



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



URTICARIA LA ADULT

(Ediția I)

Protocol clinic instituțional

PCN-456



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 – 456 „Urticaria 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
Inna Harghel	șef Secție statistică medicală
Mihail Ouș	șef UPU
Vasile Godoroja	șef Secție consultativă

CUPRINS

SUMARUL RECOMANDĂRILOR	5
ABREVIERI FOLOSITE ÎN DOCUMENT	6
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	6
A.1. Diagnosticul	6
A.2. Codul bolii.....	6
A.3. Utilizatorii:.....	6
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 care au participat la elaborarea protocolului:.....	7
A.8. Definiții folosite în document	7
A.9. Informație epidemiologică	8
B. PARTEA GENERALĂ.....	9
B.1 Secția consultativă SCR „T. Moșneaga”.....	9
B.2 UPU SCR „T. Moșneaga”.....	11
B.3 IMSP Spitalul Clinic Republican „ T. Moșneaga”	12
C. 1. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	14
C.1.1. Clasificarea urticariei și angioedemului	14
C.1.2. Conduita pacientului cu urticarie.....	14
C.1.3. Investigațiile paraclinice și diagnostic în urticarie	15
C.1.4. Diagnosticul diferențial în urticarie.....	17
C.1.5. Diagnostic diferențial între diferite tipuri de angioedem [3, 5, 20].....	18
C.1.6. Evaluarea activității, a impactului și a controlului urticariei.	20
C.1.7. Tratamentul și monitorizarea pacienților cu urticarie cu sau fără angioedem	20
C. 2. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ	24
C 2.1. Algoritm de diagnostic în urticarie cu sau fără angioedem.....	24
C 2.2. Algoritm de tratament în urticarie	25
C 2.3. Managementul decizional și ajustări de tratament în urticaria cronică.....	25
C 2.4 Recomandări în selectarea tipurilor de medicamente pentru decizia schemelor individualizate de tratament.....	26
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	29
D.1. Secția consultativă IMSP SCR „Timofei Moșneaga,,	29
D.2. Prestatori de servicii de asistență medicală urgentă -UPU IMSP SCR „T. Moșneaga”	29
D.3. Secția terapie generală cu alergologie IMSP SCR „T. Moșneaga” (la necesitate poate fi utilizat și în alte secții)	30
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	31
F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE	32
F.1. Adresarea și internarea pacientului.....	Eroare! Marcaj în document nedefinit.
F.2. Evaluare paraclinică (investigații) și conduita terapeutică	32
F.3. Procedura de transfer intern/extern a pacientului:	33
F.4. Externarea pacientului	33
Telefoanele de contact pentru coordonarea asistenței medicale:	33
ANEXE.....	34
Anexa 1. Subtipuri de urticarie cronică.....	34
Anexa 2. Medicamentele utilizate în tratamentul pacienților cu urticarie	35
Anexa 3. Scorul de severitate al urticariei (UAS7) pentru determinarea activității bolii în UCS [1, 2, 10, 22]	36
Anexa 4. Scorul de activitate al angioedemului (AAS) pentru evaluarea activității [1, 2, 9].....	36

Anexa 5. Testul de control al urticariei (UCT) pentru evaluarea nivelului de control al bolii [1] .	37
Anexa 6. Testul de control al angioedemului (AECT) pentru evaluarea nivelului de control [1, 2, 9]	37
Anexa 7. Chestionarul privind calitatea vieții la pacienții cu angioedem (AE-QoL) [1, 2]	38
Anexa 8. Chestionarul privind calitatea vieții în urticaria cronică (CU-Q2oL)[1, 2].....	38
Anexa 9. Indicele dermatologic de calitate a vieții [1, 2]	39
Anexa 10. Condiții asociate cu valori crescute de IgE serice totale [38, 39]	40
Anexa 11. Ghidul pacientului cu urticarie cu sau fără angioedem (informații pentru pacienți și aparținători).....	411
Anexa 12. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru protocolul clinic național „Urticaria la adult”	43
Anexa 13. Ierarhia gradelor de recomandare și nivelului de dovezi.....	45

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Urticaria - este o afecțiune cutanată, caracterizată prin papule pruriginoase și de scurtă durată, care dispar rapid fără a lăsa urme. Poate fi acută sau cronică, în funcție de durata întregului episod și se poate prezenta cu angioedem sau fără. Poate afecta orice zonă a corpului, cu durată variabilă până la 24 de ore sau mai mult. Urticaria acută poate fi asociată cu o alergie sau cu o infecție, poate fi adesea spontană și este de obicei autolimitată. Urticaria cronică durează ≥ 6 săptămâni. Trebuie excluse criteriile de anafilaxie sau angioedemul cu localizare severă.
- Urticaria acută este de regulă autolimitată, ceea ce nu impune o evaluare diagnostică extinsă. Excepție prezintă urticaria acută în alergia alimentară sau istoric de expunere la unele medicamente. Recomandate sunt testele alergologice (IgE specifice sau testele cutanate *prick* în funcție de istoricul de expunere) și evitarea expunerii.
- Diagnosticul în urticaria cronică spontană trebuie să excludă alte diagnostice diferențiale, să evalueze activitatea, impactul și controlul bolii și să identifice factorii declanșatori ai exacerbărilor sau cauzele subiacente. Este necesară excluderea focarelor de infecție sau patologiilor autoimune. Pentru urticaria cronică autoimună sau autoalergică este recomandat testul cutanat la ser autolog.
- În diagnosticul de angioedem recurent (fără urticarie) luați în considerație alte tipuri de AE (bradikininic, angioedema ereditar sau indus de IECA).
- Tratamentul în urticarie și/sau angioedem trebuie administrat până afecțiunea dispare sau intră în remisiune spontană. Durata tratamentului poate fi de luni sau ani.
- Medicamentele de primă linie sunt antihistaminicele non-sedative, cu creșterea dozelor (până x 4 ori dacă este pacient non-responder). Corticosteroizii sistemici se administrează doar în cure scurte de 3-5 zile în doze mici. Tratamentul cu Omalizumabum* este opțiunea de linie 2 la pacienții care rămân necontrolați pe doze maxime de antihistaminice non-sedative.
- Prognosticul în urticarie și angioedem este destul de bun, severitatea poate fluctua, iar remisiunea spontană poate apărea în orice moment. O abordare multidisciplinară, pentru gestionarea pacienților cu urticarie va ajuta la optimizarea îngrijirii medicale și a calității vieții pacientului, precum și la reducerea costurilor socio-economice asociate cu managementul suboptimal.

ABREVIERI FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
AE	Angioedem
AEE	Angioedem ereditar
H1-AH	H1-antihistaminice
AMU	Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
APAAACI	Asia Pacific Association of Allergy, Asthma and Clinical Immunology
AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
CS GC	Glucocorticosteroizi
EAACI	Academia Europeană de Alergologie și Imunologie Clinică
FCC	Frecvența contracțiilor cardiace
FR	Frecvența respirațiilor
GA ² LEN	Global Allergy and Asthma European Network
IgE	Imunoglobulina E
IECA	Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei
SaO ₂	Saturația cu oxigen
VSH	Viteza de sedimentare a eritrocitelor
UA	Urticarie acută
UC	Urticarie cronică
UCS	Urticarie cronică spontană
UCInd	Urticarie cronică inductibilă
UCARE	Urticaria and Angioedema Centers of Reference and Excellence
UPU	Unitate Primire Urgentă
WAO	World Allergy Organization

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ**A.1. Diagnosticul*****Exemple de diagnostice clinice:***

1. Urticarie acută.
2. Urticarie cronică spontană (UCS).
3. Urticaria dermatografică.
4. Urticarie de contact la frig.
5. Urticarie acută cu angioedem al buzelor.

A.2. Codul bolii (conform CIM-10-OMS): urticaria alergică L50.0; urticaria idiopatică L50.1; indusă de factori fizici termici (frig, căldură) L50.2; dermatografismul L50.3; urticaria provocată de vibrații L50.4; urticaria colinergică L50.5; urticaria de contact L50.6; urticaria cronică, periodic recidivantă/recurentă L50.8; fără precizare L50.9.

A.3. Utilizatorii

- Secția consultativă IMSP Spitalului Clinic Republican „T. Moșneaga” (medici alergologi, interniști/medicină internă)
- IMSP Spitalului Clinic Republican „T. Moșneaga” (terapie generală cu alergologie, Unitatea de primiri urgențe, secțiile de terapie intensivă)

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

A.4. Obiectivele protocolului

1. Furnizarea informațiilor profesioniștilor din domeniul sănătății, referitor la diagnosticul, tratamentul și profilaxia urticariei acute și cronice cu sau fără angioedem.
2. Îmbunătățirea calității serviciilor medicale prin stabilirea algoritmului unificat de diagnostic și tratament al urticariei și angioedemului la diferite etape de asistență medicală.
3. Furnizarea informațiilor pacienților și aparținătorilor referitor la diagnosticul, tratamentul și profilaxia urticariei și angioedemului.

A.5. Elaborat: 2026**A.6. Următoarea revizuire: 2031****A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:**

Prenume, nume	Funcția, instituția
Alexandru Corlăteanu	- dr. hab. șt. med., prof. univ., șef Disciplină de pneumologie și alergologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, membru al Comisiei de specialitate a MS în pneumologie
Mircea Bețiu	- dr. șt. med., conf. univ., șef Catedră de dermatovenerologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, președinte al Comisiei de specialitate a MS în dermatovenerologie și dermatocosmetologie
Victoria Brocovschii	- 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
Cristina Toma	- dr. șt. med., conf. univ., Disciplina de pneumologie și alergologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

A.8. Definiții folosite în document

Urticaria este o afecțiune cutanată caracterizată prin apariția de papule (leziuni urticariene), angioedem sau ambele.

Urticaria acută – urticarie cu o durată a episodului mai mică de 6 săptămâni.

Urticaria cronică - urticarie cu manifestări zilnice, cu o durată a episodului mai mare de 6 săptămâni.

Urticaria cronică spontană (UCS) sau urticaria cronică idiopatică (UCI) - este cea mai frecventă formă de urticarie cronică, ce poate apărea la orice vârstă și se caracterizează prin apariția spontană a unor episoade de erupție localizată sau generalizată (urtice) alcătuită din papule centrale înconjurată de un eritem reflex, cu aspect și dimensiuni variabile sau sub forma unor plăci ori placarde eritemato-edematoase, intens pruriginoase și agravate de grataj, poate afecta orice zonă a corpului și are o durată de șase săptămâni sau mai mult, erupțiile apărând în absența unor factori declanșatori identificabili. Pacienții pot prezenta papule, angioedem sau ambele [1, 2].

Urticaria indusă de factori fizici are loc după expunerea la factorul fizic declanșator (presiune, vibrație, rece, cald, raze ultraviolete). Aceasta se remite, de obicei, într-o oră (cu excepția celei întârziate la presiune). Testele de provocare confirmă suspiciunea etiologică (aplicarea locală de gheață, apă caldă, presiune) [1-3].

Angioedemul se caracterizează prin apariția unor episoade de edem cu evoluție rapidă, care interesează straturile profunde ale pielii, spre deosebire de urticarie, care se localizează la nivelul

straturilor superficiale. Este localizat preferențial la nivelul regiunii periorale, periorbitale, genitale sau la nivelul extremităților, dar poate afecta orice altă regiune a corpului [4].

Angioedemul alergic acut este rar întâlnit izolat, neînsoțit de urticarie. Apare în decurs de 1-2 ore de la expunerea la un alergen, cu predilecție la subiecții atopici, dar nu numai. Manifestarea este autolimitată, de obicei durează 1-3 zile, dar poate avea recurență cu fiecare expunere la alergenul incriminat sau la alergene cu reactivitate încrucișată [1-3, 5].

Angioedemul indus de IECA - în special facial, al limbii, la nivelul faringelui sau al laringelui este tipic o formă de angioedem bradikininic indus de inhibitorii enzimei de conversie (IECA). AE poate apărea în prima săptămână de tratament, însă și după mai mulți ani de tratament.

Angioedemul idiopatic (spontan) - angioedemul fără o cauză stabilită.

A.9. Informație epidemiologică

Prevalența urticariei cronice

În Europa, peste 5 milioane de persoane prezintă simptome persistente de urticarie, 50% prezintă simptome persistente și peste 6 luni, 20% după 3 ani, 20% după 5 ani și mai puțin de 2% după 25 de ani. Peste 50% dintre pacienții cu UCS vor prezenta cel puțin o recidivă post tratament [1, 2, 6-8].

Urticaria trebuie diferențiată de alte afecțiuni medicale în care urticaria, angioedemul sau ambele pot apărea ca și caracteristici ale unui spectru de afecțiuni clinice, de exemplu, anafilaxia, sindroamele autoinflamatorii, vasculita urticariană sau angioedemul mediat de bradikinină, inclusiv angioedemul ereditar (AEE). Urticaria are trei caracteristici tipice: o edemație centrală superficială circumscrișă, de mărime și formă variabilă, înconjurată aproape invariabil de eritem reflex, o senzație de prurit sau uneori de arsură, un caracter trecător, pielea revenind la aspectul său normal, de obicei între 30 min și 24 h. Angioedemul se caracterizează prin o umflătură profundă bruscă, pronunțată, eritematoasă sau de culoarea pielii în dermul profund și subcutanat sau în membranele mucoase, furnicături, arsură, senzație de presiune și, uneori, durere. Rezoluție mai lentă decât cea a urticariei (poate dura până la 72 h) [1, 2, 9, 10].

