic Rhinitis</i> / rinita alergică locală
MS	Ministerul Sănătății
NAR	<i>Non-allergic Rhinitis</i> / rinita non-alergică
NARES	<i>Nonallergic rhinitis with eosinophilia syndrome</i> / Sindromul de Rinită Non-Alergică cu Eozinofilie
N-ERD	<i>NSAID-Exacerbated Respiratory Disease</i> / boală respiratorie exacerbată de AINS
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PAR	<i>Perennial Allergic Rhinitis</i> / rinita alergică perenă
PEF	<i>Peak expiratory flow</i> / debitul expirator de vârf
PFAS	<i>Pollen-Food Allergy Syndrome</i> / sindromul polen-alimente
RA	Rinita alergică
Rgr	Radiografie
R-SARC	<i>Refractory Severe Allergic Rhinoconjunctivitis</i> / rino-conjunctivita alergică severă refractară
SAR	<i>Seasonal Allergic Rhinitis</i> / rinita alergică sezonieră
SCIT	<i>Subcutaneous immunotherapy</i> / imunoterapie subcutanată
SLIT	<i>Sublingual immunotherapy</i> / imunoterapie sublinguală

SPN	Sinusurile paranazale
SPT	<i>Skin prick test/ test cutanat prick</i>
TNSS	<i>Total Nasal Symptom Score/ scorul total al simptomelor nazale</i>
TOSS	<i>Total Ocular Symptom Score/ scorul total al simptomelor oculare</i>
VAS	<i>Visual Analogue Scale/ Scala Analogică Vizuală</i>
WAO	<i>World Allergy Organisation/ Organizația Mondială pentru Alergii</i>

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnosticul: Rinita alergică (adult)

Exemple de diagnostice clinice:

1. Rinita alergică sezonieră (sensibilizare la polenul de Ambrozia), intermitent ușoară, VAS 3 p., exacerbare sezonieră.
2. Rinita alergică perenă (sensibilizare la acarienii prafului de casă), persistent severă, VAS 8 p., exacerbare.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

J 30.1 Rinita alergică datorită polenului

J 30.2 Alte rinite alergice sezoniere

J 30.3 Alte rinite alergice. Rinita alergică perenă

J 30.4 Rinita alergică nespecificată

J 45.0 Rinita alergică cu astm

A.3. Utilizatorii

- Nivel de Secție consultativă IMSP Spitalului Clinic Republican „T. Moșneaga” (medici alergologi, medici ORL)
- IMSP Spitalului Clinic Republican „T. Moșneaga” (Secția terapie generală cu alergologie, secția ORL)

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de către alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului

1. De a furniza informații profesioniștilor din domeniul sănătății, medicilor, pacienților și aparținătorilor referitor la diagnosticul, tratamentul și profilaxia rinitei alergice.
2. De a majora proporția pacienților diagnosticați cu rinita alergică la etapa inițială, până la dezvoltarea complicațiilor și evitarea administrării incorecte a CS sistemici.
3. Respectarea algoritmului unificat de diagnostic și tratament al rinitei alergice la diferite etape de asistență medicală.

A.5. Elaborat: 2026

A.6. Următoarea revizuire: 2031

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Prenume, nume	Funcția, instituția
<i>Alexandru Corlăteanu</i>	dr. hab. șt. med., prof. univ., șef Disciplină de pneumologie și alergologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, membru al Comisiei de specialitate a MS în pneumologie

Sergiu Vetrician	dr. hab. șt. med., prof. univ., șef Catedră de otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, președinte al Comisiei de specialitate a MS în otorinolaringologie
Cristina Toma	dr. șt. med., conf. univ., Disciplina de pneumologie și alergologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Victoria Brocovschi	dr. șt. med., conf. univ., Disciplina de pneumologie și alergologie, USMF „Nicolae Testemițanu” președinte al Comisiei de specialitate a MS în alergologie și imunologie clinică
Elena Tudor	dr. șt. med., conf. univ., IMSP Institutul de Pneumologie „Chiril Draganiuc”
Larisa Procopișin	dr. șt. med., conf. univ., IMSP Institutul de Pneumologie „Chiril Draganiuc” membru al Comisiei de specialitate a MS în alergologie și imunologie clinică
Corina Rotaru-Lungu	dr. șt. med., IMSP Institutul de Pneumologie „Chiril Draganiuc”

A.8. Definiții folosite în document

Rinita alergică reprezintă o afecțiune inflamatorie a mucoasei nazale inițiată de un răspuns imun de tip IgE la alergenii inhalați la persoanele sensibilizate.

Rinita alergică sezonieră (SAR) - este cauzată de alergenii din exterior, cum ar fi polenul sau mucegaiul, care cauzează apariția manifestărilor clinice într-o anumită perioadă a anului.

Rinita alergică perenă (PAR) - este cauzată de alergenii cum ar fi acarienii prafului de casă, mucegaiurile, gândacii de bucătărie și alergeni animalieri, care cauzează persistența manifestărilor clinice pe parcursul anului.

Rinita alergică locală (LAR) - este o entitate clinică caracterizată prin prurit nazal, strănut, rinoree și obstrucție cauzate de un răspuns alergic nazal la aeroalergenii în absența atopiei sistemice [test cutanat negativ (SPT) și IgE specifice nedetectabile în ser].

Sindromul polen alimente (PFAS) - este o tulburare alergică alimentară mediată de IgE, frecvent asociată cu rinita alergică cu sensibilizare la alergenii polenici.

Boala respiratorie exacerbată de AINS (N-ERD) - este o afecțiune inflamatorie eozinofilică cronică a tractului respirator care apare la pacienții cu astm și/sau rinosinuzită cronică cu polipi nazali (CRSwNP), ale cărei simptome sunt exacerbate de AINS, inclusiv acid acetilsalicilic.

Rinita non-alergică (NAR) - este definită ca simptome nazale cronice sau episodice în absența oricărei dovezi a unei etiologii alergice.

Rinosinuzita cronică cu polipi nazali (CRSwNP) - o inflamație persistentă a sinusurilor și a cavităților nazale (care durează mai mult de 12 săptămâni și este caracterizată de simptome precum congestia nazală, secreții nazale, pierderea mirosului și presiune facială) caracterizată prin prezența polipilor nazali (creșteri anormale, nedureroase, ale mucoasei nazale, care pot varia ca mărime și pot bloca parțial sau complet căile nazale și sinusurile).

Imunoterapie alergen-specifică (AIT) – este un tratament de inducere a toleranței la alergeni pentru rinita alergică și/sau astm, administrat pe cale sublinguală (SLIT) sau subcutanată (SCIT).

A.9. Informație epidemiologică

Prevalența RA a fost raportată de la 5% la 50% la nivel mondial (5). În Asia este de aproximativ 5%-35%, iar în Europa, cele mai recente estimări indică o prevalență a RA de aproximativ 25%. În Statele Unite, ratele RA autoraportate sunt de 10% până la 30% la adulți și de până la 40% la copii (10). Raportarea prevalenței depinde de metoda de diagnostic și de vârsta participanților studiați, ceea ce poate explica o parte din variabilitatea prevalenței RA raportate. Literatura de specialitate sugerează că AR a fost anterior în creștere în întreaga lume. Deși dovezi recente indică faptul că această tendință ascendentă s-ar fi stabilizat, există diferențe geografice notabile.

Rata RA crește în mod tipic cu vârsta până la vârsta adultă tânără. Factori precum poluarea aerului, condițiile climatice și stilul de viață influențează atât apariția, cât și severitatea simptomelor. Un aspect important evidențiat de **ARIA** (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma* – o inițiativă a OMS) este legătura strânsă dintre RA și astmul bronșic. Se estimează că între 30% și 50% dintre pacienții cu rinită alergică dezvoltă astm, iar 50-80% dintre pacienții cu astm prezintă simptome de RA (12). Această asociere subliniază necesitatea unei abordări integrate în gestionarea bolilor alergice, pentru un control optim al inflamației căilor respiratorii superioare și inferioare. Efectele influențelor geografice asupra epidemiologiei RA și rolul schimbărilor climatice sunt domenii active de cercetare.

B. PARTEA GENERALĂ

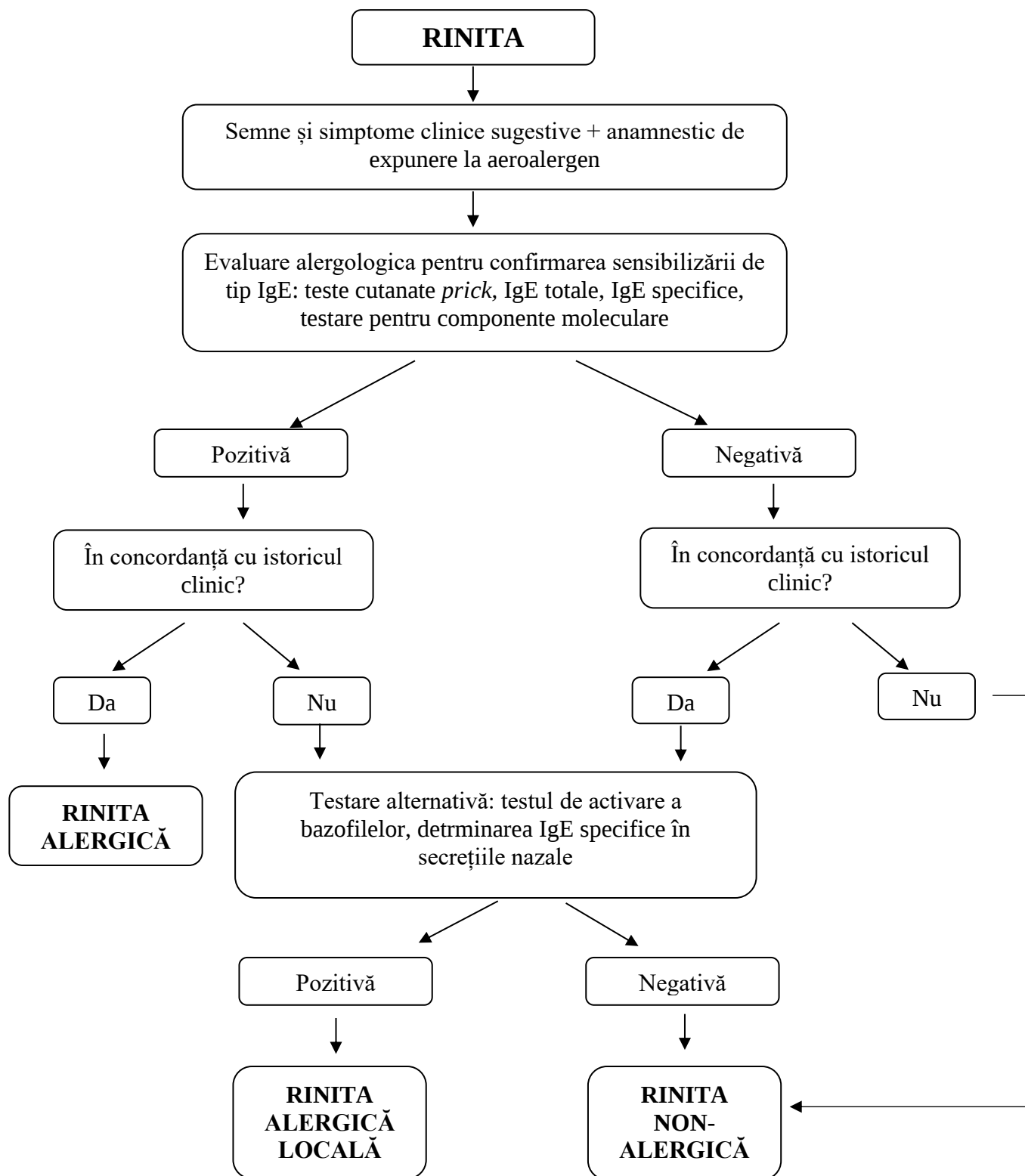
B.1. Nivel de Secție consultativă SCR „T. Moșneaga” (medici alergologi, alergolog-imunolog, medic ORL)		
Descrierea măsurilor	Motivele	Pași
1. Diagnosticul		
1.1. Confirmarea diagnosticului de RA Algoritmul C 1.1	Anamneza permite suspectarea RA la persoanele cu simptome de congestie nazală, rinoree, strănut, prurit nazal și expunere cunoscută sau necunoscută la alergeni. <i>Examenul fizic</i> în majoritatea cazurilor este nemodificat, iar semnele clasice de obstrucție bronșică reversibilă sunt semnalate în co-prezența astmului. <i>Testele pozitive</i> (testarea cutanată prick, IgE specifice sau testarea pentru componente moleculare) vor obiectiva mono- sau polisensibilizarea și vor ghida imunoterapia alergen-specifică. <i>Teste imagistice</i> de rutină nu sunt recomandate pentru diagnosticul RA.	Standard/Obligativ: • Anamneza (casetele 3-5) • Examenul fizic (casetă 6) • Examenul paraclinic (casetă 7) • Hemoleucograma cu testarea valorilor absolute ale eozinofilelor (tabelul 2) • Puls-oximetria • PEF-metria • Spirografia • Testul cu bronhodilatator • ECG • Examenul radiologic al cutiei toracice în 2 incidențe • Rinocitograma • IgE totale (tabelul 1) • IgE specifice • Evaluarea scorului VAS (anexa 2) • Evaluarea comorbidităților (astmul bronșic, dermatită atopică, conjunctivită alergică) • Diagnosticul diferențial (casetele 9-13): ○ cu RA locală, ○ cu N-ERD, ○ cu PFAS, ○ cu NAR Recomandabil: • Teste cutanate prick • Testare pentru componente moleculare (anexa 6) • Consultația medicului ORL (casetă 15) • Rinoscopie

