

---

**ORD nr. 726 publicat în M.Of. nr. 775 din data: 10/24/2002**

**OMSF726/2002**

Ordin nr. 726 din 1 octombrie 2002 privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru adulți și se aplică măsurile de protecție specială a acestora

Ministerul Sănătății și Familiei

Ordin nr. 726

din 1 octombrie 2002

privind criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru adulți și se aplică măsurile de protecție specială a acestora

Publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 775 din 24 octombrie 2002

Având în vedere dispozițiile art. 1 alin. (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 102/1999 privind protecția specială și încadrarea în muncă a persoanelor cu handicap, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 519/2002, văzând Referatul de aprobare al secretarului de stat al Secretariatului de Stat pentru Persoanele cu Handicap nr. DB.10.930 din 1 octombrie 2002, în temeiul art. 4 alin. (6) din Hotărârea Guvernului nr. 22/2001 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății și Familiei, cu modificările și completările ulterioare, ministrul sănătății și familiei emite următorul ordin:

Art. 1. - Se aprobă criteriile pe baza cărora se stabilește gradul de handicap pentru adulți și se aplică măsurile de protecție specială a acestora, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2. - Comisiile de expertiză medicală a persoanelor cu handicap pentru adulți, precum și Comisia superioară de expertiză medicală a persoanelor cu handicap pentru adulți vor aduce la îndeplinire dispozițiile prezentului ordin.

Art. 3. - Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății și familiei,

Daniela Bartoș

București, 1 octombrie 2002.

Nr. 726.

**ANEXĂ**

**CRITERII MEDICO-SOCIALE**

pentru încadrarea într-o categorie de persoane cu handicap (adulți)

I. Persoane cu handicap dobândit congenital, neonatal, în copilărie sau adolescență și cele menționate expres în lege

Categorii	Afecțiuni handicapante	Asimilare în grad de handicap
1	2	3
<p>1. Persoane cu handicap motor cu tulburări de postură sau/și gestualitate de intensitate accentuată și gravă necesitând mijloace protetice, ortetice mijloace speciale de deplasare, precum și, adaptarea locuinței,; locului de muncă sau reorganizarea procesului de producție pentru a le facilita integrarea în viața socială</p>	<p><b>Afecțiuni osteoarticulare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- boli constituționale ale oaselor (de exemplu ancondroplazia)</li> <li>- malformații (de exemplu: amelia unui membru, totală sau parțială, toracal sau pelvin, sindactilia);</li> <li>- cifoscolioze și scolioze deformante, cu grad mare de curbură ce împiedică capacitatea respiratorie normală și/sau cu tulburări neurologice accentuate sau grave (parapareze, paraplegii);</li> <li>- deformări rahitice grave, cu tulburări de postură locomoție sau respirație</li> <li>- luxație congenitală de șold (unilaterală sau bilaterală) cu coxartroză secundară și/sau modificări ale coloanei vertebrale</li> <li>- redori și anchiloze congenitale, posttraumatice sau după osteoartrite TBC, contractate precoce (în copilărie-adolescență), redori strânse mono- saubilaterale de șold, genunchi sau combinate, în poziții vicioase, asociate sau nu cu paralizii nervoase, lipsa policelui sau a patru degete bilaterale, cu anchilozede degete, cot, umăr, în poziții nefuncționale, anchiloze bilaterale ale pumnului, coatelor și umerilor; pseudoartroze (gambă, coapsă, antebraț sau braț, neoperabile);</li> <li>- amputații contractate precoce, în copilărie-adolescență (de exemplu: amputații unilaterale sau bilaterale, indiferent de nivel, cu excepția celor de la deget, neprotezabile sau greu protezabile, de membre inferioare, amputații bilaterale ale membrilor toracale, indiferent de nivel, amputații unilaterale, indiferent de nivel, în raport și cu gestualitatea și deservirea necesară; dezarticulația membrului toracal).</li> </ul>	<p>Handicap accentuat grav în funcție intensitatea tulburării funcționale și de de capacitatea de sau autoservire (dependență)</p>
	<p><b>Afecțiuni musculare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anomalii și malformații musculare congenitale, dacă împiedică statica și locomoția (de exemplu: hipertrofii, redori și retracții musculare mutilante);</li> <li>- boli degenerative – distrofia musculară progresivă de exemplu: distrofia Duchenne cu deficit motor datorită distrofiilor musculare în funcție de forma clinico-genetică, cu amiotrofii progresive inițial distal și proximal, simetrice, cu evoluție progresivă, retractil tendinoase; miopatia în centură; distrofia miotonică Steinert; miotonia congenitală Thomson).</li> </ul> <p>În formele clinice cu evoluție îndelungată care conduce la deplasarea dificilă a bolnavilor sau la imobilizare datorită atrofiilor musculare marcate, cu tulburări respiratorii, tulburări de deglutiție, fonație, alimentație, deficiența este gravă;</p>	