Spectrul manifestărilor clinice ale diferitelor tipuri și subtipuri de urticarie este foarte larg. În plus, două sau mai multe subtipuri diferite de urticarie pot coexista la un pacient. Urticaria este clasificată în funcție de durată (acută sau cronică) și în funcție de rolul declanșatorilor definitivi, ca inductibilă sau spontană. Urticaria acută este definită ca fiind apariția de erupții urticariene (urtice), angioedem sau ambele timp de 6 săptămâni sau mai puțin. Urticaria cronică este definită ca fiind apariția de erupții urticariene (urtice), angioedem sau ambele pentru mai mult de 6 săptămâni. Urticaria cronică se poate manifesta cu semne și simptome zilnice sau aproape zilnice sau cu o evoluție intermitentă/recurentă. Urticaria cronică spontană (UCS) poate să reapară după luni sau ani de remisie completă. Urticaria inductibilă se caracterizează prin declanșatori specifici (factori fizici) ai apariției erupțiilor urticariene, angioedemului sau ambelor. Acești factori declanșatori sunt definitivi deoarece, atunci când factorul declanșator este prezent și, respectiv, absent, apar întotdeauna și niciodată erupțiile urticariene, angioedemul sau ambele [1-3, 5, 9, 10].

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Secția consultativă SCR „T. Moșneaga” (medici alergologi, alergolog-imunolog, medici interniști/medicină internă)		
Prezentare generală	Obiective	Modalități de realizare
1. Diagnosticul		
1.1. Confirmarea diagnosticului de urticarie cu sau fără angioedem Algoritmul C 2.1. 1.1.1 Urticarie acută (caseta 4)	Evaluarea istoricului medical. Manifestări clinice, urticarie cu AE sau fără AE. Evaluarea expunerii la alergeni (alergene alimentare, alergene de mediu și inhalatorii, medicamente, înțepături de insecte etc). Documentarea sensibilizării la alergeni (alergene alimentare, alergene de mediu și inhalatorii, medicamente, înțepături de insecte etc). Comorbidități, infecții acute sau cronice etc.	Obligatori: • Anamneza (caseta 1). • Istoric expunere • Istoric comorbidități • Examenul fizic (caseta 2). • Examenul paraclinic (caseta 4, 5, 6, 7). • Ig E totale • IgE specifice (extracte alergenice) la alergene alimentare, inhalatorii și de mediu sau medicamente după caz • IgE specifice (alergene moleculare) la alergene alimentare. Recomandat: • Test cutanat <i>prick</i> alergene alimentare atribuite istoricului de expunere • Test cutanat <i>prick</i> și intradermic cu medicamentele atribuite istoricului de expunere și alternative (respectarea diluțiilor non-iritante) (alergolog).
1.1.2 Urticarie cronică (caseta 5)		Obligatori: • Anamneza (caseta 1). • Examenul fizic (caseta 2). • Examenul paraclinic (caseta 4, 5, 6, 7). - Hemoleucograma. - Proteina C reactivă - Ig E totale - IgE specifice (extracte alergenice și alergene moleculare) la alergene alimentare, inhalatorii și de mediu sau medicamente - Antigen H.pilory (masele fecale) - Investigații pentru focare de infecție relevante clinic (urinar, faringian, intestinal etc.) - Examen coproparazitologic • Diagnosticul diferențial (caseta 8). Recomandat -Consultații multidisciplinare (ORL, dermatologie)

		- Test cutanat <i>prick</i> alergene alimentare - Test cutanat <i>prick</i> și intradermic cu medicamente (respectarea diluțiilor non-iritante - alergolog) - Biopsie cutanată (în urticaria persistentă > 24h) - Test cutanat <i>prick</i> și intradermic la ser autolog (urticarie cu mecanism autoimun sau autoalergic)
2. Tratatamentul		
2.1. Tratatamentul nefarmacologic	Modificarea condițiilor de viață și evitarea expunerii la alergeni permite evitarea exacerbărilor și menținerea unui control adecvat al urticariei cu sau fără angioedem	Consilierea pacienților și aparținătorilor referitor la importanța evitării expunerii la alergeni. Consilierea pacienților în vederea tratamentului de lungă durată în funcție de perioadele de remisie a afecțiunii.
2.2. Tratatamentul medicamentos (alergolog, dermatolog) Algoritmul C 2.2; 2.3 C 2.4		
2.2.1. Decizia asupra necesității de spitalizare	Evaluarea necesității de spitalizare.	Criterii de spitalizare: • Urticarie generalizată sau severă. • Angioedem cu localizare severă (față, limbă, laringe, uvulă) (caseta 3) • Angioedem sever • Anafilaxie (criterii anafilaxie caseta 9)
2.2.2. Tratatament în condiții de ambulatoriu	Este indicat pacienților cu urticarie și angioedem cu localizare non-severă. Urticarie ușoară (scor 0) Pacienților fără simptome severe.	• Ajustarea tratamentului pentru asigurarea controlului bolii (anexa 4, 5, 6). • Evaluarea severității (anexa 3) • Evaluarea calității vieții (anexa 7, 8, 9) • Monitorizarea tratamentului cu antihistaminice (algoritm C 2.2; C 2.3). • Consilierea pacienților și aparținătorilor referitor la evitarea expunerii la alergeni (anexa 11).

B.2. UPU SCR „T. Moșneaga”		
Prezentare generală	Obiective	Modalități și condiții de realizare
1. Diagnosticul		
Suspectarea diagnosticului de urticarie Algoritmul C.2.1	Ameliorarea manifestărilor clinice ale maladiei. Prioritatea este excluderea criteriilor de anafilaxie (caseta 9). <i>În caz de anafilaxie - vezi Anafilaxia - Algoritm de conduită medicală la etapa de prespital.</i>	Standard/Obligativ: • Examinarea conform algoritmului ABCDE • Anamneza (caseta 1) • Examen fizic (caseta 2) • Pulsoximetria • Evaluare severitate (anexa 3) Evaluarea criteriilor de spitalizare : • Urticarie generalizată • Angioedem cu localizare severă (față, limbă, laringe, uvulă) (caseta 3) • Angioedem sever • Anafilaxie (criterii anafilaxie caseta 9) • UCS pentru evaluarea primară a diagnosticului și evaluarea eventualelor cauze infecțioase sau boli autoimune.
2. Investigații		
		Investigații recomandate: - Hemoleucograma. - Imunoglobulina E totală. - Proteina C reactivă. - Consultație medic dermatolog sau alergolog sau trimitere către medic alergolog în ambulatoriu. Luați în considerare internarea în secție de alergologie sau dermatologie pentru observare a oricărui pacient cu urticarie generalizată și/sau cu angioedem asociat, angioedem cu localizare severă.
3. Tratamentul		
	Majoritatea cazurilor de urticarie acută sunt autolimitate și se rezolvă spontan. În cazurile de urticarie extinsă - ameliorarea simptomelor.	Obligativ: • Stoparea expunerii la alergen: dacă e posibil. • Managementul și controlul simptomelor: H1-antihistaminice:

	Inițierea imediată a măsurilor terapeutice în caz de anafilaxie (vezi Anafilaxia - Algoritm de conduită medicală la etapa de prespital).	Oricare dintre antihistaminicele de generația I: Sol. Diphenhydraminum 1% 1 ml IV/IM. Sol.Chloropyraminum 20 mg/ml 1ml IV/IM. Glucocorticoizi pentru formele severe, asociate cu angioedem Sol Hydrocortisonum 100 mg i/v Sau Sol. Prednisolonum 30 mg i/v
4. Supravegherea		
		- Internare în secția terapie generală cu alergologie, conform criteriilor de severitate. - Internare în ATI, în caz de anafilaxie sau prezența angioedemului cu localizare severă. - În lipsa criteriilor de severitate, trimitere către consult alergolog în ambulatoriu.
B.3. IMSP Spitalul Clinic Republican „T. Moșneaga” (secția terapie generală cu alergologie, medic alergolog)		
Prezentare generală	Obiective	Modalități și condiții de realizare
1. Spitalizarea	• Atingerea și menținerea unui control adecvat al urticariei. • Controlul simptomelor și exacerbărilor. • Determinarea factorilor etiologici • Evaluarea cauzelor (boli autoimune, infecții, alte comorbidități).	Criterii de spitalizare: • Urticarie generalizată • Angioedem cu localizare severă (față, limbă, laringe, uvulă) (caseta 3) • Angioedem sever • Anafilaxie (criterii anafilaxie caseta 9) • UCS pentru evaluarea primară a diagnosticului și evaluarea eventualelor cauze infecțioase sau boli autoimune.
2.Diagnosticul 2.1. Confirmarea diagnosticului de urticarie și/sau angioedem. Algoritm C.2.1	Evaluarea istoricului medical. Manifestări clinice, urticarie cu AE sau fără AE. Expunere la alergeni (alergene alimentare, alergene de mediu și inhalatorii, medicamente, înțepături de insecte etc). Comorbidități, infecții acute sau cronice etc. Patologii autoimune.	Obligativ: • Anamneza (caseta 1). • Examenul fizic (caseta 2). • Examenul paraclinic (caseta 4, 5, 6, 7) - Hemoleucograma. - Proteina C reactivă - Ig E totale - IgE specifice (extracte alergene și alergene moleculare) la alergene alimentare, inhalatorii și de mediu sau medicamente - Antigen H.pilory (masele fecale)

		- Investigații pentru infecții relevante clinic (urinar, faringian, intestinal etc.) - Examen coproparazitologic - Teste specifice pentru eventuale boli autoimune (de ex. anti TPO etc.) • Diagnosticul diferențial (caseta 8). Recomandat : - Consultații multidisciplinare (ORL, dermatologie, altele la necesitate) - Test cutanat <i>prick</i> alergene alimentare - Test cutanat <i>prick</i> și intradermic cu medicamente (respectarea diluțiilor non-iritante - alergolog) - Biopsie cutanată (urticaria persistentă > 24h) - Test cutanat <i>prick</i> și intradermic la ser autolog (urticarie cu mecanism autoimun sau autoalergic)
3. Tratamentul medicamentos Algoritmul C 2.2; C 2.3; C 2.4;		
4. Externarea însoțită de recomandări pentru tratament și supraveghere	Asigurarea continuității tratamentului început în staționar și controlul bolii	- Recomandări explicite pentru pacient (evitare expunere). - Recomandări pentru medicul de familie. - Ajustarea tratamentului pentru asigurarea controlului bolii (anexa 4, 5, 6). - Evaluarea severității (anexa 3) - Evaluarea calității vieții (anexa 7, 8, 9) - Monitorizarea tratamentului cu antihistaminice (algoritm C 2.2; C 2.3). - Consilierea pacienților referitor la evitarea expunerii la alergeni (anexa 11).

C. 1. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.1.1. Clasificarea urticariei și angioedemului

Clasificarea urticariei [1, 3, 5]:

- Clasificarea urticariei în funcție de durată:
 - acută (≤ 6 săptămâni)
 - cronică (> 6 săptămâni)
- Spontană (fără factori inductori specifici implicați)
- Inductibilă (cu factori stimulatori implicați)

Clasificarea urticariei cronice [1, 3, 5, 11, 12]:

Urticaria cronică spontană (UCS) apariția spontană de papule, angioedem sau ambele pentru mai mult de 6 săptămâni, de cauză cunoscută sau necunoscută

- Urticarie inductibilă: Dermografism simptomatic, urticaria la frig, urticaria presională tardivă, urticaria solară, urticaria la căldură, angioedemul indus de vibrații, urticaria colinergică, urticaria de contact, urticaria aquagenică.
- Urticaria autoimună
- Urticaria autoalergică

Clasificarea angioedemului [1, 4, 13]:

- Angioedem histaminic: mediat de IgE sau IgE independent
- Angioedem non-histaminic (bradikininic):
 - Angioedem indus de inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei (IECA)
 - Angioedem ereditar
 - Angioedem dobândit
- Angioedem idiopatic

C.1.2. Conduita pacientului cu urticarie

Obiective:

- excluderea diagnosticelor diferențiale,
- evaluarea activității, impactului și controlului bolii,
- identificarea factorilor declanșatori ai exacerbărilor,
- identificarea cauzelor subiacente.

Caseta 1. Istoric medical și anamnestic

- Istoric medical detaliat este esențial în urticarie cu sau fără angioedem;
- Momentul de debut al bolii;
- Forma, dimensiunea, frecvența/durata și distribuția leziunilor urticariene (urticelor);
- Angioedemul asociat sau nu;
- Încadrarea în criteriile de anafilaxie sau urticarie izolată;
- Simptomele asociate, de exemplu dureri osoase/articulare, febră, crampe abdominale;
- Istoricul familial și personal de urticarie și angioedem;
- Declanșarea de către agenți fizici (presiune, vibrație, cald, rece etc.) sau efort fizic;
- Apariția în raport cu momentul zilei, weekend-urile, ciclul menstrual, vacanțele și călătoriile în străinătate;
- Apariția în raport cu alimentele sau medicamentele (de ex.: AINS, IECA etc);
- Apariția în raport cu infecțiile, stresul;

- Alergii, infecții, boli interne/autoimune, afecțiuni gastrice/intestinale ori alte boli anterioare sau curente;
- Istoric social și ocupațional, activități recreaționale;
- Terapia anterioară și răspunsul la terapie, inclusiv doza și durata;
- Proceduri diagnostice/rezultate anterioare.