		• Consultația medicului oftalmolog (în caz de conjunctivită asociată) • Testare alternative: testul de activare a bazofilelor, determinarea IgE specifice în secrețiile nazale
2. Tratamentul la domiciliu va fi efectuat sub supravegherea medicului de familie și alergologului la etapa de asistență medicală primară		
2.1. Tratamentul nefarmacologic	Modificarea condițiilor de viață și evitarea/reducerea expunerii la alergenii permite minimalizarea/evitarea exacerbărilor, poate preveni complicațiile și/sau polisensibilizarea, precum și permite menținerea unui control adecvat al RA	Standard/Obligativ: • Consilierea pacienților și aparținătorilor referitor la importanța evitării/limitării expunerii la alergenii (anexa 12) • Identificarea și reducerea factorilor de risc, aplicarea măsurilor de evitare/limitare la alergenii (anexa 7)
2.2. Tratamentul medicamentos <i>Algoritmul C.1.2</i>		
2.2.1. Tratament (alergolog) <i>Algoritmul C.1.2</i>		
2.2.2. Tratament în condiții de ambulatoriu	Este indicat pacienților cu RA controlat/parțial controlat, pacienților fără simptome severe.	• Ajustarea tratamentului pentru asigurarea controlului RA (anexa 1, 8) • Monitorizarea tratamentului simptomatic (caseta 16) • Monitorizarea efectelor adverse ale tratamentului (caseta 18) • Consilierea pacienților și aparținătorilor referitor la evitarea/limitarea expunerii la alergenii (anexele 7, 12)
3. Monitorizare pe termen lung a pacienților cu RA		
3.1 Pacienți cu RA cu răspuns pozitiv la tratament simptomatic		• Consult nivel terțiar la necesitate • Spirometrie • IgE totale (tabelul 1) • IgE specifice • Evaluarea scorului VAS (anexa 2) • Reevaluarea schemei de tratament și corectitudinea administrării medicației (anexa 8) • Reevaluarea criteriilor de progresie sau ameliorare a bolii pe fondul tratamentului (casetele 16,17)

3.2 Pacienți cu RA fără răspuns pozitiv la tratament simptomatic în volum maximal	• Diagnosticul diferențial dificil • Complicațiile severe • Inițierea SCIT	• Consult nivel terțiar la necesitate Standard/Obligatoriu: • Spirografia • Testul cu bronhodilatator • ECG • Examenul radiologic al cutiei toracice în 2 incidențe • Rinocitograma • IgE totale (tabelul 1) • IgE specifice • Evaluarea scorului VAS, TNSS și TOSS (anexele 2-4) • Reevaluarea criteriilor de progresie sau ameliorare a bolii pe fondul tratamentului (casetele 16,17) Recomandabil: • Teste cutanate <i>prick</i> • Testare pentru componente moleculare (anexa 6) • Consultația medicului ORL (caseta 15) • Rinoscopie • Radiografia/HRCT SPN 128 Slices • Testare alternativă: testul de activare a bazofilelor, detrmnarea IgE specifice în secrețiile nazale • Inițierea AIT (SLIT) (caseta 17; anexele 9,10)
---	--	--

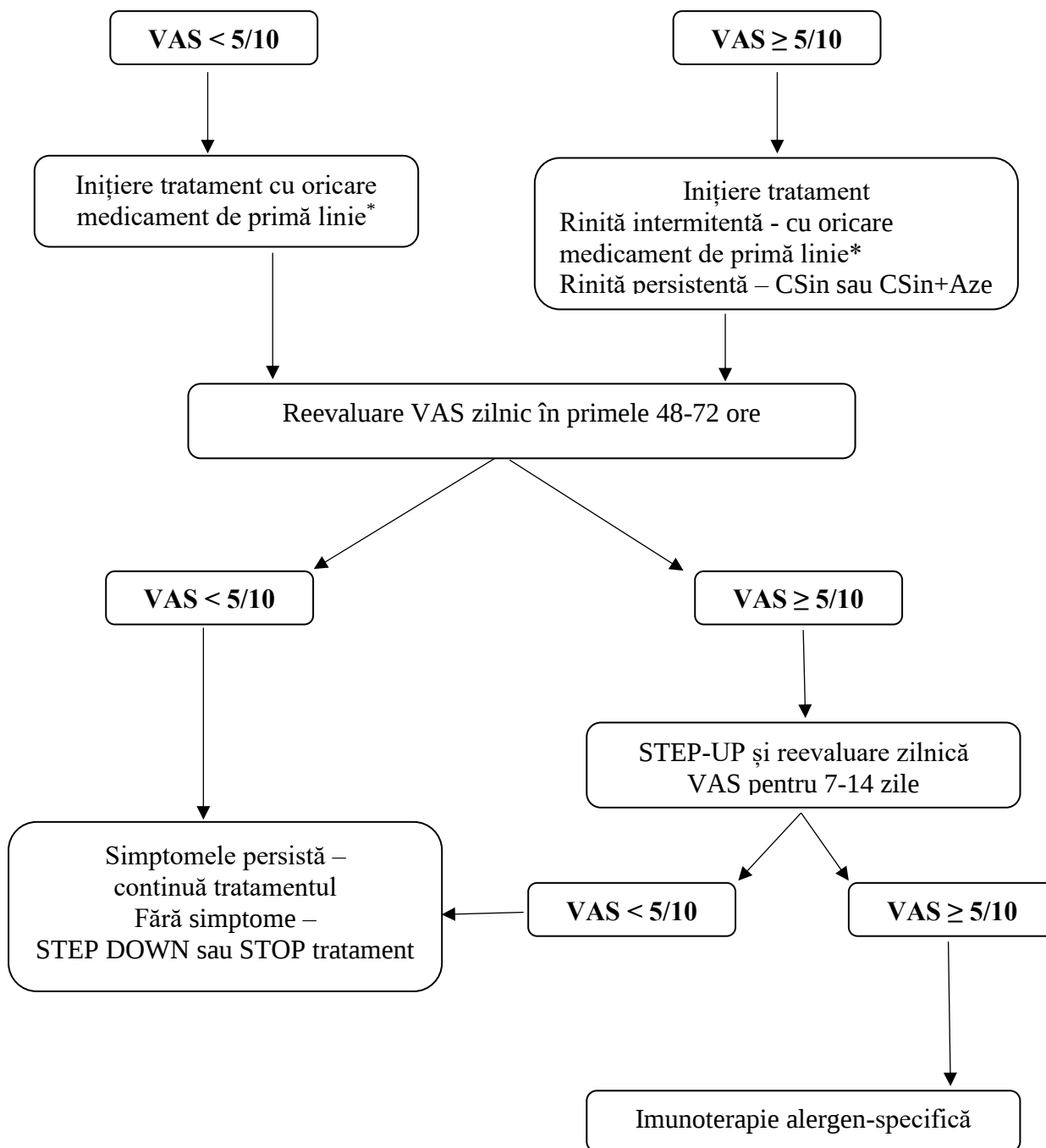
C. 1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C 1.1. Algoritm de diagnostic al rinitelor



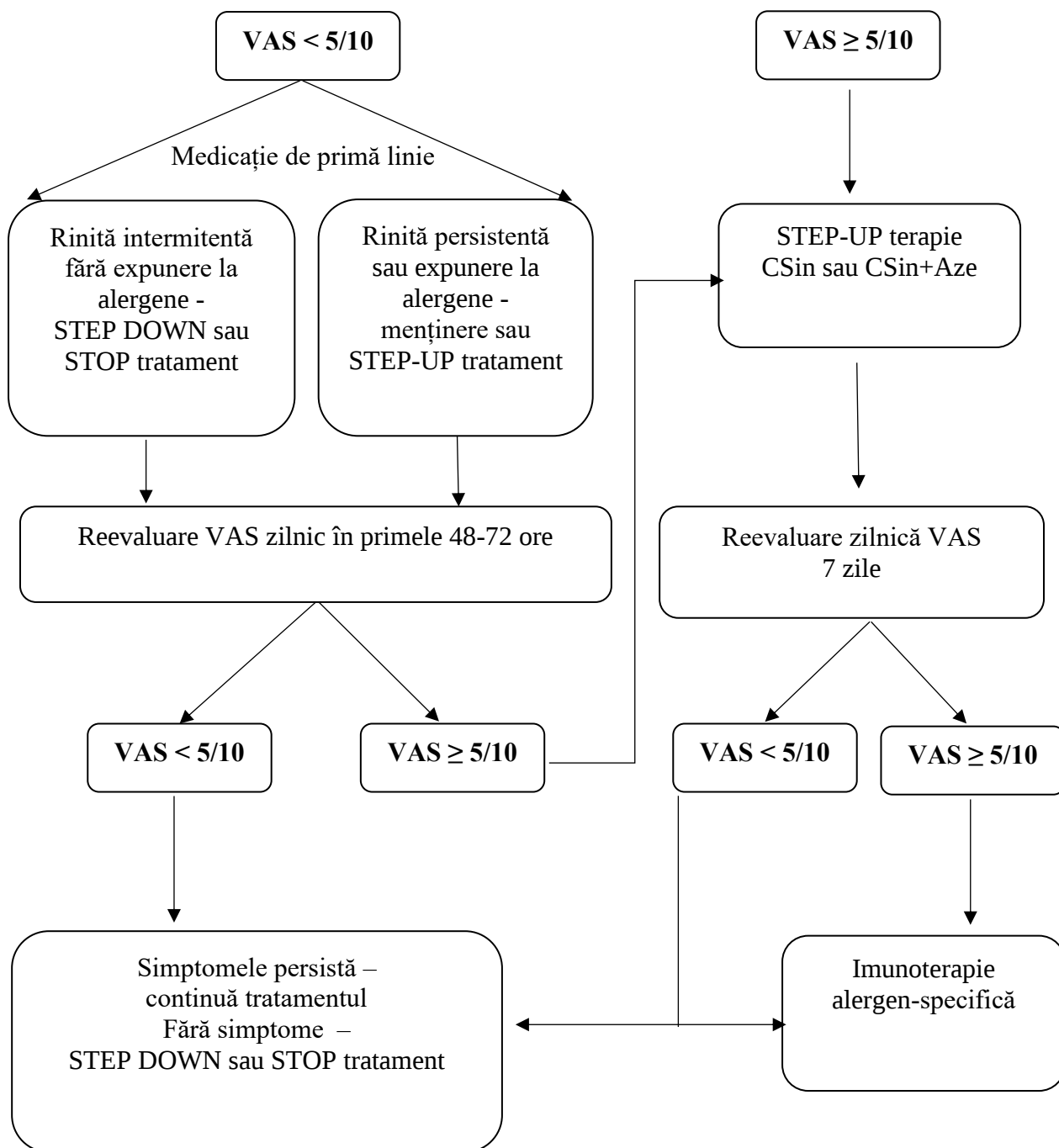
C 1.2. Algoritm de tratament al RA

Protocol de tratament în RA la pacienți fără tratament anterior, utilizând VAS (adaptat 15, 16)