	<p>- miastenia cu tulburări de locomoție, manipulație, fonație, respirație, oculare.</p> <p><b>Colagenoze (depistate precoce):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sclerodermia cu tulburări cutanate specifice, reducând gestualitatea datorită sclerodactiliei;</li> <li>- periarterita nodoasă cu tulburări oculare;</li> <li>- dermatomiozitele cu atrofii musculare sau cu modificări ale staticii coloanei și slăbirea forței musculare a membrilor toracale, când deplasarea este dificilă, în formele cu alterarea accentuată a funcțiilor motorii;</li> <li>- poliartrita reumatoidă cu sechele la nivelul articulațiilor pumnului și degetelor, cu limitarea sau pierderea gestualității.</li> </ul>	<p>Handicap accentuat sau grav în funcție de intensitatea tulburărilor funcționale specifice și de autoservire</p>
<p><b>2. Persoane cu handicap somatic</b> (fizici, viscerali sau de sistem), prin afecțiuni congenitale sau dobândite precoce (în copilărie - adolescență), cu deficiență accentuată ori gravă de adaptare la efortul fizic</p>	<p><b>Afecțiuni cronice ale pielii,</b> cu caracter de boli generale sau fiind expresia unei boli sistemice ori efectul lor împiedică postura și gestualitatea, congenitale sau dobândite precoce (de exemplu: epidermoliza buloasă, genodermatoze, ihtioza, cicatrici mutilante și invalidante etc.)</p> <p><b>Afecțiuni respiratorii.</b> Se consideră afecțiuni respiratorii cu handicap respirator acele forme de boli dobândite în copilărie-adolescență, care determină tulburări funcționale permanente sau care riscă să devină permanente (de exemplu: astmul bronșic infantil-juvenil, forme accentuate și severe; anomalii congenitale cu insuficiență respiratorie cronică accentuată sau gravă; agenezie pulmonară parțială, fibroză pulmonară difuză) cu V max. (VEMS) &lt; 40% din valoarea corespunzătoare vârstei</p> <p><b>Afecțiuni cardiovasculare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cardiopatii congenitale (neoperate/operate) cu cardiacă cronică clinic manifestă (de: tetrada Fallot, transpoziții de vase mari, stenoza de arteră pulmonară asociată cu DSV, atrezia tricuspidă, maladia Lobstein, DSV, DSA cu shunt stâng-drept semnificativ, DSA cu shunt operat cu persistența cardiomegaliei, HTP, tulburări de ritm; DSV cu HTP, cardiomegalie manifestă, semne de insuficiență cardiacă NYHA III sau III/IV, aritmie ventriculară sau cu insuficiență cardiacă severă, DSV operat cu shunt mare, HTP persistentă; persistența canalului arterial cu HTP majoră, insuficiență; coartația de aortă cu HTA, cardiomegalie, insuficiență cardiacă NYHA III, III/IV sau bolnavii la care intervenția nu a dat rezultate; stenoza aortică cu sincope repetate, tulburări de ritm și conducere ori insuficiență cardiacă);</li> <li>- cardiomiopatii primitive (de exemplu: fibroelastoza - cardiacă);</li> <li>- tulburări de ritm și conducere persistente și severe (purător de pacemaker), indiferent de, depistate precoce;</li> <li>- valvulopatii de etiologie diversă, complicate sau ori operate (proteze) - înaintea activității profesionale;</li> <li>- complicații ale transplantului cardiac.</li> </ul> <p><b>Afecțiuni renale:</b> cu insuficiență renală cronică în stadiul de</p>	<p>Handicap accentuat sau grav în funcție de intensitatea tulburărilor Funcționale specifice și de capacitatea de autoservire (necesitatea de îngrijire și supraveghere)</p>

