



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 188 (XXXII) — Nr. 1301

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Marti, 29 decembrie 2020

SUMAR

Nr.	Pagina	Nr.	Pagina
DECIZII ALE CURȚII CONSTITUȚIONALE		ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE	
Decizia nr. 700 din 6 octombrie 2020 referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 162 alin. (3) din Legea nr. 53/2003 — Codul muncii, ale art. 1, art. 3 lit. b) și art. 37 din Legea-cadru nr. 284/2010 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice, ale art. 12 alin. (1) teza finală din Legea nr. 130/1996 privind contractul colectiv de muncă, ale art. 138 alin. (3) din Legea dialogului social nr. 62/2011, ale art. 3 lit. b) și d) din Legea-cadru nr. 330/2009 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice și ale art. 3, art. 5, art. 6 alin. (3) și art. 14 lit. n) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010 privind unele măsuri de reîncadrare în funcții a unor categorii de personal din sectorul bugetar și stabilirea salariilor acestora, precum și alte măsuri în domeniul bugetar	2-6	2.981/2018. — Ordin al ministrului culturii și identității naționale privind declararea parțială din Lista monumentelor istorice a monumentului istoric clasat cu denumirea Întreprinderea „Uzinele Chimice Române”, șos. Panduri nr. 71—75, sectorul 5, București, având cod LMI B-II-m-B-19321, respectiv declararea imobilelor C4 și C7	9
HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI		ACTE ALE AUTORITĂȚII NAȚIONALE DE REGLEMENTARE ÎN DOMENIUL ENERGIEI	
1.062. — Hotărâre pentru aprobarea indicatorilor tehnico-economici ai obiectivului de investiții „Sediul Unității Militare 0623 Brașov”	7-8	2.082. — Ordin al ministrului sănătății pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 1.241/2019 privind aprobarea ghidurilor pentru obstetrică-ginecologie	10-28
1.063. — Hotărâre privind aprobarea obiectivului de investiții „Mărirea capacității de transport a aducțiunii Gura Râului—Sibiu și lucrări de asigurare a comportării în timp a barajului Gura Râului, județul Sibiu”, precum și a caracteristicilor principale și a indicatorilor tehnico-economici aferenți acestuia	8-9	235. — Ordin privind abrogarea Ordinului președintelui Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei nr. 35/2016 pentru aprobarea Metodologiei privind determinarea anuală a nivelului stocului minim de gaze naturale pentru titularii licențelor de furnizare a gazelor naturale	29
		236. — Ordin privind aprobarea Condițiilor-cadru de valabilitate asociate licenței pentru desfășurarea activității de operare a terminalului GNL	29-32

DECIZII ALE CURȚII CONSTITUȚIONALE**CURTEA CONSTITUȚIONALĂ****DECIZIA Nr. 700**

din 6 octombrie 2020

referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 162 alin. (3) din Legea nr. 53/2003 — Codul muncii, ale art. 1, art. 3 lit. b) și art. 37 din Legea-cadru nr. 284/2010 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice, ale art. 12 alin. (1) teza finală din Legea nr. 130/1996 privind contractul colectiv de muncă, ale art. 138 alin. (3) din Legea dialogului social nr. 62/2011, ale art. 3 lit. b) și d) din Legea-cadru nr. 330/2009 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice și ale art. 3, art. 5, art. 6 alin. (3) și art. 14 lit. n) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010 privind unele măsuri de reîncadrare în funcții a unor categorii de personal din sectorul bugetar și stabilirea salariilor acestora, precum și alte măsuri în domeniul bugetar

Valer Dorneanu	— președinte
Cristian Deliorga	— judecător
Marian Enache	— judecător
Daniel-Marius Morar	— judecător
Mona-Maria Pivniceru	— judecător
Gheorghe Stan	— judecător
Livia-Doina Stanciu	— judecător
Elena-Simina Tănăsescu	— judecător
Varga Attila	— judecător
Patricia Marilena Ionea	— magistrat-asistent

Cu participarea reprezentantei Ministerului Public, procuror Loredana Brezeanu.

1. Pe rol se află soluționarea excepției de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 162 alin. (3) din Legea nr. 53/2003 — Codul muncii, ale art. 1 alin. (1) și (2), art. 3 lit. b) și art. 37 din Legea-cadru nr. 284/2010 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice, ale art. 12 alin. (1) teza finală din Legea nr. 130/1996 privind contractul colectiv de muncă, republicată, ale art. 138 alin. (3) din Legea dialogului social nr. 62/2011, ale art. 3 lit. b) și d) din Legea-cadru nr. 330/2009 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice și ale art. 3, art. 5, art. 6 alin. (3) și art. 14 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010 privind unele măsuri de reîncadrare în funcții a unor categorii de personal din sectorul bugetar și stabilirea salariilor acestora, precum și alte măsuri în domeniul bugetar. Excepția a fost ridicată de Adrian Gheorghe Tabora în Dosarul nr. 6.240/111/2017 al Tribunalului Bihor — Secția I civilă și constituie obiectul Dosarului Curții Constituționale nr. 1.597D/2018.

2. La apelul nominal lipsesc autorul excepției și părțile Serviciul de Ambulanță Județean Bihor, Ministerul Sănătății Publice — Corpul de control al ministrului sănătății publice și Ministerul Finanțelor Publice. Procedura de citare este legal îndeplinită.

3. Cauza fiind în stare de judecată, Președintele acordă cuvântul reprezentantei Ministerului Public, care pune concluzii de respingere a excepției de neconstituționalitate ca neîntemeiată. În acest sens, invocă Decizia Curții Constituționale nr. 1.465 din 8 noiembrie 2011.

CURTEA,

având în vedere actele și lucrările dosarului, constată următoarele:

4. Prin Încheierea din 4 septembrie 2018, pronunțată în Dosarul nr. 6.240/111/2017, **Tribunalul Bihor — Secția I civilă**

a sesizat Curtea Constituțională cu excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 162 alin. (3) din Legea nr. 53/2003 — Codul muncii, ale art. 1 alin. (1) și (2), art. 3 lit. b) și art. 37 din Legea-cadru nr. 284/2010 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice, ale art. 12 alin. (1) teza finală din Legea nr. 130/1996 privind contractul colectiv de muncă, republicată, ale art. 138 alin. (3) din Legea dialogului social nr. 62/2011, ale art. 3 lit. b) și d) din Legea-cadru nr. 330/2009 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice și ale art. 3, art. 5, art. 6 alin. (3) și art. 14 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010 privind unele măsuri de reîncadrare în funcții a unor categorii de personal din sectorul bugetar și stabilirea salariilor acestora, precum și alte măsuri în domeniul bugetar. Excepția a fost ridicată de Adrian Gheorghe Tabora în cadrul unui litigiu de muncă.

5. În motivarea excepției de neconstituționalitate, autorul acesteia susține, în esență, că dispozițiile art. 162 alin. (3) din Legea nr. 53/2003, ale art. 1 alin. (1) și (2), ale art. 3 lit. b) și ale art. 37 din Legea-cadru nr. 284/2010, precum și cele ale art. 12 alin. 1 teza finală din Legea nr. 130/1996 și ale art. 138 alin. (3) din Legea nr. 62/2011 sunt contrare prevederilor art. 41 și art. 135 din Constituție și celor ale Convenției nr. 154/1981 a Organizației Internaționale a Muncii. Astfel, arată că potrivit actualei legislații, stabilirea drepturilor salariale ale personalului medical se face numai prin lege, fără a se ține seama și de dreptul lucrătorilor la negocierea și încheierea contractului colectiv de muncă și implicit a cuantumului salariului ca și corolar al dreptului la muncă într-un stat care se declară a fi cu economie de piață funcțională.

6. De asemenea, autorul excepției susține că prin adoptarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 1/2010 Guvernul refuză, de fapt, să aplice o lege adoptată de Parlament, respectiv Legea-cadru nr. 330/2009, ceea ce contravine prevederilor art. 1 alin. (3) și (4), precum și celor ale art. 61 alin. (1) din Constituție. Mai mult, Guvernul a adoptat ordonanța de urgență cu încălcarea exigențelor stabilite de art. 115 alin. (4) și (6) din Constituție, întrucât situația extraordinară care a stat la baza emiterii acesteia nu motivează urgența acestei reglementări, scopul fiind, în realitate, acela de a se opune salarizării potrivit Legii-cadru nr. 330/2009. Ca urmare, au fost afectate drepturile constituționale ale personalului sanitar bugetar, respectiv dreptul la negocierea colectivă a salariilor bugetarilor, dreptul la un nivel de trai decent și dreptul la protecția socială a muncii.

7. Totodată, autorul excepției consideră că au fost încălcate și prevederile art. 102 alin. (1) și (2), precum și cele ale art. 141

din Constituție, întrucât Guvernul nu a consultat Consiliul Economic și Social atunci când a adoptat Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010. În plus, arată că în cazul personalului sanitar a fost încălcat și art. 41 alin. (5) din Constituție în măsura în care prevederile Legii-cadru nr. 330/2009, ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 1/2010 și ale Legii nr. 118/2010 privind unele măsuri necesare în vederea restabilirii echilibrului bugetar au intrat în vigoare și au fost aplicate pe perioada de valabilitate a Contractului colectiv de muncă la nivel de ramură sanitară pe anii 2008—2010, încheiat între Ministerul Sănătății și Federația Sindicală Ambulanța prin care părțile contractante se obligau să nu promoveze și să nu susțină acte normative care ar fi dus la diminuarea drepturilor stabilite prin contractele colective de muncă.

8. Autorul excepției precizează că prin dispozițiile art. 1 alin. (2) și (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010 sunt reduse substanțial majorările salariale la care ar fi avut dreptul personalul din sistemul sanitar în temeiul Legii-cadru nr. 330/2009 și apreciază că sunt incidente, *mutatis mutandis*, cele reținute de Curtea Constituțională prin Decizia nr. 1.221 din 12 noiembrie 2008, prin care a constatat neconstituționalitatea dispozițiilor unei ordonanțe de urgență în domeniul salarizării personalului din învățământ.

9. În ceea ce privește critica de neconstituționalitate a art. 10 și art. 14 lit. n) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010, arată că este inadmisibil ca Guvernul ori Parlamentul să stipuleze abrogarea oricăror prevederi care reglementează posibilitatea negocierii colective, încălcând astfel tratate internaționale la care România este parte, așa cum este Convenția nr. 154/1981 a Organizației Internaționale a Muncii.

10. **Tribunalul Bihor — Secția I civilă** apreciază că dispozițiile de lege criticate sunt constituționale.

11. În conformitate cu dispozițiile art. 30 alin. (1) din Legea nr. 47/1992, încheierea de sesizare a fost comunicată președinților celor două Camere ale Parlamentului, Guvernului, precum și Avocatului Poporului, pentru a-și exprima punctele de vedere cu privire la excepția de neconstituționalitate.

12. **Președinții celor două Camere ale Parlamentului, Guvernul și Avocatul Poporului** nu au comunicat punctele de vedere solicitate.

CURTEA,

examinând încheierea de sesizare, raportul întocmit de judecătorul-raportor, concluziile procurorului, dispozițiile de lege criticate, raportate la prevederile Constituției, precum și Legea nr. 47/1992, reține următoarele:

13. Curtea Constituțională a fost legal sesizată și este competentă, potrivit dispozițiilor art. 146 lit. d) din Constituție, precum și ale art. 1 alin. (2), ale art. 2, 3, 10 și 29 din Legea nr. 47/1992, să soluționeze excepția de neconstituționalitate.

14. **Obiectul excepției de neconstituționalitate** îl constituie următoarele dispoziții de lege: art. 162 alin. (3) din Legea nr. 53/2003 — Codul muncii, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 345 din 18 mai 2011; art. 1, art. 3 lit. b) și art. 37 din Legea-cadru nr. 284/2010 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 877 din 28 decembrie 2010; ale art. 12 alin. (1) teza finală din Legea nr. 130/1996 privind contractul colectiv de muncă, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 184 din 19 mai 1998; ale art. 138 alin. (3) din Legea dialogului social nr. 62/2011, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 625 din 31 august 2012; ale art. 3 lit. b) și d) din Legea-cadru nr. 330/2009 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 762 din 9 noiembrie 2009; și ale art. 3, art. 5, art. 6 alin. (3) și art. 14 din Ordonanța de urgență a Guvernului

nr. 1/2010 privind unele măsuri de reîncadrare în funcții a unor categorii de personal din sectorul bugetar și stabilirea salariilor acestora, precum și alte măsuri în domeniul bugetar, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 62 din 27 ianuarie 2010. Se constată că, din acest ultim articol de lege, autorul excepției critică doar dispozițiile cuprinse la lit. n).

— Art. 162 alin. (3) din Legea nr. 53/2003: „(3) *Sistemul de salarizare a personalului din autoritățile și instituțiile publice finanțate integral sau în majoritate de la bugetul de stat, bugetul asigurărilor sociale de stat, bugetele locale și bugetele fondurilor speciale se stabilește prin lege, cu consultarea organizațiilor sindicale reprezentative.*”;

— Art. 1 din Legea-cadru nr. 284/2010: „(1) *Prezenta lege are ca obiect de reglementare stabilirea unui sistem unitar de salarizare pentru personalul din sectorul bugetar plătit din bugetul general consolidat al statului.*

(2) *Începând cu data intrării în vigoare a prezentei legi, drepturile salariale ale personalului prevăzut la alin. (1) sunt și rămân în mod exclusiv cele prevăzute în prezenta lege.*”;

— Art. 3 lit. b) din Legea-cadru nr. 284/2010: „*Sistemul de salarizare reglementat prin prezenta lege are la bază următoarele principii: [...] b) supremația legii, în sensul că drepturile de natură salarială se stabilesc numai prin norme juridice de forță legii.*”;

— Art. 37 din Legea-cadru nr. 284/2010: „(1) *Prin contractele colective de muncă sau acordurile colective de muncă și contractele individuale de muncă nu pot fi negociate salarii sau alte drepturi în bani sau în natură care excedează prevederilor prezentei legi.*

(2) *Salarizarea personalului autorităților și instituțiilor publice care și-au schimbat regimul de finanțare, în conformitate cu dispozițiile Legii nr. 329/2009 privind reorganizarea unor autorități și instituții publice, raționalizarea cheltuielilor publice, susținerea mediului de afaceri și respectarea acordurilor-cadru cu Comisia Europeană și Fondul Monetar Internațional, cu modificările și completările ulterioare, din instituții finanțate integral din venituri proprii în instituții finanțate integral sau parțial de la bugetul de stat se realizează potrivit prevederilor contractelor colective de muncă legal încheiate, până la împlinirea termenului pentru care au fost încheiate, în limita cheltuielilor de personal aprobate.*

(3) *După expirarea perioadei de valabilitate a contractelor colective de muncă legal încheiate, salarizarea personalului prevăzut la alin. (2) se realizează în funcție de modul de organizare și finanțare al autorităților și instituțiilor publice vizate, potrivit prevederilor prezentei legi.*”;

— Art. 12 alin. (1) din Legea nr. 130/1996: „*Contracte colective de muncă se pot încheia și pentru salariații instituțiilor bugetare. Prin aceste contracte nu se pot negocia clauze referitoare la drepturile ale căror acordare și quantum sunt stabilite prin dispoziții legale.*”;

— Art. 138 alin. (3) din Legea nr. 62/2011: „*Drepturile salariale din sectorul bugetar se stabilesc prin lege în limite precise, care nu pot constitui obiect al negocierilor și nu pot fi modificate prin contracte colective de muncă. În cazul în care drepturile salariale sunt stabilite de legi speciale între limite minime și maxime, drepturile salariale concrete se determină prin negocieri colective, dar numai între limitele legale.*”;

— Art. 3 lit. b) și d) din Legea-cadru nr. 330/2009: „*Sistemul de salarizare reglementat prin prezenta lege are la bază următoarele principii: [...]*

b) supremația legii, în sensul că drepturile de natură salarială se stabilesc numai prin norme juridice de forță legii; [...]

d) echitate și coerență, prin crearea de oportunități egale și remunerație egală pentru muncă de valoare egală pe baza principiilor și normelor unitare privind stabilirea și acordarea

salariului și a celorlalte drepturi de natură salarială ale personalului din sectorul bugetar;”;

— Art. 3 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010: „Prin contractele sau acordurile colective și individuale de muncă nu pot fi negociate salarii sau alte drepturi de natură salarială care excedează prevederilor Legii-cadru nr. 330/2009.”;

— Art. 5 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010: „(1) Începând cu luna ianuarie 2010, personalul aflat în funcție la 31 decembrie 2009 își păstrează salariul, solda sau, după caz, indemnizația lunară de încadrare brut/brută avute la această dată, fără a fi afectate de măsurile de reducere a cheltuielilor de personal din luna decembrie 2009 prevăzute la art. 10 din Legea nr. 329/2009, care se calculează după cum urmează:

a) la salariul de bază, solda/salariul funcției de bază sau, după caz, indemnizația lunară de încadrare corespunzătoare funcțiilor avute la data de 31 decembrie 2009 se adaugă cuantumul sporurilor și indemnizațiilor care se introduc în acesta/aceasta, prevăzute în notele la anexele la Legea-cadru nr. 330/2009, numai personalului care a beneficiat de acestea, în măsura în care își desfășoară activitatea în aceleași condiții;

b) sporurile, indemnizațiile și alte drepturi salariale prevăzute în anexele la Legea-cadru nr. 330/2009 care nu se introduc în salariul de bază, solda/salariul funcției de bază sau, după caz, indemnizația lunară de încadrare se acordă în aceleași cuantumi de la 31 decembrie 2009, numai personalului care a beneficiat de acestea, în măsura în care își desfășoară activitatea în aceleași condiții, cu respectarea prevederilor art. 23 din Legea-cadru nr. 330/2009.

(2) Personalului salarizat în conformitate cu anexa nr. VI la Legea-cadru nr. 330/2009 i se va aplica modul de calcul reglementat în cuprinsul acestei anexe.

(3) În salariile de bază ale funcțiilor de execuție și ale funcțiilor de conducere este cuprins în toate cazurile sporul de vechime în muncă în cuantumul avut în luna decembrie 2009. În situația în care în cursul anului personalul de conducere și execuție îndeplinește condițiile pentru trecerea într-o altă tranșă de vechime, se acordă tranșa corespunzătoare vechimii prin aplicarea procentului la salariul de bază aferent funcției din luna decembrie 2009.

(4) Salariile de merit stabilite în anul 2009 pe o perioadă care se întinde și în anul 2010 se introduc în salariul de bază până la expirarea perioadei pentru care au fost acordate. După această perioadă, se recalculează în mod corespunzător salariul de bază și celelalte sporuri calculate la acesta. Începând cu anul 2010, acest drept nu se mai stabilește.

(5) În toate cazurile, în salariul de bază al funcțiilor de conducere este inclusă indemnizația de conducere.

(6) Reîncadrarea personalului didactic din învățământ la data de 1 ianuarie 2010 se face luând în calcul salariile de bază la data de 31 decembrie 2009, stabilite în conformitate cu prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 41/2009 privind unele măsuri în domeniul salarizării personalului din sectorul bugetar pentru perioada mai—decembrie 2009, aprobată prin Legea nr. 300/2009.

(7) Tariful orar pentru gărzile efectuate de personalul sanitar cu pregătire superioară pentru asigurarea continuității asistenței medicale în afara normei legale de muncă și a programului normal de lucru de la funcția de bază se determină într-un cuantumul care să nu depășească nivelul determinat pentru luna decembrie 2009, fără a fi afectat de măsurile de reducere a cheltuielilor de personal aprobate prin art. 10 din Legea nr. 329/2009.”;

— Art. 6 alin. (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010: „Cuantumul individual al salariilor/soldelor, inclusiv sporuri, indemnizații și alte drepturi salariale stabilite începând

cu luna ianuarie 2010 în conformitate cu prevederile Legii-cadru nr. 330/2009, nu va depăși nivelul acestuia stabilit pentru luna decembrie 2009, în măsura în care personalul își desfășoară activitatea în aceleași condiții.”;

— Art. 14 lit. n) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010: „La data intrării în vigoare a prezentei ordonanțe de urgență se abrogă: [...] Jorice alte dispoziții din actele normative speciale care reglementează posibilitatea negocierii drepturilor salariale pentru instituțiile și autoritățile publice care și-au schimbat regimul de finanțare din instituții finanțate integral din venituri proprii în instituții finanțate integral sau parțial de la bugetul de stat, potrivit Legii nr. 329/2009.”

