



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Tratamentul farmacologic cu metadonă al dependenței de opiacee

Protocol clinic național

PCN - 225

Chișinău 2015

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 15.01.2015, proces verbal nr. 1**

**Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 46 din 27.ianuarie 2015
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tratamentul farmacologic cu metadonă
al dependenței de opiacee”**

Elaborat de colectivul de autori:

Mihail Oprea	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Tudor Vasiliev	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Anatol Marandici	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Anatol Nacu	Catedră Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Mircea Revenco	Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Igor Nastas	Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Petru Oprea	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Aliona	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Ovcearenco	
Ghenadie	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Zaporojan	
Lilia Fiodorova	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Liubovi Andreeva	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Victor Ianovschi	IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Arcadie Astrahan	specialist în Drepturile Omului Sănătate și Dizabilități
Adriana Tudor	Ministerul Sănătății
Ala Iațco	Președintele Uniunii Organizațiilor din Reducerea Riscurilor, Specialist din cadrul Societății Civile
Ina Tcaci	Coordonator Național HIV/SIDA al UNODC

Recenzenți oficiali:

Dr. Emilis Subata	Directorul Centrului Tulburări Addictive din Vilnius, Lituania. Profesor Asociat de la Universitatea Clinica de Psihiatrie din Vilnius
Dr. Igor Koutsenok	Sef secție Prevenire, Tratament și Reabilitare al UNODC Viena, Cartierul General UNODC. Doctor în Științe Medicale - Psihiatrie
Ghenadie Curocichin	Catedra Medicina de Familie Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări în Medicină
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
PREFATĂ	4
A. PARTEA INTRODUCIVĂ	5
A.1 Diagnosticul: Tulburările mentale și de comportament legate de consumul de opiacee	5
A.2 Codul bolii (CIM 10): F11.0 - F11.9	5
A.3 Utilizatorii	5
A.4 Scopurile protocolului	5
A.5 Data elaborării protocolului	5
A.6 Data următoarei revizuirii	5
A.7 Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la revizuirea protocolului	6
A.8 Definițiile folosite în document	8
A.9 Informația epidemiologică	9
B. PARTEA GENERALĂ	10
B.1. Nivelul de asistență medicală primară	10
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (psihiatru-narcolog)	13
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească	16
C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ	16
C 1.1 Algoritm general de conduită a pacientului	16
C 1.2 Algoritm de tratament farmacologic cu metadonă	17
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	17
C 2.1 Profilaxia	17
C.2.2.1 <i>Screening-ul</i> dependenței de opiacee	18
C.2.3 Conduita pacientului în TFM	18
C.2.3.1 <i>Anamneza</i>	18
C.2.3.2 <i>Manifestările clinice</i>	19
C.2.3.3 <i>Diagnostic</i>	21
C.2.3.4 <i>Diagnosticul diferențiat</i>	22
C.2.3.5 <i>Prognostic</i>	23
C. 2.3.6 <i>Criterii de spitalizare</i>	23
C.2.3.7 <i>Tratament farmacologic cu metadonă</i>	23
C.2.3.7.1 <i>Criterii pentru prescrierea metadonei la domiciliu</i>	27
C.2.3.7.2 <i>Asigurarea continuității tratamentului în cazul imposibilității de a frecventa cabinetul de tratament din motive obiective</i>	27
C.2.3.7.3 <i>Particularitățile de aplicare a TFM în cazul pacienților cu maladii infecțioase</i>	28
C.2.3.8 <i>Supravegherea</i>	29
C.2.3.9 <i>Reabilitarea psiho-socială</i>	30
C.2.4. <i>Complicațiile</i>	31
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	31
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	32
BIBLIOGRAFIE	35
Anexa 1 Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind TFM	38
Anexa 2 Acordul între client și IMSP care aplică TFM	51
Anexa 3 Chestionar de colectare a informației inițiale în TFM	53
Anexa 4 Instrucțiuni pentru medicii psihiatri-narcologi și psihologi versus tratamentul individual în TFM	54
Anexa 5 Strategia Reducerea riscurilor asociate consumului de droguri injectabile	57
Anexa 6 Recomandări metodice pentru persoanele dependente de opiacee	59
Anexa 7 Acord de parteneriat cu asociația obștească	63
Anexa 8 Acord de colaborare între instituții medicale și Inspectoratul General de Poliție pentru asigurarea continuității tratamentului pentru persoanele aflate în TFM	68
Anexa 9 Instrucțiunea privind modalitatea de asigurare a continuității TFM persoanelor în instituții medicale, sociale și izolatoare de detenție preventivă ale MAI	71
Anexa 10 <i>Screening test</i>	75
Anexa 11 Cartela pacientului participant la programul TFM	83

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

CDI	Consumator de droguri injectabile
HIV	Virusul imunodeficienței umane
IMSP	Instituție medico-sanitară publică
ITS	Infecție cu transmitere sexuală
MS RM	Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
SIDA	Sindromul imuno-deficienței achiziționate
TFM	Tratamentul farmacologic cu metadonă
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
UNAIDS	Agenția ONU pentru HIV/SIDA
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
UNODC	Agenția Națiunilor Unite Pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, constituit din specialiștii Catedrei Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie în colaborare cu organizațiile internaționale și nonguvernamentale active în domeniu.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind dependența prin consum de opiacee la persoanele adulte și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, în funcție de posibilitățile reale ale fiecărei instituții.

La recomandarea Ministerului Sănătății, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în Protocolul Clinic Național.

Protocolul Clinic Național a fost consultat în cadrul grupului de lucru pe *Îmbunătățirea programului farmacologic cu Metadonă în Republica. Moldova.*

Concomitent, Protocolul nominalizat a fost revizuit și de către specialiștii OMS și UNODC.

Elaborarea Protocolului Clinic Național s-a efectuat de către grupul de lucru cu susținerea experților Agenției Națiunilor Unite pentru Combaterea Drogurilor și Criminalității (UNODC) în Moldova, precum și specialiștilor din cadrul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS).

Elaborarea Protocolului s-a efectuat cu suportul financiar din partea UNODC în cadrul proiectului UNODC/OFID *“Consolidarea capacităților naționale pentru reducerea răspândirii HIV/SIDA în rândul grupurilor vulnerabile în Europa de Est și Asia Centrală”*.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1 Diagnosticul: Tulburările mentale și de comportament legate de consumul de opiacee.

A.2 Codul bolii (CIM 10): F11.0 - F11.9

A.3 Utilizatorii:

- centrele de sănătate (medici de familie);
- secțiile consultative a spitalelor raionale și municipale (medici psihiatri-narcologi);
- asociațiile medicale teritoriale municipale (medici de familie);
- IMSP Dispensarul Republican de Narcologie (medici psihiatri-narcologi, psihologi, psihoterapeuți, lucrători sociali).

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

A.4 Scopurile protocolului:

- A spori ponderea persoanelor care vor renunța la consumul injectabil de droguri și se vor reintegra în societate.
- A spori ponderea consumatorilor de droguri injectabile încadrați în tratamentul farmacologic cu metadonă.
- A micșora riscul de îmbolnăviri prin hepatite virale B, C și HIV/SIDA printre consumatorii de droguri injectabile.
- A crește eficacitatea tratamentului farmacologic cu metadonă prin prevenirea recăderilor și prin menținerea abstenenței, reintegrarea socială, familială, profesională precum și ameliorarea stării generale a sănătății.
- A micșora numărul de decese cauzate de supradoză printre consumatorii de droguri injectabile.

A.5 Data elaborării protocolului: 2015









A.6 Data următoarei revizuirii: 2017

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

Numele	Funcția deținută
Mihail Oprea	Director general al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, Președintele Comisiei de Specialitate a Ministerului Sănătății în domeniul narcologiei
Tudor Vasiliev	Vicedirector al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Anatol Marandici	Vicedirector al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Anatol Nacu	d.h.ș.m., profesor universitar, șef Catedră Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Mircea Revenco	d.h.ș.m., profesor universitar Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Igor Nastas	d.ș.m., conferențiar universitar Catedra Psihiatrie, Narcologie

	și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Petru Oprea	șef secție IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Aliona Ovcearenco	șef Centru de Reabilitare pentru Narcomani al IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Ghenadie Zaporozjan	medic psihiatru-narcolog superior IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Lilia Fiodorova	medic psihiatru-narcolog IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Liubovi Andreeva	psiholog, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Victor Ianovschi	psiholog, IMSP Dispensarul Republican de Narcologie
Arcadie Astrahan	specialist în Drepturile Omului Sănătate și Dizabilități
Adriana Tudor	consultant superior, secția programe naționale Ministerul Sănătății
Ala Iațco	Președintele Uniunii Organizațiilor din Reducerea Riscurilor, Specialist din cadrul Societății Civile
Ina Tcaci	Coordonator Național HIV/SIDA al UNODC

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea/instituția	Numele și semnătura
Comisia de specialitate Narcologie	
Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”	
Comisia Republicană Științifico-Metodică de profil Psihiatrie și Narcologie	
Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Catedra medicină de familie	

Recenzii internaționale:

Numele	Funcția deținută
Dr. Emilis Subata	Directorul Centrului Tulburări Addictive din Vilnius, Lituania. Profesor Asociat de la Universitatea Clinica de Psihiatrie din Vilnius
Dr. Igor Koutsenok	Sef secție Prevenire, Tratament și Reabilitare al UNODC Viena, Cartierul General UNODC. Doctor în Științe Medicale - Psihiatrie

A.8 Definițiile folosite în document

Starea de ebrietate condiționată de consumul produselor/substanțelor stupefiante opiacee sau a medicamentelor cu efecte similare acestora: stare survenită în urma consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora ce provoacă ebrietate și care are drept urmare dereglarea psihofuncțională a organismului, confuzie mentală, diminuarea bruscă a funcțiilor psihice, tulburări ale sistemului cardiovascular, respirator etc.

Dependența de droguri este o boală cronică a creierului, care cauzează un comportament compulsiv de a căuta și a folosi substanțele respective. Deși prima utilizare a drogurilor este o alegere a fiecăruia, se menționează și faptul că dependența este o boală pentru că apar modificări în structura creierului care influențează capacitatea de decizie a persoanei în cauză. Din aceste motive, dependența de droguri trebuie tratată ca orice altă boală, cu medicație și ajutor special.

Sindrom de sevraj – reprezintă o stare patologică direct legată de dependența de droguri, care apare atunci când consumatorul dependent renunță la dozele lui obișnuite. Dacă dependența este puternică, sevrajul se poate manifesta prin forme violente. În timpul sevrajului se înregistrează: hipertensiune arterială, palpitații, transpirație profundă, dureri musculare, dureri în articulații, cefalee, vertijuri, vomă, excitație psihomotorie, accese convulsive, anxietate, insomnie, disconfort psihologic și fizic, etc.

Dezintoxicarea, este o intervenție pe termen scurt, o primă etapă în tratamentul farmacologic al dependenței. Primul ei scop este acela de îndepărtare a substanței din organism. În detoxifiere se urmărește combaterea simptomelor de sevraj, a nevoiei de consum și refacerea fizică a pacientului.

Substituția presupune un tratament medical prin care substanța ilicită este înlocuită cu o substanță cu proprietăți similare, licită, în scopul reducerii riscurilor asociale consumului ilicit.

Metadona*, este un opiacee sintetic potent, efectul farmacologic al căruia este similar celui produs de morfină. Metadona* este biodisponibilă atunci când este consumată pe cale orală sau parenterală. Efectul principal al metadonei este exprimat prin receptori și este similar celui produs de opiacee endogen cum ar fi encefalina și endorfina. Metadona* sporește eliminarea unor neuromediatorii: acetilcolina, noradrenalina și dopamina. Constatările recente denotă faptul că Metadona* poate spori concentrația de serotonină în sinapse, prin urmare, folosirea concomitentă a altor medicamente care, la fel, sporesc concentrația de serotonină în sinapse (inhibitori selectivi de re-absorbție a serotoninei, noua generație de medicamente contra migrenei etc.) necesită o ajustare precaută¹. În cazul în care persoanele cu dependență de opiacee primesc Metadona* într-o doză adecvată, aceasta, de obicei, duce la o scădere în dorința de a utiliza heroina și alte opiacee, elimină simptomele de sevraj de opiacee și blochează efectele euforice ale altor medicamente sau substanțe opiacee.

Supradoza este introducerea în organism a unei cantități de substanță mai mare decât poate suporta acesta și care poate produce moartea.

A.9 Informația epidemiologică

Studiul statistic și literaturii de specialitate, asigură dovezi consecvente precum, că tratamentul farmacologic cu metadonă, în comparație cu alte metode de tratament, reduce semnificativ consumul de heroină și menține pacientul în tratament, reduce riscul de contaminare cu HIV/SIDA-infecție, hepatite virale, tuberculoză pulmonară, etc.

Este cunoscut și faptul, că implementarea tratamentului farmacologic cu metadonă a început cu mai mult de 50 de ani în urmă. Actual, la nivel mondial circa 800 000 consumatori de droguri injectabile beneficiază de tratamentul respectiv, din care în Europa se înregistrează peste 300 000 beneficiari, în SUA 180 000, Australia 20 000. În spațiul post-sovietic, acest tratament este implementat în Lituania, Letonia, Estonia, Azerbaidjan, Moldova, Georgia, Belarus, Uzbekistan, Tajikistan, Kazahstan și Ucraina.

Potrivit datelor furnizate de către IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, actual în Republica Moldova se înregistrează peste 10 000 consumatori de droguri, din care 3333 utilizează droguri injectabile, inclusiv 3200 administrează droguri opiacee.

Constatăm și faptul, că din anul 2004 tratamentul farmacologic cu metadonă a fost implementat în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, după care și în IMSP Spitalul Clinic Municipal Bălți și Departamentul Instituțiilor Penitenciare (11 penitenciare și 2 izolatoare de detenție preventivă: Taraclia - 1, Cahul - 5, Rusca - 7, Pruncul - 9, Bălți - 11, Chișinău - 13, Cricova - 15, Pruncul - 16, Branești - 18, Rezina - 17, Soroca - 19).

Deja, la finele anului 2013 au beneficiat de tratamentul farmacologic cu metadonă 1164 consumatori de droguri injectabile. Zilnic beneficiază de tratamentul farmacologic cu metadonă circa 324 consumatori de droguri injectabile, dintre care 10 la sută sunt persoane de gen feminin.

Utilizarea substanțelor opiacee în Republica Moldova se află în concordanță cu răspândirea HIV/SIDA-infecție și a hepatitelor virale (B și C). La 01.01.2014,

numărul de persoane infectate cu HIV/SIDA, luate la evidență constituie 8557 persoane, din care 75 la sută s-au infectat în procesul consumului de droguri injectabile. În anul 2013, în Moldova au fost înregistrate 706 de cazuri noi de infecție cu HIV/SIDA, ce constituie 17,9 cazuri la 100 000 populație (13,68 pe malul drept și 46,91 pe malul sting).

Din cauza disponibilității limitate a tratamentului farmacologic cu metadonă și în alte teritorii administrative, există riscul sporit de răspândire a maladiilor infecțioase, precum HIV/SIDA-infecție și hepatitele virale, tratamentul cărora este de durată și costisitor.

În concluzie menționăm faptul, că beneficiile tratamentului farmacologic cu metadonă sînt indiscutabile:

- crește calitatea vieții pacienților și familiilor acestora;
- transformă consumatorii de droguri dintr-un potențial delincvent într-un individ asistat social și medical;
- micșorează riscul de îmbolnăviri prin hepatite virale și HIV/SIDA-infecție;
- reduce semnificativ expunerea la un comportament riscant;
- reduce anxietatea legată de cautarea drogurilor;
- reduce semnificativ posibilitatea supradozei;
- facilitează reabilitarea după eliberarea din detenție;
- scade considerabil rata recidivului criminal.

B. PARTEA GENERALĂ

<i>B.1. Nivelul de asistență medicală primară</i>		
Descriere (măsurii)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia		
1.1 Prevenția primară a consumului de droguri	Modificarea comportamentului riscant în vederea respectării unui mod sănătos de viață care este benefic pentru sănătatea publică și micșorează riscul de îmbolnăviri prin dependența de droguri, precum și prin maladii infecțioase și non-infecțioase.	<p>Obligativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informare, educare și comunicare cu privire la abandonarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora. - Identificarea persoanelor cu un comportament delincvent, cu consum episodic sau periodic de substanțe stupefiante cu asigurarea ulterioară a consultației la medicul psihiatru-narcolog, la servicii de suport psiho-social și medical (grupuri de suport reciproc). - Asigurarea cu informații relevante. <p>(Recomandări metodice pentru persoanele dependente de opiacee – anexa 6)</p>

		<p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuarea motivației în inițierea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora. - Orientarea pacienților către serviciile de reducere a riscurilor. - Evaluarea consumului de droguri în baza chestionarului standard, assist OMS (<i>anexa 10 Screening test</i>) - Sensibilizarea opiniei publice prin diseminarea informației relevante cu privire la riscul apariției dependenței și consecințelor ulterioare al acesteia, precum și orientarea acestora către tratamentul farmacologic cu metadonă.
2. Screening	Depistarea timpurie a persoanelor cu risc sporit de îmbolnăvire, permite realizarea intervențiilor curative, calitative și micșorarea riscului de îmbolnăviri prin dependență.	<p>Obligatoriu:</p> <p>Anamneza narcologică și examenul clinic se va efectua la toate persoanele suspectate de consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora, în mod respectuos, informând pe deplin necesitatea și beneficiile examinării, stimulând atractivitatea examinării medicale și calitatea serviciilor medicale.</p>
3. Diagnostic		
3.1. Evaluarea riscului de îmbolnăviri prin dependență	Suspectarea dependenței, necesită supravegherea medicală (medicul de familie, psihiatrul-narcolog) cu descrierea semnelor caracteristice ale acestei maladii, depistarea și asigurarea măsurilor de profilaxie în conformitate cu protocoalele clinice.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Anamneza (caseta 3). -Tabloul clinic în consum de opiacee (caseta 4).
3.2. Luarea deciziei vizavi de necesitatea consultației	Medicul specialist va identifica semnele caracteristice dependenței de opiacee.	Medicul specialist va identifica semnele caracteristice dependenței de opiacee.

specialistului în domeniul narcologiei		Obligativ: Toate persoanele suspectate în consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora, necesită consultația specialistului (medicului psihiatru-narcolog).
--	--	--

4. Tratamentul

4.1. Modificarea comportamentului riscant	Modificarea comportamentului riscant va contribui la ameliorarea sănătății și la micșorarea riscului de îmbolnăvire.	Obligativ: - Orientare spre abandonarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora și respectarea unui mod sănătos de viață. - Referirea la medicul psihiatru-narcolog pentru medicație. Recomandabil: - Diminuarea motivației inițierii consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora prin mesaje adecvate și prin elucidarea consecințelor.
---	--	--

5. Supravegherea

5.1. Supravegherea medicală cu evaluarea ulterioară a riscurilor de îmbolnăvire prin dependență și maladii non-infecțioase	Periodicitatea vizitei la medic este direct proporțională cu starea sănătății, în conformitate cu actele normative emise de către Ministerul Sănătății, precum și cu indicațiile medicale.	Supravegherea se va efectua de către medicul psihiatru-narcolog în colaborare cu alți specialiști.
--	--	--

B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (psihiatru-narcolog)

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia		
1.1 Prevenția primară a consumului de droguri	Modificarea comportamentului riscant prin respectarea unui mod sănătos de viață, care este benefic pentru sănătatea publică, și care va micșora riscul de îmbolnăviri prin	Obligativ: - Informarea, educarea și comunicarea cu privire la abandonarea consumului produselor/substanțelor stupefiante