	<p>retenție azotată fixă sau de uremie depășită, supuse hemodializei periodice, indiferent de cauză, dobândite precoce:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cauze malformative (de exemplu: agenezia renală hipoplazia renală, rinichi polichistic, rinichi în potcoavă, duplicare ureterală etc.);</li> <li>- cauze tumorale (de exemplu: tumora Wilms);</li> <li>- hidronefroza de gradul III congenitală, cu fenomene de insuficiență renală cronică;</li> <li>- hipertensiunea arterială reno-vasculară, severă sau malignă;</li> <li>- litiază renală sau pielonefrită pe rinichi unic congenital sau chirurgical, cu fenomene de renală cronică.</li> </ul> <p><b>Afecțiuni hematologice</b> (congenitale sau depistate în copilărie-adolescență):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anemii hemolitice cronice necompensate;</li> <li>- anemii cronice severe (de exemplu: talasemia severă, sferomicrocitoza necompensată);</li> <li>- leucemiile, limfomul malign nehodkian, boala Hodkin, mielomul multiplu;</li> <li>- macroglobulinemia Waldenstrom cu alterare progresivă a stării generale.</li> </ul> <p><b>Coagulopatii cronice:</b> de exemplu hemofilia A, B, boală congenitală ce apare la sexul masculin prin deficit de factor VIII (hemofilia A) și factor IX (hemofilia B), în formele severe cu modificări ireversibile ale mecanicii articulare sau în formele cu anchiloze în poziții vicioase și amiotrofii care împiedică mobilizarea sau/și autoservirea;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alte sindroame hemoragipare ce determină hemoragii cronice și anemii severe.</li> </ul> <p><b>Boli cu deficit imunitar cronic</b> (documentate și depistate în copilărie-adolescență, înaintea începerii activității profesionale):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- boala SIDA (seropozitiv HIV-SIDA);</li> <li>- agranulocitoza;</li> <li>- hipogamaglobulinemia.</li> </ul> <p><b>Boli cronice de metabolism</b> (de exemplu: diabet zaharat juvenil sever, cu complicații; degenerescența hepatolenticulară Wilson)</p> <p><b>Boli endocrine</b> (de exemplu: insuficiență hipofizară accentuată sau severă, cu tulburări grave de nutriție; nanismul hipofizar ajuns la maturitate, cu talie sub 1,29 m; insuficiență corticosuprarenală cu rezerve hormonale labile, sub tratament sau operată uni-bilateral, până la echilibrare, și insuficiența CSR cronică decompensată, rezistență la tratament; insuficiență gonadică cu tulburări psihice; diabetul insipid rezistent la tratament; mixedemul congenital fără răspuns la tratamentul substitutiv)</p>	
--	---	--

<p>3. Persoane cu handicap auditiv care prezintă deficiențe accentuate cu dificultăți majore de comunicare, eventual într-un context neurologic.</p>	<p><b>Afecțiuni auditive:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hipoacuzie congenitală sau dobândită precoce, cu demutizare slabă sau nulă, cu tulburări grave de comunicare (surdomutitate);</li> <li>- tulburări de auz bilaterale dobândite precoce (în copilărie-adolescență), cu pierdere peste 70 db, calculată pe audiogramă, ce se protezează greu, asociate cu tulburări psihice și de limbaj</li> </ul>	<p>Handicap auditiv accentuat</p>
<p>4. Persoane cu handicap prin deficiențe vizuale accentuate sau grave, cu dificultăți majore de orientare în spațiu</p>	<p><b>Afecțiuni oculare</b> (cu ambliopie sau cecitate prin relativă/absolută, indiferent de cauză), de exemplu: anoftalmii, cataractă fără posibilități terapeutice (pentru cataractă bolnavii vor fi îndrumați spre intervenție chirurgicală fără a li se elibera certificat; după operație se va evalua acuitatea vizuala), galaucom, miopii forte-fortissime</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- deficiență vizuală accentuată: AV, la ochiul cel mai bun, cu corecția utilă cea mai bună cuprinsă între 1/12-1/25 și/sau CV, la ochiul cel mai bun, redus periferic cu peste 20 până la 40 grade;</li> <li>- cecitate relativă cu AV după corecție sub 1/25 la ambii ochi sau/și strâmtorarea câmpului vizual, tubulară în jurul punctului de fixație (0-10 grade);</li> <li>- cecitate absolută cu PMM, PL, FPL, cu posibilitatea de a desfășura activitate în unități sau locuri de muncă protejate, în meserii adecvate și accesibile deficienților vizual, însușite, în general, prin învățământul profesional special.</li> </ul>	<p>Handicap accentuat</p> <p>Handicap vizual grav, cu pierderea capacității de orientare spațială</p>
<p>5. Persoane cu handicap mental, psihic prin nedezvoltare sau regresie ori cu deficiente psihice prin boli neuropsihice de intensitate accentuată și gravă care necesită măsuri speciale de protecție</p>	<p><b>Afecțiuni psihice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-intirziere mintala (oligofrenia) cu Qi precizat obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) intirziere mintala usoara cu Qi 50-55 la 70, daca este asociata cu alta deficianta (senzoriala,epilepsie, tulburari comportamentale, autism);intensitatea deficientei asociate determina includerea in categoria de persoana cu handicap (este obligatorie investigarea sociala pentru obiectivarea tulburarilor neuropsihice);</li> <li>b) retardare mentală moderată (oligofrenie gradul II – imbecilitate) QI 35-40 la 50 Pot vorbi sau învăța să comunice în anii preșcolari, cu supraveghere moderată. Sunt incapabile să progreseze dincolo de nivelul clasei a II-a, pot avea grijă de ele însele, pot fi capabile să contribuie la propria întreținere prin efectuarea unor munci necalificate sau semicalificate, sub supraveghere strictă în ateliere protejate. Se adaptează bine la viața în comunitate, dar de regulă în cămine supravegheate;</li> </ul> </li> </ul>	<p>Handicap accentuat sau grav in functie de intensitatea tulburarilor neuropsihice, de necesitatea de supraveghere si de capacitatea de autoconducție</p>