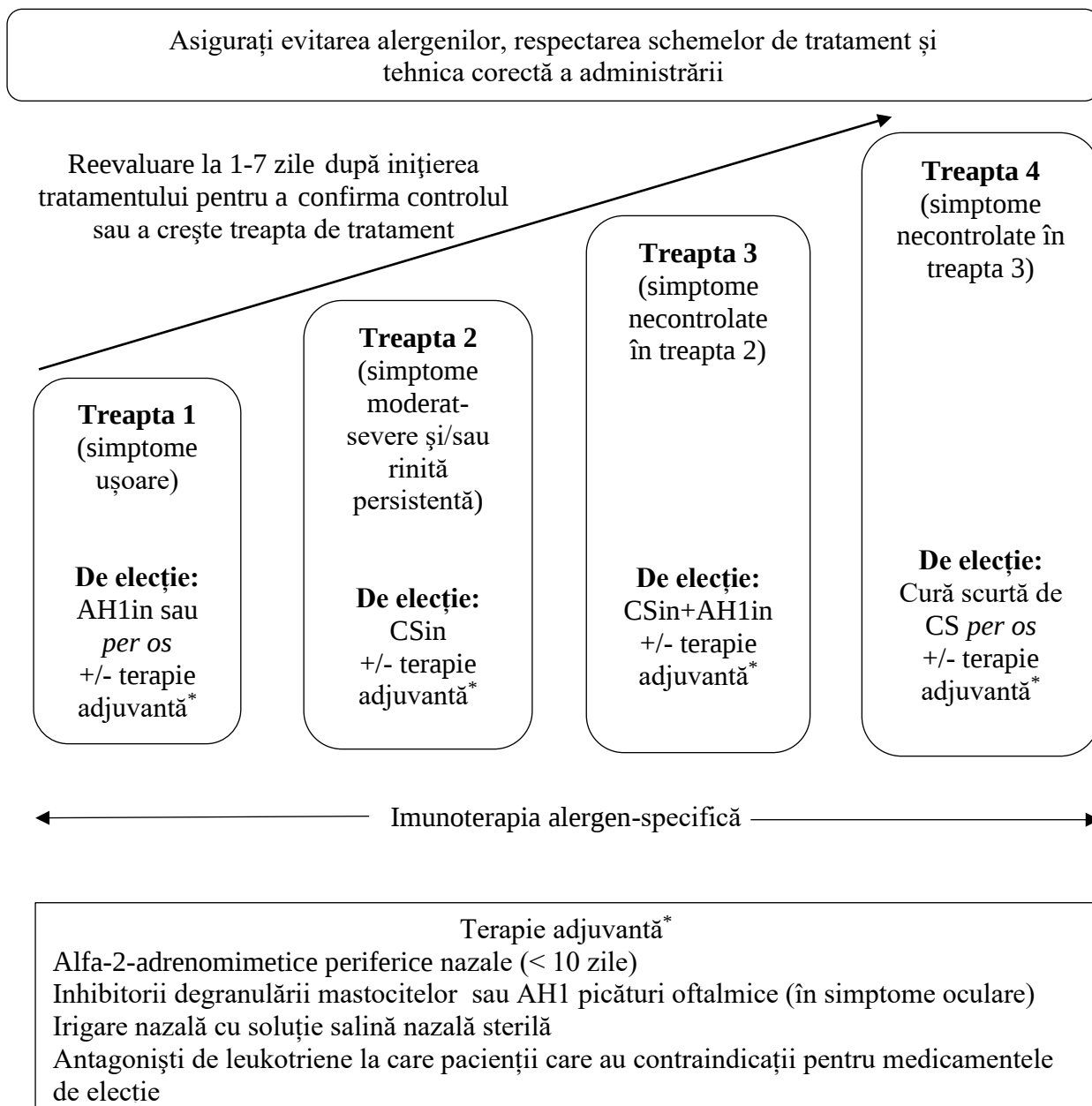
Medicația de primă linie* este reprezentată de antihistaminic H1 oral sau intranasal, sau corticosteroid intranasal, sau antagoniști de leucotriene, sau combinație corticosteroid intranasal + azelastinum*

Protocol de tratament la pacienți tratați, dar simptomatici, utilizând VAS
(adaptat 15, 16)



Medicația de primă linie* este reprezentată de antihistaminic H1 oral sau intranasal, sau corticosteroid intranasal, sau antagoniști de leucotriene, sau combinație corticosteroid intranasal + azelastinum*

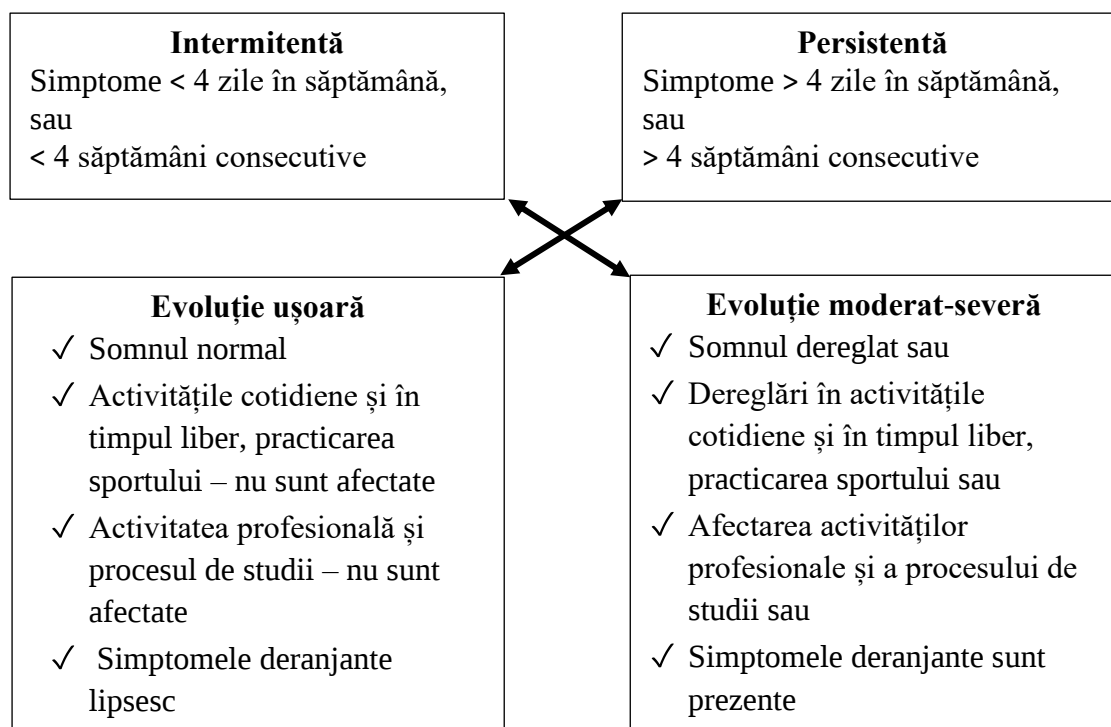
Tratamentul în trepte al RA (adaptat 12, 15)



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea rinitelor alergice

Caseta 1. Clasificarea clinică a rinitelor alergice (2):



C.2.2. Screening-ul RA

Caseta 2. Obiectivele screening-ului în RA:

- Intervenții terapeutice precoce pentru ameliorarea simptomelor.
- Reducerea riscului de complicații severe.
- Reducerea administrării nejustificate a corticoterapiei sistemice.
- Ameliorarea calității vieții a pacienților cu RA.

C.2.3. Prezentarea clinică a pacienților cu RA

Caseta 3. Prezentare clinică:

Manifestările clinice ale rinitei alergice sunt (9,12,18).

- Congestia nazală,
- Strănutul în salve, mai des matinal,
- Pruritul nazal și/sau al palatului, și/sau al gâtului,
- Rinoree apoasă, clară,
- Pruritul ocular, hiperlacrimație (în prezența conjunctivitei alergice asociate).

C.2.4. Conduita pacientului cu RA

C.2.4.1. Anamneza

Caseta 4. Recomandările în evaluarea antecedentelor personale și heredocolaterale:

- Istoric medical.

- Prezența episoadelor de congestie nazală, strănutului în salve, pruritului nazal și de rinoree apoasă cu evaluarea duratei, momentului de declanșare și a condițiilor de ameliorare.
- Antecedentele personale de alte patologii alergologice (alergii alimentare, dermatită atopică, astm bronșic).
- Antecedentele heredocolaterale de rinită alergică, dermatită atopică, astm bronșic.
- Factorii de risc: stil de viață occidental, istoric familial de atopie, expunere la alergeni, sexul masculin, nivelul crescut IgE serice peste 100 IU/ml la vârsta până la șase ani.

Caseta 5. Pași obligatorii în abordarea pacientului cu RA:

- Evaluarea obligatorie a factorii de risc și a condițiilor clinice asociate.
- Determinarea gradului de severitate a manifestărilor clinice.
- Evaluarea scorului VAS (anexa 2).
- Evaluarea scorului TNSS (anexa 3).
- Evaluarea scorului TOSS (anexa 4).
- Evaluarea sensibilizării la aeroalergeni.
- Alcătuirea planului de conduită terapeutică.

C.2.4.2. Examenul fizic

Caseta 6. Examenul fizic în RA:

- Examenul clinic complet.
- Examenul clinic poate fi nemodificat.
- Semnele precum: edem și cianoza infrapalpebrală (cauzate de congestia venoasă din șanțul infraorbital), hiperemia conjunctivală, ”salutul alergic” și plică transversă pe spatele nasului (gestul prin care persoana își șterge nasul cu o mișcare ascendentă – mai mult caracteristic pentru copii), voce nazonată, respirație bucală.
- Semnele astmului co-prezent
- Inspecția:
 - wheezing în accesele de dispnee,
 - poziția șezândă (ortopnee) cu angajarea mușchilor respiratori accesorii.
- Percutor:
 - hipersonoritate difuză și diafragmul coborât.
- Auscultativ:
 - murmur vezicular diminuat,
 - raluri uscate sibilante polifonice, diseminate, predominant în expir, care eventual se pot auzi și la distanță (*wheezing*).

C.2.4.3. Investigațiile paraclinice și diagnostic în RA

Caseta 7. Investigațiile paraclinice

Investigațiile obligatorii:

- Hemoleucograma
- Puls-oximetria
- ECG
- PEF-metria

- Spirometria
- Testul cu bronhodilatator
- Examenul radiologic al cutiei toracice în 2 incidențe
- Rinocitograma
- IgE totale
- IgE specifice

Investigații recomandate:

- Teste cutanate *prick*
- Testare pentru componente moleculare
- Testul de activare a bazofilelor
- Determinarea IgE specifice în secrețiile nazale
- Radiografia/HRCT SPN 128 Slices
- Rinoscopia

Caseta 8. Etapele evaluării pacienților cu RA:

1. Eozinofilia periferică - pacienții cu RA pot avea atât valori ușor crescute (până la 30% cazuri) cât și normale ale eozinofilelor, dar se vor avea în vedere și alte patologii cu manifestări de eozinofilie periferică (tabelul 2).

