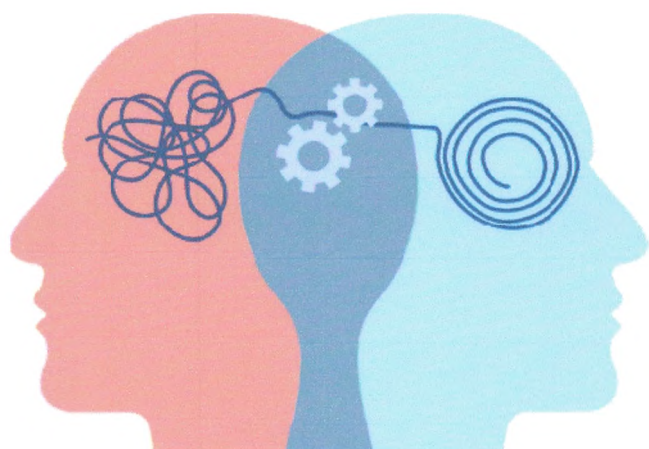




Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
Instituția Medico-Sanitară Publică
Spitalul Clinic de Psihiatrie



LIMFOMUL HODGKIN LA ADULT



Protocol Clinic Instituțional

PCN – 46

Aprobat în cadrul ședinței grupului de lucru pentru elaborarea protocoalelor clinice instituționale din 20.11.2025, proces verbal nr.4/SMC

Acest protocol clinic instituțional a fost elaborat în baza Ordinului Ministerului Sănătății Nr.748 din 22.08.2025 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național “Limfomul Hodgkin la adult”, ediția III, de către grupul de lucru al IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie, instituit prin Ordinul Nr.197 din 17.11.2025 “Cu privire la instituirea grupului de lucru pentru elaborarea protocoalelor clinice instituționale”.

Numele, prenumele	Subdiviziune, funcția
Ghenadie Zaporojan	Vicedirector medical
Lilia Grecu	Șefă secția 4
Renata Zabelinscaia	Șefă secția 2
Vasile Alcaz	Medic internist
Andrei Nicolai	Șef secția terapie intensivă (inc. transfuzie sânge)
Zinovia Pasnicenco	Farmacistă dirigintă
Veaceslav Dadus	Șef laborator
Inga Scurtu	Farmacistă clinician

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
SUMARUL RECOMANDĂRILOR	4
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	5
A.1. Diagnosticul: Limfomul Hodgkin	5
A.2. Codul bolii (CIM 10): C81	5
A.3. Utilizatorii:	5
A.4. Obiectivele protocolului:	5
A.5. Elaborat.....	5
A.6. Actualizat: 2025.....	5
A.7. Următoarea revizuire: 2030.....	5
A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului.....	5
A.9. Definițiile folosite în document.....	6
A.10. Informație epidemiologică.....	6
B. PARTEA GENERALĂ	7
B. Nivel de asistență medicală spitalicească (IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie)	7
C.1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ	9
C. 1.1. Algoritmul diagnostic în Limfomul Hodgkin.....	9
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	9
C.2.1. Clasificarea	9
C.2.2. Factorii de risc nu sunt cunoscuți	10
C.2.3. Profilaxia.....	10
C.2.4. Conduita pacientului cu Limfom Hodgkin	10
C.2.4.1. Anamneza.....	11
C.2.4.2. Examenul fizic (datele obiective).....	11
C.2.4.3. Investigațiile paraclinice.....	11
C.2.4.4. Diagnosticul diferențial	13
C.2.4.5. Criterii de spitalizare	13
C.2.4.6. Evoluția și prognosticul.....	14
C.2.4.7. Supravegherea pacienților	14
C.2.5. Stările de urgență	14
C.2.6. Complicațiile.....	14
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	15
D. Prestatori de servicii medicale la nivel de IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie.....	15
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	16
F. ASPECTELE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE PRIVIND GESTIONAREA LIMFOMULUI HODGKIN LA ADULT	17
ANEXE	19
Anexa 1 Ghidul pentru pacientul cu Limfom Hodgkin.....	19
Anexa 2 Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii	21

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AMP	Asistență Medicală Primară
AMSA	Asistență Medicală Specializate de Ambulator
AMS	Asistență Medicală Spitalicească
LH	Limfom Hodgkin
LHc	Limfom Hodgkin, forma clasică
PChT	Polichimioterapie
RT	Radioterapie
ORL	Otorinolaringolog
G-CSF	Factorul stimulator al coloniilor granulocitare (<i>Granulocyte colony-stimulating factor</i>)
RMN	Rezonanță magnetică nucleară
CT	Tomografie computerizată
PET/CT	Tomografie computerizată cu emisie de pozitroni
LHNPL	Limfom Hodgkin forma nodulară cu predominanță limfocitară
Schema ABVD	A – Adriamycin (Doxorubicini hydrochloridum), B – Bleomycinum*, V – Vinblastinum*, D – Dacarbazinum*
Schema BEACOPP	B – Bleomycinum*, E – Etoposidum, A – Adriamycin (Doxorubicini hydrochloridum), C – Cyclophosphamidum*, O – Oncovin (Vincristinum), P – Procarbazinum*, P - Prednisolonum
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Evaluarea inițială a pacientului cu suspiciune la diagnosticul de limfom Hodgkin trebuie să includă acuzele, istoricul complet al simptomelor clinice, evoluția lor, examenul fizic detaliat.
- Confirmarea diagnosticului se bazează pe examen histologic și imunohistochimic al țesutului ganglionar, susținut de investigații citologice și de laborator.
- Determinarea stadiului clinic are ca scop aprecierea extinderii bolii și ghidarea deciziei terapeutice.
- Conduita terapeutică se stabilește multidisciplinar, având ca obiectiv vindecarea completă sau prelungirea supraviețuirii, în funcție de stadiu și prognostic.
- Tratamentul combină polichimioterapia, radioterapia și imunoterapia, cu ajustarea schemei conform răspunsului evidențiat prin PET/CT.
- În formele recidivate sau refractare se aplică chimioterapie intensivă urmată de transplant de celule stem, terapii de menținere sau tratamente țintite.
- Supravegherea post-tratament are rolul de a depista precoce recidivele și de a monitoriza efectele tardive ale terapiei.
- Protocolul integrează metode diagnostice și terapeutice actualizate conform ghidurilor internaționale, precum și recomandări adaptate contextului național.