	<p>b) retardare mentală severă (oligofrenie gradul II - imbecilitate), QI 20-34. Au o dezvoltare psihomotorie redusă și își însușesc foarte puțin sau deloc limbajul, pot învăța să vorbească, se pot familiariza cu alfabetul și numărutul simplu. Pot fi capabile să efectueze sarcini simple sub strictă supraveghere. Se pot adapta la viața în comunitate în cămine sau în familiile lor, în măsura în care nu au un alt handicap care să necesite îngrijire specială;</p> <p>c) d) retardare mentală profundă (oligofrenie gradul III- idiotie), QI sub 20 sau 25. Au o minimă dezvoltare senzitivo-motorie, nu își pot însuși limbajul vorbit, nu sunt capabile de autoconducție și necesită să fie asistate de o altă persoană în permanență.</p> <p>La persoanele cu handicap din grupele prevăzute la lit. c) și d), pe lângă testarea inteligenței este obligatorie investigația socială;</p> <p>psihoze cu tulburări accentuate și grave de comportament, cu debut precoce</p> <p>(copilărie-adolescență), ce afectează capacitatea de integrare și realizarea unei activități organizate (de exemplu: autismul infantil, schizofrenia, stări demențiale după agresiuni cerebrale dobândite, cu/fără tulburări de personalitate; este obligatorie investigația socială pentru obiectivarea tulburărilor comportamentale).</p>	<p>Handicap accentuat sau grav în funcție de intensitatea tulburărilor neuropsihice, de necesitate de supraveghere și capacitatea de autoconducție</p>
<p>6. Persoane cu handicap neuromotor cu tulburări posturale și gestuale de intensitate accentuată sau gravă, care necesită măsuri proiective particularizate bolii</p>	<p>Afecțiuni neurologice:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- malformații congenitale invalidante (de exemplu: mielomeningocel, porencefalia, hidrocefalia, microcefalia);</li> <li>sechele neurologice (pareze, paralizii etc.) după meningoencefalopatii infantile;</li> <li>- boli degenerative cu demineralizare, cu debut la vârste tinere și foarte tinere (de exemplu: leuconevraxita cu tulburări motorii, extrapiramidale, senzoriale);</li> <li>-coreea cronică care produce prin sindromul distonodiskinetik tulburări locomotorii și gestuale gestualitate, psihice ce împiedică activitatea normală;</li> <li>-ataxia Friedrich, ataxia cerebeloasă tip capacitatea de Pierre-Marie (depistată în copilărie, adolescență);</li> <li>- leziuni traumatice ale sistemului nervos central (în copilărie, adolescență): <ul style="list-style-type: none"> <li>6 sechele după sindrom ischemic medular cu parapareze sau plegii, tetrapareză sau tetraplegii, monopareză sau monoplegii;</li> <li>6 sechele după traumatisme cerebrale severe și paralizii de plex brahial, leziuni radiculare de nerv periferic, care produc tulburări de manipulație uni- sau bilaterale;</li> <li>6 tulburări neurologice sechelare cu deficiențe tip</li> </ul> </li> </ul>	<p>Handicap accentuat sau grav în funcție de intensitatea tulburărilor de statică, mers, echilibru, secundare și de autoservire, îngrijire</p>