15. Curtea constată următoarele: Legea-cadru nr. 284/2010 a fost abrogată prin art. 44 alin. (1) pct. 9 din Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 492 din 28 iunie 2017; Legea nr. 130/1996 a fost abrogată prin art. 224 lit. d) din Legea nr. 62/2011; Legea-cadru nr. 330/2009 a fost abrogată prin art. 39 lit. w) din Legea-cadru nr. 284/2010; Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010 a fost abrogată prin art. 39 lit. x) din Legea-cadru nr. 284/2010. Având în vedere cele reținute de Curtea Constituțională prin Decizia nr. 766 din 15 iunie 2011, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 549 din 3 august 2011, potrivit căroră „sunt supuse controlului de constituționalitate și legile sau ordonanțele ori dispozițiile din legi sau din ordonanțe ale căror efecte juridice continuă să se producă și după ieșirea lor din vigoare”, precum și incidența în cauza în care s-a invocat excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor actelor normative abrogate mai sus menționate, Curtea urmează să analizeze constituționalitatea acestor dispoziții de lege, așa cum a fost sesizată.

16. Autorul excepției de neconstituționalitate consideră că dispozițiile de lege criticate contravin următoarelor prevederi din Constituție: art. 1 alin. (3), (4) și (5) privind Statul român, separația puterilor în stat și obligația respectării Constituției, a supremației sale și a legilor, art. 11 alin. (1) privind dreptul internațional și dreptul intern, art. 20 referitor la tratatele internaționale privind drepturile omului, art. 41 alin. (5) prin care se consacră dreptul la negocieri colective în materie de muncă și se garantează caracterul obligatoriu al convențiilor colective, art. 47 alin. (1) privind nivelul de trai, art. 61 alin. (1) referitor la rolul Parlamentului, art. 102 alin. (1) și (2) privind rolul Guvernului, art. 115 alin. (4) și (6) privind ordonanțele de urgență, art. 135 alin. (1) și (2) lit. a) referitoare la economie și art. 141 referitor la Consiliul Economic și Social. De asemenea, invocă încălcarea prevederilor art. 23 alin. 3 din Declarația Universală a Drepturilor Omului privind dreptul la o retribuție echitabilă, art. 7 lit. a) din Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale referitor la remunerarea muncii, Partea I pct. 4 și Partea a II-a art. 4 din Carta socială europeană revizuită referitoare la dreptul la o salarizare echitabilă, art. 2 pct. 1 și art. 11 pct. 2 din Convenția Organizației Internaționale a Muncii nr. 95/1949 privind protecția salariului, prin care se arată că această convenție se aplică tuturor persoanelor cărora li se plătește sau trebuie să li se plătească un salariu, respectiv că salariul constituind o creanță privilegiată va fi plătit integral mai înainte ca creditorii ordinari să poată revendica cota-parte ce li se cuvine, ale dispozițiilor Convenției nr. 100/1951 privind egalitatea de remunerare a mâinii de lucru masculine și a mâinii de lucru feminine, pentru o muncă de valoare egală și ale art. 2 pct. 1 din Convenția nr. 131/1970 privind fixarea salariilor minime, în special în ceea ce privește țările în curs de dezvoltare și ale Convenției Organizației Internaționale a Muncii nr. 154/1981 privind promovarea negocierii colective.

17. Examinând excepția de neconstituționalitate, Curtea constată că un prim aspect pus în discuție de autorul acesteia se referă la stabilirea exclusiv prin intermediul legii a drepturilor salariale ale personalului sanitar plătit din fonduri publice, cu excluderea negocierilor colective între părțile raportului de muncă. Față de această critică, Curtea reține că, spre deosebire de sectorul privat, în sectorul public, salarizarea este reglementată, de regulă, prin lege, fără a fi supuse negocierii colective sau individuale. Cu privire la această diferență de tratament juridic, Curtea, prin Decizia nr. 874 din 25 iunie 2010, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 433 din 28 iunie 2010, a arătat că „cei care sunt angajați în raporturi de muncă în mediul bugetar sunt legați, în mod esențial, din punctul de vedere al sursei din care sunt alimentate salariile/indemnizațiile sau soldele de bugetul public național, de încasările și de cheltuielile din acest buget, dezechilibrarea acestuia putând avea consecințe în ceea ce privește diminuarea cheltuielilor din acest buget. Or, salariile/indemnizațiile/soldele reprezintă astfel de cheltuieli — mai exact, cheltuieli de personal. În schimb, în mediul privat raporturile de muncă sunt guvernate întotdeauna de contractul individual de muncă încheiat între un angajat și un angajator.”

18. Totodată, prin Decizia nr. 364 din 28 septembrie 2004, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1.011 din 2 noiembrie 2004, Curtea a statuat că „încheierea convențiilor colective nu se poate face decât cu respectarea legii. Aceste convenții sunt izvor de drept, dar forța lor juridică nu poate fi superioară legii, în consecință, convențiile colective sunt garantate în măsura în care nu încalcă prevederile legale în materie, în vigoare la data încheierii lor”. Prin Decizia nr. 1.658 din 28 decembrie 2010, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 44 din 18 ianuarie 2011, Curtea a reținut că în sfera publică angajatorul este, întotdeauna, statul, prin diferitele sale entități de la nivel central sau local. Aceste entități trebuie să țină seama de faptul că în dreptul public salariile/indemnizațiile/soldele sunt stabilite în baza legii, ca act al legiuitorului originar sau delegat. Legea este cea care oferă o marjă angajatorului public ca eventual să acorde anumite sporuri specifice, acesta neavând competența de a acorda drepturi salariale numai în baza și în temeiul unei manifestări discreționare de voință. Manifestarea sa de voință este condiționată și, totodată, limitată de lege. Însă, atunci când legea diminuează cuantumul sporurilor sau suprimă sporurile respective, contractul individual de muncă nici măcar nu trebuie renegociat prin întâlnirea voinței concordante a celor doi cocontractanți pentru a se aplica noile prevederi legale. De asemenea, prin aceeași decizie, Curtea a arătat că ordonatorii principali de credite trebuie să respecte legea și să o aplice ca atare, chiar dacă aceasta are ca efect, pentru viitor, modificarea unor clauze din contractele de muncă, individuale sau colective, ale personalului plătit din fonduri publice. Rațiunea acestei concluzii constă în faptul că temeiul încheierii, modificării și încetării contractului este legea, iar dacă, pentru viitor, legea prevede o redimensionare a politicii salariale bugetare, toate contractele pendinte sau care vor fi încheiate trebuie să reflecte și să fie în acord cu legea. Prin urmare, având în vedere cele mai sus arătate, Curtea apreciază că acest aspect de neconstituționalitate nu poate fi reținut.

19. Cât privește criticile de neconstituționalitate vizând dispozițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 1/2010, Curtea constată că acestea pun în discuție atât constituționalitatea extrinsecă a acestui act normativ, cât și constituționalitatea intrinsecă a reglementării. Astfel, din perspectiva criticii de neconstituționalitate extrinsecă, autorul excepției susține că Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010 a fost adoptată fără a fi existat o situație extraordinară care să justifice intervenția legislativă urgentă a Guvernului. Față

de această critică se arată că, prin Decizia nr. 1.465 din 8 noiembrie 2011, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 34 din 16 ianuarie 2012, Curtea a apreciat că nu poate fi reținută încălcarea prevederilor art. 115 alin. (4) din Constituție, întrucât „emiterea acestei ordonanțe a fost justificată de necesitatea unei intervenții legislative rapide care să reglementeze reîncadrarea în funcții a unor categorii de personal din sectorul bugetar în vederea încadrării în cheltuielile de personal având sursa în bugetul de stat.” Astfel, Curtea a arătat că „prin dispozițiile cap. II din Legea nr. 329/2009 privind reorganizarea unor autorități și instituții publice, raționalizarea cheltuielilor publice, susținerea mediului de afaceri și respectarea acordurilor-cadru cu Comisia Europeană și Fondul Monetar Internațional, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 761 din 9 noiembrie 2009, s-a dispus reorganizarea unor autorități sau instituții publice finanțate integral din venituri proprii în instituții finanțate integral sau parțial de la bugetul de stat. Schimbarea sursei de finanțare a cheltuielilor de personal, care a determinat încadrarea acestora în limitele cheltuielilor bugetare aprobate pentru anul 2010, cu respectarea celor asumate de statul român prin acordurile impuse cu Comisia Europeană și Fondul Monetar Internațional, a impus reglementarea de urgență a situației personalului din autoritățile sau instituțiile publice reorganizate, cu atât mai mult cu cât contractele colective de muncă, care prevedeau drepturile salariale ale personalului din aceste autorități sau instituții, urmau să își înceteze aplicabilitatea în lunile ianuarie și februarie 2010.” În același context, Curtea a precizat că urgența emiterii Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 1/2010 a fost determinată de necesitatea reglementării situației personalului din instituțiile sau autoritățile reorganizate în vederea încadrării în limitele bugetare aprobate, iar nu de instituirea sistemului unitar de salarizare pentru personalul din sectorul bugetar plătit din bugetul general consolidat al statului, aspect diferit, ce face obiectul reglementării Legii-cadru nr. 330/2009.

20. În ceea ce privește critica invocată de autorul excepției de neconstituționalitate potrivit căreia emiterea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 1/2010 s-a realizat fără consultarea Consiliului Economic și Social, Curtea reține că, potrivit art. 141 din Constituție, „*Consiliul Economic și Social este organul consultativ al Parlamentului și al Guvernului în domeniile de specialitate stabilite prin legea sa organică de înființare, organizare și funcționare*”. Potrivit art. 2 alin. (1) și (2) din Legea nr. 248/2013 privind organizarea Consiliului Economic și Social, republicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 740 din 2 octombrie 2015, „(1) *Consiliul Economic și Social este consultat obligatoriu asupra proiectelor de acte normative inițiate de Guvern sau a propunerilor legislative ale deputaților ori senatorilor. Rezultatul acestei consultări se concretizează în avize la proiectele de acte normative.* (2) *Domeniile de specialitate ale Consiliului Economic și Social sunt: [...]c) relațiile de muncă, protecția socială, politicile salariale și egalitatea de șanse și de tratament;*”, iar potrivit art. 5 lit. a) din același act normativ, „*Consiliul Economic și Social exercită următoarele atribuții: a) avizează proiectele de acte normative din domeniile de specialitate prevăzute la art. 2 alin. (2), inițiate de Guvern, precum și propunerile legislative ale deputaților și senatorilor, invitând inițiatorii la dezbaterea actelor normative.*”

21. În aplicarea normelor constituționale de referință, Legea nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative impune, prin art. 31 alin. (3), ca forma finală a instrumentelor de prezentare și motivare a proiectelor de acte normative să facă referiri la avizul Consiliului Legislativ și, după caz, al altor autorități avizatoare, precum Consiliul Economic și Social. În jurisprudența sa, așa cum este Decizia nr. 393 din 5 iunie 2019, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 581 din 16 iulie 2019, Curtea

Constituțională a precizat că obținerea unui astfel de aviz nu este obligatorie, iar procedura legislativă nu poate fi obstrucționată de pasivitatea autorităților avizatoare, însă solicitarea sa este obligatorie. În caz contrar, absența solicitării avizului Consiliului Economic și Social este de natură să susțină neconstituționalitatea extrinsecă a actului normativ în raport cu prevederile art. 1 alin. (3) și (5), coroborate cu cele ale art. 141 din Constituție.

22. Examinând parcursul legislativ al actului normativ criticat, Curtea constată că, la data de 27 februarie 2010, Secretariatul General al Guvernului a trimis Senatului, cu Adresa nr. E5 din 27 ianuarie 2010, proiectul de lege privind aprobarea Ordonanței de urgență nr. 1/2010 privind unele măsuri de reîncadrare în funcții a unor categorii de personal din sectorul bugetar și stabilirea salariilor acestora, precum și alte măsuri în domeniul bugetar. În expunerea de motive a acestei legi se menționează că proiectul de ordonanță de urgență a fost discutat în cadrul Consiliului Economic și Social, fără a se menționa existența avizului acestui organism consultativ. La data de 1 februarie 2010 însă, Consiliul Economic și Social a trimis Senatului punctul de vedere referitor la proiectul de Ordonanță de urgență privind unele măsuri de reîncadrare în funcții a unor categorii de personal din sectorul bugetar și stabilirea salariilor acestora, precum și alte măsuri în domeniul bugetar. Acest punct de vedere a ajuns la Senat în data de 2 februarie 2010.

23. Având în vedere cele mai sus reținute, Curtea apreciază că Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010 a fost adoptată cu respectarea prevederilor art. 141 din Constituție, criticile de neconstituționalitate fiind neîntemeiate și din această perspectivă.

24. Din perspectiva criticilor de neconstituționalitate intrinsecă, Curtea reține că autorul excepției susține că, prin dispozițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 1/2010,

legiuitorul delegat s-a opus, în fapt, voinței Parlamentului concretizate prin Legea-cadru nr. 330/2009. Astfel, autorul excepției consideră că, prin dispozițiile art. 1 alin. (2) și (3) din ordonanța criticată au fost restrânse drepturile salariale la care ar fi avut dreptul potrivit Legii-cadru nr. 330/2009. Critica are un caracter general, nefiind indicată o situație concretă.

25. Față de aceasta, Curtea reține că, așa cum reiese din Nota de fundamentare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 1/2010, intenția legiuitorului delegat nu a fost aceea de a modifica dispozițiile Legii-cadru nr. 330/2009, ci de a completa o omisiune legislativă care ar fi făcut dificile și cu probabile efecte defectuoase și inechitabile încadrarea și salarizarea personalului autorităților și instituțiilor publice care și-au schimbat regimul de finanțare, în conformitate cu dispozițiile Legii nr. 329/2009 privind reorganizarea unor autorități și instituții publice, raționalizarea cheltuielilor publice, susținerea mediului de afaceri și respectarea acordurilor-cadru cu Comisia Europeană și Fondul Monetar Internațional, din instituții finanțate integral din venituri proprii în instituții finanțate integral sau parțial de la bugetul de stat, precum și de a stabili unele reglementări care se referă la calculul pensiilor. Dispozițiile art. 1 alin. (2) și (3) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010 nu fac decât să dea expresie acestor obiective, clarificând modul în care se va realiza salarizarea personalului autorităților și instituțiilor publice care și-au schimbat regimul de finanțare, în conformitate cu dispozițiile Legii nr. 329/2009 până la expirarea contractelor colective de muncă aflate în vigoare la acea dată, precum și modul în care această categorie de personal va fi reîncadrată ulterior. Prin prisma criticilor de neconstituționalitate formulate, această reglementare nu relevă niciun aspect de natură să aducă atingere prevederilor constituționale invocate de autorul excepției.

26. Pentru considerentele expuse, în temeiul art. 146 lit. d) și al art. 147 alin. (4) din Constituție, precum și al art. 1—3, al art. 11 alin. (1) lit. A.d) și al art. 29 din Legea nr. 47/1992, cu unanimitate de voturi,

CURTEA CONSTITUȚIONALĂ

În numele legii

DECIDE:

Respinge, ca neîntemeiată, excepția de neconstituționalitate ridicată de Adrian Gheorghe Tabora în Dosarul nr. 6.240/111/2017 al Tribunalului Bihor — Secția I civilă și constată că dispozițiile art. 162 alin. (3) din Legea nr. 53/2003 — Codul muncii, ale art. 1, art. 3 lit. b) și art. 37 din Legea-cadru nr. 284/2010 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice, ale art. 12 alin. (1) teza finală din Legea nr. 130/1996 privind contractul colectiv de muncă, ale art. 138 alin. (3) din Legea dialogului social nr. 62/2011, ale art. 3 lit. b) și d) din Legea-cadru nr. 330/2009 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice și ale art. 3, art. 5, art. 6 alin. (3) și art. 14 lit. n) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 1/2010 privind unele măsuri de reîncadrare în funcții a unor categorii de personal din sectorul bugetar și stabilirea salariilor acestora, precum și alte măsuri în domeniul bugetar sunt constituționale în raport cu criticile formulate.

Definitivă și general obligatorie.

Decizia se comunică Tribunalului Bihor — Secția I civilă și se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Pronunțată în ședința din data de 6 octombrie 2020.

PREȘEDINTELE CURȚII CONSTITUȚIONALE
prof. univ. dr. **VALER DORNEANU**

Magistrat-asistent,
Patricia Marilena Ionea

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRĂRE

pentru aprobarea indicatorilor tehnico-economici ai obiectivului de investiții „Sediul Unității Militare 0623 Brașov”

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 42 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă indicatorii tehnico-economici ai obiectivului de investiții „Sediul Unității Militare 0623 Brașov”, realizat prin Compania Națională de Investiții „C.N.I.” — S.A., prevăzuți în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. — Finanțarea obiectivului de investiții prevăzut la art. 1 se face de la bugetul de stat, prin bugetele Ministerului Lucrărilor Publice, Dezvoltării și Administrației și Serviciului Român de

Informații, în limita sumelor aprobate anual cu această destinație, precum și din alte surse legal constituite, conform programelor de investiții publice aprobate potrivit legii.

Art. 3. — Ministerul Lucrărilor Publice, Dezvoltării și Administrației, prin Compania Națională de Investiții „C.N.I.” — S.A., răspunde de modul de utilizare a sumelor aprobate potrivit prevederilor prezentei hotărâri.

PRIM-MINISTRU
LUDOVIC ORBAN

Contrasemnează:
p. Ministrul lucrărilor publice, dezvoltării și administrației,
Augustin-Cătălin Iapă,
secretar de stat
Directorul Serviciului Român de Informații,
Eduard Raul Hellvig
Ministrul finanțelor publice,
Vasile-Florin Cițu

București, 4 decembrie 2020.
Nr. 1.062.

ANEXĂ

CARACTERISTICILE PRINCIPALE ȘI INDICATORII TEHNICO-ECONOMICI ai obiectivului de investiții „Sediul Unității Militare 0623 Brașov”

Titular: Ministerul Lucrărilor Publice, Dezvoltării și Administrației

Beneficiar: Compania Națională de Investiții „C.N.I.” — S.A., pentru perioada realizării investiției

Beneficiar final: Serviciul Român de Informații — Unitatea Militară 0623 Brașov — după realizarea investiției

Amplasament: municipiul Brașov, Strada Institutului nr. 10A, județul Brașov

Indicatori tehnico-economici

— Valoarea totală a investiției, inclusiv TVA (în prețuri valabile la data 7.07.2020, 1 euro = 4,8397 lei),	mii lei	98.326
din care C + M	mii lei	61.823
— Valoarea finanțată de Ministerul Lucrărilor Publice, Dezvoltării și Administrației, prin Compania Națională de Investiții „C.N.I.” — S.A.,	mii lei	97.018
din care C + M	mii lei	60.752
— Valoarea finanțată prin Serviciul Român de Informații,	mii lei	1.308
din care C+M	mii lei	1.071
— Eșalonare investiție: INV/C + M		
— Anul I	<u>INV</u> C + M	<u>mii lei</u> 24.056
— Anul II	<u>INV</u> C + M	<u>mii lei</u> 22.236
— Anul III	<u>INV</u> C + M	<u>mii lei</u> 15.531
— Capacități:		
— suprafața desfășurată	mp	12.692
— suprafața construită	mp	5.226
— regim înălțime		S + P + 2E + 3Er
— Durata de execuție a obiectivului investiției	luni	28

Factori de risc

Obiectivul se va proteja antiseismic conform Normativului P 100-1/2013, cu modificările și completările ulterioare.

Finanțarea investiției

Finanțarea obiectivului de investiții se face de la bugetul de stat, prin bugetele Ministerului Lucrărilor Publice, Dezvoltării și Administrației și Serviciului Român de Informații, în limita sumelor aprobate anual cu această destinație, precum și din alte surse legal constituite, conform programelor de investiții publice aprobate potrivit legii.

GUVERNUL ROMÂNIEI**HOTĂRÂRE**

privind aprobarea obiectivului de investiții „Mărirea capacității de transport a aducțiunii Gura Râului—Sibiu și lucrări de asigurare a comportării în timp a barajului Gura Râului, județul Sibiu”, precum și a caracteristicilor principale și a indicatorilor tehnico-economici aferenți acestuia

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 42 alin. (1) lit. a) din Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă obiectivul de investiții „Mărirea capacității de transport a aducțiunii Gura Râului—Sibiu și lucrări de asigurare a comportării în timp a barajului Gura Râului, județul Sibiu”, precum și caracteristicile principale și indicatorii tehnico-economici aferenți acestuia, prevăzuți în anexa care face parte integrantă din prezenta hotărâre.