	<p>dependența de droguri, precum și prin maladii infecțioase și non-infecțioase.</p>	<p>sau a medicamentelor cu efecte similare acestora.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificarea persoanelor cu un comportament delinvent și consum episodic sau periodic de substanțe stupefiante cu asigurarea ulterioară a recomandării privind necesitatea consilierii, corecției psihologice și după caz necesitatea încadrării în programele de profilaxie și medicație. <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientarea pacienților către serviciile de reducere a riscurilor - Diminuarea motivației de inițiere a consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora. - Sensibilizarea opiniei publice prin diseminarea informației relevante privind riscul apariției dependenței și a consecințelor acestora de comun cu societatea civilă și ONG-urile cointeresate.
--	--	--

2. Diagnostic

<p>2.1. Evaluarea riscului de îmbolnăviri prin dependența de droguri</p>	<p>Suspectarea dependenței impune supravegherea medicală (medicul de familie, psihiatru-narcolog) cu descrierea semnelor caracteristice ale acestei maladii, și asigurarea măsurilor de profilaxie și de medicație conform protocolului clinic național.</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamneza (<i>caseta 3</i>). - Tabloul clinic în consum de opiacee (<i>caseta 4</i>). - Efectuarea diagnosticului diferențiat (<i>caseta 9</i>). - Estimarea rezultatelor în confirmarea adicției prin consum de opiacee și/sau alte substanțe. <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analiza urinei, salivei și a sângelui pentru identificarea consumului de substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora (<i>caseta 7</i>).
--	--	---

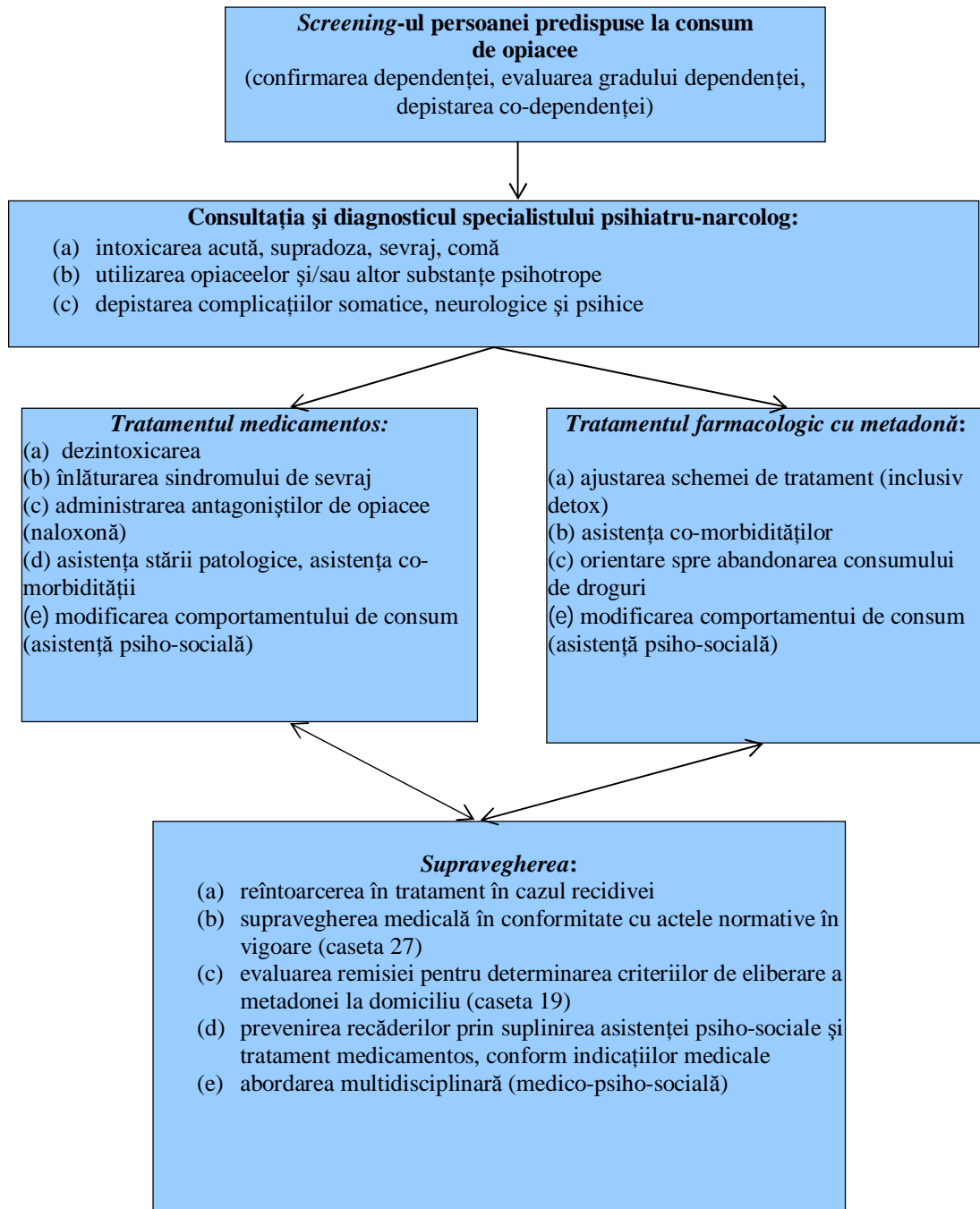
2.2. Stabilirea diagnosticului de dependență prin consum de opiacee	Necesitatea de diagnosticare a dependenței prin consum de opiacee și determinarea dozei de stabilizare cu metadonă.	Obligatori: - Anamneza (<i>caseta 3</i>). - Tabloul clinic în consum de opiacee (<i>caseta 4</i>). - Efectuarea diagnosticului diferențiat (<i>caseta 9</i>). - Estimarea rezultatelor cu confirmarea ulterioară a dependenței prin consum de opiacee.
2.3. Luarea deciziei privind necesitatea implicării în tratamentul farmacologic cu metadonă	Stabilirea diagnozei, a comportamentului riscant, precum și a consecințelor medicale și sociale în acest sens, permit recomandarea tratamentului farmacologic cu metadonă.	Obligatori: Evaluarea condițiilor pentru includerea în tratamentul farmacologic cu metadonă (<i>caseta 10</i>).
3. Tratamentul		
3.1. Asistența medicală în cazul dependenței de droguri și în modificarea comportamentului dependent	Modificarea comportamentului dependent este benefic pentru sănătatea publică și micșorarea riscului de îmbolnăviri prin maladii infecțioase și noninfecțioase.	Obligatori: 1. Ședință de consiliere pentru inițierea tratamentului antidrug. 2. Prescrierea tratamentului medicamentos asistat. 3. Dezintoxicarea pentru ameliorarea sindromului de sevraj. 4. Orientare spre abandonarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora și respectarea modului sănătos de viață. Recomandabil: Respectarea modului sănătos de viață, implicarea în activitățile profesionale și sociale.
3.2. Tratamentul farmacologic cu metadonă	Tratamentul în condiții de ambulator se efectuează în scopul creării unor abilități cognitive, care să favorizeze rezistența presiunii sociale, pentru controlul stresului emoțional în scopul creării abilităților de autorelaxare și a capacităților de comunicare interpersonală.	Obligatori: - Tratamentul farmacologic cu metadonă (<i>C.2.3.7</i>). Recomandabil: Program de Reducere a Riscurilor

3.3. Tratamentul psihoterapeutic și reabilitarea psiho-socială	Tratamentul psihoterapeutic și reabilitarea psiho-socială contribuie la formarea atitudinii critice a beneficiarului față de problemele de sănătate, profesionale și familiale.	Obligatoriu: <ol style="list-style-type: none"> 1. Psihoterapia rațională. 2. Psihoterapia sugestivă. 3. Psihoterapia cognitiv comportamentală 4. Asistența socială 5. Consilierea de la egal la egal 6. Grupul de suport reciproc
4. Supravegherea		
Supravegherea medicală în dinamică	Supravegherea medicală se va efectua în colaborare cu medicul de familie și cu alți specialiști la necesitate, inclusiv cu asistentul social care va contribui la soluționarea multiplelor probleme legate de dependență.	Obligatoriu: <p>Supravegherea medicală se va efectua în conformitate cu actele normative emise de către Ministerul Sănătății.</p>

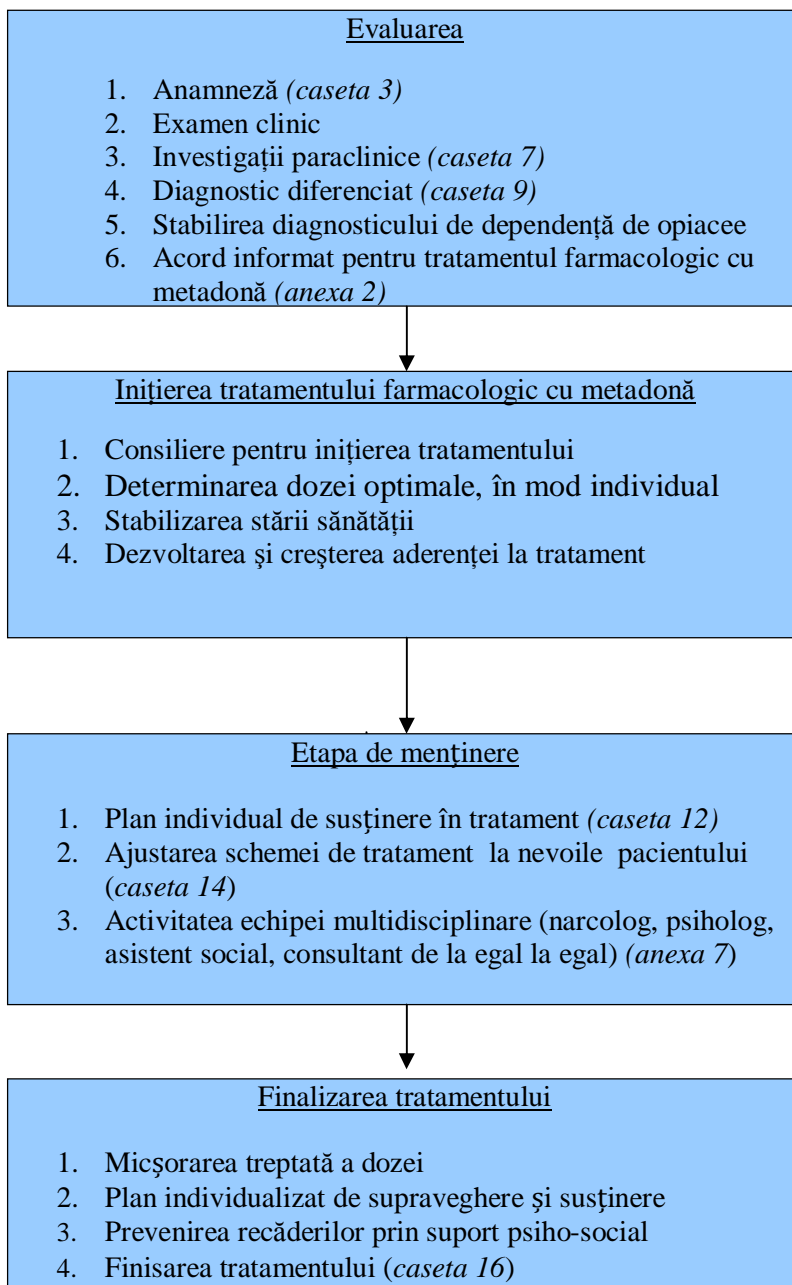
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească		
Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
<i>Screening</i> -ul, diagnosticul și implicarea în tratamentul farmacologic cu metadonă nu este obligatoriu în condiții de spital.		

C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ

C 1.1 Algoritm general de conduită a pacientului



C 1.2 Algoritmul tratamentului farmacologic cu metadonă



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C 2.1 Profilaxia

Tratamentul farmacologic cu metadonă a fost recunoscut drept un instrument cost-eficient în soluționarea problemelor de sănătate a dependenței de opiacee, de prevenire a răspândirii infecției HIV și a hepatitelor virale și de sporire a aderenței persoanelor HIV pozitivi la terapia ARV.

Totodată, constatăm și faptul, că tratamentul farmacologic cu metadonă contribuie atât la prevenirea supradozei și consumul ilicit de droguri, precum și la micșorarea criminalității printre acest contingent.

C.2.2.1 Screening-ul dependenței de opiacee

Caseta 1. *Screening-ul dependenței de opiacee*

1. *Screening-ul* privind determinarea gradului de dependență se va efectua la toate persoanele care consumă opiacee în cadrul vizitelor consultative și al consultațiilor în comisiile de expertiză narcologică;
2. *Screening-ul* privind consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora se va efectua doar cu acordul informat al pacientului, iar rezultatele acestuia nu vor servi drept cauză categorică pentru sistarea tratamentului;
3. *Screening-ul* în consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora în asociere cu analizele de urină, salivă, sânge, reflectă rezultatele tratamentului.

C.2.3 Conduita pacientului în tratamentul farmacologic cu metadonă*

Caseta 2. *Efectele tratamentului farmacologic cu metadonă**

Majoritatea beneficiarilor au nevoie de o doză cuprinsă între 60-120 mg/zi de metadonă pentru a stopa consumul de opiacee. Cercetările efectuate pînă în prezent au demonstrat că pacienții care primesc doze inadecvate de metadonă vor continua să folosească opiacee. Acești pacienți nu răspund la terapiile comportamentale și au nevoie de tratament de întreținere cu metadonă pe perioade de timp mai lungi. TFM va fi adecvat numai în cazul în care se administrează doze adaptate și individualizate.

C.2.3.1 Anamneza

Caseta 3. *Anamneza pacienților cu dependența de opiacee*

1. **Anamneza familiei** – ereditatea, boli psihice, alcoolism cronic, dependența de droguri.
2. **Anamneza vieții** - educația și condițiile de viață ale beneficiarului, studiile, condițiile spațio-locative și materiale ale familiei, atitudinea față de viața în familie.
3. **Anamneza bolii** – la ce vîrstă a consumat prima dată produse/substanțe stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora, primele cazuri de ebrietate pronunțată, particularitățile stării de ebrietate: fără schimbări evidente, cu afecțiuni somatice și cu dereglări psihice; durata consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora pînă la apariția primelor simptome de sevraj; evaluarea toleranței; înregistrarea de halucinații, idei delirante, stări obsesive, stări confuzionale; tratamentul precedent, evaluarea remisiunii.

4. **Activitatea profesională** – profesia, stagiul de muncă, cauzele schimbării locului de muncă, conflictele la serviciu, sancțiuni administrative.
5. **Antecedente personale** – maladii și traume psihice în copilărie, boli somatice și neurologice, traume craniocerebrale, probleme în familie (conflicte, divorțuri, deces al partenerului), conflicte la locul de muncă, tentative de suicid, etc.

C.2.3.2 Manifestările clinice

Caseta 4. Tabloul clinic în consum de opiacee

Dependența se dezvoltă în funcție de reacția individuală a persoanei, cu manifestări psihice și fizice, și se poate declanșa după câteva utilizări.

La utilizarea regulată de opiacee apare rapid dependența fizică și psihică cu manifestări severe la sistarea utilizării, manifestată prin sindrom de abinență.

Etapele dezvoltării dependenței de opiacee:

I etapă de dependență (psihică) - etapa dependenței psihice pentru droguri. Pacientul va crește treptat doza inițială. În pauze între administrarea substanței pacientul va manifesta sentimentul de insatisfacție, discomfort. Toleranța va crește rapid la această etapă. În cazul substanței pure de opium (heroina) se observă o trecere mai rapidă în a 2 etapă. La pacienții care consumă derivați de opiacee (precum acetatul de opium (Shirka)) se păstrează toleranța mai îndelungată față de preparat și trecerea în 2-a etapă poate apărea mai târziu. Heroina sau derivații de opiacee pot de asemenea fi inhalați sau injectați. Dependența psihică se manifestă prin dorința obsesiv-compulsivă de satisfacție și eliminare a disconfortului mental. La această etapă nu se atestă modificări psihice.

A II etapă de dependență (somatică), se referă la formarea sindromului dependenței fizice față de droguri. La această etapă organismul persoanei se adaptează la drogul consumat, iar sistarea utilizării poate provoca o varietate de tulburări funcționale care caracterizează sindromul de sevraj. Toleranța crește considerabil.

Sindromul de sevraj - un set complex de tulburări psiho-somatice care apare la 6-12 ore după întreruperea administrării de opiacee. Abinența este o stare foarte gravă, care survine cu dureri severe ale corpului și reprezintă o amenințare pentru viața pacientului din cauza posibilității de colaps, insuficiență cardiacă congestivă, aritmii cardiace, și uneori psihoză sau convulsii.

La nivel fizic apar manifestări de hipersalivație, rinoree, stări contradictorii de căldură și frig. Apar dureri musculare. Se reduce pofta de mâncare. Pot apărea vomă, diaree, dureri puternice în zona abdomenului. Modificările neurologice sunt exprimate sub formă de tulburări vegetative (xerostomie, constipație, devieri a tensiunii arteriale, etc). La această etapă modificările de ordin psihic devin vizibile și se manifestă prin psihopatizare severă a sistemului de valori, manifestat prin indiferență față de rude, față de preocupările anterioare.

Sub aspect psihic se înregistrează stări de tristețe, nervozitate, apatie, tulburare a atenției, stări depresive, etc.

În cazul intoxicației cu opiacee se constată mioză: pupilele devin foarte mici, reacție la lumină nu se atestă sau este foarte lentă. Un alt semn - mâncărimea pielii (mai ales a nasului) și a jumătății superioare a corpului. A treia caracteristică importantă este paliditatea tegumentelor. Intoxicației cu opiacee îi este de asemenea caracteristic uscăciunea pielii și a mucoaselor. Limba - roză, saburală.

A III etapă - etapa patologiei psihice și somatice cu modificări considerabile la nivel de

psihicul pacientului. Dispepsia crește, lipsește complet pofta de mâncare, vome regulate, diaree cronică care duce la pierderea în greutate. Pacienții la acest stadiu al maladiei sunt apatici, slabi, cu tensiune arterială redusă, se încetinește ritmul cardiac, se pierde din coordonarea mișcărilor. Predomină astenia și adinamia. Se atestă îmbătrânirea generală, tulburări trofice, dinții își pierd smalțul, căderea părului; dereglări ale anumitor organe sau sisteme: cardiovascular, genito-urinar, respirator, tractul gastro-intestinal, creșterea epuizării. La un stadiu avansat de dependență de opiacee toate sindroamele maladiei sunt complicate și agravate. Toleranța la opiacee scade, de asemenea survine necesitatea întreruperii utilizării în perioada discomfortului somatic. Euforie practic nu se observă, se reduce efectul stimulator al preparatului. Dependența psihică este doar parțial satisfăcută. La acești pacienți se observă în scădere proprietățile pronunțate a capacităților intelectual-mentale.

Notă: La examenul fizic pot fi constatate semne de consum al produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora și/sau complicații legate de administrarea acestora. La planificarea tratamentului, este necesar de constatat și de ținut cont de complicațiile somatice în urma dependenței de opiacee sau de alte etiologii.

Evaluarea ulterioară a gradului de severitate a dependenței de opiacee și a planificării tratamentului, trebuie să fie efectuate de medicul psihiatru-narcolog sau un alt specialist cu competențe corespunzătoare, fie în colaborare activă a acestora.