	<p>SA stadiul IV forme mixte, forme severe și cu afectarea gravă a acuității vizuale Bolnavii cu SA stadiul IV se deplasează cu mare dificultate și sprijiniți, sunt în imposibilitatea realizării activității vieții zilnice de autoservire și îngrijire, necesită ajutor din partea altei persoane.</p> <p><b>Colagenoze:</b></p> <p>poliartrita evolutivă (PE) (poliartrita reumatoidă) în stadii avansate, afecțiune depistată tardiv -boală imunoinflamatorie cronică progresivă ceafectează cu predilecție articulațiile mici ale membrului, simetric și distructiv:</p> <p>6 PE stadiul III/IV formă severă, cu leziunidistructive cartilaginoase sau osoase, deformări ale degetelor, subluxații, deviații axiale (cubitale) ale mâinilor, atrofiile musculare extinse, cu afectare gravă a prehensiunii. Semne radiologice caracteristice, examene de laborator specifice, pozitive, în puseele active</p> <p>Capacitatea funcțională limitată permite doar o mică parte din activitățile uzuale pentru propria îngrijire;</p> <p>6 PE stadiul IV, cu leziuni osteoarticulare cudeformări și anchiloze (anchiloza pumnului și a degetelor, a coatelor, a șoldurilor, genunchiului însemiflexie, anchiloză libiolarsiană cu deformări ale antepiciorului, cu limitarea aproape totală a gestualității, posturii și deplasărilor posturale). Bolnav imobilizat la pal sau în fotoliu. Propria îngrijire o realizează cu dificultate sau deloc;</p> <p>sclerodermia (afecțiunea țesutului conjunctiv) depistată după perioada de adolescență:</p> <p>a) forma progresivă cu sindactilie (fenomene de tip Raynaud, tegumentele falangelor subțiale, uscate, ulcerate, atrofierea și sclerozarea tendoanelor musculare);</p> <p>b) forma progresivă cu tulburări viscerale la nivelul tubului digestiv (tulburări de deglutiție), parenchimului pulmonar (scleroză pulmonară) și renal;</p> <p>c) forma edematoasă cu infiltrații cronice și dure ale tegumentelor feței, trunchiului și membrului, manifeste, ce nu cedează la tratamentul permanent Aceste categorii de bolnavi au o limitare accentuată și progresivă în exercitarea activității vieții zilnice;</p> <p>-lupusul visceralizat (eritematos sistemic), cu în insuficiență renală cronică (retenție azotată fixă - uree 50-100 mg/dl, creatinină 3-4 mg/dl, clearance la uree 26-20 ml/min. sau decompensată - uree &gt; 100 mg/dl, creatinină &gt; 4,5 mg/dl, clearance la uree 20-2,5 ml/min.) sau tulburări osteoarticulare severe.</p> <p><b>Afecțiuni neurologice:</b></p> <p>accidente vasculare cerebrale (hemoragice, trombotice sau embolice) cu diverse localizări, cu deficiențe locomotorii secundare:</p> <p>a) deficiență accentuată</p> <p>6 dereglare locomotorie și gestuală datorată parezilor</p> <p>Handicap accentuat pronunțate a mișcărilor distale și mai</p>	<p>Handicap accentuat</p> <p>Handicap grav</p> <p>Handicap accentuat sau grav în funcție de intensitatea tulburărilor de nutriție, tulburărilor gestuale, respiratorii și renale</p> <p>Handicap accentuat funcție de stadiul insuficienței renale cronice</p>
--	---	--