Prezentarea clinică a pacienților cu urticarie cu sau fără angioedem

Caseta 2. Examenul fizic în urticarie cu sau fără angioedem:

Manifestările clinice ale urticariei și angioedemului sunt în mare măsură determinate de:

- Apariția bruscă a leziunilor caracteristice (zone bine delimitate, eritemato-edematoase, cu localizare în dermul superficial) în număr și cu dimensiuni variabile, leziuni care pot fi localizate oriunde la nivelul corpului, caracter fugace.
- Persistența leziunilor mai puțin de 24 de ore, revenirea pielii la aspectul anterior, fiind caracteristică reapariția de leziuni noi și dispariția acestora fără urme.
- Însoțite sau nu de angioedem, cu diferite localizări (buzes, pleoape, membre, laringe, limbă, uvulă etc.).
- Examinarea tegumentelor și mucoaselor va descrie tipul, forma, localizarea erupției urtice, eventuala prezență a angioedemului, dar și simptomele asociate (urticaria poate fi parte a reacției anafilactice - se caută hipotensiunea, stridorul sau wheezingul, dificultăți de deglutiție, dureri abdominale, implicare articulară). Deoarece erupțiile urtice și angioedemul sunt tranzitorii și pot să nu fie prezente în momentul examinării fizice, este important să se analizeze documentația pacienților privind semnele și simptomele (inclusiv fotografii ale erupțiilor și/sau angioedemului).
- Examenul clinic complet (sistem cardiovascular, respirator, digestiv)

Caseta 3. Angioedemul care reprezintă o urgență:

- Angioedem al feței (inclusiv edem hemifacial) sau a buzelor;
- Angioedem al limbii și/sau uvulei;
- Angioedem al laringelui;
- Angioedem al mucoasei intestinale (durere sau disconfortul abdominal, poate fi sever și poate mima abdomenul acut).

C.1.3. Investigațiile paraclinice și diagnostic în urticarie

Teste de diagnostic recomandate în subtipurile frecvente de urticarie [1, 2, 9]

Caseta 4. Teste de diagnostic recomandate în urticaria acută:

1. Urticarie acută spontană

Urticaria acută, deoarece este autolimitată, nu necesită, de obicei, un bilanț diagnostic în afară de anamneză pentru identificarea eventualilor factori declanșatori și evitarea lor. Investigații de rutină nu sunt recomandate.

2. Urticarie acută indusă de alergen identificabil:

În urticarie acută în urma unei alergii alimentare de tip IgE mediată (hipersensibilitate imediată) la pacienții sensibilizați sau urticaria datorată existenței altor factori determinanți, cum ar fi unele

medicamente (antiinflamatoare nesteroidiene, antibiotice, substanțe de contrast iodate sau alte medicamente:

Obligatorii:

- Imunoglobuline E totale,
- Hemoleucograma,
- Proteina C reactivă,
- Imunoglobuline E specifice serice (alergene alimentare), extracte alergene, în funcție de istoricul de expuneri.
- Imunoglobuline E specifice serice (alergene alimentare), alergene moleculare, în funcție de istoricul de expuneri.
- Triptaza serică (anafilaxie – în prima oră de la declanșarea anafilaxiei, bolile mastocitare);

Recomandabil:

- Testele cutanate *prick* cu alergenul suspectat în funcție de istoricul de expunere [1, 11, 12] (la 4-6 săptămâni după episodul acut),
- Teste cutanate *prick* și intradermice cu diluțiile minime non iritante la suspiciunea pentru etiologia medicamentoasă (medic alergolog) [14-16] (la 4-6 săptămâni după episodul acut),
- Imunoglobuline E specifice la alergene medicamentoase în funcție de istoricul de expuneri,
- Test de activare/degranulare a bazofilelor (BAT) pentru alergene medicamentoase suspectate, în funcție de istoricul de expuneri.

Caseta 5. Teste de diagnostic recomandate în urticaria cronică

Obligatorii:

Investigații pentru identificarea cauzelor subiacente sau factorilor determinanți și pentru a elimina posibile diagnostice diferențiale. Bateria de teste paraclinice se va decide în funcție de anamneză și de expunerile care au precedat episodul de urticarie.

- Evitarea factorilor declanșatori suspectați (ex.: medicamente, alimente); efectuarea testelor de diagnostic pentru depistarea focarelor de infecție (ex. *Helicobacter pylori*, autoanticorpi pentru patologii autoimune suspectate),
- Hemoleucograma,
- Proteina C reactivă,
- Imunoglobuline E totale;
- Imunoglobuline E specifice (extracte alergene și alergene moleculare, după caz) la alergene alimentare, inhalatorii și de mediu sau medicamente, în funcție de istoricul de expuneri,
- Antigen *H.pilory* (masele fecale),
- Investigații (culturi) pentru infecții relevante clinic (urinar, faringian, intestinal etc.),
- Examen coproparazitologic,
- Hormonii tiroidieni și autoanticorpi (T3, T4, anti TPO, TSH), alte boli autoimune (anticorpi anti ADN etc.);
- Triptaza serică (anafilaxie – în prima oră de la declanșarea anafilaxiei, bolile mastocitare);
- Complexe imune circulante (CIC)
- Urticaria cronică inductibilă concomitentă (teste de provocare la factori fizici vezi caseta 6), conform istoricului de expunere a pacientului pentru fiecare caz.

Recomandabil:

- Test cutanat *prick* cu alergene alimentare, în funcție de istoricul de expuneri,
- Test cutanat *prick* și intradermic cu medicamente (medic alergolog), la suspiciunea pentru etiologia medicamentoasă, cu respectarea obligatorie a diluțiilor non iritante [14-16], în funcție de istoricul de expuneri,
- Test cutanat *prick* și intradermic la ser autolog (UCS),
- Biopsie cutanată lezională (în urticaria persistentă > 24h)
- Consultații multidisciplinare (ORL, dermatolog, altele la necesitate)

Caseta 6. Teste de diagnostic recomandate în subtipurile de urticarie cronică inductibilă:

- Urticarie la frig - Teste de provocare la frig (Temp-test sau testul cu cubul de gheață), Hemoleucograma și VSH sau PCR, excluderea altor boli, în special infecții,
- Urticarie tardivă la presiune - Teste de presiune,
- Urticarie la cald - Teste de provocare la cald,
- Urticaria solară – teste cu raze UV și lumină vizibilă de diferite lungimi de undă, excluderea altor dermatite induse de expunerea la lumina,
- Dermografism simptomatic - Inducerea dermografismului, Hemoleucograma, VSH sau PCR,
- Urticarie aquagenică - Teste de provocare cu apă,
- Urticarie colinergică - Teste de provocare și testarea nivelului-prag,
- Urticarie de contact - Teste de provocare.

Caseta 7. Evaluarea diagnostică în angioedemul fără urticarie [1, 2] [13]

Suspiciune de angioedem bradikininic (angioedem ereditar):

- fracțiile complementului - C3, C4,
- C1 esteraza inhibitor cantitativ,
- C1 esteraza inhibitor funcție,
- Stoparea medicației IECA.

C.1.4. Diagnosticul diferențial în urticarie

Caseta 8. Diagnosticul diferențial în urticarie [1-3, 5] - se concentrează în mare măsură pe entitățile care se caracterizează prin papule și/sau angioedem:

1. Mastocitoză cutanată maculopapulară (urticaria pigmentosa)
2. Vasculită urticariană
3. Angioedem mediat de bradikinină (ex.: AEE)
4. Anafilaxia indusă de efortul fizic
5. Sindroamele periodice asociate criopirinei (CAPS; rash urticarian, atacuri recurente febrile, artralgia sau artrite, inflamație la nivel ocular, fatigabilitate și cefalee), precum sindromul autoinflamator familial la frig, sindromul Muckle-Wells sau patologia inflamatorie multisistemică cu debut neonatal (NOMID).
6. Sindromul Schnitzler (rash urticarian recurent și gamapatie monoclonală, atacuri recurente febrile, dureri osoase și musculare, artralgie sau artrită și limfadenopatie)
7. Sindromul Gleich (angioedem episodic cu eozinofilie)
8. Sindromul Well (dermatită granulomatoasă cu eozinofilie/celulită eozinofilică)
9. Pemfigoid bulos (stadiul prebulos)

Criterii de diagnostic pentru anafilaxie [17-19]

Caseta 9. Criterii de diagnostic pentru anafilaxie

Anafilaxia este foarte probabilă atunci când este îndeplinit unul dintre următoarele 3 grupe de criterii:

- 1. Pacienții care NU SE CUNOSC cu alergii sau cu expuneri la alergeni**

Debutul acut al unei manifestări (minute până la câteva ore) cu implicarea pielii, mucoaselor sau ambelor (urticarie, prurit, hiperemie generalizată, angioedem buze/limbă/uvulă) și minim unul dintre următoarele:

- A. Manifestări respiratorii (dispnee, bronhospasm, stridor, hipoxemie);
- B. Scăderea TA sau simptome asociate disfuncției organului țintă (de exemplu, hipotonie, colaps, sincopă, incontinență).

2. Expunere la alergen PROBABIL sau CUNOSCUT

Două sau mai multe dintre următoarele care apar rapid (minute până la câteva ore) după expunerea la un alergen PROBABIL pentru acel pacient:

- A. Implicarea mucoaselor și pielii (erupții urticariene, prurit, hiperemie, edem buze/limbă/uvulă);
- B. Manifestări respiratorii (dispnee, bronhospasm, stridor, hipoxemie);
- C. Scăderea TA sau simptome asociate (hipotonie, colaps, sincopă, incontinență);
- D. Simptome gastrointestinale severe persistente (crampe abdominale dureroase, vărsături).

3. Expunere la alergen CUNOSCUT

Scăderea TA după expunerea la un alergen cunoscut pentru pacient (minute până la câteva ore):

- A. Manifestări respiratorii la expunerea la un alergen ne-inhalat
- B. Scăderea TA sistolice $< 90 \text{ mmHg}$ sau scăderea mai mult de 30% față de valoarea inițială.

C.1.5. Diagnostic diferențial între diferite tipuri de angioedem [3, 5, 20]

Urticaria sau angioedemul apar, de asemenea, la pacienții cu alte boli decât UCS. La pacienții care dezvoltă exclusiv urticarie (dar nu angioedem), trebuie excluse vasculita urticariană și tulburările autoinflamatorii precum sindromul Schnitzler sau sindroamele periodice asociate criopirinei (CAPS). Dimpotrivă, la pacienții care prezintă exclusiv angioedem recurent (dar nu și urticarie), angioedemul mediat de bradikinină, precum angioedemul indus de inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei (IECA) și AEE trebuie luate în considerare ca diagnostice diferențiale. Evaluarea pacienților pentru diagnosticele diferențiale de UCS este ghidată de istoricul minuțios și susținută de testele de bază, de exemplu, CRP și/sau VSH, hemoleucograma. Testele suplimentare trebuie efectuate numai dacă sunt indicate de rezultatele istoricului, examenului fizic și testelor de bază.

Angioedemul ereditar

Majoritatea cazurilor de AEE provin din mutații ale genei care codifică inhibitorul C1 esterazei (C1-INH), rezultând fie concentrații plasmatice scăzute de C1-INH (HAE de tip I), fie concentrații normale de C1-INH, dar afectat funcțional (HAE de tip II). AEE afectează aproximativ 1:50.000 de persoane din populația generală. Mecanismul unui al treilea tip de AEE cu concentrații și funcții normale de C1-INH nu este încă pe deplin înțeles. Atacurile de angioedem la pacienții cu AEE cu C1-INH normal sunt similare cu cele de la pacienții cu AEE de tip I și II [5, 20].

Angioedemul dobândit

Angioedemul mediat de bradikinină se poate dezvolta și mai târziu în viață și este cunoscut sub numele de angioedem dobândit. Această afecțiune este foarte rară, cu o prevalență aproximativă de 1:100.000 până la 1:500.000 în populația generală. Simptomele AE dobândit sunt identice cu cele pentru AEE; caracteristica distinctivă a angioedemului dobândit este că aproape toate cazurile sunt diagnosticate în timpul sau după a patra decadă a vieții și sunt adesea asociate cu o tulburare limfoproliferativă subiacentă și/sau anticorpi îndreptați împotriva C1-INH [3, 5, 20].

Angioedemul indus de IECA

O altă cauză de angioedem mediat de bradikinină este asociată cu tratamentul cu IECA. Enzima de conversie a angiotensinei este una dintre cele două enzime care degradează bradikinină; IECA poate determina acumularea de bradikinină care duce la angioedem (angioedem indus de IECA). Simptomele angioedemului indus de IECA sunt de obicei localizate la nivelul feței sau al tractului respirator sau digestiv superior; principala caracteristică este edemul sau eritemul (fără prurit) care durează 24-72 h, care se remite spontan. Rar afectare abdominală. Angioedemul indus de IECA a fost

raportat ca efect secundar care afectează 0,1-1,6% dintre pacienții tratați cu IECA. Deoarece prevalența afecțiunilor cardiovasculare crește odată cu vârsta, angioedemul indus de IECA este probabil să se prezinte mai frecvent la pacienții cu vârsta >40 de ani [3, 5, 20].

Angioedem asociat cu alte medicamente

Mai rar, un risc crescut de AE nonhistaminergic a fost asociat cu alte clase de medicamente, inclusiv antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), antibiotice și blocante ale receptorilor angiotensinei. Se estimează că angioedemul legat de AINS apare la 0,1-0,3% din persoanele expuse la AINS. Pacienții cu boli subiacente, cum ar fi astmul și urticaria cronică, prezintă un risc mult mai mare, iar până la 35% dintre pacienți vor avea o reacție la expunerea la AINS. Există mai multe mecanisme de acțiune pentru AE indus de AINS, inclusiv inhibarea COX-1, care indirect duce la producerea mediatorilor inflamatori cisteinil -leukotrienele, dar și hipersensibilitatea mediată de IgE. Angioedemul indus de AINS poate fi gestionat prin oprirea administrării de AINS și tratarea angioedemului într-un mod similar angioedemului histaminic [14, 20].

Tabel 1. Diagnostic diferențial între diferite tipuri de angioedem [3, 5, 20]

	AE alergic	AE idiopatic	AEE	AE indus de IECA
Patogenie	Degranulare mastocitară mediată de IgE	Degranulare mastocitară independentă de IgE	Deficiența de C1 esterază inhibitor. Creșterea concentrației locale de bradikinină	Inhibiția metabolizării bradikininei
Mediatorii responsabili	Histamina	Histamina	Bradikнина	Bradikнина
Prevalență	Frecvent	Frecvent	Imunodeficiență primară, autosomal dominantă. Rară.	0,1-0,2% dintre pacienții tratați cu IECA
Manifestări clinice	De obicei asociat cu urticarie. Istoric de alte afecțiuni alergice. Este asociat cu expunerea la alergenii cauzali.	De obicei asociat cu urticarie. Poate fi indus de stimuli fizici (căldura, presiunea sau efortul). Frecvent dermografism. Uneori asociat cu infecții sau patologii tiroidiene.	Nu este asociat cu urticarie sau alte afecțiuni alergice. Nu induce anafilaxie. Poate cauza obstrucții ale căilor respiratorii cu potențial vital. Poate induce dureri abdominale severe.	Nu este asociat cu urticarie. Nu induce anafilaxie. De obicei implică capul și gâtul și poate cauza obstrucții ale căilor respiratorii cu potențial vital. Poate să apară peste ani de tratament cu IECA.
Investigații paraclinice	IgE specifice sau teste cutanate prick.	IgE specifice sau teste cutanate prick sunt frecvent negative. Excludere infecții, boli autoimune sau hipotiroidism.	C1 esterază inhibitor (cantitate și funcție) C4 scade în atacurile acute.	Nu există investigații specifice.

Tratament	Evitare expunere la alergeni. Antihistaminice.	Antihistaminice pentru tratament și profilaxie.	Concentrat de C1 esterază inhibitor în atacurile acute. Androgeni atenuați. Nu răspunde la antihistaminice.	Stopare medicație IECA. Evitare IECA toate grupele. Nu răspunde la antihistaminice.
-----------	---	---	---	---

C.1.6. Evaluarea activității, a impactului și a controlului urticariei.

Scorul de activitate al urticariei (UAS7) - reprezintă standardul de aur actual în evaluarea activității bolii la pacienții cu urticarie cronică spontană. Pacienții trebuie evaluați în ceea ce privește activitatea, impactul și controlul bolii la prima și la fiecare vizită de monitorizare. În acest scop, trebuie utilizate măsuri validate ale rezultatelor raportate de pacienți, cum ar fi scorul activității urticariei (UAS și scorul săptămânal al activității urticariei, adică UAS7, calculat din acesta), scorul activității angioedemului (AAS), chestionarul privind calitatea vieții în cazul urticariei cronice (CU-Q2oL), chestionarul privind calitatea vieții în cazul angioedemului (AE-QoL), testul de control al urticariei (UCT) și testul de control al angioedemului (AECT) (Anexele 3-9) [1, 2].

C.1.7. Tratamentul și monitorizarea pacienților cu urticarie cu sau fără angioedem [1, 2, 10, 21, 22]

Scopul tratamentului este de a trata afecțiunea până la dispariția acesteia și cât mai eficient și sigur posibil, cu scopul de a obține un scor UAS7 = 0 puncte continuu, un control complet și o normalizare a calității vieții.

Tratamentul trebuie să respecte principiile de bază de a trata atât cât este necesar și atât de puțin cât este posibil, luând în considerare faptul că activitatea bolii poate varia. Acest lucru poate presupune creșterea sau scăderea treptei de tratament în funcție de evoluția afecțiunii.

Acest lucru implică creșterea sau scăderea treptată a treptelor de tratament în funcție de evoluția bolii, urmând principiul „evaluează, ajustează, acționează și reevaluează” (C 2.8.) [1].

Pacienții au nevoie de o bună consiliere în ceea ce privește tratamentul continuu și frecvent de lungă durată, utilizarea chestionarelor care pot măsura rezultatele raportate de pacienți, în special UCS.

Caseta 10. Abordarea terapeutică pentru pacientul cu urticarie:

- Identificarea și înlăturarea cauzelor subiacente;
- Identificarea condițiilor relevante care modifică activitatea bolii și a factorilor care exacerbează urticaria (medicamentele, alimentele, aditivi alimentari, stresul, infecțiile);
- Evitarea factorilor declanșatori (alimente la care pacientul este sensibilizat, medicamente cu un potențial mare de degranulare mastocitară). Medicamentele pot declanșa exacerbarea UCS (AINS sunt cele mai frecvente medicamente, mai rar paracetamolul și/sau inhibitorii COX-2);
- Anamnestice complete și detaliate referitoare la toate expunerile alimentare și substanțele medicamentoase la care pacientul a fost expus recent;
- Anamnestice complete și detaliate referitoare la comorbidități și patologii asociate (infecții, boli autoimune, patologii cronice);
- Recomandări de evitare a medicamentelor suspectate sau opțiuni alternative de medicamente;
- Alimentele pot declanșa exacerbarea urticariei, iar medicii ar trebui să întrebe pacienții despre expunerile la alergene alimentare relevante clinic. Pe baza răspunsului acestora,

dietele cu conținut scăzut de pseudoalergeni și histamine pot fi luate în considerare ca măsură suplimentară de diagnostic individual. Dietele diagnostice individualizate ar trebui menținute doar pentru o perioadă limitată de timp, pentru a evita efectele secundare și riscurile de siguranță; de obicei, se recomandă 3-4 săptămâni;

- Stresul poate exacerba UCS până la o treime dintre pacienți. Medicii ar trebui să întrebe pacienții despre impactul stresului asupra bolii lor și să îi facă conștienți de faptul că reducerea stresului poate fi utilă;
- Inducerea toleranței și/sau utilizarea de tratament farmacologic pentru a preveni eliberarea mediatorilor mastocitari și/sau efectele mediatorilor descărcați din mastocite.

Identificarea și eliminarea cauzelor subiacente și evitarea factorilor declanșatori

Caseta 11. Identificarea și eliminarea cauzelor subiacente și evitarea factorilor declanșatori în urticarie [1, 2, 10, 21, 22]

- Deși este de dorit, eliminarea cauzelor subiacente nu este posibilă la majoritatea pacienților cu urticarie. Cauzele care stau la baza urticariei cronice inductibile (UCInd) sunt necunoscute, cauzele care stau la baza urticariei acute spontane rămân necunoscute la majoritatea pacienților, iar cele mai frecvente cauze care stau la baza UCS, autoimunitatea de tip I și de tip IIb, nu pot fi eliminate;
- Reducerea autoanticorpilor prin plasmafereză s-a dovedit a fi benefică temporar la unii pacienți cu manifestări severe de UCS. Din cauza dovezilor limitate și a costurilor ridicate, această terapie este sugerată pentru pacienții cu UCS cu autoanticorpi (confirmat serologic sau/și test cutanat pozitiv la ser autolog) care nu răspund la toate celelalte trepte de tratament [1, 2, 23];
- Evitarea factorilor declanșatori, atunci când este posibil (medicamente, alergene alimentare, venin de insect, alergene de mediu sau alergene animale);
- În UCInd evitarea, dacă este posibil, a factorilor declanșatori specifici (de exemplu, frigul în urticaria rece, poate reduce activitatea bolii);
- La pacienții cu UCInd și la pacienții cu UCS, poate duce la deteriorarea semnificativă a calității vieții, de exemplu la pacienții cu urticarie colinergică care se abțin de la exercițiile fizice sau la pacienții cu urticarie solară care evită să stea afară;
- Evitarea medicamentelor - atunci când medicamentele sunt suspectate ca și factori declanșatori în cursul diagnosticului, ar trebui să fie omise complet sau înlocuite cu o altă clasă de agenți terapeutici, dacă tratamentul este în continuare indispensabil. Medicamentele care provoacă reacții de hipersensibilitate non-alergică (prototipurile fiind AINS COX-1) nu numai că pot provoca, dar pot și agrava UCS preexistentă, astfel încât excluderea lor poate ameliora simptomele la unii pacienți [1, 2, 10, 21, 22];
- Stresul - deși mecanismele exacerbării induse de stres nu sunt bine investigate, unele dovezi indică faptul că activitatea bolii la pacienții cu UCS poate fi legată de stres [24].

Caseta 12. Recomandări de evitarea factorii declanșatori al UCInd [1, 2, 10, 21, 22]

- La mulți pacienți cu UCInd, pragul pentru declanșatorul fizic relevant este scăzut și evitarea totală a simptomelor este practic imposibilă;
- Evitarea declanșatorilor specifici pentru UCInd poate contribui la reducerea apariției erupțiilor de urticarie (urtice) și a angioedemului, dar de obicei, nu este suficientă pentru a controla boala și poate reprezenta o povară considerabilă;

- Pacienții cu urticarie întârziată la presiune trebuie informați că măsurile simple, cum ar fi lărgirea mânerului genților grele, evitarea hainelor sau încălțămintei strânse poate fi utilă în prevenirea simptomelor;
- Pentru urticaria la rece, trebuie amintit impactul temperaturilor scăzute asupra exacerbarii urticariei (evitare expunere la aer și apă rece sau obiecte reci, dacă este posibil);
- În cazul urticariei solare, se recomandă utilizarea adecvată și corectă a cremelor de protecție solară sau alegerea becurilor cu filtru UV-A.

Caseta 13. Infecții și procese inflamatorii în declanșarea urticariei [1, 2, 10, 21, 22]

- UCS a fost raportat ca fiind asociat cu o varietate de boli inflamatorii sau infecțioase;
- Infecțiile care pot contribui la activitatea bolii (cel mai frecvent UCS) includ cele ale tractului gastrointestinal, cum ar fi infecția cu *H. pylori* (*H. pylori* ar trebui eradicat deoarece se sugerează o asociere a acestei infecții cu cancerul gastric) și infecțiile bacteriene ale nazofaringelui). Se menționează că eradicarea cu succes a *H. pylori* are un impact asupra UCS numai dacă și inflamația, gastrita și esofagita, este vindecată;
- Paraziții intestinali, o posibilă cauză rară de UCS, ar trebui eliminați dacă este indicat [22, 25] [26];
- Procesele inflamatorii cronice asociate diverselor patologii au fost identificate ca putând declanșa UCS (inclusiv secundare infecțiilor). Acest lucru este valabil în special pentru gastrită, esofagită de reflux sau inflamații ale canalelor biliare sau a vezicii biliare. La fel ca în cazul infecțiilor, nu este ușor de stabilit dacă inflamațiile cronice subiacente sunt o cauză relevantă a UCS, dar ar trebui tratate, deoarece multe dintre acestea pot fi asociate și cu dezvoltarea de tumori maligne [1, 2, 22].

Caseta 14. Urticaria și alergia alimentară

- Alergia alimentară IgE mediată este rară la pacienții adulți cu UCS, evicțiile alimentare sunt rar recomandate;
- Alergia alimentară IgE mediată mai frecvent este cauză pentru urticaria acută, unde este evidentă expunerea care precede apariția erupțiilor urticariene (urtice) sau a angioedemului;
- Evicțiile alimentare trebuie justificate prin identificarea legăturii clare între expunere și apariția manifestărilor clinice, frecvent repetitive. Alergenii alimentari suspectați justificat, trebuie evitați pe cât posibil, ceea ce duce la o remisie în mai puțin de 24 de ore [1, 3, 5, 10];
- La unii pacienți cu UCS, au fost observate reacții pseudoalergice (reacții de hipersensibilitate independente de IgE) la ingrediente alimentare naturale sau la aditivi alimentari [3, 5, 22, 27-29];
- O dietă fără pseudoalergeni, care conține doar niveluri scăzute de pseudoalergeni alimentari naturali și artificiali, și, de asemenea, o dietă cu conținut scăzut de histamină poate îmbunătăți simptomele la unii pacienți. Aceste diete sunt controversate și nu au fost dovedite în studii bine concepute, dublu-orb, controlate cu placebo. Atunci când sunt utilizate, ele trebuie de obicei menținute timp de cel puțin 2-3 săptămâni înainte de a se observa efecte benefice. Acest tip de tratament necesită pacienți cooperanți, iar ratele de succes pot varia considerabil din cauza diferențelor regionale în ceea ce privește obiceiurile alimentare și dietetice [1, 2, 10, 22, 29, 30].