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru, constituit din reprezentanții Disciplinei de hematologie, Departamentul Medicină Internă a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și IMSP Institutul Oncologic.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind limfomul Hodgkin și va servi drept bază pentru elaborarea protoalelor instituționale. La

recomandarea MS pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnosticul: Limfomul Hodgkin

Exemple de diagnostic clinic: Limfomul Hodgkin, varianta scleroză nodulară cu afectarea ganglionilor limfatici cervicali, supraclaviculari pe stânga, mediastinali stadiul II Ab.

A.2. Codul bolii (CIM 10): C81

A.3. Utilizatorii:

IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie:

- Secția terapie intensivă (inc.transfuz. sânge);
- Camera de gardă/ Biroul de internare;
- Secțiile curative;
- Secția diagnosticare și medicină fizică;

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști, implicați în asistența medicală

A.4. Obiectivele protocolului:

1. A facilita diagnosticarea LH
2. A spori depistarea precoce a pacienților de LH
3. A spori calitatea tratamentului LH
4. A majora numărul pacienților cu LH vindecați

A.5. Elaborat: 2025

A.6. Actualizat: -

A.7. Următoarea revizuire: 2030

A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:

Prenumele, numele	Funcția, instituția
<i>Maria Robu</i>	dr. șt. med., conf. univ., Disciplina de hematologie, Departamentul de medicină internă, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Sanda Buruiană</i>	dr. șt. med., conf. univ., Disciplina de hematologie, Departamentul de medicină internă, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Larisa Musteață</i>	dr. șt. med., conf.univ., Disciplina de hematologie, Departamentul de medicină internă, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Vasile Musteață</i>	dr. șt. med., conf. univ., Disciplina de hematologie, Departamentul de medicină internă, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Victor Tomacinschi</i>	asist. univ., Disciplina de hematologie, Departamentul de medicină internă a USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Natalia Sporțș</i>	asist. univ., Disciplina de hematologie, Departamentul de medicină internă, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Aliona Golub</i>	dr. șt. med., șef Secție Hematologie nr. 2 IMSP Institutul Oncologic
<i>Stela Pînzari</i>	șef secție Hematologia Nr.1, IMSP Institutul Oncologic
<i>Inga Chemencedji</i>	șef secție Anatomie patologică, IMSP Institutul Oncologic
<i>Ludmila Eftodiev</i>	șef secție Oncologie Radiologică II, IMSP Institutul Oncologic

Recenzenți:

Prenumele, numele	Funcția, instituția
<i>Nicolae Ghidirim</i>	dr. hab. șt. med., prof. univ., Catedra Oncologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Sergiu Matcovschi</i>	dr. hab. șt. med., prof. univ., șef Departament Medicină Internă, USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost examinat, avizat și aprobat de:

Structura/instituția	Prenume, nume, funcția
Disciplina de hematologie USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Sanda Buruiană</i> , dr. șt. med., conf. univ., șef Disciplină
Comisia științifico-metodică de profil Medicină internă USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Livi Grib</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte
Catedra de Medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Ghenadie Curocichin</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef, catedră
Comisia de specialitate farmacologie și farmacologie clinică. Catedra de Farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Bacinschi Nicolae</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte, șef, catedră
Catedra de Medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Anatolie Vișnevschi</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef, catedră
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	<i>Dragoș Guțu</i> , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	<i>Ion Dodon</i> , director general
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	<i>Valentin Mustea</i> , director
Consiliul de Experti al Ministerului Sănătății	<i>Aurel Grosu</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., președinte

A.9. Definițiile folosite în document

Limfomul Hodgkin este o tumoare malignă a țesutului limfatic cu originea în limfocitele B.

Recomandabil: nu are un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

A.10. Informație epidemiologică

Limfomul Hodgkin se poate dezvolta la persoanele de orice vârstă inclusiv și la copii [7,13]. În SUA și Uniunea Europeană morbiditatea LH constituie 2,8 și 2,2-3,58 la 100 000 de populație, respectiv [17, 22]. În Federația Rusă – 2,2 la 100 000 de populație [18]. În Africa de Nord și Orientul Mijlociu – 1,45 și în Asia de Est – 1,18 la 100 000 locuitori [17, 19, 22].

Indicele morbidității în Republica Moldova constituie 1,47 cazuri la 100.000 locuitori, la bărbați (1,53) fiind mai înalt decât la femei (1,06) [6]. Frecvența LH este mai înaltă la persoanele cu vârsta de 18-35 de ani, preponderent 25-35 de ani [7, 8, 9, 11, 13, 16, 20]. Dezvoltarea frecventă a LH la o vârstă tânără constituie o importantă problemă social economică [13, 15].

Elaborarea și implimentarea noilor metode de tratament a contribuit la vindecarea unui procent înalt de pacienți cu LH. Limfomul Hodgkin reprezintă prima neoplazie în care s-a demonstrat potențial curativ al schemelor de PChT [8]. În stadiile locale frecvența remisiunilor complete depășește 95% [2, 3, 10].

Supraviețuirea de peste 10 ani a pacienților cu LH în stadiile locale (I-II) cu remisiuni complete este mai mare de 90% [14, 18, 21]. Deaceea este necesar de diagnosticat pacienții cu LH în stadiile locale (I-II) care au un potențial înalt de vindecare.