	<p>-sindroame extrapiramidale, cu deficiențe funcționale grave, constituite după perioada de adolescență, în timpul vieții, prin afectarea sistemului extrapiramidal, de cauze diverse (postencefalitice, medicamentoase, toxice, tumorale), care prezintă semnele bolii Parkinson (tremor, rigiditate musculară evidențiată prin semnul Noica - fenomenul de roată dințată, exagerare ROT, tulburări de mobilitate oculară, tulburări vegetative - sialoree, tulburări psihice): 6 formele clinice cu evoluție îndelungată, care pot duce la imobilizarea bolnavului, cele cu tulburări de vorbire, deficiență de deglutiție și respirație permanente, care necesită îngrijire și supraveghere;</p> <p>-leuconevraxita (boală demielinizantă), sinonime: scleroza în plăci, scleroza multiplă, encefalomielite diseminată cronică, encefalita periaxială difuză, boala Devie (oftalmoneuromielită) - afecțiune depistată tardiv, cu tulburări funcționale accentuate și grave:</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>- formele clinice cu evoluție progresivă și frecvente: pusee acute, cu tulburări accentuate de mers, mers dificil, uneori cu sprijin unilateral, cu tulburări de echilibru, tulburări de coordonare, tulburări de manipulație. În formele combinate, parapareză și monopareză brahială dreaptă/stângă și/sau forme cu hemipareză dreaptă sau stângă Obiectiv: sindrom piramidal (parapareză spastică și/sau hemipareză spastică dreaptă/stângă), sindrom cerebelo-vestibular, tulburări vizuale (diplopie, modificări de câmp vizual), tulburări de sensibilitate</p> <p>- formele clinice cu evoluție continuă (fără remisiuni) care poate să ducă chiar la imobilizarea bolnavului, făcându-l dependent de ajutorul altei persoane (parțial sau permanent), datorită sindromului piramidal (hemiplegie dreaptă/stângă, parapareză/paraplegie, tetrapareză/tetraplegie), sindromului vestibulo-cerebelos (tulburări de statică și echilibru grave).</p> <p>-boala Alzheimer - demența senilă Tabloul clinic în primele stadii este nespecific și poate fi confundat cu toată patologia de involuție, diagnosticul impunându-se prin excluderea altei patologii organice cerebrale (sifilis, tumori și cerebrale etc.). Diagnosticul pozitiv se obiectivează prin dovada tomo- sau pneumoencefalografică a atrofiei cerebrale generalizate, predominant frontală și a polilor anteriori ai lobilor temporali, cu LCR normal, fără semne de hipertensiune intracraniană În mod convențional demența Alzheimer poate</p>	<p>Handicap grav</p> <p>Handicap accentuat în funcție de predominanța sindroamelor sau combinarea lor, respectiv a deficitului motor și a tulburărilor ataxice, la care se asociază deficiența vizuală care poate merge până la cecitate practică</p> <p>Handicap grav cu pierderea capacității de autoservire parțial sau permanent, în funcție de evoluția bolii</p> <p>Handicap accentuat sau grav în funcție de intensitatea tulburărilor neuropsihice necesitatea de îngrijire, sprijin și supraveghere</p>
--	---	--

	<p>apărea după vârsta de 40 de ani, deci relativ timpuriu, inexplicabilă prin alți factori organici, și are ca semne patognomonice triada: agnozie, afazie și apraxie, în primul rând scăderea memoriei de fixare și evocare, cu instalarea amneziei antero-retrograde progresive, globale. Practic debutul este insidios și se întinde pe perioadă de mai mulți ani sub diferite măști clinice derutante (accentuarea trăsăturilor negative de caracter), urmate de faza de stare, în care se constată demența (agnozia, afazia, apraxia) care conduce la diagnosticul pozitiv. Faza de stare durează câțiva ani și continuă cu faza terminală în care apar complicațiile bolilor cronice fatale, adesea fracturi, infecții, escare, tulburări de deglutiție, crize convulsive majore</p> <p>Durata totală a bolii este de 5-7 ani, dar se poate prelungi la 15-20 de ani. Evoluția depinde de calitatea îngrijirii.</p> <p>În boala Alzheimer funcțiile neurologice clasice (sensibilitate, reflectivitate), precum și funcțiile viscerale sunt păstrate, în schimb sunt afectate progresiv funcțiile psihice propriu-zise superioare. Dacă tabloul clinic evoluează lent, fără fenomene neurologice clare, la persoane de vârstă înaintată, demența este senilă, dacă în sindromul demenței senile (îmbătrânire progresivă) nu apar agnozia, afazia și apraxia.</p>	<p>permanentă</p>
<p>2. Persoane cu handicap somatic (fizici, viscerali sau de sistem) prin afecțiuni dobândite după perioada de adolescență, în timpul activității profesionale și vieții, cu accentuate și grave</p>	<p><b>Afecțiuni renale</b> însoțite de insuficiență renală cronică, de orice cauză, în stadiul de uremie depășită, supuse hemodializei iterative. În afara manifestărilor bolii de fond apar și semnele de uremie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- funcția renală grav alterată;</li> <li>- masa de nefroni funcționali sub 10%;</li> <li>- homeostazia grav alterată prin creșterea semnificativă a produșilor de retenție azotată (uree deficiente sanguină 300-500 mg/dl, creatinină sanguină &gt; 6 mg/dl);</li> <li>- anemie medie sau severă.</li> </ul> <p>În acest stadiu supraviețuirea este asigurată prin mijloace de substituție a funcției renale: epurarea extrarenală (de exemplu: hemodializa) sau epurarea intracorporeală (de exemplu: dializa peritoneală) sau transplantul renal.</p> <p>În aprecierea deficienței funcționale se vor avea în vedere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- funcția renală (gradul insuficienței renale cronice după hemodializa, dializă peritoneală);</li> <li>- creșterea sau menținerea constantă a hemoglobinei;</li> <li>- apariția de complicații specifice nefropatiei de fond;</li> <li>- patologia indusă de tehnica de epurare extrarenală;</li> <li>- tipul dializei, numărul de ședințe, durata ședințelor.</li> </ul> <p>Stările posttransplant de rinichi</p> <p>În primele 12 luni deficiența va fi considerată gravă, deoarece pot apărea complicații după intervenție (fenomene de reject); necesită control periodic la centrul unde a efectuat transplantul; pot apărea fenomene de respingere; necesită o medicație imunosupresoare și cu antibiotice, de lungă durată; bolnavii pot fi reluați în program de hemodializa.</p> <p>Restabilirea incompletă a funcției renale și/sau. prezența</p>	<p>Handicap accentuat sau grav în funcție de perioadele de alterare a funcției renale, evidențiate clinic și paraclinic, alterări progresive sau</p> <p>Handicap grav în primele 12 luni după transplant, iar ulterior, în funcție de stadiul insuficienței renale cronice și de psihicul bolnavului. Pe termen lung</p>