Art. 2. — Finanțarea obiectivului de investiții prevăzut la art. 1 se realizează de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului

Mediului, Apelor și Pădurilor, în limita sumelor aprobate anual cu această destinație, conform programelor de investiții publice aprobate potrivit legii, din venituri proprii ale Administrației Naționale „Apele Române”, precum și din alte surse legal constituite.

Art. 3. — Ministerul Mediului, Apelor și Pădurilor, prin Administrația Națională „Apele Române” — Administrația Bazinală de Apă Olt, răspunde de modul de utilizare a sumelor aprobate potrivit prevederilor prezentei hotărâri.

PRIM-MINISTRU
LUDOVIC ORBAN

Contrasemnează:
Ministrul mediului, apelor și pădurilor,
Mircea Fechet
p. Ministrul lucrărilor publice, dezvoltării și administrației,
Augustin-Cătălin Iapă,
secretar de stat
Ministrul finanțelor publice,
Vasile-Florin Cițu

București, 4 decembrie 2020.
Nr. 1.063.

ANEXĂ

CARACTERISTICILE PRINCIPALE ȘI INDICATORII TEHNICO-ECONOMICI ai obiectivului de investiții „Mărirea capacității de transport a aducțiunii Gura Râului—Sibiu și lucrări de asigurare a comportării în timp a barajului Gura Râului, județul Sibiu”

Titular: Ministerul Mediului, Apelor și Pădurilor

Beneficiar: Administrația Națională „Apele Române” — Administrația Bazinală de Apă Olt

Amplasament: Lucrările hidrotehnice propuse sunt amplasate în bazinul hidrografic Olt pe râul Cibin, afluent de ordinul I al râului Olt, amonte de localitatea Sibiu, pe teritoriul localităților: Gura Râului, Cristian, Poplaca, Sibiu, județul Sibiu.

Indicatori tehnico-economici

— Valoarea totală a investiției (inclusiv TVA) (în prețuri valabile la 30.04.2019, 1 euro = 4,7582 lei), din care:	mii lei	73.819
construcții — montaj	mii lei	51.332
— Eșalonarea investiției		
Anul I	<u>INV</u>	<u>mii lei</u>
	C+M	17.100
		<u>mii lei</u>
		11.800

Anul II	<u>INV</u>	<u>mii lei</u>	<u>17.100</u>
	C+M	mii lei	11.800
Anul III	<u>INV</u>	<u>mii lei</u>	<u>18.200</u>
	C+M	mii lei	12.800
Anul IV	<u>INV</u>	<u>mii lei</u>	<u>21.419</u>
	C+M	mii lei	14.932
— Capacități:			
— reabilitare baraj		buc.	1
— reabilitare aducțiuni		km	14,834
— protecții		km	0,2
— instalații electrice		km	18,951
— reabilitare praguri		buc.	3
— Durata de execuție a investiției:		luni	48

Factori de risc

Obiectivul de investiții se va proteja antiseismic, potrivit prevederilor Normativului P100-1/2013, cu modificările și completările ulterioare.

Finanțarea investiției

Finanțarea obiectivului de investiții se realizează de la bugetul de stat, prin bugetul Ministerului Mediului, Apelor și Pădurilor, în limita sumelor aprobate anual cu această destinație, conform programelor de investiții publice aprobate potrivit legii, din venituri proprii ale Administrației Naționale „Apele Române”, precum și din alte surse legal constituite.

ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL CULTURII ȘI IDENTITĂȚII NAȚIONALE

ORDIN

privind declararea parțială din Lista monumentelor istorice a monumentului istoric clasat cu denumirea Întreprinderea „Uzinele Chimice Române”, șos. Panduri nr. 71—75, sectorul 5, București, având cod LMI B-II-m-B-19321, respectiv declararea imobilelor C4 și C7

Având în vedere Referatul nr. 7.039 din 4 decembrie 2018 al proiectului ordinului ministrului culturii și identității naționale privind declararea parțială din Lista monumentelor istorice a monumentului istoric clasat cu denumirea Întreprinderea „Uzinele Chimice Române”, șos. Panduri nr. 71—75, sector 5, București, cod LMI B-II-m-B-19321,

în conformitate cu dispozițiile art. 13 alin. (1) pct. 2 lit. a), art. 19 alin. (3) teza I și art. 33 alin. (1) lit. d) din Legea nr. 422/2001 privind protejarea monumentelor istorice, republicată, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul prevederilor art. 21 alin. (1) și (2) din Normele metodologice de clasare și inventariere a monumentelor istorice, aprobate prin Ordinul ministrului culturii și cultelor nr. 2.260/2008, cu modificările și completările ulterioare,

în baza art. 11 alin. (1) și (4) din Hotărârea Guvernului nr. 90/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Culturii și Identității Naționale, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul culturii și identității naționale emite următorul ordin:

Art. 1. — (1) Se declasează parțial din Lista monumentelor istorice monumentul istoric clasat cu denumirea Întreprinderea „Uzinele Chimice Române”, situat la adresa poștală șos. Panduri nr. 71—75, sectorul 5, București, cod LMI B-II-m-B-19321, respectiv se declasează imobilele identificate în documentație cu indicativele C4 și C7, aflate în proprietatea AZADY PRODCOM — S.R.L., situate la adresa poștală șos. Panduri nr. 71, sectorul 5, București.

(2) Se mențin în Lista monumentelor istorice și își păstrează statutul juridic de protecție toate imobilele care formează monumentul istoric clasat cu denumirea Întreprinderea „Uzinele Chimice Române”, situate la adresa poștală șos. Panduri nr. 71—75, sectorul 5, București, cod LMI B-II-m-B-19321, cu

excepția imobilelor identificate în documentație cu indicativele C4 și C7, aflate în proprietatea AZADY PRODCOM — S.R.L., situate la adresa poștală șos. Panduri nr. 71, sectorul 5, București, și a celor declasate anterior prin Ordinul ministrului culturii și identității naționale nr. 2.852/2018 privind declararea parțială din Lista monumentelor istorice a imobilelor situate la adresa poștală șos. Panduri nr. 71, sectorul 5, București, aflate în proprietatea S.C. SPAVIN INVEST — S.R.L., părți ale monumentului istoric clasat cu denumirea Întreprinderea „Uzinele Chimice Române”, șos. Panduri nr. 71—75, sectorul 5, București, având cod LMI B-II-m-B-19321.

Art. 2. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul culturii și identității naționale,
Valer-Daniel Breaz

București, 10 decembrie 2018.
Nr. 2.981.

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

ORDIN
pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 1.241/2019
privind aprobarea ghidurilor pentru obstetrică-ginecologie

Văzând Referatul de aprobare nr. NT 13.346/2020 al Direcției generale de asistență medicală, medicină de urgență și programe de sănătate publică,
având în vedere prevederile art. 16 alin. (1) lit. g) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare,
în temeiul prevederilor art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății emite următorul ordin:

Art. I. — Ordinul ministrului sănătății nr. 1.241/2019 privind aprobarea ghidurilor pentru obstetrică-ginecologie, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 738 și 738 bis din 10 septembrie 2019, se modifică și se completează după cum urmează:

1. La articolul 1, partea introductivă se modifică și va avea următorul cuprins:

„Art. 1. — Se aprobă ghidurile pentru obstetrică-ginecologie, prevăzute în anexele nr. 1—32, după cum urmează:”.

2. La articolul 1, după litera dd) se introduc două noi litere, literele ee) și ff), cu următorul cuprins:

„ee) Ghid privind avortul medicamentos — anexa nr. 31;

ff) Ghid de examinare ecografică de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 3 — anexa nr. 32.”

3. Articolul 4 se modifică și va avea următorul cuprins:
„Art. 4. — Anexele nr. 1—32 fac parte integrantă din prezentul ordin.”

4. După anexa nr. 30 se introduc două noi anexe, anexele nr. 31 și 32, având cuprinsul prevăzut în anexele nr. 1 și 2 la prezentul ordin.

Art. II. — Anexele nr. 1 și 2 fac parte integrantă din prezentul ordin.

Art. III. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

p. Ministrul sănătății,
Horațiu Moldovan,
secretar de stat

București, 7 decembrie 2020.
Nr. 2.082.

ANEXA Nr. 1
(Anexa nr. 31 la Ordinul nr. 1.241/2019)

G H I D
privind avortul medicamentos

PRECIZĂRI

Ghidurile clinice pentru obstetrică și ginecologie sunt elaborate sistematic la nivel național cu scopul de a asista personalul medical pentru a lua decizii în îngrijirea pacienților cu afecțiuni ginecologice și obstetricale. Ele prezintă recomandări de bună practică medicală clinică bazate pe dovezi publicate, pentru a fi luate în considerare de către medicii obstetricieni/ginecologi și de alte specialități, precum și de cadrele medicale auxiliare implicate în îngrijirea pacienților cu afecțiuni ginecologice și obstetricale.

Deși ghidurile reprezintă o fundamentare a buneii practici medicale bazate pe cele mai recente dovezi disponibile, ele nu intenționează să înlocuiască raționamentul practicianului în fiecare caz individual. Decizia medicală este un proces integrativ care trebuie să ia în considerare circumstanțele individuale și opțiunea pacientei, precum și resursele, caracterelor specifice și limitările instituțiilor de practică medicală. Este de așteptat ca fiecare practician care aplică recomandările în scopul diagnosticării, definirii unui plan terapeutic sau de urmărire sau al efectuării unei proceduri clinice particulare să utilizeze propriul raționament medical independent în contextul circumstanțial clinic individual, pentru a decide orice îngrijire sau tratament al pacientei în funcție de particularitățile acesteia, opțiunile diagnostice și curative disponibile.

Instituțiile și persoanele care au elaborat acest ghid au depus eforturi pentru ca informația conținută în ghid să fie corectă, redată cu acuratețe și susținută de dovezi. Dată fiind posibilitatea erorii umane și/sau progresele cunoștințelor medicale, ele nu pot și nu garantează că informația conținută în ghid este în totalitate corectă și completă. Recomandările din acest ghid clinic sunt bazate pe un consens al autorilor privitor la abordările terapeutice acceptate în momentul actual. În absența dovezilor publicate, ele sunt bazate pe consensul experților din cadrul specialității. Totuși, ele nu reprezintă în mod necesar punctele de vedere și opiniile tuturor clinicienilor și nu le reflectă în mod obligatoriu pe cele ale Grupului coordonator.

Ghidurile clinice nu sunt gândite ca directive pentru un singur curs al diagnosticului, managementului, tratamentului sau urmăririi unui caz sau ca o modalitate definitivă de îngrijire a pacientei. Variații ale practicii medicale pot fi necesare pe baza circumstanțelor individuale și opțiunii pacientei, precum și resurselor și limitărilor specifice instituției sau tipului de practică medicală. Acolo unde recomandările acestor ghiduri sunt modificate, abaterile semnificative de la ghiduri trebuie documentate în întregime în protocoale și documente medicale, iar motivele modificărilor trebuie justificate detaliat.

Instituțiile și persoanele care au elaborat acest ghid își declină responsabilitatea legală pentru orice inacuratețe, informație percepută eronat, pentru eficacitatea clinică sau succesul oricărui regim terapeutic detaliat în acest ghid, pentru modalitatea de utilizare sau aplicare sau pentru deciziile finale ale personalului medical rezultate din utilizarea sau aplicarea lor. De asemenea, ele nu își asumă responsabilitatea nici pentru informațiile referitoare la produsele farmaceutice menționate în acest ghid. În fiecare caz specific, utilizatorii ghidurilor trebuie să verifice literatura de specialitate specifică prin intermediul surselor independente și să confirme că informația conținută în recomandări, în special dozele medicamentelor, este corectă.

Orice referire la un produs comercial, proces sau serviciu specific prin utilizarea numelui comercial, al mărcii sau al producătorului nu constituie sau implică o promovare, recomandare sau favorizare din partea Grupului de coordonare, a Grupului tehnic de elaborare, a coordonatorului sau editorului ghidului față de altele similare care nu sunt menționate în document. Nicio recomandare din acest ghid nu poate fi utilizată în scop publicitar sau în scopul promovării unui produs.

Grupul de coordonare a elaborării ghidurilor

Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România

Profesor dr. Radu Vlădăreanu, președinte

Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății

Profesor dr. Elvira Bratila, președinte

Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiului Medicilor

din România

Profesor dr. Radu Vlădăreanu, președinte

Membrii Grupului tehnic de elaborare a ghidului

Coordonatori

Profesor dr. Lucian Pușcașiu

Dr. Mihai Horga

Scriitori

Profesor dr. Lucian Pușcașiu

Dr. Mihai Horga

Integrator

Dr. Alina-Gabriela Marin

Evaluatori externi

Profesor dr. Vlad Tica

Conferențiar dr. Ștefania Tudorache

Profesor dr. Radu Vlădăreanu

ABREVIERI

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Revizia ghidurilor pentru cercetare & evaluare)
AINS	antiinflamatoare nesteroidiene
ALP	autorizație de liberă practică
β-hCG	fracțiunea beta a gonadotropinei corionice umane
GTE	Grupul tehnic de elaborare
HAS	Haute Autorité de Santé
μg	microgram
mL	mililitru
mUI	miliunități
NICE	The National Institute for Health and Clinical Excellence
OG	obstetrică-ginecologie
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONU	Organizația Națiunilor Unite
PGE1	prostaglandină E1
PGE2	prostaglandină E2
SA	săptămâni de amenoree
SE	sarcină ectopică
SOGR	Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondul ONU pentru populație)
VG	vârsta gestațională

1. Introducere

Asigurarea unor servicii de calitate în domeniul planificării familiale și întreruperii sarcinii în condiții de siguranță reprezintă domenii principale de intervenție. Deși avortul nu reprezintă o metodă bună de control al fertilității, numărul încă mare de femei care au sarcini neplanificate și care decid să întrerupă sarcina impune luarea unor măsuri de asigurare a unor servicii medicale de calitate în acest domeniu. În contextul demografic al țării, caracterizat prin rata de fertilitate scăzută și spor demografic negativ, aceste intervenții trebuie considerate ca parte a serviciilor medicale preventive și ca un instrument pentru exercitarea drepturilor de bază ale omului privind reproducerea și sexualitatea. O importanță deosebită în acest sens o constituie asigurarea unor îngrijiri complete, de o înaltă calitate, efectuate de personal de înaltă competență la nivelul tuturor unităților medicale publice sau private care oferă aceste servicii, în condițiile menținerii accesului la aceste servicii pentru pacientele din România care au nevoie de aceste servicii. De asemenea, se impune formarea furnizorilor de servicii în vederea utilizării unor tehnici moderne și de calitate, asociate cu riscuri și morbiditate reduse.

În 2001—2002 a avut loc o evaluare strategică a politicilor, programelor și serviciilor de întrerupere a sarcinii în România, realizată printr-un proces de evaluare participativă cu implicarea principalelor instituții active în sănătatea reproducerii, incluzând Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Colegiul Medicilor din România, institutele de profil ale Ministerului Sănătății, Societatea Națională de Obstetrică și Ginecologie, precum și organizații non-guvernamentale și ale societății civile. Evaluarea a beneficiat de consultanța tehnică a experților Departamentului de Cercetare și Sănătate a Reproducerii al Organizației Mondiale a Sănătății.

Având în vedere numărul mare de întreruperi de sarcină la cerere care se efectuează încă în România, riscurile, incidentele și accidentele ce pot surveni în timpul efectuării sau în perioada imediat următoare, s-a considerat oportună redactarea unor norme care să asigure efectuarea acestora în condiții de siguranță. Aceste standarde și recomandări de practică medicală referitoare la întreruperea de sarcină cuprind reglementarea procedurii, a interacțiunii furnizor—pacientă, consiliere, intimitate și confidențialitate, perioadă minimă de recuperare, contracepție după avort, precum și alte aspecte esențiale.

Acest document a fost redactat în mai multe etape, cu consultarea principalelor instituții implicate în acordarea serviciilor de întrerupere a sarcinii, cum ar fi Ministerul Sănătății, Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății, Colegiul Medicilor din România, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Societatea Română de Obstetrică și Ginecologie.

Aceste standarde sunt în concordanță și cu recomandările Organizației Mondiale a Sănătății precizate în documentul „Avortul sigur: ghid tehnic și de politici pentru sistemele de sănătate”, 2015, cu documentul OMS „Medical management of abortion”, 2018^(1, 2), precum și cu recomandările europene precizate în documentele NICE (National Institute for Health and Care Excellence) Abortion Care, septembrie 2019⁽³⁾, și HAS (Haute Autorité de Santé) IVG médicamenteuse: les protocoles à respecter, iunie 2018⁽⁴⁾, și cu informațiile de prescriere ale medicamentelor autorizate în avortul medicamentos de către ANMDMR și care sunt comercializate în România.

2. Scop

Prezentul ghid își propune să formuleze standarde, recomandări și opțiuni terapeutice pentru:

— inducerea la cerere a avortului prin mijloace medicamentoase, respectiv pentru conduita în cazul avortului incomplet și a sarcinii oprite în evoluție și pentru inițierea contracepției după avortul medicamentos la cerere;

— îngrijirile ce trebuie acordate pe perioada inducerii/completării avortului:

- monitorizare;
- controlul durerii;

- suportul emoțional;
- informarea pacientei și familiei;

— metodele utilizate de inducere a avortului medicamentos la cerere, respectiv a avortului incomplet/morții fetale;

— conduita în cazul apariției complicațiilor;

— conduita în caz de eșec al terapiei medicamentoase.

Ghidul clinic național Avortul medicamentos se referă la următoarele circumstanțe clinice:

1. managementul medicamentos al avortului la cerere la <12 SA (întreruperea voluntară a sarcinii);

2. momentul inițierii și metodele contraceptive recomandate după avortul medicamentos la cerere (întreruperea voluntară a sarcinii);

3. managementul medicamentos al avortului incomplet la <13 SA, respectiv la >13 SA;

4. managementul medicamentos al sarcinii oprite în evoluție/morții fetale la >14, respectiv <28 SA;

5. managementul medicamentos al avortului de trimestrul II.

Ghidul Avortul medicamentos nu se adresează:

— problemelor legislative privitoare la întreruperea voluntară a sarcinii;

— problemelor religioase și etice ale personalului medical;

— structurii, dotării cu resurse umane și materiale și circuitelor sanitare ale serviciilor medicale de avort;

— problemelor economice legate de costul terapiei medicamentoase.

Prezentul ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie este elaborat pentru satisfacerea următoarelor deziderate:

— creșterea calității unui serviciu medical, a unei proceduri medicale;

— referirea la o problemă cu mare impact pentru starea de sănătate sau pentru un indicator specific;

— reducerea variațiilor în practica medicală (cele care nu sunt necesare);

— reducerea unui risc sau eliminarea unei incertitudini terapeutice;

— aplicarea evidențelor în practica medicală; diseminarea unor noutăți științifice;

— integrarea unor servicii sau proceduri (chiar interdisciplinare);

— creșterea încrederii personalului medical în rezultatul unui act medical;

— ghidul constituie un instrument de consens între clinicieni;

— ghidul protejează practicianul din punctul de vedere al malpraxisului;

— ghidul asigură continuitatea între serviciile oferite de medici și de asistente;

— ghidul permite structurarea documentației medicale;

— ghidul permite oferirea unei baze de informație pentru analize și comparații;

— armonizarea practicii medicale românești cu principiile medicale internațional acceptate.

Acest ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie este conceput pentru aplicare la nivel național.

Ghidul clinic precizează standarde, principii și aspecte fundamentale ale managementului particularizat unui caz concret clinic, care trebuie respectate de practicieni, indiferent de nivelul unității sanitare în care activează.

Se prevede ca acest ghid să fie adaptat la nivelul secțiilor și cabinetelor de obstetrică și ginecologie sub forma unor protocoale.

Ghidurile clinice sunt realizate la niveluri naționale de grupuri tehnice de elaborare respectând niveluri de dovezi științifice, tărie a afirmațiilor, grade de recomandare.

Protocoalele reprezintă modalitatea de aplicare a ghidurilor clinice naționale în context local și specific exact ce anume trebuie făcut într-o situație clinică, de către cine și când. Ele permit un grad mai mare de flexibilitate și reflectă circumstanțele și variațiile locale datorate diferitelor tipuri de îngrijire clinică la un anumit nivel.