B. PARTEA GENERALĂ

B. Nivel de asistență medicală spitalicească (IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie)		
Descriere	Motive	Pași
1. Spitalizarea	Tratamentul corect conform programelor elaborate contribuie la majorarea numărului de pacienți de LH vindecați, îndeosebi în stadiile locale (Grad A, Nivel Ia și Ib) [4, 5, 12].	<p>Criterii de spitalizare în secții profil terapeutic general (raional, municipal):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacienții cu LH la recomandarea hematologului. <p>Secții hematologice (nivel republican)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toți pacienții cu LH • Pacienții cu dificultăți în stabilirea diagnosticului • Spitalizare pentru îngrijiri paliative în stadiile terminale conform prevederilor actelor normative în vigoare (<i>caseta 9</i>)
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului de LH	Diagnosticul se confirmă morfologic, imunohistochimic: puncția ganglionului limfatic, biopsia ganglionului limfatic. În cazurile de mărire izolată a ganglionilor limfatici mediastinali – toracotomia sau mediastinoscopia. La pacienții cu mărire izolată a ganglionilor limfatici intraabdominali – laparatomia cu cercetarea morfologică, imunohistochimică, citogenetică și moleculară (Grad A, Nivel Ia și Ib) [5, 6, 11].	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (<i>caseta 4</i>) • Examenul fizic (<i>caseta 5</i>) • Investigațiile paraclinice (<i>caseta 6</i>) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pentru confirmarea LH ✓ Pentru determinarea stadiului clinic al LH • Diagnosticul diferențial (<i>casetele 7, 8</i>)
		<p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigații recomandate (<i>caseta 6</i>) • Consultul altor medici specialiști, la necesitate
3. Tratamentul	Tratamentul LH se efectuează în funcție de stadiul maladiei și prevede vindecarea (îndeosebi în stadiile locale) sau prelungirea duratei vieții pacienților de LH (Grad A, Nivel Ia și Ib) [4, 5, 8, 12].	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • În stadiile locale (I-II) cu prognostic favorabil – 2-4 cicluri de PChT+RT la focarele afectate • În stadiile locale (I-II) cu prognostic nefavorabil – 4-6 cicluri de PChT+RT la focarele afectate • În stadiile avansate 6-8 cicluri de PChT+RT la focarele reziduale (<i>caseta 10</i>)

<p>4. Externare cu îndreptarea la nivelul primar pentru continuarea tratamentului și supravegherea</p>	<p>La externare este necesar de elaborat și de recomandat pentru medicul de familie tactica ulterioară de management al pacientului.</p>	<p>Extrasul <i>obligatoriu</i> va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnosticul exact detaliat ✓ rezultatele investigațiilor ✓ tratamentul efectuat ✓ recomandările explicite pentru pacient ✓ recomandările pentru medicul de familie
---	--	--

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C. 1.1. Algoritm diagnostic în Limfomul Hodgkin

I. Suspectarea LH

Prezența unui ganglion limfatic în creștere sau câțiva ganglioni limfatici într-o zonă care au apărut consecutiv (pe rând), sau a mai multor zone anatomice de ganglioni limfatici care s-au extins consecutiv.



II. Diagnosticarea, confirmarea, transferul pacienților, tratamentul LH

1. Consultația pentru confirmare.
2. Transfer la Institutul Oncologic.

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1. Clasificarea limfomului Hodgkin

Clasificarea clinică internațională (1971, Ann-Arbor (SUA) cu modificări Costswolds 2014

- Stadiul I – Afectarea unei singure regiuni ganglionare (I) sau a unui singur organ extralimfatic
- Stadiul II – Afectarea a două sau mai multor regiuni ganglionare de aceeași parte a diafragmului (II) sau afectarea unui organ extralimfatic și a unei sau mai multor regiuni ganglionare de aceeași parte a diafragmului (IIE)
- Stadiul III – Afectarea a două sau a mai multor regiuni ganglionare pe ambele părți ale diafragmului (III), care poate fi însoțită de afectarea localizată a unui organ extralimfatic (IIIE) sau de afectarea splinei (IIIS) ori a ambelor (IIISE). Stadiul III poate fi devizat în III-1 când are loc afectarea ganglionilor hil splenic, celiaci, portali și III-2 – ganglioni paraaortali, iliaci, mezenterici.
- Stadiul IV – Afectarea difuză sau diseminată a unui ori a mai multor organe extralimfatice sau țesuturi cu sau fără afectarea ganglionilor limfatici
- Toate stadiile sunt subclasificate:
S – afectare splenică; E – afectare extranodală izolată sau afectare extranodală prin continuitate de la o arie ganglionară afectată; X – masa tumorală voluminoasă: masa mediastinală 1/3 din diametrul toracic sau masa tumorală cu diametrul 10 cm și mai mult.
Fiecare stadiu clinic este subîmpărțit în funcție de prezența sau absența simptomelor de intoxicație generală în A (fără simptome de intoxicație generală) și B (cu simptome de intoxicație generală: febră mai înaltă de 38°C, transpirație nocturnă pronunțată, pierdere ponderală de 10% și mai mult în ultimele 6 luni – este suficientă prezența unuia din aceste semne).

Clasificarea morfologică a limfomului Hodgkin OMS, 2022 [1]

Limfomul Hodgkin	Variantele	Imunofenotipul substratului tumoral
Forma nodulară cu predominanță limfocitară		CD 20 ⁺ , CD 45 ⁺ , CD 30 ⁻ , CD15 ⁻ (în unele cazuri expresie pozitivă), BCL-6 +/-, PU.1 ⁺ , y-chain ⁺ , BoB1 ⁺ , MUM.1 ⁺ .
Forma clasică	<ul style="list-style-type: none"> • predominanță limfocitară • scleroză nodulară (tip I și II) • celularitate mixtă • depleție limfocitară 	CD 30 ⁺ , CD 15 ⁺ , CD 20 ⁻ , CD45 ⁻ , PAX5 (expresia nucleară slabă), BoB1 ⁻ , MUM.1 ⁺ .