	<p>complicațiilor generează deficiențe în funcție de intensitatea tulburării funcționale. În evaluare se va ține seama și de efectele tratamentului imunosupresor.</p> <p>Stările posttransplant de cord (după 6-12 luni). Aprecierea se va face în raport de funcționalitatea noului organ și de fenomenele de reject.</p> <p>Stările posttransplant hepatic (total sau parțial) În primele 12 luni deficiența este considerată accentuată sau gravă.</p> <p>Ulterior aprecierea se va face în funcție de bilanțul clinic și paraclinic postoperator în dinamică, de eventualele fenomene de respingere și complicații postoperatorii</p> <p>Boala canceroasă, în cazul persoanelor cu sechele handicapante după neoplazii operate, de exemplu: cancer de colon cu anus iliac, sigma anus, anus contra-lateralis; cancer de vezică urinară sau alte cancere cu implantare de ureter (indiferent unde este implantul); cancer laringian cu laringectomie totală purtător de canulă; gastrostomă pentru alimentație; tulburări neurologice ale unor neoplazii (sistem nervos, osteoarticular, părți moi).</p> <p>Afecțiuni de nutriție: diabet zaharat de maturitate complicat, cu micro- sau macroangiopatii însoțite de deficiențe accentuate și grave:</p> <p>a) retinopatie neoproliferativă cu afectarea zonei maculare și proliferativă cu microhemoragii microanevrisme, exsudate capilare de neoformație, tracte fibroase, cu VAO după corecție 1/12 - 1/25 sau strâmtorare de câmp vizual cu peste 20-40 grade. Retinopatie diabetică în stadiu avansat cu hemoftalmus, dezlipire de retină, cataractă, cu: cecitate practică: VAO după corecție sub 1/25 sau strâmtorarea câmpului vizual tubular în jurul punctului de fixație (0-10 grade); cecitate absolută: VAO cu PMM, PL, FPL;</p> <p>b) nefropatie diabetică cu albuminurie peste 300 mg/24 de ore și fenomene de insuficiență renală cronică în stadiul de retenție azotată fixă (proteinurie peste 500 mg/24 de ore, creatinină serică peste 1,5 mg/24 de ore, clearance la creatinină sub 40 ml/min.) sau cu insuficiență renală cronică în stadiul de uremie depășită sub tratament cu hemodializă (Vezi criteriile de la afecțiunile renale supuse hemodializei.);</p> <p>c) neuropatie diabetică - polineuropatie periferică senzitivomotorie cu amiotrofii importante la gambe și coapse;</p> <p>d) arteriopatie obliterantă (macroangiopatie periferică diabetică) cu amputații în general mutilante (Vezi criteriile de la amputații.).</p> <p>Boli cu deficit imunitar cronic dobândit după perioada adolescenței:</p>	<p>este posibilă recuperarea</p> <p>Intensitatea handicapului se va evalua potrivit problematicii medico-sociale individuale. Transplantul de cord sau de ficat vizează recuperarea și reintegrarea socioprofesională normală.</p> <p>Handicap accentuat sau grav în funcție de intensitatea tulburărilor Funcționale și de starea de nutriție</p> <p>Handicap accentuat sau grav în funcție de intensitatea deficienței vizuale, locomotorii și, de stadiul insuficienței renale cronice (separate sau combinate)</p>
--	---	--