2. Examenul microscopic al secrețiilor nazale - poate pune în evidență nivele majorate ale eozinofilelor, dar la moment nu se cunoaște valoare minimă sugestivă pentru stabilirea diagnosticului de RA. În prezența neutrofilelor sugerează diagnosticul de rinită infecțioasă.

3. Imunoglobulinele E totale serice - pot fi utile pentru a evalua statutul atopic. Testul are o sensibilitate joasă, de aceea se vor avea în vedere și alte patologii cu hiper IgE (tabelul 1) (19).

4. Imunoglobulinele E specifice serice - pot fi aplicate pacienților care nu pot fi supuși testelor alergice cutanate și sunt utile pentru determinarea sensibilizării la alergeni. Nu se recomandă testarea la IgE specifice fără a lua în considerare în prealabil istoricul pacientului. Un test serologic IgE negativ nu exclude în totalitate un diagnostic de RA, în special dacă acesta contrastează cu un istoric clinic convingător.

5. Testul cutanat *prick* va fi considerat pozitiv la o dimensiune a papulei > 3 mm în diametru, la pacienții fără tratament antihistaminic la momentul testării. Este utilizat pentru diagnosticarea sau confirmarea RA. Este un test relativ ieftin care oferă rezultate aproape instantanee, cu o specificitate și o sensibilitate ridicate, dar aproximativ 15% din rezultate sunt fals pozitive (18). Un test cutanat negativ nu exclude în totalitate un diagnostic de RA, în special dacă acesta contrastează cu un istoric clinic convingător.

6. Testarea pentru componente moleculare definește cu precizie inflamația de tip IgE și distinge, la pacienții polisensibilizați, sensibilizarea reală (IgE la molecule alergene majore, „specifice sursei”) de sensibilizarea aparentă, datorată moleculelor cu reacție încrucișată (de exemplu, profilina, albumina serică, tropomiozina, CCD) împărțite de multe surse alergene. Are un impact puternic asupra preciziei prescrierii tratamentului alergen-specific (anexa 6) (9).

7. Testul de activare a bazofilelor - este considerat un test de diagnostic *in vitro* eficient pentru diagnosticul diferențial dificil al RA, precum și pentru diagnosticarea LAR.

8. Determinarea IgE specifice în secrețiile nazale - este o opțiune la pacienții de RA locală pentru a susține acest diagnostic și a ghida AIT dacă terapiile farmacologice sunt inadecvate.

9. Spirometria: sindrom obstructiv reversibil în cazul diagnosticului de astm co-prezent.

10. Rinoscopia: nu există semne definitive de RA, dar permite diagnosticul diferențial al patologiei endonazale ale mucoasei sau al defectelor de structură, precum și evidențierea complicațiilor ale RA.

11. Examenul radiologic/HRCT SPN 128 Slices de rutină nu este recomandat pentru diagnosticarea RA. Poate fi util în cazul diagnosticului diferențial dificil sau în evaluarea complicațiilor (5).

Caseta 9. Diagnosticul rinitei alergice locale (LAR):

- studiile au arătat că RA locală ar reprezenta aproximativ 26% din toate cazurile de rinită și până la 70% din cazurile de rinită non-alergică.
- trebuie suspectată la pacienții cu simptome sugestive de rinită alergică, dar fără sensibilitate la un alergen detectată prin teste alergologice comune: SPT, IgE specifice în ser sau testare la componente moleculare.
- diagnosticul poate fi confirmat printr-un test de provocare nazală (disponibil doar în unele clinici specializate) sau prin detectarea IgE specifice alergenului în mucoasa nazală (14,19).

Caseta 10. Diagnosticul bolii respiratorii exacerbate de AINS (N-ERD):

- Boala respiratorie exacerbată de AINS (anterior numită sindrom Widal, triada Samter, astm indus de acid acetilsalicilic sau boala respiratorie exacerbată de acid acetilsalicilic), reprezintă un sindrom clinic caracterizat prin obstrucție bronșică, dispnee și/sau congestie nazală/rinoree, la pacienții cu o boală respiratorie cronică subiacentă a căilor respiratorii și hipersensibilitate la acid acetilsalicilic și/sau antiinflamatoare nesteroidiene (inhibitori ai COX-1), cu apariția sau agravarea simptomelor respiratorii în urma expunerii la aceste medicamente (20).
- N-ERD afectează în medie 1/10 din adulții care prezintă concomitent astm și rinosinuzită cronică cu polipoză nazală (21). Hipersensibilitatea la AINS este evidențiată și la aproximativ 20% dintre pacienții cu astm și până la 40% la cei cu polipoză nazală recurentă (22,23).
- Diagnosticul este susținut de testul de provocare la acid acetilsalicilic sau alte AINS, care are ca rezultat apariția simptomelor clinice sau scăderea FEV1 cu mai mult de 20% față de valoarea inițială, de referință. Însă absența reacțiilor strict respiratorii la acid acetilsalicilic sau alte AINS nu va exclude prezența hipersensibilității (21).

Caseta 11. Diagnosticul sindromului polen-alimente (PFAS)

- patogenetic reprezintă o alergie respiratorie la polen și de reactivitatea încrucișată ulterioară între polen și epitopi omologi din proteinele alimentare de origine vegetală (anexa 5) (24).
- prevalența PFAS este mult mai mare (50-90%) în nordul Europei din cauza alergiei la polenul de mesteacăn, în timp ce în țările mediteraneene, lipsite de mesteacăn și ambrozie, prevalența PFAS pare să fie de aproximativ 20% (24,25).
- Simptomele apar la 5-10 minute după consumul de fructe, legume, nuci, leguminoase sau semințe proaspete și se limitează de obicei la mucoasa orofaringiană. Cele mai frecvente simptome orofaringiene sunt: pruritul, paresteziile, angioedemul mucoasei bucale, buzelor, limbii, palatului, faringelui, eritem și vezicule la nivelul mucoasei, laringospasm și disfonie. Aceste simptome durează de obicei de la câteva minute până la o jumătate de oră.

- În cazul unui pacient cunoscut cu alergii la polen, care asociat prezintă simptome ORL după consumul unor alimente, ar trebui luat în considerare diagnosticul de PFAS. Investigațiile se bazează în primul rând pe testele cutanate *prick* cu alergenii alimentari suspecți, alese în funcție de localizarea geografică și de obiceiurile alimentare ale pacientului.
- Un alt test de diagnostic util constă în măsurarea IgE specifice. Testele *prick* și măsurarea IgE specifice au o sensibilitate de 70-100%, dar o specificitate moderată (40-70%) (26).
- Diagnosticul bazat pe componente este un instrument util în diagnosticarea PFAS, deoarece oferă profiluri bazate pe proteinele cu reactivitate încrucișată.

C.2.4.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 12. Diagnosticul diferențial în RA

(Diagnosticul diferențial al RA se concentrează în mare măsură pe entitățile care se caracterizează prin manifestările clinice comune, inclusiv:

1. Rinita medicamentoasă - este o rinită indusă de administrarea prelungită a alfa-2-adrenomimetice periferice topice (DCin). Deși nu există criterii certe de diagnostic, rinita medicamentoasă a fost inițial asociată cu triada de utilizare prelungită a DCin, obstrucție nazală persistentă și edemul mucoasei nazale. Pacienții prezintă congestie nazală, adesea nu au rinoree sau strănut și pot observa o eficacitate redusă sau tahifilaxie, cu utilizarea ulterioară a DCin. În ciuda lipsei ghidurilor de tratament pentru rinita medicamentoasă, întreruperea DC-urilor este extrem de importantă, iar pentru ameliorarea semnelor pot fi încercate diverse tratamente Cromoglicat de sodiu intranazal, spray salin intranazal, H1-antihistaminice orale/intranazale, injecții cu steroizi turbinali și glucocorticoizi orali/intranazali).

2. Rinita ocupațională - este o inflamație a mucoasei nazale, caracterizată prin simptome intermitente sau persistente de congestie nazală, strănut, rinoree, prurit și/sau obstrucție variabilă a fluxului de aer nazal datorată unor cauze și condiții care pot fi atribuite unui anumit mediu de lucru (brutari, fermieri, veterinari, pescari, laboranți, farmaciști, tencuitori, constructori, frizeri, lemnari, etc). Această formă de rinită tinde să fie de trei ori mai frecventă decât astmul profesional, dar cele două afecțiuni sunt adesea asociate (până la 92% din cazuri). În majoritatea cazurilor, simptomele nazale legate de muncă apar cu 5-6 luni înainte de debutul simptomelor bronșice. În consecință, rinita profesională poate fi considerată un marker al probabilității de a dezvolta astm profesional. Tratamentul primar al rinitei profesionale constă în evitarea sau reducerea expunerii la factorii vinovați.

3. Rinita infecțioasă - cauzată de agenți virali sau bacterieni. Spre deosebire de această formă de rinită, în RA sunt prezente strănutul, pruritul nazal sau ocular, un declanșator alergic evident și simptome sezoniere recurente - toate menționate mai puțin frecvente în cazul rinitelor infecțioase.

4. Rinită non-alergică cu eozinofilie (NARES) - este o tulburare clinică care cuprinde simptome compatibile cu AR perenă (fără atopie), dar cu o prezență a eozinofiliei locale găsite în citologia nazală. Pacienții cu NARES raportează simptome similare cu cele ale AR perene: congestie nazală, rinoree apoasă abundentă, strănut și prurit nazal/ocular. O caracteristică proeminentă a NARES este disfuncția olfactivă. Pacienții cu NARES prezintă praguri semnificativ mai ridicate la testele olfactive decât pacienții cu RA sezonieră și perenă. Examinarea citologică în cazul NARES relevă prezența unei eozinofilii proeminente, de obicei 10%-20% în frotiul nazal. În plus, biopsiile nazale de la acești pacienți prezintă de obicei un număr crescut de mastocite degranulate. NARES este tratat în principal cu CSin, care scad chemotaxisul neutrofilelor și eozinofilelor, reduc eliberarea mediatorilor mastocitare și duc la scăderea edemului mucoasei și a inflamației locale.

5. Rinita de sarcină - rinita afectează între 30% și 75% dintre femeile gravide, putând apărea atât sub forma rinitei gestaționale, cât și prin debutul sau exacerbarea unei rinite alergice preexistente. Manifestările tipice de rinită sunt influențate major de hormonii de sarcină: congestia nazală rezultă din creșterea fluxului sanguin la nivelul mucoasei, determinată de relaxarea musculaturii vasculare prin acțiunea progesteronului, în timp ce estrogenii favorizează edemul mucoasei. Aceste simptome sunt mai frecvente în trimestrele al doilea și al treilea. Femeile care utilizează contraceptive orale pot prezenta un tablou simptomatic similar, datorită aceluiași mecanism hormonal. Din aceleași motive endocrine, o rinită alergică preexistentă se poate agrava în timpul sarcinii. Deși testarea cutanată reprezintă o investigație de bază în diagnosticul alergiilor, aceasta trebuie evitată în sarcină și alăptare, preferându-se determinarea serologică a nivelurilor de IgE specifice pentru alergeni inhalanți și alimentari. În general, orice procedură care presupune expunerea la un alergen potențial sensibilizant și care ar putea declanșa o reacție alergică severă este contraindicată în această perioadă. Pentru tratament, sunt considerate sigure glucocorticoizii intranasali precum Beclometasonum* și Budesonidum, precum și anumite antihistaminice: Chlorphenaminum, Cetirizinum, Levocetirizinum și Loratadinum. Alfa-2-adrenomimetice periferice nazale sunt contraindicate în sarcină, deoarece pot stimula vasele uterine, cu impact negativ asupra evoluției sarcinii.