C.2.2. Factorii de risc nu sunt cunoscuți

C.2.3. Profilaxia

Profilaxia primară nu se efectuează.

Profilaxia secundară include supravegherea strictă post-tratament prin analize generale de sânge cu trombocite și reticulocite, consultul medicului hematolog pentru depistarea recurenței cat mai devreme.

C.2.4. Conduita pacientului cu Limfom Hodgkin

Caseta 2. *Obiectivele procedurilor de diagnostic în LH*

- Depistarea prezenței formațiunii tumorale
- Aprecierea dinamicii evoluției procesului patologic
- Constatarea consecutivității apariției ganglionilor limfatici în zona tumorală primară
- Determinarea consecutivității răspândirii procesului tumoral în alte zone de ganglioni limfatici
- Cercetarea morfologică, imunohistochimică a formațiunii tumorale

Caseta 3. *Procedurile de diagnostic în LH*

- Anamnestic
- Examenul clinic
- Analiza generală a sângelui cu trombocite și reticulocite
- Puncția formațiunii tumorale cu cercetarea citologică
- Biopsia formațiunii tumorale cu cercetarea histologică imunohistochimică, citogenetică și moleculară a tumorii
- Investigarea în plan de determinare a gradului de răspândire a LH

C.2.4.1. Anamneza

Caseta 4. Aspecte ce trebuie examinate la suspjecția LH

- ✓ Depistarea zonei tumorale
- ✓ Determinarea dinamicii evoluției tumorale
- ✓ Concretizarea consecutivității apariției ganglionilor limfatici măriți în zona primară (apariția lor pe rând)

C.2.4.2. Examenul fizic (datele obiective)

Caseta 5. Datele fizice în LH

- ✓ Manifestările clinice ale LH depind de localizarea inițială a focarului tumoral și gradul de răspândire a procesului tumoral în organism (stadiul clinic) la momentul stabilirii diagnosticului
- ✓ În 95-98% din cazuri focarul primar al LH se dezvoltă în ganglionii limfatici
- ✓ Mărirea dimensiunilor ganglionilor limfatici este cel mai precoce și timp îndelungat unicul simptom al LH
- ✓ Cel mai frecvent primul focar tumoral apare în ganglionii limfatici cervicali (50%) și supraclaviculari (25%). Ganglionii limfatici axilari și mediastinali servesc ca punct de plecare a maladiei mai rar – în 13% și 10% respectiv. Foarte rar primul focar se dezvoltă în ganglionii limfatici inghinali (1-3%), retroperitoniali și abdominali (0,6-7,5%). Prin urmare, predomină dezvoltarea LH în ganglionii limfatici, preponderent în cei periferici (80-85%), de aceea LH poate fi considerat ca o tumoră cu focar primar vizual, ce permite depistarea acestei maladii în stadiile precoce
- ✓ Ganglionii limfatici afectați sunt indolori și neaderenți la țesuturile adiacente
- ✓ În stadiile I, II, III la examenul obiectiv se depistează numai limfadenopatie.
- ✓ Mărirea ganglionilor limfatici mediastinali poate provoca tuse, de obicei, uscată, dispnee și poate conduce la sindromul de compresie a venei cava superioară. Aceste simptome servesc ca motiv pentru examinarea radiologică, care depistează afectarea ganglionilor limfatici mediastinali
- ✓ Ganglionii limfatici retroperitoniali pot concrește rădăcinile nervilor spinali și măduva spinală cu dureri în regiunea respectivă, pareză sau paraplegie.
- ✓ Prezența unei formațiuni tumorale, dimensiunile căreia sunt în creștere: Consecutivitatea apariției (apariția pe rând) a ganglionilor limfatici în zona primară: Consecutivitatea extinderii procesului patologic în alte zone de ganglioni limfatici (când sunt prezente câteva formațiuni care au apărut nu toate concomitent dar pe rând) denotă despre un proces specific. Inclusiv LH.
- ✓ Afectarea primară a țesutului pulmonar, pleurei, oaselor, tractului gastrointestinal, ficatului și altor organe și țesuturi are loc foarte rar. Organele menționate pot fi incluse în procesul tumoral ca rezultat al generalizării LH (stadiul IV). Frecvent la diseminarea LH se afectează ficatul (30-80%), splina (65-80%), țesutul pulmonar (20-44%), oasele (20-25%), măduva osoasă (10%). Alte organe și țesuturi sunt incluse în procesul de generalizare foarte rar.
- ✓ Pe măsura generalizării LH apar și simptomele de intoxicație generală care au mai mare importanță pentru determinarea prognosticului (prezența lor presupune un prognostic nefavorabil) decât pentru confirmarea diagnosticului.