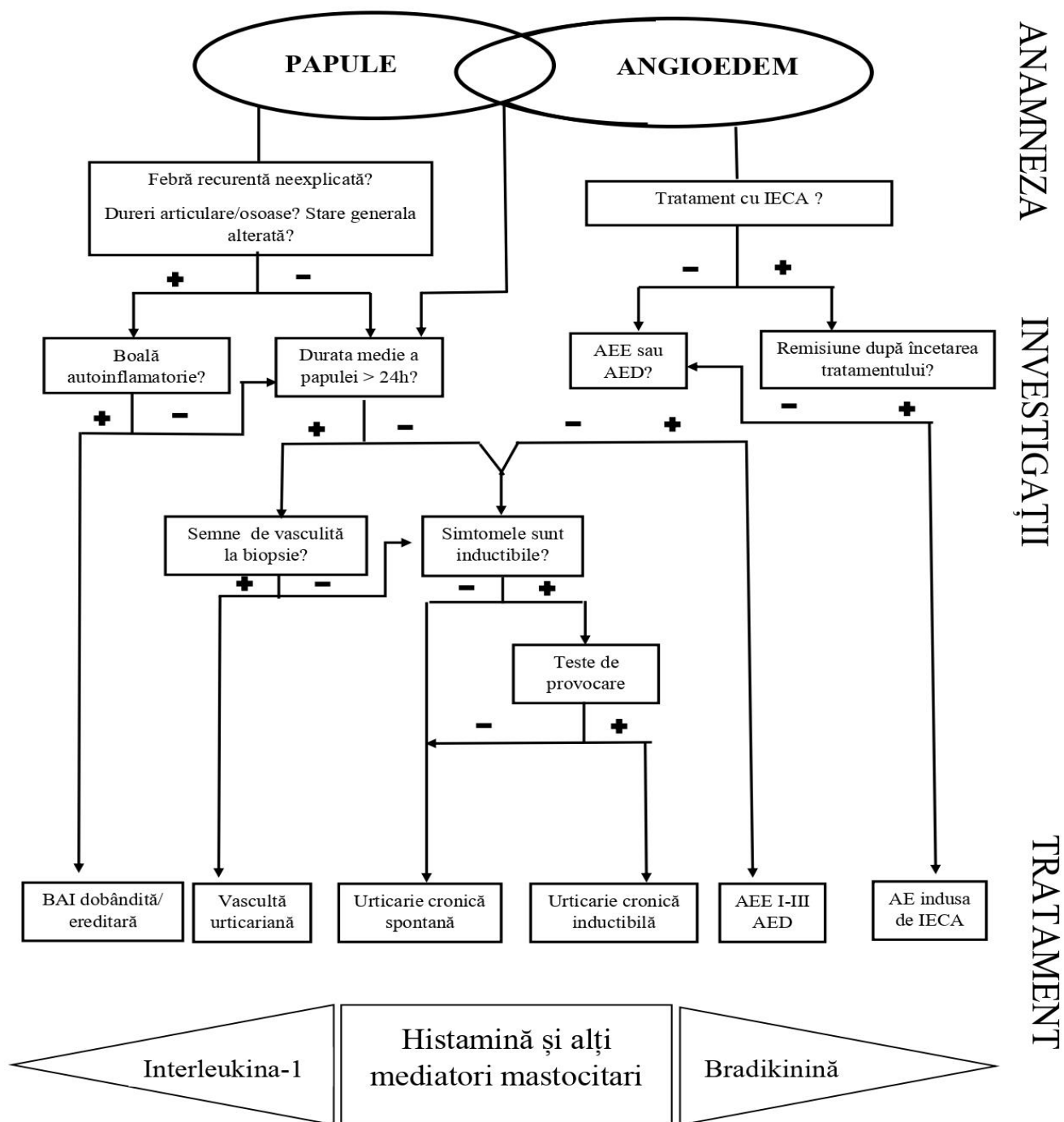
Tratamentul farmacologic în urticarie cu sau fără angioedem

Caseta 15. Obiectivele și scopurile terapiilor farmacologice la pacienții cu urticarie

- Obiectivul general al tuturor acestor tratamente simptomatice este de a ajuta pacienții să nu prezinte semne și simptome până când urticaria va intra în remisie spontană;
- Tratamentul farmacologic ar trebui să fie continuu, până când nu mai este necesar;
- Opțiunile actuale de tratament recomandate pentru urticarie vizează mediatorii mastocitelor, cum ar fi histamina, sau activatorii, cum ar fi autoanticorpii;
- Antihistaminicele H1 de generația a doua, ne-sedative, trebuie administrate zilnic, în funcție de nivelul de control al bolii, pentru a preveni apariția erupțiilor de urticarie și a angioedemului și a controla severitatea patologiei. Pacienți cu UCInd pot administra un tratament antihistaminic profilactic pe termen scurt înainte de expunerea la un factor fizic declanșator relevant [1, 31, 32].

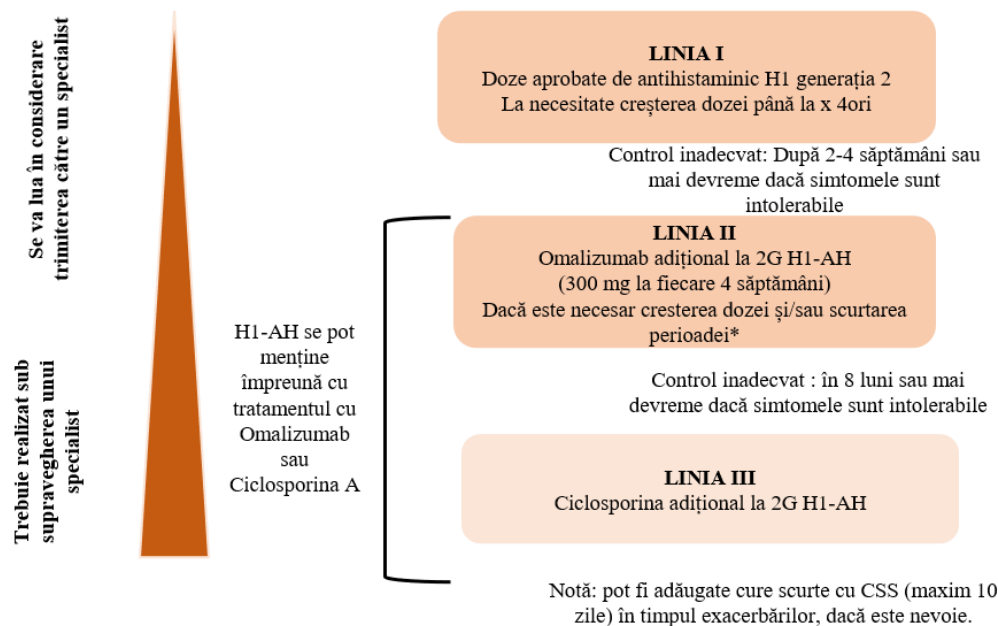
C. 2. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C 2.1. Algoritm de diagnostic în urticarie cu sau fără angioedem

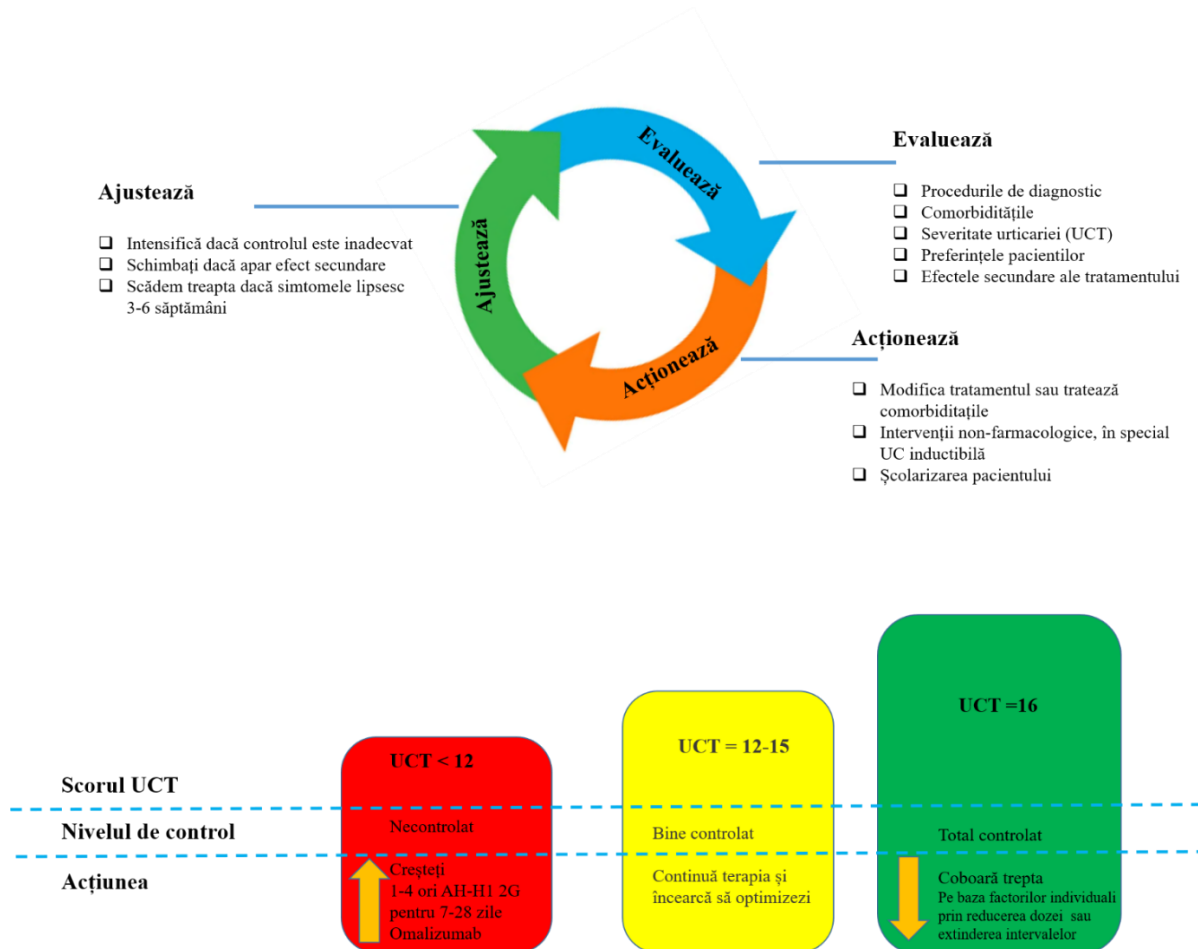


C 2.2. Algoritm de tratament în urticarie

[1, 11, 12]



C 2.3. Managementul decizional și ajustări de tratament în urticaria cronică



C 2.4 Recomandări în selectarea tipurilor de medicamente pentru decizia schemelor individualizate de tratament

[1, 2, 10, 22]:

Grupele principale de medicamente utilizate în tratamentul urticariei:

- Terapie de primă linie pentru controlul simptomelor utilizarea antihistaminicelor H1 de generația a doua (H1-AH non-sedative) în doze de până la patru ori, dacă este nevoie.
- Terapie linia II – Omalizumabum*, după 2-4 săptămâni, dacă simptomele nu sunt ameliorate, sau chiar mai devreme, dacă acestea sunt intolerabile și foarte severe;
- A treia linie de tratament - Cyclosporinum A.

H1-antihistaminicele non-sedative

Datele de siguranță disponibile până în prezent au demonstrat importanța tratamentului continuu cu H1-antihistaminice non-sedative în această afecțiune. Utilizarea lor este susținută de mecanismul de acțiune, prin proprietatea antagonistă cu afinitate preferențială pentru forma inactivă a receptorului H1 al histaminei, cu stabilizarea în această conformație și deplasarea echilibrului spre forma inactivă. Cu toate acestea, simptomele pot fi relativ refractare la antihistaminice, deoarece în patogeneza bolii sunt implicați și alți mediatori (factorul de activare plachetară, leucotriene, citokine etc.), și se poate observa un infiltrat celular important, cu bazofile, limfocite și eozinofile; acestea pot răspunde complet la o cură scurtă cu corticosteroizi [1, 2, 9, 10, 22].

Datorită profilului bun de siguranță, antihistaminicele H1 de generația a doua reprezintă prima linie de tratament în urticaria cronică spontană, cu posibilitatea de a crește doza administrată de până la patru ori doza standard [1, 2]. De asemenea, se cunoaște faptul că apariția angioedemului, anticorpii antitirodieni și un răspuns pozitiv la testul cutanat cu ser autolog se asociază în mod semnificativ cu o lipsă de răspuns la antihistaminice [33]. H1-antihistaminicele moderne non-sedative (bilastinum, cetirizinum, desloratadinum, fexofenadinum*, levocetirizinum, loratadinum, rupatadinum) sunt minim sau non-sedative și nu au efecte anticolinergice.

În practica generală, H1-antihistaminicele de generația 2 în doze recomandate de până la x 4 doza standard vor controla simptomele la o mare parte dintre pacienții. Sunt necesare tratamente alternative pentru pacienții refractari. Studiile susțin utilizarea unei doze standard de până la 4 ori (x4) de Bilastinum, Cetirizinum, Desloratadinum, Fexofenadinum*, Levocetirizinum și Rupatadinum. Înaintea trecerii la tratamentul de alternativă se recomandă așteptarea a 2-4 săptămâni pentru a verifica eficiența tratamentului [1, 2, 11, 12].

Pe baza dovezilor privind efectele secundare potențial severe ale H1-antihistaminicelor din generația 1 (au fost raportate supradoze letale), ghidurile actuale EAACI și WAO nu recomandă să se utilizeze ca medicamente de primă linie pentru tratamentul de rutină al UC [1, 2, 10-12].

Unii pacienți cu urticarie, care prezintă un răspuns insuficient la o doză standard de H1-antihistaminice din generația 2, pot administra o doză mai mare (până la x 4 ori), care este preferată în locul combinației diferitelor H1-antihistaminice din generația 2, deoarece proprietățile lor farmacologice sunt diferite [1, 2, 11, 12].

Este recomandată creșterea de maxim până la 4 ori a dozei la acești pacienți (algoritm C 2.7). Pacienții trebuie să fie informați cu privire la faptul că creșterea dozei de H1-antihistaminice de generația 2 de până la x 4 nu este indicată pe etichetă și nu se recomandă o doză mai mare de patru ori, deoarece nu a fost testată. Creșterea dozelor până la 4 ori a fost sugerată în ghidurile pentru urticarie începând cu anul 2000 și până în prezent nu au fost raportate evenimente adverse grave și

nici nu a fost raportat vreodată un efect secundar în literatura de specialitate atribuit administrării pe termen lung și acumulării potențiale [1, 2, 11, 12].

Posibilități terapeutice suplimentare pentru pacienții refractari la H1-antihistaminice:

Deoarece mastocitele reprezintă celulele efectoare implicate în patogeneza urticariei, țințirea activității lor este o abordare de tratament promițătoare, iar ghidurile recente recomandă ca tratamente de linia a doua și a treia Omalizumabum* (anticorpi monoclonali anti-IgE) și Cyclosporinum A. Omalizumabum* inhibă activarea mastocitară cu acțiune indirectă pe FcεRI, iar Cyclosporinum interferează cu transducția și semnalele de activare mastocitară. Omalizumabum* (anti-IgE) s-a dovedit a fi foarte sigur și eficient în tratamentul UCS și urticaria cronică inductibilă [1-3, 5, 9, 10, 21, 22, 34].

Omalizumabum* - (anticorpi monoclonali anti-IgE)

Omalizumabum* este un anticorp monoclonal IgG1 umanizat recombinant, care se leagă de epitopii specifici din regiunea C3 (regiunea care se leagă la FcεRI) a moleculei de IgE, inhibând astfel legarea IgE la FcεRI. Reduce rapid nivelurile de IgE libere cu peste 90%, rezultând o scădere ulterioară a FcεRI la nivelul bazofilelor din sânge și a mastocitelor din piele.

Omalizumabum* este medicația biologică cu anticorpi monoclonali aprobată în prezent pentru tratamentul pacienților cu urticarie cronică spontană moderată până la severă și refractară la alte linii de tratament. Agenția Europeană pentru Medicamente (EMA) recomandă Omalizumabum* ca terapie add-on la adulții și adolescenții ≥ 12 ani, cu doză autorizată de 300 mg, prin injecție subcutanată la fiecare 4 săptămâni, pe o perioadă de cel puțin 6 luni, la pacienții cu răspuns inadecvat la tratamentul cu antihistaminice H1 de generația 2 în dozele maxime (x 4). Dozarea este independentă de nivelul de IgE seric total [1, 2, 9, 21].

Omalizumabum* a fost, de asemenea, raportat ca fiind eficient în UCInd, inclusiv urticaria colinergică, urticaria la rece, urticaria solară, urticaria la cald, dermografismul simptomatic și urticaria indusă de presiune. În UCS, Omalizumabum* previne apariția urticariei și a angioedemului, îmbunătățește semnificativ calitatea vieții, este adecvat pentru tratamentul pe termen lung și tratează eficient recidivele după întrerupere [1, 2, 11, 12, 22].

Pacienții cu urticarie care nu prezintă beneficii suficiente în urma tratamentului cu Omalizumabum* la doza autorizată de 300 mg la fiecare 4 săptămâni pot fi tratați cu Omalizumabum* la doze mai mari, intervale mai scurte sau ambele. Studiile susțin utilizarea tratamentului cu Omalizumabum* la doze de până la 600 mg și intervale de 2 săptămâni, la pacienții cu răspuns insuficient la Omalizumabum* în doză standard. Pacienții trebuie să fie informați că tratamentul cu Omalizumabum* în doză crescută este off-label [1, 2, 11, 12, 22].

Cyclosporinum

Cyclosporinum are un efect direct, moderat, asupra eliberării mediatorilor mastocitari. Eficacitatea Cyclosporinum în asociere cu un antihistaminic H1 de generația 2 a fost demonstrată în unele studii, dar acest medicament nu poate fi recomandat ca tratament standard, din cauza incidenței mari a efectelor adverse, și poate fi utilizat în siguranță până la 2 ani. Ghidurile actuale poziționează Cyclosporinum drept terapie de ultimă linie în cazul pacienților cu forme severe și refractare la tratamentul combinat, antihistaminic indiferent de doză și Omalizumabum* [1, 2, 11, 12, 22].

Cyclosporinum se administrează *off-label* în urticarie și este recomandată numai pacienților cu boală severă refractară la orice doză de antihistaminic și Omalizumabum* administrat în combinație. Cu toate acestea, Cyclosporinum A are un raport risc/beneficiu mult mai bun comparativ cu utilizarea

pe termen lung a steroizilor. Este absolut contraindicată în timpul sarcinii și la pacienții cu hipertensiune arterială necontrolată sau cu funcție renală scăzută [1, 2, 9].

Doza recomandată de Cyclosporinum este de 3,5-5 mg/kgc/zi pentru pacienții refractari la Omalizumabum*. Când această terapie devine necesară, este nevoie de efectuarea unor teste de rutină, cum ar fi hemoleucograma, teste de biochimie, teste funcționale renale și hepatice [1, 35].

Glucocorticosteroizi sistemici

Pentru urticaria acută și exacerbările acute ale UCS, un tratament scurt cu GCO, un tratament de maximum până la 10 zile, poate fi util pentru a reduce durata și activitatea bolii. Doza inițială recomandată de Prednisolonum (sau un echivalent) este de 0,5 mg/kg/zi [1, 2].

Alte tratamente simptomatice - nivelul dovezilor privind eficacitatea **antagoniștilor receptorilor leucotrienici** în urticarie este scăzut, dar cel mai bun este pentru Montelukastum [1, 2].

Având în vedere că severitatea urticariei poate să varieze în timp și remisia spontană poate apărea în orice moment pe parcursul tratamentului, se recomandă reevaluarea necesității unui tratament continuu sau a unei medicații alternative la fiecare 3-6 luni [1, 2].

Tratamentul grupelor speciale de populație. Sarcină și alăptare

În general, utilizarea oricărui tratament sistemic trebuie evitat la femeile însărcinate, în special în primul trimestru de sarcină. Pe de altă parte, femeile însărcinate au dreptul la cea mai bună conduită terapeutică posibilă.

Deși siguranța tratamentului nu a fost studiată în mod sistematic la femeile însărcinate cu urticarie, trebuie subliniat faptul că posibilele efecte negative datorate nivelului crescut de histamină care apare în urticarie nu au fost studiate în sarcină. Sugestia ghidurilor EAACI și WAO pentru utilizarea H1-antihistaminicelor de generația 2 este de a prefera Loratadinum cu posibilă extrapolare la Desloratadinum și Cetirizinum, cu o posibilă extrapolare la Levocetirizinum. Toate H1-antihistaminicele sunt excretate în laptele matern în concentrații scăzute, se recomandă utilizarea H1-antihistaminicelor de a 2 generație [1, 2, 9-12, 21].

Doze crescute de H1-antihistaminice de generația 2 pot fi sugerate doar cu atenție în sarcină, deoarece nu au fost efectuate studii de siguranță, amintind că Loratadinum este metabolizată hepatic, ceea ce nu este cazul metabolitului său, Desloratadinum. Trebuie evitate antihistaminicele H1 de generația 1 [36].

Tratamentul cu Omalizumabum* în sarcină s-a dovedit a fi sigur și până în prezent nu există nici-o dovadă de teratogenitate [37].

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Secția consultativă IMSP SCR „T. Moșneaga,,	Personal: medic alergolog, medic alergologie și imunologie clinică medic internist/medicină internă; medic de laborator; asistente medicale. Aparataj, utilaj: • stetoscop • tensiometru • PEF-metru • puls-oximetru • trusă pentru testare cutanată <i>prick</i>, alergene alimentare, polen, mușegai, alergene animale, acarieni (medic alergolog) • trusă pentru testare epicutanată <i>patch</i> (alergene de contact seria standard Europeană) (medic alergolog) • spirometru • laborator clinic și biochimic • laborator microbiologic • laborator imunologic Medicamente: • Epinephrinum • H1-antihistaminice de generația 2 (Cetirizinum, Loratadinum, Desloratadinum, Bilastinum, Rupatadinum) • Glucocorticosteroizi sistemici (Prednisolonum, Dexamethasonum, Methylprednisolonum, Hydrocortisonum) • Bronhodilatatoare β_2 –agoniști (adrenomimetice) cu acțiune rapidă (Salbutamol, Fenoterol) Medicamente pentru tratamentul etiologic(antibiotice betalactamice (Amoxicillinum/Acidum clavulanicum),macrolide(Azithromycinum, Clarithromycinum), fluorochinolone (Levofloxacinum) - în contextul etiologiei infecțioase
D.2. Prestatori de servicii de asistență medicală urgentă - UPU IMSP SCR „T. Moșneaga,,	Personal: Medic urgentist Medic internist/medic medicina internă Asistenți medicali/felceri de urgență Aparate, utilaj: • Electrocardiograf • Pulsoximetru • Aparat pentru oxigenoterapie • Glucometru • Tensiometru

	Medicamente: • Epinephrinum • H1-antihistaminice (Clemastinum, Chloropyraminum) • Glucocorticosteroizi sistemici - Prednisolonum, Hydrocortisonum, Dexamethasonum, Methylprednisolonum. • Bronhodilatatoare - β_2 –agoniști (sau adrenomimetice) cu acțiune rapidă (Salbutamolum, Fenoterolum).
D.3. Secția terapie generală cu alergologie IMSP SCR „T. Moșneaga” (la necesitate poate fi utilizat și în alte secții)	Personal: medic alergolog, medic terapeut/medicina internă, medic alergologie și imunologie clinică asistente medicale acces la consultații multidisciplinare (ORL, dermatolog) Aparataj, utilaj: • stetoscop • tensiometru • PEF-metru • puls-oximetru • trusă pentru testare cutanată <i>prick</i>, alergene alimentare, polen, mușcări, alergene animale, acarieni (medic alergolog) • trusă pentru testare epicutanată <i>patch</i> (alergene de contact seria standard Europeană) (medic alergolog) • spirograf • laborator imunologic • laborator clinic și biochimic • laborator microbiologic Medicamente: • Epinephrinum • Antihistaminice H1 de generația 2 (Cetirizinum, Loratadinum, Desloratadinum, Bilastinum, Rupatadinum, Levocetirizinum) • GCS sistemici (Hydrocortisonum, Prednisolonum, Dexamethasonum, Methylprednisolonum) • β_2 -agoniști (adrenomimetice) cu acțiune rapidă (Salbutamolum, Fenoterolum) • Oxigen • Anticorp monoclonal anti-IgE – Omalizumabum* • Cyclosporinum • Medicamente pentru tratamentul etiologic (antibiotice betalactamice (Amoxicillinum/Acidum clavulanicum), macrolide (Azithromycinum, Clarithromycinum), fluorochinolone (Levofloxacinum) - în contextul etiologiei infecțioase.

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Obiectiv	Indicator	Metodă de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori proporția pacienților cu urticarie cu diagnosticul de urticarie stabilit	1.1. Proporția pacienților cu urticarie din lista medicului de familie, cărora li s-a recomandat consult alergologic	Numărul de pacienți cu urticarie din lista medicului de familie, cărora li s-a recomandat consult alergologic 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 urticarie pe parcursul ultimului an
2.	A spori calitatea examinării clinice și paraclinice a pacienților cu urticarie	2.1. Proporția de pacienți diagnosticați cu urticarie și supuși examenului standard pe parcursul ultimelor 6 luni, conform recomandărilor PCN	Numărul de pacienți cu diagnosticul de urticarie confirmat, aflați sub supraveghere și supuși examenului standard pe parcursul ultimelor 6 luni, conform recomandărilor PCN x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de urticarie confirmat, care se află sub supravegherea medicului de familie pe parcursul ultimelor 6 luni
3.	A spori numărul de pacienți la care urticaria este controlată pe tratament în condițiile de ambulatoriu	3.1. Proporția de pacienți cu urticarie scor mic de severitate	Numărul de pacienți cu diagnosticul de urticarie confirmat aflați sub supraveghere, la care s-a atins și este menținută scor de severitate minim pe parcursul a cel puțin 3 luni, în ultimul an x 100	Numărul total al pacienților cu diagnosticul de urticarie confirmat, care se află sub supravegherea medicului de familie în ultimul an

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

Tratamentul pacienților cu urticarie acută și cronică se efectuează în IMSP SCR „T. Moșneaga” Secția terapie generală cu alergologie sau în cadrul altor secții conform patologiei de bază. Pacienții cu urticarie care nu întrunesc criteriile pentru spitalizare vor fi consultați de către medicul alergolog în Secția consultativă SCR „T. Moșneaga” și vor fi recomandate investigațiile și tratamentul ambulator conform PCN ”Urticaria la adult”. Tratamentul se va aplica în Departamentul ATI în cazul prezenței angioedemului cu criteriile de severitate sau urticaria este manifestare în cadrul anafilaxiei.

F.1. Adresarea și internarea pacientului

Criteriile de spitalizare în secția terapie generală cu alergologie sau ATI (vezi caseta 3, 9, secțiunea B2)

Adresarea și internarea pacienților în SCR „T. Moșneaga” cu diagnosticul de urticarie cu sau fără angioedem se realizează conform 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 „Urticaria la adult ”:

- Determinarea parametrilor biochimici și de laborator (hemoleucograma, proteina C reactivă, Ig E totale, IgE specifice la medicamente, antigen H.pilory (masele fecale), investigații pentru focare de infecție relevante clinic (urinar, faringian, intestinal etc.), examen coproparazitologic), fracțiunile complementului (C3, C4), teste specifice pentru eventuale boli autoimune (de ex. anti TPO T3, T4, TSH, anti ADN etc.), CIC vor fi efectuate în cadrul Departamentului investigații de laborator.
- Teste cutanate *prick* cu alergene alimentare, teste cutanate *prick* și intradermice cu medicamente (respectarea diluțiilor non-iritante), teste cutanate *prick* și intradermice la ser autolog se vor efectua de către medicul alergolog în secția consultativă sau în secția terapie generală cu alergologie pentru pacienții internați în secție.
- Teste de provocare la factori fizici pentru pacienții cu urticaria cronică inductibilă (conform istoricului de expunere a pacientului pentru fiecare caz) se vor efectua de către medicul alergolog în secția consultativă sau în secția terapie generală cu alergologie pentru pacienții internați în secție.
- Biopsie cutanată (în urticaria persistentă > 24h) se va efectua în colaborare cu medicul chirurg și examenul histopatologic se va efectua în Secția Morfopatologie.
- Testele funcționale ECG se va efectua în secția de diagnostic funcțional.
- Testele funcționale pulsoximetria - se va efectua în secția de terapie generală cu alergologie, secția consultativă sau UPU de către medicul curant.
- Investigațiile care nu sunt disponibile în IMSP SCR ”T. Moșneaga”: triptaza serică, imunoglobulinele E specifice la alergene inhalatorii, IgE specifice la alergene moleculare alimentare sau inhalatorii, teste de activare a bazofilelor la medicamente, C1 esteraza inhibitor (cantitativ și funcție) 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.

Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimiterea pacientului și/sau probelor de laborator.

Pentru efectuarea investigațiilor în alte instituții (care necesită prezentarea pacientului) se eliberează de către medicul curant îndreptare care va include obligatoriu diagnosticul, argumentarea procedurii și numărul poliței de asigurare (F 027/e).

Pentru efectuarea investigațiilor în alte instituții (care nu necesită prezentarea pacientului) materialul biologic va fi însoțit de îndreptare și transport de către personalul IMSP SCR.

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 inscripțiilor 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:

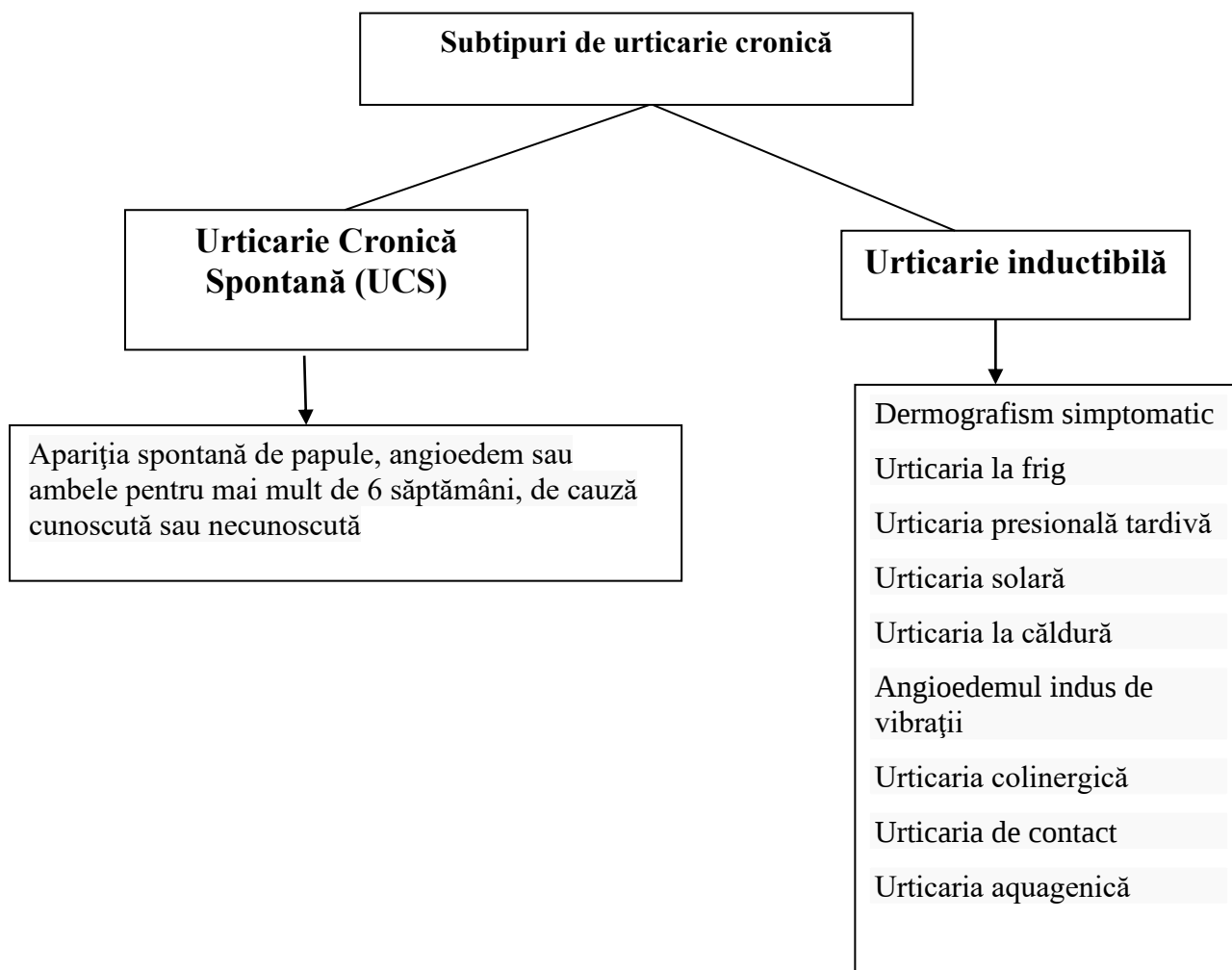
Funcția	Telefon de contact
Vicedirector medical	(022) 403694
Vicedirector medical	(022) 403550
Șef UPU	(022) 728369
Șef Departament Terapie	(022) 403514
Șef Departament ATI	(022) 403657
Șef Departament Chirurgie	(022) 403534
Șef secție Terapie intensivă generală	(022) 403592
Șef secție Terapie generală 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. Subtipuri de urticarie cronică



Anexa 2. Medicamentele utilizate în tratamentul pacienților cu urticarie

Medicamente	Forma de livrare	Doza zilnică/24 ore	Numărul de administrări zilnice
Glucocorticoesteroizi sistemici			
Methylprednisolonum	comprimate 4 mg/ flacoane pulbere liofilizată 125 mg, 250 mg, 500 mg și 1000mg fiole sol 4%-1ml	0,5 mg/kg/zi pentru 4-10 zile în perioadele acute	1-2
Prednisolonum	comprimate 5 mg/ flacoane pulbere liofilizată 25 mg sau soluție fiole 3% -1ml (30 mg/1ml)	0,5 mg/kg/zi zi pentru 4-10 zile în perioadele acute	1-2
Dexamethasonum	Soluție fiole 0,4% (4 mg/ml); 1; 2 ml Comprimate 0,5 mg	8-16 mg/zi pentru 4-10 zile în perioadele acute, cu scăderea dozelor la obținerea remisiunii	1-2
H1-antihistaminice non-sedative (generația II și III)			
Cetirizinum	Comprimate 10 mg	10-40 mg/zi	1-2
Bilastinum-gen III	Comprimate 10 mg Comprimate 20 mg	20-80 mg/zi	1-2
Loratadinum	Comprimate 10 mg	10-40 mg/zi	1-2
Desloratadinum-gen III	Comprimate 5 mg	5-20 mg/zi	1-2
Levocetirizinum- gen III	Comprimate 5 mg	5-20 mg/zi	1-2
Rupatadinum - gen III	Comprimate 10 mg	10-40 mg/zi	1-2
H1-antihistaminice de generația I			
Diphenhydraminum	Soluție fiole 10 mg/1ml	1-2 mg/zi în perioadele acute	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
Anticorpi monoclonali anti-IgE			
Omalizumabum*	300 mg	300 mg/zi la fiecare 4 săptămâni	O data la 4 săptămâni
Imunosupresoare			
Cyclosporinum	Capsule 25 mg	2,5-5 mg/kg/zi	2
Simpatomimetice (alfa-beta-adrenomimetice)			
Epinephrinum	Soluție 1 mg/ml	0,3 – 0,5 mg i/m în urgențe (până la 4 administrări-maxim 2	1

		mg, în locuri diferite la distanță de 10-15 minute)	
Epinephrinum soluție injectabilă în stilou preumplut*	Soluție 0,3 mg/0,3 ml	0,3 – 0,5 mg i/m în urgențe (până la 4 administrări-maxim 2 mg, în locuri diferite la distanță de 10-15 minute)	1

*Nu este înregistrat în Republica Moldova

Notă: În cazul administrării Epinephrinei (Adrenalinei), pacientul se supraveghează obligatoriu în UPU minim 6 ore.

Anexa 3. Scorul de severitate al urticariei (UAS7) pentru determinarea activității bolii în UCS [1, 2, 10, 22]

Scor	Papule	Prurit
0	Nu	Nu
1	Ușoară (<20 papule/24 h)	Ușor (prezent, dar nu este deranjant)
2	Moderată (20-50 papule/24 h)	Moderat (deranjant, dar nu interferează cu activitatea zilnică sau cu somnul)
3	Severă (>50 papule/24 h sau zone extinse cu papule confluențe)	Sever (prurit sever, deranjant, ce interferează cu activarea zilnică sau cu somnul)

Anexa 4. Scorul de activitate al angioedemului (AAS) pentru evaluarea activității [1, 2, 9]

	Ziua	2	3	4	5	6	7
Scor	1. Ați avut un episod de edem în ultimele 24 de ore?	DA					
		NU					
	Vă rugăm să răspundeți la întrebările de mai jos despre acest episod de edem din ultimele 24 de ore. Dacă nu ați avut un episod de edem, lăsați-le necompletate.						
0-3	2. La ce oră/ore din zi a/au fost prezent/e acest/e episod/episoade de edem? (vă rugăm să selectați toate orele aplicabile)	00:00-8:00					
		8:00-16:00					
		16:00-00:00					
0-3	3. Cât de grav este/a fost disconfortul fizic provocat de acest episod/episoade de angioedem (de ex: durere, arsură, prurit)	Fără disconfort					
		Disconfort ușor					
		Disconfort moderat					
		Disconfort sever					
0-3	4. Ați reușit să vă desfășurați activitățile zilnice în timpul acestui episod/episoade de angioedem?	Fără restricții					
		Restricții ușoare					
		Restricții severe					
		Fară activități posibile					
0-3		Nu					

	5. Simțiți/ați simțit că aspectul dumneavoastră este/a fost afectat negativ de acest/episod/episoade de angioedem?	Puțin						
		Moderat						
		Sever						
0-3	6. Cum evaluați severitatea generală a acestui episod de angioedem?	Neglijabilă						
		Ușor						
		Moderat						
		Sever						

Notă: Pentru UAS7, suma scorurilor (0-3 puncte pentru urticarie + 0-3 puncte pentru prurit) pentru fiecare zi pe o durată de o săptămână (7 zile) pentru un scor maxim de 42 puncte.

Pentru AAS, scorurile sunt însumate la un scor sumat pentru o zi AAS (0-15), scorurile sumare pentru 7 zile AAS la un scor sumat pentru o săptămână AAS (AAS7, 0-105), iar scorurile sumare pentru 4 săptămâni AAS pot fi însumate la un scor sumat pentru 4 săptămâni AAS (AAS28, 0-420).

Anexa 5. Testul de control al urticariei (UCT) pentru evaluarea nivelului de control al bolii [1]

1. Cât de mult ați suferit din cauza simptomelor urticariei: prurit, urticarie (papule) și/sau edem (umflături) în ultimele 4 săptămâni				
Foarte mult - 0 puncte	Mult - 1 punct	Oarecum - 2 puncte	Puțin - 3 puncte	Deloc - 4 puncte
2. Cât de mult v-a fost afectată calitatea vieții din cauza urticariei în ultimele 4 săptămâni?				
Foarte mult - 0 puncte	Mult - 1 punct	Oarecum - 2 puncte	Puțin - 3 puncte	Deloc - 4 puncte
3. Cât de des tratamentul bolii nu a fost suficient pentru a controla simptomele urticariei în ultimele 4 săptămâni?				
Foarte mult - 0 puncte	Mult - 1 punct	Oarecum - 2 puncte	Puțin - 3 puncte	Deloc - 4 puncte
4. În total, cât de bine v-ați controlat manifestările urticariei în ultimele 4 săptămâni?				
Foarte mult - 0 puncte	Mult - 1 punct	Oarecum - 2 puncte	Puțin - 3 puncte	Deloc - 4 puncte

Anexa 6. Testul de control al angioedemului (AECT) pentru evaluarea nivelului de control [1, 2, 9]

1. În ultimele 4 săptămâni, cât de des ați avut angioedem?				
Foarte mult - 0 puncte	Mult - 1 punct	Oarecum - 2 puncte	Puțin - 3 puncte	Deloc - 4 puncte
2. În ultimele 4 săptămâni, cât de mult v-a fost afectată calitatea vieții din cauza angioedemului?				
Foarte mult - 0 puncte	Mult - 1 punct	Oarecum - 2 puncte	Puțin - 3 puncte	Deloc - 4 puncte
3. În ultimele 4 săptămâni, cât de mult v-a deranjat imprevizibilitatea angioedemului?				
Foarte mult - 0 puncte	Mult - 1 punct	Oarecum - 2 puncte	Puțin - 3 puncte	Deloc - 4 puncte
4. În ultimele 4 săptămâni, cât de bine ați controlat angioedemul cu tratamentul utilizat?				
Foarte mult - 0 puncte	Mult - 1 punct	Oarecum - 2 puncte	Puțin - 3 puncte	Deloc - 4 puncte

Anexa 7. Chestionarul privind calitatea vieții la pacienții cu angioedem (AE-QoL) [1, 2]

În ultimele 4 săptămâni, indicați cât de des ați fost restricționat în anumite domenii de zi cu zi enumerate mai jos, din cauza episoadelor de angioedem (indiferent dacă ați avut sau nu episoade de edem în acea perioadă)

	Niciodată	Rar	Ocazional	Des	Foarte des
Serviciu					
Activități fizice					
Timp liber					
Relații sociale					
Luând masa sau consumând băuturi					
Prin următoarele întrebări dorim să obținem mai multe detalii despre dificultățile și problemele care pot fi asociate cu episoadele dumneavoastră actuale de angioedem (în ultimele 4 săptămâni).					
	Niciodată	Rar	Ocazional	Des	Foarte des
Aveți dificultăți de adormire?					
Vă treziți în timpul nopții?					
Sunteți obosit ziua pentru că nu ați dormit noaptea?					
Aveți dificultăți de concentrare?					
Vă simțiți depresiv?					
Trebuie să vă limitați alegerile alimentare sau bauturile?					
Este angioedemul o povară pentru dumneavoastră?					
Vă este teamă că un episod de edem ar putea apărea brusc?					
Vă este teama că ar putea crește frecvența episoadelor de edem?					
Vă este rușine să ieșiți în public din cauza episoadelor de edem?					
Episoadele de edem vă fac să fiți jenat sau conștient de boală?					
Vă este teamă că tratamentul episoadelor de edem ar putea avea efecte adverse pe termen lung?					