3. Metodologie de elaborare

3.1. Etapele procesului de elaborare

În luna februarie 2018, conducerea Societății de Obstetrică și Ginecologie (SOGR) a inițiat primii pași pentru revizia ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie, stabilindu-se o listă a revizorilor. În cadrul celui de al 17-lea Congres Național de Obstetrică-Ginecologie, din 20—22 septembrie 2018, s-a luat decizia ca noua conducere să aibă ca prioritate revizia imediată a ghidurilor clinice, precum și elaborarea de noi ghiduri, cum este acesta.

Astfel, noua conducere a SOGR a definitivat și aprobat coordonatorii Grupului tehnic de revizie (GTR) și de elaborare (GTE), pentru fiecare subiect. Pentru fiecare ghid, coordonatorul a nominalizat componența GTR și GTE, incluzând un scriitor și o echipă de redactare, precum și un număr de experți externi pentru recenzia ghidului. Pentru facilitarea și integrarea procesului de elaborare a tuturor ghidurilor, SOGR a contractat un integrator.

Ghidul elaborat, odată finalizat de coordonator, a fost trimis pentru revizia externă la 2 experți selectați. De asemenea, ghidul a fost postat pentru transparență, propuneri și comentarii pe site-ul SOGR: <https://sogr.ro/ghiduri-clinice>. Coordonatorul a luat în considerare și a încorporat, după caz, comentariile și propunerile de modificare făcute de evaluatorii externi și de pe site și au redactat versiunea finală a ghidului.

Pe parcursul ghidului, prin termenul de medic(ul) se va înțelege medicul de specialitate obstetrică-ginecologie, căruia îi este dedicat în principal ghidul clinic. Acolo unde s-a considerat necesar, specialitatea medicului a fost enunțată în clar, pentru a fi evitate confuziile de atribuire a responsabilității actului medical.

Această versiune a fost prezentată și supusă discuției în cadrul unei reuniuni de consens care a avut loc la Cluj-Napoca în 27 octombrie 2019, organizată și finanțată de SOGR. Ghidul a fost dezbătut și agreeat prin consens din punctul de vedere al conținutului tehnic, gradării recomandărilor și al formulării.

Evaluarea finală a elaborării ghidului a fost efectuată utilizând instrumentul AGREE. Ghidul a fost aprobat formal de către Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății, Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiului Medicilor din România și Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România, inițiatorul.

3.2. Principii

Ghidul clinic „Avortul medicamentos” a fost conceput cu respectarea principiilor de elaborare a ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie aprobate de Grupul de coordonare a elaborării ghidurilor și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România.

Fiecare recomandare s-a încercat a fi bazată pe dovezi științifice, iar pentru fiecare afirmație a fost furnizată o explicație bazată pe nivelul dovezilor și a fost precizată puterea științifică (acolo unde există date). Pentru fiecare afirmație a fost precizată alăturat tăria afirmației (Standard, Recomandare sau Opțiune), conform definițiilor din anexa nr. 1.

Pe parcursul ghidului, prin termenul de medic se va înțelege medicul de specialitate obstetrică și ginecologie, căruia îi este dedicat în principal ghidul clinic. Acolo unde s-a considerat necesar, specialitatea medicului a fost enunțată în clar, pentru a fi evitate confuziile de atribuire a responsabilității actului medical.

3.3. Data reviziei

Acest ghid clinic va fi revizuit în anul 2022 sau în momentul în care apar dovezi științifice noi care modifică recomandările făcute.

4. Structură

Acest ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie este structurat în 4 capitole specifice temei abordate:

- evaluare și diagnostic;
- conduită;
- urmărire și monitorizare;
- aspecte administrative.

5. Evaluare și diagnostic

5.1. Decizia informată și consilierea

Standard	Medicul trebuie să informeze corespunzător fiecare pacientă care solicită o întrerupere de sarcină, în vederea luării unei decizii informate și libere de către aceasta.	C
Argumentare	Luarea unei decizii informate și libere de către pacientă este esențială pentru procesul de efectuare a întreruperii de sarcină. Informarea în vederea luării unei decizii informate și consilierea pentru întrerupere de sarcină sunt două procese diferite. Decizia informată are scopul de a asigura că pacienta hotărăște voluntar și informat și acordă permisiunea legală pentru întreruperea sarcinii. Consilierea este discuția despre sentimentele și grijile pacientei care se găsește într-o situație de criză. Există multe modalități de consiliere și niciuna nu funcționează perfect în toate situațiile. Consilierea nu este terapie și, prin urmare, nu este prevăzută pentru o perioadă lungă de timp. Dacă necesitățile pacientei depășesc competența consilierului este necesară îndrumarea ei către serviciile de consiliere specializate. Consilierea poate să includă explorarea sentimentelor pacientei, ajutor în luarea deciziei, alegerea contraceptivelor, clarificarea valorilor sau îndrumarea către alte servicii. Consilierea înainte de întreruperea de sarcină are, de asemenea, scopul de a pregăti pacienta pentru procedură prin reducerea nivelului de anxietate. Consilierea nu trebuie să creeze o barieră pentru oferirea avortului, ca urmare trebuie să fie voluntară. ^(1, 2, 5)	IV
Recomandare	Personalul medical implicat în procedurile de întrerupere a sarcinii trebuie să ofere informații corecte despre riscurile și beneficiile procedurilor utilizate la întreruperea de sarcină cuprinzând: — alternativele întreruperii de sarcină; — sprijinul pe care pacientele gravide îl pot primi prin lege; — instituțiile care pot oferi acest sprijin; — tehnicile de efectuare a întreruperii de sarcină și riscurile potențiale ale fiecărei proceduri, inclusiv cele referitoare la anestezia folosită; — complicațiile imediate și tardive.	C
Argumentare	Personalul medical implicat în procedurile de întrerupere a sarcinii trebuie să posede cunoștințe corecte despre complicațiile imediate și tardive posibile. Aceasta le permite să ofere pacientelor informația de care au nevoie pentru a-și da consimțământul informat. ^(1, 2, 5)	IV
Recomandare	Se recomandă medicului să informeze pacienta că riscul de complicații este cu atât mai mic cu cât avortul este efectuat mai devreme în cursul sarcinii.	C
Recomandare	Informațiile asupra complicațiilor imediate și tardive în avortul chirurgical prin aspirație trebuie să includă următoarele aspecte: hemoragia, perforația uterină, traumatismul, sarcina persistentă, infecția postavort, capacitatea reproductivă ulterioară, sechelele psihologice, complicațiile anestezice, inclusiv decesul.	B
Argumentare	Hemoragia în momentul întreruperii de sarcină este rară (1 caz per 1.000 proceduri). Incidența este mai mică pentru întreruperile de sarcină la vârste gestaționale mici (0,8 cazuri per 1.000 proceduri sub 13 săptămâni de amenoree). ^(1, 2, 6) Perforația uterină în momentul întreruperii de sarcină este rară. Incidența este de aproximativ 1—4 cazuri per 1.000 de proceduri. Incidența este mai mică pentru întreruperile de sarcină la vârste gestaționale mici și pentru cele efectuate de medici cu experiență. ^(1, 2, 6) Traumatismul cervical: incidența leziunilor cervicale în momentul întreruperii de sarcină nu este mai mare de 1%. Această rată este mai mică pentru întreruperile de sarcină la vârste gestaționale mici și pentru cele efectuate de medici cu experiență. Sarcina persistentă: toate metodele de întrerupere de sarcină în primul trimestru prezintă un risc de eșec al procedurii, caz în care este necesară repetarea ei. Incidența este de aproximativ 2,3/1.000 și pentru întreruperea de sarcină medicamentoasă aproximativ de 6/1.000. ^(1, 2, 6) Infecția după întreruperea de sarcină: infecțiile tractului genital cu grade diferite de severitate, incluzând boala inflamatorie pelvină, apar în până la peste 10% din cazuri. Riscul este redus în cazul administrării profilactice a antibioticelor sau când infecțiile tractului genital inferior au fost excluse prin screening bacteriologic. ^(7, 8) Evenimente rare, dar grave au fost raportate după utilizarea vaginală sau bucală neautorizată a comprimatelor de misoprostol (șoc toxic și șoc septic, ca urmare a infecției cu microorganisme patogene atipice). ⁽⁴⁾ Clinicienii trebuie să țină cont de această complicație potențial fatală. Capacitatea reproductivă ulterioară: nu s-a dovedit asocierea dintre întreruperea de sarcină efectuată în condiții de siguranță (de către un medic autorizat, într-o unitate autorizată și folosind o tehnică corespunzătoare) și infertilitate sau naștere prematură ulterioară. ^(1, 2, 17, 18) Sechele psihologice: doar o minoritate a pacientelor prezintă sechele psihologice pe termen lung după întreruperea de sarcină. Disconfortul precoce, deși frecvent, este de obicei o continuare a stării prezente înainte de avort. În cazurile în care i se refuză pacientei efectuarea întreruperii de sarcină, sunt descrise efecte negative atât asupra mamelor, cât și asupra copiilor acestora. ^(9, 10)	IIb

Opțiune	Personalul medical de specialitate poate opta pentru metoda de informare în grup sau cea individuală.	E
Standard	Personalul medical de specialitate trebuie să ofere informații despre contracepție tuturor pacientelor care solicită o întrerupere de sarcină.	B
Argumentare	Informarea este necesară pentru a ajuta pacienta să evite sarcinile nedorite ulterioare. Acceptul pacientei pentru o metodă contraceptivă nu trebuie să reprezinte o condiție preliminară furnizării serviciului de întrerupere a sarcinii. (1,2)	IIb
Recomandare	Se recomandă personalului medical de specialitate ca, pe lângă furnizarea de informații, să ofere materiale scrise, corecte și imparțiale, pe care pacienta să le poată înțelege și lua cu ea pentru a le citi.	E
Standard	Medicul trebuie să solicite fiecărei paciente care se prezintă pentru o întrerupere de sarcină în unități medicale publice sau private să semneze un consimțământ informat cuprinzând afirmația ei în care să se afirme faptul că înțelege: — procedura și alternativele existente; — riscurile potențiale; — beneficiile și complicațiile, inclusiv decesul; — dreptul și posibilitatea consilierii; — că decizia luată este liberă; — că este pregătită pentru întreruperea de sarcină. Consimțământul informat trebuie semnat înainte de efectuarea procedurii. Modelul de consimțământ informat este anexat (vezi anexa nr. 2).	E
Standard	Medicul trebuie să solicite acordul pentru întreruperea de sarcină la cerere părintelui sau a tutorei legale, în cazul pacientelor cu vârstă sub cea a consimțământului legal, adică 16 ani. Aprobarea se va face sub semnătură în documentele medicale, pe baza consimțământului informat.	E
Opțiune	Personalul de specialitate implicat în procedurile de întrerupere a sarcinii poate: — să încerce identificarea pacientelor care necesită sprijin legat de decizia de avort electiv; și — să le ofere acestora sprijin adițional, inclusiv accesul la servicii sociale dacă este nevoie.	E
Recomandare	Se recomandă medicilor să ofere fiecărei paciente care efectuează o întrerupere de sarcină posibilitatea de a fi consiliată (dacă acceptă acest lucru) despre decizia de a întrerupe sarcina și sentimentele aferente.	C
Argumentare	Conduita este recomandată pentru ca pacienta să își considere opțiunile și pentru a-i asigura o decizie liber consimțită. (1, 2, 5)	IV
Standard	Personalul de specialitate care oferă consilierea voluntară trebuie: — să fie instruit specific în acest scop; — să o efectueze în condiții de intimitate și confidențialitate.	E
Standard	Confidențialitatea informației trebuie să fie respectată de întregul personal implicat în procedurile de întrerupere a sarcinii.	E
Recomandare	5.2. Proceduri legate de întreruperea de sarcină Se recomandă medicilor ca evaluarea pacientei înainte de întreruperea sarcinii să includă investigațiile impuse de patologii asociate, cunoscute sau suspectate.	E
Standard	5.2.1. Testul Rh și administrarea imunoglobulinei anti-D Medicul care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să cunoască Rh-ul tuturor pacientelor care solicită întreruperea sarcinii.	C
Argumentare	Izoimunizarea Rh prezintă un risc semnificativ pentru pacientele Rh negativ care efectuează o întrerupere de sarcină. (11—14)	IV
Standard	Medicul care efectuează întreruperea sarcinii trebuie să indice administrarea de imunoglobulină anti-D tuturor pacientelor Rh negativ neizoimunizate.	C
Argumentare	Administrarea imunoglobulinei anti-D este o recomandare bazată pe date medicale. De aceea, toate unitățile în care se efectuează întreruperi electiv de sarcină trebuie să dispună de preparate de imunoglobulină anti-D sau să aibă definite protocoale pentru administrarea ei în altă unitate în cazurile definite mai sus (vezi Ghidul „Conduita în sarcina cu incompatibilitate în sistem Rh”).	IV
Recomandare	În cazul în care se administrează imunoglobulina anti-D se recomandă medicului să indice următoarea posologie: — minimum 50 µg (250 UI); — în maximum 3 ore de la procedură.	A
Argumentare	Administrarea dozei de 50 µg (250 UI) în maximum 3 ore după chiuretaj (pacientă Rh negativ, embrion posibil Rh pozitiv) are o eficiență dovedită de 100% în prevenirea izoimunizării. (11—14)	Ib

Standard	În cazul în care se administrează imunoglobulina anti-D, medicul trebuie să consemneze acest lucru în documentele medicale.	E
Standard	În cazul în care nu se administrează imunoglobulină anti-D, medicul trebuie să consemneze în documentele medicale: — refuzul pacientei, sub semnătură, de a accepta administrarea imunoglobulinei anti-D; — alte eventuale recomandări de administrare.	E
5.2.2. Teste bacteriologice		
Opțiune	Medicul poate să recomande examenul bacteriologic vaginal, ca parte a evaluării pacientei practicate înainte de întreruperea sarcinii. Evaluarea pacientei înainte de întreruperea sarcinii poate să includă prelevarea de culturi cervicale, pentru testarea infecției cu <i>Chlamydia Trachomatis</i> .	A
Argumentare	Infecțiile tractului genital se pot asocia uneori cu morbiditate legată de întreruperea de sarcină. (1, 15, 16)	la
5.2.3. Citologie cervicală		
Recomandare	Se recomandă ca medicul să indice pacientelor care nu au un test citologic cervical mai recent de un an efectuarea unui asemenea test.	E
Argumentare	Întreruperea de sarcină poate reprezenta un moment potrivit pentru evaluarea patologiei cervicale (displazice sau oncologice).	
Standard	În cazul în care se efectuează un test citologic ca parte a evaluării înainte de întreruperea de sarcină, medicul trebuie să comunice rezultatul pacientei.	E
5.3. Ecografia pelvină		
Recomandare	Se recomandă ca medicul care efectuează întreruperea sarcinii să indice examenul ecografic pelvin, în următoarele situații: — diagnosticul de sarcină este incert și vârsta gestațională nu au fost anterior stabilite; — există o discordanță între vârsta gestațională cronologică și cea clinică; — se suspectează existența unei sarcini ectopice; — există o patologie ginecologică asociată; — există incertitudinea prezenței unui dispozitiv intrauterin.	E
Argumentare	Deși examenul ecografic pelvin nu reprezintă o condiție esențială pentru efectuarea întreruperii de sarcină, se consideră că el este util în anumite situații particulare.	
5.3.1. Alte proceduri		
Standard	Cu ocazia prezentării unei paciente la medic, pentru efectuarea unei întreruperi de sarcină, acestuia i se recomandă: — să identifice alte nevoi neacoperite de sănătate, în special legate de sănătatea reproducerii (contracepție, violență împotriva femeii, boli cu transmitere sexuală) și — să îi ofere pacientei recomandări sau — să o îndrume către serviciile specializate pentru rezolvarea acestor nevoi.	E

6. Conduită (procedura de întrerupere a sarcinii)

6.1. Aspecte generale

Standard	Medicul trebuie să utilizeze de elecție metoda medicamentoasă în cazul întreruperilor de sarcină sub 12 săptămâni de amenoree, în cazul în care metoda medicamentoasă este disponibilă și acceptată de pacientă.	A
Argumentare	Întreruperile de sarcină efectuate prin aspirație la sarcini sub 7 săptămâni de amenoree prezintă un risc de trei ori mai mare de eșec în golirea cavității uterine comparativ cu cele efectuate între 7—12 săptămâni de amenoree.(1, 2) Metoda medicamentoasă utilizând mifepriston și o prostaglandină este metoda de elecție pentru sarcini sub 12 săptămâni de amenoree.(1, 2, 19—26) De aceea se recomandă medicului să evite metoda aspirativă cu vid, în cazul întreruperilor de sarcină sub 12 săptămâni de amenoree, în cazul în care metoda medicamentoasă este disponibilă și acceptată de pacientă.(1, 2, 19—26) Avortul medicamentos la vârstă gestațională (VG) mică (până la 7 săptămâni de amenoree) se asociază cu mai puțină durere și mai puțină sângerare.(27)	Ib
Standard	Medicul trebuie să constate și să consemneze vârsta gestațională a sarcinii intrauterine.	C
Argumentare	Aceste elemente sunt date esențiale în management.(1, 2)	IV
Recomandare	Medicul poate utiliza examenul ecografic pelvin pentru constatarea sarcinii intrauterine și a vârstei ei gestaționale.	C
Argumentare	Ecografia de prim trimestru este metoda cea mai precisă de datare a sarcinii.(1, 2)	IV

Standard	<p>Medicul trebuie să evalueze pacienta la care elemente de mai jos ridică suspiciunea unei sarcinii ectopice (SE):</p> <ul style="list-style-type: none"> — ecografia transvaginală arată o formațiune anexială care sugerează sarcină ectopică sau — ecografia transvaginală nu arată o sarcină intrauterină și titrul de hCG seric depășește 2.000 mUI/ml sau — ecografia abdominală nu arată o sarcină intrauterină și titrul de hCG seric depășește 3.600 mUI/ml. 	C
Argumentare	<p>Există un nivel al β-hCG seric la care se presupune că toate sarcinile viabile intrauterine vor fi vizualizate prin ecografie endovaginală — așa-numita zonă discriminatorie. Când nivelul β-hCG seric este sub zonă discriminatorie (<1.000 UI) și nu se vizualizează sarcină viabilă (intra- sau extrauterină) prin ecografie endovaginală, sarcina este descrisă ca fiind „sarcină cu localizare necunoscută”.⁽¹⁾</p> <p>În diagnosticul SE medicul consideră predictivă corelația dintre valoarea β-hCG (zona discriminatorie) și prezența sau absența sacului gestațional în cavitatea uterină (vezi Ghidul clinic — Sarcina ectopică).⁽¹⁾</p>	IV
Opțiuni	<p>Medicul poate să indice determinarea hematocritului și a hemoglobinei la pacientele cu antecedente sau semne sau simptome de anemie semnificativă.</p>	C
Argumentare	<p>Prin calcularea raporturilor între riscuri, costuri și rezultate s-a constatat că determinarea hematocritului are o valoare discutabilă în prevenirea morbidității și mortalității legate de întreruperea de sarcină în primul trimestru la o pacientă sănătoasă care nu prezintă antecedente de anemie sau alte boli majore.⁽¹⁾</p> <p>6.2. Întreruperea de sarcină prin metoda medicamentoasă</p> <p>Multe paciente din țările unde aceasta este disponibilă (peste 35 de țări, printre care Franța, Suedia, Marea Britanie și în multe alte țări europene, Israel și Statele Unite, China și altele) preferă metoda medicamentoasă pentru întreruperea sarcinilor precoce în locul metodei aspirative sau chiuretajului.</p> <p>Întreruperea medicamentoasă de sarcină are multe avantaje: evită intervenția chirurgicală și anestezia și oferă pacientelor o participare activă și controlul asupra procesului întreruperii de sarcină. Consilierea adecvată și îngrijirea ulterioară cresc și mai mult siguranța și acceptabilitatea acestei metode.</p> <p>Metoda are și unele dezavantaje, fiind mai puțin eficientă decât metoda chirurgicală (90%—98%, comparativ cu peste 99%). De asemenea, întreruperea medicamentoasă de sarcină presupune mai mult timp și mai multe vizite de control la cabinet.</p> <p>Programe ample de cercetare (desfășurate inclusiv în România, ca parte a unor studii clinice sub egida OMS) au evaluat siguranța și eficiența mifepristonului administrat secvențial cu misoprostol pentru întreruperea sarcinilor precoce. Metodele medicamentoase sunt într-un proces de perfecționare continuă, iar investigațiile continuă să exploreze diverși agenți farmacologici și regimuri de dozare, durata sarcinii pentru care acestea pot fi folosite, precum și modurile ideale pentru folosirea lor.</p> <p>Terapia medicamentoasă a întreruperilor de sarcină oferă, în mod particular, o alternativă importantă întreruperii chirurgicale de sarcină în unele cazuri specifice — de exemplu, poate avea succes când anomalii congenitale uterine sau fibroame limitează accesul instrumental la sacul gestațional.^(1, 2, 19—27)</p>	IV
Standard	<p>Medicul trebuie:</p> <ul style="list-style-type: none"> — să informeze pacienta despre numărul de vizite pe care îl implică metoda medicamentoasă (2—3 vizite); și — să îi solicite și să consemneze acceptul ei pentru aceasta. 	C
Argumentare	<p>Prima vizită este necesară pentru administrarea mifepristonei, a doua vizită pentru administrarea prostaglandinei la 1—2 zile de la prima vizită, iar a treia vizită pentru evaluarea completării întreruperii de sarcină nu mai târziu de 14 zile de la prima vizită.^(1, 2)</p>	IV
Standard	<p>Medicul trebuie să informeze pacienta despre eficiența, efectele secundare și riscurile metodei medicamentoase, în special despre:</p> <ul style="list-style-type: none"> — posibilitatea sângerării excesive; — riscul teratogen al medicamentelor administrate; — faptul că sarcina trebuie întreruptă printr-o metodă chirurgicală în cazul eșecului metodei medicamentoase. 	E
Standard	<p>Medicul trebuie să informeze pacienta:</p> <ul style="list-style-type: none"> — despre modalitatea de utilizare a medicamentelor; și — despre simptomele complicațiilor posibile. 	E
Recomandare	<p>Se recomandă medicului a oferi tuturor pacientelor instrucțiuni scrise despre metoda medicamentoasă.</p>	E