C.2.4.3. Investigațiile paraclinice

Caseta 6. Investigațiile în LH

Investigații pentru confirmarea LH

B.1 Prestatori de AMP; B.2 Prestatori de AMSA B.3. Prestatori de AMS;

O-obligator R-recomandabil

- Analiza generală a sângelui periferic cu trombocite și reticulocite
- Puncția ganglionului limfatic cu cercetare citologică

Nivel de acordare a asistenței medicale

B1 B2 B3

O O O
O O O

<ul style="list-style-type: none"> • Biopsia ganglionului limfatic cu cercetare histologică (pentru biopsie trebuie de înlăturat ganglionul limfatic de durata cea mai mare, deoarece în ganglionii limfatici cu termen mic de afectare poate să nu fie formată structura morfologică tipică a maladiei) • În cazurile de afectare izolată a ganglionilor limfatici mediastinali ori intraabdominali – intervenție chirurgicală (toracotomia, mediastinoscopia, laparatomia explorativă) cu cercetare histologică a tumorii • Imunohistochimie (determinarea CD20, CD45) 		O	O
<p>Investigațiile pentru determinarea gradului de răspândire a LH (stadiul clinic) (investigații obligatorii)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examenul ultrasonografic la toate grupurile de ganglioni limfatici periferici și cavității abdominale • Radiografia cutiei toracice în două proiecții cu tomografia mediastinului • Tomografia computerizată a gâtului, torace, abdomen, pelvis (nativ+subst. contrast) • RMN • PET/CT pentru determinarea extinderii bolii și post-tratament – eficacitatea tratamentului • Trepanobiopsia măduvei oaselor • Radiografia oaselor la apariția durerilor în oase • Fibroepifaringoscopia, fibrogastroscoopia, fibrocolonoscopia, laparoscopia – după necesitate • α_2 – globulinele, fibrinogenul, haptoglobina, celuloplasmina • Consultul medicului ORL (nazofaringele, amigdalele palatine) • Consultul medicului ginecolog (pentru femei) 	R	O	O
<p>Investigații recomandabile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analiza generală a urinei • Ureea, creatinina, glucoza în sânge • Bilirubina, aminotransferazele, lactatdehidrogenaza, fosfataza alcalină serică, proteina generală+electroforeza de proteine, albumina, beta2 microglobulina • Fierul seric, feritina • Coagulograma • Determinarea ionilor de K, Na, Ca • Apartenența de grup sanguin în corespundere cu algoritmele aprobate în acest scop • HIV • Markerii hepatitelor virale • USG și hormonii glandei tiroide până la tratament și post-tratament • Eco cord 	O O R	O O O	O O O
	R	O	O
		O	O
		O	O
		O	O
		O	O
		O	O
		O	O
		O	O
		O	O

Analiza generală a sângelui în cazurile fără afectarea măduvei osoase – fără modificări specifice. Importanță practică are creșterea vitezei de sedimentare a hematiilor, care caracterizează activitatea procesului tumoral. Afectarea specifică a măduvei oaselor se manifestă prin pancitopenie (anemie, leucopenie, trombocitopenie). Prin **metoda de trepanobiopsie** se constată prezența metastazelor LH în măduva oaselor. Diagnosticul LH se consideră confirmat numai după **investigarea morfologică** a ganglionilor limfatici afectați (biopsia) cu prezența în preparatul morfologic a celulelor specifice cu mulți nuclei care sunt numite celule Sternberg-Reed. Este strict necesară investigația histologică, imunohistochimică pentru identificarea corectă a variantei morfologice.

C.2.4.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 7. Diagnosticul diferențial al LH cu alte limfadenopatii

- Limfoamele non-Hodgkin
- Afectarea ganglionilor limfatici în leucemii (leucemia limfocitară cronică, leucemiile acute, leucemia monocitară cronică etc.)
- Metastaze ale cancerului în ganglionii limfatici
- Limfadenita tuberculoasă
- Hiperplaziile reactive ale ganglionilor limfatici

Caseta 8. Momente cheie în diagnosticul diferențial

- **Limfoamele non-Hodgkin**
 - ✓ În limfoamele non-Hodgkin (LNH) de asemenea este caracteristică consecutivitatea afectării ganglionilor limfatici în focarul primar, însă de multe ori lipsește consecutivitatea extinderii procesului tumoral în alte zone de ganglioni limfatici. Frecvent (42-45%) LNH debutează extralimfatic (inelul limfatic Waldayer, tractul gastrointestinal etc.). Diagnosticul definitiv este posibil numai pe baza examinării morfologice, imunohistochimice a formațiunii tumorale.
- **Afectarea ganglionilor limfatici în leucemii**
 - ✓ În diagnosticarea limfadenopatiilor care se dezvoltă la bolnavii de leucemii (leucemii acute, leucemie limfocitară cronică, leucemie monocitară cronică etc.) rolul hotărâtor aparține rezultatelor de examinare a sângelui periferic și a măduvei oaselor, care depistează substratul celular al leucemiei respective.
- **Metastaze ale cancerului în ganglionii limfatici**
 - ✓ Metastazele cancerului în ganglionii limfatici, de obicei, se asociază cu manifestări clinice de afectare a organului în care s-a dezvoltat cancerul. Proprietățile fizicale ale ganglionilor limfatici nu permit de a stabili diagnosticul. Sunt necesare puncția și biopsia ganglionului limfatic.
- **Limfadenita tuberculoasă**
 - ✓ Limfadenita tuberculoasă în stadiul incipient al maladiei se caracterizează prin afectarea unui sau câțiva ganglioni limfatici într-o zonă anatomică. Diagnosticul definitiv este posibil numai pe baza examinării citologice și histologice a ganglionului limfatic.
- **Hiperplaziile reactive ale ganglionilor limfatici**
 - ✓ Hiperplaziile reactive ale ganglionilor limfatici prezintă cea mai frecventă formă de limfadenopatii benigne. Ele pot avea un caracter de reacție regională a ganglionilor limfatici în caz de existență a unui focar de infecție în regiunea pielii, tunicilor mucoase, amigdalelor, dinților, infecții virale respiratorii acute etc.
 - ✓ Spre deosebire de LH sau alte limfadenopatii specifice în cazurile de hiperplazie reactivă lipsește consecutivitatea de afectare a ganglionilor limfatici, ei se măresc concomitent într-o zonă sau în multe zone anatomice. Zona de afectare primară lipsește. Ulterior dimensiunile ganglionilor limfatici măriți se micșorează.