Anexa 8. Chestionarul privind calitatea vieții în urticaria cronică (CU-Q2oL)[1, 2]

În ultimele 14 zile, cât de mult ați fost tulburat de următoarele simptome?					
	Deloc	Puțin	Uneori	Des	Foarte des
Prurit					
Papule					
Edem palpebral					
Edem al buzelor					
Indicați cât de des ați fost limitat în următoarele activități zilnice în ultimele 14 zile?					
	Niciodată	Rar	Uneori	Des	Foarte des
Serviciu					
Activități fizice					
Somn					

Timp liber					
Relații sociale					
Luarea mesei					
Care sunt dificultățile și problemele legate de urticarie, în ultimele 14 zile?					
	Niciodată	Rar	Uneori	Des	Foarte des
Aveți dificultăți de adormire?					
Vă treziți noaptea?					
Sunteți obosit ziua că nu ați dormit noaptea?					
Aveți dificultăți de concentrare?					
Vă simțiți nervos?					
Vă simțiți nefericit?					
Vă limitați alegerile alimentare?					
Vă deranjează simptomele de urticarie (papule) care apar pe corpul dumneavoastră?					
Aveți o reținere în a ieși în locurile publice?					
Aveți o problema în a folosi produse cosmetice (de ex. parfumuri, creme, loțiuni)?					
Aveți rețineri în ceea ce privește alegerile vestimentare?					
Activitățile sportive sunt limitate din cauza erupțiilor (urticariei)?					
Aveți efecte secundare de la medicamentele pe care le luați pentru urticarie?					

Anexa 9. Indicele dermatologic de calitate a vieții [1, 2]

În ultima săptămână, cât de mult ați simțit senzații de mâncărime, înțepături, dureri sau erupții urtice la nivelul pielii?				
Foarte mult	Mult	Puțin	Deloc	
În ultima săptămână, cât de jenat sau de conștient de boală ați fost din cauza pielii?				
Foarte mult	Mult	Puțin	Deloc	
În ultima săptămână, cât de mult a interferat boala dumneavoastră de piele cu mersul la cumpărături sau cu îngrijirea casei și a grădinii?				
Foarte mult	Mult	Puțin	Deloc	Nerelevant
În ultima săptămână, cât de mult a influențat problema dumneavoastră de piele alegerea hainelor cu care v-ați îmbrăcat?				
Foarte mult	Mult	Puțin	Deloc	Nerelevant
În ultima săptămână, cât de mult v-a afectat problema dumneavoastră de piele activitățile sociale sau cele de relaxare?				
Foarte mult	Mult	Puțin	Deloc	Nerelevant
În ultima săptămână, cât de mult v-a împiedicat pielea dumneavoastră să practicați un sport?				

Foarte mult	Mult	Puțin	Deloc	Nerelevant
În ultima săptămână, afecțiunea pielii v-a împiedicat să lucrați sau să studiați?				
Da		Nerelevant		
Dacă "Da", în ultima săptămână, cât de mult a fost pielea dumneavoastră o problema pentru serviciu sau pentru studii?				
	Mult	Puțin	Deloc	
În ultima săptămână, cât de mult v-a creat pielea dificultăți în relația cu partenerul sau cu oricare dintre prietenii apropiați sau rude?				
Foarte mult	Mult	Puțin	Deloc	Nerelevant
În ultima săptămână, cât de mult pielea dumneavoastră v-a creat dificultăți sexuale?				
Foarte mult	Mult	Puțin	Deloc	Nerelevant
În ultima săptămână, cât de mult a fost o problemă tratamentul afecțiunii dumneavoastră, de exemplu, prin faptul că locuința devine dezordonată sau vă ocupă mult timp?				
Foarte mult	Mult	Puțin	Deloc	Nerelevant

Anexa 10. Condiții asociate cu valori crescute de IgE serice totale [38, 39]

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)	
	Infecția cu <i>Candida spp</i>	
Patologii alergice	Aspergiloza bronhopumonară alergică	
	Rinosinusitele fungice	
	Dermatita atopică	
	Astm alergic	
	Rinita alergică	
Imunodeficiențe	Sindromul de hiper IgE	
	Sindromul Wiskott-Aldrich	
	Sindromul DiGeorge	
Boli inflamatorii	Granulomatoza eozinofilică cu poliangită (Churg-Strauss)	
	Boala Kimura	
Neoplazii	Limfomul Hodgkin	
	Mielomul IgE	
Altele	Fumătorii	
	Fibroza chistică	

	Sindromul nefrotic
	Transplantul de măduvă osoasă
	Pemfigoidul bulos

Anexa 11. Ghidul pacientului cu urticarie cu sau fără angioedem (informații pentru pacienți și aparținători)

Urticarie cronică spontană (UCS). Întrebări frecvente

1. Ce este urticaria cronică spontană?

Urticaria spontană cronică (CSU) este denumirea urticariei cronice, care durează șase săptămâni sau mai mult, de trei până la patru ori pe săptămână și nu are o cauză cunoscută (spontană).

Simptomele USC pot fi asemănătoare altor tipuri de urticarie, care:

- Sunt pete sau umflături roșii, albe sau de culoarea pielii, care provoacă mâncărimi și sunt adesea confundate cu înțepăturile de țânțar.
- Variază în dimensiune - pot fi la fel de mici ca un vârful de ac sau la fel de mari ca o farfurie.
- Pot apărea pe orice parte a corpului.
- De obicei, durează mai puțin de 24 de ore, dar reapar la scurt timp pe o altă parte a corpului.

Unele persoane cu UCS pot dezvolta, de asemenea, angioedem, o afecțiune care provoacă umflături în diferite părți ale corpului (de obicei, fața, buzele, limba, gâtul și zona genitală) care pot dura câteva zile.

2. Care sunt cauzele urticariei?

Una din cinci persoane va avea urticarie la un moment dat în timpul vieții și există mai multe cauze:

- Urticaria apare atunci când histamina este eliberată de celulele care se găsesc în mucoasa pielii și a altor organe ale corpului.
- Eliberarea de histamină provoacă mâncărimi ale pielii și face ca vasele de sânge să se dilate și să scurgă lichid, provocând roșeață și umflături.
- Urticaria poate fi cauzată de infecții sau de alergii de contact la plante sau animale.
- Urticaria poate fi parte a unei reacții alergice, dar urticaria care durează mai mult de câteva zile nu este de obicei cauzată de alergii.

UCS este uneori rezultatul unei afecțiuni medicale subiacente, dar în majoritatea cazurilor cauza nu este cunoscută (idiopatică).

3. Cum este diagnosticată urticaria cronică spontană?

UCS este diagnosticată atunci când o persoană dezvoltă urticarie care durează mai mult de șase săptămâni, fără o cauză alergică. Pentru a confirma acest diagnostic, medicul dumneavoastră va întreprinde următorii pași:

- Va revizui istoricul medical și va efectua un examen fizic. Ținerea unui jurnal al simptomelor cu o înregistrare fotografică a urticariei poate fi foarte utilă pentru acest lucru.
- Va solicita analize de sânge dacă se suspectează o afecțiune subiacentă. Testele alergice nu sunt de obicei necesare, cu excepția cazului în care există un motiv pentru a suspecta o cauză alergică.

4. Cum este tratată urticaria cronică spontană?

Scopul tratamentului urticariei cronice spontane este de a reduce sau de a stopa mâncărimea și erupțiile de pe piele (urticele), cu cât mai puține efecte secundare posibil. Majoritatea cazurilor de UCS se vor ameliora în câteva săptămâni fără niciun tratament, dar în unele cazuri, acestea pot dura mai multe luni sau chiar mai mulți ani.

Opțiunile comune de tratament pentru CSU includ:

- Antihistaminicele non-sedative sunt adesea utilizate pentru a ameliora mâncărimea care vine concomitent cu urticaria. Este posibil să fie necesare doze mai mari decât cele standard pentru a obține acest lucru pentru unele persoane cu UCS.
- Persoanele cu simptome severe de urticarie care afectează calitatea vieții și care nu răspund la tratamente simple pot avea nevoie să fie trimise la un specialist în alergologie și imunologie clinică.

Se vor discuta opțiunile pentru tratamentul pe termen lung:

- Medicamente imunosupresoare - corticosteroizii pot fi utilizați pentru a trata simptomele severe pentru o perioadă scurtă de timp.
- Medicamente imunomodulatoare - administrați de obicei sub formă de injecții subcutanate (sub piele).

Anexa 12. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru protocolul clinic național „Urticaria la adult”

FIȘĂ STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII evaluarea implementării Protocolului clinic național „Urticaria 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=4		
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 : dermatita atopică = 2; astm bronșic = 3;urticarie = 4; reacții alergice neidentificate = 5;	1	0	9
12.	Debutul simptomelor documentat	1	0	9
13.	Screeningul comorbidităților, infecțiilor acute sau cronice	1	0	9
14.	Identificarea agentului alergic cauzal : produse alimentare = 2;medicamente = 3; înțepături de insecte = 4;vaccinuri = 5 ;factori necunoscuți = 6;	1	0	9
15.	Identificarea factorilor declanșatori ai exacerbarilor	1	0	9
16.	Terapia anterioară și răspunsul la terapie	1	0	9
<i>Examenul fizic</i>				
17.	Examenul fizic: caracterul erupțiilor și localizarea = 2; prurit cutanat = 3; edeme = 4;	1	0	9
18.	Prezența/lipsa simptomelor clinice asociate: hipotensiune = 2; stridor = 3 ; dificultăți de deglutiție = 4;	1	0	9
19.	Tipul de urticarie specificat (acută, cronică spontană, inductibilă,) corelat cu descrierea simptomelor din anamneză	1	0	9
<i>Investigații paraclinice</i>				
20.	<i>Obligatorii:</i> hemoleucograma =3; proteina C reactivă = 4 ; IgE serice specifice = 5; IgE totale = 6; Ag H. pilory = 7; examen coproparazitologic = 8; complexe imune circulante = 9;	1	0	9
21.	<i>Recomandabile:</i> nu a fost necesar= 2 ; teste cutanate prick cu alergenul suspectat = 3; IgE specifice la alergene medicamentoase în funcție de istoric; teste de activare/degranulare a bazofilelor pentru alergene medicamentoase suspectate = 4; biopsie cutanată lezională = 5; consultul specialiștilor = 6; teste de provocare = 7;	1	0	9
22.	<i>Diagnosticul diferențial</i> documentat (excluse/argumentate alte diagnostice posibile)	1	0	9
23.	Excluderea/prezența criteriilor de anafilaxie documentate	1	0	9
24.	Necesitatea spitalizării argumentată/documentată	1	0	9
B. Management terapeutic				

25.	Excluderea alergenilor	1	0	9
26.	Se respectă conduita terapeutică conform algoritmului de tratament în trepte	1	0	9
27.	Tratamentul medicamentos este argumentat clinic cu: H1-antihistaminice de gener.I = 2; H1-antihistaminice de gener.II = 3; bronhodilatatoare cu acțiune rapidă = 4;	1	0	9
28.	Tratament cu antileucotriene	1	0	9
29.	Tratament cu corticosteroizi sistemici argumentat	1	0	9
30.	Planul terapeutic este individualizat, conform scorului UCT	1	0	9
C. Monitorizare și continuitatea îngrijirii				
31.	Implementarea criteriilor de externare cu indicarea recomandărilor	1	0	9
32.	Consilierea pacientului privind :măsurile de eliminare a alergenilor=2; metode contemporane de tratament și efectele adverse posibile=3; metode de profilaxie a acutizărilor în urticaria cronică;	1	0	9
33.	Supravegherea pacientului și monitorizarea nivelului de control al urticariei 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 corticosteroizi-Criteriul :Tratamentul cu corticosteroizi sistemici argumentat este neaplicabil.**Interpretare:**

≥90% = conformitate foarte bună

75–89% = conformitate bună

50–74% = conformitate parțială

<50% = conformitate insuficientă

Anexa 13. 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;