Caseta 13. Diagnosticul diferențial în rinita alergică, rinita non-alergică și rinosinuzita cronică cu polipi nazali (12)

Simptome	NAR	RA	CRSwNP
Obstrucție sau congestie nazală, rinoree, prurit nazal, al urechilor sau gâtului, strănut	Da	Da	Da: simptomele pot fi severe și persistente (>12 săptămâni)
Pierderea mirosului (anosmie)	Nu	Variabil	Da
Hiperemie conjunctivală, lăcrimare excesivă, prurit ocular	Nu	Da	Nu
Simptome severe ce afectează funcționarea zilnică, provocând tulburări de somn, oboseală diurnă, dificultăți de concentrare	Nu	Da, dacă este necontrolată	Da, dacă este necontrolată
Infecții sinuzale recurente	Nu	De obicei nu	Da
Declanșatori	NAR	RA	CRSwNP
Alergenii inhalați (polenul, acarienii, mușegaiuri, epitelii de animale)	Nu	Da	Poate
Iritanții (mirosurile puternice, parfumurile, produsele de curățenie, fumul, aerul condiționat)	Da	Poate	Poate
Factorii fizici sau hormonal, medicamentele, utilizarea excesivă a alfa-2-adrenomimeticilor periferice nazale, vârstă înaintată, boli cronice	Da	Nu	Poate
Simptomele provocate de efortul fizic	Da în rinita vasomotorie	Nu	Nu

Tabel 1. Condiții asociate cu valori crescute de IgE serice totale (27)

Patologii infecțioase	Parazitoze sau helmintiaze	Ascaride
		Schistosomiaze
		<i>Strongyloides stercoralis</i>
	Infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV)	
	Infecția cu <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	
	Infecția cu citomegalovirus	
	Infecția cu virusul Epstein-Barr (EBV)	
Patologii alergice	Infecția cu <i>Candida spp</i>	
	Aspergiloza bronhopumonară alergică	
	Rinosinuzitele fungice	
	Dermatita atopică	
	Astm alergic	
Imunodeficiențe	Rinita alergică	
	Sindromul de hiper IgE	
	Sindromul Wiskott-Aldrich	
Boli inflamatorii	Sindromul DiGeorge	
	Granulomatoza eozinofilică cu poliangită (Churg-Strauss)	
Neoplazii	Boala Kimura	
	Limfomul Hodgkin	
Altele	Mielomul IgE	
	Fumătorii	
	Fibroza chistică	
	Sindromul nefrotic	
	Transplantul de măduvă osoasă	
	Pemfigoidul bulos	

Tabel 2. Diverse etiologii ale eozinofiliei (27)

Afecțiuni alergice și atopice			Dermatită/eczemă atopică, rinită/rinoconjunctivită alergică, astm alergic și eozinofilic
Alte afecțiuni respiratorii			Rinosinuzită cronică cu polipoză nazală, ABPA, sindrom Löffler, sarcoidoză, etc.
Vasculite sistemice			Granulomatoză eozinofilică cu poliangită (sindrom Churg-Strauss), etc.
Hipersensibilitate medicamentoasă			DRESS, nefrită interstițială acută medicamentoasă, etc.
Alte afecțiuni cutanate			Sindrom Wells (celulită eozinofilică), etc
Boli infecțioase	Infecții parazitare	Nematode	<i>Toxocara canis</i> , <i>Strongyloides stercoralis</i> , <i>Trichinella spiralis</i> , <i>Ascaris lumbricoides</i> , <i>Ancylostoma duodenalis</i> , <i>Dirofilaria immitis</i> , <i>Anisakis simplex</i>
		Trematode	<i>Schistosoma spp.</i> , <i>Fasciola hepatica</i>

			Cestode	<i>Echinococcus granulosus</i> (intermitent)
			Ectoparaziți	<i>Sarcoptes scabiei</i>
	Infecții fungice și virale		Coccidioidis spp., HIV, etc.	
Afecțiuni gastrointestinale			Esofagită eozinofilică, boli inflamatorii intestinale, boala celiacă, etc.	
Boli autoimune/reumatologice			Artrită reumatoidă, fasciită eozinofilică (boala Schulman), etc.	
Imunodeficiențe primare			Sindroame hiper-IgE, etc.	
Alte cauze rare și diverse			Embolii de colesterol, boală grefă-contra-gazdă, sindrom eozinofilie-mialgie, sindrom Gleich	
Eozinofilie primară			Neoplasme hematologice cu eozinofile clonală, mastocitoză sistemică (și cauza secundară)	
Alte neoplasme			Neoplasme hematologice cu eozinofile nonclonală, adenocarcinoame/alte tumori solide	
		Sindromul hipereozinofilic idiopatic		

C.2.4.5. Complicațiile RA

Caseta 14. Complicațiile RA

- Rinosinuzită cronică +/- polipoză nazală
- Hipertrofie de adenoizi
- Disfuncție tubului Eustachian
- Otite
- Dereglări ale somnului
- Tusea cronică
- Astmul bronșic

Caseta 15. Evaluarea medicului ORL

- Examinarea detaliată a cavității nazale și diagnosticul diferențial
- Rinoscopia anterioară
- Endoscopia cavității nazale și a rinofaringelui
- Diagnosticul diferențial cu alte afecțiuni ale cavității nazale și a sinusurilor paranazale
- Forme complicate de rinită alergică
- Anomalii anatomice în cavitatea nazală
- Stabilirea indicațiilor pentru tratamentul chirurgical

C.2.4.6. Tratamentul și monitorizarea RA

Caseta 16. Obiectivele unui management adecvat al pacienților cu RA:

- Consilierea pacienților privind evitarea/limitarea expunerii la alergeni (anexele 7, 12)
- Obținerea controlului simptomelor
- Prevenirea și tratamentul complicațiilor
- Depistarea precoce, monitorizarea și tratamentul astmului bronșic co-prezent

- Obiectivele terapiei (5,6):
 - CS intranazali reprezintă standardul de aur în tratamentul RA
 - În general, CS sistemici nu sunt indicate în tratamentul RA, iar cure scurte de CSS pot fi administrate doar în cazuri excepționale, după analiza minuțioasă a riscurilor și beneficiilor pentru pacient
 - Tratamentul combinat AH1/CSin este recomandat pacienților care nu obțin controlul RA prin monoterapie cu CSin
 - Antihistaminicele H1 de generația a doua (cu administrare orală sau intranazală) sunt net superioare celor de prima generație din cauza efectelor sedative considerabile
 - Soluția nazală salină este recomandată ca și parte a schemei de tratament pentru RA
 - Asociera antileucotrienelor în tratamentul RA este recomandată în caz de co-prezență a astmului bronșic
 - Alfa-2-adrenomimetice periferice nazale pot fi prescrise pacienților cu RA în caz de obstrucție nazală severă doar în cure scurte de 5-7 zile
 - La ameliorarea simptomelor, volumul medicației poate fi redus
 - Imunoterapia alergen-specifică (SLIT sau SCIT) este unicul tratament care schimbă cursul RA și spre deosebire de alte opțiuni de tratament ajută la obținerea unor schimbări imunologice susținute, prin modificarea răspunsului sistemului imunitar și prin inducerea unei toleranțe imune de lungă durată la alergeni

Caseta 17. Inițierea AIT (28) (Anexa 8)

- Selectarea alergenilor corespunzători pentru AIT pe baza simptomelor, sensibilizării alergice și/sau testelor de provocare
- Selectarea tipului AIT (SLIT/SCIT) pe baza caracteristicilor pacientului, experienței clinicii și preferințelor pacientului, precum și disponibilității produselor cu eficiență dovedită
- Considerarea oricăror contraindicații posibile
- Inițierea AIT sub supravegherea specialistului din domeniu

Evaluare regulată

- Pacientul este aderent la tratament?
- Pacientul beneficiază de tratament?
- Pacientul experimentează efecte adverse?
- Sunt necesare modificări ale tratamentului?

Întreruperea tratamentului

- În caz de efecte adverse inacceptabile (de ex. reacții sistemice severe)
- Lipsa beneficiilor AIT după 1 an, conform pacientului și medicului – reevaluare
- Cel puțin 3 ani de tratament, unii pacienți pot necesita tratament mai lung

Caseta 18. Monitorizarea pacienților cu RA:

Monitorizarea continuă este esențială în atingerea scopurilor terapeutice. În timpul acestor vizite, se analizează nivelul de control al RA și se modifică schemele de tratament.

De rând cu examenul fizic și istoricul medical, la fiecare 2-4 săptămâni (29) după stabilirea treptei de tratament se vor monitoriza:

- Scorul VAS, TOSS și TNSS
- Monitorizarea efectelor adverse ale tratamentului

N.B. La apariția semnelor de obstrucție bronșică pacientul va fi evaluat conform algoritmului de diagnostic al astmului bronșic

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Secția consultativă IMSP SCR „T. Moșneaga”	Personal: • alergolog • medic ORL • medic oftalmolog • medici specialiști în diagnostic funcțional • medic imagist • medic de laborator • asistente medicale
	Aparataj, utilaj: • stetoscop • tensiometru • PEF-metru • rinoscop • cabinet de diagnostic funcțional dotat cu spirometru • electrocardiograf • trusă pentru testare cutanată <i>prick</i> (alergolog) • laborator (inclusiv imunologic): hemoleucogramă, IgE totale, IgE specifice, test pentru componente moleculare, rinocitogramă
	Medicamente: • AH1 (Levocetirizinum, Bilastinum, Desloratadinum) • AH1in (Azelastinum*) • CSin (Fluticasonum, Beclometasonum*, Mometasonum) • Antagoniștii receptorilor leucotrienici (Montelukastum, Zafirlukast*) • Alfa-2-adrenomimetice periferice nazale (Xylometazolinum) • Beta-2-adrenomimetice cu acțiune rapidă (Salbutamolum, Fenoterolum, Terbutalinum*)

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Obiectiv	Indicator	Metodă de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori proporția pacienților cu RA stabilită	1.1. Proporția pacienților cu astm din lista medicului de familie, cărora li s-a efectuat <i>screening</i> -ul pentru RA	Numărul de pacienți cu astm, din lista medicului de familie, cu vârsta de peste 18 ani, cărora li s-a efectuat <i>screening</i> -ul pentru RA pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total al pacienților cu vârsta de peste 18 ani care se află la evidența medicului de familie cu obstrucție nazală și rinoree pe parcursul ultimului an
2.	A spori calitatea examinării clinice și paraclinice a pacienților cu RA	2.1. Proporția de pacienți diagnosticați cu RA și supuși examenului standard pe parcursul ultimelor 6 luni, conform recomandărilor PCN RA	Numărul de pacienți cu diagnosticul de RA confirmat, aflați sub supraveghere și supuși examenului standard pe parcursul ultimelor 6 luni, conform recomandărilor PCN RA x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de RA confirmat, care se află sub supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimelor 6 luni
3.	A spori numărul de pacienți la care RA este controlat adecvat în condițiile de ambulatoriu	3.1. Proporția de pacienți cu RA în remisie	Numărul de pacienți cu diagnosticul de RA confirmat aflați sub supraveghere, la care s-a atins remisia pe parcursul a cel puțin 3 luni, în ultimul an x 100	Numărul total al pacienților cu diagnosticul de RA confirmat, care se află sub supravegherea medicului de familie în ultimul an
4.	A spori numărul de pacienți cu RA, care beneficiază de consiliere pentru RA în instituțiile de asistență medicală primară	4.1. Proporția pacienților cu RA consiliere privind conduita pacientului cu RA și măsurile de profilaxie, în ultimele 3 luni.	Numărul de pacienți cu RA consiliați privind conduita pacientului cu RA și măsurile de profilaxie, în ultimele 3 luni x 100	Numărul total de adresări în clinică pe parcursul ultimelor 3 luni ale pacienților cu diagnosticul RA, care se află sub supravegherea medicului de familie

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

Tratamentul pacienților cu rinită alergică se efectuează în IMSP SCR „T. Moșneaga” în Secția terapie generală cu alergologie pentru pacienții care se prezintă cu rinită alergică și astm asociat. Pacienții cu rinită alergică care nu întrunesc criteriile de astm asociat, vor fi consultați de către medicul alergolog în Secția consultativă SCR „T. Moșneaga” și vor fi recomandate investigațiile și tratamentul ambulator conform PCN ” Rinită alergică la adult”.

F.1. Internarea pacientului

Internarea pacienților în SCR „T. Moșneaga” cu diagnosticul de rinită alergică cu astm asociat se realizează conform indicațiilor de internare a pacienților cu astm (PCN „Astmul bronșic la adult”) și procedurii operaționale standard POS: AEP-01 privind internarea pacientului și respectarea tuturor procedurilor de identificare a pacienților (POS SP-03), precum și informarea pacientului și obținerea acordului informat (POS DP-02).

F.2. Evaluare paraclinică (investigații) și conduita terapeutică

Investigațiile specificate în PCI „Rinită alergică la adult ”:

- Determinarea parametrilor biochimici și de laborator (hemoleucograma cu testarea valorilor absolute ale eozinofilelor, IgE totale, vor fi efectuate în cadrul Departamentului investigații de laborator.
- Teste cutanate *prick* cu alergene inhalatorii, se vor efectua de către medicul alergolog în secția consultativă sau în secția terapie generală cu alergologie pentru pacienții internați în secție.
- Testele funcționale Spirometrie cu testul cu bronhodilatator, ECG se va efectua în secția de diagnostic funcțional.
- Pulsoximetria, PEF-metria se va efectua în secția de terapie generală cu alergologie, secția consultativă de către medicul curant.
- Examenul radiologic al cutiei toracice în 2 incidente se va efectua în secția de radiologie și imagistică.
- Rinoscopia va fi efectuată de către medicul ORL în secția consultativă sau în secția ORL.
- Investigațiile care nu sunt disponibile în IMSP SCR ”T. Moșneaga”: imunoglobulinele E specifice la alergene inhalatorii, IgE specifice la alergene moleculare inhalatorii, se vor efectua la prestatorii de servicii conform contractelor de colaborare cu IMSP SCR „T. Moșneaga” sau în mod ambulator cu trimitere de la medicul de familie sau medicul alergolog.

Tratamentul individualizat este ajustat în funcție de diagnosticul principal, complicații și patologii asociate, conform recomandărilor PCN

F.3. Procedura de transfer intern/extern a pacientului:

Transferul intra-, extra- sau interspitalicesc al pacientului se realizează în conformitate cu procedura operațională standard POS SP-07 privind transferul pacientului. Datele aferente transferului sunt introduse în SIA AMS cu monitorizarea înscrisurilor corespunzătoare în FMBS conform POS: MCI-01 privind menținerea și controlul Fișei medicale a bolnavului de staționar.

F.4. Externarea pacientului

Externarea pacientului din staționar se realizează conform procedurii operaționale standard POS: AEP-02 privind externarea bolnavului de staționar.

Telefoanele de contact pentru coordonarea asistenței medicale:

Funcția	Telefon de contact
Vicedirector medical	(022) 403694
Vicedirector medical	(022) 403550
Șef UPU	(022) 728369
Șef Departament Terapie	(022) 403514
Șef Departament ATI	(022) 403657
Șef Departament Chirurgie	(022) 403534
Șef secție Terapie intensivă generală	(022) 403592
Șef secție Terapie generală cu alergologie	(022) 403496
Șef Departament de inginerie biomedicală și gaze speciale	(022) 403601
Șef secție Diagnostic funcțional	(022) 403636
Șef Departament investigații de laborator	(022) 403589
Șef serviciu PIAAM	(022) 403687
Șef Departament imagistica medicală	632

Telefoanele de urgență:

Secția	Nr de telefon	Telefon intern
UPU	(022) 728314	541
Perfectarea FMBS	067100184	
Paza		515
Serviciul tehnic		777
Laborator de urgență		486
Investigații imagistice de urgență	079966185	
ECG		210

ANEXE**Anexa 1. Chestionarul de evaluare a controlului RA**

1. Cât de des ați simțit congestia nazală pe parcursul ultimelor 7 zile?				
Niciodată - 5	Rar - 4	Uneori - 3	Des - 2	Foarte des - 1
2. Cât de des ați strănutat în ultimele 7 zile?				
Niciodată - 5	Rar - 4	Uneori - 3	Des - 2	Foarte des - 1
3. Cât de des ați avut hiperlacrimație pe parcursul ultimelor 7 zile?				
Niciodată - 5	Rar - 4	Uneori - 3	Des - 2	Foarte des - 1
4. În ce măsură simptomele nazale sau alte semne ale alergiei au afectat somnul dvs. în ultimele 7 zile?				
Niciodată - 5	Rar - 4	Uneori - 3	Des - 2	Foarte des - 1
5. Cât de des ați evitat anumite activități (de ex. lucru în grădină, vizitarea caselor în care stau pisicile sau câinii) din cauza simptomelor nazale sau altor semne de alergii în ultimele 7 zile?				
Niciodată - 5	Rar - 4	Uneori - 3	Des - 2	Foarte des - 1
6. În ce măsură au fost controlate simptomele nazale sau alte semne ale alergiei pe parcursul ultimelor 7 zile?				
Complet controlate - 5	Bine controlate - 4	Într-o măsură oarecare controlate - 3	Puțin controlate - 2	Deloc controlate - 1

Interpretarea testului: < 21 puncte – rinita necontrolată; ≥ 21 puncte – rinita controlată

Anexa 2. Scorul VAS (Visual Analogue Scale) pentru evaluarea gradului de severitate a RA

Cum Vă simțiți astăzi?

Cât de deranjante au fost simptomele Dră în ultimele 24 ore?

Semne nazale

- Congestie
- Prurit
- Rinoree
- Strănut

Semne oculare

- Hiperemie
- Hiperlacrimație
- Prurit

Interpretarea testului: < 5 puncte – rinita ușoară; ≥ 5 puncte – rinita moderat-severă

Anexa 3. Scorul total al simptomelor nazale (TNSS) pentru evaluarea severității în RA

Vă rugăm să evaluați următoarele simptome de rinită în cursul săptămânii trecute	
1. Obstrucție nazală	
Niciun simptom	0
Ușor - conștientizare, dar nu deranjează	1
Moderat - deranjează, dar nu interferează cu activitățile zilnice normale sau cu somnul	2
Sever - interferează cu activitățile zilnice normale sau cu somnul	3
2. Mâncărime/strănutul	
Niciun simptom	0
Ușor - conștientizare, dar nu deranjează	1
Moderat - deranjează, dar nu interferează cu activitățile zilnice normale sau cu somnul	2
Sever - interferează cu activitățile zilnice normale sau cu somnul	3
3. Secrețiile nazale	
Niciun simptom	0
Ușor - conștientizare, dar nu deranjează	1
Moderat - deranjează, dar nu interferează cu activitățile zilnice normale sau cu somnul	2
Sever - interferează cu activitățile zilnice normale sau cu somnul	3
TOTAL puncte	

Interpretarea testului: < 6p. – RA ușoară, 6-9p. RA gravitate medie, 9-12p. – RA severă

Anexa 4. Scorul total al simptomelor oculare (TOSS) pentru evaluarea severității conjunctivitei alergice (CA)

Vă rugăm să evaluați următoarele simptome de conjunctivită în cursul săptămânii trecute	
1. Pruritul ocular	
Niciun simptom	0
Ușor - conștientizare, dar nu deranjează	1
Moderat - deranjează, dar nu interferează cu activitățile zilnice normale sau cu somnul	2
Sever - interferează cu activitățile zilnice normale sau cu somnul	3
2. Hiperlacrimație	
Niciun simptom	0
Ușor - conștientizare, dar nu deranjează	1
Moderat - deranjează, dar nu interferează cu activitățile zilnice normale sau cu somnul	2
Sever - interferează cu activitățile zilnice normale sau cu somnul	3
3. Hiperemia conjunctivală	
Niciun simptom	0
Ușor - conștientizare, dar nu deranjează	1

Moderat - deranjează, dar nu interferează cu activitățile zilnice normale sau cu somnul	2
Sever - interferează cu activitățile zilnice normale sau cu somnul	3
TOTAL puncte	

Interpretarea testului: < 4p. – CA ușoară, 4-7p. CA gravitate medie, 7-9p. – CA severă

Anexa 5. Alimente raportate ca fiind asociate cu tipuri de polen în PFAS

Sursă polen	Exemplu	Fructe și legume
Familie <i>Betulaceae</i>	Mesteacănul, Arinul	<i>Rosaceae</i> (măr, piersică, vișine, cireșe, pară, căpșună, prună, caisă, migdale) <i>Apiaceae</i> (țelină, pătrunjelul și morcovul) <i>Solanaceae</i> (cartoful) <i>Actinidiaceae</i> (kiwi) <i>Urticaceae</i> (mango) Altele (soia, fasole, mac, arahide, alune și nucă de cocos)
<i>Asteraceae</i> (<i>Compositae</i>)	Arțar	<i>Apiaceae</i> (țelină, brocoli, și morcovul) <i>Urticaceae</i> (mango) Condimente <i>Actinidiaceae</i> (kiwi) Altele (arahidele)
	Ambrozie	<i>Cucurbitaceae</i> (pepelele galben, pepenele roșu, dovleceii și castravețit) <i>Basidiaceae</i> (banană)
<i>Poaceae</i> (<i>Gramineae</i>)	Iarbă Timoftică	<i>Cucurbitaceae</i> (pepelele galben, pepenele roșu) <i>Solanaceae</i> (cartoful, tomatele) <i>Tangerinae</i> (portocalele) <i>Apiaceae</i> (țelină) <i>Basidiaceae</i> (banană) Altele (arahidele)
<i>Cupressaceae</i>	Cedru	<i>Solanaceae</i> (tomatele)

Anexa 6. Teste alergologice moleculare în RA cu suspiciune de mono-/polisensibilizare

Grupul de alergene	Alergene moleculare
Acarienii din praf de casă <i>Dermatophagoides pteronyssinus</i> , <i>Dermatophagoides farinae</i>	Der p 1, Der f 1, Der p 2, Der f 2, Der p 10, Der p 23
Fungi <i>Alternaria alternata</i> , <i>Aspergillus fumigatus</i>	Alt a 1, Alt a 6, Asp f 1, Asp f 3, Asp f 6
Epitelii pisică <i>Felina domestica</i>	Fel d 1, Fel d 2, Fel d 4
Epitelii câine <i>Canis familiaris</i>	Can f 1, Can f 2, Can f 3, Can f 4
Polen mesteacăn <i>Betula verrucosa</i>	Bet v 1, Bet v 2

Polen graminee <i>Phleum pratense</i>	Phl p 1, Phl p 2, Phl p 5, Phl p 6, Phl p 7, Phl p 12
Polen <i>Artemisia vulgaris</i>	Art v 1
Polen <i>Ambrosia artemisiifolia</i>	Amb a 1

Anexa 7. Prevenție și educație în RA

Reducerea expunerii la polenuri:

- Evitarea activităților exterioare în sezoanele polenice, în special în zilele călduroase și uscate;
- Evitarea zonelor cu concentrații polenice crescute (se evită zonele cu vegetație, e preferabil mersul la mare pe plajă);
- Nu plimbări, nu picnicuri în parcuri sau în mediul rural în sezonul polenic;
- Se evită cositul, tăierea ierbii (mască, ochelari protectori);
- Închiderea ferestrelor autovehiculelor, utilizarea aerului condiționat și a filtrelor speciale;
- Ochelari protectori cu apărători lateral și superior;
- Spălarea frecventă a feței și dușul la sosirea la domiciliu pentru îndepărtarea grăuncioarelor de polen, inclusiv din păr;
- Uscarea hainelor pe uscător, nu în mediul exterior.

Reducerea expunerii la mucegaiuri:

- Evitarea activităților în aer liber;
- Utilizarea aerului condiționat cu circuit intern;
- Îndepărtarea mucegaiului din pivnițe, crăpături ale construcțiilor, instalația de încălzire;
- Măsuri fizice și chimice – fungicide, curățire periodică a umidificatoarelor și a vaporizatoarelor, expunerea la soare a spațiilor înguste;
- Aparatele care îndepărtează umiditatea sau substanțele siccative pot reduce mucegaiul din pivnițe.

Reducerea expunerii la praful de casă:

- Așternuturi “impermeabile”, învelirea saltelelor;
- Spălarea așternuturilor săptămânal cu apă fierbinte;
- Utilizarea mobilei tapițate cu plastic sau piele;
- Înlocuirea covoarelor cu parchet sau vinilin;
- Soluție de acid tanic 3%;
- Tratarea covoarelor cu soluții pe bază de benzil benzoat;
- Aerul condiționat poate reduce numărul acarienilor și, mai ales, reduce umiditatea sub 50%.

Reducerea expunerii la alergeni animalieri:

- Spălarea săptămânală a animalului, dar manevra nu trebuie să fie efectuată de către o persoană alergică;
- Dacă îndepărtarea animalului din casă nu se poate face, izolarea de restul locuinței într-o încăpere fără covoare și cu un purificator electrostatic poate reduce alergenii aeriени în restul locuinței.

Anexa 8. Medicamentele utilizate în tratamentul pacienților cu RA

Medicamente	Doza	Doza zilnică/24 ore	Numărul de administrări zilnice
Glucocorticoizi administrați oral			
Methylprednisolonum	4 mg/comprimate, fiole 20, 40 și 250 mg	0,5 mg/kg/zi pentru 2 săptămâni apoi scăderea conform recomandărilor	1-3
Prednisolonum	5 mg/comprimate fiole pulbere liofilizată 25 mg sau soluție fiole 3% (30 mg/1ml)	0,5 mg/kg/zi pentru minim 2 săptămâni, apoi scăderea conform recomandărilor	1-2
Dexamethasonum	Soluție fiole 0,4% (4 mg/ml); 1; 2 ml Comprimate 0,5 mg	4-8 mg/zi pentru 5-10 zile în exacerbările cu sindrom obstructiv sever	1-2
H1-antihistaminice de generația a II administrate oral			
Cetirizinium	Comprimate 10 mg	10-40 mg/zi	1-2
Bilastinum	Comprimate 10 mg Comprimate 20 mg	20-80 mg/zi	1-2
Loratadinum	Comprimate 10 mg	10-40 mg/zi	1-2
Desloratadinum	Comprimate 5 mg	5-20 mg/zi	1-2
Levocetirizinium	Comprimate 5 mg	5-20 mg/zi	1-2
Rupatadinum	Comprimate 10 mg	10-40 mg/zi	1-2
Fexofenadinum	Comprimate 120 mg, 180 mg	120-720 mg/zi	1-2
Clemastinum	Soluție fiole 1 mg/ml, 2 ml	1-2 mg/zi în perioadele acute	2
Chloropyraminum	Soluție fiole 20 mg/ml, 1 ml	20-40 mg/zi în perioadele acute	2
Chloropyraminum	Comprimate 25 mg	25-50 mg/zi în perioadele acute	2
H1-antihistaminice de generația a II administrate intranazal			
Azelastini hydrochloridum*	Soluție 0,14 mg spray	0,28-0,56 mg/zi	1-2
Preparate combinate administrate intranazal			
Azelastini hydrochloridum + Fluticasoni propionas*	137/50 µg spray	274/100 µg/zi	2
Glucocorticoizi administrați intranazal			
Mometasonum furoatum	50 µg aerosol	100-200 µg/zi	1
Fluticasonum furoatum	27,5 µg aerosol	55-110 µg/zi	1

Fluticasoni propionas	50 μg aerosol	100-400 $\mu\text{g}/\text{zi}$	1-2
Ciclesonidum*	37-50 μg aerosol	74-200 $\mu\text{g}/\text{zi}$	1
Beclometasoni dipropionas*	50-100 μg aerosol	200-400 $\mu\text{g}/\text{zi}$	2
Budesonidum	50-100 μg aerosol	200-400 $\mu\text{g}/\text{zi}$	2
Flunisolidum*	25 μg aerosol	200-300 $\mu\text{g}/\text{zi}$	2-3
Triamcinolonum	55 μg aerosol	110 - 220 $\mu\text{g}/\text{zi}$	1
Antagoniștii receptorilor de leucotriene			
Montelukastum	Comprimate 10 mg	10 mg/zi	1
Zafirlukast*	Comprimate 20 mg	40 - 80 mg/zi	2
Alfa-2-adrenomimetice periferice administrate intranazal			
Xylometazolinum	1 mg/ml spray	1-3 puf	1-3
Nafazolinum	1 mg/ml soluție	1-3 pic	1-3
H1-antihistaminice de generația a II administrate în sacul conjunctival			
Olopatadinum	1 mg/ml picături	2 pic	2
Inhibitorii degranulării mastocitelor administrate în sacul conjunctival			
Natrii cromoglycas	40 mg/ml picături	4 -12 pic	4-6
Imunoterapie alergen-specifică: extracte alergene*			
	Prezentare**		
Polen individual de ierburi: <i>Ambrosia elatior</i> L. *	spray sublingual/ tablete sublinguale/soluție pentru administrare subcutanată		
Polen individual de ierburi: <i>Artemisia vulgaris</i> L. *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată		
Polen individual de ierburi: <i>Parietaria judaica</i> L. *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată		
Polen individual de ierburi: <i>Parietaria officinalis</i> L. *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată		
Polen individual de ierburi: <i>Salsola kali</i> L. *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată		
Polen individual de graminee: <i>Cynodon dactylon</i> (L.) pers. *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată		
Polen individual de graminee: <i>Dactylis glomerata</i> L. *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată		
Polen individual de graminee: <i>Anthoxanthum odoratum</i> L. *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată		
Polen individual de graminee: <i>Lolium perenne</i> L. *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată		

Polen individual de graminee: <i>Poa pratensis</i> L. *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
Polen individual de graminee: <i>Phleum pratense</i> L. *	spray sublingual/ tablete sublinguale/soluție pentru administrare subcutanată
Polen individual de graminee: <i>Secale cereale</i> L. *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
Polen individual de arbori: <i>Alnus glutinosa</i> (L.) Gaertn*	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
Polen individual de arbori: <i>Betula verrucosa</i> *	spray sublingual/ tablete sublinguale/soluție pentru administrare subcutanată
Polen individual de arbori: <i>Carpinus betulus</i> L. *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
Polen individual de arbori: <i>Juniperus ashei</i> J. Buchholz*	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
Polen individual de arbori: <i>Corylus avellana</i> L. *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
Polen individual de arbori: <i>Olea europaea</i> L. *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
Polen individual de arbori: <i>Fraxinus excelsior</i> L. *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
Polen de 5 graminee amestec*: <i>Dactylis glomerata</i> L., <i>Anthoxanthum odoratum</i> L., <i>Lolium perenne</i> L., <i>Poa pratensis</i> L., <i>Phleum pratense</i> L.	spray sublingual/ tablete sublinguale/ soluție pentru administrare subcutanată
Polen de 3 arbori amestec*: <i>Alnus glutinosa</i> (L.) Gaertn., <i>Betula pendula</i> Roth, <i>Corylus avellana</i> L.	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
Polen de Betulaceae amestec*: <i>Alnus glutinosa</i> (L.) Gaertn., <i>Betula pendula</i> Roth, <i>Carpinus betulus</i> L., <i>Corylus avellana</i> L.	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
<i>Dermatophagoides pteronyssinus</i> *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
<i>Dermatophagoides farinae</i> *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
<i>Blomia tropicalis</i> *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
Acarieni amestec*: <i>Dermatophagoides pteronyssinus</i> , <i>Dermatophagoides farinae</i>	spray sublingual/ tablete sublinguale/soluție pentru administrare subcutanată
Latex*	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
Epitelii de pisică*	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
Epitelii de câine*	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
<i>Alternaria alternata</i> *	spray sublingual
<i>Aspergillus fumigatus</i> *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată
<i>Cladosporium herbarum</i> *	spray sublingual/soluție pentru administrare subcutanată

* Nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor

** Doza, doza zilnică și numărul de administrări vor depinde de forma de prezentare și producător

*** La necesitate lista poate fi extinsă

Anexa 9. Algoritm de indicație al imunoterapiei alergenspecifice

Evaluarea gravității și impactului rinitei alergice asupra calității vieții pacientului prin instrumente standardizate:

- *Visual Analog Scale* (VAS) pentru severitatea simptomelor
- *Total Nasal Symptom Score* (TNSS) și *Total Ocular Symptom Score* (TOSS) pentru cuantificarea simptomelor
- Scoruri de impact asupra somnului, activităților zilnică și performanței la locul de muncă sau la școală

În funcție de scorurile obținute și de răspunsul pacientului la tratamentele simptomatice, se decide inițierea imunoterapiei:

- Rinită alergică ușoară controlată – tratament farmacologic standard
- Rinită alergică moderat-severă controlată – continuarea farmacoterapiei
- Rinită alergică moderat-severă necontrolată – candidatură pentru imunoterapie cu alergen
- Rinită alergică severă refractară (R-SARC) – formă de boală care justifică o indicație fermă de AIT, preferabil într-un centru cu experiență

Anexa 10. Contraindicații absolute și relative pentru AIT

Contraindicații absolute	Contraindicații relative
• astmul sever sau necontrolat, din cauza riscului crescute de reacții sistemice grave; • neoplaziile active, în contextul incertitudinii privind impactul imunoterapiei asupra evoluției tumorale; • boli autoimune sistemice active și necontrolate, în care stimularea imunologică ar putea agrava boala de fond; • sarcina, în cazul inițierii tratamentului (AIT nu se începe în sarcină, dar poate fi continuată dacă a fost deja inițiată anterior cu toleranță bună).	• astmul parțial controlat, care necesită o monitorizare atentă și ajustări terapeutice; • terapia cu beta-blocante, din cauza potențialului de interferență cu tratamentul anafilaxiei; • boli cardiovasculare severe, cum ar fi boala coronariană, care pot complica gestionarea reacțiilor adverse; • boli autoimune sistemice în remisiune sau organ-specifice, unde este necesară evaluarea atentă a riscului de reactivare; • afecțiuni psihiatrice severe, care pot afecta aderența și înțelegerea riscurilor; • aderența scăzută la tratament, în special în cazul SLIT, unde implicarea activă a pacientului este esențială; • imunodeficiențele primare sau secundare, care pot modifica răspunsul imun; • istoric de reacții sistemice severe la AIT, care necesită reevaluare înainte de reluarea tratamentului.

Anexa 11. Trusă pentru testare cutanată *prick*

- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Ambrosia elatior*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Artemisia vulgaris*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Parietaria judaica*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Parietaria officinalis*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Salsola kali*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Cynodon dactylon pers.*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Dactylis glomerata*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Anthoxanthum odoratum*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Lolium perenne*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Poa pratensis*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Phleum pratense*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Secale cereale*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Alnus glutinosa Gaertn*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Betula pendula*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Carpinus betulus*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Juniperus ashei J. Buchholz*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Corylus avellana*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Olea europaea*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen individual *Fraxinus excelsior*

- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen amestec graminee *Dactylis glomerata*., *Anthoxanthum odoratum*, *Lolium perenne*, *Poa pratensis*, *Phleum pratense* *Alnus glutinosa* Gaertn., *Betula pendula* Roth, *Corylus avellana*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* polen Betulaceae amestec: *Alnus glutinosa* Gaertn., *Betula pendula* Roth, *Carpinus betulus*, *Corylus avellana*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* *Dermatophagoides pteronyssinus*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* *Dermatophagoides farinae*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată Acarieni amestec: *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată Latex
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* epitelii pisică
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* epitelii câine
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* *Alternaria alternata*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* *Aspergillus fumigatus*
- Soluție extract alergenice pentru testare cutanată *prick* *Cladosporium herbarum*
- Flacon cu control negativ
- Flacon cu control pozitiv (histamină 10 mg/ml)

Anexa 13. Ghidul pacientului cu RA

Cuprins

Ce este rinita alergică (RA)?
Care sunt simptomele rinitei alergice?
Când trebuie să consulți medicul?
Cum să eviți expunerea la alergeni?
Tratamentul rinitei alergice.