C.2.4.5. Criterii de spitalizare

Caseta 9. Criteriile de spitalizare a pacienților de LH

- Toți pacienții primar diagnosticați cu LH
- Dificultăți în stabilirea diagnosticului
- Spitalizare pentru îngrijiri paliative în stadiile terminale conform prevederilor actelor normative în vigoare.

C.2.4.6. Evoluția și prognosticul

Caseta 11. Evoluția și prognosticul

- Evoluție favorabilă și prognostic favorabil – în stadiile I și II fără factorii nefavorabili care sunt: 1) vârsta >50 ani; 2) lărgirea umbrei mediastinului din contul măririi ganglionilor limfatici mai mult decât 1/3 din diametrul cutiei toracice (așa numitul index mediastinal – toracal >0,35); 3) afectarea a 4 și mai multor regiuni de ganglioni limfatici; 4) accelerarea VSH mai mult de 50mm/oră sau mai mult de 30 mm/oră în cazurile cu simptome de intoxicare generală (stadiul B).
- Evoluție nefavorabilă și prognostic rezervat – stadiile I și II cu prezența factorilor nefavorabili (1-4) sau stadiul IIIA cu ori fără prezența factorilor prognostici 1-4.
- Evoluție progresantă și prognostic nefavorabil – stadiile IIIB și IV.

C.2.4.7. Supravegherea pacienților

Caseta 12. Supravegherea pacienților de LH

- Pacienții de LH după finalizarea tratamentului se află la supravegherea hematologului.
- În primii 2 ani pacienții trebuie să se prezinte la hematolog peste fiecare 3 luni, în următorii 3 ani peste fiecare 6 luni, iar după 5 ani – o dată în an.
- La fiecare prezentare la consultație la hematolog în condiții de ambulator se efectuează analiza generală a sângelui, conținutul fibrinogenului, α_2 globulinelor, USG organelor cavității abdominale. Radiografia cutiei toracice cu tomografia mediastinului primii 2 ani se efectuează la fiecare 6 luni, ulterior – o dată în an.
- La necesitate CT, RMN, PET/CT, USG și hormonii glandei tiroide.

C.2.5. Stările de urgență

Caseta 13. Stările de urgență în LH

- Sindromul de compresie a venei cava superioară

C.2.6. Complicațiile

Caseta 14. Complicațiile

- Infecții bacteriene
- Infecții virale (Herpes Zoster etc.)
- Complicații autoimune (anemie, trombocitopenie autoimună)

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<p>D. Prestatori de servicii medicale la nivel de IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medici de laborator în biochimie • medici imagiști • medici endoscopiști • medici ginecologi • asistente medicale • laboranți cu studii medii în laboratorul hematologic • laboranți cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic • medici specialiști în diagnostic funcțional • medici chirurgi gastrologi, chirurgie toracală • medici ORL • specialiști morfologi (histologi, citologi)
	<p>Aparate, utilaj: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • acul pentru trepanobiopsie • tonometru • fonendoscop • electrocardiograf • ultrasonograf • cabinet radiologic • tomograf (pentru CT, RMN, PET/CT) • cabinet endoscopic • laborator hematologic • laborator morfologic (morfologie, imunohistochimie) • aparate pentru iradiere la distanță cu Co⁶⁰ „TERGAM”
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cyclophosphamidum* ✓ Vincristinum ✓ Vinblastinum* ✓ Procarbazine* ✓ Chlorambucilum* ✓ Doxorubicini hydrochloridum ✓ Bleomycinum* ✓ Dacarbazine* ✓ Prednisolonum ✓ Ifosfamidum* ✓ Vinorelibinum* ✓ Cisplatinum ✓ Cytarabinum ✓ Etopozidum ✓ Carboplatinum ✓ Gemcitabinum ✓ Lomustinum* ✓ Bendamustinum ✓ Brentuximabum Vedotinum* ✓ Factorul stimulator al coloniilor granulocitare (G-CSF) ✓ Rituximabum ✓ Nivolumabum* ✓ Pembrolizumabum*

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A îmbunătăți diagnosticarea pacienților cu LH	Proporția pacienților suspecți la LH la care diagnosticul a fost confirmat, pe parcursul unui an	1.1. Numărul pacienților cu LH confirmat pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți suspecți la LH care se află la evidența medicului specialist (hematolog/oncolog) și medicului de familie pe parcursul ultimului an
2.	A spori depistarea precoce a pacienților de LH	Proporția pacienților de LH care au fost diagnosticați în stadiile locale (I-II) pe parcursul unui an	Numărul pacienților de LH diagnosticați în stadiile locale (I-II) pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți de LH care se află la evidența medicului specialist (hematolog/oncolog) și medicului de familie pe parcursul ultimului an
3.	A îmbunătăți tratamentul pacienților de LH	3.1. Proporția pacienților de LH la care li s-a efectuat tratament conform recomandărilor PCN LH la adult, pe parcursul unui an	Numărul pacienților de LH cărora li s-a efectuat tratament conform recomandărilor PCN LH la adult pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți de LH care se află la evidența medicului specialist (hematolog/oncolog) și medicului de familie pe parcursul ultimului an
4.	A majora numărul pacienților de LH în remisiune completă	4.1. Proporția pacienților de LH în remisiune completă, pe parcursul unui an	Numărul pacienților de LH în remisiune completă, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți de LH care se află la evidența medicului specialist (hematolog/oncolog) și medicului de familie pe parcursul ultimului an

F. ASPECTELE MEDICO- ORAGNIZAȚIONALE PRIVIND GESTIONAREA LIMFOMULUI HODGKIN LA ADULT

Gestionarea pacienților adulți diagnosticați cu limfom Hodgkin, internați în cadrul IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie, presupune o abordare integrată medico-organizațională. Aceasta are ca obiectiv asigurarea continuității îngrijirii, respectarea protocoalelor clinice instituționale și naționale, precum și coordonarea eficientă între specialitățile implicate în procesul curativ.

1. Identificarea și intervenția medicală inițială

La suspiciunea de limfom Hodgkin, pacientul trebuie evaluat clinic și paraclinic într-un interval de timp restrâns (24–48 ore), conform protocoalelor instituționale existente. În absența unor protocoale interne, se aplică prevederile PCN-46 „Limfomul Hodgkin”, ediția III, aprobat prin Ordinul MS nr. 748 din 22.08.2025.

- Examinarea inițială este realizată de medicul internist, în colaborare cu echipa psihiatrică, pentru corelarea simptomatologiei somatice cu starea psihică și comportamentul pacientului.
- Se respectă procedurile instituționale și acordurile interspecialitate, în vederea asigurării continuității îngrijirii.

2. Diagnosticul clinic și paraclinic

Diagnosticul se fundamentează pe:

- **Date clinice:** simptome generale („B-simptome”) – febră inexplicabilă și recurentă, transpirații nocturne abundente, pierdere ponderală neintenționată (>10% din greutatea corporală în 6 luni), adenopatii nedureroase (cervicale, supraclaviculare, axilare, inghinale), splenomegalie, hepatomegalie, prurit generalizat sau oboseală persistentă.
- **Date de laborator:** hemoleucogramă completă, VSH, LDH, conform posibilităților laboratorului spitalului.
- **Consult hematologic și investigații aprofundate extraspital:** imagistică (CT, PET-CT) și biopsie ganglionară cu examen histopatologic.
- Rezultatele investigațiilor sunt consemnate riguros în dosarul medical, incluzând datele de contact ale pacientului și aparținătorilor, pentru facilitarea comunicării și luării deciziilor terapeutice.
- Investigațiile suplimentare (imunohistochimie, markeri tumorali, evaluarea funcției hepatice și renale) se efectuează în laboratoare acreditate extraspitalicești.

3. Administrarea tratamentului în secțiile curative

La confirmarea diagnosticului, tratamentul se inițiază conform schemelor standardizate:

- **ABVD** (Adriamicină/doxorubicină + Bleomicină + Vinblastină + Dacarbazină)
- **BEACOPP** (Bleomicină + Etoposid + Adriamicină/doxorubicină + Ciclofosfamidă + Vincristină + Procarbazine + Prednison)
- sau alte regimuri aprobate, în funcție de stadiul bolii și profilul pacientului.

Administrarea se realizează sub supravegherea unei echipe multidisciplinare (hematolog, oncolog, internist, psihiatru). Monitorizarea clinică și biologică este esențială pentru evaluarea eficacității terapeutice, tolerabilității și prevenirea reacțiilor adverse (toxicitate hematologică, cardiacă, pulmonară).

4. Transferul interinstituțional

Pacienții cu forme avansate sau complicații severe (de exemplu, necesitatea transplantului de celule stem hematopoietice sau radioterapie specializată) sunt transferați în unități medicale terțiare, conform procedurilor operaționale stabilite.

- Transferul se efectuează cu documentație completă (rezultate histopatologice, imagistice, scheme terapeutice aplicate).
- Coordonarea interinstituțională se realizează riguros, respectând principiile de siguranță și continuitatea îngrijirii.

5. Considerații psiho-sociale și organizatorice

În cazul pacienților cu tulburări psihice, abordarea terapeutică necesită o comunicare empatică și colaborativă între echipele medicale, cu adaptarea intervențiilor la nivelul de înțelegere și cooperare al pacientului.

- Obținerea consimțământului informat poate fi dificilă, impunând evaluarea capacității decizionale și, dacă este necesar, implicarea aparținătorilor sau a reprezentanților legali.
- Documentația medicală trebuie să reflecte fidel toate etapele procesului curativ, incluzând deciziile interdisciplinare și măsurile organizatorice adoptate pentru asigurarea unei îngrijiri centrate pe pacient.

Telefoanele de contact pentru coordonarea asistenței medicale:

Funcția	Telefon de contact
Vicedirector medical	(022) 857-255
Șef Secția terapie (inc. transfuz. sânge)	(022) 857-462
Șef Secția Diagnosticare și medicină fizică	(022) 857-416
Șef Serviciul bioinginerie medicală	(022)857-439
Șef Serviciul de prevenire al infecțiilor asociate asistenței medicale	(022) 857-296
Șef Laborator	(022) 857-251

Telefoanele de urgență

Secția	Telefon de contact
Paza	(022) 857-478
Serviciul tehnic	(022) 857-259

ANEXE

Anexa 1. Ghidul pentru pacientul cu Limfom Hodgkin

Introducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor de limfom Hodgkin în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor de limfom Hodgkin, dar poate fi util și pentru familiile acestora și pentru cei care doresc să afle mai multe despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de conduită și tratament care trebuie să fie disponibile în Serviciul de Sănătate.

Indicațiile din ghidul pentru pacient acoperă:

- ✓ modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană are limfom Hodgkin
- ✓ prescrierea tratamentului pentru limfomul Hodgkin
- ✓ modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu limfom Hodgkin

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să fie în deplin volum. Aveți dreptul să fiți informat și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea Dvs. Toate cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar ce este limfomul Hodgkin și care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

Limfomul Hodgkin

Limfomul Hodgkin este o tumoare malignă a țesutului limfatic. Cauzele nu sunt bine determinate.

Manifestările limfomului Hodgkin

Manifestările clinice ale limfomului Hodgkin depind de localizarea inițială a focarului tumoral și gradul de răspândire a procesului tumoral în organism (stadiul clinic).

Mărirea în dimensiuni a ganglionilor limfatici este cel mai precoce și timp îndelungat unicul simptom al limfomului Hodgkin, deoarece în 95-98% din cazuri focarul primar al LH se dezvoltă în ganglionii limfatici. Cel mai frecvent primul focar tumoral apare în ganglionii limfatici cervicali (50%) și supraclaviculari (25%). Ganglionii limfatici axilari și mediastinali servesc ca punct de plecare a maladiei mai rar – în 13% și 10% respectiv. Foarte rar primul focar se dezvoltă în ganglionii limfatici inghinali (1-3%), retroperitoniali și abdominali (0,6-7,5%). Prin urmare, predomină dezvoltarea LH în ganglionii limfatici, preponderent în cei periferici (80-85%), deoarece în majoritatea cazurilor focarul primar este vizual permite depistarea acestei maladii în stadiile locale.

În cazurile de debut al limfomului Hodgkin în ganglionii limfatici mediastinali poate fi tuse, dispnee ce servesc ca motiv de adresare la medic pentru examinarea radiologică, care depistează afectarea ganglionilor limfatici mediastinali.

Ganglionii limfatici retroperitoniali măriți pot concrește rădăcinile nervilor spinali și măduva spinală cu dureri în regiunea respectivă a coloanei vertebrale. Examenul ultrasonografic sau tomografia computerizată depistează ganglionii retroperitoniali și/sau abdominali măriți.

Diagnosticul de limfom Hodgkin se poate suspecta la prezența unui singur ganglion limfatic în creștere sau câțiva ganglioni limfatici într-o zonă care au apărut consecutiv (pe rând), sau a mai multor zone anatomice de ganglioni limfatici care s-au extins consecutiv. Însă diagnosticul de limfomul Hodgkin se confirmă în mod obligatoriu morfologic, imunohistochimic prin punctia și biopsia ganglionului limfatic.

După obținerea rezultatelor investigațiilor efectuate medicul trebuie să discute rezultatele cu Dvs. Și să vă comunice modalitatea tratamentului.

Tratamentul

Tratamentul include efectuarea chimioterapiei și radioterapiei.

În stadiile locale (I-II) cu prognostic favorabil se efectuează 3-4 cicluri de PChT+RT la focar, în stadiile I-II cu prognostic nefavorabil 4-6 cicluri de PChT + RT la focar.

În stadiile III-IV 6-8 cicluri de PChT cu iradierea ulterioară a focarelor reziduale.

La persoanele în vârstă avansată, cu patologii concomitente grave se aplică numai monochimioterapia și/sau radioterapia.

Anexa 2. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii

FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII PENTRU PCN LIMFOMUL HODGKIN LA ADULT		
	Domeniul Prompt	Definiții și note
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	denumirea oficială
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	nume, prenume, telefon de contact
3	Ziua, luna, anul de naștere a pacientei/lui	data (ZZ. LL. AAAA); necunoscut = 9
4	Sexul pacientei/lui	masculin = 1; feminin = 2
5	Mediul de reședință	urban = 1; rural = 2
INTERNAREA		
6	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	AMP = 1; AMU = 2; secția consultativă = 3; instituție medicală privată = 4; staționar = 6; adresare directă = 7; alte instituții = 8; necunoscut = 9
7	Numarul internărilor	primară = 3; repetată = 4; mai mult de două ori = 6;
8	Data și ora internării în spital	data (ZZ. LL. AAAA); ora (00:00); necunoscut = 9
9	Durata internării în spital (zile)	număr de zile; necunoscut = 9
10	Transferul în alte secții	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9 terapie intensivă = 2; alte secții = 3
11	Respectarea criteriilor de internare	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
DIAGNOSTICUL		
12	Stadiul LH a pacientei/lui la internare	St. I = 1; St. II = 2; St. III = 3; St. IV = 4; necunoscut = 9
13	Efectuarea metodelor de depistare a caracterului procesului, tipului LH	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9;
14	Efectuarea metodelor pentru determinarea stadiului LH	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9;
15	Efectuarea metodelor de determinare a particularităților organismului	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9;
16	Cosultat de alți specialiști	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9;
17	Investigații indicate de către alți specialiști	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR		
18	Modul prin care s-a stabilit diagnosticul	adresare directă = 1; screening = 2; centrul consultativ = 3; oncologul raional = 4; hematologul municipal = 6; necunoscut = 9

19	Efectuarea profilaxie primare și secundare	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
20	Etapa stabilirii diagnosticului	precoce = 2; tardiv = 3; necunoscut = 9	
21	Face parte pacienta/ul din grupul de risc	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
22	Managementul starilor de urgență	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
23	Maladii concomitente înregistrate	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
	TRATAMENTUL		
24	Unde a fost inițiat tratamentul	AMP = 2; secția consultativă = 3; staționar = 4; instituție medicală privată = 6; alte instituții = 7; la domiciliu = 8; necunoscut = 9	
25	Evaluarea scorului de risc al LH	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9 risc minimal = 2; risc intermediar = 3; risc maximal = 4	
26	Tratamentul etiopatogenetic	nu = 0; da = 1; chimioterapie = 2; imunoterapie = 3; radioterapie = 4; transplant medular = 5; necunoscut = 9	
27	Tratamentul simptomatic	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
28	Complicații înregistrate	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
29	Efecte adverse înregistrate	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
30	Respectarea criteriilor de monitorizare clinică	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9	
31	Rezultatele tratamentului	remisiune completă = 1; remisiune parțială = 2; fără efect = 3; progresare = 4; complicații = 6; necunoscut = 9	
32	Efectuarea măsurilor de reabilitare	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9	
33	Respectarea criteriilor de externare	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; recomandări = 2; consilierea pacientei/lui = 3; consilierea rudelor = 4	
34	Supravegherea pacientei/lui	nu = 0; da = 1; medicul AMP = 2; oncologul raional = 3; hematologul municipal = 4; Institutul Oncologic = 5; necunoscut = 9;	
34	Data externării/transferului sau decesului	data externării/transferului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9	
		data decesului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9	