Standard	<p>Medicul trebuie:</p> <ul style="list-style-type: none"> — să solicite acceptul pacientei pentru a efectua întreruperea de sarcină prin metoda chirurgicală, dacă metoda medicamentoasă nu este eficientă; și — să consemneze acest lucru în consimțământul informat. 	E
Standard	<p>Medicul trebuie:</p> <ul style="list-style-type: none"> — să excludă anamnezic stările și afecțiunile care contraindică întreruperea sarcinii prin metoda medicamentoasă; și — să consemneze acest lucru în documentele medicale. 	A
Argumentare	Se impune precauție în utilizarea mifepristonei și prostaglandinelor de către pacientele cu insuficiență hepatică sau adrenaliană acută sau cronică, coagulopatii, fumătoare, alergice la produsele sus-menționate. ^(1, 2)	Ib
Standard	Medicul trebuie să indice metoda medicamentoasă cu mifepristonă urmată la 1—2 zile de administrare a analogului de prostaglandină E1 misoprostol în cazul pacientelor cu sarcina < 12 SA. Intervalul minim recomandat între administrarea dozei de mifepristonă și misoprostol este 24 de ore.	A
Argumentare	<p>Regimul combinat mifepriston plus misoprostol s-a dovedit superior regimului doar cu misoprostol, în mai multe trialuri randomizate.^(1, 2, 28—43)</p> <p>Cele mai utilizate protocoale de dozaj la nivel european sunt: 1) 600 mg mifepristonă administrată oral urmată la 36—48 de ore de administrarea orală de 400 micrograme misoprostol și 2) 200 mg mifepristonă administrat oral urmată la 24—48 de ore de administrarea vaginală de 800 micrograme misoprostol.⁽²⁷⁾</p> <p>Pentru sarcini cu vârsta gestației până la 7 SA, mai multe țări din Europa aderă la protocolul (1) recomandat de Agenția Europeană a Medicamentului în baza evaluării datelor de eficiență și siguranță.⁽⁴⁴⁾</p> <p>În vederea creșterii accesului la metoda medicamentoasă de întrerupere a sarcinii la nivel global, Organizația Mondială a Sănătății recomandă utilizarea dozei de mifepriston de 200 mg.^(1, 2)</p> <p>Mai multe studii care au evaluat diferitele doze de mifepristonă administrate pentru întreruperea medicamentoasă a sarcinii susțin și eficacitatea dozelor de 200 mg și 600 mg mifepristonă.^(4, 44—47)</p> <p>Misoprostolul poate fi administrat pe cale orală (comprimatul se înghite; bucal — comprimatul se ține în șanțul gingival timp de 30 de minute, apoi se înghite; sau sublingual — comprimatul se ține sub limbă timp de 30 de minute, apoi se înghite) sau pe cale vaginală (comprimatele se plasează în fornixul vaginal posterior, după care femeia trebuie să stea culcată timp de 30 de minute).⁽¹⁾ Deși căile vaginală și sublinguală de administrare a misoprostolului s-au dovedit mai eficiente (rate mai mici de continuare a sarcinii și rate mai mari de succes al metodei), administrarea pe cale orală a prezentat rate mai mici de reacții adverse grave și o rată mai mare de satisfacție a pacientelor decât calea vaginală.⁽³⁴⁾</p> <p>Numeroase trialuri randomizate și metaanalize au contribuit cu dovezi robuste privitoare la eficacitatea, siguranța și accesibilitatea întreruperii de sarcină în trimestrele I și II pe cale medicamentoasă.^(1, 2, 27—43, 50)</p>	Ia
Opțiune	Medicul poate să indice metoda medicamentoasă de întrerupere voluntară a sarcinilor < 12 SA utilizând doar misoprostol 800 micrograme administrat vaginal, sublingual sau bucal.	A
Argumentare	<p>Rata de eficiență scade cu acest regim și este probabil că vor fi necesare doze repetate de misoprostol.^(1, 2)</p> <p>Absorbția vaginală a misoprostolului poate fi afectată în prezența sângerării sau a infecției bacteriene vaginale. Eficacitatea poate diminua în cazul administrării dozelor repetate de misoprostol la pacientele cu sângerare vaginală.^(48, 49)</p>	Ib
Opțiune	În caz de întrerupere a sarcinilor > 12 SA medicul poate indica combinația de 200 sau 600 mg mifepristonă pe cale orală urmată la 1—2 zile de doze repetate de 400 micrograme de misoprostol, administrat vaginal, oral, bucal sau sublingual la fiecare 3 ore.	C
Argumentare	Regimul combinat este considerat cel mai eficient, iar calea vaginală de administrare a misoprostolului este asociată cu cele mai reduse efecte adverse. ⁽²⁾	IV
Standard	În cazul întreruperilor de sarcină la peste 12 SA medicul trebuie să decidă de manieră individuală locul, modul și dozele administrate pacientelor, în funcție de VG, dar și de circumstanțe clinice particulare, în special în cazul antecedentelor de uter cicatricial.	C
Argumentare	Chiar dacă ruptura uterină este în cazul inducerii avortului de trimestru II un eveniment rar, medicul trebuie să se asigure de existența facilităților medicale care să poată răspunde prompt în caz de ruptură uterină la VG avansate. Locul administrării (ambulator sau staționar) reprezintă un subiect mult dezbătut în literatură, odată cu apariția unor studii care analizează eficacitatea întreruperii voluntare de sarcină în afara sistemului medical și fără implicarea cadrelor medicale. ^(2, 37—43, 51—53)	IV

Opțiune	În cazul nevoii de întrerupere a sarcinilor > 12 SA și în lipsa mifepristonului, medicul poate indica doze repetate de 400 micrograme de misoprostol, administrat vaginal, bucal sau sublingual la fiecare 3 ore.	C
Argumentare	Această recomandare se regăsește în ultima variantă din 2018 a Ghidului OMS.(2)	IV
Standard	Medicul trebuie să ofere o metodă de analgezie pacientei în timpul întreruperii de sarcină prin metoda medicamentoasă.	E
Opțiune	Medicul poate utiliza AINS sau alți agenți medicamentoși pentru analgezie, dacă nu există contraindicații.	E
Standard	Medicul trebuie să constate finalizarea întreruperii de sarcină prin metoda medicamentoasă și să consemneze acest lucru în documentele medicale.	E
Opțiune	Medicul poate constata finalizarea întreruperii de sarcină prin mijloace clinice sau printr-un examen ecografic pelvin sau un test hCG.	E
Standard	Medicul trebuie să indice examenul ecografic pelvin dacă nu se produc sângerările așteptate în urma administrării medicației.	C
Argumentare	Pe când în majoritatea încercărilor de întrerupere medicamentoasă de sarcină din SUA s-a folosit frecvent ecografia transvaginală pentru stabilirea vârstei sarcinii și a rezultatului, experiența altor state s-a bazat mai ales pe evaluarea clinică și monitorizarea hCG, rezervând ecografia pentru cazuri sau rezultate nesigure. Ecografia înlătură subestimarea vârstei sarcinii, ajută la confirmarea reușitei întreruperii de sarcină și ajută la diagnosticarea sarcinilor ectopice. Totuși, nu s-au efectuat studii care să analizeze efectele ecografiei sau evaluării clinice asupra rezultatelor întreruperilor medicamentoase de sarcină.(1, 2)	IV
Standard	Medicul trebuie să indice administrarea imunoglobulinei anti-D ce trebuie oferită în momentul administrării prostaglandinei, în concordanță cu standardele și recomandările referitoare la Rh (vezi capitolul 5.2.1).	B
Standard	Medicul trebuie să instruiască pacienta să ia contact imediat cu serviciile de sănătate dacă apar unele sau mai multe dintre următoarele simptome: a) sângerare abundentă, care necesită utilizarea a două sau mai multe absorbante pe oră, timp de 2 ore consecutiv; b) febră >38°C sau apariția unei febre cu durată mai lungă de 24 de ore după administrarea misoprostolului; c) durere abdominală sau disconfort sau stare de rău, care include slăbiciune, greață, vomă sau diaree, mai mult de 24 de ore după administrarea misoprostolului; d) sângerare ușoară, însoțită, pe de o parte, de durere severă în abdomenul inferior, amețeli, durere de umăr sau tahipnee, în mod special atunci când sarcina intrauterină nu a fost confirmată anterior prin ecografie (aceste simptome sugerează cu mare probabilitate o ruptură a sarcinii ectopice, iar medicul clinician trebuie să organizeze accesul imediat al pacientei la serviciile de urgență).	C
Argumentare	Când întreruperea sarcinii este efectuată de personal instruit adecvat, în condiții medicale moderne, complicațiile sunt foarte rare și riscul de deces este neglijabil (spre deosebire de întreruperea sarcinii efectuată fără respectarea condițiilor de siguranță). Chiar și așa, fiecare unitate medicală care efectuează această procedură trebuie să fie dotată și să aibă personal instruit să recunoască complicațiile avortului, să acorde îngrijire promptă fără întrerupere sau să trimită pacientele la o unitate care acordă astfel de îngrijiri. Dotările medicale și aptitudinile personalului necesare pentru tratarea celor mai multe dintre complicațiile avortului indus sunt similare cu cele necesare pentru îngrijirea femeilor care au avut avort spontan.(1, 2, 52, 53) Modelul pentru informarea pacientei privind etapele întreruperii voluntare (până la 12 SA) a sarcinii prin metoda medicamentoasă este anexat (vezi anexa nr. 3).	IV
	6.3. Eșecul metodei — continuarea sarcinii. Avortul incomplet	
Standard	Medicul trebuie să informeze pacienta care solicită întreruperea voluntară a sarcinii prin metoda medicamentoasă despre riscul de eșec al procedurii — avortul incomplet sau continuarea sarcinii.	E
Recomandare	Medicului îi este recomandat să ofere cât mai curând o procedură de evacuare a uterului femeilor care prezintă în continuare simptome de sarcină sau semne clinice de avort incomplet (sângerări vaginale, dureri abdominale, prezența semnelor de infecție), acordând atenție riscului de hemoragie (care poate cauza anemie) sau infecție, care ar putea necesita tratament cu antibiotice. Avortul incomplet poate fi, de asemenea, tratat, folosind misoprostol. În acest caz, doza recomandată de misoprostol și calea de administrare sunt 600 µg oral sau 400 µg sublingual.	E
Standard	Medicul va efectua evacuarea uterului în funcție de starea clinică și opțiunea pacientei prin metoda chirurgicală sau medicamentoasă. În acest al doilea caz, doza recomandată de misoprostol și calea de administrare sunt 600 µg oral sau 400 µg sublingual.	A
Argumentare	Prezența sângerării poate scădea absorbția de misoprostol când medicamentul este administrat vaginal, de aceea se preferă o altă cale de administrare.(1, 2, 52, 53)	la

Standard	Unitățile medicale care oferă servicii de întrerupere de sarcină trebuie să asigure instruirea continuă a întregului personal medical pentru: — folosirea echipamentului de urgență; — conduita în cazul urgențelor; — indicațiile pentru transportul de urgență.	E
Standard	Medicul trebuie să informeze pacienta că dacă se produce o sângerare excesivă după externarea din unitate (umplerea a 2 sau mai multe absorbante timp de 2 ore consecutiv) este necesar să se prezinte de urgență pentru a fi evaluată în aceeași unitate sau în alt serviciu ginecologic. Medicul trebuie să menționeze în documentele medicale furnizarea acestor informații.	E
	6.3.1. Managementul medicamentos al avortului spontan incomplet la <13 SA, respectiv la >13 SA	
	Avortul incomplet poate fi manageriat prin conduită expectativă sau prin finalizarea medicamentoasă sau chirurgicală, în funcție de starea clinică și de preferințele pacientei.	
Recomandare	Medicului îi este recomandat să indice misoprostol în doză de 600 micrograme administrat oral sau 400 micrograme administrat sublingual pentru tratamentul medicamentos în cazul avorturilor incomplete cu VG sub 13 SA.	A
Argumentare	Pentru completarea avortului sunt necesare uneori doze repetate de misoprostol. Medicul va analiza particularitatea cazului pentru a decide de manieră individuală dozele administrate pacientelor, în funcție de VG, dar și de circumstanțe clinice particulare, în special în cazul pacientelor cu uter cicatriceal. Recomandările se bazează pe un review Cochrane ce a analizat 24 de studii.(2, 54)	Ia
Opțiune	Medicul poate indica misoprostol în doze de 400 micrograme, repetate la 3 ore, sublingual, vaginal sau bucal pentru tratamentul medicamentos în cazul avorturilor incomplete cu VG peste 13 SA.	B
Argumentare	Uneori, doze repetate de misoprostol vor fi necesare pentru completarea avortului. Medicul va analiza particularitatea cazului pentru a decide de manieră individuală dozele administrate pacientelor, în funcție de VG, dar și de circumstanțe clinice particulare, în special în cazul pacientelor cu uter cicatriceal. Chiar dacă ruptura uterină este un eveniment rar, unitatea medicală trebuie să poată acorda asistență medicală adecvată, mai ales în cazul pacientelor cu uter cicatriceal și VG avansată, grup în care riscul de ruptură uterină este mai mare. Nu s-au identificat studii în literatură care să evalueze eficacitatea acestui tip de tratament, recomandarea având la bază doar studii care au evaluat acceptabilitatea metodei.(1, 2, 37—43, 51—53)	Ila
	6.3.2. Managementul medicamentos al sarcinii oprite în evoluție la > 14 SA, respectiv al morții fetale la < 28 SA	
	Avortul incomplet poate fi manageriat prin conduită expectativă sau prin finalizarea medicamentoasă sau chirurgicală, în funcție de starea clinică și de preferințele pacientei.	
Standard	Medicul va utiliza examinarea ecografică pentru a confirma moartea fătului în uter.	E
Standard	Medicul va prescrie o doză orală de 200 mg mifepriston urmată la 1—2 zile de doze repetate la 4—6 ore de 400 micrograme de misoprostol administrat sublingual sau vaginal.	B
Standard	În cazul în care mifepristona nu este disponibilă, medicul va prescrie doze repetate la 4—6 ore de 400 micrograme de misoprostol, administrat sublingual sau vaginal.	B
Argumentare	Metoda combinată pare că este superioară, prin durata mai redusă până la expulzia completă, dar recomandarea se bazează pe dovezi de calitate redusă. Uneori doze repetate de misoprostol vor fi necesare pentru completarea avortului. Medicul va analiza particularitatea cazului pentru a decide de manieră individuală dozele administrate pacientelor, în funcție de VG, dar și de circumstanțe clinice particulare, în special în cazul antecedentelor de uter cicatriceal. Chiar dacă ruptura uterină este un eveniment rar, unitatea medicală trebuie să poată acorda asistență medicală adecvată, mai ales în cazul pacientelor cu uter cicatriceal și VG mai avansată, cu risc de ruptură uterină.(1, 2, 37—43, 51—54)	Ila
7. Urmărire și monitorizare		
7.1. Îngrijirea după procedura de întrerupere a sarcinii		
Standard	Medicul trebuie să verifice și să documenteze (clinic și/sau ecografic) finalizarea întreruperii de sarcină.	E
Standard	Medicul trebuie să furnizeze pacientei informații pentru înțelegerea semnelor și simptomelor posibile ale complicațiilor postoperatorii.	E
Recomandare	După o întrerupere de sarcină se recomandă ca medicul să înmâneze pacientei un document scris cuprinzând: — simptomele care pot să apară; și — o listă a unităților unde poate apela în caz de urgență medicală.	E
Standard	Medicul trebuie să furnizeze pacientei, la părăsirea unității medicale, un document medical care să conțină suficiente informații despre procedura efectuată.	E

Argumentare	Informațiile despre procedura efectuată permit unui alt medic să trateze orice complicație apărută.	
	7.2. Contracepția după întreruperea sarcinii	
Standard	Înainte de a părăsi unitatea medicală, medicul sau asistenta trebuie să discute cu pacienta opțiunile contraceptive existente și să îi indice metoda contraceptivă aleasă potrivit stării ei de sănătate.	A
Argumentare	Informarea, consilierea contraceptivă și oferirea unui contraceptiv după întreruperea sarcinii contribuie semnificativ la reducerea incidenței avortului repetat.(1, 2, 51, 52)	Ib
Recomandare	Se recomandă medicului să indice începerea utilizării metodei alese imediat după întreruperea de sarcină.	E

8. Aspecte administrative

Recomandare	Se recomandă ca fiecare unitate medicală care oferă întreruperi electiv de sarcină (respectiv completarea avorturilor incomplete) să redacteze protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.	E
	8.1. Cine poate efectua întreruperi de sarcină	
Standard	Întreruperea de sarcină trebuie efectuată în concordanță cu legea în vigoare, de către: — medici de specialitate ginecologie-obstetrică cu ALP sau de — medici rezidenți în ginecologie-obstetrică, sub supravegherea unui medic de specialitate OG care are responsabilitatea procedurii.	E
	8.2. Când și unde pot fi efectuate întreruperi de sarcină	
Standard	Întreruperea de sarcină electivă trebuie efectuată numai în unități medicale publice sau private autorizate pentru acest scop.	E
Standard	Întreruperea de sarcină electivă trebuie efectuată numai în primele 12 săptămâni de la ultima menstruație, conform legii.	E
Standard	Întreruperea de sarcină electivă pentru sarcini cu patologie asociată care presupune risc major pentru pacient trebuie efectuată numai în secțiile/compartimentele de ginecologie sau obstetrică-ginecologie ale unităților medicale spitalicești.	E
Standard	În cazul în care o pacientă solicită o întrerupere de sarcină într-o unitate medicală, dar unitatea nu poate asigura efectuarea acestei proceduri, medicul trebuie să informeze corect asupra alternativelor existente.	E
Standard	Unitatea în care se efectuează întreruperi de sarcină trebuie: — să ofere datele de contact de urgență 24 de ore din 24 ale unităților medicale ce pot fi contactate de paciente, în caz de nevoie; sau — să informeze pacienta asupra unității medicale unde ea trebuie să se prezinte în caz de urgență.	E
	8.3. Înregistrarea și raportarea întreruperilor de sarcină	
Standard	Raportarea statistică a întreruperilor de sarcină efectuate trebuie făcută trimestrial către Serviciul de Statistică și Informatică din Autoritatea de Sănătate Publică.	E
Standard	Principiile și reglementările de înregistrare și raportare a activității de întrerupere de sarcină trebuie considerate valabile atât pentru unitățile medicale publice, cât și pentru cele private.	E

9. Bibliografie*)

1. Avortul fără riscuri: recomandări pentru sistemele de sănătate în probleme de strategie și practică. Ediția a II-a. Organizația Mondială a Sănătății, 2015
2. Medical management of abortion, WHO, 2018 ISBN: 9789241550406
3. Abortion care. NICE guideline [NG140] Published date: September 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140> accesat la data: noiembrie 2019.
4. Haute Autorité de Santé (HAS) IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter. Mise à jour juin 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2857715/fr/ivg-medicamenteuse-les-protocoles-a-respecter accesat la data de: noiembrie 2019.
5. Baker, A. Abortion and Options Counseling: A Comprehensive Reference. Granite City, Illinois: The Hope Clinic for Women, 1995.
6. Halkim-Elahi, E & Tovell, H. Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. Obstet. Gynecol., 1990, 76:129.

*) Bibliografia este reprodusă în facsimil.

7. Sawaya, GF & Grimes, DA. Preventing postabortal infection. *Contemp. Obstet. Gynecol.*, 1994, 15:53.
8. Sawaya, GF, et al. Antibiotics at the time of induced abortion: The case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet. Gynecol.*, 1996, 87:884
9. Adler NE, David HP, Major BN, Roth SH, Russo NF, Wyatt GE. Psychological factors in abortion. *Am Psychol* 1992;47:1194–204
10. Dagg PK. The psychological sequelae of therapeutic abortion: denied and completed. *Am J Psychiatry* 1991;148:579–85.
11. Bowman, J. The prevention of Rh immunization. *Transfusion Med. Rev.*, 1988, 2:129.
12. Chavez, GFP. Epidemiology of Rh hemolytic disease of the newborn in the United States. *JAMA*, 1991, 263:3270.
13. Commentary: Immunoprophylaxis for Rhesus disease - Expensive but worth it?. *Brit. J. Obstet. Gynecol.*, 1991, 98:509.
14. Baskett, TF. Prevention of Rh alloimmunization: A cost-benefit analysis. *Can. Med. Assoc. J.*, - 1990, 142:337.
15. Blackwell, AL. Health gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy. *Lancet*, 1993, 342:206.
16. Larsson, PG, et al. Incidence of pelvic inflammatory disease after first-trimester legal abortion in women with bacterial vaginosis after treatment with metronidazole: A double-blind randomized study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1992, 166:100.
17. American College of Obstetrics and Gynecology Committee on Gynecology Practice. ACOG Committee Opinion. Induced abortion and breast cancer risk. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;83:233–5.
18. El-Bastawissi AY, Sorensen TK, Akafomo CK, Frederick IO, Xiao R, Williams MA. History of fetal loss and other adverse pregnancy outcomes in relation to subsequent risk of preterm delivery. *Matern Child Health J* 2003;7:53–8.
19. Ashok PW, Flett GM, Templeton A. Termination of pregnancy at 9-13 weeks amenorrhoea with mifepristone and misoprostol. *Lancet* 1998;352:542-3.
20. Ashok PW, Penney GC, Flett GMM, Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Hum Reprod* 1998;13:2962–5.
21. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GMM. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *BJOG* 2002;109:1281–9.
22. Baird DT, Sukcharoen N, Thong KJ. Randomized trial of misoprostol and cervagem in combination with a reduced dose of mifepristone for induction of abortion. *Human.Reproduction.* 1995;10:1521-7.
23. Bartley J, Tong S, Everington D, Baird DT. Parity is a major determinant of success rate in medical abortion: a retrospective analysis of 3161 consecutive cases of early medical abortion treated with reduced doses of mifepristone and vaginal gemeprost. *Contraception* 2000;62:297–303.
24. Bygdeman M, Danielsson KG. Options for early therapeutic abortion. A comparative review. *Drugs* 2002;62:2459–70.
25. el-Refaey H, Rajasekar D, Abdulla M, Calder E, and Templeton A. Induction of abortion with mifepristone (RU486) and oral or vaginal misoprostol. *New England Journal of Medicine* 1995;332(15): 983-987.
26. Grimes DA. Medical abortion in early pregnancy: A review of the evidence. *Obstetrics and Gynecology* 1997;89:790-6.
27. Early medical abortion – A practical guide for healthcare professionals. Second edition, 2018. ISBN: 978-2-9553002
28. Usmani I. A randomized clinica trial of 200 patients of oral vs vaginal misoprostol in second trimester pregnancy termination. *Med Forum.* 2013;24(2):55-7.
29. Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Mid-trimester induced abortion: a review. *Hum Reprod Update.* 2007;13(1):37-52.
30. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A. A randomized trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion at 13–20 weeks gestation. *Hum Reprod.* 2005;20(8):2348-54.
31. Tang OS, Miao BY, Lee SW, Ho PC. Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: efficacy and acceptability. *Hum Reprod.* 2002;17(3):654-8.
32. Verma ML, Singh U, Singh N, Sankhwar PL, Qureshi S. Efficacy of concurrent administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy. *Hum Fertil.* 2017;20(1):43-7.
33. Goel A, Mittal S, Taneja BK, Singal N, Attri S. Simultaneous administration of mifepristone and misoprostol for early termination of pregnancy: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(6):1409-13.
34. Abubeker FK, Kim CR, Lavelanet A. Medical termination of pregnancy in early first trimester(≤ 63 days): a systematic review. [Evidence synthesis for a WHO guideline]. 2018 (unpublished).
35. Kapp NE, Eckersberger E, Lavelanet A, Rodriguez MI. Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception*,2018, doi:10.1016/j.contraception.2018.11.002.
36. Whitehouse KB, Sporstol Fonhus M, Lavelanet A, Ganatra B. Medical regimens for abortion at 12 weeks and above: a systematic review and meta-analysis. [Evidence synthesis for a WHO guideline]. 2018
37. Al-Hussaini TK. Uterine rupture in second trimester abortion in a grand multiparous woman. A complication of misoprostol and oxytocin. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;96:218–19.

38. Berghahn L, Christensen D, Droste S. Uterine rupture during second trimester abortion associated with misoprostol. *Obstet Gynecol* 2001;98:976–7.
39. Chapman SJ, Crispens M, Owen J, Savage K. Complications of mid-trimester pregnancy termination: the effect of prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:889–92.
40. Chen M, Shih J, Chiu W, Hsieh F. Separation of cesarean scar during second trimester intravaginal misoprostol abortion. *Obstet Gynecol* 1999;94(5 Suppl 1):840.
41. Debby A, Golan A, Sagiv R, Sadan O, Glezerman M. Mid-trimester abortion in patients with a previous uterine scar. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;109:177–80.
42. Norman JE. Uterine rupture during therapeutic abortion in the second trimester using mifepristone and prostaglandin. *BJOG* 1995;102:332–3.
43. el-Refaey H, Templeton A. Induction of abortion in the second trimester by a combination of misoprostol and mifepristone: a randomized comparison between two misoprostol regimens. *Human Reproduction*. 1995;10:475-8.
44. European Medicines Agency (EMA) PRESS RELEASE Meeting highlights from the Committee for Medicinal Products for Human Use, 19-22 March 2007. Referral procedure for mifepristone-containing medicines - CHMP Conclusions. https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/meeting-highlights-committee-medicinal-products-human-use-19-22-march-2007_en.pdf accesat la data: noiembrie 2019.
45. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Nov 9;(11):CD002855. doi: 10.1002/14651858.CD002855.pub4.
46. Lièvre M, Sitruk-Ware R. Meta-analysis of 200 or 600 mg mifepristone in association with two prostaglandins for termination of early pregnancy. *Contraception* 2009;80:95-100.
47. Nisand I, Bettahar K the investigators of the aMaYa study. Medical management of unwanted pregnancy in France: modalities and outcomes. The aMaYa study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2015;184:13–18.
48. Tang OS, Schweer H, Lee SWH, Ho PC. Pharmacokinetics of repeated doses of misoprostol. *Human Reproduction* 2009;24(8):1862-1869.
49. Sioutas A, Sandström A, Fiala C, Watzer B, Schweer H, Gemzell-Danielsson K. Effect of bacterial vaginosis on the pharmacokinetics of misoprostol in early pregnancy. *Human Reproduction* 2012;27(2):388–393.
50. Medical abortion beyond the 1st trimester – A practical guide for healthcare professionals. ISBN 978-22-9553002, 2015
51. Kohn JE, Snow JL, Simons HR, Seymour JW, Thompson T, Grossman D Medication Abortion Provided Through Telemedicine in Four U.S. States. *Obstet Gynecol* 2019 ;134: 343-350
52. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. 2011. London, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Evidence-based Clinical Guideline. www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf
53. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Best practice in comprehensive abortioncare. RCOG. 2015. London, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Best Practice Paper No. 2. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-2.pdf>.
54. Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(1):CD007223.

10. Anexe la Ghidul privind avortul medicamentos

Anexa nr. 1. Grade de recomandare și niveluri ale dovezilor.

Anexa nr. 2. Formular model OMS 2012 de consimțământ informat.

Anexa nr. 3. Etapele întreruperii voluntare a sarcinii prin metoda medicamentoasă până la 12 SA. Model pentru informarea pacientei.

ANEXA Nr. 1
la ghid

Grade de recomandare și niveluri ale dovezilor

Tabel 1. Clasificarea tăriei aplicate gradelor de recomandare

Standard	Standardele sunt norme care trebuie aplicate rigid și trebuie urmate în cvasitotalitatea cazurilor, excepțiile fiind rare și greu de justificat.
Recomandare	Recomandările prezintă un grad scăzut de flexibilitate, nu au forța standardelor, iar, atunci când nu sunt aplicate, acest lucru trebuie justificat rațional, logic și documentat.
Opțiuni	Opțiunile sunt neutre din punctul de vedere al alegerii unei conduite, indicând faptul că mai multe tipuri de intervenții sunt posibile și că diferiți medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire și nu necesită justificare.

Tabel 2. Clasificarea puterii științifice a gradelor de recomandare

Grad A	Necesită cel puțin un studiu randomizat și controlat ca parte a unei liste de studii de calitate publicate pe tema acestei recomandări (niveluri de dovezi Ia sau Ib).
Grad B	Necesită existența unor studii clinice bine controlate, dar nu randomizate, publicate pe tema acestei recomandări (niveluri de dovezi IIa, IIb sau III).
Grad C	Necesită dovezi obținute din rapoarte sau opinii ale unor comitete de experți sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu (nivelurile de dovezi IV). Indică lipsa unor studii clinice de bună calitate aplicabile direct acestei recomandări.
Grad E	Recomandări de bună practică bazate pe experiența clinică a grupului tehnic de elaborare a acestui ghid.

Tabel 3. Clasificarea nivelurilor de dovezi

Nivel Ia	Dovezi obținute din metaanaliza unor studii randomizate și controlate.
Nivel Ib	Dovezi obținute din cel puțin un studiu randomizat și controlat, bine conceput.
Nivel IIa	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine conceput.
Nivel IIb	Dovezi obținute din cel puțin un studiu cvasiexperimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare.
Nivel III	Dovezi obținute de la studii descriptive, bine concepute.
Nivel IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau experiență clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu.

ANEXA Nr. 2
la ghid

CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT AL PACIENTEI Formular de consimțământ informat

Consiliați pacienta privind riscurile utilizării medicamentelor care conțin mifepristonă și misoprostol
Acest formular în două exemplare trebuie semnat atât de medic, cât și de pacientă.

Acordul pacientei:

1. Am decis să primesc tratamentul cu medicamentele care conțin mifepristonă și misoprostol
pentru întreruperea sarcinii și voi urma recomandarea medicului privind modul de administrare și măsurile pe care trebuie să le iau în caz de urgență.

2. Înțeleg faptul că:

a) voi lua în prima zi medicamentul care conține mifepristonă;

b) medicul îmi va da comprimatele vaginale cu misoprostol sau îmi va prescrie medicamentul pentru a-mi administra comprimatele cu misoprostol, la 1—2 zile după medicamentul cu mifepristonă.

3. Medicul a discutat cu mine despre riscurile tratamentului, inclusiv despre:

- sângerare abundentă;
- infecție;
- sarcină ectopică (în afara uterului);
- continuarea sarcinii.

4. Voi contacta unitatea medicală imediat, în cazul în care, după tratament, voi avea oricare dintre următoarele simptome:

a) febră (38°C sau mai mare, care durează mai mult de 4 ore);

b) durere severă în zona abdominală;

c) sângerare abundentă (care necesită două sau mai multe absorbante pe oră, timp de două ore consecutiv);

d) durere stomacală, disconfort sau senzație de rău, care include slăbiciune, greață, vărsături sau diaree, pe o perioadă mai mare de 24 de ore după administrarea misoprostolului;

e) absența sângerării sau persistența semnelor de sarcină.

5. Medicul m-a informat că aceste simptome pot necesita asistență de urgență. De asemenea, mi-a spus pe cine să contactez și ce să fac în cazul în care nu pot să ajung la spital/clinică sau la cabinet.

6. După 14—21 zile de la administrarea mifepristonei trebuie să merg la medic, pentru o vizită de urmărire, să mă asigur că avortul s-a finalizat și că starea mea de sănătate este bună.

7. Cunosc faptul că, în unele cazuri, tratamentul poate să nu funcționeze. Aceasta se întâmplă la o femeie din 250 care folosesc acest tratament. Dacă sarcina mea continuă după tratamentul cu medicamentele care conțin mifepristonă și misoprostol, voi discuta cu medicul despre procedura alternativă de întrerupere a sarcinii (medicamentos sau chirurgical).

8. Medicul m-a informat că, în cazul în care am nevoie de procedura chirurgicală de întrerupere a sarcinii, pentru că metoda medicamentoasă nu a condus la rezultatul așteptat sau pentru a opri sângerarea abundentă, procedura se va putea efectua în această unitate sanitară sau voi fi îndrumată către o alta, în acest scop.

9. Am primit prospectul medicamentelor care conțin mifepristonă și misoprostol Dacă voi merge la o cameră de gardă sau la un alt medic decât cel care mi-a recomandat acest tratament, voi lua prospectul (documentația procedurii urmate) cu mine și îl voi arăta, pentru ca medicul să înțeleagă că fac o întrerupere voluntară a sarcinii prin metoda medicamentoasă, folosind

10. Medicul a răspuns la toate întrebările mele, iar eu am înțeles toate răspunsurile oferite.

Semnătura pacientei: Numele pacientei: Data:

Pacienta a semnat consimțământul informat în prezența mea, după ce am consiliat-o și am răspuns la toate întrebările pe care le-a avut.

Semnătura medicului: Numele medicului: Data:

După semnarea acestui consimțământ informat de către pacientă și de către medic, se va înmâna o copie pacientei, înainte ca aceasta să plece din cabinet, și se va atașa o copie la fișa ei medicală.

ANEXA Nr. 3
la ghid

Etapele întreruperii voluntare a sarcinii prin metoda medicamentoasă până la 12 SA — model pentru informarea pacientei

Numărul de vizite — 2 sau 3 — este în funcție de alegerea pacientei de a administra misoprostolul în clinică sau la domiciliu
Vizita I:

1. Se consemnează vârsta sarcinii și/sau se efectuează ecografia pentru a confirma vârsta sarcinii sau când examenul fizic și ultima menstruație nu oferă informație suficientă sau sunt în contradicție.

2. Anamneza pacientei: se consemnează și se determină eligibilitatea pacientei pentru această metodă.

3. Pacienta se consiliază și se informează despre:

a) eficiența, efectele secundare și riscurile metodei, în special despre posibilitatea sângerării, riscul teratogenic minim al misoprostolului și despre faptul că sarcina trebuie întreruptă printr-o metodă chirurgicală în cazul eșecului metodei medicamentoase;

b) posibila necesitate a controlului durerii în timpul avortului medicamentos cu preparate antiinflamatorii nonsteroidiene;

c) modul de folosire a medicamentelor;

d) simptomele posibilelor complicații.

4. Consilierea pentru oferirea contracepției la momentul administrării mifepristonului.

5. Administrarea preparatelor:

a) femeilor li se administrează per os mifepristona;

b) se clarifică alegerea, de către pacientă, a metodei de administrare a misoprostolului: în clinică sau la domiciliu.

6. Pacientele care aleg să administreze misoprostolul la domiciliu:

a) vor primi:

— rețeta pentru procurarea imunoglobulinei anti-Rh pentru pacientele Rh-negative;

— prescripție cu medicamente AINS și/sau alte antialgice;

b) vor fi instruite privind:

— modul de administrare a comprimatului(elor) de misoprostol la 1—2 zile după administrarea mifepristonului; ideal la un moment când este cineva disponibil să le ajute în caz de necesitate;

— planificarea unui repaus de câteva ore după administrarea misoprostolului;

— datele de contact ale instituției medicale de referință pentru informații suplimentare;

— semnele de pericol și necesitatea de adresare de urgență la instituțiile medico-sanitare;

— semnele de expulzie a produsului de concepție;

— necesitatea prezentării la medic la vizita de supraveghere.

Pacientelor care aleg să li se administreze misoprostolul în clinică (vizita a II-a):

a) li se administrează intravaginal sau oral doza de misoprostol la 1—2 zile de la prima vizită;

b) sunt monitorizate pe parcursul a 3 ore;

c) cu Rh-negativ, li se administrează imunoglobulina anti-Rh.

Vizita a-III-a, pentru toate pacientele:

1. Se efectuează la aproximativ 14—21 de zile de la prima vizită pentru evaluarea finalului întreruperii voluntare a cursului sarcinii.

2. Se verifică dacă a avut loc un avort complet prin efectuarea examenului clinic ecografic.

3. Dacă s-a diagnosticat avortul complet, femeia este informată și primește recomandări privind metodele de contracepție, se discută toate opțiunile de planificare a familiei:

a) dacă pacienta optează pentru contracepția orală combinată, aceasta se administrează din ziua administrării misoprostolului;

b) dispozitivul intrauterin poate fi înserat la vizita de evaluare sau după prima menstruație de la avort.

4. Dacă nu a avut loc un avort complet, medicul va determina dacă sarcina este în evoluție (constatarea activității cardiace a embrionului la ultrasonografie sau creșterea dimensiunii uterului):

a) dacă sarcina este viabilă, pacientei i se va efectua intervenția de întrerupere voluntară a cursului sarcinii prin metoda chirurgicală de aspirare vacuum manuală sau electrică;

b) dacă sarcina este oprită în evoluție sau avortul este incomplet, pacienta este stabilă hemodinamic și nu prezintă semne de pericol, se va recomanda opțional:

— de a aștepta o săptămână înainte de a se interveni chirurgical, cu programarea unei vizite suplimentare de supraveghere;

— să i se administreze suplimentar misoprostol 400 micrograme sublingual, dacă această opțiune este fără riscuri din punct de vedere medical.

GHID

de examinare ecografică de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 3

PRECIZĂRI

Instituțiile și persoanele care au elaborat acest ghid au depus eforturi pentru ca informația conținută în ghid să fie corectă, redată cu acuratețe și susținută de dovezi. Dată fiind posibilitatea erorii umane și/sau progresele cunoștințelor medicale, ele nu pot și nu garantează că informația conținută în ghid este în totalitate corectă și completă. Recomandările din acest ghid sunt bazate pe un consens al autorilor privitor la abordările acceptate în momentul actual. În absența dovezilor publice, ele sunt bazate pe consensul experților din cadrul specialității.

SOGR, SRUOG sau membrii grupurilor de lucru nu au responsabilitate privind aplicarea acestor recomandări și nici privind interpretarea datelor științifice aferente. Aceste ghiduri au caracter științific, fiind influențate de resursele disponibile, protocoalele locale sau alte norme legale.

Nicio recomandare din acest ghid nu poate fi utilizată în scop publicitar sau în scopul promovării unui produs.

Grupul de coordonare a elaborării ghidurilor

Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România

Profesor dr. Radu Vlădăreanu, președinte

Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății

Profesor dr. Elvira Bratila, președinte

Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiului Medicilor

din România

Profesor dr. Radu Vlădăreanu, președinte

Colectivul de experți care au elaborat prezentul ghid

Prof. dr. Claudiu Mărginean

Prof. dr. Radu Vlădăreanu

Prof. dr. Daniel Mureșan

Prof. dr. Dimitrie Pelinescu-Onciul

Prof. dr. Florin Stamatian

Dr. Marius-Vicea Calomfirescu

Prof. dr. Liana Pleș

Conf. dr. Iuliana Ceaușu

Conf. dr. Ștefania Tudorache

Conf. dr. Dominic Iliescu

Dr. Alina Veduță

1. Introducere

Examinarea ecografică de screening pentru anomalii de sarcină din trimestrul III este o examinare specializată, considerată de rutină/standard (trebuind recomandată tuturor gravidelor) în cadrul îngrijirilor antenatale, acolo unde resursele sunt disponibile și accesibile, efectuarea sa fiind rezervată celor cu competență în ultrasonografia obstetricală și ginecologică nivel II și/sau medicină materno-fetală sau medicilor de specialitate radiologie-imagistică medicală care au obținut competența de ecografie până în anul 1997 inclusiv.

Examinările ecografice de sarcină ce depășesc nivelul 1 de competență în ultrasonografia obstetricală și ginecologică (de exemplu: ecografii limitate/punctuale, ecografii adiacente/complementare consultului ginecologic-obstetrical sau altor îngrijiri ale sarcinii), indiferent de denumirea lor (de exemplu: „morfologie”, „3D-4D”, „screening”, „obstetricală”, „de creștere”, „de control”, „monitorizare” etc.), realizate la o vârstă gestațională între 30 și 35⁺⁶ săptămâni, sunt asimilate și trebuie efectuate conform acestui ghid.

Ecografia obstetricală limitată se face, de regulă, pentru a răspunde unei situații clinice specifice, iar, în situația în care acele sarcini nu au beneficiat de o ecografie de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 3, aceasta va fi programată de îndată ce situația o va permite⁽¹⁾.

Pentru examinare se folosesc echipamente ecografice dotate cu soft de obstetrică-ginecologie și de examinare a

cordului fetal, sonde transabdominale (minimum cu frecvențe de 3—6 Mhz) și transvaginale (minimum cu frecvențe de 5—9 Mhz), utilizându-se puterea minimă și mărirea maximă a imaginii, care asigură o imagine de bună calitate pentru vizualizarea detaliilor corespunzătoare.

Conform datelor International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG) și World Federation of Ultrasound in Medicine and Biology (WFUMB) nu a fost raportat niciun caz de afectare fetală ca urmare a utilizării extinse în peste 40 de ani de ecografie medicală^(2, 3).

Totuși, utilizarea ecografiei fără beneficiu medical trebuie evitată, folosită doar de personal medical instruit și se recomandă ca expunerea fetală să fie la un nivel cât mai scăzut astfel încât să fie obținute informațiile medicale necesare (conform principiului ALARA = As Low As Reasonably Achievable)^(2, 3).

2. Scop; argumentare

Rațiunea aplicării metodelor de screening în sarcină este aceea de a scădea ratele de mortalitate și morbiditate perinatală. Examinarea ecografică este o modalitate de investigare acceptabilă pentru populație, are un cost accesibil și are potențialul de a observa aspecte anormale/atipice înainte de apariția manifestărilor clinice.

Prin monitorizarea sarcinii, examinarea ecografică permite instituirea de măsuri de prevenție sau terapeutice în legătură cu prematuritatea, sarcina depășită, anomaliile de creștere fetală, aderența anormală a placentei inserată pe cicatricea posthisterorafie etc. Prin datarea sarcinii, examinarea ecografică permite instituirea de măsuri de prevenție sau terapeutice în legătură cu prematuritatea, sarcina depășită, screeningul anomaliilor cromozomiale, anomaliilor de creștere fetală etc.

Ecografia permite recunoașterea fiabilă a sarcinilor multiple și a amnionicității (stabilirea corionicității acestora nefiind fiabilă în trimestrul 3, informații esențiale pentru gestionarea riscurilor și complicațiilor potențiale). Prin datarea sarcinii, examinarea ecografică permite instituirea de măsuri de prevenție sau terapeutice în legătură cu prematuritatea, sarcina depășită, screeningul anomaliilor cromozomiale, anomaliilor de creștere fetală etc.

Prin ecografie pot fi identificate patologii curabile ale sarcinii, ceea ce duce uneori la schimbarea gestionării prin orientarea către centre de îngrijire antenatală sau către naștere în centre cu posibilități tehnice și logistice cât mai adaptate.

De asemenea, se pot depista patologii fetale incompatibile cu viața sau incurabile, conform informațiilor medicale cunoscute la momentul și în contextul depistării, cu consecințe asupra deciziilor de îngrijire/terapeutice materno-fetale.

Este eronat să se interpreteze rezultatele normale ale ecografiei în sarcină ca un „certificat de normalitate al nou-născutului sau al copilului”, deoarece nu toate anomaliile se pot identifica ecografic. Niciun proces de screening nu va depista toate anomaliile teoretic identificabile; un examen ecografic „normal” (adică fără anomalii depistate) nu garantează absența unei patologii grave. Există anomalii fetale ce nu pot fi evidențiate ecografic antenatal sau anomalii cu apariție/semnologie ecografică tardivă/progresivă ce nu sunt vizibile în momentul examinării. Această precizare trebuie să se regăsească pe buletinul ecografic.

Ecografia nu poate exclude anomaliile cromozomiale și sindroamele genetice.

Obiectivele acestei examinări ecografice sunt:

— să confirme făt viu;

— să determine numărul feților vii (iar în cazul sarcinilor multiple să determine amnionicitatea și să încerce precizarea corionicității);

— să evalueze prezența fetală;

— să evalueze anatomia fetală corespunzătoare vârstei gestaționale;

— să determine dimensiunile fetale și să estimeze creșterea fetală în funcție de vârsta gestațională (corectată conform datelor din dosarul medical al pacientei);

— să evalueze anatomia maternă și anexele sarcinii pentru patologie evidentă cu consecințe nefavorabile.

Argumentarea ecografiei de trimestrul al 3-lea

Depistarea creșterii fetale deficitare, a anomaliilor fetale nedetectate în trimestrul al 2-lea sau evolutive, patologia și localizarea placentară sunt situații ce pot avea impact în conduita medicală din ultimul trimestru de sarcină și în decizia nașterii.

Creșterea fetală

Studiile observaționale indică nou-născuții mici pentru vârsta gestațională (small for gestational age — SGA) și mai ales pe cei cu restricție de creștere fetală (fetal growth restriction—FGR)^(4, 5) ca cei mai expuși la complicații. În Europa circa 400.000 de sarcini anual pot fi complicate cu FGR, iar un studiu de cohortă indică faptul că 5,7% din feți prezintă FGR tardivă⁽⁶⁾. Pe de altă parte, feții mari pentru vârsta gestațională (large for gestational age — LGA) pot fi asociați unor sarcini patologice și pot crea nașteri distocice.

Introducerea unui protocol de evaluare a greutateii fetale, combinat cu educarea sonografiștilor și auditul, a demonstrat scăderea semnificativă a nașterilor cu feți morți^(7, 8).

Biometria fetală [BPD (diametrul biparietal), HC (circumferința craniană), AC (circumferința abdominală), FL (lungimea femurului)] are valoare mai mare dacă se efectuează la două grupe de vârstă gestațională, 28—30 săptămâni și, respectiv, 34—36 de săptămâni⁽⁹⁾ pentru depistarea creșterii deficitare fetale. Metodele de screening în sarcină, cu o ecografie unică de trimestrul 3, pentru SGA au sensibilitate sub 60% și specificitate sub 30%, la 32 de săptămâni⁽¹⁰⁾, în timp ce la 36 de săptămâni rata de detecție a FGR este superioară ecografiei unice de la 32 de săptămâni (sensitivitate, 38,8% vs. 22,5%, $p = 0,006$)⁽¹¹⁾. Cea mai sensibilă metodă de detecție pentru anomaliile de creștere este dinamica creșterii circumferinței abdominale fetale sub percentila a 10 a $-P_{10}$ ⁽¹²⁾. În general, aprecierea longitudinală a creșterii, cu raportarea ecografiei inițială de date, este mai bună decât o singură ecografie de evaluare a mărimii fetale^(13, 14), iar AC este cea mai importantă parte a estimării greutateii fetale (estimated fetal weight-EFW)⁽¹⁵⁾. Reevaluarea estimării AC sau EFW e necesară la interval de 3 săptămâni, atunci când există suspiciuni de SGA⁽¹⁶⁾. Detectarea feților mici la evaluarea în dinamică a creșterii fetale necesită investigații suplimentare⁽⁴⁾, în special interogare Doppler⁽¹⁷⁾. Utilizarea evaluărilor Doppler materno-fetale poate reduce mortalitatea perinatală^(17, 18) și poate face diferențierea între SGA și FGR^(5, 17, 19). Nu există evidențe, pentru populația de sarcini cu risc scăzut, că utilizarea de rutină a Dopplerului pe artera ombilicală sau combinația cu Doppler pe artere uterine ar avea un beneficiu pentru mamă sau nou-născut⁽¹⁸⁾. Pe de altă parte, un indice de rezistență ridicat sau un indice de pulsilitate înalt la nivelul arterei ombilicale indică un risc crescut de preeclampsie sau FGR ce necesită investigații ulterioare^(17, 20, 21).

Anomalii de poziție și de aderență ale placentei

Dacă aceste caracteristici ale placentei nu au fost evaluate ca normale în trimestrul al 2-lea, în timpul examinării ecografice, localizarea placentei și raportul cu orificiul cervical intern ar trebui descrise. Exemplele de placentă anormală includ prezența unei/unui hemoragii/hematom. Gravidele cu uter cicatriceal și placentă anterioară jos situată sau previa comportă un risc crescut pentru dezvoltarea unei aderențe placentare anormale. În aceste situații ar trebui căutate la nivelul placentei semnele unei acretizări, iar prezența unor lacune placentare multiple, neregulate, însoțite de fluxuri sanguine

arteriale sau mixte, comportă cea mai mare sensibilitate. Aspectul anormal al interfeței dintre peretele uterin și cel vezical este un semn foarte specific pentru patologia de aderență, dar rar observat⁽²²⁾. Semiologia ecografică asociată acretizării placentă pe cicatricea posthisterorafie cuprinde: protruziunea masei placentare în peretele vezical posterior, lacune placentare în zona cicatricială, dispariția spațiului sonoluculent dintre placenta și peretele uterin, subțierea miometrială < 1 mm, întreruperea conturului hiperecogen vezical, țesut placentar sau cheag intravezical, semnale Doppler pulsatile de origine maternă în placenta (mai ales adiacent sau în lacunele placentare) și flux sanguin matern din arterele arcuate penetrând în placenta. Acuratețea diagnosticului în trimestrul 3 este grevată de imagini suboptimale, date de imposibilitatea menținerii vezicii urinare pline. Ecografia transvaginală, eventual combinată cu Doppler Color, poate fi de ajutor⁽²³⁾.

Anomalii fetale

Circa 14% din anomaliile structurale au fost găsite adițional la ecografiile de trimestrul 3, după cele de screening din trimestrele 1 și 2⁽²⁴⁾. Evaluarea anatomiei fetale în trimestrul al 3-lea se face în același fel ca și în trimestrul 2 de sarcină, cu limitările date de poziția fetală, mai ales pentru față, sacru, extremități⁽²⁴⁾. Un ghid de ecografie de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 2 pentru anatomia fetală este în vigoare în România⁽²⁵⁾.

3. Conținut

Tehnica de efectuare

Mai multe recomandări și ghiduri pentru ecografia de trimestrul 3 au fost publicate de către diferite societăți profesionale^(1, 4, 8, 16, 26—29).

Examinarea ecografică pentru screeningul anomaliilor sarcinii din trimestrul 3 este oportună a fi realizată la o vârstă gestațională între 30 și 35⁺⁶ săptămâni.

Examinarea ecografică de screening pentru anomalii în sarcină în trimestrul 3 ar trebui să cuprindă:

a) confirmarea fătului viu. Confirmarea fătului viu se face prin evidențierea bătăilor cordului fetal (BCF) în timp real și măsurarea frecvenței acestora în modul M sau Doppler pulsant (utilizat cât mai scurt timp). Într-o sarcină multiplă acestea trebuie evaluate la fiecare făt;

b) determinarea numărului de feți vii (în sarcina multiplă să se determine amnionicitatea și să se încerce precizarea corionicității, cu trimitere pentru o a doua opinie dacă nu se reușește);

c) prezentația. Într-o sarcină multiplă, prezentația trebuie evaluată la fiecare făt;

d) evaluarea anatomiei sarcinii — toate elementele considerate de rutină din acest ghid și care sunt discutate în continuare trebuie evaluate. Din cauza limitărilor din trimestrul 3 date de poziția și mărimea fetală, condițiile materne (de exemplu: obezitate, sindrom de venă cavă inferioară etc.), evaluarea este redusă la un nivel minim: simetria liniei de mijloc a craniului, ventriculii cerebrali, cord cu 4 camere și secțiunea trei vase cu traheea (opțional cu Doppler Color) diafragm sub care stomac anecogen, rinichi, vezică urinară.

În situația în care unele elemente nu pot fi evaluate corespunzător trebuie explicat acest aspect, oferirea opțiunii reevaluării ulterior a acestora sau a reexaminării pentru o a doua opinie fiind adecvată de multe ori. Într-o sarcină multiplă anatomia trebuie evaluată la fiecare făt. Suplimentar pot fi evaluate și alte elemente, conform competențelor legale, expertiza și experiența examinatorului, aparatura utilizată și motivația/indicația medicală.

Se măsoară pentru evaluarea dezvoltării fetale diametrul biparietal BPD, circumferința craniană HC, circumferința abdominală AC și lungimea diafizei femurale FL pentru femurul proximal de sondă ecografică;

e) anexele fetale — pentru o apreciere cât mai obiectivă se pot măsura opțional grosimea placentară și punga cea mai mare de LA sau indexul lichidului amniotic AFI;

— placentă (localizare cu detaliere dacă este apreciată ca anormală, prezența de anomalii structurale, semnalarea și descrierea relației cu cicatrici uterine și a semnelor de aderență anormală, acolo unde este cazul);

— lichid amniotic (aspect/ecogenitate, cantitate);

f) colul uterin — preferabil examinat transvaginal pentru pacientele cu antecedente de naștere prematură sau simptomatologie în sarcina curentă.

Se măsoară lungimea canalului cervical în mm;

g) anomalii evidente ale OGI materne. În sarcina avansată evaluarea detaliată și fiabilă a organelor genitale interne materne nu este posibilă. Prezența tumorilor voluminoase de corp sau col uterin ar trebui semnalată.

În raportul de examinare se recomandă să se includă încadrarea parametrilor măsurați în standardele de normalitate (pot fi folosite nomogramele corespunzătoare) și estimarea greutateii fetale (EFW — recomandat cu raportarea percentilei conform INTERGROWTH-21th⁽³⁰⁾) prin formula Hadlock, ce utilizează măsurătorile craniană, abdominală și femurală.

Raportul de examinare va conține o sinteză asupra celor constatate de examinator.

Se recomandă ca toate elementele morfologice să fie evaluate/notate în raportul de examinare ca: „aspect normal/aspect anormal/neevaluat corespunzător”.

În raportul de examinare expresia „aspect normal” semnifică că structura sau organul precizat a fost vizualizat de examinator și au părut/au fost interpretate ca normale de acesta.

Totuși, ca în cazul tuturor examinărilor de screening, pot exista interpretări cu rezultate imprecise.

Documentarea imagistică a tuturor elementelor precizate pentru toate examinările poate fi benefică în sensul reducerii neclarităților și a litigiilor.

Nu este recomandată înregistrarea examinărilor ca film sau realizarea de examinări 3D/4D în afara indicațiilor științifice pentru documentarea normalității sau anomaliilor depistate. Cu toate acestea, se recunoaște influența acestor tehnici asupra factorului psihologic de legătură parentală.

Se vor consemna elementele de rutină care din varii motive nu au fost vizualizate în timpul examinării. Reexaminarea pentru clarificarea normalității sau anomaliilor acestora se consideră a fi benefică și este încurajată de acest ghid.

În sinteza examinării se vor consemna dificultățile de examinare (poziție fetală nefavorabilă, placentă localizată anterior, anatomie maternă precum țesut adipos, cicatrice etc.).

În cazul evidențierii sau suspiciunii de anomalii, acestea vor fi precizate și se va prezenta posibilitatea examinării supraspecializate de către alte specialități și a examinării pentru o a doua opinie.

Examinatorul poate să facă remarci, să precizeze/sugereze un diagnostic și să facă recomandări, în limitele specialității și competențelor sale, în cadrul sintezei din raportul de examinare.

4. Bibliografie*)

1. AIUM-ACR-ACOG-SMFM-SRU Practice Parameter for the Performance of Standard Diagnostic Obstetric Ultrasound Examinations. *J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med.* 2018 Nov;37(11):E13–24.
2. Safety Statement, 2000 International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG) Rapid Response Group (Abramowicz JS, Kossoff C, Marshall K, Ter Haar C. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000;16:594-596.
3. Bioeffects and Safety Committee, Salvesen K, Lees C, Abramowicz J, Brezinka C, Ter Haar G, et al. ISUOG-WFUMB statement on the non-medical use of ultrasound, 2011. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011 Nov;38(5):608.
4. Salomon LJ, Alfirevic Z, Da Silva Costa F, Deter RL, Figueras F, Ghi T, et al. ISUOG Practice Guidelines: ultrasound assessment of fetal biometry and growth. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019;53(6):715–23.
5. Gordijn SJ, Beune IM, Thilaganathan B, Papageorghiou A, Baschat AA, Baker PN, et al. Consensus definition of fetal growth restriction: a Delphi procedure. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016 Sep;48(3):333–9.
6. Triunfo S, Crovetto F, Scazzocchio E, Parra-Saavedra M, Gratacos E, Figueras F. Contingent versus routine third-trimester screening for late fetal growth restriction. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016 Jan;47(1):81–8.
7. Clifford S, Giddings S, Southam M, Williams M, Gardosi JO. The Growth Assessment Protocol: a national programme to improve patient safety in maternity care [Internet]. 2013 [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Growth-Assessment-Protocol%3A-a-national-to-in-Clifford-Giddings/b6b2d5da2406c2b932d1d28a49664a527f00d797>
8. Perinatal Institute. Stillbirths in the West Midlands: 2011 update, www.pi.nhs.uk/pnm/clusterreports/2011/WM_2011_Stillbirth_Update_Sept_2012.pdf.
9. Henrichs J, Verfaillie V, Jellema P, Viester L, Pajkrt E, Wilschut J, et al. Effectiveness of routine third trimester ultrasonography to reduce adverse perinatal outcomes in low risk pregnancy (the IRIS study): nationwide, pragmatic, multicentre, stepped wedge cluster randomised trial. *BMJ.* 2019 15;367:l5517.
10. Reboul Q, Delabaere A, Luo ZC, Nuyt A-M, Wu Y, Chauleur C, et al. Prediction of small-for-gestational-age neonate by third-trimester fetal biometry and impact of ultrasound-delivery interval. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017 Mar;49(3):372–8.
11. Roma E, Arnau A, Berdala R, Bergos C, Montesinos J, Figueras F. Ultrasound screening for fetal growth restriction at 36 vs 32 weeks' gestation: a randomized trial (ROUTE). *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 2015 Oct;46(4):391–7.

*) Bibliografia este reproducă în facsimil.

12. Sovio U, White IR, Dacey A, Pasupathy D, Smith GCS. Screening for fetal growth restriction with universal third trimester ultrasonography in nulliparous women in the Pregnancy Outcome Prediction (POP) study: a prospective cohort study. *Lancet Lond Engl.* 2015 21;386(10008):2089–97.
13. Williams M, Turner S, Butler E, Gardosi J. Fetal growth surveillance – Current guidelines, practices and challenges. *Ultrasound J Br Med Ultrasound Soc.* 2018 May;26(2):69–79.
14. Bricker L, Medley N, Pratt JJ. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation). *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2015 Jun 29 [cited 2020 Apr 4];2015(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7086401/>
15. Caradeux J, Martinez-Portilla RJ, Peguero A, Sotiriadis A, Figueras F. Diagnostic performance of third-trimester ultrasound for the prediction of late-onset fetal growth restriction: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;220(5):449-459.e19.
16. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. The investigation and management of the small-for-gestational-age fetus. Green-top guideline no. 31. 2013. [Internet]. Available from: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_31.pdf. 2013.
17. WHO | WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. WHO. World Health Organization; [cited 2020 Apr 4]. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/
18. Alfirevic Z, Stampalija T, Gyte GML. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Nov 12;(11):CD007529.
19. Soothill PW, Ajayi RA, Campbell S, Nicolaides KH. Prediction of morbidity in small and normally grown fetuses by fetal heart rate variability, biophysical profile score and umbilical artery Doppler studies. *Br J Obstet Gynaecol.* 1993 Aug;100(8):742–5.
20. Alfirevic Z, Stampalija T, Medley N. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Apr 15;(4):CD001450.
21. Lausman A, Kingdom J, MATERNAL FETAL MEDICINE COMMITTEE. Intrauterine growth restriction: screening, diagnosis, and management. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC.* 2013 Aug;35(8):741–8.
22. Salomon LJ, Alfirevic Z, Berghella V, Bilardo C, Hernandez-Andrade E, Johnsen SL, et al. Practice guidelines for performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011 Jan;37(1):116–26.
23. Hobson S, Kingdom R, Murji A, Windrim R, Carvalho J, Singh S, et al. No. 383-Screening, Diagnosis, and Management of Placenta Accreta Spectrum Disorders. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;Jul;41(7):1035-1049.
24. Syngelaki A, Hammami A, Bower S, Zidere V, Akolekar R, Nicolaides KH. Diagnosis of fetal non-chromosomal abnormalities on routine ultrasound examination at 11-13 weeks' gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019 Oct;54(4):468–76.
25. Ghidul privind examinarea ecografică de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 2 [Internet]. *Monitorul Oficial;* 2019. Available from: <https://sogr.ro>
26. Institute of Obstetricians and Gynecologists Royal College of Physicians of Ireland. Fetal growth restriction–recognition, diagnosis management. Clinical practice guideline no. 28. 2017. Version 1.1. Available at: <http://www.hse.ie/eng/services/publications/Clinical-Strategy-and-Programmes/Fetal-Growth-Restriction.pdf>. March 2014. Updated March 2017.
27. New Zealand Maternal Fetal Medicine Network, Guideline for the management of suspected small for gestational age singleton pregnancies and infants after 34 wk' gestation. 2014NZMFM_SGA guideline_Final 02 12 2014 – Healthpoint [Internet]. Available from: www.healthpoint.co.nz
28. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists Statements&Guidelines 2019 [Internet]. Available from: <https://ranzocg.edu.au> https://ranzocg.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Third-Trimester-Fetal-Growth-Scans-Reporting-Template-FINAL-2019.pdf?ext=.pdf
29. Lansac J, Bessis R. Éléments devant figurer dans le compte-rendu d'examen. In: *L'échographie de dépistage prénatal* [Internet]. 2016. Available from: <http://www.cfef.org/archives/bricabrac/cneof/compte-renducneof2016.pdf>
30. Stirnemann J, Villar J, Salomon LJ, Ohuma E, Ruyan P, Altman DG, et al. International estimated fetal weight standards of the INTERGROWTH-21st Project. *Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017 Apr;49(4):478–86.

ACTE ALE AUTORITĂȚII NAȚIONALE DE REGLEMENTARE ÎN DOMENIUL ENERGIEI

AUTORITATEA NAȚIONALĂ DE REGLEMENTARE ÎN DOMENIUL ENERGIEI

ORDIN

privind abrogarea Ordinului președintelui Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei nr. 35/2016 pentru aprobarea Metodologiei privind determinarea anuală a nivelului stocului minim de gaze naturale pentru titularii licențelor de furnizare a gazelor naturale

Având în vedere:

- prevederile art. I pct. 5 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 106/2020 pentru modificarea și completarea Legii energiei electrice și a gazelor naturale nr. 123/2012, precum și pentru modificarea unor acte normative;
- prevederile art. I pct. 88 din Legea nr. 155/2020 pentru modificarea și completarea Legii energiei electrice și a gazelor naturale nr. 123/2012 și privind modificarea și completarea altor acte normative;
- prevederile art. 17 și ale art. 64 alin. (4) din Legea nr. 24/2000 privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative, republicată, cu modificările și completările ulterioare, în temeiul dispozițiilor art. 5 alin. (1) lit. c) și ale art. 10 alin. (1) lit. a) și q) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 33/2007 privind organizarea și funcționarea Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 160/2012, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei emite următorul ordin:

- Art. 1. — Ordinul președintelui Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei nr. 35/2016 pentru aprobarea Metodologiei privind determinarea anuală a nivelului stocului minim de gaze naturale pentru titularii licențelor de furnizare a gazelor naturale, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 552 din 21 iulie 2016, se abrogă.
- Art. 2. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei,
Dumitru Chiriță

București, 16 decembrie 2020.
Nr. 235.

AUTORITATEA NAȚIONALĂ DE REGLEMENTARE ÎN DOMENIUL ENERGIEI

ORDIN

privind aprobarea Condițiilor-cadru de valabilitate asociate licenței pentru desfășurarea activității de operare a terminalului GNL

- Având în vedere prevederile art. 118 alin. (2), ale art. 119 pct. 3 lit. d), ale art. 122 alin. (1) lit. g) și ale art. 156² din Legea energiei electrice și a gazelor naturale nr. 123/2012, cu modificările și completările ulterioare, în temeiul prevederilor art. 5 alin. (1) lit. a) și ale art. 10 alin. (1) lit. c) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 33/2007 privind organizarea și funcționarea Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 160/2012, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei emite prezentul ordin.

Art. 1. — (1) Se aprobă Condițiile-cadru de valabilitate asociate licenței pentru desfășurarea activității de operare a terminalului GNL, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

(2) Titularii licențelor pentru desfășurarea activității de operare a terminalelor GNL vor respecta condițiile-cadru de valabilitate asociate licenței, prevăzute în anexa la prezentul ordin.

Art. 2. — Titularii licențelor pentru desfășurarea activității de operare a terminalelor GNL duc la îndeplinire prevederile prezentului ordin, iar compartimentele din cadrul Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei urmăresc respectarea acestora.

Art. 3. — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Autorității Naționale de Reglementare în Domeniul Energiei,
Dumitru Chiriță

București, 16 decembrie 2020.
Nr. 236.

CONDIȚIILE - CADRU**de valabilitate asociate licenței pentru desfășurarea activității de operare a terminalului GNL****CAPITOLUL I****Dispoziții generale**

Art. 1. — Prezentul document stabilește condițiile în care este valabilă licența pentru desfășurarea activității de operare a terminalului GNL, denumită în continuare *Licență*, și constituie parte integrantă din aceasta.

Art. 2. — Obiectul Licenței îl constituie acordarea drepturilor și stabilirea obligațiilor titularului Licenței în vederea desfășurării activității de operare a terminalului GNL.

Art. 3. — Nu fac obiectul Licenței activitățile titularului Licenței privind consultanța, finanțarea și executarea anumitor lucrări la clienții săi, care nu sunt specifice activității de operare a terminalului GNL.

Art. 4. — (1) Titularul Licenței este responsabil pentru respectarea prezentelor Condiții-cadru de valabilitate asociate Licenței, denumite în continuare *Condiții*.

(2) Titularul Licenței răspunde pentru corectitudinea datelor pe care le-a pus la dispoziția ANRE și care au stat la baza acordării Licenței.

(3) Titularul Licenței răspunde pentru operarea, întreținerea, reabilitarea și modernizarea terminalului GNL, în condiții de siguranță, de eficiență și de protecție a mediului.

Art. 5. — (1) Abrevierile și termenii utilizați în textul Condițiilor Licenței sunt definiți după cum urmează:

- a) *ANRE* — Autoritatea Națională de Reglementare în Domeniul Energiei;
- b) *GNL* — gaz natural lichefiat;
- c) *Lege* — Legea energiei electrice și a gazelor naturale nr. 123/2012, cu modificările și completările ulterioare;
- d) *Regulament* — Regulamentul pentru acordarea autorizațiilor de înființare și a licențelor în sectorul gazelor naturale.

(2) Abrevierile și termenii prevăzuți la alin. (1) se completează cu termenii definiți prin Lege.

Art. 6. — Titularul Licenței nu poate deține, simultan, două sau mai multe licențe pentru activitatea de operare a terminalului GNL.

CAPITOLUL II**Drepturi ale titularului Licenței**

Art. 7. — Pe durata de valabilitate a Licenței, titularul Licenței are dreptul exclusiv de a opera terminalul GNL utilizând obiectivele necesare desfășurării activității, în condițiile Legii.

Art. 8. — Titularul Licenței beneficiază de drepturile prevăzute în Lege asupra terenurilor și altor bunuri proprietate publică sau proprietate privată a persoanelor fizice sau juridice, precum și asupra activităților desfășurate de persoane fizice sau juridice în vecinătatea obiectivelor aferente terminalului GNL.

Art. 9. — Pe durata de valabilitate a Licenței titularul Licenței are dreptul să încaseze tarifele pentru serviciile prestate în legătură cu operarea terminalului GNL, să limiteze și/sau să întrerupă prestarea serviciilor, conform reglementărilor specifice.

Art. 10. — (1) Titularul Licenței are dreptul să urmărească lucrările de execuție și să realizeze recepția obiectivelor aferente terminalului GNL, în cazul unor noi instalații de GNL, pentru care ANRE nu a acordat unui operator economic licență de operare a terminalului GNL, conform prevederilor legale.

(2) Prestarea activităților prevăzute la alin. (1) se face pe bază de contract.

Art. 11. — Titularul Licenței are dreptul să elaboreze norme tehnice/comerciale specifice activității proprii și să le supună spre aprobare ANRE.

Art. 12. — Titularul Licenței are dreptul să solicite și să obțină de la ceilalți participanți la piața gazelor naturale orice informații referitoare la activitatea de operare GNL, necesare menținerii siguranței fizice și funcționale a terminalului GNL pe care titularul Licenței îl operează.

CAPITOLUL III**Obligații ale titularului Licenței**

Art. 13. — (1) Pe toată durata de valabilitate a Licenței, titularul Licenței va respecta prevederile:

- a) Legii;
- b) reglementărilor europene;
- c) reglementărilor emise de ANRE;
- d) Licenței, împreună cu prezentele Condiții;
- e) normelor tehnice și altor acte normative în vigoare în sectorul gazelor naturale;
- f) legislației incidente.

(2) La solicitarea ANRE sau conform prevederilor cadrului legal și de reglementare în vigoare, titularul Licenței este obligat să elaboreze sau să participe la elaborarea sau modificarea reglementărilor care urmează a fi aprobate de ANRE.

(3) Titularul Licenței are obligația de a transmite ANRE spre aprobare procedurile privitoare la desfășurarea activităților proprii, dacă acestea instituie obligații către terți.

Art. 14. — Titularul Licenței are obligația să opereze, să întrețină, să reabiliteze și să modernizeze instalațiile aferente terminalului GNL, în condiții de siguranță, de eficiență și de protecție a mediului.

Art. 15. — (1) Titularul Licenței are obligația de a desfășura următoarele activități specifice Licenței în cadrul organizării proprii:

- a) reparații curente;
- b) verificări, revizii și întreținere obiective aferente terminalului GNL;
- c) detectări pierderi gaze;
- d) efectuare recepții și puneri în funcțiune pentru obiective aferente terminalului GNL;
- e) urmărirea lucrărilor pentru obiective aferente terminalului GNL;
- f) efectuarea manevrelor aferente instalațiilor de GNL;
- g) exploatarea obiectivelor aferente terminalului GNL;
- h) accesul și racordarea la terminalul GNL;
- i) rezervarea de capacitate pentru terți;
- j) verificarea documentațiilor și/sau a proiectelor tehnice pentru obiective aferente terminalului GNL prin intermediul verificatorilor de proiecte atestați de ANRE;
- k) menținerea parametrilor operaționali ai terminalului GNL pentru asigurarea permanentă a echilibrului fizic al SNT;
- l) primirea și rezolvarea sesizărilor și reclamațiilor;
- m) recepția/predarea cantitativă și calitativă a gazelor naturale la intrarea/ieșirea în/din terminalul GNL;
- n) evidența sistemelor/mijloacelor de măsurare a gazelor naturale;
- o) evidența parametrilor tehnologici și de calitate ai gazelor naturale.

(2) Titularul Licenței poate încheia contracte cu terți pentru desfășurarea altor activități intrând sub incidența Licenței, fără a putea transfera acestora drepturile și obligațiile care îi revin conform Licenței. Selectarea operatorilor economici cu care se vor încheia aceste contracte se face în sistem concurențial, în condițiile legii.

Art. 16. — Titularul Licenței nu se va angaja în nicio formă de practici anticoncurențiale pe piața de gaze naturale și nu va împiedica sau încerca să împiedice, în mod ilicit, alți titulari de licențe să se angajeze în activitatea de operare a unui terminal GNL, respectând prevederile legislației în vigoare.

Art. 17. — Titularul Licenței are obligația de a elabora și de a face publice pe site-ul propriu procedurile proprii de acordare a accesului la terminalul GNL.

Art. 18. — În vederea asigurării condițiilor pentru funcționarea terminalului GNL în condiții de siguranță, de eficiență și de protecție a mediului, titularul Licenței este obligat să realizeze:

a) dotarea terminalului GNL cu echipamente de protecție și automatizare, care să permită izolarea rapidă și eficientă a defectelor și evitarea extinderii efectelor acestora;

b) modernizarea infrastructurii specifice, necesară funcționării optime a terminalului GNL;

c) respectarea condițiilor impuse de ANRE în sectorul gazelor naturale, protocoalele de schimb de informații, rapoartele, structura și procedurile de acces la bazele de date.

Art. 19. — La primirea oricărei cereri privind accesul la terminalul GNL, titularul Licenței trebuie să facă o ofertă, conform legislației în vigoare. În cazul acceptării acesteia, se va încheia un contract cu solicitantul.

Art. 20. — În desfășurarea activităților ce fac obiectul Licenței, titularul Licenței asigură îndeplinirea indicatorilor de calitate a gazelor naturale.

Art. 21. — Titularul Licenței are obligația de a realiza, întreține și dezvolta un sistem SCADA centralizat care să permită monitorizarea și conducerea operativă a funcționării terminalului GNL. Titularului Licenței îi revin următoarele obligații:

a) echiparea, întreținerea și dezvoltarea sistemelor SCADA din componența terminalului GNL, în conformitate cu cerințele tehnice și tehnologice;

b) asigurarea conectării punctelor de achiziție a datelor la sistemul de telecomunicații, în așa fel încât acestea să fie accesibile dispeceratului național.

Art. 22. — Titularul Licenței va desfășura activitatea autorizată prin Licență, în condiții nediscriminatorii, asigurând un mediu concurențial corect.

Art. 23. — (1) Situațiile contabile pentru activitățile ce fac obiectul Licenței trebuie să fie prezentate separat de acelea asociate altor activități comerciale incluse în obiectul său de activitate, aprobat prin actul constitutiv.

(2) Situațiile contabile se întocmesc astfel încât veniturile și cheltuielile asociate activităților autorizate prin Licență să fie identificabile în registrele titularului Licenței, separat de cele asociate altor activități pe care le desfășoară.

(3) Titularul Licenței indică în scris care sunt regulile adoptate la alocarea veniturilor și cheltuielilor avute în vedere la separarea situațiilor contabile.

(4) Titularul Licenței se asigură că ținerea situațiilor contabile în conformitate cu cerințele acestei condiții din Licență este efectivă pe durata de valabilitate a Licenței.

(5) În cazul în care există cheltuieli comune între activitățile ce fac obiectul Licenței și alte activități ale titularului Licenței, acesta va prezenta, la cererea autorității competente, documentele ce stabilesc baza lor de repartizare și rezultatele obținute după această repartizare.

Art. 24. — În conformitate cu dispozițiile Legii, titularului Licenței îi este interzisă subvenția încrucișată între activitățile reglementate, precum și între activitățile reglementate și cele nereglementate pe care acesta le desfășoară.

Art. 25. — (1) Titularul Licenței are obligația să furnizeze corect și complet toate datele și informațiile solicitate de ANRE.

(2) Titularul Licenței are obligația să îndeplinească măsurile dispuse de ANRE și să dea curs convocărilor adresate de către aceasta.

Art. 26. — (1) Titularul Licenței se va asigura că informațiile obținute de acesta în cursul desfășurării activității ce face obiectul Licenței nu vor fi transmise unor persoane neautorizate să primească astfel de informații, fapta constituind contravenție conform prevederilor Legii. Obligația de confidențialitate care revine titularului Licenței nu va aduce atingere dreptului operatorilor economici afiliați sau asociați cu titularul Licenței de a efectua consolidarea conturilor în conformitate cu reglementările naționale sau cu privire la piața de capital aplicabile acestor operatori economici afiliați sau asociați.

(2) Fac excepție de la prevederile alin. (1) cazurile când:

a) se obține consimțământul scris al persoanei ale cărei interese pot fi afectate de diseminarea informației;

b) informația trebuie transmisă în cursul îndeplinirii obligațiilor privind desfășurarea activităților care fac obiectul Licenței.

(3) Prevederile alin. (1) și (2) se aplică și în raport cu operatorii economici asociați titularului Licenței, care ar putea dobândi, prin utilizarea acestor informații, avantaje nejustificate pe piața gazelor naturale sau ar putea crea avantaje comerciale nejustificate unor terți, prin divulgarea informațiilor către aceștia.

Art. 27. — Titularul Licenței are obligația de a notifica ANRE intenția de a efectua modificări ale statutului juridic, în sensul fuziunii/divizării/transformării, ale sediului sau datelor de contact, precum și orice vânzare sau transfer de active sau alte operațiuni cu respectarea prevederilor Regulamentului.

CAPITOLUL IV

Asigurarea personalului și dotarea tehnică

Art. 28. — (1) Titularul Licenței asigură pe toată durata de valabilitate a Licenței personal calificat, autorizat, atestat și în număr suficient, precum și dotarea tehnică și materială.

(2) Pentru îndeplinirea obligației prevăzute la alin. (1), se vor lua în considerare inclusiv personalul și dotarea tehnică și materială alocate de subcontractanții titularului Licenței.

(3) În vederea aplicării prevederilor alin. (1), titularul Licenței are obligația să întocmească și să aplice proceduri proprii de lucru care respectă normele tehnice și reglementările incidente în sectorul gazelor naturale.

CAPITOLUL V

Modificarea și transferul Licenței

Art. 29. — (1) ANRE poate modifica Licența în conformitate cu prevederile Regulamentului, ca urmare a unei cereri scrise a titularului Licenței sau din proprie inițiativă.

(2) În cazul unor modificări ale statutului titularului Licenței, determinate de fuziunea, divizarea, transformarea sau schimbarea denumirii, ANRE examinează cererea de modificare și documentația anexată acesteia și dispune, dacă solicitarea este întemeiată, după caz:

a) modificarea Licenței;

b) acordarea unei Licențe noi.

Art. 30. — Modificările Licenței inițiate de ANRE ca urmare a modificării condițiilor existente la data acordării acesteia, a legislației primare sau secundare, ca efect al unor hotărâri judecătorești sau ca urmare a unor evenimente care afectează substanțial piața gazelor naturale, vor fi notificate titularului Licenței, conform prevederilor Regulamentului.

Art. 31. — Licența poate fi transferată altui operator economic în conformitate cu prevederile Regulamentului.

CAPITOLUL VI

Suspendarea/retragerea Licenței

Art. 32. — (1) ANRE poate suspenda/retrage Licența în cazurile prevăzute în Regulament, procedând conform prevederilor acestuia.

(2) ANRE comunică titularului Licenței suspendarea/retragerea Licenței, motivele de suspendare/retragere, precum și condițiile pe care titularul Licenței trebuie să le îndeplinească pentru încetarea suspendării.

(3) ANRE poate dispune încetarea suspendării Licenței după ce titularul Licenței face dovada îndeplinirii condițiilor de încetare a suspendării.

CAPITOLUL VII

Căi de comunicare

Art. 33. — (1) În relația cu ANRE, orice comunicare sau altă informație solicitată a cărei transmitere este permisă în prezentele Condiții se va realiza în scris, în limba română, putând fi transmisă în una dintre următoarele forme:

- a) pe suport hârtie transmis/depus la registratura ANRE;
- b) e-mail la o adresă publicată pe pagina de internet a ANRE (documentele originale se certifică cu semnătură electronică);
- c) suport magnetic (CD/DVD/memory stick) transmis/depus la registratura ANRE (documentele originale se certifică cu semnătură electronică);
- d) prin încărcare pe pagina de internet a ANRE (documentele originale se certifică cu semnătură electronică);
- e) prin încărcare în platforma Punctului de Contact Unic electronic-PCUe.

(2) Titularul Licenței poate solicita ANRE utilizarea pentru comunicare a unei adrese de corespondență diferite de cea a sediului social, dacă aceasta este înregistrată ca punct de lucru al societății.

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,
IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
(alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, internet: www.monitoruloficial.ro

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.401.00.73, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72

Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.



5 948493 319092