Caseta 5. Evaluarea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora și a dependenței

- Colectarea anamnezei privind produse/substanțe stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora, tratamentul narcologic, precum și examenul fizic.
- Anamneza narcologică trebuie să includă următoarea informație:
 - ✓ Lista substanțelor întrebuițate, inclusiv alcoolul și combinații de substanțe psihoactive;
 - ✓ Vârsta pacientului în momentul începerii consumului;
 - ✓ Modalitatea de consum a produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora;
 - ✓ Caracteristica consumului pe parcursul vieții (în ultima perioadă și în momentul examinării);
 - ✓ Schimbarea efectului substanțelor psiho-active în decursul timpului;
 - ✓ Anamneza toleranței, supradozei și a sindromului de sevraj;
 - ✓ Perioadele de abținere și tentativele de stopare a consumului de produse/substanțe stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora;
 - ✓ Complicațiile legate de consumul produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora (hepatite, abcese, HIV/SIDA infecție.);
 - ✓ Probleme curente, inclusiv gradul de dependență;
 - ✓ Caracterul și rezultatele tratamentelor precedente ale dependenței.

Notă: La examinarea medicală pot fi constatate semne de consum a produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora și/sau complicații legate de administrarea acestora. La planificarea tratamentului este necesar de constatat și de ținut cont de complicațiile somatice ale dependenței de opiacee sau de alte etiologii.

Evaluarea ulterioară a gradului de severitate a dependenței de opiacee și planificarea tratamentului, trebuie să fie efectuate de medicul psihiatru-narcolog sau de un alt specialist cu competențe corespunzătoare.

Caseta 6. *Tabloul clinic al supradozei*

Se manifestă:

- ritm respirator și cardiac modificat,
- incapacitatea de a articula cuvintele;
- pierderea coordonării motorii;
- creșterea sau scăderea temperaturii corpului;
- puls anormal;
- stare confuzională avansată;
- vomă;
- leșin;
- inconștiență;
- comă.

Notă: Algoritmul intervenției în cazul supradozei: chemarea salvării, culcarea persoanei pe burtă cu mâna stângă îndoită sub cap și cu dreapta lateral, asigurarea că nu are o îmbrăcămintă strânsă pe corp, care să-i îngreuneze respirația, învelirea cu o haină care să-i țină cald, verificarea respirației și pregătirea pentru respirație „gură la gură”.

C.2.3.3 Diagnostic

Caseta 7. *Investigații paraclinice*

Obligatoriu:

- Efectuarea testelor de determinare a produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora în lichidele biologice ale organismului (urină, salivă, sânge).
- Consultația psihologică.

Recomandat:

- Efectuarea testelor de determinare a produselor/substanțelor stupefiante sau a medicamentelor cu efecte similare acestora în lichidele biologice ale organismului (urină, salivă, sânge), pot fi efectuate pe parcursul tratamentului la indicația medicului.

Notă: Pacienților cu maladii concomitente li se vor efectua investigații paraclinice suplimentare la recomandarea medicilor de profilul respectiv.

Caseta 8. *Criteriile de diagnostic în dependența de opiacee:*

1. Toleranța este determinată de:

- necesitatea de creștere marcantă a dozei de substanță pentru a atinge nivelul de intoxicație (efectul);
- diminuarea marcantă a efectului, dacă se continuă consumul aceleiași cantități de substanță;

2. Sevrajul este relevat de următoarele situații:

- apariția sindromului caracteristic de sevraj la întreruperea consumului;

- substanța respectivă (sau alta înrudită) este consumată pentru a ameliora sau a îndepărta sindromul de sevraj;
3. Substanța este adesea consumată în cantități mai mari sau pentru o perioadă mai de lungă durată decât individul a intenționat inițial;
 4. Există o dorință persistentă de consum sau de eșecuri la intenția de a întrerupe acest consum;
 5. O mare perioadă de timp este consacrată necesității de a obține substanța;
 6. Activitățile de importanță socială, ocupaționale sau recreaționale sunt reduse sau anulate din cauza consumului de substanță;
 7. Consumul de substanță este continuat în pofida faptului că pacientul este conștient de problemele de sănătate.

C.2.3.4 Diagnosticul diferențiat

Caseta 9. Criteriile de diagnostic diferențiat în dependența de opiacee

În pofida unor diferențe farmacologice între anumite substanțe psihoactive, semnele de dependență și de intoxicație sunt similare, tratamentul fiind și el în majoritatea cazurilor aproximativ acelaș. Pentru diagnosticul diferențiat este necesară clinica manifestărilor specifice a stării de ebrietate, consumului și/sau ale consecințelor, analizele expres de laborator precum și analiza sângelui pentru identificarea substanței psihoactive consumate.

1. Diagnosticul diferențiat se va efectua în cazul consumului de:

- benzodiazepine
- psiho-stimulente: efedrine, LSD, cocaina;
- alcool
- steroizi anabolici
- barbiturate
- psilocibin
- codeina
- canabis

2. Diagnosticul diferențiat cu maladii psihice:

- schizofrenie
- depresie
- dereglare bipolară
- consecințele traumatismului cranio-cerebral
- oligofrenie

Caseta 10. Condițiile pentru includerea în tratamentul farmacologic cu metadonă

1. Tulburările mentale și de comportament legate de consumul de opiacee (CIM-10): F11.0-F11.9
2. Vârsta mai mare de 18 ani
3. Actul de identitate.

1. Indicații relative:

- 1) Riscul de apariție sau prezența problemelor de sănătate generate de utilizarea injectabilă a opiaceelor (hepatite, septicemie, HIV/SIDA).
- 2) Maladii concomitente (boli maligne, diabet zaharat, dereglări psihice, tuberculoză pulmonară).

- 3) Tratament antidrog în mod repetat, fără succes.
- 4) Dorința de a-și schimba comportamentul dependent, determinat de consumul substanțelor stupefiante (opioace), intravenos.
- 5) Contact permanent cu lucrătorii medicali implicați în această activitate.

C.2.3.5 Prognostic

Caseta 11. Prognosticul dependenței de opioace:

Ca și în cazul altor afecțiuni cronice, dependența de opioace are o evoluție progredientă, iar tratamentul farmacologic cu metadonă contribuie la sporirea calității vieții, adaptarea și reabilitarea psihosocială.

C. 2.3.6 Criterii de spitalizare

Pentru administrarea tratamentului farmacologic cu metadonă nu este obligatoriu spitalizarea. Screeningul, diagnosticul, prescrierea și administrarea tratamentului se vor face în condiții de ambulator.

C.2.3.7 Tratament farmacologic cu metadonă

Caseta 12. Plan individual pentru pacientul în TFM

Pasul I – interviul motivațional, care este o tehnică cognitiv-comportamentală prin care pacientul este ajutat să-și rezolve ambivalența și să se angajeze într-o schimbare comportamentală. Interviul motivațional are ca obiectiv conștientizarea problemei și necesitatea de TFM. În cadrul interviului se va accentua specificul și durata tratamentului.

Pasul II – consolidarea angajării în schimbarea comportamentală și luarea deciziei pentru inițierea TFM discutând aspectele negative și pozitive ale tratamentului. Semnarea Acordului (anexa 2).

Pasul III – planul de acțiuni, inclusiv schema de tratament, asistența psiho-socială și stabilirea responsabilităților pacientului.

Pasul IV – prevenirea recăderilor. Evaluarea și abordarea situațiilor de risc, care pot provoca recidiva și abandonarea TFM.

Pe parcursul TFM, poate fi implicat asistentul social, psihologul și consultantul de la egal la egal, inclusiv din cadrul asociațiilor obștești, care prestează servicii de asistență psiho-socială persoanelor dependente în conformitate cu acordul de parteneriat (anexa nr.7).

Caseta 13. Durata tratamentului farmacologic cu metadonă (TFM)

- Menținerea în tratament pentru un termen lung – prescriere și stabilizare pentru 6 luni și mai mult. Dependența de opioace este o patologie cronică, iar eficiența tratamentului se constată după administrarea îndelungată.
- Alegerea schemei de TFM este în funcție de gradul de dependență, de starea de sănătate fizică și mentală, de situația curentă și suportul social. Doza optimă recomandată de OMS 60-120 mg.
- Detoxifierea pentru un termen scurt – durata 2 săptămâni.

Notă: Prin administrarea dozelor inițiale de metadonă se urmărește scopul de a reține pacientul în tratament, de a atenua sindromul de sevraj și de a asigura siguranța (evitând supradoza și decesul). Durata TFM depinde de starea de sănătate și socială a pacientului.

Se recomandă încurajarea pacienților, astfel încât aceștia să rămână în tratament pentru cel puțin 12 luni în vederea stabilizării comportamentului.

Tabelul.1 Dozele de conversie a heroinei în metadonă pentru stabilirea dozei inițiale:

Cantitatea de heroină zilnic	Calea de administrare	Doza inițială de Metadonă detoxificare	Doza inițială de Metadonă stabilizare
0,25 mg	inhalat i.v.	10-25 mg 15-35 mg	10-40 mg 15-45 mg
0,5 mg	inhalat i.v.	15-50 mg 25-60 mg	20-50 mg 30-65 mg
0,75 mg	inhalat i.v.	25-65 mg 25-70 mg	35-75 mg 35-85 mg
1 g	inhalat i.v.	30-80 mg 30-90 mg	35-85 mg 35-100 mg
1,5 g	inhalat i.v.	45-100 mg 45-110 mg	45-120 mg 45-120 mg
2 g	inhalat i.v.	50-120 mg 50-120 mg	50-130 mg 50-130 mg

Schemele de detoxificare cu metadonă, pentru un termen scurt (2 săptămâni):

Schema I	Schema II
20mg, pentru 3 zile	30mg, pentru 3 zile
15mg, pentru 3 zile	25mg, pentru 2 zile
10mg, pentru 3 zile	20mg, pentru 3zile
5mg, pentru 3 zile	15mg, pentru 2 zile
	10mg, pentru 3 zile
	5mg, pentru 2 zile

Caseta 14. Inițierea TFM pentru un termen de 6 luni și mai mult:

Este recomandabil ca TFM să înceapă dimineața și la începutul săptămânii, astfel încât concentrația maximă să se realizeze pe perioada în care instituția medicală funcționează și se poate interveni.

- Prin administrarea dozelor inițiale de metadonă se urmărește:
 - a reține pacientul în tratament;
 - a atenua sindromul de sevraj;
 - a asigura siguranța pacienților (evitând supradoza și decesul).
- Doza inițială se stabilește în funcție de severitatea dependenței și nivelul de toleranță.

3. 20-30 mg sau o doză mai mică se consideră a fi nepericuloasă pentru o persoană cu o greutate a corpului de 70 kg, chiar în cazul în care persoana nu consumă opiacee.
4. Doză suplimentară de 5-10 mg poate fi administrată doar peste 3-4 ore după administrarea primei doze și/sau în cazul în care se manifestă sindromul de sevraj.
5. Doza de metadonă poate fi majorată cu 5-10 mg pe zi în cazul în care se manifestă sindromul de sevraj și/sau pacientul acuză probleme de sănătate.
6. Obiectivele urmărite în cadrul TFM în primele 2 săptămâni sunt:
 - selectarea dozei optime, individual;
 - stabilizarea stării sănătății.
7. În această perioadă, pacientul se examinează zilnic, în scopul excluderii intoxicației și sindromului de sevraj. De regulă, starea pacientului se stabilizează la administrarea zilnică a 60-120 mg de metadonă, care este suficientă pentru a suprima manifestările sindromului de sevraj.

Caseta 15. Administrarea metadonei în doze de întreținere

1. Doza de întreținere cu metadonă se stabilește în mod individual. Doza zilnică, recomandată de OMS este de 60-120 mg metadonă.
2. Conform indicațiilor medicale, doza zilnică poate fi administrată în două prize.
După stabilizarea stării sănătății, a schimbărilor pozitive în familie, a abandonării consumului de substanțe adiționale confirmate prin narcotestare, precum și excluderea riscului de folosire abuzivă a metadonei, medicul poate recomanda eliberarea metadonei pentru tratament la domiciliu (*caseta 19*).

Caseta 16. Finalizarea tratamentului farmacologic cu metadonă*

1. Durata TFM depinde de starea de sănătate și socială a pacientului.
2. Încurajarea pacienților astfel, încât aceștia să rămână în tratament pentru cel puțin 12 luni în vederea stabilizării schimbărilor comportamentale.
3. Suspendarea bruscă a TFM poate cauza sevraj.
4. Se recomandă ca doza de metadonă să fie redusă cu 10 mg săptămânal, până când aceasta atinge 40 mg în zi, ulterior doza va fi micșorată cu 5 mg săptămânal până la 0.
Ritmul de reducere a dozei urmează a fi coordonat cu pacientul. În cazul în care administrarea metadonei trebuie finalizată mai devreme, este posibil de întrerupt TFM și de administrat terapia simptomatică (antidepresive, complex de vitamine etc).

Caseta 17. Reluarea tratamentului farmacologic cu metadonă după întreruperea de scurtă durată

1. În cazul în care pacientul nu a administrat doza de metadonă o zi - nu este necesar de modificat schema tratamentului;
2. Dacă pacientul nu a administrat doza de metadonă* prescrisă 2 zile consecutiv, se recomandă administrarea dozei obișnuite cu condiția că nu există semne de intoxicare;
3. În cazul în care pacientul nu a administrat doza de metadonă* 3 - 4 zile consecutiv, se recomandă administrarea unei doze reduse cu 50%, de la doza administrată anterior.
În cazul în care pacientul nu a administrat doza de metadonă* timp de 5 zile

consecutiv și mai mult, tratamentul va fi reluat cu o doză de 20-30 mg și va fi continuat ca în cazul unui pacient nou-venit.

Caseta 18. Administrarea metadonei în caz de vomă

1. În cazul în care pacientul a vomitat doza de metadonă*, medicul poate prescrie suplimentar aceeași doză întocmind ulterior un proces-verbal și făcând înscrierile respective în fișa medicală de ambulator a bolnavului;
2. Dacă pacientul a vomitat în limita de 15 minute după consumarea metadonei se recomandă să i se prescrie o nouă doză;
3. În cazul în care pacientul a vomitat peste 15-30 minute după consumarea metadonei se recomandă să i se prescrie 50% din doza stabilită;
4. Dacă pacientul a vomitat peste o perioadă de timp mai mare de 30 minute după consumarea metadonei*, altă doză nu se prescrie.

C.2.3.7.1 Criterii pentru prescrierea metadonei la domiciliu

Caseta 19. Prescrierea metadonei la domiciliu și mecanismul de eliberare

1. Prescrierea metadonei* la domiciliu.

Evaluarea stabilității pacientului, în vederea prescrierii metadonei la domiciliu, pentru ultimele 4 luni, trebuie să includă următoarele criterii:

Obligatoriu:

angajamentul continuu la tratament controlat – aderența la TFM cel puțin 4 luni;

- abandonarea consumului ilicit de droguri pe tot parcursul TFM, confirmat prin screening;
- stabilizarea stării sănătății.

Adițional (avantaje):

- stabilitatea socială: angajarea în câmpul muncii și/sau continuarea studiilor în instituții de învățământ;
- situația familială favorabilă: mediul familial de suport sau progres în ameliorarea situației familiale;
- receptivitatea și cooperarea confirmată prin relațiile adecvate cu medicul și asistentul social.

2. Mecanismul de eliberare a metadonei, pentru continuarea tratamentului la domiciliu (pentru consum individual):

- Prima etapă: dacă corespunde criteriilor de mai sus se eliberează 2 doze de metadonă pentru weekend, pe parcursul primei luni.
- A doua etapă: evaluarea stabilității cu eliberarea ulterioară a metadonei la domiciliu, de 2 ori în săptămână, pentru o perioadă de o lună.
- A treia etapă: evaluarea stabilității de către medic cu eliberarea ulterioară a metadonei la domiciliu săptămânal, pe parcursul lunii.

Notă: Pe parcursul TFM la domiciliu, medicul narcolog este liber să solicite inopinat prezentarea pacientului în cadrul cabinetului, pentru evaluarea consumului ilicit de droguri, confirmat prin narcotestare. În cazul depistării consumului ilicit de droguri, prescrierea metadonei la domiciliu se stopează cu reîntoarcerea ulterioară la etapa inițială. Decizia de stopare a prescrierii metadonei la domiciliu poate fi luată și în cazul neprezentării la medic, fără motiv obiectiv.

C.2.3.7.2 Asigurarea continuității tratamentului în cazul imposibilității de a frecventa cabinetul de tratament din motive obiective

(internarea în instituții medicale, izolatoare de detenție preventivă, instituții sociale rezidențiale)

Caseta 20. Algoritmul TFM pentru pacienții cu imposibilitate de a frecventa cabinetul

1. Pacientul (reprezentantul legal, rudele sau însoțitorii) comunică personalului medical sau lucrătorilor de poliție (felcerul izolatorului de detenție preventivă a Inspectoratului General de Poliție (IGP) că se află în TFM.
2. Lucrătorul medical și/sau colaboratorul de poliție comunică prin telefon, iar la necesitate solicită consultația medicului narcolog la locul spitalizării sau detenției.
3. De comun acord cu specialiștii instituției medico-sanitare publice se confirmă sau se stabilește doza de metadonă, în dependență de medicația concomitentă și a posibilelor interacțiuni cu alte medicamente.
4. Medicul narcolog este informat și asigură consultația la necesitate.
5. În cazul când instituția medicală/rezidențială sau de detenție preventivă nu asigură TFM, acesta este asigurat, zilnic, de către lucrătorii medicali din cadrul instituției care asigură tratamentul.
6. În cazurile când instituția/izolatorul posedă condițiile necesare de păstrare a substanțelor narcotice conform actelor normative în vigoare, Metadona*** pentru pacient poate fi transmisă pentru 5 zile cu păstrarea ulterioară, conform cerințelor și administrarea zilnică sub observația personalului medical al instituției, respectând cerințele de documentare.
7. Instituțiile medicale care asigură TFM vor semna acorduri de parteneriat cu instituțiile medicale și IGP pentru asigurarea continuității TFM (anexa 8).
8. Modalitatea de asigurare a continuității TFM persoanelor din instituții medicale, sociale și izolatoare de detenție preventivă ale MAI se va efectua conform instrucțiunii (anexa 9).

C.2.3.7.3 Particularitățile de aplicare a tratamentului farmacologic cu metadonă* în cazul pacienților cu maladii infecțioase

Caseta 21. Infecția cu HIV

În cazul utilizatorilor de droguri injectabile, HIV/SIDA-infecțați, după stabilizarea dozei de metadonă* se recomandă terapia antiretrovirală (ARV). În acest caz, supravegherea medicală se va efectua în colaborare cu medicul infecționist.

Din cauza riscului ridicat de răspândire a HIV prin intermediul echipamentului injectabil, pacienților cu dependență de opiacee li se va acorda prioritate la terapia antiretrovirală.

Caseta 22. Hepatita virală B și C (HVC)

1. Se recomandă ca beneficiarii TFM să fie testați la markerii Hepatititei virale B și C și să fie vaccinați contra hepatitei B.
2. Beneficiarii TFM vor fi încurajați pentru tratamentul HCV.

Caseta 23. Tuberculoza pulmonară

1. La încadrarea în TFM și ulterior anual, pacienții vor fi testați la tuberculoză.

2. La identificarea pacientului infectat cu TBC, medicul narcolog recomandă consultația medicului ftiziopulmonolog, continuând astfel TFM concomitent cu tratamentul antituberculos.

Caseta 24. *Intervenția pe perioada de graviditate și alăptare.*

1. Femeile aflate în TFM vor fi încurajate să continue tratamentul chiar și în cazul când rămân însărcinate.
2. Femeilor gravide cu dependență de opiacee se recomandă TFM, care prezintă un risc minim pentru dezvoltarea fătului în comparație cu daunele aduse prin consum de heroină.
3. Medicul care supraveghează TFM recomandă femeii însărcinate să se adreseze la medicul ginecolog pentru luarea la evidență și supravegherea medicală pe tot parcursul sarcinii.
4. În al doilea și al treilea trimestru al sarcinii, ar putea fi necesară creșterea dozelor de metadonă, datorită metabolismului crescut și volumului de sânge circulant. După naștere, doza de metadonă, de asemenea, ar fi necesar să fie ajustată.
5. Unii copii născuți de femeile încadrate în TFM pot avea sindrom de sevraj, care, nefiind tratat, ar putea produce suferință enormă acestora, iar în cazuri rare, chiar crize.

Caseta 25. *Tratamentul farmacologic cu metadonă și tratamentul tulburărilor mentale concomitente*

1. Beneficiarii TFM trebuie evaluați în ceea ce privește tulburările mentale datorate consumului de droguri și de alte substanțe psihotrope la începutul tratamentului și ulterior, periodic. Depresia și anxietatea sunt cele mai des diagnosticate tulburări mentale.
2. La începutul tratamentului, depresia și anxietatea poate fi asociată cu sindromul de sevraj, care va diminua peste câteva săptămâni.
3. În cazul tulburărilor mentale concomitente, beneficiarii TFM necesită supraveghere și tratament de comun cu medicul psihiatru.

Caseta 26. *Metadona* în tratamentul paliativ*

Prescrierea metadonei în cazul maladiilor cardiologice și oncologice se efectuează conform Protocoalelor Clinice Naționale din domeniu.

C.2.3.8 Supravegherea

Caseta 27. *Supravegherea beneficiarilor în tratamentul farmacologic cu metadonă**

Supravegherea se va efectua la necesitate în colaborare cu medicul de familie, alți specialiști, precum și asistentul social care vor contribui la soluționarea multiplelor probleme de sănătate cauzate de consumul de droguri și de alte substanțe psihotrope în conformitate cu planul individual de tratament.

Obligatoriu:

Pe tot parcursul TFM, beneficiarii acestui tratament se vor afla sub supravegherea medicală la medicul narcolog din teritoriu în conformitate cu cerințele stipulate în ordinul Ministerului Sănătății nr.1043 din 18.10.2012 *Cu privire la aprobarea Regulamentului privind depistarea, înregistrarea și evidența persoanelor antrenate în consum de droguri și de alte substanțe psihotrope).*

C.2.3.9 Reabilitarea psiho-socială

Caseta 28. Asistența psiho-socială a beneficiarului în tratamentul farmacologic cu metadonă*

Concomitent, beneficiarii TFM sînt încadrați în programele de reabilitare psiho-socială cu scopul:

- sporirea nivelului de complianță pentru TFM și tratamentul ARV;
- asigurarea menținerii în tratament pentru o perioadă de cel puțin 6 luni;
- îmbunătățirea funcționalității sociale și calității vieții acestora.

La începutul TFM, asistentul social, în calitate de manager de caz (sau alt specialist) face o evaluare a stării sociale, precum și a nevoilor acestuia. Asistentul social întocmește un plan de asistență individuală, care include și aspecte de tratament individual și investigațiile clinice. În acest mod se va ține cont de nevoile pacientului, asigurând reintegrarea socială a acestuia. Planul de asistență individuală se va baza pe o evaluare minuțioasă și completă a nevoilor pacientului, a așteptărilor acestuia și a potențialului său practic.

Se recomandă includerea în planul de asistență individuală a următoarelor aspecte:

- vizita la medic, asistent social, psiholog și la alți specialiști în vederea screening-ului la HIV și/sau consultația acestora;
- măsuri de reabilitare socială;
- frecventarea ședințelor grupurilor de suport reciproc, consilierea membrilor de familie și alte măsuri.

În decursul intervenției psiho-sociale asistentul social:

- acționează în calitate de mediator în restabilirea (crearea) relațiilor familiale;
- îndeplinește rolul de mediator în acordarea serviciilor medicale, sociale și juridice;
- asigură informarea, consilierea și sprijinul în pregătirea documentelor;
- motivează pacientul și membrii familiei acestuia să participe la ședințele grupurilor de suport reciproc.

Concomitent, pe parcursul asistenței psiho-sociale, aceștia pot beneficia și de alte servicii specializate:

- Servicii de suport psihologic și psihoterapeutic individual și în grup;
- Grupuri de suport reciproc („de la egal la egal”);
- Servicii de asistență psihologică și psihiatrică în diagnosticul și în tratamentul dereglărilor psihice;
- Servicii de asistență socială și juridică;
- Servicii de suport a complianței la terapia antiretrovirală;
- Servicii de ajutor material și integrare socială.

Suportul psiho-social sporește semnificativ ponderea pacienților care abandonează consumul substanțelor psihoactive și aderă la asociațiile obștești din domeniu.

C.2.4. Complicațiile

Caseta 29. Efectele adverse cauzate de metadonă

Metadonă* poate cauza: dereglări de somn, senzație de greață, vomă (în special, la începutul tratamentului), constipație, reținerea urinei, tulburări de orientare, euforie, suprimarea respirației și a secreției salivare.

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

<p>D.1 Instituțiile de AMP</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie • asistenta medicului de familie
	<p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru • termometru • fonendoscop • ciocănaș neurologic • cântar • trusă pentru acordarea primului ajutor medical
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sol.Naloxoni
<p>D.2 Secțiile consultative a IMSP Spitale Raionale, Municipale și Republicane</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psihiatru-narcolog • terapeut • psiholog • asistent medical • asistent social • laborant • psihoterapeut
	<p>Utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dozator de metadonă • tonometru • fonendoscop • ciocănaș neurologic • electrocardiograf • expres teste pentru determinarea drogurilor • containere de laborator • pahare de unică folosință • safeu
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sol. Methadoni Hydrochoridy* • sol.Naloxoni • apă potabilă
	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psihiatru-narcolog • medici consultanți (neurolog, infecționist, terapeut, ginecolog, radiolog) • asistent medical • farmacist • psiholog • psihoterapeut

D.3 IMSP Dispensarul Republican de Narcologie	<ul style="list-style-type: none"> • asistent social
	Aparate, utilaj: <ul style="list-style-type: none"> • dozator de metadonă • tonometru • fonendoscop • electrocardiograf • laborator clinic și biochimic • ciocănaș neurologic • expres teste pentru determinarea drogurilor • containere de laborator • pahare de unică folosință • safeu
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none"> • sol. Methadoni Hydrochloridy* • sol.Naloxoni • apă potabilă

*Medicamentul nu este înregistrat în Nomenclatorul de Stat dar este recomandat de Ghidurile internaționale bazate pe dovezi.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori ponderea CDI care vor abandona consumul de opiacee și vor adera la tratament.	1.1 Rata pacienților noi înrolați în TFM (cantitativ).	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, înrolați în TFM, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, pe parcursul ultimului an.
		1.2 Rata pacienților care au rămas în TFM mai mult de 6 luni.	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, înrolați în TFM, care au păstrat aderența la tratament mai mult de 6 luni pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, pe parcursul ultimului an
		1.3 Rata pacienților care au ramas în TFM mai mult de 12	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, înrolați în TFM, care au păstrat aderența la	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, înrolați în TFM, care au păstrat aderența la

		luni.	tratament mai mult de 12 luni pe parcursul ultimului an x 100.	tratament mai mult de 12 luni pe parcursul ultimului an x 100
		1.4 Rata pacienților care au inițiat repetat TFM.	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, care au inițiat repetat TFM pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, pe parcursul ultimului an
		1.5 Nr. cumulativ de persoane în TFM.	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, înrolați în TFM, din momentul lansării programului TFM.	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, pe parcursul ultimului an
		1.6 Nr. punctelor noi (cabinet medical) de realizare a TFM în cadrul IMSP disponibile	Nr. punctelor noi (cabinet medical) de realizare a TFM în cadrul IMSP disponibile pe parcursul unui an.	Nr. total de insituții medicale care prestează servicii TFM
		1.7 Rata medicilor psihiatri-narcologi instruiți în TFM.	Numărul medicilor psihiatri- narcologi instruiți	Nr. total al medicilor psihiatri-narcologi instruiți pe țară
2.	A micșora riscul de îmbolnăviri prin hepatite virale B, C, D și HIV/SIDA printre utilizatorii de droguri injectabile	2.1 Proporția utilizatorilor de droguri injectabile, HIV infectați, pe parcursul unui an.	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, HIV infectați, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile, înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, pe parcursul ultimului an
		2.2. Proporția utilizatorilor de droguri injectabile, infectați prin hepatite virale B, C și D pe parcursul	Numărul de utilizatori de droguri injectabile, infectați prin hepatite virale B, C și D pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile, înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP Dispensarul

		unui an.		Republican de Narcologie, pe parcursul ultimului an
3.	A micșora numărul de decese cauzate de supradoză printre utilizatorii de droguri injectabile	3.1 Rata deceselor printre utilizatorii de droguri injectabile, pe parcursul unui an.	Numărul de decese printre utilizatorii de droguri injectabile, pe parcursul unui an x 100	Numărul total de utilizatori de droguri injectabile înregistrați în listele nominale de supraveghere medicală în cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie, pe parcursul ultimului an

BIBLIOGRAFIE

1. Donoghoe MC. Injecting drug use, harm reduction and HIV/AIDS. In Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC, eds. *HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management*, Copenhagen, World Health Organization, 2006.
2. Dublin Declaration 2004, Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Dublin, Government of Ireland, (http://www.eu2004.ie/templates/meeting.asp?sNavlocator=5,13&list_id=25, accessed 13 July 2006).
3. Preliceanu D, Cicu G, 2010. *Ghidul Clinic de Tratament Substitutiv al Dependentei de Opiacee*. Editura Asociației Psihiatrice România, București
4. Subata, E. și alții, 2010, *Protocol Clinic pentru medicii-Psihiatri din Lituania: Tratamentul Farmacologic cu Metadonă al Dependentei de Opiacee*, Asociația Psihiatrică Lituaniană, [http://www.vplc.lt/images/files/protocol_methadone LT 2010 02 02.pdf](http://www.vplc.lt/images/files/protocol_methadone_LT_2010_02_02.pdf).
5. Subata E., 2012, *Evaluarea serviciului Terapiei de Substituție cu Opiacee din Republica Moldova*, cu suportul Centrului PAS, UNODC Moldova și OMS Moldova, doc. Intern
6. UNODC, Principii de tratament al dependenței de droguri 2008, pag. 1 / UNODC, Principles of Drug Dependence Treatment 2008, pg. 1, Adicția de Droguri – boală medicală cronică, Yale, 2009, pag. 2 / Drug Dependence, a Chronic Medical Illness, Yale, 2009, pag. 2
7. WHO, 2004 a, *Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, (Evidence for Action Technical Paper; http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/evidenceforactionreprint2004.pdf, accessed 17 April 2006).
8. WHO, 2004b, *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users* Geneva, (Evidence for Action Technical Paper <http://www.who.int/hiv/pub/idu/en/drugdependencefinaldraft.pdf>, accessed 17 April 2006).
9. WHO, 2004c, *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*. Geneva, (Evidence for Action

- Technical Paper;http://www.who.intn/hiv/pub/prev_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf, accessed 17 April 2006).
10. WHO, 2007a. Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. WHO Copenhagen 2007 (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf> (English) or <http://www.euro.who.int/Document/E90174R.pdf> (Russian)).
 11. WHO, 2006a. Patient evaluation and Antiretroviral Treatment for adults and Adolescents (1). Clinical Protocol for the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
 12. WHO, 2006b. HIV/AIDS Treatment and care for Injecting Drug users (5). Clinical protocol for injecting drug users. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
 13. WHO, 2010, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*, World Health Organisation Press, http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf
 14. WHO/UNODC/UNAIDS, 2004 Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Position paper, WHO. Geneva. Accessed on 8th December 2008: www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html
 15. Rhodes T et al. 1999, HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics.
 16. Rhodes T, Simic M. 2005, Transition and risk environment. *BMJ*.
 17. Sambamoorthi U et al. 2000, Drug abuse, methadone treatment and health services use among injection drug users with AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*.
 18. UNODC, 2008. Treatment Capacity Building Package. http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html
 19. Buletin Informativ HIV, febr 2014
 20. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=345139>
 21. WHO, UNODC, UNAIDS. 2004a, *Reduction of HIV transmission in prisons*. Geneva, WHO, (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.05;
 22. <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/transmissionprisonen.pdf>, accessed 17 April 2006)
 23. WHO, UNODC, UNAIDS. 2004b, *Reduction of HIV transmission through drug-dependence treatment*. Geneva, WHO, (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.04;
 24. <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/drugdependencetreatmenten.pdf>, accessed 17 April 2006).
 25. WHO, UNODC, UNAIDS. 2004c, *Reduction of HIV transmission through outreach*. Geneva, WHO, (Evidence for Action on HIV/AIDS and Injecting Drug Use Policy Brief, HIV/2004.02;
 26. <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/throughoutreachen.pdf>, accessed 17 April 2006).
 27. WHO. 1974, *WHO expert committee on drug dependence*. Geneva, WHO, (WHO Technical Report Series No. 551).

28. World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2005, Antiretroviral therapy and injecting drug users. Geneva, WHO, (Evidence for Action Policy Brief, WHO/HIV/2005.01).
29. LEGEA Nr. 133 din 08.07.2011 privind protecția datelor cu caracter personal, HG Nr. 1123 din 14.12.2010 privind aprobarea Cerințelor față de asigurarea securității datelor cu caracter personal la prelucrarea acestora în cadrul sistemelor informaționale de date cu caracter personal
30. Ordinul MAI nr. 31 din 27 ianuarie 2004 „despre instituirea, amenajarea și înzestrarea punctului medical al comisariatului de poliție raional”, inclusiv anexa cu remediile medicale ale trusei portative, care se reînnoiește lunar.
31. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=315077>
32. http://www.amed.md/tc_userfiles/file/Legislatie/Ordine%20MS/Ordinul%20MS%2071%20din%2003_03_99%20Evidenta%20stupefiante.pdf
33. Domeniu de reglementare de către convențiile internaționale privind drepturile omului CEDO, CAT, CPT, legislația națională în vigoare, inclusiv legea nr. 1349 din 17.10.97 privind avocații parlamentari.
34. McGlinchey and others v. The United Kingdom (Application No. 50390/99), judgement of 29 April 2003, para. 57).
35. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 828 din 31.10.2011
36. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan Mendez, 01 februarie 2013, Human Rights Council, p. 73
37. http://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf?ua=1
38. Ordinului Ministerului Sănătății nr.1043 din 18.10.2012 Cu privire la aprobarea Regulamentului privind depistarea, înregistrarea și evidența persoanelor antrenate în consum de droguri și de alte substanțe psihotrope.
39. Legea Ocrotirii Sănătății nr.411 din 28.03.1995 (articolul 17, 28, 35, 43),
40. Legea nr.713 din 06.12.2001 Privind controlul și prevenirea consumului abuziv de alcool, consumului ilicit de droguri și de alte substanțe psihotrope (articolul 4)
41. Legea nr.382 din 06.05.1999 cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor.
42. Ordinul nr.478 din 09.07.2011 cu privire la aprobarea Regulamentului Comitetului Permanent de Control asupra Drogurilor de pe lângă Ministerul Sănătății,
43. Ordinul nr.71 din 03.03.1999 cu privire la păstrarea, evidența și eliberarea produselor și substanțelor.

Recomandări metodice pentru lucrătorii medicali privind tratamentul farmacologic cu metadonă

Dependența reprezintă o stare complexă, care influențează negativ sănătatea utilizatorilor de droguri, bunăstarea populației și a sistemului de ocrotire a sănătății în general; în special în caz de consum de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora.

Actualitatea problemelor generate de consumul de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora se datorează faptului că acestea determină multiple dereglări de sănătate și sociale, care la nivel național se pot reflecta prin creșterea mortalității, morbidității și a infraționalității. Consumul de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte similare acestora depășește limitele cercului tradițional afectat de acest flagel, răspândindu-se larg în societate prin folosirea ocazională sau permanentă. Caracterul ascuns al acestui fenomen limitează posibilitatea cunoașterii situației reale, a problemelor și a factorilor predispozanți.

Studiile de identificare a factorilor principali determinanți și de evaluarea a ponderii fiecăruia dintre ei în actuala tendință epidemică menționează:

- cultivarea pe întreg teritoriul țării a materiei prime pentru producerea drogurilor – macul opiaceu și cânepa indiană;
- creșterea migrației populației;
- situația social-economică, șomajul tinerilor, sărăcia și nedreptățile sociale;
- abandonarea copiilor de către părinții plecați în străinătate în căutarea unui câștig și, respectiv, reducerea importanței educației în familie cu creșterea de influență a străzii și a prietenilor;
- deficiențe în promovarea și în realizarea măsurilor eficace de prevenție primară a răspândirii drogurilor;
- predispoziția genetică la consum.

Transformările sociale care au avut loc în Republica Moldova în anii '90 au contribuit la majorarea continuă a numărului de persoane antrenate în consumul de droguri și de alte substanțe psihotrope. Acest fapt a provocat probleme esențiale care vizează sănătatea publică, situația demografică, sporirea morbidității printre narcomani, (infecția HIV/SIDA, hepatite virale B, C și D), sporirea criminalității, a agresivității și a violenței în familie.

Datele statistice confirmă faptul că, în grupul consumatorilor de droguri injectabile (CDI), indicatorii morbidității prin maladiile nominalizate au valori destul de înalte.

Primul caz de infectare cu infecția HIV/SIDA a fost înregistrat în anul 1987, caracterul epidemic manifestându-se din anii '90. Analiza datelor relevă faptul că, începând cu anul 2001, printre utilizatorii de droguri se atestă o scădere a infecției HIV/SIDA de la 78,3% până la 33,7%, în 2005, și 28,4, în 2012, grație măsurilor întreprinse în acest sens.

Odată cu escaladarea epidemiei infecției HIV/SIDA a apărut necesitatea de promovare a măsurilor argumentate științific, de profilaxie, tratament și de reducere a riscurilor (de exemplu, repartizarea seringilor și a acelor, a soluțiilor dezinfectante și a prezervativelor, consilierea și testarea voluntară la HIV, tratamentul farmacologic cu metadonă, diagnosticul și tratamentul ITS în rândul grupurilor socialmente vulnerabile.

În ultimii ani populația a fost inițiată în probleme de narcomanie, consecințele, pericolul de contaminare a infecției HIV/SIDA măsurile de protejare, utilizând în acest sens toate formele și metodele de prevenție într-un comportament riscant.

În scop de micșorare a riscului de infectare cu HIV printre consumatorii de droguri injectabile, au fost promovate campaniile educaționale și informaționale, implicarea lor în programele de tratament, profilaxie, recuperare psihosocială, familială, profesională, etc. În orașele și în raioanele republicii, cu o morbiditate înaltă prin narcomanie, au fost acreditate programe de asistență psihologică și de schimb al seringilor getabile pentru consumatorii de droguri injectabile care nu manifestau dorința de a-și schimba comportamentul dependent, întru înștiințarea lor versus consecințele narcomaniei, comportamentul inofensiv și posibilitățile de micșorare a riscului de contaminare cu infecția HIV/SIDA.

Reducerea infectării cu HIV, asociată consumului de droguri injectabile, se atribuie impactului de implementare și programelor strategice de reducere a riscurilor pe tot teritoriul țării.

Principiile de bază în acordarea tratamentului farmacologic cu metadonă în rândul consumatorilor de droguri injectabile

Acordarea cu succes a TFM pentru consumatorii drogurilor injectabile trebuie să corespundă unor principii generale. Asistența medicală trebuie:

- ✓ să fie accesibilă;
- ✓ să fie gratuită;
- ✓ să fie loială, prestată de cadre cu atitudini nepărtinitoare;
- ✓ să corespundă necesităților individuale;
- ✓ să continue (prin intermediul sistemului medical) să asigure interacțiunea instituțiile medico-sanitare, serviciile sociale, asociațiile de CDI și familiile acestora.

Pe parcursul ultimilor ani, a fost creată baza legislativă și normativă cu privire la acordarea tratamentului farmacologic cu metadonă consumatorilor de droguri. Au fost elaborate și aprobate prin *Hotărârea Guvernului nr.948 din 05.09.2005 Programul Național de Profilaxie și Control al infecției HIV/SIDA și ITS pe anii 2010-2015*, Strategia IV, activitatea 3; nr.314 din 17.03.2007 *Pentru aprobarea Planului de acțiuni cu privire la combaterea narcomaniei și narcobusinessului pe anii 2010-2015*, Capitolul III, activitatea 3, p.3.14; ordinul Ministerului Sănătății nr.283 din 12.07.2007 *Cu privire la perfecționarea formelor și metodelor terapiei de substituție la bolnavii de narcomanie*. În cadrul IMSP Dispensarul Republican de Narcologie și Departamentul Penitenciar, din anul 2004 a fost implementat tratamentul farmacologic cu metadonă, cu scopul de ameliorare a sănătății publice, abandonare a consumului intravenos de droguri printre tineret, micșorare a riscului de îmbolnăviri prin hepatite virale și prin infecția HIV/SIDA printre consumatorii de

droguri, profilaxie a infecției HIV/SIDA în populație, majorare a eficacității tratamentului antidrog, diminuare a criminalității etc.

Datele științifice confirmă faptul, că tratamentul farmacologic cu metadonă, atunci când este realizată la standarde adecvate, este cea mai eficientă substituție medicamentoasă pentru dependența de opiacee intravenoasă. Ca rezultat, se atestă creșterea calității vieții pacienților și a familiilor acestora, modificarea stilului de viață a consumatorilor de droguri (comportament sociabil). Prin toate aceste avantaje ale TFM s-a dovedit a avea indicele de cost-eficiență maxim, între serviciile pentru consumatorii de droguri.

Avantajele tratamentului farmacologic cu metadonă în tratamentul dependenței versus substanțele stupefiante (opiacee)

Asistența medico-socială acordată pacienților afectați de narcomanie trebuie să fie prestată de specialiștii de divers profil, inclusiv medicii psihiatri-narcologi, asistente medicale, lucrători în teren, asistenți sociali și alții. Este un imperativ faptul că, organizațiile de stat și cele nonguvernamentale și asociațiile obștești să contribuie în acordarea asistenței medicale. Supervizarea și instruirea continuă a echipei asigură calitatea serviciului unui astfel de tratament farmacologic, adaptare și reabilitare psihosocială a acestui contingent.

În acest context, pentru implicarea în tratamentul farmacologic cu metadonă, bolnavul depune o cerere și își asumă anumite responsabilități privind respectarea contractului bilateral. După examinarea medicală complexă, determinarea indicațiilor și a contraindicațiilor de prescriere a metadonei, determinarea dozei optime de metadonă, care îi permite persoanei să activeze conform statutului profesional și social, aceasta este inclusă în tratamentul farmacologic cu metadonă în condiții de ambulator, sub supravegherea permanentă a medicului.

Tratamentul farmacologic cu metadonă contribuie la sporirea măsurilor de profilaxie a narcomaniei, a maladiilor concomitente și la crearea condițiilor de ameliorare a sănătății populației, în genere.

Avantajele tratamentului farmacologic cu metadonă în profilaxie:

- ✓ reține de la consumul produse/substanțe stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora în tratament;
- ✓ reduce riscul de transmitere a infecției HIV, a hepatitelor virale și a infecțiilor bacteriene;
- ✓ reduce necesitatea de spitalizare;
- ✓ ameliorează și facilitează procesul de respectare a regimului terapeutic TFM și monitorizarea clinică;
- ✓ facilitează accesul la tratament și la asistență specială, în caz de infecție HIV, și la asistența medicală generală.

Tratamentul narcologic contribuie la:

- ✓ reducerea consumului produselor/substanțelor stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora;
- ✓ reducerea de frecvență a acțiunilor ilicite;
- ✓ reducerea mortalității (supradozare);
- ✓ corectarea comportamentului asociat riscului ridicat de transmitere a HIV și a hepatitelor virale;

- ✓ facilitează integrarea socială a consumatorilor de droguri.
- Aceste avantaje pot fi realizate la maxim în caz de:
- ✓ prescriere a unor doze adecvate de Metadonă sau Buprenorfină;
 - ✓ programe de orientare pentru consumul produselor/substanțelor stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora și abandonarea completă a acestora în continuare;
 - ✓ prestare a serviciilor de diagnostic și de tratament asociate dereglărilor psihice, asistența în soluționarea problemelor sociale;
 - ✓ încheierea unui acord între pacient și medic, însoțit de o consultație în vederea reducerii consumului produselor/substanțelor stupefiante sau medicamente cu efecte similare acestora;
 - ✓ asigurare a accesibilității serviciilor medicale, inclusiv comoditatea amplasării acestora, orele de lucru și remunerarea;
 - ✓ crearea unui mediu adecvat.

Tratamentul farmacologic cu metadonă de scurtă durată

Se aplică pacienților cu o motivație stabilă în tratament pentru includerea lor în programele de reabilitare psiho-socială. Metoda constă în administrarea zilnică a soluției de metadonă în instituția medicală.

Doza inițială - 20 mg, apoi treptat se mărește optim, având capacitatea de a compensa lipsa heroinei sau a altor opiacee. Unii specialiști consideră această metodă intermediară între detoxicarea cu metadonă și tratamentul farmacologic cu metadonă.

Tratamentul farmacologic cu metadonă pe termen lung

Tratamentul farmacologic cu metadonă constituie tratamentul special organizat de administrare a preparatului de către consumatorii de droguri din grupul de opiacee, ce includ supravegherea sistematică a medicului și controlul de laborator nu mai puțin de 8 ori pe an. După cum Metadonă*** se absoarbe lent din tractul gastrointestinal, acțiunea ei se prelungește 24-26 de ore; se administrează intern, de obicei în formă lichidă (cu sirop dulce).

Adeții tratamentului, conform cercetărilor științifice, au obținut următoarele rezultate privind consumul metadonei, care duce la:

- ✓ diminuarea marcantă a atracției de heroină sau de alte opiacee;
- ✓ blocarea efectelor neurotice inclusiv euforia provocată de heroină sau de alte opiacee;
- ✓ normalizarea nivelului de beta endorfină;
- ✓ normalizarea sistemelor endocrine și imune ale organismului.

Toate aceste acțiuni duc la normalizarea stării psiho-fizice a pacientului și creează condiții benefice de reabilitare socială.

Calculul dozei optime de metadonă

- ✓ "dozele corecte" reflectă sarcinile puse în tratamentul farmacologic cu metadonă;
- ✓ dozele ilegale consumate de către consumatorii de droguri opiacee în diferite zone și diferite anotimpuri ale anului, variază la fiecare consumator;

- ✓ pentru a mări doza de metadonă, persoana poate exagera informația privind dozele ilegale consumate de opiacee;
- ✓ medicul psihiatru-narcolog trebuie să cunoască adevăratele cantități consumate de opiacee;
- ✓ Metadona*** este un opiaceu cu o acțiune de lungă durată;
- ✓ supradozarea metadonei poate provoca decesul persoanei, care se află în tratament;
- ✓ doze mici nu oferă eficacitatea scontată.

Reglementarea dozei se efectuează în primele trei zile, pentru a diminua consecințele în întreruperea drogării. Pacientul în aceste zile necesită o supraveghere medicală permanentă, pentru a preveni simptomele de sevraj. Dacă aceasta totuși se instalează, este necesar ca doza de 24 de ore să fie majorată cu 10-20%.

Scopul final al tratamentului farmacologic cu metadonă pentru un termen lung este refuzul deplin al pacientului de la consumul drogurilor ilegale și al metadonei. De regulă, după finalizarea tratamentului farmacologic cu metadonă, doza zilnică a preparatului se micșorează cu 10 mg la fiecare 2-3 săptămâni până la minim 20 mg.

Monitorizarea procesului tratamentului farmacologic cu metadonă

Monitorizarea eficacității tratamentului antidependență este realizată prin metode diverse:

- Deosebit de importantă este planificarea tratamentului și analiza cu regularitate a acestuia;
- Aceasta permite ameliorarea rezultatelor tratamentului farmacologic cu metadonă;
- În programul de tratament trebuie stabilite obiectivele pentru termene scurte, mediu și de durată;
- În conformitate cu rezultatele obținute se poate evalua eficacitatea tratamentului.
- Toate datele privind examinarea, tratamentul și rezultatele realizate trebuie să fie înregistrate în fișa medicală a pacientului cu includerea următoarei informații:
 - evaluarea rezultatelor examinării și a investigațiilor;
 - programul de tratament;
 - asistența psihologică și psihiatrică acordată;
 - asistența socială acordată;
 - rezultatele investigațiilor de laborator;
 - monitorizarea clinică;
 - datele despre respectarea recomandărilor curative;
 - circumstanțele sistării și ale finalizării tratamentului;
 - consimțământul pentru sistarea tratamentului;
 - acordurile convenite cu privire la supravegherea pacientului.
- Utilizarea măsurilor standardizate de evaluare, de exemplu, indicele gradului de dependență permite efectuarea unui control mai exact al stării pacientului.
- *Screening*-ul consumului de substanțe narcotice ilicite determinate prin analiza

urinei, care pot reflecta rezultatele tratamentului.

- *Screening*-ul administrării de substanțe narcotice este obligatoriu, testarea se efectuează cu acordul pacientului preventiv informat, rezultatele acestuia pot servi drept motiv pentru sistarea tratamentului.

Tabelul 1. Interacțiunea între Metadonă și preparatele ARV

Remediul ARV	Acțiunea remediului ARV asupra metadonei	Acțiunea metadonei asupra remediului ARV	Adnotare
I	II	III	IV
Inhibitori nucleozidici sau nucleotidici ai revers transcriptazei			
Abacavir	O micșorare ne semnificativă a concentrației metadonei. Risc cauzat de abținerea de opiacee. Corecția posologiei este puțin probabilă, dar la unii pacienți ar putea să fie necesară creșterea dozei metadonei.	Concentrația maximă se micșorează (cu 34%). Crește timpul de realizare a concentrației maxime.	Datele sunt limitate, deși un studiu a constatat o creștere a clearance-ului metadonei cu 22 la sută. Risc mic de abținere opiacee. S-ar putea să fie necesară corecția dozei metadonei.
Didanozină comprimate capsule	N-a fost relatată. Corecția dozei nu este necesară.	În combinație cu comprimatele concentrația se micșorează (cu 60%), iar în combinație cu capsulele – nu se schimbă.	Interacțiunea este studiată numai la administrarea comprimatelor în două prize timp de 24 ore. A fost lansată ipoteza că efectul este legat de micșorarea biodisponibilității didanozinei în condiții de pasaj diminuat în mediul acid al stomacului. Variații individuale majore în farmacocinetică didanozinei. Din moment ce n-a fost depistată vreo interacțiune în cazul capsulelor, predilecție

			se dă acestei forme de administrare.
Zidovudină	N-a fost relatată. Corecția dozei nu este necesară.	Creșterea considerabilă a concentrației (cu 43 la sută). Semnificația clinică nu este clară. Posibile efecte adverse.	Trebuie de monitorizat efectele adverse ale Zidovudinei. Controlul anemiei, greții, mialgiei, vomei, asteniei, cefaleei și al suprimării celulelor măduvei osoase ale beneficiarilor. Dacă concentrația minimă a metadonei este în limitele normei, probabil efectele toxice sunt cauzate de Zidovudină.
Lamivudină	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Interacțiunea nu este cunoscută.
Tenofovir	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Interacțiunea nu este cunoscută.
Emtricitabină	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Interacțiunea nu este cunoscută.
Inhibitori non-nucleozidici al transcriptazei inverse			
Nevirapină	Micșorare considerabilă a concentrației metadonei (cu 46%). Deseori se dezvoltă abstința metadonică. Majoritatea pacienților necesită o majorare considerabilă a dozei metadonei (cu 16%).	N-a fost relatată.	Într-un șir de investigații clinice asupra pacienților, cărora li s-a administrat metadonă pe o perioadă lungă de timp, debutul terapiei cu Nevirapină a solicitat majorarea dozei diurne a metadonei cu 50-100% pentru sistarea abstinței opiacee. Simptomele abstinței se

			dezvoltă, de regulă, peste 4-8 zile după administrarea Nevirapinei, deși reacția poate să se dezvolte și peste 2-3 săptămâni.
Efavirenz	Micșorare considerabilă a concentrației metadonei (cu 60%). Se dezvoltă des abstința metadonică. De regulă, este necesară majorarea considerabilă a dozei metadonei (cu 50%).	Nu este cunoscută.	Monitorizarea minuțioasă a semnelor de abțință metadonică și majorarea dozei la necesitate. Simptomele de abțință pot să se manifeste peste 2-3 săptămâni.
Inhibitori ai proteazei			
Lopinavir ritonavir	Micșorarea concentrației metadonei (cu 26-53%). Este posibilă apariția abținței, care dictează majorarea dozei. Efectele adverse pot imita abțința.	N-a fost relatată.	Este descrisă abțința metadonică. Este posibilă necesitatea majorării dozei metadonei.
Nelfinavir	Concentrația metadonei poate descrește (cu 29-47%). Semnele clinice ale abținței sunt observate rar. S-ar putea dicta necesitatea creșterii posologiei metadonei.	Concentrația poate descrește, dar semnificația clinică nu este certă.	În studiile care au dovedit micșorarea concentrației metadonei n-au fost constatate semne clinice ale abținței.
Ritonavir	Concentrația metadonei poate descrește (cu 37%). S-ar putea dicta necesitatea creșterii posologiei metadonei.	N-a fost relatată.	Studii limitate ca număr. Control minuțios al semnelor de abțință metadonică și majorarea dozei la necesitate.
Ritonavir	Concentrația metadonei	N-a fost relatată.	Studii limitate ca

tipranavir	se poate micșora (cu 50%). S-ar putea dicta necesitatea creșterii posologiei metadonei.		număr. Control minuțios al semnelor de abstenență metadonică și majorarea dozei la necesitate.
Saquinavir	N-a fost relatată.	N-a fost relatată.	Studii limitate ca număr, interacțiunea preparatelor n-a fost relatată.
Saquinavir 1600 mg + Ritonavir 100 mg Saquinavir 1400 mg + Ritonavir 400 mg	Micșorarea ușoară a concentrației metadonei (Saquina-vir/Ritonavir 1600/100 mg – cu 0-12%, Saquinavir/Ritonavir 1400/ 400 mg - cu 20%). N-au fost relatări despre sindromul de abstenență. S-ar putea să fie necesară corecția dozei metadonei.	Nu este studiată.	Ar putea fi necesară corecția dozei metadonei; este necesară supravegherea continuă.

Tabelul 2 Interacțiunea dintre metadonă și alte medicații (OMS, 2006).

Medicamentul psihotrop	Utilizare	Interacțiunea cu metadonă	Interacțiunea cu medicamentele antiretrovirale
Alprazolam (benzodiazepină)	Sedativă	Este dificil de estimat interacțiunea: suprimare adițională a SNC și calmare.	Eliminarea Alprazolamului se reduce cu 41 %. Ar trebui evitată administrarea benzodiazepinei (Alprazolam, Midazolam, Triazolam) împreună cu PI și EFV.
Desipramină	Antidepresant tri-ciclic	Este dificil de estimat interacțiunea. Probabilitate de sporire a toxicității TCA. Probabilitate de tulburări ale	Eliminarea Desipraminei se reduce cu 59%.

		ritmului cardiac; administrare precaută împreună cu Metadona***.	
Fluoxetină (SSRI)	Tratamentul tulburărilor depressive și compulsive.	În cercetările pre- clinice concentrația de metadonă s-a reduc. Probabilitate de tulburări ale ritmului cardiac; administrare precaută împreună cu Metadona***.	Concentrația de Ritonavir se mărește cu 19%.
Fluvoxamină (SSRI)	Tratamentul tulburărilor depressive și compulsive.	Este indicată creșterea concentrației de metadonă.	Interacțiunea nu este indicată.
Sertralină (SSRI)	Tratamentul tulburărilor depressive și compulsive.	Este indicată creșterea semnificativă (cu 26%) a concentrației de metadonă. Probabilitate de tulburări ale ritmului cardiac; administrare precaută împreună cu Metadona***.	N-a fost cercetată, nu este indicată.
Acid valproic	Antispasmodică	Nu sunt indicate	Concentrație sporită de ZDV în timpul studiului.
Carbamazepină	Antispasmodică	Concentrația de metadonă se reduce, poate cauza sindromul de sevraj, ar putea fi necesară majorarea dozelor de metadonă. Acidul valproic este o alternativă.	Poate avea loc interacțiunea. Se vor duce observări pentru depistarea toxicității și ajustarea dozei.

Fenitoină	Antispasmodică	Concentrația de metadonă se reduce, adesea semnificativ. Poate cauza sindromul de sevraj, ar putea fi necesară majorarea dozelor de metadonă.	Poate avea loc interacțiunea. Se vor duce observări pentru depistarea toxicității și ajustarea dozei.
Alte medicamente			
Fluconazol	Antifungic	Concentrația de metadonă crește cu 35%. Semnificația clinică nu este chiar clară, cu toate acestea, ar putea fi necesară reducerea dozelor de metadonă. Nu este indicat efectul toxic de metadonă. Efectul toxic al opiaceelor este sporit de alte antibiotice azole antifungice, de exemplu itraconazol, ketoconazol, voriconazol	Suprimarea potențială a caracterului activ în ambele direcții dintre fluconazol și PI. Toxicitate indicată când este administrat împreună cu NNRTI.
Interferon- α + ribavirină	Tratamentul hepatitei C	Reacțiile adverse ar putea fi similare celor în cazul sindromului de abținere la opiacee; ar putea fi indicată frecvent majorarea dozelor de metadonă. În timpul studiului, fiind administrată Metadona*** și pegiinterferon-	E posibilă sporirea toxicității unor agenți antiretrovirali din cauza infecției cu virusul hepatic C.

		<p>alfa2a, concentrația de metadonă a crescut cu 10-15%. Semnificația clinică nu este cunoscută. Observarea pacienților pentru a detecta efectele toxice ale metadonei.</p>	
<p>Rifampicină (Rifampină) Rifampină/isoniazidă</p>	<p>Tratamentul tuberculozei pulmonare</p>	<p>Este posibilă reducerea semnificativă a concentrației de metadonă cu 33 - 38%. S-ar putea manifesta sindromul de sevraj. Ar putea fi indicată majorarea dozelor de metadonă.</p>	<p>PI sunt contraindicate. Nu se permite administrarea Rifampinei împreună cu LPV, NFV, SQV.</p>
<p>Sildenafil</p>	<p>Tratamentul tulburărilor de erecție</p>	<p>Nu sunt indicate</p>	

Acordul între client și IMSP care aplică TFM (model)

Acordul între client și IMSP _____

nr. _____

din „____” _____ 20__

În conformitate cu ordinul Ministerului Sănătății nr.283 din 12.07.2007 se încheie Acordul bilateral între clien _____
(numele, prenumele, anul nașterii, domiciliul)

_____,
în cele ce urmează–client, și directorul general al IMSP _____,
în cele ce urmează “director general”, privind aplicarea TFM.

Angajamentele părților:

Clientul este obligat:

- Să consume Metadona*** în cabinetul programului de tratament farmacologic cu metadonă în prezența personalului medical sau în modul prescris la domiciliu dacă este eligibil pentru eliberarea la domiciliu.
- Să permită personalului medical de a se încredința de faptul că Metadona*** nu se ascunde.
- Să nu vândă și să nu transmită Metadona** altor persoane.
- Să nu fie agresiv față de personalul medical al instituției medicale și alte persoane participante în programul TFM.
- Să îndeplinească indicațiile personalului medical.
- Să nu vândă și să nu consume droguri ilegale și alte substanțe psihoactive în special în încăperea instituției medicale dar și în general.
- Să dea analiza urinei după indicația personalului medical, aflându-se în cabinet.
- Să păstreze bunurile materiale ale instituției medicale.
- Să nu fumeze în încăperea instituției medicale, la scări și alte locuri publice (sanctiunea poate fi fără observații suplimentare).

Clientul se informează că:

- ✓ În cazul încălcării regulilor mai sus menționate comisia medicală consultativă care a indicat tratamentul farmacologic cu metadonă, prescrie clientului sancțiune individuală.
- ✓ În cazul în care clientul este agresiv față de personalul medical sau față de alți participanți ai programului, pot fi inițiate măsuri pentru asigurarea securității personalului și contracararea comportamentelor delincvente.
- ✓ În cazul în care participantul programului nu se prezintă nemotivat în cabinetul tratamentului farmacologic cu metadonă timp de 7 zile este exclus automat din program.
- ✓ La prezența dezacordului cu Regulile indicate (acord) clienții nu se includ în tratamentul farmacologic cu metadonă

- Asigură condițiile respective în tratamentul farmacologic cu metadonă.
- Asigură clientul cu medicament, investigații necesare și supravegherea medicală în dinamică.
- Asigură anonimatul adresării pentru tratamentul farmacologic cu metadonă.

Acordul se întocmește în două exemplare: unul se eliberează clientului, al doilea se anexează la fișa medicală a bolnavului de ambulator (staționar).

L.Ș.

Director general

Clientul

Chestionar de colectare a informației inițiale în TFM (model)

Data îndeplinirii _____

Numele, prenumele _____

Anul nașterii, vârsta _____ Sexul _____

Adresa _____

Studiile _____

Ocupația

Situația familială _____

Inițierea consumului de produse/substanțe stupefiante sau de medicamente cu efecte
similare acestora _____

Termenul de utilizare sistematică de produse/substanțe stupefiante sau de
medicamente cu efecte similare acestora (anii) _____

Ultimele doze _____

Prețul unei doze medii zilnice _____

Cazuri de tratament ineficient _____

Abstinența cea mai îndelungată _____

Cine i-a recomandat tratamentul respectiv _____

Date suplimentare:

Prezența :

HIV/SIDA _____

Hepatitele B, C, D _____

Severitatea _____

Maladiile grave _____

Antecedentele penale _____

Durata tratamentului _____

Doriința de a continua tratamentul în condiții de ambulator _____

Semnătura clientului

Semnătura medicului

Instrucțiuni pentru medicii psihiatri-narcologi și psihologi versus tratamentul individual în TFM

I. Instrucțiune

- Pentru fiecare client, inclus în tratamentul farmacologic cu metadonă, se aprobă o schemă de tratament individual în procesul dialogului motivațional, pe parcursul căruia se elucidează problemele și necesitățile clientului. Această informație constituie axa tratamentului și a reabilitării pacientului. (Măsurile medicale se înscriu în *Fișa medicală a participantului* la program).

II. Aspecte ale schemei de activitate individuală

- Examinarea medicală generală.
- Examinarea medicală la HIV, TBC, hepatite, IST la includerea în TFM (mai apoi minim o dată în an).
- Examinarea medicală (boli complicate: septicemie, ulcer trofic și dereglări organice).
- Consultația psihologică.
- Selectarea dozei individuale a preparatului de substituție în condiții de staționar sau ambulator.
- Determinarea termenului de realizare a TFM.
- În cazuri necesare, corectarea dozei preparatului.
- Asigurarea consultației specialiștilor de profil.
- Graficul de consultații la narcolog.
- Planul tematic individual de consiliere la psiholog.
- Includerea în grupurile de susținere și de suport reciproc.
- Participarea clientului în grupurile psihoterapeutice și determinarea periodicității lor.
- Măsurile de resocializare (anexa *Planul de activitate al schimbării*).
- Testarea de laborator la consumul drogurilor ilegale.
- Tratamentul maladiilor concomitente.
- Corectarea/modificarea schemei de tratament confirmat lunar.

III. Schema de tratament individual

Examinare medicală generală _____

Examinarea medicală la HIV, TBC, Hepatite, IST la includerea în TFM (mai apoi minim o dată în _____)

Examinarea medicală la boli complicate (septicemie, ulcer trofic și dereglări organice) _____

Testarea psihologică _____

Determinarea dozei individuale a metadonei în condiții de ambulator

În cazurile necesare, corectarea dozei:

Data _____	Data _____
Data _____	Data _____
Data _____	Dat _____

Asigurarea consultației la specialiștii de profil (de exemplu, dermatovenerolog)

Graficul consultațiilor la medicul psihiatru-narcolog (o dată în 10 zile)

Planul tematic individual de consiliere la psiholog

Implicarea în grupurile de susținere și de suport reciproc

Implicarea clientului în grupurile psihoterapeutice și determinarea perioadei de implicare _____

Măsurile de resocializare (vezi planul de activitate în modificarea stilului de viață al pacientului)

Testarea de laborator la consumul de droguri ilegale (la necesitate)

Tratamentul maladiilor concomitente (la necesitate)

Strategia Reducerii riscurilor asociate consumului de droguri injectabile

Programele de Reducere a Riscurilor își direcționează activitățile asupra minimalizării riscurilor de ordin medico-social, asociate consumului de droguri sau comportamentului sexual riscant/periculos. Această abordare încearcă să diminueze problemele asociate comportamentele de risc, prin metode care să protejeze demnitatea, umanitatea și drepturile omului în cazul persoanelor care consumă droguri sau au comportamente cu risc sporit de infectare cu HIV.

Strategia de reducere a riscurilor, conform recomandărilor agențiilor ONU (OMS; UNAIDS; UNODC) include:

1. Dezvoltarea și implementarea timpurie a unor programe de prevenire, atunci când prevalența infecției cu HIV este încă mică.
2. Existența unui „pachet” coerent de activități pentru prevenirea răspândirii infecției HIV în rândurile consumatorilor de droguri injectabile, atât în sectorul civil cât și în penitenciare. Aceste activități includ:
oferirea/schimbul de echipamente sterile de injectare (ace și seringi),
 - accesul la TFM,
 - creșterea conștientizării și educarea consumatorilor vis-à-vis de riscul de infectare cu HIV (folosirea echipamentului steril de injectare și practicarea unui comportament sexual fără risc),
 - accesul la serviciile de consiliere și testare voluntară, îngrijire și tratament,
 - accesul la terapie antiretrovirală,
 - accesul la serviciile centrelor de prevenire, diagnostic și tratament ITS și la alte servicii de sănătate,
 - distribuirea de prezervative,
 - creșterea conștientizării și educarea partenerilor sexuali ai utilizatorilor vis-à-vis de riscul de infectare cu HIV,
 - distribuirea materialelor informaționale și organizarea activităților de instruire în vederea reducerii riscurilor (practicarea unui comportament sexual fără risc),
 - accesul la diagnosticul și/sau tratamentul hepatitelor virale,
 - accesul la diagnosticul și tratamentul tuberculozei,
 - accesul la serviciile de profilaxie a supradozărilor,
 - mobilizarea și participarea comunității beneficiarilor și a comunității în general la implementarea acestor măsuri.
3. Intervențiile trebuie să se bazeze pe outreach (munca în teren) și pe peer education (educația între egali).
4. Luarea în considerație a modelelor de bună practică.
5. Crearea unui cadru/mediu de susținere: reducerea sărăciei, scăderea ratei șomajului.
6. Crearea oportunităților pentru educație – prevenirea consumului de droguri, politici adecvate, legislație care să ofere sprijin pentru intervenție.

7. Concomitent cu toate aceste măsuri, trebuie să fie redusă cererea de droguri.

Aceasta presupune:

- educația în rândurile tinerilor, cu scopul de a-i informa și a le oferi susținerea necesară, pentru ca ei să nu înceapă consumul de droguri,
- încurajarea consumatorilor de droguri de a renunța la consumul de substanțe psiho-active, prin participarea lor la programele de tratament.

8. Identificarea obiectivelor comune cu comunitatea consumatorilor de droguri injectabile. Unul dintre principiile de bază este faptul că nu trebuie să te confrunți cu comunitatea beneficiarilor, ci să lucrezi în parteneriat cu ea.

Schimbul de seringi și TFM sunt cele mai eficiente intervenții de reducere a riscurilor asociate consumului de droguri.

Programele de reducere a riscurilor oferă servicii care răspund nevoilor consumatorilor de droguri și asigură „poarta de intrare” a acestora în sistemul de sănătate și asistență socială. Aceleași abordări și servicii bazate pe necesități specifice urmează a fi oferite și persoanelor care prestează servicii sexuale contra plată, bărbaților care întrețin relații sexuale cu alți bărbați, dar și altor grupuri cu risc sporit de infectare cu HIV.

Recomandări metodice pentru persoanele dependente de opiacee

1. Dependența de opiacee

Înseamnă pierderea controlului în consumul de opiacee și generarea numeroaselor probleme de sănătate, sociale, legale și financiare. Consumul repetat de opiacee puternice, cum este heroina, produce dezechilibrul anumitor funcții biologice, apariția sindromului de sevraj la încetarea consumului și care poate fi stopat doar prin administrarea unei doze de opiacee.

2. Ce este tratamentul farmacologic cu metadonă?

Tratamentul farmacologic cu metadonă reprezintă consumul substanțelor psihoactive legale, indicate persoanelor dependente de droguri (opiacee), sub supraveghere medicală. În multe țări ale lumii o astfel de substanță este Metadona*. Ea permite sistarea consumului de heroină sau de alte opiacee ilicite, fără declanșarea de simptome ale sindromului de sevraj, în condițiile de supraveghere medicală, psihologică și socială, cu scopul de a ameliora calitatea vieții clientului, oferind asistența de care acesta are nevoie.

3. Obiectivele tratamentului farmacologic cu metadonă

Programul vizează:

- Reducerea consumului până la refuzul complet de droguri ilegale.
- Excluderea supradozării și a cazurilor mortale asociate consumului de droguri ilegale.
- Ameliorarea stării de sănătate.
- Profilaxia infecției HIV și a hepatitelor virale.
- Posibilitatea de acordare a asistenței sociale.
- Ameliorarea relațiilor familiale, a relațiilor cu mediul.
- Stabilirea activității de învățământ și de muncă.
- Diminuarea cazurilor criminale.
- Posibilitatea de cultivare a personalității, dezvoltarea calităților morale.

4. Metadona* – un medicament de substituție

Metadona* este un medicament de substituție, care se prescrie în cazul dependențelor de opiacee. Doza optimală este acea doză, care practic diminuează atracția față de droguri, dar nu provoacă efect de relaxare sau de euforie. În cazul supradozării sau al creșterii rapide a dozei zilnice, se poate agrava sănătatea.

Ca orice medicament, administrarea metadonei este individuală. Dacă veți împărți doza dumneavoastră de metadonă cu altcineva, în afară de faptul că veți reduce din doza personală, puteți pune în pericol persoana care va face un supradoză de metadonă. O doză de la 10 până la 20 mg de metadonă poate fi mortală pentru copii și o doză de la 30 la 40 mg poate provoca supradoza unui adult nedependent, a unui abstinent sau unui consumator ocazional.

Metadona* se eliberează în diferite forme: pastile, praf sau formă lichidă și, obligatoriu, cu prescriere medicală.

5. Prescrierea și administrarea Metadonei

În prezent, numai medicul psihiatru-narcolog poate prescrie Metadona*. Inițial prescrierea tratamentului farmacologic cu metadonă are scopul de a vă ajuta în administrarea metadonei și permite adaptarea și stabilizarea dozei zilnice de care aveți nevoie. Aceasta diferă individual și depinde de cantitatea de substanță opiacee consumată de dumneavoastră. În continuare, administrarea medicamentului se va face conform unui program individual.

6. Metadona – o doză pe zi**

Pentru cea mai mare parte din clienți, administrarea dozei o dată pe zi este cea mai eficientă. În același timp, pentru unii, în perioada inițială poate fi administrată în 2 prize pe zi pentru a controla mai ușor eventualele efecte secundare. Supravegherea clinică și analizele biologice permit adaptarea într-o manieră optimă a tratamentului/dozajului zilnic și a modului său de administrare. Doza zilnică nu reprezintă în nici un caz nivelul de severitate a dependenței dumneavoastră.

7. Metadona* și analizele urinei

Pe parcursul tratamentului medicul dumneavoastră vă va cere colectarea analizei de urină (determinarea de opiacee, cocaină, amfetamine). Aceste analize se efectuează cu scopul de a evalua eficacitatea tratamentului dumneavoastră, de a asigura transparența tratamentului întru fortificarea sănătății.

8. Metadona* și celelalte substanțe

1. Alcoolul reduce eficacitatea tratamentului dumneavoastră, producând apariția sevrajului între două dozări (micșorarea duratei de acțiune a metadonei), crește intensitatea efectelor secundare și interacțiunile medicamentoase. În plus, alcoolul este dăunător și prin efectele sale directe.
2. Administrarea de medicamente calmante sau somnifere (Benzodiazepine) are două efecte diferite: pe de o parte agresivitate, confuzie, somnolență puternică și, pe de altă parte, un risc serios de supradoză. Cocaina, *crack*-ul și drogurile de sinteză pot provoca riscuri majore pentru stabilitatea tratamentului dumneavoastră.
3. Efectele unei doze de heroină, de morfină sau de codeină pot fi mortale în tratamentul farmacologic cu metadonă. În acest sens, riscul de supradoză este mare.

9. Metadona* și medicamentele

Administrarea anumitor medicamente contribuie la destabilizarea tratamentului dumneavoastră. Dacă dumneavoastră consultați un alt medic decât cel care v-a prescris Metadona*, nu ezitați să-i vorbiți despre tratamentul pe care îl faceți. În același timp, înștiințați-l pe medicul care v-a prescris Metadona* de orice medicament pe care vi l-au scris alți medici. Medicamentele antiulceroase, antidepressive, antiretrovirale și antibioticele interacționează cu Metadona*. Ele nu sunt contraindicate, însă folosirea lor trebuie adaptată și supravegheată.

10. Metadona* și contracepția

Metadona*, ca și heroina, poate produce absența sau perturbarea menstruației. Dacă nu doriți ca dumneavoastră (sau partenera dumneavoastră) (aflată în tratament farmacologic cu metadonă) să rămână însărcinată, folosiți o metodă contraceptivă eficientă (pastile, sterilet, prezervativ).

11. Metadona* și sarcina

1. Metadona* nu este contraindicată în cazul sarcinii, ea este singurul tratament farmacologic recomandat femeilor însărcinate. nu este toxică pentru făt. Singurul pericol pentru făt poate fi oprirea bruscă a administrării opiaceelor, în special în primul și în ultimul trimestru al sarcinii. În cazul nașterii, este posibil ca nou-născutul să poată prezenta un sindrom de sevraj, însă acesta este ușor de tratat.
2. Mama poate continua fără pericol tratamentul farmacologic cu metadonă și își poate alăpta copilul sub supravegherea medicului.

12. Efecte adverse

În general, Metadona* este bine tolerată. În același timp, la unii clienți pot apărea anumite tulburări, dintre care cele mai importante sunt: transpirația excesivă, constipația, grețurile, tulburările de somn, sensibilitățile gustative, etc.

Nu ezitați să discutați cu medicul dumneavoastră despre orice tulburare de acest tip!

13. Continuitatea tratamentului

Tratamentul farmacologic cu metadonă necesită să fie continuat și nu există motive de întrerupere a tratamentului, cu excepția celor medicale, care trebuie discutate cu dumneavoastră. În caz că sunteți internat sau arestat, medicul sau lucrătorii medicali ai spitalului, izolatorului sau al închisorii ar putea lua legătura cu medicul dumneavoastră, pentru a asigura continuitatea tratamentului. Dacă trebuie să suportați o intervenție chirurgicală, nu uitați să informați că faceți un tratament farmacologic cu metadonă.

14. Sistarea tratamentului

Tratamentul poate dura de la câteva luni până la câțiva ani și depinde de nevoile fiecărui client aparte. Încetarea tratamentului farmacologic cu metadonă este o decizie pe care trebuie s-o luați împreună cu medicul dumneavoastră. Abandonarea bruscă, din propria inițiativă, constituie un mare risc de recădere și vă poate afecta starea de sănătate.

Acord de parteneriat cu asociația obștească (model)

___ 20__

mun. Chișinău

Instituția Medico-Sanitară Publică _____,
ce acționează în baza statutului, denumită în continuare "Organizator" pe de o parte,
și A.O. _____, reprezentată de Președinte, dnul
_____, care acționează în baza Statutului, denumit în
continuare "Colaborator", ambii denumiți în continuare "Părți", au încheiat prezentul
Acord, referitor la următoarele:

Preamblu

Dorind să dezvolte și să consolideze colaborarea între
_____ și IMSP _____ și
urmărind scopul îmbunătățirii calității vieții a consumatorilor de droguri;

Recunoscînd necesitatea consolidării cooperării în cadrul dezvoltării măsurilor
de răspuns la maladiile narcologice, îmbunătățirii infrastructurii respective și a
procedurilor decizionale, evidenței sistematizate a aspectelor instituționale, legale și
social economice.

Recunoscînd, că soluționarea problemelor comune necesită abordări noi și de
viitor în cadrul cooperării naționale.

Conștientizînd, că măsurile îndreptate spre reducerea nivelului de stigmă și
discriminare, lărgirea accesului clienților narcologici la serviciile de profilaxie,
tratament, îngrijire și suport pot deveni mai eficiente, contribuind astfel la
îmbunătățirea calității vieții.

Bazîndu-și cooperarea reciprocă în domeniul acoperirii asistenței clienților
narcologici pe prevederile Strategiei Naționale Antidrog pe anii 2011-2018, aprobată
prin Hotărîrea Guvernului nr.1208 din 27.12.2010, în domeniul acordării asistenței
clienților TFM, CDI și USPA, conform prevederilor Programului național de
Prevenire și Control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală
pentru anii 2011-2015, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr.1143 din 16.12.2010 și
implementarea ordinului nr.1064 din 01.10.2013 "Cu privire la instituirea Grupului
de lucru intersectorial", anume "Sporirea calității tratamentului farmacologic cu
metadonă în Republica Moldova.

Exprimîndu-și disponibilitatea spre o cooperare de lungă durată în domeniul
mobilizării eforturilor și resurselor, aplicării potențialului personal întru ridicarea
eficacității măsurilor de răspuns pe problemă, părțile au convenit asupra
următoarelor:

Articolul 1.

Condiții generale

- 1.1. Prezentul Acord de Colaborare vizează consolidarea și formalizarea relațiilor între _____ și _____.
- 1.2. În scopul creării și dezvoltării cooperării și obținerii rezultatelor celor mai eficiente și de durată în procesul implementării activităților, părțile sînt de acord să acționeze în baza unor principii, abordări și strategii comune pentru atingerea scopurilor stabilite.
- 1.3. Noi, semnatarii prezentului Acord, ne angajăm să cooperăm în baza principiilor de respect reciproc și a parteneriatului constructiv în următoarele domenii:
 - a. Elaborarea și implementarea unor strategii unice de realizare a activităților în cadrul problemelor narcologice.
 - b. Asigurarea răspunsului prompt la problemele ce țin de implementarea obiectivelor stabilite prin aplicarea unei interacțiuni eficiente.
- 1.4. Acordarea informației necesare și asigurarea schimbului de informație în mod regulat (cu excepția celei de ordin confidențial), în special în ceea ce ține de realizarea indicatorilor și asigurarea transparenței în procesul de implementare a activităților.

Articolul 2.

Cooperare și informare

- 2.1. Consultare și informare reciprocă a părților în domeniul reabilitării persoanelor cu probleme narcologice cu suportul psiho-social clienților.
- 2.2. Participarea reciprocă în cadrul acțiunilor comune și a evenimentelor în domeniu: grupuri de lucru, mese rotunde, traininguri, etc.
- 2.3. Desfășurarea ședințelor periodice nu mai rar de 1 dată pe trimestru cu participarea persoanelor de contact, ale părților cu scopul planificării activităților comune și discutării rezultatelor ce țin de acestea.
- 2.4. Colaborare constructivă și asistență reciprocă în procesul elaborării și desfășurării activității comune cu caracter informațional și profilactic.
- 2.5. La necesitate, organizarea consultărilor reciproce avînd ca scop elaborarea materialelor și/sau recomandărilor metodice privind asistența și reabilitarea consumatorilor de droguri.

Articolul 3.

Responsabilitatea părților

3.1. Responsabilitatea IMSP _____:

- 3.1.1. Să includă asistentul social al A.O. _____ în echipa multidisciplinară de asistență medicală și psiho-socială a pacienților TFM, administrat de IMSP _____.
- 3.1.2. Să implice asistentul social din partea A.O. _____ în toate etapele TFM, în special la etapa de includere în program și menținere în program în scopul

asigurării unei abordări multidisciplinare bazate pe evaluarea necesităților pacientului și prevenirii situațiilor de abandonare prematură a tratamentului de către pacient.

3.1.3. Să implice asistentul social în lucru cu pacienții TFM la etapa de ieșire din programul TFM pentru asigurarea unei monitorizări posttratament și a unei integrări sociale eficiente.

3.1.4. Să ofere spațiu și condiții necesare pentru buna desfășurare a prestării serviciilor de către asistentul social, spațiu pentru serviciile ce sînt stipulate în p.3.1.2 și 3.1.3.

3.1.5. Să pună la dispoziția pacienților IMSP _____ informații despre servicii prestate de A.O. _____ și să facă referire către ele:

- grupuri de suport reciproc,
- suport de la egal la egal,
- suport psihologic,
- asistență socială,
- informarea prin intermediul activităților de grup și a materialelor informaționale, etc.

3.1.6. Să ofere date statistice interne fără divulgarea informațiilor confidențiale.

3.2 Responsabilitatea A.O. _____ :

3.2.1. Să pună la dispoziție date statistice interne fără divulgarea informațiilor confidențiale.

3.2.2. Să pună la dispoziția IMSP _____ materiale informaționale despre problemele legate de narcomanie și virusul HIV/SIDA elaborate și oferite de Asociația Obștească.

3.2.3. Să susțină îndeplinirea misiunii pe care o are IMSP _____ pentru cei aflați în situații de dificultate și/sau încadrați în TFM.

3.2.4. Să furnizeze servicii sociale specializate precum și servicii de îngrijire social-medicală.

3.2.5. Să creeze și să mențină o rețea de suport la nivel comunitar și la domiciliu pentru persoanele sau grupurile sociale care se află în situații de dificultate (defavorizate, aflate în situații de risc social).

3.2.6. Să efectueze studii și cercetări referitor la diferite problematice și fenomene sociale care duc la abandonarea TFM cu prezentarea ulterioară a informației către Directorul general IMSP _____ pentru asigurarea măsurilor ce se impun.

3.2.7. Participarea la elaborarea și aplicarea politicilor sociale, strategiilor și planurilor de acțiune la nivel instituțional.

3.2.8. Participarea la informarea opiniei publice cu privire la problematica socială în scopul educării și sensibilizării acesteia prin: conferințe, seminare, mese rotunde, dezbateri etc.

3.2.9. Identificarea surselor financiare pentru susținerea programelor de asistență socială beneficiarilor TFM.

3.2.10. Să desemneze din cadrul A.O. _____ un asistent social cu programul de lucru: luni-vineri de la 9.00 pînă la 13.00) care va fi inclus în echipa specialiștilor IMSP _____ și care va presta următoarele servicii:

- Participarea la asistența pacienților TFM la etapa de includere, menținere și ieșire din program, inclusiv în cadrul echipei multidisciplinare formate în cadrul IMSP _____.
- Asigurarea desfășurării consilierilor individuale și a activităților de suport de grup pentru pacienții TFM;
- Asistența socială prestată în baza managementului de caz: evaluarea cazului, elaborarea și implementarea planului individualizat de asistență, monitorizarea;
- Crearea și dezvoltarea mecanismului de referire a pacienților TFM către serviciile medico-psiho-sociale, existente la nivel de municipiu;
- Facilitarea accesului la servicii de asistență juridică;
- Acordarea suportului profesionist pacienților care intenționează să acceseze serviciile de reabilitare și adaptare;
- Lucrul cu persoanele co-dependente (consultații individuale și organizarea grupului de suport reciproc);
- Suport în angajarea în câmpul muncii, recuperarea actelor personale, prezentarea intereselor în cadrul diferitor instanțe;
- Servicii profilactice și informative pentru pacienții TFM;
- Asigurarea conexiunii între serviciile instituției medicale IMSP _____ și cele ale A.O. _____.

3.2.11. Să asigure achitarea serviciilor prestate de către asistentul menționat mai sus în cadrul acestei colaborări.

4. Clauze finale

4.1 Prezentul Acord de Colaborare intră în vigoare la data ultimei notificări de către părți și este valabil pe perioada 01.01.20__ pînă la 31.12.20__.

4.2. Oricare dintre părți poate renunța unilateral la prezentul Acord de Colaborare printr-o notificare prealabilă a uneia dintre părți. În acest caz Acordul de Colaborare se va considera realizat.

4.3. Prezentul Acord de Colaborare este semnat în limba română, în două exemplare originale, ambele avînd aceeași forță juridică.

4.4. Acordul de Colaborare poate fi extins sau completat prin acordul comun al părților în formă scrisă.

5.Rechizitele juridice, poștale și de plăți ale părților:

”Organizatorul”

„Colaboratorul”

IMSP _____

A.O. _____

Adresa

Adresa

c/f _____

c/f _____

c/d _____

c/d _____

BC

BC

c/b

c/b

Director _____ / _____ /

Președinte _____ / _____

Acord de colaborare între instituții medicale și Inspectoratul General de Poliție pentru asigurarea continuității tratamentului pentru persoanele aflate în tratamentul farmacologic cu metadonă nr. _____ (model)

_____ 20__

mun. Chișinău

Inspectoratul General de Poliție, ce activează în baza Hotărârii Guvernului Nr.283 din 24.04.2013 pentru aprobarea Regulamentului privind organizarea și funcționarea Inspectoratului General al Poliției al Ministerului Afacerilor Interne (IGP), în persoana Șefului Inspectoratului General _____, numit în continuare „**Partea 1**”, pe de o parte și, **IMSP** _____, ce activează în baza Regulamentului, în persoana directorului _____, numit în continuare „**Partea 2**”, pe de altă parte, au încheiat prezentul acord de colaborare pentru asigurarea continuității tratamentului pentru persoanele aflate în tratamentul farmacologic cu metadonă.

1. OBIECTUL ACORDULUI

1.1 Partea 1 se obligă să asigure accesul la tratamentul farmacologic cu metadonă (în continuare TFM) către pacienții înrolați în acest program în modul stabilit, conform volumurilor și indicațiilor individuale, iar Partea 2 se obligă să asigure suportul metodologic și medicamentul pentru pacient în caz de necesitate pe perioada aflării în custodia IGP. Tratamentul se face în conformitate cu Potocolul Clinic Național, Regulamentul de Asistență a pacienților TFM, instrucțiunea de asigurare a medicației, care este parte anexă la prezentul Acord și standardele naționale și internaționale de tratament în vigoare.

2. VALOAREA ACORDULUI ȘI MODALITATEA DE PLATĂ

2.1 Aplicarea prevederilor acordului nu implică costuri financiare.

3. DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

1.5. **Partea 1 se obligă:**

3.1.1. Să asigure examinarea medicală a deținuților cu evaluarea inclusiv a sănătății narcologice, conform ordinului MAI nr. 384 „cu privire la examinarea medicală a persoanei reținute și aflate în IDP al CPR” până la și după reținere. **Să asigure accesul** pacienților înrolați în programul TFM, confirmați prin comunicarea cu medicul psihiatru-narcolog responsabil, **la administrarea zilnică a medicamentului** pe perioada aflării în custodia IGP, ca obligație de asigurare a dreptului la cel mai înalt standard de sănătate și de prevenire a relelor tratament și a torturii în detenție.

3.1.2. Să asigure comunicarea imediată cu medicul curant sau responsabil care coordonează TFM a pacientului din cadrul Părții 2 despre reținerea pacientului care necesită tratament concomitent cu metadonă. Comunicarea trebuie efectuată imediat după informarea din partea pacientului sau rudelor (însoțitorilor) despre faptul că pacientul este în TFM (conform instrucțiunii din anexa la prezentul acord).

3.1.3. În caz că dispune în stoc de metadonă în forma prescrisă, să asigure medicația, conform prescripțiilor specialistului din resursele proprii, în condițiile Ordinului MAI nr.31 din 27 ianuarie 2004 „Despre instituirea, amenajarea și înzestrarea punctului medical al comisariatului de poliție raional”.

3.1.4. Să nu discrimineze și să nu refuze prestarea serviciilor medicale pacientului pe motiv de utilizare de droguri sau aflare în TFM.

3.1.5. Să asigure păstrarea și documentarea adecvată a utilizării zilnice de către pacient a metadonei, precum și raportarea acestora conform cerințelor.

3.1.6. Să înscrie detaliat în fișa medicală tratamentul primit în timpul spitalizării, inclusiv TFM, evenimente sau reacții adverse apărute, etc

3.1.7 Să asigure returnarea stocului rămas nefolosit al pacientului direct părții 2 cu documentarea conform anexei .. la prezentul Acord.

3.1.8 Să asigure implementarea obligațiilor conform prezentului acord prin aducerea actelor normative și practicilor interne de numire a locului deținerii de către organele de anchetă sau prin colaborare cu Judecătoriile de circumscripție pentru asigurarea deținerii sau transportării deținutului/arestatului pacient în programul TFM în izolatoarele comisariatelor din localitățile unde se asigură programul TFM.

3.2. **Partea 2 se obligă:**

3.2.1. Să asigure suportul metodologic și specializat pentru identificarea schemei optime de tratament în dependență de asocierea medicației concomitente cu metadonă la tratamentul de bază a maladiei care a servit drept cauză a internării.

3.2.2. Să asigure **pacientul** cu metadonă în volum destul pentru perioada planificată când acesta se va afla la tratament în staționar

3.2.3. Să asigure raportarea Comitetului Permanent de Control asupra Drogurilor de pe lângă Ministerul Sănătății, conform cerințelor.

3.3. **Partea 1 are dreptul:**

3.3.1. Să ceară informații adăugătoare și suport tehnic și metodologic sau solicitarea specialistului în izolator pentru asigurarea calității actului medical prestat.

3.4. **Partea 2 are dreptul:**

3.4.1. Să controleze operativitatea și calitatea serviciilor medicale prestate de către Partea 1.

3.4.2. Să apeleze la informație explicativă asupra serviciilor medicale prestate la persoanele responsabile din IGP sau izolatorul raional _____ (partea 1).

4. **RĂSPUNDEREA PĂRȚILOR**

4.1 Pentru neexecutarea în modul convenit a obligațiilor aferente prezentului Acord, părțile poartă răspundere în conformitate cu legislația în vigoare.

4.2 Părțile nu poartă răspundere, dacă imposibilitatea îndeplinirii prevederilor Acordului se datorează intervenției cazurilor de forță majoră.

4.3 Toate litigiile nesoluționate pe cale amiabilă, aferente prezentului Acord, sînt examinate în ordinea stabilită de legislația în vigoare.

5. TERMENUL DE VALABILITATE AL ACORDULUI

- 5.1 Prezentul acord intră în vigoare la data semnării și își produce efectele pe o perioadă de pînă la _____. Acordul se consideră valabil pe viitor, dacă nici una din părți nu a exprimat în scris, cu o săptămîină înainte de expirarea termenului de valabilitate, dezacordul de prelungire a Acordului.
- 5.2 Acordul poate fi reziliat înainte de termen: prin acordul reciproc al părților; din inițiativa uneia din părți cu un preaviz de nu mai puțin de 1 lună înainte de reziliere.

6. DISPOZIȚII FINALE

- 6.1 Nici una dintre Părți nu are dreptul să transmită drepturile și obligațiile sale aferente prezentului Acord unei terțe persoane fără acordul preliminar în scris a celeilalte părți.
- 6.2 Acordul poate fi modificat, reziliat, recunoscut ca fiind nevalabil doar în baza legislației în vigoare.
- 6.3 Toate modificările, completările efectuate în Acord sunt valabile doar în cazul în care acestea sunt redactate în formă scrisă și semnate de ambele Părți.
- 6.4 Toate litigiile apărute între Părți, în cazul imposibilității aplanării divergențelor pe cale amiabilă, se vor soluționa în conformitate cu legislația în vigoare a Republicii Moldova de către instanțele competente.
- 6.5 Acordul se întocmește în două exemplare cu aceeași valoare juridică, câte un exemplar pentru fiecare Parte.
- 6.6 În situațiile neprevăzute în prezentul Acord Părțile se vor conduce de legislația civilă în vigoare a Republicii Moldova și alte acte normative în vigoare.
- 6.7 Prezentul Acord poate fi completat cu anexe suplimentare după necesitate care vor fi parte integrantă a acestuia.

”PARTEA 1”

IGP al MAI _____

Adresa

c/f _____

c/d _____

BC

c/b

Șef _____ / _____ /

”PARTEA 2”

IMSP _____

Adresa

c/f _____

c/d _____

BC

c/b

Director _____ / _____ /

Instrucțiunea privind modalitatea de asigurare a continuității tratamentului farmacologic cu metadonă persoanelor în instituții medicale, sociale și izolatoare de detenție preventivă ale MAI

În vederea îndeplinirii prezentei instrucțiuni se definesc următoarele noțiuni:

- Tratamentul farmacologic cu (în continuare TFM) administrarea unei doze zilnice prescrise de medicamente opiate cu efecte de durată pacienților cu adicție față de opiacee sub supraveghere medicală. Acest tratament nu constituie consum ilicit de droguri.
- Persoană aflată în TFM (tratament de substituție cu opiacee) – (în scopul acestui document în continuare referit ca „pacient”) persoană care suferă de narcomanie și este inclusă în programul de substituție cu opiacee de către specialistul narcolog conform Protocolului Clinic Național.
- În contextul acordului dat sunt eligibili pentru asigurare cu metadonă doar pacienții care se află deja în TFM. Pacienții primari cu sindrom de sevraj de consum de opiacee vor fi tratați ca urgențe medicale, conform standardelor în vigoare și li se va asigura accesul la servicii de ambulanță și tratament de urgență.
- Îndeplinirea acestei instrucțiuni este importantă pentru a asigura dreptul pacientului la tratament calitativ, continuu și conform indicațiilor medicului psihiatru- narcolog care supraveghează pacientul în tratament farmacologic cu metadonă pe perioada când acesta este internat/plasat/deținut staționar în instituție medicală, socială sau izolator de detenție preventivă. În același timp instrucțiunea din anexă la prezentul acord vine să asigure respectarea cerințelor de control a circulației substanțelor narcotice și psihotrope, conform prevederilor normativelor în vigoare.
- În concordanță cu Acordurile de Colaborare încheiate și cu prezenta instrucțiune, Inspectoratul General e Poliție prin actele sale interne va asigura transportarea și deținerea deținuților/arestaților care necesită TFM în izoloarele din localitățile unde este asigurat TFM

Amintim, că în raportul său către Consiliul pentru Drepturile Omului din 01.02.2015, raportorul special ONU pe tortură Juan Mendez a reconfirmat expres concluziile lui Manfred Nowak, că „refuzul de a acorda tratamentul de substituție cu opiacee în condiții de detenție constituie o formă particulară de rele tratamente și posibil tortură, inclusiv când ele ar putea fi folosite ca metodă de obținere a mărturiilor prin

inducerea simptomelor de sevraj (A/HRC/10/44 and Corr.1, para. 57)”. Curtea Europeană pentru Drepturile Omului a formulat expres că „administrația locului de detenție are obligația de a asigura asistența medicală relevantă persoanelor deținute” și a găsit statul în violare a dreptului absolut de a nu fi supus tratamentelor rele, inumane și degradante sau torturii în cazul refuzului tratamentului farmacologic cu metadonă.

Etapele managementului pacientului care necesită TFM internat sau deținut

✓ **Comunicarea**

Comunicarea calitativă este foarte importantă și este garanția asigurării tratamentului adecvat.

Etapele și acțiunile posibile în procesul de comunicare.

- Pacientul internat în spital, instituție rezidențială sau izolator de detenție preventivă **comunică că este în programul de tratament farmacologic cu metadonă**. În acest moment apare obligația persoanei publice (lucrător medical, lucrător al organului de drept) de a verifica și a asigura continuitatea tratamentului.
- Pacientul are sau nu asupra sa cartela pacientului în TFM (modelul în anexa). Pacientul prezintă cartela sau comunică instituția la care primește tratamentul, unde este indicată schema de tratament și **informația de contact a medicului responsabil de TFM**. Pentru cazuri de urgență (pacient în comă despre care se presupune că ar fi în tratament cu metadonă sau cu conștiința obnubilată) informația o prezintă rudele, reprezentanții legali sau însoțitorii, sau informația că pacientul este în TFM devine cunoscută prin oricare altă metodă - se recomandă a lua legătura cu persoana responsabilă de farmacoterapie sau conducătorul din instituția cu care există acord de colaborare (telefoanele persoanei de legătură – în acord).
- Persoana responsabilă de tratamentul persoanei (șeful secției sau sora superioară, directorul internatului, polițistul de gardă sau felcerul izolatorului de detenție preventivă **face legătura** cu medicul din instituția narcologică care supraveghează pacientul în TFM.
- Se confirmă la telefon doza și schema posologică a TFM. Medicul curant informează despre tratamentul planificat pentru maladia tratată în staționar, durata estimată a spitalizării, iar medicul psihiatru-narcolog consultă în măsura competențelor compatibilitatea și ajustările necesare în **tratamentul farmacologic cu metadonă**. La necesitate se planifică și se convoacă o ședință consultativă în persoană sau la telefon pe marginea schemei generale de tratament pe perioada aflării în spital.

- Rezultatele comunicării inițiale se documentează în documentația medicală a pacientului (Fișa medicală a bolnavului de staționar f. 003/e cu anexele - zilnic, foaie de prescripții medicale, foaie de indicatori principali ai stării bolnavului, ș.a.) sau a deținutului (conform Ord. MAI nr. 384 „cu privire la examinarea medicală a persoanei reținute și aflate în IDP al CPR”) și conține ca minim următoarea informație:
 - Data și ora comunicării la telefon (primul contact și convorbiri ulterioare)
 - Data și ora întâlnirii specialiștilor/personalul din izolator (dacă este relevant)
 - Informația obținută din comunicare, inclusiv doza zilnică, perioada estimată și la necesitate recomandările de ajustare conform tratamentului condiției de bază
 - Informația din cartela pacientului programului de tratament farmacologic cu metadonă (dacă este)

Asigurarea tratamentului farmacologic cu metadonă:

- Instituțiile medicale sau izolatoarele care au metadonă în stoc pentru necesitățile de tratament vor asigura TFM din resursele proprii conform actelor normative în vigoare, după confirmarea că pacientul se află în TFM.
- Pentru instituțiile care nu au metadonă în stoc, pentru spitalizările sporadice Metadona*** va fi asigurată zilnic de către lucrătorii instituției medicale responsabile de TFM, conform acordurilor de colaborare interinstituțională. Spitalelor sau instituțiilor mari care asigură medicație analgezică, inclusiv în secții de oncologie, traumatologie, cardiologie, li se recomandă revizuirea practicilor interne de medicație pentru a asigura procurarea programată a metadonei, care este recomandată la nivel internațional și ca un remediu sigur și eficient în managementul durerii.
- Eliberarea se face de către lucrătorul instituției care asigură TFM nominal pentru pacient, conform tabelului 1 cu semnătura pacientului și a responsabilului din secție sau izolator care primește medicamentul.
- Transportarea se va efectua din resursele IMSP DRN sau instituția care asigură programul de TFM.
- Instituțiile medicale și izolatoarele care asigură condițiile de păstrare a substanțelor stupefiante conform cerințelor din HG Nr.128 din 06.02.2006 „Cu privire la aprobarea Cerințelor tehnice față de încăperile și obiectivele în care se păstrează substanțe narcotice, psihotrope și/sau precursori” pot primi

medicamentul în cantitate destulă pentru 5 zile asigurând administrarea zilnică cu documentarea relevantă (vezi prevederile de evidență și raportare mai jos)

- Administrarea dozei zilnice se face personal de către lucrătorul instituției care asigură TFM cu inscripțiile necesare în documentația standard. În acest caz instituția notează inscripția în fișa de observație (f. 003/3) și fișa de examinare medicală a persoanei reținute, fără înscriere în foaia de prescripții medicale.
- În cazul în care administrarea zilnică se face de către personalul abilitat din instituția în care este internat/reținut pacientul, se fac înscrierile necesare în foaia de prescripții medicale la fiecare doză, cu semnătura medicului, asistentului și pacientului în modul stabilit. În acest caz izolatorul poate solicita vas (păhar) gradat și păhare de unică folosință pentru dispensarea în doze unice din vasul vrac. Personalul poate cere de asemenea instrucțiuni tehnice referitor la modalitatea de păstrare și administrare.
- Evidența și administrarea tratamentului se face conform actelor normative în vigoare (înscrierile în fișa de observație – formular 003e, fișa de indicație cu semnăturile obligatorii ale medicului care a indicat, asistenta care a administrat și pacientul care a primit fiecare doză indicată, documentarea circulației medicamentului conform cerințelor.
- La eliberarea din staționar sau izolator, în cazul ne-consumării instituția sau izolatorul se obligă să comunice și să predea cantitatea rămasă, documentând în modul stabilit.
- La externare, pacientului se eliberează extrasul (forma 027e) cu descrierea tratamentului și investigațiile aplicate, precum și recomandările necesare.

SCREENING TEST
LA DEPISTAREA DEPENDENȚEI
DE ALCOOL, PRODUSE DE TUTUNGERIE ȘI ALTE SUBSTANȚE

CARDUL DE RAPORT PENTRU PACIENT

NUMELE _____ DATA TESTĂRII _____

SCORUL INREGISTRAT

substanta	scor inregistrat	nivelul de risc
a. Produse de tutungerie		0-3 – nivel scazut 4-26 – nivel mediu 27+ - nivel inalt
b. Băuturi alcoolice		0-10 – nivel scazut 11-26 – nivel mediu 27+ - nivel inalt
c. Cannabis		0-3 – nivel scazut 4-26 – nivel mediu 27+ - nivel inalt
d. Cocaina		0-3 – nivel scazut 4-26 – nivel mediu 27+ - nivel inalt
e. Amphetamine		0-3 – nivel scazut 4-26 – nivel mediu 27+ - nivel inalt
f. Substanțe inhalatorii		0-3 – nivel scazut 4-26 – nivel mediu 27+ - nivel inalt
g. Sedative sau Somnifere		0-3 – nivel scazut 4-26 – nivel mediu 27+ - nivel inalt
h. Halucinogene		0-3 – nivel scazut 4-26 – nivel mediu 27+ - nivel inalt
i. Opiacee		0-3 – nivel scazut 4-26 – nivel mediu 27+ - nivel inalt
j. Altele		0-3 – nivel scazut 4-26 – nivel mediu 27+ - nivel inalt

Ce semnifică scorul acumulat?

Nivel scazut: modul curent de utilizare a substantelor prezintă un risc scăzut pentru sănătatea dvs.

Nivel mediu: modul curent de utilizare a substantelor prezintă risc pentru sănătatea dvs., precum și poate cauza probleme de alt gen.

Nivel înalt: modul curent de utilizare a substantelor prezintă risc major pentru sănătatea dvs., fiind susceptibil de a fi dependent precum și grave probleme sociale, juridice, financiare.

SCREENING TEST (OMS ASSIST 11)

LA DEPISTAREA DEPENDENȚEI

DE ALCOOL, PRODUSE DE TUTUNGERIE ȘI ALTE SUBSTANȚE

RECOMANDAT DE ORGANIZATIA MONDIALA A SANATATII

(WHO ASSIST V 3.0 - ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE

INVOLVEMENT SCREENING TEST)

MEDIC ID

PENITENCIAR

PATIENT ID

DATA

--	--	--	--	--	--

INTRODUCERE (Cititi interviuatului)

Multe droguri și medicamente pot afecta sănătatea dvs. Este foarte important pentru mine - medicul dvs. să dețin informație detaliată privind utilizarea diferitor substanțe, în scopul oferirii celei mai bune și calitative asistențe medicale.

Prin următoarele întrebări eu voi încerca să aflu experiența dvs. în utilizarea alcoolului, produselor de tutungerie și a altor droguri pe parcursul vieții tale și în special în ultimele 3 luni. Aceste substanțe pot fi fumate, inhalate, injectate, înghițite, inspirate pe nas, sau administrate în formă de pastile (prezentați cardul de droguri).

Unele dintre substanțele enumerate puteau fi prescrise de către un medic (cum ar fi amfetamine, sedative, medicamente pentru durere). Pentru acest interviu, nu vom înregistra medicamente care au fost administrate fiind prescrise de către medicul dumneavoastră. Cu toate acestea, dacă ați luat medicamentele prescrise pentru alte motive decât prevedea prescripția medicală, sau le-ați luat mai des sau la doze mai mari decât a fost prescris, vă rog să-mi spuneți. La fel sunt, de asemenea, interesat de a cunoaște despre utilizarea de diferite droguri ilicite, și vă asigurăm că informațiile privind utilizarea lor vor fi tratate cu strictă confidențialitate.

NOTA: ANTERIOR INTERVIEVĂRII, OFERIȚI PACIENTULUI CARDUL DE RĂSPUNSURI LA TEST

Întrebarea 1

Care din următoarele substanțe le-ați utilizat vreodata în viața dvs. (numai NON-MEDICALE)	NU	DA
a. Produse de tutungerie (tigari, tutun de mestecat, trabucuri, etc.)	0	3
b. Băuturi alcoolice (bere, vin, băuturi spirtoase, etc)	0	3
c. Cannabis (marijuana, iarbă, hași, etc.)	0	3
d. Cocaina (praf alb, crack, etc.)	0	3
e. Amphetamine tip stimulante (speed, pastile de dieta, ecstasy, etc.)	0	3

f. Substanțe inhalatorii (vopsea, clei, petrol, diluante, etc.)	0	3
g. Sedative sau Somnifere (Valium, Serepax, Rohypnol, etc.)	0	3
h. Halucinogene (LSD, acid, ciuperci, PCP, Special K, etc.)	0	3
i. Opiacee (heroina, morfina, methadona, codeina, etc.)	0	3
j. altele - specificați:	0	3

Încercați să întrebați în cazul tuturor răspunsurilor negative:

"Nici măcar când erai la școală?"

Dacă răspunsul este "NU" la toate punctele, opriți interviul.

Dacă la unele puncte există răspunsul "DA", treceți la întrebarea 2 pentru fiecare substanță utilizată.

Întrebarea 2

În <u>ultimele trei luni</u> , cât de des ați utilizat substanțele pe care le-ați menționat anterior (prima substanță, a doua substanță, etc.)?	niodată	o dată sau de două ori	lunar	saptamanal	zilnic sau
a. Produse de tutungerie (tigari, tutun de mestecat, trabucuri, etc.)	0	2	3	4	6
b. Băuturi alcoolice (bere, vin, băuturi spirtoase, etc)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marijuana, iarba, hasis, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaina (praf alb, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Amphetamine tip stimulante (speed, pastile de dieta, ecstasy, etc.)	0	2	3	4	6
f. Substanțe inhalatorii (vopsea, clei, petrol, diluante, etc.)	0	2	3	4	6
g. Sedative sau Somnifere (Valium, Serepax, Rohypnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Halucinogene (LSD, acid, ciuperci, PCP, Special K, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiacee (heroina, morfina, methadona, codeina, etc.)	0	2	3	4	6
j. altele - specificați:	0	2	3	4	6

Dacă răspunsul este "NU" la toate punctele, treceți la întrebarea 6.

Dacă unele substanțe din întrebarea 2 au fost folosite în precedentele 3 luni, continuați cu întrebările 3, 4 și 5 pentru fiecare substanță administrată.

Întrebarea 3

Pe parcursul <u>ultimelor trei luni</u>, cât de des ati avut o dorință puternică sau nevoia de a administra (prima substanta, a doua substanta, etc.)?	niodata	o data sau de doua ori	lunar	saptamanal	zilnic sau
a. Produse de tutungerie (tigari, tutun de mestecat, trabucuri , etc.)	0	3	4	5	6
b. Băuturi alcoolice (bere, vin, băuturi spirtoase, etc)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marijuana, iarba, hasis, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaina (praf alb, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Amphetamine tip stimulante (speed, pastile de dieta, ecstasy, etc.)	0	3	4	5	6
f. Substante inhalatorii (vopsea, clei, petrol, diluante, etc.)	0	3	4	5	6
g. Sedative sau Somnifere (Valium, Serepax, Rohypnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Halucinogene (LSD, acid, ciuperci, PCP, Special K, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiacee (heroina, morfina, methadona, codeina, etc.)	0	3	4	5	6
j. altele - specificati:	0	3	4	5	6

Întrebarea 4

Pe parcursul <u>ultimelor trei luni</u>, cât de des dvs. ati utilizat (prima substanta, a doua substanta, etc.) fapt care a avut ca consecința probleme sociale, juridice, financiare sau de sănătate?	niodata	o data sau de doua ori	lunar	saptamanal	zilnic sau
a. Produse de tutungerie (tigari, tutun de mestecat, trabucuri , etc.)	0	4	5	6	7
b. Băuturi alcoolice (bere, vin, băuturi spirtoase, etc)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marijuana, iarba, hasis, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaina (praf alb, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Amphetamine tip stimulante (speed, pastile de dieta, ecstasy, etc.)	0	4	5	6	7
f. Substante inhalatorii (vopsea, clei, petrol, diluante, etc.)	0	4	5	6	7
g. Sedative sau Somnifere (Valium, Serepax, Rohypnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Halucinogene (LSD, acid, ciuperci, PCP, Special K, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiacee (heroina, morfina, methadona, codeina, etc.)	0	4	5	6	7

j. altele - specificati:	0	4	5	6	7
--------------------------	---	---	---	---	---

Întrebarea 5

Pe parcursul <u>ultimelor trei luni</u> , cât de des a-ți eşuat (a-ți renunțat) să faceți ceea ce în mod normal ar fi fost de așteptat de la dvs. din cauza utilizării (primei substanțe, a celei de a doua substanță, etc.)	niodata	o data sau de doua ori	lunar	saptamanal	zilnic sau
a. Produse de tutungerie (tigari, tutun de mestecat, trabucuri , etc.)					
b. Băuturi alcoolice (bere, vin, băuturi spirtoase, etc)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marijuana, iarba, hasis, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaina (praf alb, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Amphetamine tip stimulante (speed, pastile de dieta, ecstasy, etc.)	0	5	6	7	8
f. Substanțe inhalatorii (vopsea, clei, petrol, diluante, etc.)	0	5	6	7	8
g. Sedative sau Somnifere (Valium, Serepax, Rohypnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Halucinogene (LSD, acid, ciuperci, PCP, Special K, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiacee (heroina, morfina, methadona, codeina, etc.)	0	5	6	7	8
j. altele - specificati:	0	5	6	7	8

Puneți întrebările 6 și 7 pentru toate substanțele utilizate vreodată (cele menționate de pacient la întrebarea 1)

Întrebarea 6

A exprimat îngrijorarea vreodată cineva din prieteni, rude sau oricine altcineva cu privire la utilizarea de către dvs. a (primei substanțe, a celei de-a doua substanță, etc.)?	Nu, niciodată	Da, în ultimele 3 luni	Da, dar nu în ultimele 3 luni
a. Produse de tutungerie (tigari, tutun de mestecat, trabucuri, etc.)	0	6	3
b. Băuturi alcoolice (bere, vin, băuturi spirtoase, etc)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, iarba, hasis, etc.)	0	6	3
d. Cocaina (praf alb, crack, etc.)	0	6	3
e. Amphetamine tip stimulante (speed, pastile de dieta, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Substanțe inhalatorii (vopsea, clei, petrol, diluante, etc.)	0	6	3
g. Sedative sau Somnifere (Valium, Serepax, Rohypnol, etc.)	0	6	3
h. Halucinogene (LSD, acid, ciuperci, PCP, Special K, etc.)	0	6	3
i. Opiacee (heroina, morfina, methadona, codeina, etc.)	0	6	3
j. altele - specificați:	0	6	3

Întrebarea 7

A-ți încercat vreodată și nu a-ți reușit să controlați, să reduceți sau să opriți utilizarea de către dvs. a (primei substanțe, a celei de a doua substanță, etc.)?	Nu, niciodată	Da, în ultimele 3 luni	Da, dar nu în ultimele 3 luni
a. Produse de tutungerie (tigari, tutun de mestecat, trabucuri, etc.)	0	6	3
b. Băuturi alcoolice (bere, vin, băuturi spirtoase, etc)	0	6	3
c. Cannabis (marijuana, iarba, hasis, etc.)	0	6	3
d. Cocaina (praf alb, crack, etc.)	0	6	3
e. Amphetamine tip stimulante (speed, pastile de dieta, ecstasy, etc.)	0	6	3
f. Substanțe inhalatorii (vopsea, clei, petrol, diluante, etc.)	0	6	3
g. Sedative sau Somnifere (Valium, Serepax, Rohypnol, etc.)	0	6	3

h. Halucinogene (LSD, acid, ciuperci, PCP, Special K, etc.)	0	6	3
i. Opiacee (heroina, morfina, methadona, codeina, etc.)	0	6	3
j. altele - specificati:	0	6	3

Întrebarea 8

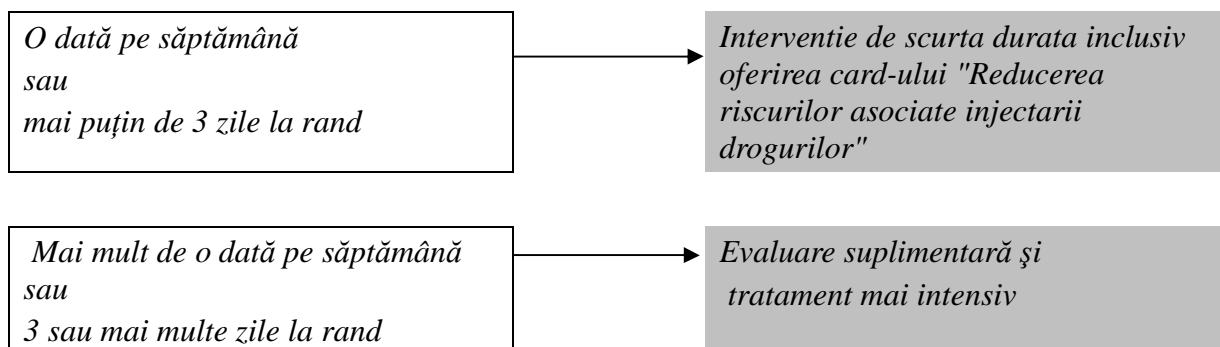
	Nu, niciodata	ultimele 3 luni nu in	ultimele 3 luni
Ați utilizat vreodată orice drog prin injectare? ((numai NON-MEDICALE))	0	2	1

NOTĂ IMPORTANTĂ:

Pacienții care au utilizat droguri injectabile în ultimele 3 luni ar trebui să fie întrebați despre modelul lor de injectare în această perioadă, pentru a determina nivelul de risc al acestora și cea mai buna tactica de intervenție.

MODEL DE INJECTARE

TACTICA DE INTERVENȚIE



CUM SE CALCULEAZĂ SCORUL

Pentru fiecare substanță (enumerată de la a.la j.) adunați punctajul obținut la întrebările 2 - 7 inclusiv. Nu includeți rezultatele întrebării 1 sau întrebării 8 în acest scor.

Rețineți că întrebarea 5 pentru tutun nu se calculează, doar răspunsurile la întrebările 2a,3a,4a,6a,7a.

TIP DE INTERVENȚIE ÎN DEPENDENȚĂ DE SCORUL ÎNREGISTRAT

substanta	scor inregistrat	fara interventie	interventie de scurta durata	tratament intensiv *
-----------	------------------	------------------	------------------------------	----------------------

a. Produse de tutungerie		0 - 3	4 - 26	27+
b. Băuturi alcoolice		0 - 10	11 - 26	27+
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. Cocaina		0 - 3	4 - 26	27+
e. Amphetamine		0 - 3	4 - 26	27+
f. Substanțe inhalatorii		0 - 3	4 - 26	27+
g. Sedative sau Somnifere		0 - 3	4 - 26	27+
h. Halucinogene		0 - 3	4 - 26	27+
i. Opiacee		0 - 3	4 - 26	27+
j. altele		0 - 3	4 - 26	27+

NOTE: *EVALUAREA SUPLIMENTARĂ ȘI TRATAMENT MAI INTENSIV POT FI OFERITE DE CĂTRE MEDICI GENERALIȘTI ÎN CADRUL SERVICIILOR MEDICALE DIN PENITENCIARE SAU DE CĂTRE UN SPECIALIST ÎN DOMENIUL TRATAMENTULUI DEPENDENȚEI DE DROGURI ȘI DE ALCOOL – DACĂ ESTE DISPONIBIL.

**Cartela pacientului participant la programul de tratament farmacologic
cu metadonă (model)**

Față

Cartela pacientului	
Pacientul _____	Ștampila IMSP DRN
IDNO _____	
se află la tratament farmacologic cu metadonă Cantitatea unică maximă posibilă eliberată conform legislației pentru pacient constituie _____ ml, care constituie o doză de _____ mg și corespunde prescripției sale terapeutice individuale	
Pacientul are dreptul să transporteze către și de la domiciliu cantitatea menționată	
Pacientul nu are dreptul să conducă autovehicule Valabil doar cu act de identitate	Ștampila medicului

Cartela dată reprezintă un certificat medical care atestă că titularul este beneficiar al tratamentului farmacologic cu metadonă.

Deținerea metadonei în cantitatea unică ce nu depășește cantitatea indicată este în scop terapeutic, autorizată și nu constituie circulație ilicită a stupefiantelor conform prevederilor art. 1 a Legii cu privire la circulația substanțelor narcotice și psihotrope și a precursorilor Nr. 382 din 06.05.1999.

Pentru detalii contactați specialistul din cadrul serviciului narcologic:
Medic _____ Tel: _____
Documentație medicală aprobată prin