Introducere

Acest ghid include informații despre asistența medicală și tratamentul persoanelor cu RA în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. Este destinat persoanelor cu RA, dar poate fi util și familiilor acestora și celor care doresc să cunoască cât mai mult despre această patologie. Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire și de tratament disponibile în Serviciul de Sănătate. Ghidul nu oferă prezentarea maladiei în detaliu sau analizele și tratamentul necesar. Aceste aspecte le puteți discuta cu medicul de familie sau cu o asistentă medicală.

Indicațiile din ghid acoperă:

- modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană are RA;
- modul în care stilul de viață (expunerea la alergeni) poate influența evoluția RA;
- prescrierea medicamentelor pentru tratamentul RA;
- modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu RA.

Ce este rinita alergică (RA)?

Rinita alergică este cauzată de contactul nasului și/sau al ochilor cu alergenii din mediul înconjurător, cum ar fi polenul (ierburi, buruieni sau copaci), acarienii, mușcăturile și scuamele de animale (blană, păr sau pene).

Care sunt simptomele rinitei alergice?

Printre semnele rinitei alergice se numără nasul care curge sau este congestionat (blocat), accese de strănut și mâncărimea nasului și/sau a ochilor. Unele dintre aceste simptome pot fi similare cu cele cauzate de infecții (cum ar fi răceala și gripa), cu toate acestea, simptomele de alergii vor continua adesea dacă nu sunt tratate corect.

Simptomele rinitei alergice pot varia de la ușoare la severe. Pentru persoanele cu simptome severe, funcția de zi cu zi este adesea afectată. Simptomele pot apărea într-un anumit anotimp (de obicei din cauza ierbii sau a polenului) sau pe tot parcursul anului (de obicei din cauza acarienilor de praf, a mușcăturii sau a scuamei de animale). Rinita alergică nu este cauzată de o alergii alimentară.

Când trebuie să consulți medicul?

Pentru persoanele cu rinită alergică severă, poate fi necesară o evaluare suplimentară și testarea alergiei de către un specialist în imunologie clinică/alergologie. Dacă este posibil să se confirme alergenul sau alergenii care cauzează rinita alergică, atunci minimizarea expunerii la aceștia poate reduce simptomele.

Dacă rinita alergică nu este tratată, poate duce la complicații, inclusiv tulburări de somn, oboseală în timpul zilei, dureri de cap, dificultăți de concentrare și infecții recurente ale urechii sau sinusurilor. De asemenea, este legată de dezvoltarea astmului. Pentru persoanele care au și astm, un control mai bun al simptomelor rinitei alergice duce adesea la un control mai bun al astmului lor.

Cum să eviți expunerea la alergeni.

- Evitarea activităților exterioare în sezoanele polenice, în special în zilele călduroase și uscate;

- Evitarea zonelor cu concentrații polenice crescute (se evită zonele cu vegetație, e preferabil mersul la mare pe plajă);
- Nu plimbări, nu picnicuri în parcuri sau în mediul rural în sezonul polenic;
- Se evită cositul, tăierea ierbii (mască, ochelari protectori);
- Închiderea ferestrelor autovehiculelor, utilizarea aerului condiționat și a filtrelor speciale;
- Ochelari protectori cu apărători lateral și superior;
- Spălarea frecventă a feței și dușul la sosirea la domiciliu pentru îndepărtarea grăuncioarelor de polen, inclusiv din păr;
- Uscarea hainelor pe uscător, nu în mediul exterior;
- Evitarea activităților în aer liber;
- Utilizarea aerului condiționat cu circuit intern;
- Îndepărtarea mușgaiului din pivnițe, crăpături ale construcțiilor, instalația de încălzire;
- Măsurile fizice și chimice – fungicide, curățire periodică a umidificatoarelor și a vaporizatoarelor, expunerea la soare a spațiilor înguste;
- Aparatele care îndepărtează umiditatea sau substanțele siccative pot reduce mușgaiul din pivnițe;
- Așternuturi “impermeabile”, învelirea saltelelor;
- Spălarea așternuturilor săptămânal cu apă fierbinte;
- Utilizarea mobilei tapitate cu plastic sau piele;
- Înlocuirea covoarelor cu parchet sau vinilin;
- Soluție de acid tanic 3%;
- Tratarea covoarelor cu soluții pe bază de benzil benzoat;
- Aerul condiționat poate reduce numărul acarienilor și, mai ales, reduce umiditatea sub 50%;
- Spălarea săptămânală a animalului, dar manevra nu trebuie să fie efectuată de persoana alergică;
- Dacă îndepărtarea animalului din casă nu se poate face, izolarea de restul locuinței într-o încăpere fără covoare și cu un purificator electrostatic poate reduce alergenii aerieni în restul locuinței;

Tratamentul rinitei alergice.

Farmacistul și/sau medicul pot recomanda tratamente pentru rinita alergică. Acestea includ H1-antihistaminice nesedante (comprimate, siropuri, spray-uri nazale, picături pentru ochi), spray-uri și clătiri nazale saline (apă sărată), spray-uri cu glucocorticoizi intranasali (CSin) sau spray care conțin o combinație de CSin și antihistaminice.

Imunoterapia cu alergeni (AIT), cunoscută și sub numele de desensibilizare, este un tratament oferit persoanelor cu rinită alergică severă. Aceasta reduce severitatea simptomelor și nevoia de medicamente regulate și implică administrarea regulată, în creștere treptată, a unor cantități de extracte de alergeni prin injecții sau tablete sublinguale (sub limbă), spray sau picături. Acest tratament este pe termen lung (trei până la cinci ani) și este inițiat de obicei de un specialist în imunologie clinică/alergologie.

Anexa 14. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru PCN „Rinita alergică la adult”

FIȘĂ STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII				
evaluarea implementării Protocolului clinic național „ Rinita alergică la adult ”				
I. DATE GENERALE				
Nr.	Criteriu	Codificare		
1.	Denumirea IMS auditate (oficială)			
2.	Localitatea / Raionul			
3.	Tipul IMS	AMP=1; AMSA=2; AMS=3; Publică=4; Privată=5;		
4.	Perioada auditului (de la – până la)			
5.	Eșantionul (nr. fișe/cazuri analizate)			
6.	Auditor(i) / Funcția			
7.	Vârsta pacientului	ani		
8.	Sexul	M=1; F=2		
9.	Mediul de reședință	urban=1; rural=2		
10.	Nivelul de asistență la prima adresare	AMP=1; CCSM=2; spital=3; urgență=4		
II PARTEA DE MANAGEMENT CLINIC AL CAZULUI				
A. Diagnostic				
	Criteriu evaluat	Da	Nu	N/A
<i>Anamneza</i>				
11.	Antecedente alergice personale : alergii alimentare = 2; dermatită atopică = 3; reacții alergice neidentificate = 4;	1	0	9
12.	Data debutului simptomelor : debut preadolescență = 2 ; debut adolescență = 3; debut la vârsta adultă = 4; necunoscut = 5 ;	1	0	9
13.	Timpul până la stabilirea diagnosticului din momentul suspectării : > 1 an = 2 ; 1-3 luni = 3 ; 3-6 luni =4 ; 6-12 luni = 5 ; nu se cunoaște = 6 ;	1	0	9
14.	Identificarea factorilor declanșatori : polen=2 ; mucegai = 3 ; mirosuri puternice = 4 ; medicamente =5 ; boli cronice = 6 ;	1	0	9
15.	Terapia anterioară și răspunsul la terapie	1	0	9
<i>Examenul fizic</i>				
16.	Examenul fizic: edem = 2; cianoza infrapalpebrală= 3; hiperemia conjunctivală= 4; „salutul alergic”= 5; voce nazonată =6; respirație bucală =7;	1	0	9
17.	Evaluarea obligatorie a co-prezenței astmului bronșic	1	0	9
18.	Evaluarea episoadelor de congestie nazală ,prurit,rinoree	1	0	9
19.	Tipul de rinită specificat: intermitentă =2; persistentă=3; evoluție ușoară =4; evoluție moderat-severă =5 ;	1	0	9
20.	Determinarea gradului de severitate al manifestărilor clinice	1	0	9
21.	Examinarea de către medicul ORL	1	0	9
22.	Lipsa/prezența complicațiilor	1	0	9
<i>Investigații paraclinice</i>				
23.	<i>Obligatorii:</i> hemoleucograma =3; pulsoximetria = 4 ; ECG = 5; PEF-metria = 6; spirometria = 7; spirometria cu testul bronhodilatator = 8; examenul radiologic al cutiei toracice în 2 incidente = 9 ; rinocitograma = 10 ; IgE totale =11; IgE specifice =12;	1	0	9
24.	<i>Recomandabile:</i> nu a fost necesar= 2 ; teste cutanate <i>prick</i> = 3; testare pentru componente moleculare = 4; teste de activare a bazofilelor = 5; determinarea Ig E specifice în secrețiile nazale = 6; Radiografia/HRCT SPN 128 Slices = 7; rinoscopia =8;	1	0	9
25.	<i>Diagnosticul diferențial:</i> documentat excluse sau argumentate alte diagnostice posibile	1	0	9
B. Management terapeutic				
26.	Evitarea sau minimizarea expunerii la alergeni	1	0	9
27.	Tratamentul medicamentos este argumentat clinic cu: H1-antihistaminice = 2; alfa-2-adrenomimetice = 3; soluție salină= 4; glucocorticoizi intranasali = 5;	1	0	9
28.	Tratament cu corticosteroizi sistemici argumentat	1	0	9
29.	Tratament cu antileucotriene (în caz de co-prezență a astmului)	1	0	9
30.	Imunoterapia alergen-specifică	1	0	9
31.	Tratament combinat	1	0	9
C. Monitorizare și continuitatea îngrijirii				

32.	Implementarea criteriilor de externare cu indicarea recomandărilor	1	0	9
33.	Consilierea pacientului privind : măsurile de eliminare a alergenilor=2; evitarea factorilor declanșatori = 2; metode contemporane de tratament și efectele adverse posibile = 4;	1	0	9
34.	Supravegherea pacientului și monitorizarea nivelului de control al rinitei prin reevaluare periodică	1	0	9
SCOR CRITERII DE BAZĂ Număr criterii aplicabile: _____ Număr criterii realizate: _____ Procent conformitate: _____ % NOTĂ: „Neaplicabil”- Criteriul nu trebuia realizat. Exemplu: Pacientul nu a necesitat terapie cu antileucotriene-Criteriul :Tratamentul cu antileucotriene este neaplicabil. Interpretare: ≥90% = conformitate foarte bună 75–89% = conformitate bună 50–74% = conformitate parțială <50% = conformitate insuficientă				

Anexa 15. Ierarhia gradelor de recomandare și nivelului de dovezi

Clasificarea recomandărilor:

- **Clasa I:** Condiții pentru care există evidențe și /sau consens general că acea procedură sau tratament este benefică, utilă și eficientă;
- **Clasa II:** Condiții pentru care există evidențe conflictuale, și/sau opinii divergente despre utilitatea /eficacitatea procedurii sau a tratamentului specific;
 - **IIa** - evidențele /opiniile sunt în favoarea procedurii/tratamentului;
 - **IIb** - evidențele/opiniile sunt în defavoarea procedurii/tratamentului;
- **Clasa III:** Condiții pentru care evidențele/opiniile sunt că acea procedură/tratament nu este utilă/eficientă și că în anumite cazuri poate fi chiar dăunătoare;

Nivele de evidență:

- **Nivel de Evidență A:** date obținute din multiple trialuri clinice randomizate sau meta analize
- **Nivel de Evidență B:** date provenite dintr-un singur studiu randomizat clinic sau studii nerandomizate
- **Nivel de Evidență C:** date provenite prin opinia de consens a experților, studii de caz sau observații clinice.