	<p>-boala SIDA:</p> <p>a) formele cu deficiență globală accentuată, cu manifestări diverse datorită imunodepresiei (de exemplu: candidoză, febră mai mult de o lună și repetată, herpes-zoster recidivant, neuropatii periferice, inflamații sau abcese pelviene, infecții cu mycobacterium tuberculosis, cu orice localizare, pneumonii recurente), care se corelează cu stadiile clinico-imunologice A2, B1 și B2 la adulți;</p> <p>b) formele cu deficiență globală gravă, cu manifestări Handicap grav variate, severe și cu evoluție progresivă (de exemplu: leucoencefalopatia multifocală, septicemie recurentă cu salmonella netifoidică, toxoplasmoza cerebrală, sindromul de emaciere HIV, febră continuă, diaree cronică), corespund stadiilor clinico-imunologice A3, B3, C1, C2, C3 la adulți, suprapunându-se diagnosticului tradițional de SIDA.</p> <p>În ambele situații este obligatorie confirmarea de către</p>	Handicap accentuat
--	---	--------------------

laborator a infecției HIV.

**Precizări:**

1. Persoanele cu handicap ușor și mediu nu au acces la facilitățile și serviciile prevăzute de lege. Comisiile de expertiză medicală a persoanelor cu handicap pentru adulți emit certificate de încadrare într-o categorie de persoană cu handicap pentru toate cazurile examinate.
2. Persoanele cu handicap mediu au acces, dacă îndeplinesc condițiile, la pensie de limită de vârstă în conformitate cu Legea nr. 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale [art. 47 alin. (1) lit. c)].
3. În evaluarea severității handicapului se va ține seama numai de tulburările funcționale generate de handicap și de consecințele sale directe.
4. La persoanele cu mai multe afecțiuni handicapante (handicap mixt) asimilarea în grad de handicap se va face în funcție de severitatea celei predominante.
5. În cazul persoanelor cu handicap care prezintă și alte afecțiuni, în evaluarea deficienței se vor avea în vedere numai afecțiunile handicapante.
6. Persoanele cu handicap preexistent încadrării în muncă (calității de asigurat) din grupa I (criterii) pot beneficia de pensie de limită de vârstă la cerere, în funcție de gradul handicapului, în condițiile art. 47 alin. (1) din Legea nr. 19/2000, cu reducerea vârstei standard de pensionare și a stagiului de cotizare prevăzute în anexa nr. 3 la lege, astfel:
  - a) cu 15 ani reducerea vârstei standard de pensionare, dacă au realizat cel puțin o treime din stagiul complet de cotizare, pentru cei cu handicap grav;
  - b) cu 10 ani reducerea vârstei standard de pensionare, dacă au realizat cel puțin două treimi din stagiul complet de cotizare, pentru cei cu handicap accentuat;
  - c) cu 10 ani reducerea vârstei standard de pensionare, dacă au realizat stagiul complet de cotizare, pentru cei cu handicap mediu. Art. 47 alin. (2) din Legea nr. 19/2000 stabilește faptul că “asigurații nevăzători beneficiază de pensie de limită de vârstă, indiferent de vârstă, dacă au realizat ca nevăzători cel puțin o treime din stagiul de cotizare prevăzut de lege”. În această categorie sunt cuprinși deficienții vizuali cu cecitate practică și absolută.

Pensionarea se realizează de către casele de pensii teritoriale în baza certificatelor de încadrare într-o categorie de persoană cu handicap, emise de comisiile de expertiză medicală a persoanelor cu handicap pentru adulți.

7. În certificatele de încadrare într-o categorie de persoană cu handicap (deciziile) emise pentru persoanele cu handicap care solicită pensie pentru limită de vârstă se va menționa (obligatoriu) data ivirii handicapului (data calității de nevăzător). La valabilitate se va înscrie: permanent sau L.V.
8. Persoanele cu handicap preexistent încadrării în muncă, dacă nu îndeplinesc condițiile menționate mai sus, se pot înscrie la pensie de invaliditate în conformitate cu art. 57 alin. (3) din Legea nr. 19/2000. Pensionarea se realizează la propunerea medicului curant în baza deciziei medicale emise de medicul expert al asigurărilor sociale.
9. Handicapul fizic sau mental produs ca urmare a acțiunilor voluntare (automutilări) nu face obiectul expertizării în vederea obținerii unui certificat de persoană cu handicap.
10. Examinarea celor care solicită eliberarea certificatului de încadrare într-o categorie de persoană cu handicap care necesită protecție specială se va face numai până la împlinirea vârstei standard de pensionare, prevăzută de Legea nr. 19/2000; persoanele care au împlinit vârsta standard de pensionare vor fi îndrumate către autoritățile administrației publice locale în vederea acordării drepturilor prevăzute de Legea nr. 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice.