

Ordinul Asistentilor Medicali
din Romania

8864

de teste pentru examene si concursuri
pentru
asistenti medicali

Vol. I

2004



Editor:

**BIROUL EXECUTIV
AL
ORDINULUI ASISTENTILOR MEDICALI DIN ROMANIA**

Coordonator lucrare: Oprea Luminita Elena
Sef Departament Profesional-Stiintific
Ordinul Asistentilor Medicali din Romania

**Au colaborat Comisiile de specialitate ale
Ordinului Asistentilor Medicali din Romania din filialele:**

**Arad
Arges
Bucuresti
Calarasi
Constanta
Cluj
Dolj
Iasi
Neamt
Sibiu
Timis
Vrancea**

CUVÂNT ÎNAINTE

Salut și apreciez ca pe o realizare deosebită a organizației noastre apariția acestei a doua culegeri de teste pentru examene și concursuri, sub egida Ordinului Asistenților Medicali din România.

Al doilea volum dedicat verificării cunoștințelor de specialitate ale colegilor noștri este mult mai consistent decât primul, atât în sensul numărului de teste – aproape dublu – cât și în privința calității și gradului de dificultate a întrebărilor.

Sper ca noua culegere să își găsească utilitatea nu numai pentru asistenții medicali interesați să urce trepte profesionale prin participare la examene și concursuri. Sper ca noul volum să reprezinte o provocare și pentru colegii noștri care doresc să își verifice gradul de competență profesională. Poate că în acest fel mulți dintre ei vor fi impulsionați să își îmbunătățească cunoștințele, să se autoperfecționeze, să fie în pas cu noutățile apărute în profesie.

Cele aproape 9000 de chestionare sunt în același timp dovada clară că asistenții medicali au pregătirea necesară pentru a se putea implica în procesul educațional, sunt capabili să pregătească și să conceapă un volum de teste pentru examene și concursuri, care să fie în acord cu cerințele actuale în domeniu.

În calitate de președinte al organizației dar și de asistent medical mulțumesc Comisiilor profesionale din țară care au colaborat la apariția acestei cărți.

Cu deosebită considerație

PREȘEDINTE OAMR
Liliana Iordache

CUPRINS

Specialitatea: Medicina Generala	5
Specialitatea: Pediatric	117
Specialitatea: Ocrotire	187
Specialitatea: Obstetrica-ginecologie	241
Specialitatea: Nutritie si dietetica	361
Specialitatea: Medico-social	409
Specialitatea: Igiena si sanatate publica	430

SPECIALITATEA: MEDICINA GENERALA

1. Elementele de mai jos nu sunt caracteristice hemoragiei arteriale:
 - a. culoarea sangelui este inchisa
 - b. sangele tasneste sincron cu sistola cardiaca
 - c. forta cu care se pierde sangele este concordanta cu tensiunea accidentatului.
2. Elementele de mai jos sunt caracteristice hemoragiei arteriale:
 - a. exista sansa chiar la arterele mari ca sangerarea sa se opreasca spontan
 - b. culoarea sangelui este inchisa
 - c. sangele tasneste sincron cu sistola cardiaca.
3. In care dintre hemoragiile de mai jos se pierde mai repede sange:
 - a. hemoragie venoasa
 - b. hemoragie venoasa si capilara
 - c. hemoragie arteriala.
4. In functie de felul vasului care sangereaza hemoragiile pot fi:
 - a. exteriorizate
 - b. arteriale, venoase, capilare, mixte
 - c. interne, externe, interstitiale.
5. Hemoragia este:
 - a. eliminarea pe gura a unei cantitati de sange provenind din caile aeriene inferioare
 - b. sangele este incoagulabil ca zatul de cafea
 - c. eliminarea pe gura a unei cantitati de sange aerat, spumos dupa un acces de tuse.
6. In hemoragiile venoase:
 - a. sangerarea este difuza
 - b. sangele tasneste sincron cu bataile cardiace
 - c. sangele este de culoare inchisa.
7. Hemoragia exteriorizata este hemoragia care se produce atunci cand:
 - a. sangerarea se face in afara organismului
 - b. hemoragia se produce intr-o cavitate iar eliminarea are loc dupa catva timp
 - c. sangele se varsa intr-o cavitate seroasa.
8. Hemoragia externa este hemoragia care se produce atunci cand:
 - a. sangele se varsa intr-o cavitate seroasa
 - b. sangerarea se face in afara organismului
 - c. hemoragia se produce intr-o cavitate iar eliminarea are loc dupa catva timp.
9. Hemoragia interna este hemoragia care se produce atunci cand:
 - a. sangele se varsa intr-o cavitate seroasa
 - b. sangerarea se face in afara organismului
 - c. sangele se varsa intr-o cavitate iar eliminarea are loc dupa catva timp.

10. In hemoragiile capilare:
 - a. sangele iese in jet continuu
 - b. sangerarea este difuza
 - c. sangele tasneste sincron cu diastola cardiaca.

11. Ce cantitate de sange are un adult de 80 kg. :
 - a. 7 litri
 - b. 4-5 litri
 - c. 6 litri

12. Care din hemoragiile de mai jos se incadreaza in hemoragia interna:
 - a. hematom la nivelul mezenterului
 - b. revarsarea sangelui in cavitatea pleurala
 - c. revarsarea sangelui in vezica urinara.

13. Care din cauzele de mai jos contribuie in ruptura splinei in doi timpi:
 - a. cedarea rezistentei si ruperea capsulei cu revarsarea sangelui in peritoneu
 - b. fragilitate vasculara
 - c. traumatismul splinei cu hemoragie intrasplenica mentinuta de rezistenta capsulei.

14. Ce fel de hemoragie are un accidentat care are in mod normal 5 litri de sange si a pierdut 1. 5 litri:
 - a. hemoragie mica
 - b. hemoragie mare
 - c. hemoragie mijlocie.

15. Care din hemoragiile de mai jos sunt considerate "hemoragii medicale":
 - a. hemoragia prin ruptura de anevrism
 - b. hemoragii datorate unor deficiente ale factorilor de coagulare
 - c. hemoragii in cazul ulcerului gastro-duodenal.

16. Cauza agitatiei in faza de inceput a socului hemoragic este data de:
 - a. vasoconstrictie
 - b. anxietate
 - c. lipsa de oxigenare a creierului.

17. Care din semnele de mai jos sunt relevante intr-o hemoptizie:
 - a. sangele din hemoptizie este incoagulabil
 - b. bolnavul de hemoptizie are o senzatie de caldura retrosternala
 - c. sangele se evacueaza prin varsatura.

18. Care este cauza tahipneii in cazul unei hemoragii:
 - a. scaderea CO_2 din sange si tesuturi
 - b. cresterea cantitatii de CO_2 in sange si excitarea centrului respirator din bulb
 - c. cresterea tensiunii arteriale in faza de inceput a hemoragiei.

19. In cazul unei hemoragii mari, cand tensiunea arteriala scade sub 60-80 mm Hg, cum reactioneaza rinichiul:
 - a. functioneaza normal, urina este hiperconcentrata
 - b. acumularea de metaboliti creste volumul sangerarii
 - c. apare insuficienta renala acuta

20. Cum este pulsul în cursul unei hemoragii mari:
- pulsul este slab batut, filiform
 - pulsul este aritmic
 - pulsul este bradicardic, bine batut
21. Care din procedeele de mai jos pot duce la hemostaza definitiva:
- administrarea de hemostatice, vitamina K, venostat
 - legatura si sutura vaselor
 - asezarea bolnavului in pozitie de Trendelenburg
22. Care este cauza scaderii hematocritului dupa oprirea hemoragiei:
- cresterea diurezei
 - vasodilatatie, dupa oprirea hemoragiei
 - invazia apei din tesuturi in circulatie
23. Care din factorii de mai jos contribuie la hemostaza spontana:
- transformarea protrombinei sub actiunea tromboplastinei in trombina
 - pansamentul compresiv
 - aplicare atenta a unui garou
24. Cum se face hemostaza provizorie cand avem o sangerare la nivelul gatului:
- fixarea gatului intr-o anumita pozitie
 - aplicarea unui garou
 - compresiune digitala pe plan osos
25. Hemostaza provizorie cu ajutorul garoului se face prin aplicare acestuia:
- desupra plagii cand hemoragia provine dintr-o vena
 - peste pansamentul de la nivelul plagii
 - desupra ranii cand hemoragia provine dintr-o artera.
26. Melena este un scaun:
- rosu-aprins
 - negru ca pacura
 - aspect de zat de cafea
27. Tulburarile care survin in cazul hemoragiilor mijlocii si mari sunt:
- ischemia miocardica
 - mentinerea masei circulante in limite normale
 - rinichiul functioneaza normal, urina este hiperconcentrata.
28. Durerea in colica biliara are urmatoarele caracteristici:
- este localizata in hipocondrul drept si iradiază in regiunea dorso-lombara
 - este localizata in hipocondrul drept, iradiază in membrul inferior si cedeaza la administrare de antispastice
 - localizare tipica in epigastru si cedeaza la administrare de morfina
29. Tabloul clinic in colica biliara se caracterizeaza prin:
- anxietate, bradicardie, dispnee
 - febra, varsaturi, frison
 - transpiratii reci, hipertensiune arteriala

30. Durerea in colica biliara nu se poate combate cu:
- antispastice
 - nitroglicerina
 - morfina
31. Nu sunt contraindicate in colica biliara:
- tubajul duodenal
 - administrarea de antibiotice
 - administrarea de opiacee.
32. In colica biliara sunt prezente urmatoarele semne:
- tulburari de tranzit
 - semnul Murphy prezent
 - pozitie antialgica in decubit ventral
33. Hemostaza provizorie este:
- oprirea fara interventie a unei hemoragii
 - hemostaza activa prin care se poate opri un timp limitat o hemoragie
 - oprirea definitiva a hemoragiei.
34. Hemostaza spontana este:
- oprirea fara interventie a unei hemoragii
 - hemostaza activa prin care se poate opri un timp limitat hemoragia
 - oprirea definitiva a hemoragiei.
35. In primele 3-4 luni de la hemoragie refacerea organismului are loc prin:
- etapa de refacere a fierului
 - etapa hematologica
 - etapa volemica.
36. In primele 5-6 zile de la hemoragie refacerea organismului are loc prin:
- etapa volemica
 - etapa de refacere a fierului
 - etapa hematologica
37. La un pacient cu hemoragie, insuficienta renala acuta se poate instala atunci cand tensiunea arteriala scade sub:
- 100 mm Hg
 - 140 mm Hg
 - 60 mm Hg
38. Hemoragia la nivelul aparatului digestiv exteriorizata prin varsaturi se numeste:
- hematemeza
 - hematurie
 - hemoptizie.
39. Este contraindicata administrarea in colica biliara:
- papaverina
 - nitroglicerina
 - morfina

40. Este contraindicata administrarea in colica biliara:
- fortral
 - colebil
 - mialgin
41. Hemoptizia poate fi diferentiata de hematemeza prin faptul ca hemoptizia:
- contine resturi alimentare
 - sangele este aerat
 - apare in timpul unui efort de varsatura.
42. Urmatoarele explorari paraclinice confirma prezenta ulcerului gastric:
- VSH crescut
 - endoscopia gastrica
 - hemoragii oculte.
43. Examenul radiologic cu sulfat de bariu este indicat in:
- ulcerul stenozant
 - colica biliara
 - ulcerul perforat.
44. Hemoragia:
- exteriorizata din caile nazale se numeste hematemeza
 - exteriorizata prin materii fecale se numeste melena
 - datorata ruperii varicelor esofagiene se numeste hemoptizie.
45. Durerea cu sediul in hipocondrul drept insotita de greturi si varsaturi:
- colicii renale
 - colicii biliare
 - infarct de miocard.
46. Caracteristicile durerii in ulcerul gastro-duodenal sunt:
- durere in hipocondrul drept insotita de greturi si varsaturi
 - durere in epigastru, violenta, "ca o lovitura de pumnal", cu iradiere in umeri
 - durere in etajul abdominal superior intensa, continua, cu iradiere in spate.
47. Manifestarea clinica caracteristica litiazei biliare este:
- hipertensiunea arteriala polipnee
 - colica biliara
 - tensiune arteriala normala, bradicardie.
48. Simptomele litiazei biliare sunt:
- durere violenta in epigastru
 - durere in etajul abdominal superior
 - durere "lovitura de pumnal".
49. Pentru ca sangele sa fie apt pentru transfuzie continutul flaconului trebuie sa fie in partea superioara:
- rosu inchis reprezentat de hematii sedimentate
 - galben citron reprezentat de plasma
 - albicios format din leucocite.

50. Sunt cauze de hemoragie digestiva superioara:
- ulcerul aton
 - cancerul gastric
 - traumatismul cailor biliara.
51. Sunt cauze de hemoragie digestiva superioara:
- rectocolitele ulcerohemoragice
 - varice esofagiene
 - hemoroizii.
52. Tabloul clinic in hemoragia digestiva superioara se caracterizeaza prin:
- hipertensiune arteriala
 - bradicardie
 - tendinta la lipotemie in ortostatism.
53. Hemostaza provizorie cu ajutorul unui garou se face prin aplicarea acestuia:
- deasupra ranii cand hemoragia provine dintr-o artera
 - deasupra ranii cand hemoragia provine dintr-o vena
 - in plaga cand hemoragia provine dintr-o vena
54. Hematemeza este:
- varsatura sanghinolenta
 - explectoratie sanghinolenta
 - scaun sanghinolent
55. Durerea in ulcerul gastric apare:
- la 3-4 ore dupa masa
 - la 30 de minute dupa masa
 - nu are legatura cu alimentatia.
56. In ulcerul gastro duodenal se pot administra:
- almagel
 - chinidina
 - midocalm.
57. Semnul caracteristic in ulcerul gastric perforat este:
- meteorismul
 - agitatia extrema
 - "abdomen de lemn".
58. Varsaturile ce contin alimente ingerate cu una-doua zile inainte sunt caracteristice pentru:
- ulcerul gastro-duodenal necomplicat
 - varice esofagiene
 - stenoza pilorica.
59. O hemoragie digestiva in care pacientul a pierdut 1000-1500 ml sange este:
- asimptomatica numai in clinostatism de gravitate medie
 - are semne clinice caracterizate prin tahicardie, ameteli, vedere ca prin ceata, lipotemie
 - are semnele caracteristice socului hemoragic.

60. O hemoragie digestivă este medie când pierderea de sânge este între:
- 250-1000 ml iar hemoglobina este mai mare de 10 gr %
 - 250-500 ml iar hemoglobina este mai mică de 10 gr %
 - 1000-1500 ml iar hemoglobina este de 10 gr %
61. Semnul lui Murphy prezent în colica biliară înseamnă că pacientul prezintă:
- durere la decompresiune bruscă a peretelui abdominal
 - durere la palparea hipocondrului drept
 - durere la palparea hipocondrului stâng la inspir profund.
62. Unde aplicăm garoul în cazul unui plagă în treimea medie a coapsei drepte din care țâsnesc sângele roșu aprins în jet continuu:
- deasupra plagii
 - dedesubtul plagii
 - peste pansamentul aplicat la nivelul plagii.
63. Care sunt precauțiile pentru prevenirea șocului de garou:
- menținerea garoului pe o durată cât mai mică
 - ridicarea rapidă a garoului când accidentatul a ajuns în serviciul de chirurgie
 - ridicarea garoului cât mai încet.
64. Complicația cea mai frecventă a ulcerului gastro-duodenal este:
- cancerul gastric
 - hemoragia digestivă
 - gastrita cronică.
65. Simptomatologia în hemoragia digestivă este:
- senzația de greață, varsături, căldură retrosternală
 - paloare, transpirații reci abundente, hipotensiune arterială
 - senzația de gâdilire a laringelui, grețuri, varsături, hipertensiune arterială.
66. Sângele din hemoptizie este:
- de culoare roșu închis și cu resturi alimentare
 - de culoarea zăcului de cafea digerat
 - de culoare roșu aprins, aerat.
67. Examenul radiologic în cazul ulcerului gastro-duodenal poate oferi:
- semne directe și indirecte
 - hiperaciditate a sucului gastric
 - hipoaciditate a sucului gastric.
68. Diagnosticul de certitudine pentru ulcerul gastric se pune pe baza:
- datelor clinice
 - examenului radiologic
 - examenului sucului gastric.
69. Examenul util pentru precizarea unor diagnostice nesigure când este vorba de malignitatea sau benignitatea unui ulcer este:
- examenul radiografic
 - gastroscopia
 - cercetarea hemoragiilor oculte.

70. Caracteristicile durerii in ulcerul gastric sunt:
- durere in epigastru, violenta, "ca o lovitura de pumnal" cu iradiere dorsala
 - durere in hipocondrul drept insotita de greturi si varsaturi
 - durere localizata in epigastru insotita de senzatie de arsura . .
71. Hemoptizia consta in eliminarea de sange:
- din cavitatea nazala
 - din stomac
 - din caile respiratorii inferioare.
72. In cazul ulcerului sunt prezente urmatoarele simptome:
- durere in epigastru insotita de greturi si varsaturi
 - senzatie de arsura retrosternala care cedeaza la repaus, transpiratii profunde
 - greturi, varsaturi, caldura retrosternala.
73. In hemoragia digestiva tratamentul de urgenta este:
- repaus la pat, punga de gheata pe regiunea epigastrica, hemostatice, sedative
 - repaus la pat, punga cu gheata pe regiunea epigastrica, provocarea vomiei pentru eliminarea sangelui
 - repaus la pat, alimentatie lichida, hemostatice, opiacee, sedative.
74. Culoarea sangelui in hemoragiile esofagiene este:
- rosu aerat, spumos
 - rosu neaerat
 - rosu inchis, brun.
75. Colicistita acuta este:
- o infectie a colicistului cu E. Coli
 - o inflamatie acuta a colecistului
 - o tulburare a motricitatii colecistului.
76. Hemostaza provizorie este corecta daca:
- garoul este mentinut o ora
 - garoul este mentinut o ora, pauza 2-3 minute
 - garoul este aplicat la extremitatea membrilor.
77. Sunt manifestari de incompatibilitate de grup:
- bradipnee respiratorie
 - durerile lombare
 - inapetenta.
78. Proba de compatibilitate directa se face intre:
- sangele primitorului si sangele donatorului
 - plasma primitorului si sangele donatorului
 - plasma primitorului si plasma donatorului.
79. Semnele unei hemoragii mari sunt:
- paliditate, tahicardie si hipertensiune
 - paliditate, tahipnee, hipotensiune
 - hipotensiune, tahicardie, cianoza.

80. In metoda Beth-Vincent:
- cunoastem aglutinele si vrem sa determinam aglutinogenul
 - cunoastem aglutinogenul si vrem sa determinam aglutina
 - vrem sa determinam aglutina cat si aglutinogenul.
81. Prin metoda Beth-Vincent avem sangele aglutinat in toate cele trei picaturi. Atunci carei grupe corespunde sangele examinat:
- grupa 0(I)
 - grupa B(III)
 - grupa AB(IV).
82. Prin metoda Beth-Vincent avem aglutinare in prima si a treia picatura. Atunci carei grupe corespunde sangele examinat:
- grupa A(II)
 - grupa B(III)
 - grupa 0(I)
83. Prin metoda Simonin sangele nu se aglutineaza in nici o picatura. Atunci carei grupe apartine sangele aglutinat:
- grupa A(II)
 - grupa AB(IV)
 - grupa 0(I)
84. In metoda Simonin cunoastem:
- aglutinogenul si trebuie sa determinam aglutinele
 - aglutina cat si aglutinogenul
 - aglutinele si trebuie sa determinam aglutinogenul.
85. Aglutinele anti-RH:
- nu exista la cei cu RH negativ
 - nu exista la cei cu RH pozitiv
 - exista in ambele situatii.
86. Un pacient cu grupa 0(I) RH pozitiv ce fel de sange poate primi:
- grupa 0(I) RH pozitiv
 - grupa A(II) RH negativ
 - grupa B(III) RH pozitiv.
87. Ce rol are solutia stabilizatoare care este introdusa in flaconul de sange dupa recoltare:
- anticoagulant
 - de conservare
 - pentru delimitarea celor 3 zone.
88. Donatorul universal poate deveni "donator universal periculos":
- cand transfuzam cantitati mici de sange 0(I) unui primitor cu alta grupa
 - cand transfuzam cantitati mari de sange 0(I) unui primitor cu alta grupa
 - cand transfuzam cantitati de sange sub 600 ml.

89. Care este temperatura optima pentru determinarea grupelor sanguine:
- temperaturi sub 16 grade Celsius
 - temperaturi intre 16-18 grade Celsius
 - temperaturi in 20-25 grade Celsius.
90. Dupa cat timp se face citirea factorului RH:
- dupa 30 de minute
 - dupa 20 de minute
 - dupa 60 de minute.
91. La ce temperatura se lucreaza proba de compatibilitate directa Jeanbrau:
- 20-25 grade Celsius
 - 16-18 grade Celsius
 - 37 grade Celsius.
92. Poate avea loc un accident posttransfuzional prin aglutinare si hemoliza:
- cand transfuzam sange de aceeași grupa cu sangele primitorului
 - cand transfuzam sange de grupa diferita de a primitorului peste 600-1000 ml
 - cand transfuzam sange de grupa diferita de a primitorului sub 600 ml.
93. Pentru a fi transfuzata plasma uscata trebuie sa aiba urmatorul aspect:
- culoare galbuie alternand cu zone de culoare inchisa
 - o culoare galbuie alternand cu zone de plasma lichida
 - spongios, asezata pe peretii flaconului, de culoare galbuie.
94. Transfuzia cu sange integral este recomandata in urmatoarele situatii:
- socul prin arsuri
 - anemia hemofilicilor in criza hemoragica
 - anemii hipocrome produse prin hemoragii cronice.
95. Urmatoarele afectiuni sunt complicatii la nivelul ficatului a litiazei biliare:
- angiocolita acuta
 - fistula biliara
 - ciroza hepatica.
96. Urmatoarele afectiuni sunt complicatii ale litiazei biliare la nivelul tubului digestiv:
- ileus biliar
 - dischineziile biliare
 - hemocolecistul.
97. Diagnosticul diferential in cazul ulcerului gastric se poate face cu:
- stenoza pilorica
 - cancerul gastric
 - litiaza biliara.
98. Factorii infectiosi determina formarea calculilor biliari astfel:
- prin microstaza creata de modificari distrofice
 - modifica compozitia chimica si PH-ul bilei
 - modifica concentratia colesterolului infectat in bila.

99. Care din urmatorii calculi sunt transparenti la razele X:
- calcul de carbonat de calciu
 - calculi micsti
 - calcul de colesterol.
100. Accidentele posttransfuzionale prin supraincarcare pot sa apara la urmatorii bolnavi:
- bolnavi astenici
 - bolnavi anemici
 - bolnavi hipertensivi.
101. Cantitatea maxima de sange ce se poate administra in 24 h la bolnavii hipertensivi, renali cronici este:
- 600 - 1000 ml
 - 300 - 600 ml
 - 200 - 400 ml.
102. Cantitatea de sange care se poate administra in 24 h la bolnavii cu o inima sanatoasa este:
- 1000 - 1500 ml
 - 2000 - 3000 ml
 - 750 - 1000 ml.
103. Hematuria:
- apare in cazul incompatibilitatii de grup
 - apare in socul hemolitic
 - apare la administrarea de sange ce contine alergeni.
104. Prezenta corpiilor straini la nivelul nasului in cazuri recente determina urmatoarele simptome:
- senzatie de infundare a nasului, hidroree, stranut;
 - rinoree mucopurulenta, eczema;
 - mucoasa congestionata acoperita cu secretii purulente;
105. Cand corpul strain se afla sub pleoapa apar urmatoarele simptome :
- lacrimare, fotofobie, durere;
 - scaderea acuitatii vizuale;
 - edem corneean.
106. Corpii straini conjunctivali care nu sunt inclavati pot fi extrasi:
- cu un tampon de vata curata plasat pe o bagheta de sticla;
 - prin spalare abundenta a sacului conjunctival cu apa sau o solutie dezinfectanta;
 - extragerea cu ajutorul acelor de corpi straini.
107. Inflamatiile din bronsita acuta intereseaza:
- tot arborele bronsic ;
 - bronhiile mari si mijlocii;
 - nu intereseaza frecvent traheea;
108. Bronsita acuta, nu se intalneste in urmatoarele afectiuni:
- pneumonie;
 - gripa;
 - dilatatiile bronhiilor;

109. Bronsita acuta este:
- o inflamatie acuta a mucoasei bronhiilor mari si mijlocii;
 - o hipersecretie a bronhiilor mari si mijlocii;
 - o inflamatie subacuta a mucoasei bronsice, interesind frecvent traheea;
110. Fazele de evolutie clinica din bronsita acuta sint:
- catar rinofaringian, faza productive, convalescenta;
 - faza de coriza, faza de cruditate, faza de coctiune;
 - faza de cruditate, faza de coctiune, faza de vindecare;
111. Faza de cruditate din bronsita acuta dureaza:
- 2-3 zile;
 - 1-5 zile;
 - 3-6 zile;
112. Bronsita acuta:
- dureaza 1-2 saptamini;
 - este o inflamatie subacuta a mucoasei bronsice;
 - are 2 faze de evolutie;
113. Simptomatic, in faza de coctiune din bronsita acuta se administreaza:
- expectorante;
 - calmante ale tusei;
 - codenal;
114. Bronsita cronica este un sindrom clinic caracterizat prin:
- tuse, insotita de cresterea secretiilor bronsice, permanenta sau intermitenta;
 - tuse, insotita de cresterea secretiilor bronsice, cauzata de o boala sau leziune bronhopulmonara specifica;
 - tuse insotita de secretii bronsice timp de 2 luni pe an, 3 ani consecutiv;
115. Bronsita cronica:
- apare la populatia de peste 40de ani (in special barbati)
 - este o boala usoara si frecventa;
 - nu face parte din tabloul de bronhopneumatie cronica obstructiva nespecifica ;
116. Bronhopneumopatia cronica obstructiva nepecifica cuprinde, urmatoarele afectiuni:
- astm bronic, emfizem pulmonar si bronsita acuta;
 - astm bronic, emfizem pulmonar si bronsita cronica;
 - bronsita acuta, astm bronic si fibroza pulmonara;
117. Dintre factorii cauzali ai bronsitei cronice, un loc primordial il ocupa:
- infectia;
 - alergia;
 - factorii iritanti;
118. Alergia din bronsita cronica:
- actioneaza prin sensibilizare la pneumoalergeni;
 - nu actioneaza prin sensibilizare la alergeni microbieni;
 - nu este un factor cauzal;

119. In bronșita cronică:
- bolnavul este de obicei afebril;
 - dispneea nu crește progresiv;
 - cianoza apare precoce;
120. Explorarea funcțională în bronșita cronică evidențiază:
- creșterea VEMS;
 - semne de disfuncție ventilatorie obstructivă;
 - creșterea debitului ventilator maxim pe minut;
121. Într-un stadiu avansat din bronșita cronică, se evidențiază tabloul clinic de BPOC, care arată ca:
- procesul este difuz, extins și la bronhiiolele distale;
 - procesul este extins și la bronhiile mari și mijlocii;
 - procesul nu este extins și la bronhiiolele distale;
122. În bronșita cronică fiecare puseu infecțios accentuează fenomenele obstructive prin:
- scăderea secreției de mucus, relaxare bronșică;
 - hipersecreție de mucus, spasm bronșic și decompensare cardiorespiratorie;
 - spasm bronșic și scăderea secreției de mucus;
123. Astmul bronșic este un sindrom clinic caracterizat prin:
- reducerea generalizată, variabilă și reversibilă a calibrului bronhiilor, cu crize paroxistice de dispnee expiratorie și raluri sibilante;
 - reducerea generalizată, ireversibilă a calibrului bronhiilor, cu crize paroxistice de dispnee inspiratorie și raluri sibilante;
 - reducerea generalizată și ireversibilă a calibrului bronhiilor, cu crize paroxistice de dispnee expiratorie și raluri ronflante;
124. Dispneea paroxistică din astmul bronșic este consecința următorilor factori, care induc bronhostenoza:
- inflamația mucoasei bronșice, hiposecreția și spasmul;
 - edemul mucoasei bronșice, hipersecreția și spasmul;
 - eritemul mucoasei bronșice, hiposecreția și relaxarea musculaturii bronșice;
125. Bronșita astmatiformă, complicație a astmului bronșic are una din următoarele caracteristici:
- se manifestă prin crize de dispnee paroxistică de tip inspirator;
 - este precedată întotdeauna de crize astmatice;
 - nu este urmarea infectării astmului bronșic;
126. Sfârșitul crizei de astm bronșic este anunțat de :
- aparitia sputei viscoase, albicioase (perlata);
 - polipnee și transpirații profuze;
 - aparitia cianozei;
127. Durata crizei de astm bronșic poate fi :
- de câteva minute sau ore;
 - peste 24 de ore;
 - de câteva secunde, până la câteva minute;

128. In tratamentul astmului bronic, corticoterapia:
- nu se administreaza in formele grave;
 - este tratamentul cel mai eficace;
 - administrata pe cale orala, nu prezinta riscuri;
129. Scaderea saturatiei in oxigen a hemoglobinei din sangele arterial, din cadrul insuficientei respiratorii cronice, are urmatoarele caracteristici :
- este constanta;
 - este inconstanta;
 - nu este obligatorie in insuficienta respiratorie cronica;
130. Cresterea presiunii partiale a bioxidului de carbon, in sangele arterial din cadrul insuficientei respiratorii cronice, are urmatoarele caracteristici:
- nu caracterizeaza insuficienta respiratorie cronica;
 - este inconstanta;
 - este constanta;
131. Modificarile patologice caracteristice, insuficientei respiratorii cronice, pot aparea:
- treptat;
 - brusc;
 - variabil;
132. Tratamentul profilactic din insuficienta respiratorie cronica, urmareste:
- tratamentul bolilor care pot compensa insuficienta respiratorie;
 - tratamentul corect al bolilor care duc la insuficienta respiratorie;
 - restabilirea permeabilitatii bronșice, prin dezobstruare bronșica, cu substante bronho dilatoare;
133. Administrarea oxigenului in tratamentul insuficientei respiratorii cronice, este contraindicat, in urmatoarele situatii:
- cind domina cresterea oxigenului in sange;
 - cind domina scaderea bioxidului de carbon in sange;
 - cind domina cresterea bioxidului de carbon in sange;
134. Insuficienta respiratorie acuta se deosebeste de insuficienta respiratorie cronica prin:
- modificarile patologice din insuficienta respiratorie acuta pot aparea treptat;
 - circumstantele in care apare si evolutia rapida catre asfixie;
 - interventia de reanimare, in insuficienta respiratorie acuta, nu este o urgenta medicala majora;
135. Simptomatologia in insuficienta acuta, nu depinde de :
- lipsa de oxigen;
 - excesul de oxigen;
 - retentia de oxigen;
136. Ca fenomen compensator, in insuficienta respiratorie acuta apare:
- bradicardia;
 - tahicardia;
 - hipertensiunea arteriala;

137. Encefalopatia respiratorie din cadrul, insuficientei respiratorii acute, apare:
- cind hipercapnia este pronuntata;
 - cind hipoxemia este redusa;
 - cind apare polipneea;
138. Tratamentul insuficientei respiratorii acute, nu comporta:
- masuri terapeutice generale;
 - masuri terapeutice speciale;
 - vaccinare antigripala;
139. Masurile terapeutice generale, aplicate in insuficienta respiratorie acuta, presupun:
- masuri terapeutice adresate cauzei;
 - masuri terapeutice adresate oricarei ,insuficiente respiratorii acute;
 - gimnastica respiratorie;
140. Masurile terapeutice speciale, din cadrul insuficientei respiratorii acute, au urmatoarele caracteristici:
- se adreseaza cauzei;
 - nu se adreseaza oricarei forme de insuficienta respiratorie acuta;
 - nu sint obligatorii, in tratamentul insuficientei respiratorii acute;
141. Cauza cea mai frecventa de asfixie, in insuficienta respiratorie acuta, o reprezinta:
- obstruarea cailor aeriene;
 - infectiile respiratorii;
 - pneumotoraxul;
142. Cea mai eficace masura in dezobstruarea cavitatii bucofaringiene, din insuficienta respiratorie acuta, consta in:
- introducerea policelui in gura bolnavului, la mijlocul mandibulei si tragerea in sus;
 - asezarea bolnavului in decubit dorsal;
 - introducerea policelui in gura bolnavului si tragerea in jos;
143. Respiratia " gura la nas" , din cadrul tratamentului insuficientei respiratorii acute, se practica:
- cind nu se poate deschide gura victimei;
 - prin intermediul canulei;
 - numai cind victima nu este constienta;
144. Pneumonia pneumococica este caracterizata prin urmatoarele simptome:
- debutul nu este brutal si nu poate fi bine precizat de bolnav;
 - frison ,febra(pina la 40 de grade) junghi thoracic;
 - in zilele premergatoare, exista intotdeauna o discreta infectie rinofaringiana;
145. Perioada de stare din pneumonia pneumococica se instaleaza:
- la 1-2 zile de la debut;
 - la 3-4 zile de la debut;
 - la citeva ore de la debut;
146. Examenul fizic in pneumonia pneumococica, pune in evidenta, incepind din ziua a doua:
- raluri sibilante si ronflante;
 - in sindrom de condensare pulmonara;
 - vibratii vocale diminuate;

147. In pneumonia pneumococica:
- temperatura se mentine " in platou";
 - apetitul este crescut;
 - bolnavul prezinta poliurie;
148. Examenul singelui in pneumonia pneumococica evidentiaza:
- leucocitoza cu polinucleoza;
 - hipofibrinemie;
 - viteza de sedimentare mult incetinuta;
149. Antibioticul de electie, in tratamentul pneumoniei pneumococice este:
- tetraciclina;
 - penicilina G;
 - ampicilina;
150. Tuberculoza pulmonara este o boala infecto- contagioasa cu urmatoarele caracteristici:
- este provocata de bacilul Koch;
 - are de obicei o evolutie acuta;
 - afecteaza organismul in intregime, interesind cu precadere plaminul;
151. Tuberculoza pulmonara este o boala infecto- contagioasa cu urmatoarele caracteristici:
- este provocata de pneumococ;
 - pe parcursul ei se deosebesc doua etape: tuberculoza primara si secundara;
 - are de obicei o evolutie cronica;
152. Tuberculoza pulmonara are urmatoarele caracteristici:
- nu afecteaza organismul in intregime;
 - este o boala infecto- contagioasa;
 - are de obicei o evolutie acuta;
153. In cazul tuberculozei pulmonare, contaminarea se realizeaza:
- niciodata pe cale cutanata sau transplacentar;
 - frecvent pe cale digestiva;
 - pe cale aeriana, aproape intotdeauna prin bacilul Koch de tip uman;
154. Patrundera in organism a bacilului Koch determina:
- semne clinice constante;
 - reactii la tuberculina negative;
 - leziuni anatomice;
155. Leziunea initiala(primoinfectia) din tuberculoza pulmonara este situata aproape intotdeauna:
- la nivelul cordului;
 - la nivelul pleurei;
 - la nivelul plaminului;
156. In tuberculoza pulmonara, bacilul Koch se se pune in evidenta in:
- urina;
 - expectoratie si lichid de varsatura gastrica;
 - lichid cefalo-rahidian;

157. In cazul tuberculozei meningiene, bacilul Koch se pune in evidenta in:
- lichid cefalorahidian;
 - expectoratie;
 - singe;
158. Leziunea caracteristica a tuberculozei secundare este:
- noduli pulmonari;
 - infiltrate pulmonare;
 - caverna;
159. Diseminarea bacilului Koch in tuberculoza secundara este de obicei:
- bronhogena;
 - limfatica;
 - hematogena;
160. Debutul tuberculozei secundare poate fi :
- asimptomatic, boala fiind descoperita cu ajutorul unui control radiologic;
 - intotdeauna acut, brusc;
 - precizat datorita frisonului unic, intens, generalizat;
161. Simptomul fundamental al tuberculozei secundare este:
- expectoratie;
 - tusea;
 - durerile toracice;
162. In tuberculoza secundara, un caracter particular al perioadei de stare il prezinta:
- durerile toracice;
 - dispneea;
 - febra;
163. Dispneea polipneica din insuficienta respiratorie acuta poate apare in :
- processe pulmonare si pleurale;
 - processe laringotraheobronsice;
 - accidente obstructive ale cailor respiratorii superioare;
164. Cauza principala a anginei pectorale este:
- coronarita;
 - ateroscleroza coronariana;
 - embolii sau anomalii congenitale ale arterelor coronare;
165. Crizele din angina pectorala nu dispar la :
- incetarea cauzelor;
 - administrarea de nitroglicerina;
 - administrarea de miofilin;
166. Durata crizelor din angina pectorala este de :
- citeva minute;
 - citeva ore;
 - 1-2 zile;

167. Simptomul principal al anginei pectorale este:
- tusea seaca;
 - dispneea;
 - durerea;
168. Caracterul durerii din angina pectorala este:
- constrictiv, ca o "gheara, arsura sau sufocare";
 - restrictiv;
 - continuu;
169. Durerea din angina pectorala are urmatoarele caracteristici:
- nu este insotita de anxietate;
 - iradierile nu sint obligatorii;
 - dureaza peste 15 minute;
170. Administrarea nitroglicerinei in criza anginoasa se realizeaza:
- intravenos;
 - sublingual;
 - peros;
171. Singura medicatie cu actiune prompta in criza din angina pectorala este:
- nitroglicerina;
 - propanolol;
 - nitropector;
172. Infarctul miocardic este un sindrom clinic provocat de:
- necroza ischemica a unei portiuni din miocard;
 - inflamatia miocardului;
 - scaderea oxigenarii unei portiuni din miocard;
173. Necroza ischemica din infarctul miocardic este determinat de :
- inflamarea in grade variate a unei artere coronare;
 - obstruarea brusca a unei artere coronare;
 - obstruarea brusca aunei artere carotide;
174. Ce este dezinfectia?
- metoda de prevenire a infectiilor plagilor operatorii;
 - metoda curativa de distrugere a microbilor dintr-o plaga;
 - metoda de indepartare si distrugere a microbilor de pe piele , plagi , obiecte , plosti urinare;
175. Infarctul miocardic este:
- o forma clinica a cardiopatiei ischemice, caracterizata prin crize dureroase paroxistice;
 - un sindrom clinic provocat de necroza ischemica a unei portiuni din miocard;
 - o tulburare produsa de modificarile organice ale arterelor coronare
176. Cauza principala a infarctului miocardic este:
- aortita luetica ;
 - coronarita reumatica ;
 - ateroscleroza 90 - 95 % .

177. In evolutia infarctului miocardic se deosebesc :
- o perioada prodromala, una de debut, de stare si de convalescenta ;
 - o perioada de debut, de stare si de convalescenta
 - o perioada prodromala, de debut si de convalescenta
178. Febra in infarctul miocardic
- dureaza 8-10 zile ;
 - apare la 6 - 12 h dupa debut ;
 - este de obicei moderata.
179. Leucocitoza in infarctul miocardic:
- scade dupa o luna;
 - apare din primele ore;
 - ramane constanta timp de 1 saptamana.
180. Cel mai important semn de laborator in infarctul miocardic este :
- leucocitoza ;
 - cresterea fibrinogenului ;
 - cresterea enzimelor (transaminazelor) din primele ore de la debut.
181. LHD - ul in infarctul miocardic
- incepe sa creasca dupa 4-6 ore de la perioada prodromala ;
 - se normalizeaza in 4-7 zile (normal 20 u. i);
 - se normalizeaza in 3-5 zile.
182. Angorul pectoral este un sindrom clinic care tradeaza o suferinta miocardica determinata de:
- tulburarile de ritm ale inimii ;
 - un dezechilibru intre necesitatea de oxigen a muschiului inimii si aportul coronarian;
 - un dezechilibru intre aportul de oxigen al muschiului inimii si aportul coronarian.
183. Criza dureroasa din angorul pectoral:
- nu dispare la administrare de nitroglicerina ;
 - apare dupa efort, emotii, mese copioase ;
 - dureaza 2-3 minute, pana la maxim 20 minute.
184. Cauzele favorizante ale angorului pectoral sunt:
- diabetul zaharat, tabagismul, tulburarile de ritm;
 - cardiopatiile valvulare;
 - hipertensiunea arteriala .
185. Localizarea durerii in angorul pectoral:
- in umarul stang;
 - in regiunea toracica anterioara;
 - 80-90 % retrosternal de unde se raspandeste catre regiunea precordiala
186. Manifestarile clinice ale EPA sunt :
- tuse uscata in prima faza, apoi cu sputa spumoasa rozata, aerata ;
 - turgescenta jugularelor, tegumente uscate, palide;
 - bradipnee.

187. In cazul EPA cu TA scazute sunt contraindicate :
- emisiunea de sange, morfina ;
 - pozitia trendelenburg ;
 - ventilatia mecanica.
188. La pacientii cu EPA ce au ca afectiuni de baza astm bronșic, AVC, BPOC, se administreaza:
- morfina i. m, i. v. ;
 - mialgin i. m, i. v. ;
 - ambele.
189. Conduita de urgenta in IMA este:
- prevenirea mortii subite si preintampinarea complicatiilor ;
 - prelungirea timpului pana la internarea in spital ;
 - mobilizare precoce.
190. Atitudinea de urgenta in angina pectorala consta in :
- efectuarea examenarilor (transaminaze, glicemie, leucocite, VSH, radioscopie toracica, ECG)
 - oprirea imediata a efortului fizic si administrarea de Nitroglicerina ;
 - instituirea regimului igienico-dietetic.
191. Insuficienta cardiaca este :
- o stare anginoasa grava la care lipsesc semnele necrozei miocardice ;
 - o tulburare de ritm cu o frecventa ventriculara neregulata ;
 - un sindrom clinic care rezulta din imposibilitatea de a expulza intreaga cantitate de sange primita.
192. Cauzele determinante ale insuficientei cardiace sunt :
- valvulopatii dobandite si congenitale, HTP ;
 - hTA ;
 - gripa.
193. Manevrele prin care se poate obtine eliberarea cailor respiratorii se pot executa prin:
- curatirea orofaringelui, aspiratia, introducerea unei pipe Guedel;
 - pozitiile diferite in care este asezat reanimatorul;
 - hiperextensia capului si luxatia posterioara a mandibulei.
194. Semnele clinice in stopul cardio-respirator sunt :
- pastrarea cunostintei;
 - mobilitatea globilor oculari;
 - absenta pulsului la artera carotida, oprirea miscarilor respiratorii, toracice si abdominale.
195. Miopatia este o boala caracterizata prin:
- dificultatea de a decontracta muschii
 - deficit muscular cu fatigabilitate musculara care apare sau se accentueaza la efort.
 - slabiciune progresiva , atrofii musculare bilaterale si simetrice, interesând în principal muschii de la radacina membrilor

196. Polimiozita este o:
- inflamație difuză a mușchilor care pot cuprinde tegumente și/sau nervi învecinați
 - afecțiune de obicei congenitală
 - afecțiune caracterizată prin deficit muscular
197. Miotonia este o afecțiune de obicei congenitală caracterizată prin:
- deficit muscular care apare sau se accentuează la efort
 - slăbiciune progresivă, atrofii musculare bilaterale și simetrice
 - dificultatea de a decontracta mușchii
198. Sindromul de neuron motor periferic reprezintă:
- ansamblul de simptome și semne provocate de leziunea neuronului motor periferic pe traiectul său medular, radicular sau trunchiular.
 - o boală virală care atinge celulele motorii din coarnele anterioare ale măduvii spinării.
 - o afecțiune degenerativă simetrică a cornului medular anterior
199. Poliomiелita anterioară acută sau Maladia Heine Medine este:
- o afecțiune degenerativă simetrică a cornului medular anterior
 - o boală virală care atinge celulele motorii din coarnele anterioare ale măduvei spinării
 - o boală degenerativă care apare la vârsta adultă
200. Scleroza laterală amiotrofică debutează între:
- 20-40 ani
 - 10-20 ani
 - 40-60 ani
201. Poliomiелita anterioară cronică este:
- o boală virală care atinge celulele motorii din coarnele anterioare ale măduvei spinării
 - o afecțiune degenerativă simetrică a cornului medular anterior
 - o boală cronică și progresivă
202. "Sindromul cozii de cal" se caracterizează prin:
- paralizia flască a membrilor inferioare cu reflexe abolite, atrofii și tulburări de sensibilitate, tulburări sfincteriene și genitale.
 - sindrom senzitivo-motor, bilateral și simetric, cu aspect polinevritic.
 - formarea unor cavități în porțiunea centrală a măduvii sau a bulbului.
203. Plexitele se caracterizează prin:
- sindrom senzitivo-motor bilateral și simetric
 - sindrom de neuron motor periferic, la care se asociază adesea tulburări de sensibilitate
 - paralizia flască a membrilor inferioare
204. Nevritele se datoresc:
- unor viroze, compresiuni (fracturi, tumori) sau unor traumatisme ale nervilor
 - unui tratament insuficient
 - unui proces inflamator local
205. Paralizia facială este caracterizată prin:
- deficit motor la nivelul degetelor, în special a policelui
 - tulburări motorii, senzitive și trofice
 - ștergerea cutelor frunții de partea bolnavă, imposibilitatea închiderii complete a ochiului, deviația gurii spre partea sănătoasă, imposibilitatea de a fluiera.

206. Tratatamentul paraliziei nervilor este:
- în primul rând etiologic, eventual chirurgical sau ortopedic
 - constă în Roentgenterapie
 - nespecific (vasodilatatoare, măsuri de igienă).
207. Sindromul de neuron motor central sau sindromul piramidal apare:
- în accidente vasculare cerebrale, tumori cerebrale și medulare, mielite, fracturi de rahis, scleroză laterală amiotrofică.
 - în leziunea corpului celular sau a fibrelor acestuia
 - apare mai ales vara și toamna.
208. Hemiplegia flască se caracterizează prin:
- forță musculară de obicei diminuată mult
 - semne de paralizie facială, hipotonie și reflexe osteotendinoase abolite, semnul Babinski prezent.
 - absența semnului Babinski și a tulburărilor sfincteriene
209. Ateroscleroza cerebrală debutează:
- lent, prin tulburări nevrotice: cefalee, astenie, insomnie, vâjâituri în urechi, amețeli, tulburări de memorie.
 - în jurul vârstei de aproximativ 45 de ani
 - mai frecvent la femei în perioada de menopauză.
210. Evoluția aterosclerozei durează între:
- 2-15 ani
 - 1-2 ani
 - 10-20 ani
211. Psihoza maniaco-depresivă se manifestată clinic prin:
- stare depresivă, anxietate cu idei delirante, halucinații auditive, iluzii verbale.
 - accese periodice de manie sau melancolie, sau prin alterarea acestor două forme de boală.
 - tulburări de memorie, de atenție, dezorientare.
212. Tratatamentul aterosclerozei cerebrale constă în:
- odihnă, administrare de hormoni (foliculină), Gerovital, Mecopar, Vit. B6, tranchilizante, neuroleptice.
 - regim alimentar bogat în vitamine, sărac în substanțe azotoase.
 - tratament cu antibiotice, tonice cardiace, vitamine
213. Tabloul clinic al melancoliei este caracterizat prin:
- indispoziție, tulburări digestive, tulburări respiratorii sau tulburări psihice;
 - dispoziție tristă, idiotie încetinită, apariția unei senzații neplăcute cu lipsa poftei de mâncare, lipsa de înbold în activitate, abătut, vorbește în șoaptă.
 - tulburări în sfera activității și voinței
214. La un bolnav cu arsuri de gradul I pe 20% din suprafața corpului evoluția se complica :
- cu șoc hipovolemic
 - nu se complica
 - cu șoc toxico-septic
215. Găsim flictene cu conținut sero-citrin în ?
- arsura de gradul I
 - arsura de gradul II
 - arsura de gradul III-IV

216. În arsurile de gradul II și de gradul III durerile sunt :
- de aceeași intensitate
 - în arsurile de grad III sunt mai mici decât în arsurile de grad II
 - în arsurile de grad III sunt mai mari decât durerile din arsurile de grad II
217. Arsurile de gradul IV sunt mai puțin provocatoare de șoc imediat deoarece :
- plasmoragia nu se produce din cauză că sunt mai profunde
 - terminațiile din derm sunt distruse
 - organismul se adaptează mai ușor la arsurile de grad IV
218. Nefrita acută, bronhopneumonie, embolia pulmonară, hemoragia digestivă, apărute drept complicații în arsură se datorează:
- intoxicației masive a organismului cu substanțe toxice resorbite din regiunea arsă
 - șocului hipovolemic
 - profundității arsurilor
219. În cazul unui accident colectiv, primii evacuați spre unitățile sanitare de specialitate vor fi:
- accidentații agitați
 - arșii apatici care reacționează lent și numai la stimuli puternici
 - arșii cu leziuni combinate
220. Profilaxia antitetanică în arsuri întinse se face cu:
- A. T. P. A 0.5 ml
 - ser antitetanic 3000 U
 - A. T. P. A și ser antitetanic 3000 U
221. În cazul în care un accidentat adus la spital este în stare de șoc intervenția prioritară constă în:
- îndepărtarea flictenelor și a corpurilor străine
 - efectuarea tratamentului antișoc, concomitent cu îndepărtarea hainelor, dezinfectia tegumentelor și îndepărtarea flictenelor
 - efectuarea tratamentului antișoc înaintea oricărei manevre chirurgicale
222. În cazul în care evoluția arsurilor este favorabilă, se considera perioada optimă pentru greșare:
- primele zile de la producerea arsurii
 - a treia săptămână (14-16 zile)
 - oricând, arsul să nu fie în șoc și să nu prezinte infecție
223. La bolnavii cu leziuni profunde ale capului, feței și care prezintă arsuri ale căilor respiratorii se va efectua:
- dezobstrucția căilor respiratorii
 - anestezie a căilor respiratorii superioare, oxigenoterapie
 - traheostomie
224. La arșii cu leziuni circulare pe membre, pentru prevenirea fenomenelor de ischemie periferică, se va practica:
- excizia completă a escarelor
 - excizia parțială a escarelor
 - incizii de decomprimare, care traversează regiunea de escară de la un cap la altul, depășind-o în țesut sănătos în profunzime

225. Cum se calculează cantitatea de lichide ce trebuie administrată în primele 3-4 zile unui ars?
- necesarul de lichide este de 1 ml pentru fiecare procent de suprafață arsă, înmulțit cu suprafața arsă și greutatea corporală
 - se administrează câte 50 ml pentru fiecare procent de suprafață arsă
 - se calculează înmulțind suprafața arsă cu profunzimea arsurii
226. Care din caracteristicile de mai jos corespund arsurile produse de baze chimice?
- escarele de culoare galben brună ce apar imediat
 - escarele se formează lent, acționând și după accident, transformându-se dintr-un grad inferior în grad superior
 - nu au caracteristici speciale, toate substanțele chimice produc același tip de arsuri
227. Pentru neutralizarea acizilor în caz de arsuri, se vor folosi:
- cloramină, apă oxigenată
 - amoniac 1%, bicarbonat de sodiu
 - ser fiziologic, apă sterilă
228. În cazul electrocutării, local, se produc arsuri de gradul
- II
 - III
 - IV
229. Dacă din motive obiective sondajul vezical nu se poate efectua, se practica:
- administrarea de substanțe medicamentoase diuretice
 - puncție vezicală deasupra simfizei pubiene pe linie mediană
 - reinterventivă chirurgicală
230. Profilaxia escarei postoperatorii este adesea dificilă, dar este mai ușoară decât tratamentul ulceratelor constituite. Ea urmărește:
- suprimarea presiunii, asigurarea unei bune stări a tegumentelor expuse, menținerea unei bune nutriții
 - toaleta tegumentelor și menținerea zonelor de sprijin maxim pentru a nu leza și alte zone
 - starea lenjeriei și menținerea unei bune nutriții nu prezintă importanță
231. În profilaxia escarelor postoperatorii, suprimarea presiunii de pe ariile cutanate amenințate se poate realiza prin:
- mobilizarea precoce, schimbarea poziției în pat, asigurarea unei lenjerii corespunzătoare
 - imobilizarea bolnavului la pat fără a-i schimba poziția decât odată cu schimbarea pansamentului
 - asigurarea unei alimentații deshidratante și schimbarea poziției în pat
232. În hemoragiile postoperatorii care se manifestă ca hemoragii intraperitoneale se impune:
- reinterventivă chirurgicală de urgență sub protecția transfuziei de sânge
 - numai tratament medical cu hemostatice
 - numai pungea cu gheață locală
233. Meteorismul abdominal postoperator poate fi:
- un simplu ileus dinamic pasager
 - complicație digestivă postoperatorie gravă
 - un incident intraoperator

234. Ajutam la disparitia meteorismului abdominal postoperator prin:
- aspiratie gastrica
 - plasarea unui tub de gaze in anus
 - clisma evacuatorie imediat dupa interventia chirurgicala
235. In cazul aparitiei in postoperator al ileusului paralic:
- se face aspiratie gastrica, se corecteaza tulburarile hidroelectrolitice, se face clisma evacuatorie
 - se administreaza purgative si alimentatie semilichida
 - se alimenteaza bolnavul normal
236. Se reintervine chirurgical daca ileusul paralic postoperator:
- este adinamic
 - este consecinta unei peritonite
 - nu cedeaza la tratament cu miostin
237. Ocluzia mecanica postoperatorie este mai frecventa dupa interventiile chirurgicale pentru:
- abdomen acut traumatic
 - abdomen acut netraumatic
 - rezolvarea unor aderente sau bride
238. Varsaturile care apar imediat dupa interventia chirurgicala au drept cauza:
- narcoza si iritatie peritoneala
 - aparitia unui ulcer de stres
 - nu s-a administrat clisma evacuatorie in prezinta operatiei
239. Complicatia cea mai grava a trombozelor din sistemul cav inferior este:
- edemul pulmonar acut
 - embolia pulmonara
 - tromboflebita postoperatorie
240. Profilaxia emboliei pulmonare postoperatorii urmareste prevenirea trombozelor venoase si a declansarii tromboemboliei in:
- preoperator
 - postoperator
 - pre -, intra - si postoperator
241. Tratamentul curativ in embolia pulmonara are urmatoarele obiective:
- terapia socului, asfixiei, durerii si hipercoagulabilitatii
 - terapia asfixiei, durerii si administrarea de hemostatice
 - administrarea de solutii perfuzabile in cantitate cat mai mare
242. Infarctul miocardic apare frecvent in postoperator:
- la persoane obeze, diabetice, care prezinta un risc mare cardiovascular
 - la toti cardiacii, indiferent de amploarea interventiei chirurgicale
 - la hipertensivi
243. Tratamentul profilactic in sindromul Mendelshon consta in:
- golirea preoperatorie a stomacului, sonda de aspiratie gastrica, combaterea anxietatii
 - golirea preoperatorie a tubului digestiv prin suprimarea alimentatiei si clisma evacuatorie
 - administrarea de inhibitori de secretie gastrica

244. In atelectazia pulmonara postoperatorie tratamentul curativ va urmari:
- dezobstructia bronhiilor si antibioterapie
 - calmarea tusei si antibioterapie
 - administrarea de vitamine si antiinflamatorii
245. Complicatiile respiratorii apar adeseori la bolnavii care au stat mult dupa interventia chirurgicala in pozitia:
- decubit lateral stang
 - decubit dorsal
 - decubit ventral
246. Atunci cand se practica interventie chirurgicala pe abdomenul superior si esofag, cea mai obisnuita complicatie respiratorie in postoperator este:
- insuficienta respiratorie acuta
 - atelectazia pulmonara
 - bronchopneumonia
247. In laringotraheita determinata de intubatia orotraheala tratamentul consta in:
- comprese reci in jurul gatului, repaus vocal, aerosoli, antitusive, antibiotice generale
 - comprese calde in jurul gatului, repaus vocal, aerosoli, antitusive, antibiotice generale
 - nu necesita tratament medical
248. In abcesul fesier, aparut in postoperator, tratamentul este chirurgical:
- in faza de congestie
 - in faza de colectie
 - cand zona este indurate
249. Cea mai grava complicatie infectioasa postoperatorie este:
- septicemia postoperatorie
 - abcesul fesier
 - infectarea plagii chirurgicale
250. Tratamentul profilactic in infectia urinara, ca si complicatie infectioasa postoperatorie, consta in:
- aplicarea de rutina a sondajului vezical
 - aplicarea sondajului vezical in orice conditii
 - aplicarea sondajului vezical, numai daca este indicatie precisa si numai in conditii de asepsie perfecta
251. Ulcerul gastro-duodenal perforat este cea mai frecventa si grava complicatie a ulcerului gastro-duodenal si afecteaza in cel mai mare procent:
- femeile peste 50 ani
 - barbatii intre 30 si 50 ani
 - femeile intre 30 si 50 ani
252. Diagnosticul diferential dintre o apendicita acuta si o sarcina extrauterina rupta poate fi facut prin:
- rezultatul hemoleucogramei
 - sediul durerii
 - starea generala, culoarea tegumentelor, rezultatul leucogramei

253. Colangiografia exploreaza:
- vezica biliara si caile biliare extrahepatice
 - vezica biliara
 - colonel
254. Examenul de urina se face obligatoriu in preoperator:
- numai la bolnavii care vor fi supusi la interventii chirurgicale renale
 - la toti bolnavii chirurgicali
 - la bolnavii care au ureea sanguina crescuta
255. Determinarea grupului sanguin si Rh- ului este obligatorie:
- numai la bolnavii care necesita transfuzie
 - la bolnavii internati in serviciu de chirurgie
 - numai la bolnavii cu hemoragii
256. Se gaseste un numar crescut de trombocite in urmatoarele situatii:
- traumatisme osoase usoare
 - dupa hemoragii, splenectomii, traumatisme abdominale
 - dupa iradierii severe, aplazie medulara, leucemie acuta
257. Hemocultura reprezinta o analiza a sangelui care se recomanda in cursul:
- unei infectii urinare pentru identificarea agentului patogen
 - unei septicemii pentru identificarea agentului patogen
 - unei hemoragii pentru identificarea unei cauze infectioase
258. Dupa producerea unui traumatism abdominal inchis, decesul poate surveni in cateva minute de la accident prin:
- soc sau hemoragie masiva
 - hemoragie interna lenta
 - leziuni parietale
259. Daca dupa 6-8 ore starea generala a unui pacient cu traumatism abdominal, tinut sub observatie si tratament, nici nu se amelioreaza, nici nu se inrautateste:
- se efectueaza interventie chirurgicala exploratorie
 - se externeaza pacientul
 - se administreaza antialgice si se reia alimentatia
260. Unui pacient cu traumatism abdominal inchis i se poate pune diagnosticul de ruptura de stomac, daca radiografia abdominala (pe gol) arata:
- prezenta aerului in cavitatea peritoneala
 - prezenta lichidului in cavitatea peritoneala
 - nu arata nici o modificare
261. Sub denumirea de plagi ale abdomenului sunt cuprinse toate leziunile determinate de un traumatism care:
- intereseaza si deschide peretele abdominal
 - nu intereseaza peretele abdominal
 - produce leziuni viscerale, dar nu lasa nici o urma pe peretele abdominal

262. Cele mai frecvente hemoragii "in doi timpi" sunt cele:

- a. ale ficatului
- b. ale pancreasului
- c. ale splinei

263. La hemoragia interna "in doi timpi", timpul intai consta in:

- a. hemoragia intra- sau subcapsulara
- b. ruperea capsulei si evacuarea sangelui in cavitatea abdominala
- c. sangele curge liber in abdomen

264. Pancreatita acuta este un sindrom abdominal acut caracterizat prin:

- a. dureri abdominale violente in etajul superior si alterare marcata a starii generale
- b. durere in hipocondrul drept cu iradiere in umar, stare generala usor alterata
- c. dureri in fosa iliaca dreapta cu greturi si varsaturi

265. Persoanele predispuse la imbolnavirea de pancreatita acuta sunt:

- a. bolnavii subponderali
- b. bolnavii cu ulcer perforat
- c. adultii obezi

266. Pancreatita acuta se produce prin autodigestia glandei de catre:

- a. tripsina
- b. amilaza
- c. tripsinogen

267. Tulburarile in evacuarea secretiei pancreatice in duoden, prin dereglari functionale ale sfincterului Oddi duc la:

- a. inflamarea pancreasului
- b. necrozarea pancreasului
- c. autodigestia pancreasului

268. Contuzia abdominala poate determina moartea in cateva zile de la producerea accidentului prin:

- a. hemoragie "in doi timpi"
- b. hemoragie interna lenta
- c. leziuni parietale

269. Diagnosticul de certitudine al ulcerului gastro-duodenal perforat se sprijina pe:

- a. antecedente ulceroase
- b. caracterul durerii si fenomenele digestive
- c. disparitia matitatii hepatice, punctia abdominala pozitiva si prezenta pneumotoraxului

270. Colecistita acuta este:

- a. o inflamatie acuta a peretului colecistic
- b. o inflamatie acuta a caii biliare extrahepatice
- c. o tulburare a motricitatii veziculei biliare

1. Diskineziile biliare reprezinta:
 - a. tulburari date de parazitozele intraveziculare
 - b. tulburari ale cailor biliare
 - c. tulburarii ale motricitatii veziculei biliare
2. Diagnosticul prezumtiv clinic de perforatie ulceroasa se sprijina pe:
 - a. caracterul durerii, semnele de peritonita si antecedentele ulceroase
 - b. caracterul durerii si fenomenele digestive
 - c. starea generala a bolnavului si prezenta fenomenelor digestive
3. Apendicita acuta are un singur tratament:
 - a. medical
 - b. medico- chirurgical
 - c. chirurgical de urgenta
4. La un pacient cu abdomen acut, la care diagnosticul nu s-a precizat inca, este contraindicat se administreze:
 - a. barbiturice
 - b. antialgice
 - c. antialgice majore (morfina, mialgin)
5. Cea mai frecventa forma a perforatiei ulcerului gastro-duodenal este:
 - a. in organele din vecinatate
 - b. perforatia acoperita
 - c. in peritoneul liber
6. In evolutia sindromului ocluziv, tulburarile electrolitice care influenteaza negativ starea bolnavului, ducand la soc, sunt:
 - a. scaderea Cl^- sanguin, cresterea K^+ si a ureei
 - b. hemoconcentratia
 - c. scaderea Ca^{2+}
7. Perforatia acoperita a ulcerului gastro-duodenal poate fi gasita in urmatoarele situatii:
 - a. cand orificiul de perforatie este mic si suplu
 - b. cand orificiul de perforatie se face pe un ulcer netratat
 - c. cand orificiul de perforatie se deschide in stomacul plin
8. Angiocolitele sunt afectiuni inflamatorii:
 - a. ale colecistului
 - b. ale cailor biliare extra si intra hepatice
 - c. ale colecistului si ale cailor biliare
9. Colica biliara se instaleaza frecvent:
 - a. din cauza nealimentarii la timp
 - b. dupa o masa bogata in legume si fructe
 - c. dupa o masa bogata in grasimi sau alimente cu efect colecistochinetic recunoscut

280. Prezenta contracturii abdominale pe toata aria abdomenului, formand asa zisul " abdomen de lemn" , se intalneste in:
- ocluzia intestinala
 - apendicita acuta
 - ulcerul duodenal perforat
281. Daca un bolnav se prezinta in urgenta, avand o durere violenta in epigastru, ca o lovitura de pumnal, cu iradiere in hipocondrul drept, paloare, lipotimie, accelerarea pulsului, imobilitatea respiratiei in etajul abdominal superior, ne gandim la:
- pancreatita acuta
 - apendicita acuta perforata
 - ulcer gastro- duodenal perforat
282. In evolutia unei apendicite acute, peritonita acuta poate aparea:
- inaintea declansarii simptomatologiei apendiculare
 - odata cu peritonita plastica localizata
 - in primele 24-48 ore de la debutul crizei apendiculare
283. Aspectul anatomo- patologic al unei apendicite acute flegmonoase este:
- apendice marit de volum, cu aspect de "limba de clopot"
 - apendice de culoare neagra- verzuie si aspect de "frunza vesteda"
 - apendice congestionat
284. Intr-o litiaza biliara coloratia icterica persistenta a sclerelor, mucoaselor si tegumentelor poate fi data de:
- inflamatia peretului colecistic
 - prezenta unui obstacol in coledoc
 - un proces inflamator al cailor biliare
285. Volvulus- ul intestinal se traduce prin:
- rasucirea anselor intestinale
 - un proces inflamator aparut dupa o interventie chirurgicala
 - un inel de eventratie in care intra o ansa intestinala
286. Un plastron colecistic se poate trata astfel:
- interventie chirurgicala de urgenta
 - antispastice, antibioterapie, regim alimentar
 - regim alimentar, tratament medical, completat cu tratament chirurgical, peste 6-8 saptamani, dupa "racire"
287. Pentru prevenirea complicatiilor pulmonare ce pot aparea dupa interventiile chirurgicale pe tubul digestiv, se iau urmatoarele masuri cu pacientul operat:
- pozitionarea corespunzatoare, mobilizarea precoce, gimnastica respiratorie
 - administrarea antibioticelor si mobilizarea
 - combaterea tusei si gimnastica respirator
288. In perforatia urmatorului organ din cavitatea abdominala nu apare radiologic pneumoperitoneul:
- stomacului
 - colonului
 - veziculei biliare

289. In cazul unui abdomen acut chirurgical, cu semne de peritonita instalate, interventia chirurgicala este obligatoriu sa se practice in:
- 10-12 ore de la instalarea semnelor de peritonita
 - 5-6 ore de la instalarea semnelor de peritonita
 - 8-10 ore de la instalarea semnelor de peritonita
290. Bolnavii suferinzi de colecistita acuta trebuie neaparat:
- spitalizati si operati
 - spitalizati si tratati medical
 - tratati la domiciliu sub supravegherea medicului de familie
291. Aspectul anatomo- patologic al unei apendicite acute gangrenoase:
- apendice marit de volum cu aspect de "limba de clopot"
 - apendice de culoare neagra- verzuie si aspect de "frunza vesteda"
 - apendice congestionat
292. Tratamentul in plastronul apendicular consta in:
- se trateaza medical si, dupa racirea procesului, se intervine chirurgical
 - se intervine chirurgical de urgenta
 - se trateaza medical
293. Plagile abdominale penetrante sunt plagile in care agentul traumatic a penetrat:
- in peritoneu, dar a lezat si perforat mai multe organe
 - in peritoneu, dar a lezat un organ
 - in peritoneu, dar nu a lezat nici un organ
294. Plastronul apendicular este:
- o peritonita plastica
 - o tumora maligna apendiculara
 - o inflamatie a apendicului
295. In ocluziile intestinale vechi, varsaturile sunt:
- fecaloide
 - bilioase
 - alimentare
296. Varsaturile fecaloide apar precoce in ocluziile:
- intestinale inalte
 - intestinale joase
 - intestinale functionale
297. Bolnavul care a suferit un traumatism abdominal va fi asezat corect in pozitia:
- de decubit dorsal cu membrele pelviene usor flectate (sub genunchi se aseaza o patura rulata sau o perna
 - de decubit lateral drept sau stang, de partea traumatismului
 - semisezanda, cu genunchii flectati, pentru a asigura compresiunea abdomenului

298. Conduita de urgenta in ocluzia intestinala mecanica instalata de foarte scurt timp consta in:
- linistirea pacientului, sonda de aspiratie gastrica, clisma pentru golirea segmentului de sub ocluzie
 - hidratare, clisma evacuatorie
 - sedarea pacientului si reluarea treptata a alimentatiei
299. Plagile abdominale care prezinta o mai mare gravitate sunt:
- cele perforante
 - cele penetrante
 - cele care intereseaza numai peretele abdominal
300. Prin ulcerul gastro-duodenal intelegem:
- deschiderea ulcerului in cavitatea libera peritoneala
 - deschiderea ulcerului intr-un organ plin (ficat, pancreas)
 - perforatia peritoneului
301. Daca prin plaga abdominala se scurge bila sau continut gastric, plaga:
- este penetranta
 - intereseaza calea biliara sau stomacul
 - intereseaza numai peretele abdominal
302. Un abdomen acut chirurgical cu sediul durerii juxtapubian arata o perforatie a:
- stomacului si duodenului
 - uterului
 - intestinului mezenterial si colonului
303. In apendicita acuta perforata durerea este:
- violenta, cu prezenta " abdomenului de lemn"
 - violenta, generalizata de la inceput in intreg abdomenul
 - initiala in fosa iliaca dreapta, brusca, violenta
304. Tratamentul chirurgical al unei colecistite acute consta in:
- colecistectomie
 - colecistostomie
 - colecistectomie cu coledocotomie
305. Colecistita acuta reprezinta:
- inflamatia acuta a peretului vezicular, coexistand in majoritatea cazurilor cu un obstacol infundibulo-cistic
 - inflamatia cailor biliare extrahepatice
 - inflamatia acuta a peretilor cailor biliare coexistand cu prezenta unui calcul in coledoc
306. Coloratia subicterica a sclerelor, mucoaselor si tegumentelor poate fi data de:
- spasmul reflex al sfincterului Oddi
 - prezenta unui obstacol in coledoc
 - dischinezia biliara

307. Într-o pancreatită acută, cu evoluție fără complicații, tratamentul de bază este medical și în conducerea tratamentului se va ține seama de:
- evoluția stării generale, a febrei, a leucocitozei, a amilazemiei
 - evoluția durerii și posibilitatea de reluare rapidă a alimentației
 - sedarea bolnavului și reluarea cât mai rapidă a vieții normale
308. Colectectomia cu coledocotomie se practică ca tratament chirurgical în:
- colecistită acută
 - colecistită acută cu calcul prezent și în coledoc
 - dischinezia biliară
309. În cazul unei ocluzii intestinale mecanice instalate de mai multă vreme, atitudinea de urgență constă în:
- montarea unei sonde de aspirație gastrică, abord venos pentru recoltarea sângelui în vederea efectuării probelor de laborator și montarea unei perfuzii pentru reechilibrarea hidroelectrolitică
 - recoltarea sângelui în vederea determinării unor probe de laborator și calmarea durerii
 - se face direct intervenția chirurgicală
310. Peritonita acută difuză rezultă din:
- localizarea unui proces infecțios la nivelul unui organ din cavitatea abdominală
 - reacția locală a peritoneului și viscerelor abdominale și reacția generală determinată de acțiunea agresivă a germenilor ajunși în peritoneu
 - patrunderea germenilor în cavitatea abdominală și inflamarea locului de patrundere
311. Peritonita acută difuză poate fi secundară patrunderii germenilor prin:
- perforarea unui organ cavitărilor datorată unui proces patologic sau traumatic
 - perforarea peritoneului și localizarea procesului infecțios la perete
 - prin localizarea procesului infecțios la nivelul unui organ cavitărilor
312. Îngrijirea postoperatorie, după rezolvarea chirurgicală a unei ocluzii intestinale mecanice, constă în:
- calmarea durerii și reluarea alimentației
 - se continuă tratamentul de reechilibrare hemodinamică, de refacere a stării generale până la reluarea tranzitului
 - îngrijirea plăgii operatorii și reluarea alimentației
313. În peritonita acută, secundară ulcerului gastric perforat, datorită caracterului foarte iritant al sucului gastric ajuns în peritoneu, simptomul caracteristic este:
- durerea extrem de vie în epigastru, care nu se generalizează în tot abdomenul, dar este însoțită de grețuri și varsături
 - durerea extrem de vie în epigastru, fără un simptom premergător, care se generalizează în tot abdomenul, dar cu o intensitate mai crescută la locul apariției
 - durere surdă în epigastru, cu iradiere în umărul drept, însoțită de grețuri și varsături
314. În ulcerul gastric și duodenal perforat, este caracteristică :
- durerea epigastrică de intensitate deosebită "ca o lovitură de pumnal", urmată de rigiditatea abdomenului "de lemn"
 - durerea epigastrică de intensitate medie, însoțită de rigiditatea abdomenului "de lemn"
 - durerea insidioasă localizată în hipocondrul drept, cu iradiere în epigastru

315. Caracteristicile durerii din peritonita acuta prin perforarea colecistului sunt:
- apare in hipocondrul drept, coboara pe flancul drept in fosa iliaca dreapta, generalizandu-se apoi in tot abdomenul
 - apare brusc o durere vie in tot abdomenul, cu o intensitate usor crescuta in hipocondrul drept
 - apare o durere vie in epigastru, care se generalizeaza in tot abdomenul
316. Dintre urmatoarele lichide ajunse in peritoneu, patologic sau traumatic, foarte iritant este:
- lichidul evacuat din intestinul subtire
 - sucul gastric
 - bila
317. Peritonita acuta localizata este acea forma a peritonitei in care:
- procesul infectios este localizat in regiunea in care a aparut
 - procesul infectios apare la nivelul peretelui abdominal
 - procesul infectios cuprinde tot abdomenul
318. Pentru combaterea unor complicatii frecvente dupa interventiile chirurgicale pe tubul digestiv, in caz de varsaturi, se iau urmatoarele masuri:
- se administreaza medicatie antiemetica
 - se instaleaza sonda de aspiratie pentru evacuarea stazei gastrice si se administreaza, dupa caz, si medicatie antiemetica
 - se reia treptat alimentatia
319. Peritonita acuta localizata in regiunea pelviana se numeste:
- peritonita apendiculara
 - peritonita genituala
 - pelvipertonita
320. De obicei, peritonitele acute localizate au tendinta de vindecare daca se aplica un tratament constand in:
- repaos la pat, regim alimentar, antibioterapie, iar dupa "racire" interventie chirurgicala
 - pregatirea pacientului pentru interventia chirurgicala de urgenta
 - calmarea durerii si combaterea febrei
321. In colecistita acuta, durerea poate fi combatuta si prin mijloace nefarmacologice, aplicate local:
- sac cu nisip
 - punga cu gheata
 - compresie calda
322. Intr-o plaga abdominala penetranta cu evisceratie posttraumatica, se iau la locul accidentului urmatoarele masuri locale:
- se executa manevre de reducere a anselor intestinale in interior si se pune un camp deasupra, fixat de o fasa compresiva
 - se aplica pansament foarte compresiv
 - nu se vor executa manevre de reducere a anselor intestinale, se pun deasupra campuri umede caldute fixate de o fasa necompresiva
323. Urmatoarele afectiuni pot fi considerate peritonite acute localizate:
- plastronul colecistic
 - colecistita acuta
 - apendicita acuta

324. La un pacient care prezinta ocluzie intestinala starea generala se altereaza progresiv si sindromul ocluziv este mai putin alarmant in:
- tumora intestinala
 - volvulus intestinal
 - carcinomatoza peritoneala
325. La alterarea starii generale din ocluzia intestinala un rol determinant il au tulburarile de hemodinamica deoarece:
- intestinul absoarbe doar 10-20% din continutul intestinal
 - intestinul absoarbe 90% din continutul care circula prin el
 - intestinul absoarbe 70% din continutul care circula prin el
326. Durerea intensa, colicativa in hipocondrul drept cu iradiere in umar si spate, insotita de febra si care nu cedeaza sau este foarte putin influentata de antialgice si antispastice este produsa de:
- colecistita acuta
 - apendicita acuta subhepatica
 - pancreatita acuta
327. Conduita de urgenta intr-o colica biliara internata in spital consta in:
- repaos la pat, regim alimentar hidric, analgetice, antispastice, antiemetice
 - recoltarea probelor de sange, perfuzie, calmarea durerii, combaterea infectiei, calmarea varsaturilor, puna cu gheata si interventie chirurgicala
 - tubaj duodenal, morfina, pregatire pentru interventia chirurgicala
328. Forma edematoasa a pancreatitei acute se caracterizeaza prin:
- edemul sfincterului Oddi
 - cresterea in volum a pancreasului
 - proces supurativ al pancreasului
329. Pancreatita acuta hemoragica se caracterizeaza printr-o:
- sangerare subcapsulara masiva si ruperea capsulei sub presiunea hematomului
 - sangerare peritoneala
 - sangerare provocata sub presiunea hematomului splenic
330. Plagile abdominale perforante sunt plagile in care agentul traumatic:
- a penetrat in peritoneu, dar nu a lezat nici un organ
 - a lezat si perforat unul sau mai multe organe
 - nu a penetrat peritoneul, dar a lezat unul sau mai multe organe
331. In vederea interventiei chirurgicale la un bolnav cu ocluzie intestinala este foarte bine sa se cunoasca:
- ora ultimei mese
 - cauza care a determinat ocluzia
 - de cand s-a instalat ocluzia
332. Ocluziile intestinale mecanice pot fi provocate de obstacole intrinseci :
- volvulus intestinal
 - tumora intestinala maligna
 - tumora abdominala

333. Ancheta epidemiologica definitiva presupune :
- efectuarea de catre medicul de familie ;
 - incheierea o data cu limitarea focarului ;
 - completarea anchetei preliminare cu investigatii si masuri eficiente si incheierea o data cu limitarea focarului .
334. Controlul medical periodic anual al personalului din sectorul alimentar se face prin :
- examene clinice ;
 - coproculturi, rx. pulmonar, RBW;
 - ecografie abdominala .
335. Dezinfectia urmareste :
- indepartarea agentilor patogeni de pe tegumente si de pe diferite obiecte din mediul extern;
 - distrugerea agentilor patogeni din profunzime, prin mijloace fizice si chimice;
 - indepartarea si distrugerea agentilor patogeni de pe tegumente si diferite obiecte din mediul extern, prin mijloace fizice, chimice si mecanice.
336. Sterilizarea urmareste :
- neutralizarea agentilor patogeni de pe toate suprafetele ce vin in contact cu bolnavul;
 - distrugerea tuturor microorganismelor patogene si nepatogene inclusiv a sporilor de pe obiecte cu utilizare medicala;
 - inactivarea agentilor patogeni existenti pe suprafata instrumentelor chirurgicale
337. Dezinsectia de combatere utilizeaza in mod curent :
- metode fizice, chimice si biologice ;
 - metode genetice ;
 - ambele raspunsuri sunt corecte .
338. Angina ulceronecrotica, ca forma a anginei streptococice, se intalneste :
- cu mult mai rar;
 - frecvent;
 - niodata.
339. Din punct de vedere clinic, anginele se clasifica astfel:
- angine : rosii, albe, ulceroase;
 - angine: rosii , necrotice;
 - angine : rosii , albe .
340. Tratamentul anginei streptococice consta in administrarea de :
- penicilina ;
 - tetraciclina si cloramfenicol;
 - doxiciclina.
341. Scarlatina este o boala infectioasa produsa de :
- streptococul beta-hemolitic din grupa A;
 - stafilococul auriu;
 - streptococul alfa hemolitic din grupa B.

342. Scarlatina se manifesta clinic in perioada de debut prin :
- angina, febra moderata, eruptie fugace ;
 - febra mare, angina, cefalee, varsaturi;
 - febra, angina, tahicardie, varsaturi.
343. Eruptia in scarlatina este:
- micropapuloasa, aspra la pipait;
 - micropapuloasa, catifelata la pipait;
 - veziculara .
344. Pentru scarlatina distinctiv este semnul :
- Grozovici - Pastia, cu elemente purpurice dispuse linear la nivelul plicei cotului si inghinal;
 - Koplik - roseata difuza a mucoasei bucale, o dunga alba pe gingii (dunga Appert);
 - Masca Filatov, semnul Pastia si ciclul lingual.
345. Exantemul scarlatinos apare mai intai :
- pe gat si torace;
 - membre superioare;
 - fata anterioara a toracelui si abdomen.
346. Angina rosie + febra + eruptie micropapuloasa pe trunchi, respectand fata, va sugereaza :
- varicela;
 - rujeola;
 - scarlatina .
347. Copilul cu scarlatina este tratat:
- obligatoriu in spital de catre medical specialist ;
 - la domiciliu ;
 - de catre medical scolar.
348. Manifestarile clinice in scarlatina sunt determinate de actiunea :
- streptococilor alfa- hemolitici;
 - streptococci beta -hemolitici;
 - toxina scarlatinoasa (Dick) eliberata de streptococul beta- hemolitic grupa A.
349. Angina din scarlatina are urmatoarele caractere:
- rosie, cu false membrane aderente care se refac rapid, extensive la pilieri, lueta, sangerande;
 - rosie sau eritemato-pultacee, rar ulcero-necrotica ;
 - eritematoasa difuza.
350. In diagnosticul scarlatinei de importanta majora este ciclul lingual cu urmatoarele caracteristici:
- limba saburala, smeurie, rosie inchis, lucioasa;
 - limba smeurie, reliefare a papilelor fungiforme;
 - limba saburala ce se descuameaza in sens antero-posterior .
351. Tratamentul simptomatic in scarlatina se adreseaza :
- febrei, cefaleei si durerilor la deglutitie;
 - febrei si catarului respirator ;
 - febrei, poliadenopatiei occipitale

352. In scarlatina, testarea receptivitatii se face prin testul intradermic Dick, test de:

- a. imunitate;
- b. alergie ;
- c. nici una dintre afirmatii nu este corecta .

353. Complicatiile scarlatinei pot fi:

- a. toxice, septice, postinfectioase;
- b. suprainfectii bacteriene, crup, encefalita;
- c. poliartrite, efect teratogen.

354. In rujeola, perioada de incubatie dureaza :

- a. 3-6 zile;
- b. 8-11 zile;
- c. 14-21 zile

355. Eruptia maculopapuloasa in rujeola incepe la :

- a. fata - dupa urechi, pe frunte si obraji ;
- b. gat - torace;
- c. membre

356. Evolutia eruptiei in rujeola :

- a. da descuamatie furfuracee precoce, in lambouri tardive;
- b. nu lasa urme;
- c. da pigmentare cafenie si descuamatie foarte fina .

357. Cresterea febrei in perioada de stare si de palire a eruptiei :

- a. este normala;
- b. este semn de complicatie prin suprainfectie bacteriana;
- c. este lipsita de importanta .

358. Semnul Koplick, patognomonic in rujeola, dispare:

- a. in prima zi de eruptie ;
- b. in a treia zi dupa ce eruptia paleste;
- c. in perioada de convalescenta .

359. Importanta rubeolei este data de :

- a. efectul teratogen asupra sarcinii in primele 3-4 luni cu aparitia unor malformatii congenitale ;
- b. complicatiile toxice, septice postinfectioase ;
- c. evolutia asimptomatica .

360. Eruptia in rubeola are urmatoarele caracteristici :

- a. macule mici de culoare roz, fara tendinte la confluenta;
- b. micropapuloasa, cu fond congestiv ;
- c. maculopapuloasa, cu tendinte la confluenta .

361. Incubatia in rubeola dureaza :

- a. 2-3 saptamani;
- b. 1-2 saptamani;
- c. 1 saptamana .

362. Febra + catar respirator + adenopatie sunt simptome care sugereaza :
- rujeola;
 - rubeola;
 - scarlatina
363. Legislatia actuala prevede ca raportarea cazurilor de rubeola sa se efectueze:
- trimestrial, numeric;
 - lunar, nominal ;
 - in 24 ore de la depistare, nominal .
364. In perioada de stare, eruptia cu aspect polimorf: macule, papule, vezicule clare ori tulburi si cruste hematice apare in :
- scarlatina;
 - rujeola;
 - varicela.
365. Distributia centripetal a eruptiei (sunt mai multe elemente pe trunchi si radacina membrilor) apare in :
- varicela;
 - rubeola;
 - angina.
366. Eruptia este pruriginoasa in :
- scarlatina;
 - rubeola;
 - varicela.
367. Parotidita epidemica este cunoscuta si sub numele de :
- oreion;
 - varsat;
 - pojar.
368. Tabloul clinic cu debut relativ brusc, febra, cefalee si jena in lojile parotidiene apare in:
- spondiloza cervicala;
 - parotidita epidemica;
 - rubeola.
369. In tusea convulsiva, sursa de infectie este :
- omul bolnav cu forme tipice si atipice;
 - animalele;
 - purtatorii faringieni de streptococ .
370. Semnele catarale respiratorii : rinita, raguseala, tuse, injectie conjunctivala, aspect "facies plans", subfebrilitate, apar in :
- rujeola;
 - tuse convulsiva;
 - rubeola.

371. Primovaccinarea in poliomielita consta in doua administrari orale, la 2 luni interval, in lunile de:
- iarna-primavara;
 - vara- toamna;
 - toamna - iarna .
372. A treia vaccinare pentru poliomielita se face :
- in primul an de scoala;
 - liceu;
 - maturitate.
373. Meningita pneumococica detine prioritatea ca frecventa in etiologia meningitelor purulente la :
- copii;
 - adulti peste 40 ani;
 - nou-nascut si sugar .
374. Sindromul encefalitic - o inmanunchere de semne si simptome- care exprima afectarea creierului de cauza infectioasa si postinfectioasa, apare in :
- hepatita acuta virala;
 - encefalita;
 - toxiinfectie alimentara.
375. Tablou clinic cu varsaturi, colici abdominale, scaune diareice, defineste :
- hepatita acuta virala;
 - toxiinfectia alimentara;
 - scarlatina.
376. Tabloul clinic ce cuprinde scaune frecvente, moi, lichide, abundente, cu aspect omogen, de culoare galben verzui, apare in:
- holera;
 - sallmoneloza;
 - dizenterie.
377. Impiedicarea proliferarii agentului patogen existent in unele alimente se face prin pastrarea la temperatura de :
- 5grade C;
 - 5grade C;
 - 10 grade C.
378. Bacilul tific are patogenitate exclusiva pentru :
- animal;
 - om;
 - om si animal, in egala masura.
379. Febra tifoida se transmite pe cale :
- digestiva;
 - aerogena;
 - parenterala.

380. Scaunele diareice verzi ca in " zeama de mazare", omogene, apar in :
- sallmonela;
 - febra tifoida;
 - peritonita.
381. Scaune numeroase, mucopiosanguinolente, tenesme si uneori febra, stare toxica, subliniaza sindromul clinic din :
- tetanos;
 - dizenterie;
 - hepatita virala.
382. Calea de transmitere a dizenteriei este:
- aerogena;
 - fecal-orală;
 - parenterala.
383. Rol primar in transmiterea dizenteriei il au:
- contaminarea hainelor;
 - mainile murdare;
 - mustele.
384. Pentru bolnavii care lucreaza in sector alimentar, colectivitati de copii, este obligatoriu controlul, dupa tratament, prin recoltarea de :
- 1 coprocultura;
 - 3 coproculturi;
 - 5 coproculturi.
385. Solul, praful, obiectele contaminate, mijlocesc patrunderea sporilor prin:
- leziuni ale tegumentelor;
 - digestive;
 - aerogen.
386. Morbiditatea prin tetanos a scazut foarte mult prin generalizarea vaccinarii cu:
- anatoxina tetanica;
 - verorab;
 - anatoxia difterica.
387. Debutul, de obicei lent, cu "trismus" precedat uneori de tresariri musculare la nivelul plagii este semn patognomonic pentru :
- scarlatina;
 - tetanos;
 - dizenterie.
388. "Rasul sardonice" apare in :
- scarlatina;
 - rujeola;
 - tetanos.

389. Stadiul compensat se caracterizează prin:
- hipersplenism;
 - hepatomegalie;
 - simptomele nu sunt evidente;
390. Legăturile vasculare de varice esofagiene se fac:
- în scop profilactic;
 - de necesitate;
 - când starea bolnavului nu permite intervenții de amploare;
391. Sonda cu balon aplicată în scop hemostatic în cazul sângerării varicelor esofagiene este:
- Foley;
 - Blackmore;
 - Sonda endotraheală;
392. Examenul radiologic într-o entorsă este:
- obligatoriu
 - nu este absolut necesar
 - obligatoriu atunci când bănuim o leziune mai importantă
393. Leziunile capsulei articulare în cazul luxațiilor sunt:
- mai importante decât cele din entorse
 - mai puțin importante decât cele din entorse
 - nu se produc leziuni articulare
394. Pentru a calma durerea extrem de vie în cazul unei luxații:
- se administrează analgetice majore
 - se readuce cât mai urgent capetele articulației în poziție normală
 - se administrează sedative
395. Aplicarea atelelor se va face astfel încât să depășească întotdeauna:
- articulația de deasupra zonei fracturate
 - articulația de dedesubtul zonei fracturate
 - articulația de deasupra și de dedesubtul zonei fracturate
396. Din următoarele leziuni traumatice osteo-articulare este mai gravă:
- fractura în "lemn verde"
 - luxația deschisă a cotului
 - fractura diafizei peroneului
397. În cursul unei luxații următoarele simptome, dar și complicațiile pot avea urmări grave:
- hemartroze, hidrartroze
 - compresiunile vasculare și nervoase
 - deformarea regiunii și impotența funcțională
398. Cele mai frecvente recidive ale luxațiilor apar la:
- articulația scapulo-humerală
 - articulația coxo-femurală
 - articulația cotului

399. Recunoștem din fracturile de mai jos cele clasificate după mecanismul de producere:
- fracturi prin îndoire și răsucire
 - fracturi închise și deschise
 - fracturi complete și incomplete
400. Prin fractură deschisă se înțelege:
- fractura acoperită de piele, dar cu leziuni masive a mușchilor, tendoanelor și vaselor
 - fractura care produce leziuni ale organelor vizcerale
 - fractura în care pielea a fost lezată și osul ajunge în contact cu exteriorul
401. Complicațiile de mai jos care sunt mai frecvente în fracturile deschise comparativ cu cele închise sunt:
- embolii pulmonare și cerebrale
 - șocul traumatic și hemoragic
 - procesele septice de osteită sau osteomielită
402. Din fracturile de mai jos sunt fracturi complete doar:
- fractura în "vârf de clarinet"
 - fractura în "lemn verde"
 - fractura prin înfundare
403. Fractură cominutivă reprezintă
- fractura mai multor oase ale aceluiași membru
 - fracturi multiple ale oaselor
 - fractura cu mai multe fragmente ale aceluiași os
404. Sunt semne sigure ale unei fracturi de os
- echimozele și hematumul
 - durerea în punct fix, care se accentuează când mișcăm fragmentele osoase
 - deformarea regiunii
405. În fracturile primelor patru coaste pot apărea ca leziuni concomitente:
- leziuni pulmonare cu pneumotorax
 - rupturi ale ficatului, rinichiului, splinei
 - leziuni pulmonare cu hemotorax
406. Care din fracturile de mai jos este mai gravă:
- fractura de col femural
 - fractura deschisă în 1/3 medie a antebrațului
 - fractura oaselor gambei
407. În cazul unei fracturi fără deplasare, la spital se l-au următoarele măsuri:
- se pune diagnostic clinic și radiologic
 - se face anestezie generală
 - se asigură reducerea fracturii
408. Aparatul gipsat trebuie să cuprindă:
- numai focarul de fractură
 - focarul de fractură și articulația de dedesupt
 - articulația de deasupra și dedesuptul focarului de fractură

409. Din fracturile de mai jos nu se pot reduce corect pe cale ortopedică și este nevoie de reducere chirurgicală la:

- a. fractura de rotulă
- b. fractura de humerus
- c. fractura de olecran

410. Urmatoarele plăgi se datorează agenților mecanici?

- a. plagă prin căldură, agenți ionizanți
- b. plagă prin înțepare, tăiere, prin mușcătură
- c. plagă produsă de frig, acizi, raze gama

411. Prin plăgi perforante intelegem:

- a. plăgi ale tegumentelor
- b. plăgi care pătrund în cavitățile naturale
- c. plăgi care pătrund în cavitățile naturale și lezează unele organe din cavitatea respectivă

412. Prin plăgi recente intelegem:

- a. plăgi produse în ziua respectivă
- b. plăgi produse sub 6-8 ore
- c. plăgi produse în ultimele 48 ore

413. In cazul mușcăturilor de șarpe și înțepăturilor de insecte veninoase se practică următoarele manevre:

- a. incizia și excizia țesutului cutanat în zona lezată
- b. aplicarea garoului deasupra leziunii
- c. administrare de antivenin

414. Rabia se poate transmite prin:

- a. înțepături ale unor insecte
- b. plăgi mușcate de animale
- c. inocularea veninului de șarpe

415. Alături de tratarea corectă a plăgii se va aplica o imobilizare în aparat gipsat în următoarele situații:

- a. plăgi cu hemoragie mare
- b. plăgi în care sunt întâlnite mase mari vasculare și tendoane
- c. plăgi cu leziuni osteo-articulare

416. Aplicarea unui pansament umed este indicată în:

- a. plăgile recente
- b. plăgile care secretă abundent
- c. tromboflebite

417. Pentru fixarea unui pansament la nivelul capului se poate folosi:

- a. fixare cu leucoplast
- b. fixare cu plasă autoadezivă
- c. fixare cu basma (capelină)

418. Atrofierea mușchilor și scăderea tonusului în general poate apărea la bolnavii imobilizați datorită:
- poziției incorecte
 - din cauza imobilizării îndelungate
 - din cauza aplicării unui tratament necorespunzător
419. Ventilația dificilă a plămânilor la bolnavul imobilizat timp îndelungat poate produce:
- pneumonii hipostatice
 - bronhopneumonii
 - pleurezii
420. Bolnavii imobilizați la pat vor fi scoși la aer liber (terasă, balcon) cu ajutorul:
- patului, fără ca el să fie mobilizat
 - în cărucioare rulante
 - este contraindicată ieșirea din salon
421. Pentru prevenirea escarelor la bolnavii imobilizați cărora nu le este permisă nici o mișcare se vor folosi:
- saltele pneumatice
 - saltele pneumatice, compartimentate, antidecubit
 - saltele din material plastic
422. Coma diabetică poate fi declanșată de:
- efort fizic prelungit
 - oprirea sau diminuarea nejustificată a tratamentului cu insulină
 - consum de alcool
423. Semnele majore din coma diabetică sunt:
- respirație Kussmaul, deshidratare globală, tulburări de cunoștință (comă calmă)
 - agitație psihomotorie
 - cefalee, diplopie, anxietate
424. Pacientul cu comă diabetică prezintă următoarele simptome:
- astenie, somnolență - comă
 - convulsii tonico-clonice
 - pierderea monoculară sau binoculară a vederii
425. Primul gest terapeutic, atunci când diferențierea dintre coma hipoglicemică și coma diabetică este greu de făcut, constă în:
- administrarea de 20 - 30 ml glucoză hipertonică
 - recoltarea probelor de laborator
 - administrarea i. v. a 20 UI insulină rapidă
426. Tulburările electrolitice care se produc în coma diabetică sunt:
- creșterea pH-ului sanguin
 - scăderea clorului sanguin
 - scăderea potasiului, clorului și sodiului sanguine

427. Rehidratarea pacientului în coma diabetică va începe cu administrarea de:
- Manitol 20% în perfuzie lentă (30 - 60 min)
 - ser fiziologic - 1000 ml în primele 20 de minute
 - ser glucozat 5%
428. În coma diabetică se pot administra soluții hipertionice de glucoză 20% tamponată cu insulină atunci când:
- apar primele semne de conștiință
 - se înregistrează creșterea rezervei alcaline
 - glicemia a scăzut sub 300 mg%
429. Insulina trebuie păstrată:
- la temperatura camerei
 - în frigider la temperatura de +2 - +7°C
 - ambele variante sunt corecte
430. Manifestările respiratorii care apar în șocul anafilactic sunt:
- polipnee cu expirație prelungită și tiraj
 - respirație Cheyne-Stockes
 - crize de dispnee cu respirație șuierătoare, provocată de bronhoconstricție
431. Combaterea durerii în șoc se face cu:
- medicamente indicate de medic
 - xilină 0,5 - 1%
 - mialgin
432. În cadrul șocului se descriu următoarele stadii:
- șoc compensat, șoc decompensat, comă
 - șoc compensat, șoc ireversibil
 - șoc decompensat, comă
433. Diabetul zaharat se caracterizează prin:
- perturbarea metabolismului glucidic
 - creșterea nivelului glicemiei postprandiale
 - perturbarea metabolismului mineral
434. Proba hiperglicemiei provocate se face prin:
- administrarea orală a 450 g glucoză/1 m² suprafață corporală dizolvată în 300 ml apă
 - administrarea orală de 100 g glucoză pulbere dizolvată în 300 ml apă
 - administrarea i. v. de glucoză 33%
435. Cauza așa-numitei "sângerări în propriile țesuturi" în cadrul șocului traumatic este:
- vasodilatația la locul de acțiune a agentului traumatic
 - vasodilatația masivă la locul acțiunii agentului traumatic dar și la distanță
 - hemoragia intratisulară
436. Șocul hemoragic apare după hemoragii acute când pierderile depășesc:
- 20% din masa circulantă
 - 30% din masa circulantă
 - orice hemoragie e susceptibilă de a produce șoc hemoragic

437. Injecția cu adrenalină sau simpaticomimetice în stadiul de șoc compensat poate avea următoarele efecte:
- ridică tonusul bolnavului
 - agravează anoxia tisulară și grăbesc decompensarea
 - favorizează ieșirea bolnavului din starea de șoc
438. Diabetul zaharat este o boală de metabolism cu evoluție cronică și se datorează:
- distrugerii pancreasului
 - insuficienței relative de insulină
 - insuficienței absolute sau relative de insulină în organism
439. Criteriile pentru diagnosticul de pneumonie, ca infecție nozocomială, includ:
- examen de sputa;
 - examen radiologic;
 - combinatii diferite ale unor dovezi clinice, radiologice și de laborator .
440. Scopul aplicării Precauțiilor Universale este de a :
- preveni transmiterea infecțiilor pe cale sanguină personalului , la locul de muncă;
 - preveni transmiterea infecțiilor nozocomiale ;
 - preveni transmiterea infecțiilor, pe cale aerogenă, în unitățile sanitare cu paturi .
441. . Manifestarea clinică caracteristică litiazei renale este:
- infecția urinară;
 - insuficiența renală;
 - colica renală.
442. Sediul durerii în colica renală se află în:
- regiunea lombară;
 - regiunea toracică;
 - regiunea suprapubică.
443. Durerea lombară cu iradiere în organele genitale externe este caracteristică:
- insuficienței renale acute ;
 - insuficienței renale cronice;
 - colicii renale.
444. Uremia este stadiul terminal al :
- insuficienței renale cronice ;
 - pielonefritei cronice ;
 - pielonefritei acute.
445. În faza de izostenurie, densitatea urinei oscilează între :
- 1017-1020 ;
 - 1015-1017 ;
 - 1010-1011.
446. Cel mai important semn în insuficiența renală cronică este :
- nicturia ;
 - disuria ;
 - poliuria.

447. In insuficienta renala acuta, diureticele se vor administra:

- a. dupa corectarea volemiei;
- b. inainte de corectarea volemiei;
- c. dupa administrarea de vasodilatatoare.

448. Compresiunea din masajul cardiac extern se face:

- a. pe 1/3 inferioara a sternului;
- b. spre apendicele xifoid;
- c. pe coaste, in stanga sternului

449. Asistentul medical:

- a. nu poate exercita nici o alta activitate
- b. poate exercita o alta activitate cu conditia ca aceasta sa fie compatibila cu demnitatea profesionala
- c. poate participa la actiuni de reclamă și publicitate

450. Informatiile obtinute referitoare la pacienti pot fi impartasite:

- a. echipei medicale
- b. familiei
- c. publicatiilor stiintifice

451. Asistentul medical are obligatia:

- a. de a lua masuri de acordare a primului ajutor medical doar daca este prezent și medicul
- b. să transporte pacientul la unitatea spitalicească
- c. de a lua masuri de acordare a primului ajutor medical, indiferent de persoana, locul sau situatia în care se găsește

452. Asistentul medical trebuie să trateze cu responsabilitate și profesionalism:

- a. pacienții mai tineri
- b. toți pacienții, indiferent de vârstă, condiție socială sau economică
- c. pacienții imobilizați la pat

453. Asistentul medical:

- a. nu este prestator de servicii
- b. este prestator de servicii
- c. poate propune în situații speciale pacienților folosirea unor remedii, proceduri insuficient valdate pe plan științific sau medical

454. Protecția asistentului medical pentru riscurile ce decurg din practica profesională se realizează de către:

- a. fiecare asistent medical prin societățile de asigurări
- b. angajator, prin societățile de asigurări
- c. nu este necesară protecția asistentului medical

455. Angajarea și promovarea profesională a asistentului medical în sistemul sanitar public se realizează:

- a. după absolvirea școlii postliceale sanitare
- b. după obținerea Autorizației de liberă practică
- c. prin concurs, potrivit legii

456. Alegerile pentru organele de conducere ale Ordinului Asistenților Medicali din România, la nivel național, județean, al municipiului București se organizează:
- o dată la 2 ani
 - o dată la 3 ani
 - o dată la 4 ani
457. Adunarea generală a Ordinului Asistenților Medicali din România se întrunește:
- anual
 - de două ori pe an
 - ori de câte ori este nevoie
458. Biroul Executiv al Ordinului Asistenților Medicali din România este alcătuit din:
- președinte, 3 vicepreședinți, un secretar
 - președinte, 2 vicepreședinți, un secretar
 - președinte, 4 vicepreședinți, un secretar
459. Care din agenții patogeni (bacterii, virusuri, protozoare, fungi) pot produce infecții nosocomiale?
- nici unul;
 - toți;
 - numai bacteriile.
460. Daunele provocate pacientului prin nerespectarea prevederilor Or. MSF. 984/1994 implica după sine responsabilitatea:
- institutiei;
 - individuala;
 - individuala sau după caz a institutiei;
461. Tratatamentul bolnavilor cu colica biliara consta in administrarea de:
- metaclopramid, hemisuccinat de hidrocortizon
 - antibiotice, sedative
 - corectarea tulburarilor hidroelectrolitice
462. Sangerarea intermenstruala de origine uterina se numeste:
- menoragie
 - melena
 - metroragie.
463. In colecistita acuta apare urmatorul tablou clinic:
- durere in hipocondrul drept
 - febra
 - scaderea in greutate.

464. In cazul unui pacient cu colica biliara cu varsaturi incoercibile, acestea pot fi combatute prin administrare de:
- plegomazin fiole
 - torecan tablete
 - emetiral supozitoare.
465. Un pacient cu hemoragie prezinta:
- tahicardie
 - tahipnee
 - cresterea cantitatii de CO_2 in sange.
466. Abcesul sufrenic poate evolua spre:
- resorbtie cu procese aderentiale
 - ocluzie intestinala
 - se poate rupe si provoaca o peritonita generalizata.
467. Nu se pot administra in ulcerul perforat:
- purgative
 - morfina
 - antialgice.
468. Este contraindicata efectuarea examenului radiologic cu sulfat de bariu in:
- gastrita cronica
 - ulcerul gastric perforat
 - hemoragie digestiva.
469. Urmatoarele manifestari pot reprezenta semne de perforatie acoperita:
- debut violent
 - contractura abdominala
 - meteorism intestinal.
470. In colica biliara conduita de urgenta consta in:
- repaus la pat, antispastice, corectarea echilibrului hidro-electrolitic
 - regim alimentar, calmarea durerii, combaterea varsaturilor
 - repaus digestiv, administrare de antibiotice, calmarea durerii cu morfina
471. Pentru un accidentat cu hemoragiese vor lua urmatoarele masuri de urgenta:
- refacerea masei circulante
 - monitorizarea functiilor vitale
 - examinarea morfo-functionala a rinichiului.
472. Urmatoarele simptome sunt caracteristice ulcerului gastric perforat:
- transpiratii reci, facies anxios, puls rapid
 - senzatia de sete accentuata, hipertensiune
 - dureri puternice in epigastru, contractura abdominala.
473. Hemoragiile digestive superioare sunt hemoragiile ce provin din:
- treimea distala a colonului
 - treimea distala a esofagului
 - stomac.

474. Tabloul clinic in hemoragia digestiva superioara se caracterizeaza prin:
- hematemeza
 - rectoragie
 - melena
475. In segmentul de de sub garou se produce:
- navalirea sangelui central in zona de desubtul garoului la scoaterea acestuia, cu scaderea brusca a tensiunii arteriale
 - lezarea vaselor compresate
 - dilatatarea paralitica.
476. Sangele din hemoragia digestiva are culoarea:
- rosu inchis cu resturi alimentare
 - zatlui de cafea digerat
 - rosu aprins, aerat.
477. Un garou aplicat in cazul unei hemoragii arteriale poate produce:
- soc de garou
 - gangrena membrului
 - lezarea vaselor compresate.
478. Hemoragia digestiva se manifesta prin:
- hematemeza
 - melena
 - hemoptizie
479. In cazul ulcerului gastro-duodenal pot aparea urmatoarele complicatii:
- perforatia
 - stenoza
 - sindromul Zollinger-Ellison.
480. Diagnosticul diferential in cazul ulcerului gastroduodenal se face cu urmatoarele afectiuni:
- cancerul gastric, colecistita cronica
 - gastrita cronica, sindromul Zollinger-Ellison
 - hemoragii digestive superioare.
481. Ulcerul gastroduodenal poate fi:
- cronic
 - acut
 - nu are importanta
482. Durerea in ulcerul gastro-duodenal are urmatoarele caracteristici:
- este localizata in epigastru cu iradiere spre rebordul costal
 - are periodicitate, apare inainte de masa, in faza de inceput a ulcerului
 - apare la 2-4 ore dupa masa.
483. In colicistita acuta se pot administra:
- antispastice si morfina
 - antialgice si antibiotice
 - antispastice, antibiotice si mialgin.

484. Aglutinele anti-RH:
- exista in mod normal la persoanele cu RH pozitiv
 - nu exista la cei cu RH negativ
 - exista si la cei cu RH negativ si RH pozitiv.
485. Un accidentat care are grupa AB(IV) RH pozitiv poate primi sangei:
- AB(IV) RH pozitiv
 - B(III) RH negativ
 - O(I) RH pozitiv.
486. Tulburarile care apar in cazul unei hemoragii mari pot fi:
- cresterea tensiunii arteriale, scaderea pulsului
 - diminuarea intr-un timp scurt a cantitatii de sange
 - socul hemoragic.
487. Factorii care pot altera sangele conservat sunt:
- temperatura de plus 4 grade - plus 8 grade Celsius
 - temperatura peste 8 grade Celsius
 - transportul necorespunzator al sangelui.
488. Proba Jeanbrau arata ca sangele donatorului nu este compatibil cu sangele primitorului:
- daca se constata o aglutinare oricat de mica
 - daca se constata o omogenitate perfecta
 - daca se constata aparitia de mici grunji.
489. Cand am primit de la Centrul de Transfuzii sangele izogrup si RH cu cel al primitorului trebuie sa :
- controlam intergritatea flaconului si sa facem transfuzia
 - efectuam proba de compatibilitate Jeanbrau
 - verificam grupa de sange si RH-ul flaconului de sange.
490. La o punga de sange bun de transfuzat, zonele prezente sunt :
- o zona galben-citrin clara
 - o zona mijlocie de culoare albicioasa
 - o zona de aspect lptos.
491. Etapele efectuării unei transfuzii sunt:
- determinarea grupei sanguine si a RH-ului primitorului
 - verificarea flaconului si a valabilitatii sangelui
 - nu sunt necesare aceste etape.
492. Aspectul sangelui din flacon in cazul in care este infectat arata :
- plasma are culoare rosiatica
 - aparitia de cheaguri si grunji
 - plasma are aspect lptos, flocoane mari de fibrina.
493. Avantajele transfuziei indirecte sunt:
- poate fi realizata in autosanitara pe timpul transportului
 - donatorii pot fi controlati
 - prin conservare sangele isi pierde proprietatile initiale.

494. Urmatoarele motive pot constitui cauze pentru ca transfuzia sa nu se desfasoare normal:
- lipirea peretelui venei pe bizoul acului
 - spasmul venos care poate sa apara in timpul socului
 - sangele conservat tinut la temperaturi intre 4 - 8 grade Celsius.
495. Pot constitui cauze pentru ca transfuzia sa nu se desfasoare normal:
- un obstacol pe vena in segmentul superior fata de locul punctiei
 - cand transfuzam cantitati mici de sange O(I) unui primitor din alta grupa
 - presiunea venoasa marita.
496. La transfuzarea plasmei lichide nu sunt necesare urmatoarele etape:
- determinarea grupei
 - proba de compatibilitate pe lama
 - proba de compatibilitate Oehlecker.
497. Tratamentul chirurgical este indicat in urmatoarele situatii:
- calcul coledocian
 - hidrops vezicular
 - complicatii cu infectie (colicistita acuta, piocolicistita).
498. Complicatiile cele mai frecvente intalnite in litiaza biliara sunt:
- angiocolita acuta
 - pancreatita acuta
 - infarctul de mezenter.
499. Profilaxia litiazei biliare presupune:
- tratarea corecta a bolilor de nutritie
 - tratarea corecta a infectiilor biliare si intestinale
 - tratarea corecta a afectiunilor de la nivelul pilorului si a inflamatiilor piloro-duonale.
500. Melena este un scaun cu sange:
- rosu-aprins
 - negru ca pacura
 - urat mirositor.
501. Semnele indirecte in cazul ulcerului gastro-duodenal sunt:
- convergenta pliurilor pana in apropierea nisei
 - nisa neregulata cu baza nodulara
 - retractia curburii mici.
502. Tratamentul chirurgical este recomandat in urmatoarele situatii:
- ulcerul perforat
 - stenoza functionala
 - hemoragii repetate.
503. Factorii ce pot interveni in aparitia litiazei biliare sunt:
- endocrini
 - de teren
 - de mediu.

504. Dereglarea metabolismului hepatic poate determina:
- scaderea raportului saruri biliare/ colesterol
 - modificarea compozitiei chimice si PH-ului bilei infectate
 - modificarea concentratiei de saruri biliare si fosfo-lipide.
505. Diagnosticul diferential in litiaza biliara poate fi facut cu:
- ulcerul gatro-duodenal
 - angiolocolita acuta
 - dischineziile biliare.
506. Diagnosticul diferential in calculoza coledociana prezentand icter va fi facut cu:
- cancerul cailor biliare
 - oditele stenozante
 - pancreatita acuta hemoragica.
507. Diagnosticul diferential in colica biliara va fi facut cu:
- ulcerul gastro-duodenal perforat
 - infarctul mezenteric
 - oditele stenozante.
508. Transfuzia cu masa eritrocitara este indicata in cazul urmatoarelor afectiuni:
- anemiile uremicilor, arsurilor
 - anemii post infectioase
 - anemiile din aplazii medulare
509. Transfuzia cu plasma este indicata in urmatoarele afectiuni:
- ocluzii intestinale, peritonita, pleurizii
 - soc post operator, soc traumatic
 - anemiile din aplaziile medulare.
510. Albumina umana este indicata in:
- soc prin arsuri
 - bolnavi cirofici
 - bolnavi neoplazici,
511. Masa trombocitara va fi folosita in:
- trombocitopenii cu fenomene hemoragice
 - aplazii medulare, boli infectioase
 - soc post operator, soc traumatic.
512. Transfuzia de sange este contraindicata in urmatoarele afectiuni:
- emfizem pulmonar, insuficienta hepato-renala
 - leucemii acute si cronice
 - tromboze venoase, hipertensivi.
513. Pot fi considerate accidente grave ale unei transfuzii:
- socul hemolitic, transmiterea unei boli infectioase
 - hematuria masiva, icterul postranfuzional
 - febra, cefaleea, urticaria.

514. Frisonul din timpul transfuziei sau posttransfuzional poate fi dat de:
- transfuzia cu sange incompatibil din sistemul OAB si RH
 - transfuzia cu sange infectat
 - administrarea de sange care contine alergeni.
515. Accidentele datorate unor greseli tehnice de administrare a sangelui sunt :
- embolia gazoasa si dilatata acuta a inimii
 - edemul pulmonar acut prin administrarea unei cantitati mari de sange
 - socul hemolitic posttransfuzional.
516. Tabloul clinic in embolia gazoasa prezinta :
- dureri toracice puternice cu respiratie ingreunata
 - cianoza, agitatie, puls rapid, hipotensiune
 - paloare, hipertensiune arteriala.
517. Corpii straini exogeni ai conductului auditiv extern pot fi:
- corpi straini neanimati (inerti);
 - corpi straini endogeni;
 - corpi straini animati (vii).
518. In caz de leziune a conductului auditiv sunt prezente urmatoarele simptome:
- excoriatii sau plagi ale conductului ;
 - tumefiere, tegument infiltrat, otalgie ;
 - senzatii de infundare a urechii.
519. Corpul strain viu prezent in coductul auditiv poate fi transformat intr-unul inert prin:
- instilare de ulei de parafina sau glicerina in conduct;
 - spalatura cu ajutorul unei seringi Guyon folosind apa incalzita la 37° C;
 - aplicare in fata conductului a unui tampon imbibat in eter mentinut timp de 3-10 minute.
520. Prezenta unui corp strain la nivelul nasului in cazuri mai vechi determina aparitia urmatoarelor simptome:
- eczema si ragade perinariene;
 - rinoree mucopurulenta, secretie sanghinolenta;
 - hidroree, stranut, lacrimare.
521. Localizarea corpiilor straini in laringe determina urmatoarele simptome:
- dispnee, tiraj, cornaj;
 - cianoza, agitatie, tuse spasmodica;
 - disfagie, durere la deglutitie.
522. Extragerea corpiilor straini implantati in corneea se face astfel:
- cu ajutorul acelor de corpi straini ;
 - cu ajutorul acelor de siringa sterila numai de catre medicul oftalmolog;
 - prin spalare abundenta a sacului conjunctival cu o solutie dezinfectanta.
523. Dupa extractia corpului strain corneean se recomanda:
- pansarea ochiului;
 - se instileaza epitelizante si dezinfectante;
 - se administreaza pe cale generala antiinflamatorii pe baza de cortizon.

524. Bolnavii cu infarct miocardic de obicei :
- sunt sedentari, obezi, mari fumatori, suprasolicitati psihic ;
 - nu au in antecedentele personale sau familiale accidente vasculare cerebrale, cardiopatii ischemice sau arterite ale arterelor pelvine ;
 - prezinta hipercolesterolemie, diabet sau hipertensiune arteriala.
525. Infarctul miocardic :
- poate aparea si la persoane fara antecedente coronariene
 - in special apare la barbati trecuti de 40 de ani.
 - apare in general la barbati trecuti de 40 de ani, cu istorie de angina pectorala in ultimele luni sau ani.
526. In infarctul miocardic perioada prodromala:
- preceda uneori, cu cateva ore instalarea infarctului;
 - se caracterizeaza prin accentuarea intensitatii duratei si frecventei acceselor dureroase la un vechi anginos.
 - de cele mai multe ori lipseste, debutul fiind brusc, brutal, adeseori in repaus sau somn.
527. Perioada prodromala din infarctul miocardic, apare :
- rareori dupa efort, o emotie puternica ;
 - intotdeauna dupa o masa copioasa ;
 - rareori dupa o hemoragie severa, o tahicardie paroxistica.
528. Semnele clinice esentiale in perioada de debut a infarctului miocardic sunt:
- hipertensiunea;
 - febra;
 - durerea si hipotensiunea
529. Perioada de debut in infarctul miocardic:
- este cea mai critica;
 - apare dupa efort ;
 - dureaza 3-5 zile.
530. Durerea in infarctul miocardic :
- are sediul si iradierea similare durerii anginoase;
 - este de intensitate neobisnuit de mare ;
 - dureaza mai multe saptamani chiar luni.
531. Examenul electrocardiografic este obligatoriu in infarctul miocardic pentru :
- evidentierea unor zgomote cardiace ;
 - confirmarea diagnosticului ;
 - precizarea fazei evolutive si a localizarii.
532. Examenul de laborator in infarctul miocardic arata:
- accelerarea vitezei de sedimentare a hematiilor;
 - leucocitoza;
 - scaderea fibrinogenului.

533. Durerea in infarctul miocardic :
- se calmeaza prin repaus ;
 - se calmeaza prin administrare de nitrati ;
 - cedeaza la opiacee.
534. Perioada de stare in infarctul miocardic se caracterizeaza prin :
- disparitia febrei, asteniei, normalizarea TA ;
 - aparitia durerii moderate precordiale;
 - o durata de 4 - 5 saptamani .
535. Convalescenta in infarctul miocardic se caracterizeaza:
- anatomic prin formarea unei cicatrice membranoase;
 - clinic prin restabilizarea lenta a capacitatii de munca;
 - anatomic prin formarea unei cicatrice fibroase;
536. Durerea din infarctul miocardic:
- dureaza mai multe ore si uneori chiar zile ;
 - dureaza 10 - 20 minute.
 - se insoteste de o stare de mare anxietate, agitatie, zbucium si senzatie de moarte iminenta.
537. Angorul pectoral se caracterizeaza prin :
- crize dureroase cu iradiere pana la ultimele doua degete ;
 - crize dureroase paraxistice cu iradiere in cazurile tipice in umarul stang. , bratul si antebratul stang;
 - crize dureroase paroxistice, localizate de cele mai multe ori inapoia sternului.
538. Cauzele determinante ale angorului pectoral sunt :
- arteroscleroza coronariana
 - coronarita reumatismala, tromboangeita obliteranta;
 - stenoza aortica, stenoza mitrala.
539. In angorul pectoral bolnavul indica sediul durerii toracice :
- cu intreaga palma sau cu ambele palme ;
 - cu un singur deget ;
 - in plin stern (semnul " pumnului strans ").
540. Durerea in angorul pectoral :
- apare in timpul efortului ;
 - da senzatia de constrictie ;
 - poate lua aspectul de arsura, de presiune.
541. Iradierile atipice in angorul pectoral sunt:
- in maxilarul inferior, spre umarul drept, regiunea interscapulara, hipocondrul drept;
 - in umarul stang si de-a lungul membrului superior stang pe marginea cubitala ;
 - la baza gatului .
542. Durata durerii in angorul pectoral este :
- 2-3 minute
 - mai rar pana la 10 -15 minute ;
 - mai mult de 30 de minute.

543. Testul patognomonic in angina pectorala :
- se caracterizeaza prin ineficienta terapeutica a Nitroglicerinei ;
 - constituie un test clinic de diferentiere fata de infarct si sindromul intermediar ;
 - consta in disparitia durerii la Nitroglicerina in 2-3 minute.
544. Criza dureroasa de angor pectoral se instaleaza :
- la adiministarea unor medicamente ;
 - concomitent cu un efort fizic, emotional, digestiv ;
 - cand bolnavul iese din camera incalzita in atmosfera rece sau geroasa.
545. Moartea clinica :
- dureaza 3-4 minute;
 - este un proces ireversibil ;
 - incepe odata cu stopul cardiac.
546. Stopul respirator consta in oprirea respiratiei:
- cu oprirea inimii;
 - cu prezenta pulsului bun la artera carotida ;
 - permite pe un interval variabil (3-10 minute sau chiar 12 minute) ca reanimarea respiratorie sa aiba succes.
547. Inainte de a incepe reanimarea cardio - respiratorie salvatorul se va asigura foarte rapid ca este intr- adevar vorba de oprire cardiaca prin :
- controlul respiratiei : semnul oglinzii (se pune in fata buzelor oglinda care nu se va aburi cand exista respiratie)
 - controlul pulsatiilor cardiace (puls carotidian, femural) ;
 - controlul reflexului pupilar (midriaza).
548. Respiratia artificiala trebuie continuata :
- pana la reluarea miscarilor respiratorii spontane eficiente ;
 - pana la instituirea ventilatiei mecanice controlate;
 - pana se ajunge la o unitate spitaliceasca.
549. Stopul cardiac:
- este urmat de stopul respirator in 10-20 sec. ;
 - este urmat in mod invariabil si de stopul respirator in 20-30 sec.
 - determina si oprirea circulatiei cerebrale.
550. Deficitul motor apare în:
- sindromul hemiplegic
 - sindromul paraplegic și tetraplegic
 - nevralgia sciatică
551. Cele mai frecvente sindroame musculare sunt:
- miopatia
 - miotonia
 - radiculitele

552. Sindromul de neuron motor periferic , cu tulburări de sensibilitate importantă , apare și în:
- poliradiculonevrita
 - "sindromul de coadă de cal"
 - sindromul meningian
553. Arsurile de gradul I se produc datorită unor agenți termici care acționează:
- timp scurt
 - care au o putere calorică moderată
 - timp îndelungat
554. Arsura de gradul I se caracterizează prin:
- distrugerea tuturor straturilor epidermului
 - eritem, edem, căldură locală, usturime
 - distrugerea straturilor superficiale ale epidermului
555. Arsura de gradul III se caracterizează prin:
- interesarea epidermului și parțial a dermului
 - apariția flictenelor sero-sanguinolente
 - cicatrizare rapidă cu restituția ad integrum
556. Tabloul de laborator din șocul arsurilor se caracterizează prin:
- hemoconcentrație
 - scăderea numărului de hematii și leucocite
 - creșterea numărului de hematii și a hematocritului
557. În caz că șocul a durat mult sau nu a fost tratat corect pot apărea ca și complicații :
- insuficiența cardiacă
 - alterări renale cu albuminurie, glicozurie și hematurie
 - infecția arsurilor
558. Ce complicații pot apărea într-o arsură întinsă?
- șoc hipovolemic
 - infecție, nefrită, bronhopneumonie, hemoragie digestivă
 - escare, intoxicația centrilor nervoși cerebrali, urmată de confuzii, pierderi de cunoștință, paralizii
559. Acordarea primelor îngrijiri la bolnavii cu arsuri întinse se va face:
- la locul accidentului
 - la dispensarul medical
 - în sala de operații, în condiții de asepsie și antisepsie
560. Îndepărtarea victimei de curentul electric se va face:
- cu mâinile, neexistând nici un pericol
 - împingerea victimei de lângă sursa de curent cu o bucată de lemn
 - împingerea prin intermediul unei haine groase, împăturite
561. Tratamentul în arsurile prin iradiere trebuie să vizeze dezactivarea radioactivă prin spălături abundente cu:
- apă și săpun
 - soluții antiseptice
 - soluții acide slabe

562. Epidemiologia este o stiinta medicala care studiaza :
- bolile cu raspandire in populatie ;
 - bolile cu raspandire mare in populatie, ce creeaza probleme de sanatate publica, perturband dezvoltarea normala a societatii;
 - boli cardiovasculare, neoplaziile, accidentele rutiere, boli psihice, sinuciderile etc.
563. Profilaxia generala presupune :
- masurile permanente cu caracter general si educatie sanitara ;
 - supravegherea si controlul preventiv al factorilor epidemiogeni ;
 - masuri tranzitorii care inceteaza o data cu stingerea focarului de infectie.
564. Profilaxia speciala se refera la :
- masurile ce trebuie luate in focar pentru combaterea unei boli infectioase;
 - prevenirea unor noi cazuri secundare;
 - masurile indreptate impotriva spectrului de morbiditate .
565. Triajul epidemiologic presupune :
- termometrizarea, ex. tegumentelor, cavitatii bucale si conjunctivelor ;
 - masurarea T. A. puls, diureza;
 - informarea privind eventualele contacte la domiciliu .
566. Triajul epidemiologic se efectueaza :
- zilnic, in crese si gradinite, inainte de intrarea in colectivitate;
 - in crese si gradinite, dupa intrarea copiilor in colectivitate;
 - la prezentarea copiilor in tabere si la reinceperea cursurilor dupa vacanta .
567. Termometrizarea zilnica, in cadrul triajului epidemiologic, se efectueaza :
- de catre asistenta medicala ;
 - saptamanal, la copiii din crese si gradinite;
 - zilnic, la copiii suspecti sau bolnavi din crese si gradinite .
568. Mijloacele mecanice de dezinfectie sunt:
- spalarea, aerisirea, ventilatia;
 - stergerea umeda a suprafetelor, folosind agenti chimici;
 - radiatii ultraviolete .
569. Metodele fizice de dezinfectie :
- sunt reprezentate in principal de caldura uscata, umeda si radiatii u. v. ;
 - se bazeaza pe reactia de oxidare, hidroliza si precipitare ;
 - se realizeaza prin denaturarea proteinelor .
570. Dezinfectia prin metode chimice se realizeaza prin :
- spalarea si / sau stergerea cu substante dezinfectante ;
 - scufundarea in substante dezinfectante;
 - iradierea cu ultraviolete pentru dezinfectia aerului .
571. Vaccinoprofilaxia utilizeaza :
- vaccinuri corpusculare din culturi de germeni vii, atenuati;
 - vaccinuri preparate din toxine detoxificate, transformate in anatoxine;
 - vaccinuri din culturi de germeni vii neatenuati, pentru eficienta sporita.

572. Anginele sunt :
- cele mai frecvente infectii streptococice;
 - inflamatii ale istmului faringian;
 - afectiuni intalnite numai la copii .
573. . Manifestarile locale cele mai frecvente in angina streptococica sunt :
- odinofagia;
 - congestia intensa a fundului de gat ;
 - false membrane .
574. Perioada de incubatie in scarlatina dureaza:
- 1-2 zile ;
 - 1-10 zile;
 - 3-6 zile .
575. Complicatiile imunoalergice ale scarlatinei se instaleaza la 15 - 25 zile de la debutul bolii si pot fi :
- glomerulonefrita difuza acuta;
 - reumatismul articular acut ;
 - colica biliara .
576. Profilaxia scarlatinei include :
- masuri de izolare, de supraveghere a contactilor timp de 10 zile , tratament cu penicilina al purtatorilor ;
 - masuri de dezinfectie in focar de tip continuu si terminal, atat in colectivitati, cat si in locuinte;
 - supraveghere facultativa a bolnavului .
577. Ingrijirea unui bolnav cu scarlatina include :
- aplicarea de comprese reci pe frunte;
 - combaterea pruritului cu lotiuni de alcool mentolat;
 - regim hiperprotidic.
578. Problemele pacientului cu scarlatina pot fi :
- alterarea confortului legat de durerea de cap si febra;
 - varsaturi si cefalee din cauza edemului cerebral infectios;
 - hiperdinamie, agitatie legata de starea toxica .
579. Interventiile asistentei medicale pentru prevenirea complicatiilor la un pacient cu scarlatina constau in :
- combaterea pruritului ;
 - ingrijirea cavitatii bucale, de 2 ori pe ora;
 - repaus la pat, cel putin 7 zile .
580. Tratamentul etiologic in scarlatina cuprinde :
- administrarea de penicilina, eritromicina, la indicatia medicului;
 - continuarea tratamentului la externare cu moldamin ;
 - administrarea de hidroclortizon acetat .

581. Rujeola se manifesta clinic in perioada de debut prin :
- febra moderata, catar (nazal, bronsic, ocular), enemtem;
 - catar nazal, febra inalta, diaree;
 - febra +catar + semnul Koplick.
582. Perioada eruptiva din rujeola se caracterizeaza prin :
- cresterea mare a febrei;
 - eruptia maculopapuloasa incepe la fata si se generalizeaza descendent in 3 zile;
 - eruptia micropapuloasa cu fond congestiv, aspra la pipait.
583. Patagnomonic pentru rujeola este :
- semnul Barsieri;
 - semnul Koplick;
 - catar ocular, nazo-bronsic.
584. In rujeola eruptia :
- este insotita de prurit ;
 - nu este insotita de prurit;
 - nu produce prurit.
585. La aparitia unui caz de rujeola se procedeaza la :
- izolarea bolnavului in spital sau la domiciliu pe perioada contagiozitatii;
 - urmarirea contactilor nevaccinati sau care nu au trecut prin boala ;
 - administrarea de imunoglobuline dupa 5 zile de la contact.
586. Manifestarile de dependenta la un pacient cu rujeola in perioada de incubatie sunt:
- febra, frisoane, tahipnee;
 - greturi, varsaturi, dureri abdominale;
 - apatie, imobilitate.
587. In perioada eruptiva din rujeola apare:
- exantemul - macule de culoare rosie (pe fata, dupa urechi, gat);
 - inapetenta, stare de neliniste, nervozitate;
 - tegumente palide, reci.
588. Interventiile asistentei medicale la un pacient cu rujeola vizeaza :
- pastrarea permeabilitatii cailor respiratorii;
 - reechilibrarea hidro-electrolitica;
 - imobilizarea pacientului in perioada eruptive.
589. Problemele pacientului cu rujeola pot fi:
- dispnee cu polipnee cauzata de febra;
 - potential de deficit de lichide legat de varsaturi, transpiratii;
 - hipotermie .
590. Interventiile asistentei medicale pentru diminuarea obstructiei cailor respiratorii, tusei, polipneei constau in:
- aplicarea compreselor hipotermizante ;
 - umidificarea aerului din incapere;
 - administrarea medicatiei prescrise de medic .

591. Rubeola este o boala :
- infecioasa, virala, ce evolueaza favorabil , cu adenopatii, eruptie micropapuloasa fugace si febra inconstanta ;
 - cu izolare la domiciliu ;
 - cu contagiozitate majora ce impune internarea obligatorie in spital.
592. In rubeola, modul de transmitere este :
- aerogen;
 - prin contact cu obiecte recent contaminate de secretii;
 - digestiv.
593. Alaturi de eruptie, un alt simptom cardinal in rubeola este :
- poliadenopatia;
 - febra inalta la adulti;
 - ciclul lingual .
594. Dintre rarele complicatii ale rubeolei se pot mentiona :
- poliartrita;
 - purpura trombocitopenica si meningoencefalita;
 - reumatismul articular acut .
595. Tratamentul rubeolei este :
- simptomatic;
 - etiologic;
 - igienic .
596. Orhita urliana, complicatie a parotiditei epidemice, apare la:
- fete;
 - baieti;
 - dupa pubertate .
597. Calea de transmitere in tusea convulsiva este :
- aerogena, prin picaturi din secretiile respiratorii expulzate prin tuse;
 - digestiva, prin maini murdare ;
 - prin obiecte recent contaminate .
598. Tusea convulsiva, evolueaza endemo-epidemic cu " ingrosari" epidemice la sfarsitul
- iernii;
 - primaverii;
 - verii.
599. Izvorul epidemiologic in poliomielita este omul infectat, calea de transmitere fiind :
- fecal-oral;
 - aerogena, prin contact intim la inceputul bolii ;
 - parenterala.
600. Poliomielita face parte din categoria bolilor transmisibile :
- cu declarare nominala obligatorie;
 - internare si tratament obligatoriu in spital ;
 - tratament la domiciliu si izolare obligatorie .

601. Sindromul meningian - un grup de simptome si semne, apare in :
- meningita tuberculoasa;
 - meningita seroasa ;
 - tetanos .
602. Meningita meningococica detine primul loc ca frecventa in etiologia meningitelor purulente la:
- copii;
 - adulti peste 40 ani;
 - tineri .
603. Calea de transmitere a meningitei poate fi :
- hematogena ;
 - prin contiguitate ;
 - aerogena .
604. Simptomatologia afectarii meningiene cuprinde :
- febra, cefalee puternica, fotofobie;
 - varsaturi si somnolenta pana la coma;
 - subfebrilitate, agitatie, greata.
605. Encefalitele acute postinfectioase survin in convalescenta unor boli infectioase precum:
- rujeola;
 - varicela;
 - hepatita virala A.
606. Tabloul clinic in encefalita cuprinde :
- febra, cefalee, tulburari de senzoriu;
 - convulsii, diverse paralizii ;
 - greturi, varsaturi, oligurie.
607. Tratamentul encefalitei consta in :
- chimioterapie antivirala;
 - medicatie antiinflamatorie si antiedematoasa;
 - imunoterapie cu imonoglobuline specifice .
608. Profilaxia encefalitelor virale :
- cuprinde protectia celor expusi prin masuri generale sau prin vaccinuri formolate;
 - urmareste combaterea vectorilor;
 - consta in protectie generala prin vaccinare specifica .
609. Boala acuta ce apare sporadic sau epidemic in urma consumului de alimente contaminate cu diverse bacterii se numeste:
- rujeola;
 - toxiinfectie alimentara;
 - parotidita epidemica.

610. Toxiinfecțiile alimentare survin în urma unor situații patogene :
a. prin ingestia toxinei eliberată în aliment;
b. prin ingestia unor alimente în care germenul s-a dezvoltat în foarte mare cantitate;
c. în parazitoza intestinală .
611. Febra tifoidă este o boală:
a. transmisibilă cu declarare obligatorie;
b. specifică omului ;
c. produsă de *Rickettsia Proxazekii*.
612. În febra tifoidă este obligatorie:
a. spitalizarea;
b. declararea nominală;
c. imobilizarea pacientului.
613. Receptivitatea la dizenterie este generală, mai mare la :
a. copii sub 5 ani;
b. varstnici;
c. bărbați.
614. Tetanosul impune :
a. izolarea obligatorie în spital ;
b. declararea nominală obligatorie;
c. regimul alimentar strict .
615. Injecțiile vor fi administrate numai dacă:
a. fiolele sunt etichetate și, atât denumirea cât și dozajul să corespundă celor prescrise;
b. aspectul soluției de injecție să fie clar , transparent, fără precipitate
c. să aibă data de valabilitate , dar poate să fie precipitat;
616. La administrarea injecției este necesar să verifice;
a. integritatea fiolei;
b. integritatea seringii și data valabilității;
c. nu are importanță nici o variantă din cele enumerate;
617. Cauzele toxice care pot provoca ciroza hepatică sunt:
a. alcoolul;
b. toxice industriale;
c. medicamente hepatotrolice;
618. Care sunt tipurile de ciroză alcoolică ;
a. ciroză atrofică;
b. ciroză hipertrofică;
c. ciroză splenogenă;
619. În ciroza hepatică icterul poate fi:
a. episodic;
b. cu caracter permanent;
c. nu apare icter;

620. Stadiile descrise in ciroza hepatica sunt:
- a. stadiu compensat;
 - b. stadiul decompensat;
 - c. stadiul vascular;
621. In stadiul decompensat al cirozei hepatice apare :
- a. ascita;
 - b. edemul membranelor inferioare;
 - c. icter;
622. Tulburarile hemoragice ce apar in evolutia bolnavilor cu ciroza hepatica sunt :
- a. varice esofagiene care se rup;
 - b. scaderea factorilor de coagulare in sange;
 - c. ingestia de medicamente;
623. Etiologia cirozei atrofice poate fi:
- a. etiologie alcoolica;
 - b. etiologie virala;
 - c. etiologie necunoscuta;
624. Cele mai frecvente complicatii in cirozele hepatice sunt:
- a. hemoragia digestive superioara
 - b. encefalopatia portala;
 - c. HTA;
- 625 In cazul hemoragiei digestive prognosticul este:
- a. rezervat;
 - b. este o stare trecatoare;
 - c. rezervat atat imediat cat si de viitor;
- 626 Coma hepatica din ciroze poate aparea in cazul;
- a. insuficientei hepatice;
 - b. in encefalopatia hepatoportala;
 - c. in insuficienta renala;
627. Cele mai importante masuri de profilaxia in ciroza hepatica sunt:
- a. tratamentul corect al hepatitei;
 - b. dispensarizarea indelungata;
 - c. interventia chirurgicala;
628. In cazul ascitei dieta va fi:
- a. desodata;
 - b. hipersodata;
 - c. bogata in potasiu;
- 629 Splenectomia este indicata:
- a. in profilactic;
 - b. in ciroza de tip Bantian;
 - c. in hipersplenismul sever;

630. Paracenteza se recomanda:
- in toate cazurile de ascita;
 - numai de necesitate;
 - daca afecteaza functiile respiratorii;
631. Masurile de ingrijire in cazul cirozei hepatice constau in:
- izolarea bolnavului;
 - aerisirea camerei;
 - schimbarea frecventa a pozitiei bolnavului;
632. In ciroza hepatica aportul de lichide va fi:
- echilibrat ;
 - hiperhidratare;
 - parenteral si peros;
633. Cauzele ce determina decompensarea cirozei hepatice sunt:
- boli infectioase;
 - un pranz copios completat de efort fizic;
 - hemoragii digestive si interventii chirurgicale ;
634. Entorsa este o afectiune traumatică a articulației caracterizată prin:
- întindere a ligamentelor și capsulei articulare
 - rupturi a ligamentelor
 - afecțiune cronică a articulației
635. Entorsele sunt afectiuni:
- simple
 - în care apar leziuni de vase și dezinserții ligamentare
 - lipsite de importanță
636. Simptomele entorsei sunt:
- durerea
 - impotență funcțională
 - febra
637. Hemartroza se definește prin:
- prezența sângelui în cavitatea articulației
 - prezența apei în cavitatea articulației
 - apare numai în articulația genunchiului sau în orice articulație
638. Echimoza apare in:
- numai când s-au produs smulgeri de ligamente și rupturi de vase
 - smulgeri de fragmente osoase
 - orice entorsă
639. Măsurile de urgență într-o entorsă constau în:
- calmarea durerii
 - imobilizarea articulației într-o fașă simplă sau gipsată
 - aplicarea unei atele

640. Intervenția chirurgicală este obligatorie:
- în cazul unor smulgeri de ligamente pe suprafețe mari
 - în cazul rupturilor de menisc
 - după imobilizarea articulației și calmarea durerii
641. Entorsa tratată incorect poate produce:
- artroză în articulația respectivă
 - limitarea mobilității articulației
 - durere
642. Luxația poate apare datorită unui traumatism:
- violent
 - mai puțin violent
 - nu are importanță intensitatea traumatismului
643. Din următoarele afecțiuni traumatice sunt luxații:
- disjunctia
 - diastazis
 - deformarea regiunii
644. Luxația se caracterizează prin:
- durere vie și impotență funcțională
 - echimoză, hematom, deformarea regiunii articulare
 - febră
645. Examenul radiologic este obligatoriu în luxații:
- arată poziția în care se află segmentele luxate
 - arată dacă nu există o fractură concomitentă
 - nu este obligatoriu
646. Tratamentul luxației se va face:
- cât mai urgent posibil
 - se face sub anestezie generală
 - se face după ce se administrează calmante
647. Reducerea luxației se face sub anestezie generală pe cale:
- ortopedică (nesângerândă)
 - chirurgicală (sângerândă)
 - dacă reducerea luxației nu reușește pe cale ortopedică (nesângerândă) se va face pe cale chirurgicală (sângerândă)
648. După o perioadă de imobilizare în cazul unei luxații tratamentul de recuperare balneo-fizio-kinetoterapie este:
- indicat
 - contraindicat
 - indicat și asociat cu tratamente specifice
649. Echimoza într-o fractură apare:
- la scurt timp după producerea fracturii în cazul fracturii vaselor superficiale
 - mai târziu când este interesat un segment de os acoperit de mase musculare mari
 - echimoza nu apare în fracturi

650. În cazul unei fracturi, deformarea regiunii este un semn:
- extrem de important
 - este vizibil la vasele care se găsesc în contact direct cu pielea
 - în fracturi nu apare deformarea regiunii
651. În cazul unei fracturi apar următoarele semne locale:
- întreruperea continuității osului
 - impotență funcțională datorită lipsei de continuitate a pârgheii osoase
 - hipotermii
652. Asiguram ca măsurile de prim ajutor la locul accidentului în cazul unor fracturi ale membrului:
- o fractură trebuie imediat imobilizată provizoriu
 - se va administra un calmant pentru combaterea durerii
 - oxigenoterapie
653. Imobilizarea provizorie se face cu atele care se aplică:
- de o parte și de alta a segmentului zonei fracturate a membrului respectiv
 - se vor strânge moderat între ele cu un bandaj
 - se va face un pansament compresiv
654. În cazul fracturilor deschise se practica următoarele manevre de prim ajutor:
- curățirea plăgii de corpuri străine, hemostaza provizorie, acoperirea plăgii cu un pansament steril
 - reducerea focarului de fractură
 - imobilizarea provizorie și trimiterea de urgență într-un serviciu de specialitate
655. În care dintre articulații, în cazul unor luxații, se poate vorbi de diastazis sau disjunctie?
- articulația șoldului
 - articulația acronioclaviculară
 - articulația celor două oase pubiene
656. Durata de imobilizare în aparat gipsat, după reducerea chirurgicală este:
- aceeași cu reducerea pe cale ortopedică
 - este mai mare cu 20-30 zile față de reducerea ortopedică
 - fac excepția unele fracturi la care s-au putut introduce tije metalice centromedulare
657. Imobilizarea prelungită are drept consecință:
- hipertrofie musculară
 - hipotrofia musculară
 - redoarea articulară
658. Plăgile produse prin mușcături de animal contaminat cu turbare sunt:
- contuze
 - infectate
 - cu marginile regulate
659. Plăgile netratate la timp se pot complica cu:
- lipotimie
 - tromboflebite, septicemie
 - supurații locale

660. După înțepăturile unor insecte (viespi, albine) apar următoarele fenomene:

- a. insuficiența respiratorie acută, edem de glotă
- b. oligoanurie cu insuficiență renală acută
- c. fenomene anafilactice cu edem al feței și gâtului, cefalee

661. În cazul mușcăturii de șarpe se va face:

- a. aplicarea garoului pentru împiedicarea difuziunii
- b. perfuzii cu ser fiziologic sau glucozat
- c. sucțiunea veninului sau excizie largă a plăgii mușcate

662. Condițiile care , stau la baza efectuării unui bun pansament sunt:

- a. să acopere complet plaga
- b. să aibă o bună putere absorbantă
- c. să fie strâns, ca să nu alunece

663 Avantajele fixării pansamentului cu materiale adezive și nu cu fașă sunt:

- a. execuție mult mai rapidă și nedureroasă pentru bolnav
- b. se execută fără a ridica bolnavul sau segmentul respectiv
- c. să îndepărtează mult mai simplă și mai ușor

664. Condițiile unui bun bandaj sunt:

- a. înfășurarea se execută cu mișcări bine coordonate evitând provocarea de dureri
- b. înfășurarea se va face de la stânga la dreapta (celui care execută)
- c. înfășurarea se va face compresiv pentru a menține pansamentul

665 Când se execută înfășurarea sub formă de spic (spica)?

- a. pentru realizarea unei compresiuni asupra unei articulații
- b. pentru a menține un pansament în care se fac mișcări ample
- c. pentru menținerea pansamentului la nivelul nasului și bărbiei

666. Prevenirea escarelor la bolnavul imobilizat timp îndelungat se face prin :

- a. schimbarea poziției în pat
- b. masaj zilnic, fricțiuni cu alcool urmate de pudrare cu talc
- c. schimbarea poziției în pat nu este importantă dacă se face masaj zilnic

667. La bolnavii imobilizați la pat timp îndelungat pot apărea ca și complicații:

- a. pneumonii hipostatice
- b. tromboze ale membrelor inferioare
- c. hipertensiune, tahicardie

668. Imobilizarea îndelungată a unor bolnavi la pat este:

- a. o măsură terapeutică
- b. consecința anumitor afecțiuni grave
- c. o măsură de supraveghere a bolnavului

669. Imobilizarea bolnavului la pat este o măsură terapeutică în caz de:

- a. fracturi, traumatisme
- b. infarct miocardic
- c. insuficiență cardiacă

670. Din complicațiile enumerate mai jos trebuie prevenite la bolnavii imobilizați la pat:
- formarea trombozelor, pneumoniilor hipostatice
 - atrofierea musculară, escarele de decubit
 - hipotensiune arterială
671. Inactivitatea îndelungată a bolnavilor imobilizați la pat poate avea repercursiuni asupra sistemului osos producând:
- rarefierea structurii osoase
 - aparitia osteoporozei de inactivitate
 - artroze
672. Tipul de saltea recomandat pentru bolnavii imobilizați timp îndelungat?
- saltea cu structură de burete
 - saltea din material plastic cu structură de burete
 - saltea antidecubit
673. Confortul bolnavului imobilizat la pat trebuie asigurat prin:
- prin schimbări pasive de poziție
 - schimbarea poziției se va face cu ajutorul unor utilaje auxiliare
 - schimbarea poziției este contraindicată la bolnavii imobilizați
674. Rolul asistentei medicale în asigurarea confortului bolnavilor imobilizați consta în:
- asistenta trebuie să aranjeze totul la îndemâna bolnavului
 - asistenta trebuie să explice modul de utilizare a declanșatorului de semnalizare (sonerie)
 - să explice bolnavului programul secției
675. Examinările complementare de laborator la bolnavii imobilizați se vor face:
- astfel ca bolnavul să nu fie ridicat din pat
 - bolnavul va fi transportat cu patul
 - bolnavul va fi transportat cu căruciorul cu roțile
676. Apariția trombozelor venoase poate fi prevenită prin:
- masaj ușor al membrilor
 - mobilizarea activă sau pasivă a degetelor picioarelor și mâinilor, eventual a gambelor și antebrațelor
 - tratament medicamentos
677. Masajul aplicat în măsura prescrisă de medic previne:
- aparitia atrofiilor musculare
 - într-o oarecare măsură apariția osteoporozei
 - aparitia complicațiilor cardio-vasculare
678. Prevenirea pneumoniilor hipostatice se face prin următoarele metode:
- gimnastică respiratorie
 - ridicarea bolnavului în poziție semișezând
 - aerisirea salonului de mai multe ori pe zi
679. Stimularea funcțiilor pielii și a circulației cutanate, tonificarea vaselor superficiale se va face zilnic prin:
- toaletă zilnică
 - freționare cu alcool diluat pe toată suprafața corpului
 - aplicare de comprese umede

680. Prin asigurarea unei poziții corecte în pat pot fi prevenite apariția:
- deformărilor articulare
 - poziției vicioase ale membrilor și coloanei vertebrale
 - complicațiilor respiratorii
681. Comportamentul personalului medical care îngrijește bolnavii imobilizați timp îndelungat trebuie să fie caracterizat prin:
- atitudine calmă, plină de blândete
 - gesturi lipsite de repezeală, promptitudine
 - professionalism
682. După terminarea perioadei de imobilizare îndelungată la pat reluarea activității se va face prin:
- mobilizarea progresivă cu mare precauție
 - mobilizarea se va face numai la indicația medicului
 - mobilizarea se va face în funcție de voința bolnavului
683. La mobilizarea bolnavului se va supraveghea cu atenție:
- pulsul, TA, respirația
 - colorația tegumentelor și mucoaselor
 - starea de echilibru
684. Imobilizarea îndelungată a bolnavilor la pat este consecința unor afecțiuni grave în caz de:
- accidente vasculare cerebrale
 - paralizii, leziuni a membrilor inferioare
 - boli reumatismale
685. Imobilizarea bolnavului la pat este o măsură terapeutică în caz de:
- fracturi, traumatisme
 - infarct miocardic
 - afecțiuni respiratorii
686. Socul este o gravă tulburare funcțională a întregului organism exteriorizată clinic prin:
- prăbușirea circulației
 - tulburarea echilibrelor metabolice
 - insuficiență respiratorie acută
687. În apariția șocului joacă un rol important:
- intensitatea agentului declanșator
 - posibilitățile de apărare ale SNC
 - hipoperfuzia tisulară
688. Alterarea gravă a funcțiilor organismului în șoc se datorează:
- scăderii aportului de oxigen
 - dereglării mecanismelor de echilibru corticosubcortical
 - creșterii produșilor toxici rezultați din metabolism și care se acumulează în sânge
689. Socul traumatic se poate combina cu o varietate de șocuri, dar mai ales cu:
- șocul hipovolemic
 - șocul hemoragic
 - șocul septic

690. Prevenirea șocului anafilactic se poate face prin:
- testarea sensibilității la substanțele iodate, antibiotice
 - anamneza corectă a bolnavilor
 - administrarea de antihistaminice de sinteză (Romergan, Feniramin)
691. Modificările hemodinamice care se produc în șocul decompensat sunt:
- creșterea volumului circulant
 - creșterea patului vascular prin vasodilatație
 - pierderea de electroliți
692. Coma hipoglicemică are următoarele caracteristici:
- este de obicei profundă
 - pielea este uscată
 - respirația este de tip Cheyne-Stockes
693. Coma diabetică este totdeauna precedată de o fază prodromală caracterizată clinic prin:
- polipnee cu halenă acetonică
 - anorexie totală însoțită de grețuri, vărsături
 - deshidratare totală
694. Pe lângă cele trei semne majore, pacientul cu comă diabetică mai poate prezenta:
- dureri abdominale
 - senzație de foame
 - halenă acetonică
695. Cauzele comei hipoglicemice sunt:
- doză insuficientă de insulină
 - alimentație insuficientă
 - eforturi fizice mari
696. Tabloul clinic al comei hipoglicemice se caracterizează prin:
- transpirații profuze
 - piele uscată
 - agitație psihic
697. Coma hipoglicemică la un pacient diabetic se diferențiază de coma diabetică prin:
- absența respirației de tip Kussmaul și a halenei acetonice
 - absența fenomenelor de deshidratare
 - creșterea tensiunii arteriale
698. Coma hipoglicemică poate fi precedată de:
- foame imperioasă
 - senzație de greață
 - agitație psiho-motorie
699. Măsurile de ordin general care trebuie întreprinse în cazul șocului traumatic sunt:
- înlăturarea factorului șocogen
 - administrarea de lichide per os
 - aprecierea rapidă a stării funcțiilor vitale

700. Pacientul aflat în șoc decompensat (faza șocului ireversibil) prezintă următoarele semne:
- este liniștit, somnolent
 - extremități cianotice
 - este inconștient
701. Socul poate fi determinat de:
- pierderi masive de sânge
 - transfuzii de sânge
 - dezechilibre metabolice
702. Socul se deosebește de colaps prin următoarele elemente:
- este o manifestare hemodinamică și metabolică
 - este o perturbare gravă și durabilă
 - este o manifestare exclusiv hemodinamică - scăderea tensiunii arteriale, de obicei tranzitorie
703. În tratamentul șocului hipovolemic este importantă:
- administrarea de oxigen
 - refacerea volemiei
 - administrarea de vasopresoare
704. Combaterea hipovolemiei se face prin administrare de:
- Dextran 70 în soluție de NaCl, 1000-1500 ml
 - Ser fiziologic
 - Soluție Ringer lactat
- 705 Diabetul zaharat tip 2 se caracterizează prin următoarele:
- apare la persoane tinere
 - debutul este insidios
 - evoluția este progresivă
706. Semnele neurologice întâlnite în coma hipoglicemică sunt:
- convulsii, uneori crize epileptiforme, contracturi puternice cu înclăștarea gurii
 - semnul Babinski prezent bilateral
 - semnul Babinski absent, reflexe abolite
- 707 Diagnosticul diferențial al diabetului zaharat se face cu:
- diabetul insipid
 - diabetul femeii însărcinate
 - diabetul renal
- 708 Complicațiile diabetului zaharat pot fi:
- acute
 - cronice
 - vasculare
- 709 Compensarea acidozei în șoc se face prin administrarea de:
- soluție Ringer - lactat
 - bicarbonat de sodiu izo sau hipertonic
 - THAM 100-150 ml

720. Hidratarea bolnavului în comă se face sub controlul:
- glicemiei, pH-ului sanguin
 - ionogramei
 - echilibrului acido-bazic
721. În raport cu gravitatea șocului apar următoarele semne:
- tensiunea arterială scade
 - pulsul se accelerează
 - pupilele sunt micșorate
722. În majoritatea cazurilor debutul diabetului zaharat este:
- insidios
 - atipic
 - brutal
723. Infecția nozocomială este:
- infecția contactată în spital sau alte unități sanitare cu paturi ;
 - infecția care se referă la orice boală datorată microorganismelor ;
 - infecția dobândită în spital și uneori diagnosticată după ieșirea din spital.
- 724 . Atribuțiile asistentei medicale în prevenirea infecțiilor nozocomiale cuprind:
- respectarea regulilor de tehnică aseptică în efectuarea tratamentelor prescrise;
 - supravegherea menținerii condițiilor de igienă și a toaletei bolnavilor imobilizați;
 - supravegherea aplicării tratamentului cu antibiotice în funcție de antibiograma și evoluția clinică a bolnavului .
725. În cadrul Precauțiilor Universale este considerat factorul de risc contactul tegumentelor și mucoaselor cu următoarele produse :
- lichid amniotic, lichid peritoneal, LCR, lichid sinovial;
 - sperma și secreții vaginale;
 - sputa, secreții nazofaringiene .
726. Regulile de bază în aplicarea Precauțiilor Universale consideră:
- toți pacienți potențial infectați;
 - toți pacienții sunt potențial sănătoși ;
 - ca acele și alte obiecte folosite în practica medicală sunt contaminate după utilizare .
727. Aplicarea Precauțiilor Universale se referă la :
- prevenirea accidentelor și a altor tipuri de expunere profesională ;
 - personalul infectat cu Hbs;
 - utilizarea echipamentului de protecție adecvat, complet, corect.
728. Echipamentul de protecție este :
- bariera între lucrător și sursa de infecție;
 - utilizat în timpul activităților care presupun risc de infecție ;
 - alcatuit din halat și încălțăminte de spital .

710. Tratamentul în șocul hemoragic va urmări:
- compensarea pierderilor prin transfuzie de sânge izogrup și Rh
 - administrarea de vasopresoare
 - administrarea de substituenți volemici
711. Terapia antișoc va ține până când:
- TA crește, pulsul se regularizează, culoarea tegumentelor și mucoaselor se normalizează
 - diureza crește la peste 40 ml/h, bolnavul e conștient, cooperant
 - dispare midriaza, tegumentele devin calde
712. În stadiu de comă diabetică se remarcă:
- scăderea rezervei alcaline
 - creșterea pH-ului
 - creșterea acidozei metabolice
713. Hipoglicemia ușoară este caracterizată prin transpirații profuze, amețeli, astenie, foame exagerată. Aceste fenomene credează după:
- ingestia de glucide
 - administrare de ser fiziologic
 - administrare de glucoză
714. În șocul anafilactic intubația orotraheală se practică în caz de:
- asfixie
 - spasm laringian
 - bronhospasm prelungit
715. Tratamentul comei diabetice în spital trebuie să fie:
- etapizat pe ore
 - în funcție de valorile ionogramei
 - strict individualizat
716. Insulina cu acțiune rapidă se poate administra:
- numai subcutanat
 - subcutanat
 - intravenos, la indicația medicului
717. Înainte de administrare flaconul cu insulină trebuie:
- să fie ținut la loc luminos
 - să fie încălzit la temperatura camerei
 - să se agite până se omogenizează
718. Accidentele care pot apărea după administrarea de insulină sunt:
- alergia la insulină, hipoglicemia
 - infecții locale, lipodistrofia
 - cetonuria
719. Administrarea glucozei în coma diabetică se face pentru:
- prevenirea hipoglicemiei
 - echilibrarea hidroelectrolitică
 - dispariția cetozei

729. Spalarea mainilor si a altor parti ale tegumentelor , cel mai important mod de prevenire a contaminarii cu agenti microbieni, se efectueaza :
- inainte si dupa aplicarea unui tratament pacientilor ;
 - dupa scoaterea manusilor de protectie ;
 - numai la intrarea in serviciu .
730. Metodele de prevenire a accidentelor profesionale prin taiere, intepare cu obiecte ascutite, constau in :
- colectarea imediat dupa utilizare in containere rezistente la intepare si taiere, amplasate la indemana si marcate corespunzator ;
 - reducerea de manevre parenterale la minimum necesar;
 - recapisonarea acelor folosite.
731. Asistenta medicala trebuie sa faca identificarea medicamentelor administrate:
- la preluarea acestora;
 - inainte de administrare;
 - la externarea pacientului.
732. Echipamentul de protectie este :
- bariera intre lucrator si sursa de infectie;
 - utilizat in timpul activitatilor care presupun risc de infectie ;
 - alcatuit din halat si incaltaminte de spital .
733. Spalarea mainilor si a altor parti ale tegumentelor , cel mai important mod de prevenire a contaminarii cu agenti microbieni, se efectueaza :
- inainte si dupa aplicarea unui tratament pacientilor ;
 - dupa scoaterea manusilor de protectie ;
 - numai la intrarea in serviciu .
734. Metodele de prevenire a accidentelor profesionale prin taiere, intepare cu obiecte ascutite, constau in :
- colectarea imediat dupa utilizare in containere rezistente la intepare si taiere, amplasate la indemana si marcate corespunzator ;
 - reducerea de manevre parenterale la minimum necesar;
 - recapisonarea acelor folosite.
735. In cadrul Precautiunilor Universale este considerat factorul de risc contactul tegumentelor si mucoaselor cu urmatoarele produse :
- lichid amniotic, lichid peritoneal, LCR, lichid sinovial;
 - sperma si secretii vaginale;
 - sputa, secretii nazofaringiene .
736. Regulile de baza in aplicarea Precautiunilor Universale considera:
- toti pacienti potential infectati;
 - toti pacientii sunt potential sanatosi ;
 - ca acele si alte obiecte folosite in practica medicala sunt contaminate dupa utilizare .
737. Aplicarea Precautiunilor Universale se refera la :
- prevenirea accidentelor si a altor tipuri de expunere profesionala ;
 - personalul infectat cu Hbs;
 - utilizarea echipamentului de protectie adecvat, complet, corect.

738. Echipamentul de protecție este :
- bariera între lucrător și sursa de infecție;
 - utilizat în timpul activităților care presupun risc de infecție ;
 - alcatuit din halat și încălțăminte de spital .
739. Spălarea mâinilor și a altor părți ale tegumentelor , cel mai important mod de prevenire a contaminării cu agenți microbieni, se efectuează :
- înainte și după aplicarea unui tratament pacienților ;
 - după scoaterea mâinilor de protecție ;
 - numai la intrarea în serviciu .
740. Metodele de prevenire a accidentelor profesionale prin tăiere, întepare cu obiecte ascuțite, constau în :
- colectarea imediat după utilizare în containere rezistente la întepare și tăiere, amplasate la îndemână și marcate corespunzător ;
 - reducerea de manevre parenterale la minimum necesar;
 - recapșonarea acelor folosite.
- 741 . Nerespectarea căilor de administrare a medicamentelor:
- nu influențează intensitatea efectului medicamentelor;
 - are efecte nedorite;
 - duce la complicații locale la locul de administrare a injecțiilor.
742. Asistența medicală:
- este nevoită să trezească bolnavul pentru administrarea medicamentelor simptomatice;
 - trezește bolnavul pentru administrarea medicamentelor etiologice;
 - stabilește orarul de administrare respectând somnul pacientului.
743. Asocierea mai multor medicamente în aceeași seringă:
- menajează bolnavul de întepături;
 - duce la transformarea, precipitarea, degradarea acestora;
 - privește în mod direct medicul.
744. Când administrează tratamentul, asistența medicală:
- lasă la pacient întreaga doză zilnică;
 - administrează personal supozitoarele, picăturile pentru ochi și nas;
 - administrează întâi tabletele, soluțiile și picăturile, apoi injecțiile.
745. Asistența medicală are grija:
- să informeze pacientul despre timpul în care se va instala efectul medicamentelor;
 - să atragă atenția asupra efectelor secundare ale medicamentelor;
 - să corecteze dozele prescrise.
746. Regulile generale de pregătire și administrare a injecțiilor prevăd:
- injecția imediată a conținutului seringii;
 - verificarea soluției injectabile;
 - pregătirea cu 30 min. înainte de administrare.

- 747 . Accidentele survenite la administrarea injectiilor intramusculare sunt:
- atingerea nervului sciatic si a ramurilor sale;
 - atingerea nervului trigemen si a ramurilor sale;
 - patrunderea cu acul intr-un vas sanguin.
748. Accidentele survenite in urma injectiei intravenoase sunt:
- flebalgia;
 - supuratia aseptica;
 - tumefierea brusca a tesutului perivenos, hematom.
749. La stabilirea antibioticului ce urmeaza a fi administrat trebuie sa se tina seama de anumite reguli:
- alegerea unui singur antibiotic, cel mai activ si mai putin toxic, pe baza antibiogramei;
 - antibioticul folosit sa expuna cel mai putin la aparitia rezistentei microbiene;
 - asocierea a doua antibiotice pe baza antibiogramei in scopul acoperirii unui spectru cat mai larg de germeni.
750. Stabilirea diagnosticului de alergie la un antibiotic se bazeaza pe:
- terenul alergic;
 - calea de administrare ;
 - manifestarile aparute la testele de provocare (cutanate si serologice).
- 751 . Cu ocazia administrarii antibioticului, asistenta medicala trebuie sa cunoasca :
- doza totala pe zi de antibiotic ce trebuie administrata unui pacient;
 - durata tratamentului ;
 - cantitatea exacta a unei doze.
- 752 . Personalul care manevreaza antibiotice poate sa se sensibilizeze fata de aceste substante, fiind expus la:
- dermite profesionale;
 - soc anafilactic;
 - urticarii.
753. Gentamicina, Kanamicina au actiune:
- ototoxica;
 - nefrotoxica;
 - diuretica.
754. Cantitatile de antibiotice si chimioterapice se exprima intotdeauna in:
- unitati, grame sau submultipli ai acestora;
 - numar de tablete sau capsule;
 - mililitri de solutie.
755. Hormonul corticotrop sau adrenocorticotrop hipofizar (ACTH) stimuleaza secretia :
- cortizonului;
 - cortizonului si a altor hormoni ai glandelor suprarenale.
 - hormonilor glandelor suprarenale cu exceptia cortizonului.

756. In caz de insuficienta hepatica, tratamentul cu cortizon se face cu:
- hidrocortizon;
 - prednisolon ;
 - cortizon acetat.
757. Calcularea dilutiilor atat pentru ACTH, cat si pentru preparatele de cortizon se face:
- in functie de durata tratamentului;
 - la fel ca in cazul antibioticelor;
 - tinand cont de cantitatea de ACTH exprimata in unitati cuprinsa in fiecare ml. de solutie .
- 758 . ACTH-ul si cortizonul:
- retin sodiul in organism ;
 - spoliaza organismul de potasiu, marind eliminarea lui;
 - retin potasiul si spoliaza organismul de sodiu.
- 759 . Simptomele functionale in insuficienta cardiaca cronica stanga sunt:
- durerea si transpiratia ;
 - dispneea;
 - tusea.
- 760 . Semne fizice in insuficienta cardiaca dreapta acuta:
- turgescenta jugularelor si ritm de galop ;
 - hepatomegalie;
 - edeme declive.
- 761 . In insuficienta cardiaca tratamentul urmareste :
- reducerea muncii inimii prin activitate normala;
 - reducerea muncii inimii prin repaus;
 - controlul retentiei hidrosaline prin restrictia aportului de sare.
762. Tratamentul in insuficienta cardiaca consta in:
- administrare de cortizon ;
 - administrare de diuretice ;
 - cresterea eficientei inimii cu preparate digitalice.
- 763 . In functie de cauza determinanta, HTA se clasifica in:
- HTA medie;
 - HTA esentiala;
 - HTA secundara.
- 764 . In stadiul al III -lea, HTA se caracterizeaza prin aparitia complicatiilor:
- complicatii cardiace, coronariene;
 - complicatii cerebrale si renale ;
 - complicatii abdominale.
765. . Modificari fundamentale locale ce stau la baza hipertensiunii sunt :
- vasoconstrictia arteriala ;
 - cresterea continutului peretelui arteriolar in apa si sare ;
 - vasodilatata arteriala.

766. Stadiul prehipertensiv poate fi afirmat pe baza :
- ascendentei ereditare hipertensive ;
 - aparitia unor puseuri tensionale trecatoare ;
 - fara ascendenta ereditara.
- 767 . In HTA benigna, complicatiile se datoreaza :
- trombozei cerebrale ;
 - infarctului de mezenter ;
 - infarctului miocardic.
- 768 . In HTA maligna se intilnesc frecvent :
- diabetul zaharat ;
 - encefalopatia hipertensiva si hemoragia cerebrala ;
 - insuficienta cardiaca si insuficienta renala.
- 769 . Semne cerebrale in HTA maligna sunt:
- tulburari de comportament ;
 - cefalee occipitala, tulburari de memorie ;
 - oboseala, astenie, insomnie.
- 770 . Moartea biologica se caracterizeaza prin :
- oprirea reversibila a respiratiei si a circulatiei;
 - leziuni ireversibile in creier si in alte organe ;
 - midriaza fixa, corneea opaca si aparitia petelor cadaverice.
- 771 . In cazul unui stop cardio-respirator putem intalni urmatoarele semne clinice:
- oprirea miscarilor respiratorii, toracice si abdominale;
 - incetarea batailor inimii, absenta pulsului la artera carotida;
 - mioza cu globi oculari mobili.
- 772 . Semnele obstructiei cailor aeriene sunt:
- absenta miscarilor respiratorii normale, dispnee zgomotoasa;
 - lipsa curentului de aer la nas sau gura ;
 - torace si abdomen imobile.
- 773 . La inceputul reanimarii oricarui stop cardio-respirator:
- se aplica o singura lovitura usoara cu pumnul, de la o inaltime de 20-32 cm, in mijlocul regiunii presternale;
 - se efectueaza masajul cardiac extern combinat cu respiratie artificiala;
 - intubatie oro-traheala.
- 774 . Eficienta respiratiei artificiale si a masajului cardiac extern se apreciaza prin:
- aparitia pulsului la vasele mari;
 - disparitia midriazei si recolorarea tegumentului;
 - disparitia miozei .
775. Contraindicatiile masajului cardiac extern sunt:
- leziuni grave ale peretelui toracic cu fracturi costale, embolie gazoasa masiva;
 - hemoragie masiva intrapericardica si tamponada inimii;
 - malformatii ale oaselor cutiei toracice.

- 776 . Edemul pulmonar acut apare prin inundarea brutala a alveolelor:
- de transudat sanguinolent necoagulabil;
 - datorata ruperii capilarelor pulmonare;
 - provocata de cresterea presiunii sangelui alveolocapilar.
777. Edemul pulmonar acut este:
- de natura anafilactica;
 - de natura cardiogena;
 - de natura lezionala.
- 778 . Edemul pulmonar acut este declansat de :
- insuficienta ventriculara stanga;
 - hipertensiune arteriala;
 - preinfarctul miocardic.
- 779 . Edemul pulmonar acut lezional este provocat de :
- gaze sufocante toxice;
 - cauze neurologice;
 - tulburari de ritm cardiac paroxistice.
- 780 . Manifestarile clinice in edemul pulmonar acut sunt:
- dispnee intensa, severa, brusca;
 - expir greu, zgomotos;
 - respiratie polipneica zgomotoasa.
- 781 . Conduita de urgenta in edemul pulmonar acut cuprinde:
- se aspira secretiile si se curata orofaringele;
 - se aplica garouri la radacina a trei membre;
 - oxigenoterapie intermitenta pe sonda endotraheala.
- 782 . Tratamentul in edemul pulmonar acut cu TA crescuta este:
- digitalice;
 - diuretice;
 - dopamina.
783. In tratamentul edemului pulmonar acut cu TA scazuta sunt contraindicate:
- morfina;
 - hipotensoare;
 - dopamina.
784. Tratamentul in edemul pulmonar acut toxic cuprinde :
- scoaterea pacientului din mediu nociv;
 - oxigenoterapie pe sonda endotraheala;
 - ventilatie artificiala.
785. Tratamentul in edemul pulmonar acut bacterian este:
- morfina, corticoterapie;
 - antibiotice, tonicardiace;
 - oxigenoterapie.

786. Tratamentul in edemul pulmonar acut neurologic este:
- sangerare 300-500 ml ;
 - diureza osmotica;
 - anticoagulante.
787. Tratamentul in edemul pulmonar acut la inecati cu apa de mare este:
- sangerare 300-500 ml;
 - dextran 70;
 - oxigenoterapie.
788. Tratamentul edemului pulmonar acut la bolnavii uremici este:
- oxigenoterapie;
 - aerosoli antispumanti;
 - morfina.
789. Clasificarea EPA lezional este:
- de cauze toxice;
 - de cauze uremice;
 - cardiogen.
- 790 . Edemul pulmonar acut de cauza toxica este provocat de :
- intoxicatii cu CO;
 - intoxicatii organo-fosforice;
 - intoxicatii cu plumb.
- 791 . Edemul pulmonar acut infectios este provocat de :
- gripa;
 - infectii pulmonare;
 - SIDA.
- 792 . Edemul pulmonar acut de deglutitie apare la :
- comatosi;
 - paraplegici;
 - copii mici.
- 793 . Edemul pulmonar acut iatrogen este provocat de :
- perfuzii;
 - transfuzii;
 - alimentatie neadecvata.
- 794 . In ce forma de EPA este contraindicata morfina:
- EPA cardiogen;
 - EPA uremic;
 - EPA infectios.
- 795 . Oxigenoterapia in EPA este:
- contraindicata, deoarece creste presiunea in alveole;
 - se practica pe respiratie asistata;
 - se administreaza numai dupa umidificare .

796. La pacientul cu insuficienta renala acuta este contraindicata:
- fortarea diurezei prin administrarea de lichide abundente;
 - corectarea dezechilibrului electrolitic fara rezultate de laborator;
 - combaterea varsaturilor .
- 797 . In insuficienta renala acuta diureza este :
- sub 400ml urina/zi;
 - sub 50ml urina/zi;
 - peste 1000ml urina/zi.
798. In insuficienta renala acuta calea de administrare si compozitia lichidelor in vederea mentinerii echilibrului hidroelectrolitic vor fi stabilite:
- in functie de ionograma;
 - de catre medic ;
 - in functie de examenul sumar de urina.
799. Interventiile asistentei medicale la un pacient cu insuficienta renala acuta constau in:
- efectuarea bilantului hidric;
 - diminuarea catabolismului proteic prin epurare extrarenala hemodializata si dializa peritoneala;
 - aplicatii calde in regiunea lombara .
- 800 Care dintre urmatoarele afectiuni reprezinta cauze postrenale in producerea insuficientei renale acute?
- calculoza ureterala bilaterala;
 - tumorile de vecinatate afectand ambele uretere;
 - glomerulonefrita.
- 801 . In cazurile in care in insuficienta renala acuta diureza este pastrata, deficitul calitativ consta in:
- hematurie;
 - izostenurie;
 - hipostenurie.
802. Suprimarea functiei renale in insuficienta renala acuta survine ca urmare a:
- reducerii filtratului glomerular;
 - scaderii reabsorbției tubulare ;
 - reducerii permeabilitatii glomerulare.
- 803 . Care dintre urmatoarele tulburari cardio-vasculare apare in insuficienta renala acuta?
- tahicardie;
 - aritmii;
 - bradicardie;
- 804 . In insuficienta renala acuta cresc proportional cu agravarea functiei renale:
- calcemia;
 - acidul uric;
 - uree sangvina.

- 805 . Care dintre urmatoarele manifestari sunt semnificative pentru o insuficienta renala acuta?
- oligo-anuria;
 - alterarea echilibrului hidroelectrolitic si acido-bazic;
 - hematuria.
- 806 . Insuficienta renala cronica se caracterizeaza prin:
- deteriorarea rapida a functiei renale de excretie ;
 - scaderea progresiva a capacitatii functionale renale;
 - retinerea in organism a substantelor toxice rezultate din metabolism.
- 807 Care dintre urmatoarele tulburari metabolice se intalnesc in insuficienta renala cronica ?
- hipolipidemie ;
 - hiperlipidemie ;
 - hiperlipoproteinemie.
808. Insuficienta renala cronica este o boala provocata de :
- insuficienta cardiaca acuta ;
 - glomerulonefrita cronica ;
 - obstructia cailor urinare.
809. Dintre cele mai periculoase complicatii ale insuficientei renale cronice fac parte :
- edemul pulmonar ;
 - diabetul ;
 - edemul cerebral.
810. Care dintre urmatoarele manifestari sunt semnificative pentru insuficienta renala cronica ?
- cefalee precoce, contractii musculare, stari confuzionale ;
 - stare generala profund alterata, miros amoniacal al aerului expirat, intoleranta digestiva ;
 - stare generala alterata, toleranta digestiva, dispnee, somnolenta.
811. Interventiile asistentei medicale in insuficienta renala cronica este un element important al activitatii medicale. Educarea pacientilor se refera la :
- exercitii fizice intense, sustinute ;
 - necesitatea restrictiilor alimentare ;
 - igiena riguroasa a tegumentelor .
812. Problemele pacientului cu insuficienta renala cronica pot fi :
- alterarea echilibrului acido-bazic prin degradarea functiei tubulare ;
 - alterarea integritatii pielii ;
 - insomnia .
- 813 . Corectarea dezechilibrelor hidro-electrolitice si acido-bazice in I. R. A. se face cu :
- bicarbonat de sodiu in acidoza metabolica ;
 - clorura de sodiu in deshidratarea extracelulara ;
 - diuretice in deshidratarea extracelulara .
- 814 . Etiopatogenia litiazei renale este reprezentata de :
- prezenta in urina a unor coloizi protectori care sa impiedice cristalizarea;
 - conditii fizico-chimice care favorizeaza cristalizarea (oligurie, staza urinara);
 - prezenta in urina, in exces, a unor substante care pot cristaliza (acid uric, acid oxalic, fosfati, calciu).

815 . Evolutia in litiaza renala depinde de urmatorii factori:

- a. compozitia calculului, regimul alimentar;
- b. numarul si marimea calculilor, obstructia cailor urinare;
- c. aparitia infectiei.

816 . Cele mai frecvente complicatii ale litiazei renale sunt:

- a. anuria, infectia urinara;
- b. hidronefroza;
- c. malformatia cailor urinare.

817 . Indicatiile tratamentului chirurgical in litiaza renala sunt:

- a. la aparitia infectiei urinare sau cand calculii ureterali nu se elimina mult timp;
- b. atunci cand este afectata functia renala si tratamentul medical nu da rezultate;
- c. la producerea unei recidive.

818 . Litiaza renala se defineste ca fiind:

- a. afectiunea caracterizata prin formarea unor calculi in bazinet si in caile urinare;
- b. afectiunea caracterizata prin formarea unor calculi in bazinet si in caile biliare;
- c. afectiunea caracterizata prin formarea unor calculi in bazinet si vezica urinara.

819 . In tratamentul litiazei renale se va tine seama obligatoriu de:

- a. manifestarea acuta;
- b. boala de baza;
- c. numarul calculilor renali.

820 . Conduita de urgenta la pacientul in stare de colica renala consta in administrarea de:

- a. ceaiuri diuretice si ape minerale 2000 - 3000 ml/24 ore ;
- b. analgezice antispastice, la indicatia medicului ;
- c. antiinflamatoare.

821 . In colica renala, principalele semne sunt :

- a. durere, disurie, hematurie, meteorism ;
- b. hipertensiune, poliurie, durere, anxietate;
- c. durere, neliniste, tenesme vezicale, varsaturi, uneori febra moderata .

822 . In colica renala, tratamentul de urgenta este:

- a. repaus la pat, calmarea durerii;
- b. sonda uretro-vezicala, combaterea durerii;
- c. repaus la pat, ingerarea de lichide din abundenta.

823 . Colica renala este :

- a. un sindrom dureros acut, paroxistic, de obicei apiretic;
- b. un sindrom provocat de spasmul cailor urinare excretoare superioare, insotit de agitatiie si iradiieri uretero-vezico-genitale;
- c. imposibilitatea evacuării vezicii urinare .

824 . Interventiile asistentei medicale pentru calmarea durerii in colica renala, sunt :

- a. aplicatii locale de caldura pe zona de maxima durere;
- b. aplicarea alternativa de comprese reci si calde in regiunea lombara;
- c. administrarea de analgezice-antispastice la indicatia medicului .

- 825 . In colica renala examinarile de urgenta sunt :
- examen complet de urina ;
 - radiografie renala pe gol;
 - urografie .
- 826 . Socul este definit ca:
- grava tulburare functionala a intregului organism;
 - suferinta grava a creierului cu conservarea partiala a functiilor vitale;
 - reactie organica post-agresiva decompensata.
- 827 . Obiectivul principal al tratamentului in soc este:
- combaterea insuficientei cardiovasculare;
 - restabilirea perfuziei organice a tesuturilor;
 - combaterea hipoxiei cerebrale.
828. Clasificarea etiologica a socului este urmatoarea:
- hipovolemic, cardiogen, toxico- septic, anafilactic, neurogen;
 - cardiogen, hemoragic, septicemic, toxic, anafilactic, psihogen;
 - hipovolemic, cardiogen, neurogen, infectios, anafilactic.
- 829 . Care dintre urmatoarele semne nu fac parte din tabloul clinic al socului:
- bradipnee superficiala;
 - hipertermia;
 - facies palid, buze uscate si cianotice.
- 830 . Socul traumatic compensat asimptomatic si nemanifest clinic este caracterizat prin:
- echilibru biologic care impiedica aparitia socului decompensat;
 - faza imediat postagresiva;
 - perioada in care nu se face tratament antisoc.
- 831 . Conduita de urgenta in socul traumatic cuprinde :
- inlaturarea factorului socogen;
 - combaterea durerii;
 - evaluarea rapida a leziunilor.
- 832 . Pretratamentul socului se aplica:
- la locul accidentului si pe timpul transportului ;
 - numai in unitati U. P. U si T. I. ;
 - imediat dupa agresiune, cand nu se manifesta semne de gravitate;
833. Refacerea volemiei in socul traumatic se face cu :
- Dextran 70 cu timp de injumatatire 8-12 ore;
 - Dextran 40 cu timp de injumatatire 6-8 ore ;
 - preparate de gelatina.
834. Punctionarea unei vene cu ac de mare calibru este un gest de mare urgenta deoarece :
- scade tensiunea venoasa prin hemoragie masiva ;
 - este necesara mentinerea unei cai venoase libere ;
 - in etapa decompensata a socului venele se colabeaza si se punctioneaza greu.

835. Terapia analgetica in soc :
- sedeaza bolnavul ;
 - inlatura frica si agitata ;
 - nu preintampina decompensarea socului.
836. Socul septic este provocat indeosebi de :
- preexistenta altor leziuni ;
 - stafilococi, enterococi ;
 - Neisserii, Clostridium.
837. Stadiul I al socului septic se caracterizeaza prin :
- hipertermie, hipotensiune arteriala, tahicardie, tahipnee, anxietate;
 - hipotermie, prabusirea tensiunii arteriale, tulburari metabolice, cianoza;
 - soc hiperdinamic, compensat, tegument uscat si cald.
838. Instrumentele cele mai frecvent utilizate în sfera O. RL. sunt:
- oginda frontala, specule nazale, specule auriculare, stilete;
 - apasatoare de limba, pense cuate, diapazon, seringa Guyon;
 - tub Kehr, trocar, canula de aspiratie cu apasator perforat.
- 839 Condro-pericondrita se caracterizeaza prin:
- insomnie, cefalee, febra, frison;
 - fatigabilitate, acufene, piroziz;
 - înrosirea si tumefierea accentuata a pavilionului si a conductului auditiv, durere, stare generala alterata.
840. Tratamentul otitei medii acute supurate consta în:
- chiuretarea portiunilor de cartilaj necrozat;
 - instilatii auriculare cu glicerina boricata 3% sau Boramid;
 - antibiototerapie, vitaminoterapie.
841. Agentul microbial care declanseaza otomastoidita supurata acuta este:
- Escherichia coli;
 - Haemophilus influenzae;
 - Stafilococul.
842. Principalele complicatii ale mastoiditei acute sunt:
- osteomielita temporala/occipitala;
 - paralizia nervului facial;
 - angina Ludwig.
843. Otomastoidita supurata acuta se caracterizeaza prin:
- disfonie, disfagie, dispnee, fotofobie;
 - leucocitoza ridicata, frison, hipoacuzie;
 - torticolis, paralizii ale nervului facial, febra.
844. Tratamentul osteoflegmonului consta în :
- tratament medicamentos;
 - timpanotomie;
 - antromastoidectomie.

845. Sinuzita incorect tratata poate da complicatii ca:
- epistaxis, sindrom Meniere, labirintita;
 - osteoperiostite, abcese extradurale;
 - meningite, tromboflebite ale sinusurilor cavernos, septicemie.
846. Germenii microbieni care determina sinuzitele sunt:
- pneumococul, streptococul;
 - stafilococul;
 - Escherichia Colli, Proteus.
847. Simptomele sinuzitelor supurate acute sunt:
- durerea, tulburari ale mirosului, vertije;
 - disfagie, odinofagie, tumefactie la nivelul sinusurilor;
 - respiratie dificila, febra de tip inflamator-supurativ.
848. Conjunctivita acuta se manifesta prin:
- hiperemia vaselor conjunctivale si secretie conjunctivala care se aduna in unghiul intern al ochiului;
 - inflamatia glandei Meibomius;
 - senzatie de arsura si usturime, de corp strain in ochi.
849. Simptome pe care le intalnim in keratita herpetica:
- debut brusc, usturime locala, senzatie de corp strain, lacrimare intensa;
 - frisoane, hipotensiune, puls filiform;
 - ulceratie corneana cu aspect dendritic, neregular.
850. Atitudinea de urgenta in arsurile oculare:
- neutralizarea agentului caustic si administrarea unui calmant;
 - administrarea locala si generala de antibiotice, antiinflamatorii;
 - administrarea de miotice.
851. O infectie oculara se poate recunoaste prin:
- secretia purulenta la nivelul conjunctivei si a tesuturilor adiacente;
 - durerea, eritemul conjunctival sau periocular;
 - scaderea acuitatii vizuale.
852. Analizele hematologice cuprind determinarea :
- numarului de hematii ;
 - vitezei de sedimentare a hematiilor;
 - agentilor patogeni prezenti in sange.
853. Numarul de hematii poate fi crescut in urmatoarele afectiuni:
- poliglobulie esentiala;
 - soc septic si alergic;
 - scleroze pulmonare.
854. Densitatea urinei poate scadea sub 1015 in urmatoarele situatii:
- soc hemoragic si traumatic;
 - aport mare de lichide: bere, apa;
 - diabet zaharat, diabet insipid.

855. Oliguria si anuria pot aparea in urmatoarele afectiuni:
- diabet insipid;
 - insuficienta renala acuta ;
 - soc cu hipovolemie si hipotensiune.
856. Scaderea indicelui Tiffeneau cu capacitate vitala normala intalnim in:
- fibroza pulmonara;
 - astm;
 - disfunctie ventilatorie obstructive.
857. Irigografia poate evidentia:
- dinamica colica;
 - cancer de colon, polipoza colica;
 - diverticuli colici, boala Crohn.
858. Efectuarea colecistocolangiografiei are urmatoarele contraindicatii :
- icter cu bilirubinemie ce depaseste 2,5 mg%;
 - chist hidatic hepatic;
 - intoleranta la iod, hipertiroidism.
859. Ecografia abdominala are ca scop:
- urmarirea in timp a unor aspecte patologice, inlocuind metode mai putin agreabile (colangiografia, arteriografia);
 - precizarea diagnosticului unor afectiuni ale tubului digestiv;
 - stabilirea naturii chistice sau solide a unor formatiuni tumorale abdominale, palpabile.
860. Urografia intravenoasa se poate executa atunci cand:
- bolnavul are TBC renal;
 - densitatea urinei este sub 1015;
 - urea depaseste 70 mg%.
861. Ureteropielografia retrograda si pielografia ascendenta ne dau informatii referitor la:
- existenta hidronefrozei, tumorilor renale, stricturilor ureterale;
 - prezenta de tumori si calculi vezicali;
 - anomalii congenitale ale ureterelor si rinichilor.
862. Nodulii reci tiroidieni pot fi dati de:
- cancer tiroidian;
 - chist tiroidian;
 - adenom toxic tiroidian.
863. Dintre afectiunile de mai jos, pot duce la denutritie, necesitand un tratament preoperator pentru combaterea acesteia:
- bolnavii cancerosi in stadiul I;
 - stenozele esofagiene postcaustice si tumorale;
 - stenoza pilorica, fistule digestive.

864. In cazul in care este greu sau imposibil de acorectat denutritia, se procedeaza la:
- regim alimentar hipercaloric si apoi interventie chirurgicala;
 - transfuzie de sange total, interventie chirurgicala pentru inlaturarea afectiunii cauzale;
 - aducerea la normal a starii de denutritie postoperator.
865. Deosebirea dintre anemia acuta si cea cronica este:
- anemia acuta se produce prin pierdere importanta de sange intr-un timp scurt;
 - ambele se produc prin pierdere de sange;
 - anemia cronica apare cand pierderea de sange este in timp.
866. In pregatirea preoperatorie a unui bolnav pulmonar ce urmeaza a suferi o interventie pe alt organ, se va urmari:
- oprirea sau rarirea tusei;
 - uscarea completa a secretiilor;
 - reducerea secretiilor sub 50ml/24 ore.
867. La un bolnav renal urmeaza a fi corectata preoperator urmatoarele deficiente:
- hipotensiunea arteriala;
 - dezechilibrul hidroelectrolitic si acido- bazic;
 - hipoproteinemia, edemele si H. T. A secundara.
868. Durerea postoperatorie trebuie tratata in functie de:
- intensitate;
 - tipul de operatie;
 - durata.
869. Intensitatea maxima a durerii postoperatorii apare in:
- primele 2 ore;
 - primele 24 ore;
 - primele 3 zile.
870. Pentru calmarea durerii se recurge la:
- mobilizare imediata ;
 - linistirea bolnavului;
 - asezarea lui in pozitii de menajare a partilor dureroase.
871. Tratamentul general in evisceratii consta in :
- antibioterapie, aspiratie gastrica;
 - punga cu gheata pe abdomen;
 - reechilibrare hidroelectrolitica.
872. Tratamentul profilactic al infectiilor urinare in postoperator consta in:
- aplicarea sondei vezicale la toti bolnavii indiferent de tipul operatiei;
 - aplicarea sondei vezicale in conditii de asepsie perfecta;
 - in perspectiva sondajelor repetate se va prefera sonda a demeure.
873. Tratamentul chirurgical in stadiul de colectie al abcesului fesier consta in :
- incizie larga in partea cea mai decliva a colectiei;
 - sutura partiala a inciziei pentru efectuarea hemostazei;
 - evacuarea puroiului, desfiintarea fundurilor de sac, spalarea cu apa oxigenata, drenaj, pansament.

874. In postoperator atelectazia pulmonara se combate prin:
- asezarea bolnavului in pozitie Trendelenburg;
 - mobilizarea precoce a bolnavului, aspiratia secretiilor;
 - tuse comandata, suprimarea durerii, aerosoli.
875. Tratamentul preventiv al bolii troboembolice este:
- mobilizare precoce si imediat ce este posibil miscarea bolnavului pe propriile picioare;
 - gimnastica respiratorie;
 - schimbarea pozitiei si miscari pasive in cazul imobilizarii la pat timp mai indelungat.
876. Pentru prevenirea infarctului miocardic postoperator se iau urmatoarele masuri :
- executarea EKG la bolnavii chirurgicali care depasesc 45-50 de ani;
 - pregatirea preoperatorie corespunzatoare a bolnavilor cu cardiopatie ischemica, hipertensivi, diabetici, obezi;
 - evitarea operatiilor de lunga durata.
877. Tratarea sughitului se face prin:
- infiltrarea nervilor frenici cu novocaina;
 - administrare de mialgin si algocalmin;
 - administrare pe sonda nazala a unui amestec de 5%CO₂ si 95%O₂ cite 5 minute pe ora.
878. Combaterea ileusului paralitic in postoperator se face prin:
- aspiratie gastrica;
 - administrare de sedative centrale;
 - corectarea tulburarilor hidroelectrolitice.
879. Printre interventiile efectuate in prima faza postoperatorie a tulburarilor respiratorii sunt si:
- stimularea expectoratiei;
 - aplicarea de pipa orofaringiana;
 - monitorizare E. C. G.
880. Postoperator, starea confuzionala are ca manifestari:
- hipertermie;
 - agitatie;
 - somnolenta.
881. Recuperarea starii confuzionale postoperatorii consta in:
- interzicerea consumului de alcool;
 - mobilizare;
 - monitorizarea functiilor vitale.
882. Obiectivele ingrijirii unei plagi sunt:
- suprimarea durerii;
 - aseptizarea plagii;
 - localizarea plagii.
883. La efectuarea pansamentului unei plagi, asistenta trebuie sa cunoasca:
- caracterul durerii;
 - stadiul de inflamare;
 - starea nutritionala a pacientului.

884. Pentru a preveni caderea tuburilor de dren in cavitatea abdominala sau toracica se va proceda astfel:
- se fixeaza cu leucoplast;
 - se ancoreaza tubul de dren cu un fir la pielea bolnavului la sfirsitul operatiei;
 - scurtarea tubului, se va aplica pe tub un ac de siguranta.
885. Aspiratia continua a secretiilor care se evacueaza prin tubul de dren se efectueaza in urmatoarele operatii:
- resectia gastrica;
 - operatii ce se executa in cavitatea toracica;
 - amputatia de mamela.
886. Masurile adoptate pentru tulburarile de mictiune postoperatorii sunt:
- introducerea tubului de gaze;
 - masarea zonelor reflexogene;
 - stimulare medicamentoasa
887. Dupa operatia pe colon, peristaltica va fi stimulata prin:
- administrare de ulei de ricin 15 - 20 grame in 2 prize zilnic, din prima zi dupa operatie;
 - clisma zilnic;
 - dilatatie anala facuta la sfirsitul interventiei chirurgicale
888. Pentru punctionarea unei vene, garoul se strange pana cand:
- pulsul radial ramane perceptibil;
 - pulsul nu se mai simte;
 - circulatia venoasa se opreste complet.
889. Apa oxigenata este un antiseptic eficace in cadrul plagilor:
- infectate;
 - intinse;
 - necrotice.
890. In cadrul abdomenului acut chirurgical netraumatic, afectiunile care evolueaza catre stare de soc grav sunt:
- infarctul intestinal si torsiunile de organe;
 - pancreatita acuta necrotica;
 - apendicita cronica.
891. Utilizate ca mijloace terapeutice ajutatoare in insuficienta respiratorie acuta avem:
- spalatura gastrica
 - evacuarea revarsatelor pleurale
 - evacuarea revarsatelor peritoneale
892. Sediul si natura obstructiei din insuficienta respiratorie acuta se determina prin
- radiografie toracica
 - laringoscopie
 - branboscopie

893. Bronsita cronică realizează tabloul de BPOC împreună cu:
- stenoză aortică
 - astm bronșic
 - emfizem pulmonar
894. Bacilul tuberculos este sensibil la
- ultraviolete și lumina solară
 - căldură și fierbere
 - uscăciune și frig
895. Bacilul tuberculos este rezistent la
- ultraviolete
 - uscăciune
 - frig
896. Pentru dezinfectarea produselor patologice - ce conțin bacil Koch se folosește
- formol 5%
 - clor
 - acid fenic 5%
897. Leziunile din tuberculoză sunt
- exudative
 - productive
 - scoamoase
898. Alergia la tuberculina se manifestă prin
- reacții locale și focale
 - reacții generale
 - reacții unilaterale
899. Riscul de a contracta tuberculoză este mai crescut la
- maturitate
 - între 0 și 3 ani
 - la pubertate, adolescență
900. Vom spune că tuberculoză este evolutivă când:
- leziunile radiologice sunt stabilizate
 - bacilul Koch se găsește în expectorație
 - imaginile radiologice se modifică
901. Avem tuberculoză stabilizată când
- leziunile radiologice sunt stabile
 - sputele nu conțin bacilul Koch
 - sputele conțin bacilul Koch
902. Profilaxia în tuberculoză are ca obiective
- întărirea rezistenței specifice
 - intradermoreacția
 - lupta în focar

- 903 Educatia sanitara se adreseaza
- personalului medical
 - bolnavilor
 - intregii populatii
904. Regimul alimentar in tuberculoza trebuie sa fie
- bogat in proteine si vitamine
 - bogat in grasimi
 - un aport de 3500-4000 calorii
905. Care sunt reactiile adverse la rifampicina:
- tulburari digestive , icter
 - reactii alergice , leucopenie
 - reactie Steven -Johnson
906. Complicatiile tuberculozei pulmonare sunt
- ocluzia intestinala
 - pleurezia purulenta
 - pneumotoraxul spontan
907. Elementele diagnosticului de tuberculoza sunt
- virajul la tuberculina
 - aspectul facial
 - aspectul radiologic si depistarea agentului causal
908. Bronsita astmatiforma, complicatie a astmului bronsic, are una din urmatoarele caracteristici:
- se manifesta prin crize de dispnee paroxistica de tip inspirator;
 - este precedata intotdeauna de crize astmatice;
 - este urmare infectarii astmului bronsic;
909. Cele mai obisnuite alergene, care determina criza de astm bronsic sint urmatoarele :
- polen, praf de camera;
 - alergene alimentare sau medicamentoase;
 - hemisuccinat de hidrocortizon;
910. Criza din astmul bronsic, are urmatoarele caractere:
- la debut crizele sint tipice cu inceput si sfirsit brusc, cu intervale libere;
 - criza apare , de obicei in a doua jumatate a noptii;
 - nu este niciodata precedata de stranut, lacrimare, prurit al pleoapelor si cefalee;
911. Dispneea din astmul bronsic are urmatoarele caracteristici
- este paroxistica, bradipneica;
 - cu expiratie prelungita si suieratoare;
 - este cu tahipnee , de tip inspirator;
912. Criza de astm bronsic se poate termina:
- in citeva minute sau ore;
 - in peste 24 de ore;
 - spontan sau sub influenta tratamentului;

913. Sputa din astmul bronșic are următoarele caractere:
- este viscoasă, albicioasă (perlata);
 - bogată în eozinofile, cristale Charcot- Leyden și spirale Curschman;
 - este fluidă, rozacee și în cantitate mare;
914. În astmul bronșic sunt folosite, în scop profilactic următoarele medicamente:
- miofilin
 - ketotifen;
 - cromoglicat disodic;
915. În tratamentul astmului bronșic, corticoterapia:
- trebuie rezervată formelor grave;
 - este tratamentul cel mai eficient;
 - administrată pe cale orală, nu prezintă riscuri;
916. Modificările patologice caracteristice, insuficienței respiratorii cronice, pot apărea:
- treptat;
 - brusc;
 - variabil;
917. Accidentele nervoase, posibile în insuficiența respiratorie cronică, sunt următoarele:
- crize convulsive;
 - hemiplegie, coma;
 - nistagmus lateral;
918. Tratamentul insuficienței respiratorii cronice vizează următoarele:
- combaterea tusei;
 - fluidifierea și aspirarea secrețiilor bronșice;
 - combaterea infecției bronșice cu antibiotice;
919. În insuficiența respiratorie cronică, apar următoarele simptome:
- respirație Cheyne- Stockes;
 - dispnee intensă;
 - hipotensiune arterială;
920. Insuficiența respiratorie acută se caracterizează prin următoarele:
- este o urgență medicală majoră;
 - alcaloză respiratorie;
 - intervenția de reanimare respiratorie este uneori salvatoare numai în primele minute;
921. Cele mai importante cauze, care determină insuficiența respiratorie acută sunt următoarele:
- aer viciat prin scăderea oxigenului sau exces de bioxid de carbon;
 - procese laringotraheobronșice, accidente obstructive ale căilor respiratorii superioare, procese pulmonare și pleurale;
 - consum excesiv de alcool și fumatul;
922. Procesele pulmonare și pleurale ce pot determina insuficiența respiratorie acută sunt următoarele:
- pleurezii masive bilaterale, pneumotorax sufocant;
 - starea de rău astmatic, embolii pulmonare grave;
 - nevralgia intercostală;

923. Insuficienta respiratorie acuta poate aparea in urmatoarele situatii:
- la bolnavii cu afectiuni bronhopulmonare cronice obstructive, aflati in insuficienta respiratorie cronica ;
 - cresterea oxigenului si scaderea bioxidului de carbon in singele arterial;
 - in cazul accidentelor obstructive ale cailor respiratorii superioare;
924. Oxigenoterapia, ca tratament al insuficientei respiratorii acute, are urmatoarele caracteristici:
- consta in administrarea de oxigen in concentratii mai mari decit cea atmosferica;
 - oxigenul nu trebuie umidificat prin aerosoli cu apa sau solutie cloruro- sodica izotonica;
 - se poate administra prin sonda nazala si corturi de oxigen;
925. Tratamentul medicamentos al insuficientei respiratorii acute , presupune administrarea urmatoarelor medicamente:
- bronhodilatatoare si expectorante;
 - opioacee si barbiturice;
 - coriticoizi si antibiotice;
- 926 In puseul acut din insuficienta respiratorie acuta se administreaza , urmatoarele medicamente:
- antibiotice cu spectru larg;
 - bronhodilatatoare, secretolitice, corticoterapie;
 - morfina si opioacee;
927. Pneumonia pneumococica este caracterizata prin urmatoarele simptome:
- debutul nu este brutal si nu poate fi bine precizat de bolnav;
 - frison ,febra(pina la 40 de grade) junghi toracic;
 - in zilele premergatoare, exista adeseori o discreta infectie rinofaringiana;
928. Perioada de stare din pneumonia pneumococica se caracterizeaza prin :
- fata devine vultuoasa, congestionata mai intens pe partea sanatoasa;
 - buze usor cianotice si vezicule de herpes in jurul buzelor
 - tusea este chinuitoare si uscata la inceput, apoi cu expectoratie rosie, ruginie;
929. In pneumonia pneumococica:
- temperatura se mentine " in platou";
 - exista inapetenta si sete vie;
 - bolnavul prezinta poliurie;
- 920 Examenul singelui in pneumonia pneumococica evidentiaza:
- leucocitoza cu polinucleoza;
 - hipofibrinemie;
 - hiperfibrinemie;
- 931 In tuberculoza secundara, febra din perioada de stare are urmatoarele caracteristici:
- la inceput discreta, vesperala, mai tirziu ridicata depasind 39 de grade;
 - la inceput ridicata, vesperala, mai tirziu discreta;
 - este destul de bine suportata de bolnav;

932. In tuberculoza secundara, tusea are urmatoarele caracteristici:
- la inceput este uscata si apare in accese;
 - constitue simptomul fundamental;
 - nu se insoteste niciodata de varsaturi;
933. In tuberculoza secundara, hemoptizia are urmatoarele caracteristici:
- poate fi minimala, mijlocie sau fulgeratoare;
 - este un simptom frecvent;
 - nu poate provoca moartea bolnavului;
934. Factorii de risc cei mai importanti ai cardiomiopatiei ischemice sint urmatorii :
- stresurile emotionale;
 - hipertiroidismul;
 - dieta hiperlipidica;
935. Cardiopatia ischemica are urmatoarele caracteristici:
- incidenta maxima este intre 45 si 55 de ani;
 - este cea mai frecventa boala la adulti de peste 30 de ani;
 - asocierea mai multor factori de risc, mareste riscul de aparitie al bolii;
936. Crizele din angina pectorala pot fi caracterizate prin urmatoarele :
- crizele dureaza citeva ore;
 - crize paroxistice, cu sediu retrosternal, care apar la efort sau emotii;
 - crizele dispar la administrarea unor compusi nitrici sau incetarea cauzelor;
937. Angina pectorala are urmatoarele caracteristici :
- este o forma clinica a cardiopatiei ischemice;
 - se manifesta prin crize dureroase, paroxistice, cu sediu retrosternal;
 - cauza principala a acesteia nu este ateroscleroza coronariana;
938. Durata crizelor din angina pectorala nu este de :
- citeva minute;
 - citeva ore;
 - 1-2 zile;
939. Crizele din angina pectorala au urmatoarele caracteristici :
- sunt paroxistice;
 - sunt cu sediu epigastric;
 - apar la efort sau emotii;
940. Caracteristicile durerii din angina pectorala sint urmatoarele :
- este insotita uneori de anxietate;
 - este variabila, de la jena sau disconfort, la durere atroce;
 - sediul durerii este epigastric;
- 941 . Sediul durerii din angina pectorala are urmatoarele caracteristici :
- este aratat de bolnav cu una sau ambele palme;
 - este aratat de bolnav cu degetul;
 - este reprezentata de regiunea retrosternala sau precordiala;

942. Iradierile importante ale durerii in angina pectorala sint urmatoarele :
- in ambele membre superioare;
 - in regiunea cervicala posterioara;
 - in regiunea cervicala anterioara si mandibula;
943. Criza dureroasa din angina pectorala poate fi uneori insotita de urmatoarele :
- poliurie, tuse seaca, somnolenta;
 - palpitatii, transpiratii, paloare;
 - lipotimie, lipsa de aer, regurgitatii;
944. Durerea din angina pectorala are urmatoarele caracteristici :
- are caracter constrictiv;
 - nu poate fi variabila;
 - este insotita uneori de anxietate;
945. Durerea din angina pectorala cedeaza prompt la urmatoarele medicamente :
- nitroglicerina;
 - nitrit de amil;
 - oxigenoterapie;
946. Tratamentul crizei anginoase presupune urmatoarele :
- intreruperea efortului sau a cauzei declansatoare;
 - administrarea de nitroglicerina sublingual;
 - administrarea de miofilin;
947. Prevenirea crizelor de angina pectorala se realizeaza prin:
- evitarea circumstantelor declansatoare;
 - medicamente cu actiune coronarodilatatoare si de favorizare a circulatiei coronariene;
 - tratament anticoagulant;
948. Infarctul miocardic poate apare la urmatoarele persoane :
- persoane care prezinta hipercolesterolemie si hipotensiune arteriala;
 - persoane fara antecedente coronariene;
 - persoane care in antecedentele familiale sau personale prezinta accidente vasculare cerebrale, cardiopatii ischemice;
949. In evolutia infarctului miocardic se deosebesc urmatoarele perioade :
- prodromala, de debut;
 - perioada de stare si de convalescenta;
 - perioada de cruditata si de coctiune;
950. Durerea din infarctul miocardic are urmatoarele caracteristici :
- dureaza mai multe ore, uneori chiar zile;
 - se insoteste de o stare de anxietate, agitatie ,zbucium, senzatie de moarte iminenta;
 - se calmeaza, prin repaus si administrare de nitriti ;
- 951 . In perioada de debut a infarctului miocardic, pot apare urmatoarele semne :
- semne de insuficienta respiratorie acuta;
 - semne de insuficienta ventriculara stinga;
 - semne de insuficienta cardiaca globala, mai rar;

952. Examenle de laborator in infarctul miocardic arata urmatoarele :
- cresterea fibrinogenului, accelerarea VSH si hiperleucocitoza;
 - cresterea enzimelor in primele ore de la debut;
 - scaderea glicemiei;
953. Combaterea durerii in infarctul miocardic se realizeaza cu urmatoarele medicamente:
- mialgin;
 - morfina, in cazul unor dureri severe;
 - nitroglicerina;
954. Semnele cerebrale prezente in hipertensiunea arteriala, sint urmatoarele :
- cefalee occipitala, de obicei dimineata, la trezire;
 - somnolenta;
 - tulburari de memorie si concentrare;
955. Cefaleea din hipertensiunea arteriala are urmatoarele caracteristici :
- este localizata occipital;
 - apare de obicei nocturn;
 - are caracter pulsatil;
956. Cauzele determinante ale insuficientei cardiace sint urmatoarele :
- cauze mecanice care afecteaza la inceput dinamica cardiaca si ulterior miocardul;
 - cauze mecanice care afecteaza la inceput miocardul si ulterior dinamica cardiaca;
 - procese inflamatorii si metabolice , care afecteaza de la inceput miocardul;
957. Cauzele metabolice ale insuficientei cardiace stingi sint urmatoarele :
- cardiopatia ischemica;
 - hipertiroidia;
 - insuficienta mitrala;
958. Clinic, bolnavul cu edem pulmonar prezinta urmatoarele semne si simptome :
- tahicardie, ritm de galop;
 - bradicardie;
 - la nivelul plaminilor raluri crepitante ,la baze cu extindere spre virfuri;
959. Tusea din insuficienta cardiaca stinga cronica are urmatoarele caracteristici :
- se datoreaza stazei pulmonare;
 - este de obicei uscata sau insotita de o mica cantitate de sputa;
 - apare in repaus sau ziua;
960. Simptomatologia in cordul pulmonar acut cuprinde urmatoarele :
- dispnee intensa, cu respiratii bruste, rapide si superficiale;
 - anxietate intensa, cianoza, spute hemoptoice, lipotimie;
 - bradicardie accentuata, uneori tuse umeda;
961. Durerile precordiale din cordul pulmonar acut are urmatoarele caracteristici :
- apar la eforturi fizice mici;
 - sint violente, constrictive;
 - au caracter coronarian;

962. Moartea clinica din stopul cardiorespirator nu incepe odata cu :
- stopul cardiac;
 - stopul respirator;
 - incetarea functiilor cerebrale;
963. Stopul cardiorespirator se caracterizeaza prin urmatoarele semne clinice :
- absenta batailor inimii;
 - midriaza cu globi oculari imobili;
 - pierderea cunostintei;
964. In cadrul reanimarii cardiorespiratorii se verifica oprirea cardiaca, prin urmatoarele:
- contolul pulsatiilor cardiace si a reflexului pupilar;
 - controlul respiratiei;
 - controlul tensiunii arteriale;
965. Reanimarea respiratorie :
- se practica atit in stopul respirator cit si in cel cardiac;
 - se poate practica fara masaj cardiac;
 - trebuie efectuata intr-un interval de 12- 15 minute pentru a avea succes;
966. La accidentatii fara cunostinta obstructia cailor aeriene se realizeaza frecvent prin urmatoarele :
- caderea limbii, daca acesta este culcat pe spate;
 - prezenta corpilor straini(singe, secretii, varsaturi);
 - caderea limbii , daca acesta este in decubit ventral;
967. Pozitia de siguranta din stopul cardiorespirator este contraindicata in urmatoarele situatii:
- obstructia cailor respiratorii;
 - fracturi de coloana;
 - unele leziuni ale peretelui toracic;
968. Eficienta ventilatiei artificiale si a masajului cardiac extern se apreciaza prin urmatoarele:
- decolorarea tegumentelor;
 - aparitia pulsului la vasele mari (carotida , femurala);
 - disparitia midriazei si reaparitia reflexului la lumina;
969. Contraindicatiile masajului cardiac extern sint urmatoarele :
- leziuni grave ale peretelui toracic, cu fracturi costale;
 - embolie grasoasa;
 - hemoragie masiva intrapericardica si tamponada inimii;
970. Edemul pulmonar acut lezional poate fi provocat de urmatoarele cauze:
- cauze toxice;
 - cauze infectioase;
 - tulburari de ritm paroxistice;
971. Morfina nu este contraindicata in tratamentul edemului pulmonar acut lezional in urmatoarele situatii:
- in intoxicatii;
 - la inecati;
 - la uremici;

972. In tratamentul edemului pulmonar acut cardiogen, morfina se administreaza in urmatoarele situatii :
- astm bronic;
 - accident vascular cerebral;
 - hipertensiune arteriala;
973. In tratamentul edemului pulmonar acut cardiogen, venesectia este contraindicata, in urmatoarele situatii :
- infarct miocardic acut;
 - la bolnavii virstnici cu ateroscleroza cerebrala;
 - insuficienta ventriculara stinga;
974. In edemul pulmonar acut cardiogen, cu tensiune scazuta sint contraindicate urmatoarele :
- emisiunea de sange(venesectie);
 - morfina;
 - oxigenoterapia;
975. In edemul pulmonar acut la inecatii in apa de mare, sint contraindicate urmatoarele :
- diureticele;
 - singerarea;
 - oxigenoterapie masiva, 10- 12 l/ minut;
976. Cauzele de origine cardiaca ale insuficientei respiratorii acute sint urmatoarele :
- astm cardiac;
 - infarct miocardic acut;
 - BPOC;
977. Cauzele de origine extrapulmonara ale insuficientei respiratorii acute sint urmatoarele :
- edemul pulmonar acut;
 - intoxicatiile cu barbiturice, opiacee;
 - meningite, meningoencefalite;
978. Cauzele de origine bronhopulmonara ale insuficientei pulmonare acute sint urmatoarele
- BPOC;
 - crize de astm bronic;
 - embolie pulmonara;
979. Cauzele de origine cardiaca ale insuficientei respiratorii acute sint urmatoarele :
- cordul pulmonar acut;
 - embolia pulmonara;
 - BPOC;
980. Dispneea din insuficienta respiratorie acuta , produsa de obstacole in caile aeriene superioare, are urmatoarele caracteristici :
- este de tip bradipnee inspiratorie;
 - este insotita de tiraj si cornaj;
 - este de tip polipnee inspiratorie;

981. Respiratia paradoxala din insuficienta respiratorie acuta poate apare in urmatoarele situatii :
- embolie pulmonara;
 - plagi pleuro- pulmonare;
 - volet costal;
982. Durerea din infarctul miocardic acut poate avea urmatoarele caractere :
- o senzatie de constrictie sau de "gheara";
 - o senzatie de intepatura;
 - o senzatie de presiune;
- 983 Hepatita cronica :
- nu are o evolutie spre ciroza hepatica;
 - 75 % din bolnavii cu hepatita cronica prezinta in antecedente hepatita virala;
 - se manifesta la cel putin 6 luni de la debutul hepatitei virale;
984. Factorii etiologici ai hepatitei cronice sint urmatorii:
- consum exagerat de etanol;
 - toxiinfectii alimentare;
 - frigul si umiditatea;
985. Cauzele hepatitei cronice sint urmatoarele:
- mecanice;
 - medicamentoase;
 - virale;
986. Cauzele microbiene care determina aparitia hepatitei cronice sint urmatoarele :
- leptospire;
 - paraziti;
 - anaerobi;
987. Etiologia virala a hepatitei cronice nu este sigura la :
- 75 % din cazuri;
 - 25% din cazuri;
 - 50 % din cazuri;
988. Cauzele hepatitei cronice pot fi urmatoarele:
- rickettsioze;
 - cauze nutritionale;
 - traumatismele;
989. Cauzele microbiene care determina aparitia hepatitei cronice sint urmatoarele :
- salmonele;
 - colibacili;
 - klebsiella;
990. Cauzele dismetabolice care determina aparitia hepatitei cronice sint urmatoarele :
- hipertiroidie;
 - obezitate;
 - diabet;

991. Hepatita cronică are următoarele caracteristici :
- icterul este simptomul esențial;
 - în 75 % din cazuri hepatita cronică urmează unei hepatite acute virale evidente clinic;
 - examele biologice și histologice nu transează diagnosticul;
992. În perioada de stare a hepatitei cronice sunt prezente următoarele sindroame :
- sindrom excretobiliar;
 - sindrom de hepatocitoliză;
 - sindrom fibrinolitik;
993. În perioada de stare a hepatitei cronice sunt prezente următoarele sindroame :
- sindromul hepatopriv;
 - sindromul de activare mezenchimală;
 - sindromul de fibrinoliză;
994. Hepatomegalia din hepatita cronică are următoarele caractere :
- este uneori dureroasă la efort;
 - fermitatea sa nu este condiționată de accentuarea fibrozei;
 - este obișnuită (80 %);
995. Angioamele stelare din hepatita cronică au următoarele caracteristici :
- apar adesea precoce;
 - apar în puseuri, care coincid cu exacerbarea icterului;
 - apar adesea tardiv;
996. Astenia din hepatita cronică are următoarele caractere :
- contrastează cu starea generală;
 - este de obicei bine păstrată;
 - este un simptom esențial;
997. Tulburările digestive ce pot apărea în hepatita cronică sunt următoarele :
- tulburări dispeptice biliare;
 - tulburări pancreatice;
 - colon iritabil;
998. Hepatita cronică are următoarele caracteristici :
- în cazuri excepționale se instalează fără semne clinice;
 - în 75 % din cazuri urmează unei hepatite virale acute evidente;
 - simptomul esențial este hepatalgia;
999. Febra din hepatita cronică are următoarele caractere :
- este instabilă;
 - este moderată;
 - este înaltă;
1000. Hepatita cronică când apare la femei tinere se însoțește de următoarele :
- acnee, hirsutism;
 - amenoree;
 - tiroidită;

1001. Amenoreea din hepatita cronica are urmatoare caracteristici :
- apare de regula la femeia tinara;
 - nu se asociaza cu alte boli autoimune frecvente;
 - ameliorarea sa urmeaza evolutiei leziunilor hepatice;
1002. Hepatita cronica agresiva are urmatoarele caracteristici :
- urmeaza obisnuit unei hepatite virale acute;
 - uneori evolutia este simptomatica timp indelungat;
 - tabloul clinic este functie de activitatea procesului patologic;
1003. Simptomatologia din hepatita cronica agresiva are urmatoarele caracteristici :
- icterul nu apare cu ocazia puseurilor de agravare;
 - tabloul clinic este in functie de activitatea procesului patologic;
 - angioamele stelare reprezinta un semn de agravare;
1004. Simptomatologia din hepatita cronica persistenta are urmatoarele caracteristici :
- anorexie persistenta;
 - splenomegalia, febra si manifestarile extrahepatice sint frecvente;
 - 50 % din bolnavi au o stare generala buna;
1005. Hepatita cronica persistenta are urmatoarele caracteristici :
- antigenul Australia este prezent in 10 % din cazuri ;
 - boala nu evolueaza catre ciroza hepatica;
 - afecteaza ambele sexe;
1006. In hepatita cronica agresiva sint prezente urmatoarele simptome :
- astenie , oboseala;
 - apetit crescut;
 - scaune neregulate;
1007. Examenle biologice din hepatita cronica agresiva indica urmatoarele :
- VSH este moderat crescut;
 - timolul este scazut;
 - electroforeza arata hiposerinemie;
1008. Hepatita cronica agresiva cu antigen Australia pozitiv are urmatoarele caracteristici
- este mai frecventa la barbati;
 - apare in principal la femeia tinara;
 - semnele clinice sint mai discrete;
1009. Hepatita cronica agresiva cu antigen Australia negativ are urmatoarele caracteristici:
- are tabloul foarte bogat , iar biologic foarte alterat;
 - nu apare in principal la femeia tinara;
 - este mai frecventa la barbati;
1010. Hepatita cronica agresiva are urmatoarele caracteristici :
- urmeza obisnuit unei hepatite acute virale;
 - cind apare la femeile tinere, se insoteste de tulburari endocrine;
 - tabloul clinic al bolii nu este functie de activitatea procesului patologic;

1011. Icterul din hepatita cronica are urmatoarele caracteristici :
- este simptomul esential;
 - nu evolueaza in puseuri;
 - poate lua o alura colestatica;
1012. Hepatita cronica este o leziune sistematizata caracterizata prin:
- infiltrare predominant portala, cu celule mononucleare, limfocite si predominant plasmocite;
 - dezvoltarea anormala a tesutului conjunctiv;
 - dezvoltarea anormala a tesutului epitelial;
1013. Hipopotasemia ca efect secundar al tratamentului cu diuretice din cadrul insuficientei cardiace cronice nu se previne cu :
- clorura de calciu ;
 - clorura de potasiu ;
 - clorura de natriu ;
1014. Pentru combaterea anxietatii in tratamentul infarctului miocardic acut nu se administreaza:
- sedative;
 - antidepresive;
 - sedative concomitent cu antidepresive;
1015. Pentru a evita greselile fatale, in conduita de urgenta, asistenta medicala trebuie sa stie sa diferentieze astmul bronic de urmatoarele afectiuni :
- BPOC;
 - astmul cardiac;
 - edemul pulmonar acut;
1016. In tratamentul astmului bronic, hemisuccinatul de hidrocortizon nu se administreaza :
- in doza de 250- 400 mg subcutanat;
 - in cazul in care criza nu cedeaza la miofilin;
 - in doza de 400-500 mg intravenos;
1017. In cadrul resuscitarii cardiorespiratorii, respiratia artificiala nu se realizeaza intr-un ritm de :
- 18- 20 respiratii / minut;
 - 16-18 respiratii / minut;
 - 14-16 respiratii / minut;
1018. Semnele obstructiei cailor aeriene sint urmatoarele :
- absenta miscarilor respiratorii normale;
 - dispnee zgomotoasa;
 - prezenta curentului de aer la nas sau la gura;
1019. Principalele simptome functionale ale insuficientei cardiace cronice drepte sint urmatoarele :
- hepatalgie resimtita ca o durere surda in hipocondru drept sau epigastru;
 - junghi toracic submamelonar sau posterior;
 - dispnee variabila ca intensitate;
1020. Insuficienta cardiaca dreapta este un sindrom clinic care nu este provocat de :
- necroza ischemica a unei portiuni de miocard;
 - dilatatarea si insuficienta brusca a inimii drepte;
 - obstructia brusca a inimii drepte;

1021. Diseminarea de la nivelul plămânului a bacilului Koch se poate face prin următoarele cai:
- limfatică și hematogenă;
 - aeriană;
 - bronhogenă;
1022. Atribuțiile asistentului medical în prevenirea și controlul infecțiilor nosocomiale sunt:
- pregătirea materialelor pentru sterilizare și respectarea condițiilor de păstrare și utilizare lor;
 - respectă și răspunde de aplicarea regulilor de igienă și regulilor de tehnică aseptică.
 - refuză internarea bolnavilor contagioși.
1023. Obiectivele permanente în prevenirea infecțiilor nosocomiale sunt:
- alegerea procedurilor de investigație și tratament cu risc minim de infecție.
 - măsuri de igienă spitalicească
 - utilizarea antibioticelor cu spectru larg de acțiune.
1024. Ce importanță are spălarea mâinilor în prevenirea infecțiilor cu cale de transmitere sanguină:
- nu prezintă importanță în prevenirea infecțiilor cu cale de transmitere sanguină;
 - uneori este singurul mod de prevenire a contaminării și diseminării agenților microbieni;
 - cel mai important mod de prevenire a contaminării și diseminării agenților microbieni.
1025. În cazul expunerii profesionale cu produse patologice (inoculare percutană, înțepătură, tăietură) ce atitudine luați?
- stimularea sîngerării locale;
 - clătirea cu apă;
 - aplicarea de antiseptice, dezinfectante, spălarea cu apă și săpun sau detergent.
1026. Incidența infecțiilor nosocomiale este crescută în serviciile:
- nou-născuți;
 - terapie intensivă;
 - endocrinologice.
1027. Administrarea hormonilor corticosuprarenali este indicată în:
- osteoporoza;
 - afecțiuni reumatice;
 - afecțiuni alergice.
1028. Arsura de gradul III se caracterizează prin:
- interesarea epidermului și parțial a dermului
 - aparitia flictenelor sero-sanguinolente
 - cicatrizare rapidă cu restituția ad integrum
1029. Ce complicații pot apărea într-o arsură întinsă?
- șoc hipovolemic
 - infecție, nefrită, bronhopneumonie, hemoragie digestivă
 - escare, intoxicația centrilor nervoși cerebrali, urmată de confuzii, pierderi de cunoștință, paralizii

1030. Care sunt condițiile unui bun bandaj?

- a. înfășurarea se execută cu mișcări bine coordonate evitând provocarea de dureri
- b. înfășurarea se va face de la stânga la dreapta (celui care execută)
- c. înfășurarea se va face compresiv pentru a menține pansamentul

BIBLIOGRAFIE = ASISTENT MEDICAL GENERALIST =

- C. Borundel - *Manual de medicina interna pentru cadre medii* - Editura All Bucuresti, anul 1995;
- Mihailescu M - *Chirurgie pentru cadre medii* - Editura medicala, Bucuresti, anul 1999
- Mozes C. - *Tehnica ingrijirii bolnavului (editia a VI a)* Ed. Medicala, Bucuresti 1999;
- F. Chiru, G. Chiru si L. Moraru - *Ingrijirea omului bolnav si a omului sanatos* - Ed. Cison Anul 2001
- Titirca L. - *Urgente medico-chirurgicale - Sinteze* - Editura Medicala, Bucuresti 2001
- Titirca L. - *Manual de ingrijiri speciale acordate pacientilor de catre asistentii medicali* - Ed. Viata Medicala Romaneasca 2003;
- C. Bocarnea - *Boli infectioase si epidemiologie* - Manual pentru scolile postliceale sanitare Editura Infoteam 1995
- Ord. Ministrului Sanatatii si Familiei nr. 984/1994*
- Codul de etica si deontologie profesionala al asistentului medical - 2003*
- Legea nr. 307/2004 - privind exercitarea profesiei de asistent medical si a profesiei de moasa, precum si organizarea si functionarea Ordinului Asistentilor Medicali si Moaselor din Romania, publicata in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 578/30. 06. 2004.*

RĂSPUNSURI CORECTE

1. a	54. a	107. b	162. c	217. b
2. c	55. b	108. a	163. a	218. a
3. c	56. a	109. a	164. b	219. b
4. b	57. c	110. b	165. c	220. c
5. c	58. c	111. a	166. a	221. c
6. c	59. c	112. a	167. c	222. b
7. b	60. a	113. a	168. a	223. c
8. b	61. b	114. a	169. b	224. c
9. a	62. a	115. a	170. b	225. a
10. b	63. c	116. b	171. a	226. b
11. c	64. b	117. a	172. a	227. b
12. b	65. b	118. a	173. b	228. c
13. a	66. c	119. a	174. c	229. b
14. c	67. a	120. b	175. b	230. a
15. b	68. b	121. a	176. c	231. a
16. a	69. b	122. b	177. a	232. a
17. b	70. c	123. a	178. c	233. a
18. b	71. c	124. b	179. b	234. a
19. c	72. a	125. b	180. c	235. a
20. a	73. a	126. a	181. b	236. b
21. b	74. b	127. a	182. b	237. b
22. c	75. b	128. b	183. b	238. a
23. a	76. b	129. a	184. a	239. b
24. c	77. b	130. b	185. c	240. c
25. c	78. b	131. b	186. a	241. a
26. b	79. b	132. b	187. a	242. a
27. a	80. a	133. c	188. b	243. a
28. a	81. c	134. b	189. a	244. a
29. b	82. a	135. b	190. b	245. b
30. c	83. b	136. b	191. c	246. b
31. b	84. a	137. a	192. a	247. b
32. b	85. a	138. c	193. a	248. b
33. b	86. a	139. b	194. c	249. a
34. a	87. a	140. a	195. c	250. c
35. b	88. b	141. a	196. a	251. b
36. a	89. b	142. a	197. c	252. c
37. c	90. a	143. a	198. a	253. a
38. a	91. c	144. b	199. b	254. b
39. c	92. b	145. c	200. a	255. b
40. b	93. c	146. b	201. b	256. b
41. b	94. b	147. b	202. a	257. b
42. b	95. c	148. a	203. b	258. a
43. a	96. a	149. b	204. a	259. a
44. b	97. b	150. c	205. c	260. a
45. b	98. b	151. a	206. a	261. a
46. b	99. c	152. b	207. a	262. c
47. b	100. c	153. c	208. b	263. a
48. a	101. a	154. c	209. a	264. a
49. b	102. b	155. c	210. a	265. c
50. b	103. a	156. b	211. b	266. a
51. b	104. a	157. a	212. a	267. c
52. c	105. a	158. c	213. b	268. a
53. a	106. a	159. a	214. b	269. c
		160. a	215. b	270. a
		161. b	216. b	271. c

272. a	327. b	382. b	437. b	492. b, c
273. c	328. b	383. b	438. c	493a, b
274. c	329. a	384. b	439. c	494a, b
275. c	330. b	385. a	440. a	495. a, c
276. a	331. b	386. a	441. c	496. a, b
277. a	332. a	387. b	442. a	497. a, c
278. b	333. c	388. c	443. c	498. a, b
279. c	334. b	389. c	444. a	499 a, b
280. c	335. c	390. c	445. c	500 b, c
281. c	336. b	391. b	446. c	501 a, c
282. c	337. a	392. c	447. a	502. a, c
283. a	338. a	393. a	448. a	503. a, b
284. b	339. a	394. b	449. b	504. a, c
285. a	340. a	395. c	450. a	505. a, c
286. c	341. a	396. b	451. a	506. a, b
287. a	342. b	397. b	452. c	507. a, b
288. c	343. a	398. a	453. b	508. a, b
289. b	344. c	399. a	454. b	509. a, b
290. a	345. a	400. c	455. c	510. a, c
291. b	346. c	401. c	456. c	511. a, b
292. a	347. a	402. a	457. a	512. a, c
293. c	348. c	403. c	458. a	513. a, b
294. a	349. b	404. b	459. b	514. a, b
295. a	350. a	405. a	460. c	515. a, b
296. a	351. a	406. b	461. b, c	516. a, b
297. a	352. a	407. a	462. a, c	517. a, c
298. a	353. a	408. c	463. a, b	518. a, b
299. a	354. b	409. c	464. a, c	519. a, c
300. a	355. a	410. b	465. b, c	520. a, b
301. b	356. c	411. c	466. a, c	521. a, b
302. c	357. b	412. b	467. a, b	522. a, b
303. c	358. a	413. b	468. b, c	523 a, b
304. a	359. a	414. b	469. a, b	524. a, c
305. a	360. a	415. c	470. a, b	525. a, c
306. a	361. a	416. c	471. a, b	526. b, c
307. a	362. b	417. c	472. a, c	527. a, c
308. b	363. a	418. a	473. b, c	528. b, c
309. a	364. c	419. a	474. a, c	529 a, c
310. b	365. a	420. a	475. a, c	530. a, b
311. a	366. c	421. b	476. a, b	531 a, c
312. b	367. a	422. b	477. a, c	532 b, c
313. b	368. b	423. a	478. a, b	533 a, b
314. a	369. a	424. a	479. a, b	534. a, c
315. a	370. b	425. a	480. a, b	535. b, c
316. a	371. a	426. c	481. a, b	536 a, c
317. a	372. a	427. b	482. a, c	537 b, c
318. b	373. b	428. c	483. b, c	538. a, c
319. c	374. b	429. b	484. a, b	539. a, c
320. a	375. b	430. c	485. a, c	540 b, c
321. b	376. b	431. a	486. b, c	541 a, c
322. c	377. b	432. a	487. b, c	542. a, b
323. a	378. b	433. a	488. a, c	543 b, c
324. a	379. a	434. a	489. b, c	544 b, c
325. a	380. b	435. a	490. a, b	545. a, c
326. a	381. b	436. b	491. a, b	546. b, c

547 b,c	602. a,c	657,b,c	712 a,c	767 a,c
548. a,b	603. a,b	658. a,b	713 a,c	768. b,c
549 b,c	604 a,b	659 b,c	714. b,c	769 b,c
550. a,b	605. a,b	660. a,c	715. a,c	770. b,c
551 a,b	606. a,b	661. a,c	716 b,c	771. a,b
552. a,b	607 a, b	662. a,b	717 b,c	772. a,b
553. a,b	608. a,b	663 a,b	718 a,b	773. a,b
554. b,c	609. a,b	664. a,b	719. a. c	774. a,b
555. a,b	610. a,b	665. a,b	720. b,c	775. a,b
556. a,c	611 a,b	666 a,b	721 a,b	776. a,c
557 a,b	612. a, b	667. a,b	722. a,b	777. b,c
558 b,c	613. a,b	668. ,a,b	723. a,c	778. a,b
559. b,c	614. a,b	669ab	724. a,b	779 a,b
560 b,c	615. a,b	670 a, b	725. a,b	780. a,c
561. a, b	616 a,b	671. a,b	726. a,c	781. ab
562. a,b	617 a,b,	672. b,c	727 a,c	782. a,b
563 a,b	618. a,b	673 ,b	728. a,b	783 a,b
564. a,b	619. a,b	674 a,b	729 a,b	784. a,c
565a,c	620 a,b	675 a,b	730. a,b	785. b,c
566. a,c	621 a, b,	676. a,b	731. a,b	786. a,b
567. a,c	622. a, b ,	677 a,b	732. a,b	787. b,c
568. a,b	623. a, b ,	678 a b	733 a,b	788. a,b
569 a,c	624. a,b ,	679. a,b	734 a,b	789. a,b
570. a,b	625 a, c,	680. a,b	735. a,b	790. a,b
571. a,b	626 a,b,	681. a,b	736. a,c	791 a,b
572. a,b	627. a,b,	682. a,b	737 a,c	792 a,b
573. a,b	628. a,b ,	683. a,b	738. a,b	793. a,b
574. b,c	629 b, c,	684. a,b	739 a,b	794. b,c
575. a,b	630 b,c,	685. a,b	740a,b	795. b,c
576 a,b	631. a, c,	686. a,b	741. b,c	796. a,b
577. a. b	632. a, c,	687 a,c	742. b,c	797. a,b
578. a. b	633 a ,c	688. a,c	743. a,b	798. a,b
579. b. c	634 a,b	689 b,c	744. b. c	799. a,b
580. a. b	635. a,b	690. a,b	745. a. b	800. a,b
581. a. c	636 a. b	691 b,c	746. a. b	801. b,c
582. a. b	637a. c	692. a,c	747. a. c	802. a,c
583. b. c	638 a. b	693. a,b	748. . a. c	803. a,b
584. b,c	639. a. b	694. a,c	749 a. b	804. b,c
585. a,b	640. a,c	695. b,c	750. a,c	805 a,b
586. a,b	641 a,b	696. a, c	751. a,c	806. b,c
587. a,b	642 a,b	697. a,b	752. a,c	807. b,c
588. a,b	643 a. b	698. a,c,	753. a,b	808. b,c
589. a,b	644. a,b	699. a,c	754. a,b	809. a,c
590. b,c	645. a,b	700 a,b	755. a,b	810. ab
591. ab	646 a,b	701. a,b	756. a,b	811. bc
592a,b	647a,c	702a,b	757. b,c	812. ab
593. a. b	648 a,c	703. a,b	758. a,b	813. ab
594. a. b	649. a,b	704a,c	759b,c	814. bc
595. a. c	650. a,c	705 b,c	760 a,b	815 bc
596. b. c	651 a,b	706. a,b	761 b,c	816. a,b
597. a,c	652 a,b	707 a,c	762. b,c	817. a,b
598. a,b	653. a,b	708 a,b	763. b,c	818 a,c
599. a,b	654. a,c	709 b,c	764. a,b	819 a,b
600. a,b	655. ,a,c	710. a,c	765. a,b	820. a,b
601. a,b	656,b,c	711. a,b	766. :a,b	821 a,c

822. a,c	877. a,c	932 a,b	987. b,c
823 a,b	878 a,c	933. a,b	988. a,b
824. a,c	879. ab	934. a,c	989. a,b
825 a,b	880. b,c	935. a,c	990 b,c
826. a,c	881. a,b	936. b,c	991 a,b
827 b,c	882 a,b	937 a,b	992. a,b
828. a,c	883. b,c	938. b,c	993. a,b
829. a,b	884. b,c	939. a,c	994. a,c
830. a,b	885. b,c	940 a,b	995. a,b
831. a,c	886. b,c	941 . a,c	996. a,b
832. a,c	887. a,c	942. a,c	997 a,b
833. ac	888 . a,c	943. b,c	998. a,b
834 b,c	889. a,b	944. a,c	999. a,b
835 a,b	890 a,b	945 a,b	1000. a,b
836. b,c	891. b,c,	946,a,b	1001 a,c
837. a,c	892. b, c	947. a,b	1002. a,c
838 a,b	893. b, c	948. b,c	1003 b,c
839 a,c	894 a b	949. a,b	1004 a,c
840 b,c	895. b, c,	950. a,b,	1005 b,c
841 b,c	896 a, c,	951 b,c	1006 a,c
842. a,b	897. a, b,	952. a,b	1007 a,c
843b,c	898 a,b	953. a,b	1008. a,c
844 b,c	899. a, c,	954 a,c	1009. b,c
845 b,c	900. b, c,	955. a,c	1010. a, b
846. b,c	901. a,b,	956. a,c	1011. a,c
847 a,c	902. a,c	957 a,b	1012. a,b
848. b,c	903 b,c,	958. a,c	1013. a,c
849. a,c	904 a,c,	959. a,b	1014. b,c.
850. a,b	905 a,b,	960 ;a,b	1015. b,c
851 a,b	906 b,c,	961 b,c	1016 a,c
852. a,b	907 a, c,	962. b,c	1017. a,b
853. a,c	908 b,c	963. a,b	1018 a,b
854. b,c	909. a,b	964 a,b	1019. a,c
855. b,c	910. a, b	965. a,b	1020. a,c
856 b,c	911. a,b	966 a,b	1021. a,c
857. b,c	912. a,c	967 b,c	1022. a,b
858 a,c	913 a, b	968 b,c	1023. a,b
859 a,c	914. b,c	969. a,c	1024. b,c
860. b,c	915 a,b	970. a,b	1025. a,c
861. a,c	916. a,c	971. a,b	1026. a,b
862 a,b	917. a,b	972 a,c	1027. a,b
863 b,c	918 b,c	973 a,b	1028 a,b
864 b,c	919 a,b	974 a,b	1029. b,c
865 a,c	920. a. c	975,a,b	1030. a,b
866 a,c	921. a,b	976 a,b	
867. b,c	922 a,b	977. b,c	
868 a,b	923 a,c	978 a,b	
869 a ,b	924 a. c	979. a,b	
870. b,c	925. a,c	980 a,b	
871 a,c	926 a b	981. a,b	
872 bc	927 b,c	982. a,c	
873. a, c	928 b,c	983 b,c	
874. b,c	929. a,b	984 a,b	
875. a,c	930. a,c	985. b,c	
876. a,b	931 a,c	986. a,b	

balneofizioterapie și recuperare medicală

farmacie

radiologie

laborator

tehnică dentară

optică medicală

aparatură medicală

statistică medicală

asistent igienist
cabinet stomatologic

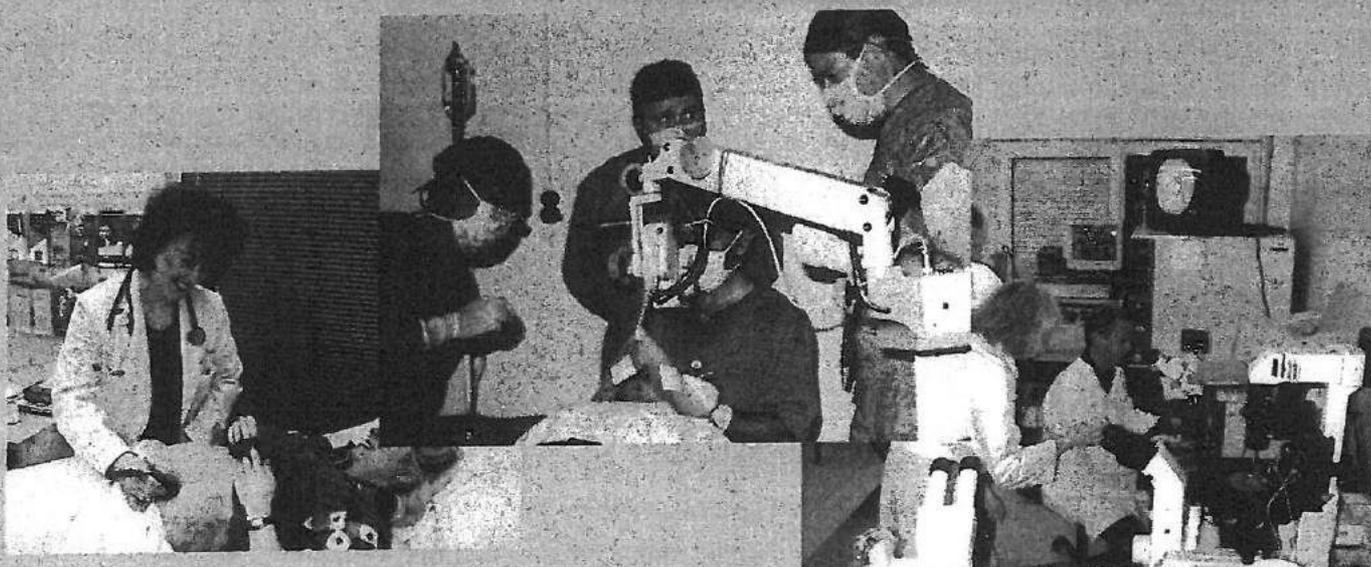
stomatologie



8864

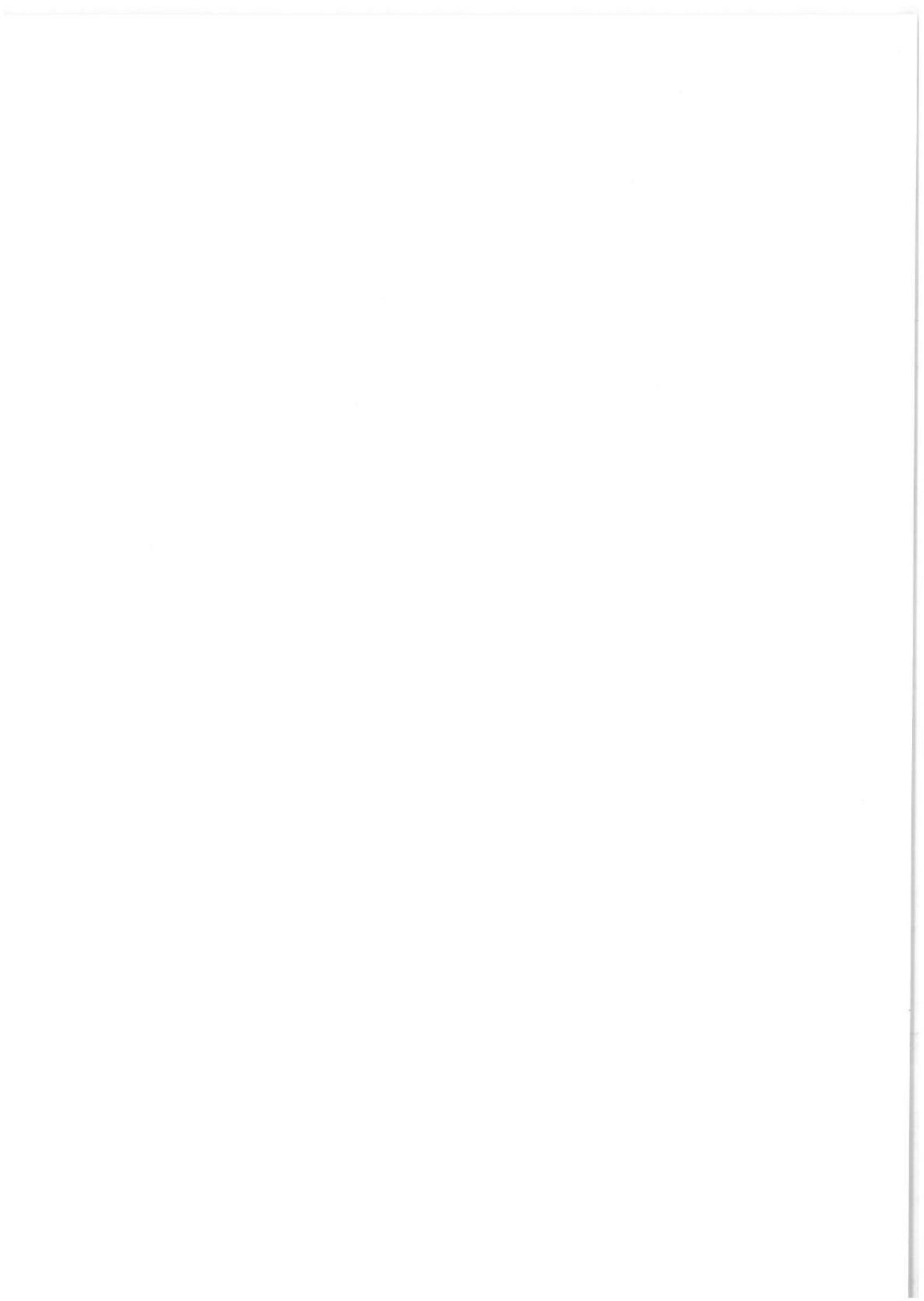
teste pentru examene și concursuri

Vol. II



ASISTENȚI MEDICALI

2004



CUPRINS

Specialitatea: Balneofizioterapie si recuperare medicala	5
Specialitatea: Farmacie	76
Specialitatea: Radiologie	140
Specialitatea: Laborator	205
Specialitatea: Tehnica dentara	280
Specialitatea: Optica medicala	332
Specialitatea: Aparatura medicala	353
Specialitatea: Statistica medicala	374
Specialitatea: Asistent igienist de cabinet stomatologic	389
Specialitatea: Asistent medical stomatologie	439
Legea nr. 307/2004 OU 144 / 2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical, organizarea si functionarea Ordinului Asistentilor Medicali si a Moaselor din Romania.	489

CUPRINS

Specialitatea: Balneofizioterapie si recuperare medicala	5
Specialitatea: Farmacie	76
Specialitatea: Radiologie	140
Specialitatea: Laborator	205
Specialitatea: Tehnica dentara	280
Specialitatea: Optica medicala	332
Specialitatea: Aparatura medicala	353
Specialitatea: Statistica medicala	374
Specialitatea: Asistent igienist de cabinet stomatologic	389
Specialitatea: Asistent medical stomatologie	439
Legea nr. 507/2004 OU 144 / 2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical, organizarea si functionarea Ordinului Asistentilor Medicali si a Moaselor din Romania.	489

SPECIALITATEA: BALNEOFIZIOTERAPIE SI RECUPERARE MEDICALA

1. Care sunt principalele efecte ale curentilor diadinamici?
 - a. dinamogene;
 - b. spastice;
 - c. hiperemiante.

2. Intensitatea curentilor diadinamici se face progresiv pana la:
 - a. vibratii puternice;
 - b. senzatie de vibratie nedureroasa;
 - c. contractura musculara.

3. Formele clasice de curenti diadinamici descrisi pentru prima data de Pierre Bernard (1929) sunt:
 - a. MM;
 - b. PS;
 - c. PL.

4. Pentru obtinerea unui efect analgetic folosim ca forme de curenti diadinamici:
 - a. DF;
 - b. PL;
 - c. MF.

5. Ce forma de curenti diadinamici folosim pentru a obtine un efect excitomotor pronuntat?
 - a. MF;
 - b. PS;
 - c. RS.

6. Modul de aplicare, marimea si forma electrozilor, în cazul terapiei cu curenti diadinamici, se face în functie de:
 - a. suprafata zonei de tratat;
 - b. scopurile terapeutice urmarite;
 - c. nivelul pragului dureros.

7. Ca mod de aplicare a curentilor diadinamici la nivelul ganglionilor vegetative folosim electrozi mici cu:
 - a. catodul pe zona ganglionului respectiv;
 - b. anodul la 2-3 cm distanta;
 - c. anodul si catodul asezati bilateral de zona ganglionara.

8. Utilizarea terapeutica a curentilor diadinamici cu inversarea polaritatii (electrozii fiind lasati în aceeasi pozitie), isi are rostul numai in aplicatii cu scop:
 - a. sedativ;
 - b. dinamogen;
 - c. miostimulant.

9. In aplicatiile terapeutice ale curentilor diadinamici cu scop hiperemiant, vasculatrop, se pot indica sedinte cu durata de:
 - a. 20-30 min;
 - b. 5-10 min;
 - c. 2-4 min.

10. In cazul aplicarii terapiei cu curenti diadinamici cu scop dinamogen sau hiperemiant, pot fi indicate un numar de:
- 6-8 sedinte;
 - 8-10 sedinte;
 - peste 10 sedinte.
11. Indicatiile curentilor diadinamici in afectiunile reumatismale:
- sindroame dureroase de origine talamica;
 - mialgii;
 - stiloidite.
12. Indicatiile curentilor diadinamici in stari posttraumatice:
- intinderi musculare;
 - rupturi meniscale;
 - redori articulare.
13. Curentii de joasa frecventa nu trebuie aplicati pe regiunea:
- coxala;
 - inghinala;
 - precordiala.
14. In terapia aplicarii curentilor de joasa frecventa, o conditie esentiala este de a verifica:
- sistemul de semnalizare al aparatului;
 - integritatea si calitatea electrozilor;
 - materialul hidrofil (de marime si grosime corespunzatoare).
15. Care este cel mai cunoscut efect al curentilor diadinamici:
- pigmentare;
 - analgetic;
 - termoreglare.
16. Forme de curenti diadinamici folosite in intinderile musculare:
- DF-PS;
 - RS-MF;
 - MF-PL.
17. Afectiuni ce beneficiaza de tratamentul cu curenti diadinamici sunt:
- acrocianoza;
 - dermatoze;
 - maladia Raynaud.
18. Curentii diadinamici sunt contraindicati in:
- sindroame algodistrofice;
 - sarcina in primul trimestru;
 - anemii.
19. In aplicatiile terapeutice de curenti excitomotori se vor evita zonele cu:
- piese metalice intratisulare;
 - paroase;
 - proeminente osoase.

20. In cazul terapiei cu curenti interferentiali, efectul excitomotor este dat de frecventa:
- 10 Hz;
 - 12-35-50 Hz;
 - 80-100 Hz.
21. In cazul contracturilor si retracturilor musculare se indica curenti interferentiali cu frecvente variabile, utilizand modulatia de:
- 90-100 Hz;
 - 0-100 Hz;
 - 0-10 Hz.
22. La aplicatia terapeutica cu curenti interferentiali urmarim ca factori principali:
- influentarea SNV;
 - influentarea SNC;
 - cresterea pragului dureros.
23. Curentul interferential actioneaza numai pe muschi:
- atrofiati;
 - sanatosi, normoinervati;
 - paraplegic.
24. In cazul terapiei cu curenti interferentiali frecventele "rapide" (80-100 Hz) au efect:
- excitomotor;
 - vasculotrofic;
 - analgetic.
25. Indicatiile terapeutice ale curentilor interferentiali in afectiuni ale organelor interne:
- ocluzie intestinala;
 - diskinezii biliare;
 - pancreatite cronice.
26. Indicatiile curentilor interferentiali in afectiuni ale aparatului locomotor:
- sindrom algoneurodistrofic;
 - procese inflamatorii purulente;
 - periartrite.
27. Afectiunile ginecologice se pot trata cu ajutorul curentilor interferentiali si anume:
- anexite;
 - parametrite;
 - neoplazii.
28. Aplicatiile terapeutice cu curenti interferentiali sunt contraindicate in:
- neoplazii;
 - afectiuni reno-urinare;
 - boala ulceroasa.
29. Curentii interferentiali sunt contraindicati in:
- edeme inflamatorii ale prostatei;
 - zone cu stimulator cardiac;
 - zone hemoragice.

30. Nu se vor aplica curenti interferentiali pe:
- zonele cu pericol de sangerare certa;
 - procesele inflamatorii acute;
 - tulburari de circulatie periferica arteriala.
31. In cazul terapiei cu unde scurte caldura se formeaza:
- in interiorul tesuturilor organismului;
 - in exteriorul tesuturilor;
 - la nivelul epidermei.
32. Aplicatiile terapeutice cu inalta frecventa au un efect remanent, temperatura corpului ramanand ridicata timp de:
- 10-12 ore, dupa procedura;
 - 1-2 ore, dupa procedura;
 - 48-72 ore, dupa procedura.
33. In terapia cu unde scurte, electrozii plati sau "flexibili" se aplica:
- la o distanta de 2-4 cm de tegument;
 - direct pe corpul pacientului;
 - la o distanta de 10 cm de tegument.
34. Energia de inalta frecventa trece ca un curent de deplasare fara a produce caldura, prin:
- organe interne;
 - tesut gras;
 - muschi.
35. Aplicatiile de unde scurte in camp condensator duc la o incalzire de profunzime daca se respecta regula distantei:
- lipiti de tegument;
 - 3,4 cm;
 - 10 cm.
36. Ce tipuri de electrozi folosim in terapia cu unde scurte in camp inductor:
- electrod diploida;
 - electrozi de plumb;
 - electrozi de tip monoda.
37. Electroductul solenoid este un:
- cadru infasurat in spirala circulara si amplasat intr-un invelis de pasla;
 - cablu infasurat in spirala circulara si amplasat intr-un invelis de electrozi;
 - cablu infasurat in spirale in jurul regiunii tratate.
38. In terapia cu unde scurte se folosesc si electrozi speciali cum ar fi:
- electroductul axilar;
 - electrozi de tip Schlipphake (rigizi);
 - electroductul vaginal.

39. In terapia cu unde scurte, distanta electrozilor fata de suprafata regiunii tratate este de:
- 2-3 cm;
 - 5 cm;
 - 7 cm.
40. Dimensiunea electrozilor in cazul terapiei cu unde scurte se alege in functie de:
- greutatea corporala;
 - stadiul bolii;
 - suprafata tratata.
41. In terapia cu unde scurte, pozitionarea electrozilor fata de zona tratata trebuie sa fie:
- oblica fata de suprafata tratata;
 - paralel cu suprafata tratata;
 - perpendicular pe zona de tratament.
42. In cazul terapiei cu unde scurte, metoda obiectiva urmareste:
- cu cate grade creste temperatura tesutului;
 - gradul senzitiv de perceptie al individului;
 - cresterea tensiunii arteriale.
43. Care din cele patru doze aplicate in terapia cu unde scurte este slaba, numita si oligotermica:
- I;
 - II;
 - III.
44. In tratarea afectiunilor cronice se recomanda unde scurte:
- doza atermica (I);
 - doze mici (I-II);
 - doze mari (III-IV).
45. Care doze aplicate in terapia cu unde scurte au actiune antispastica?
- II;
 - III;
 - IV.
46. Durata sedintelor de unde scurte este in functie de:
- efectul terapeutic urmarit;
 - starea psihica a pacientului;
 - stadiul de evolutie al bolii.
47. In terapia cu unde scurte a afectiunilor cronice, durata de tratament este de:
- 3-10 min;
 - 20-30 min;
 - 15 min.
48. Ca regula de baza, in aplicatiile terapiei cu unde scurte, este evitarea asezarii pacientului pe:
- fotolii cu rame metalice;
 - pat cu schelet metalic;
 - pat si scaun de lemn.

49. Pentru evitarea supraîncălzirii zonei tratate în câmp condensator, pacientul este obligat să înlăture:
- vestimentatia;
 - obiectele metalice;
 - hainele ude sau din țesături sintetice.
50. La aplicațiile terapeutice în câmp condensator asupra tegumentului dezgolit se recomandă:
- stergerea sudoratiei;
 - îndepărtarea pansamentelor uscate;
 - îndepărtarea unguentelor (degresare).
51. La aplicațiile în câmp condensator, la ambii genunchi, se va avea grijă să se:
- lipească strans unul de altul;
 - departeze unul de celălalt cu 15 cm;
 - interpună o bucată de păslă.
52. Aparatele de unde scurte vor fi amplasate la o distanță de cel puțin 6 m față de aparatele de joasă frecvență cărora le perturbă evident și semnificativ:
- forma trenurilor;
 - frecvența acestora;
 - intensitatea câmpului.
53. Prin metoda subiectivă s-a constatat că doza IV la aparatul de unde scurte produce pacientului senzația de:
- rece;
 - usoară căldură;
 - căldură puternică greu suportabilă.
54. Prin metoda obiectivă s-a constatat că dozele puternice de unde scurte cresc temperatura cutanată cu aproximativ:
- 3°;
 - 1°;
 - 2°.
55. Numărul sesiunilor de unde scurte nu trebuie să depășească:
- 6-8 sesiuni;
 - 10-12 sesiuni;
 - 12-15 sesiuni.
56. Indicațiile terapiei cu unde scurte în afecțiunile aparatului locomotor:
- manifestări acute ale afecțiunilor reumatice;
 - reumatismul inflamator cronic;
 - reumatismul abarticlar.
57. Tratatul cu unde scurte este recomandat pacienților cu afecțiuni ale aparatului uro-genital:
- tenesme vezicale;
 - pielocistite;
 - perioade de ciclu menstrual.

58. Afecțiunile stomatologice beneficiază și ele de aplicații terapeutice în câmp condensator:
- granuloame;
 - gingivite;
 - procese neoplazice.
59. Principalele contraindicații ale terapiei cu unde scurte sunt:
- prezența de piese metalice intratisulare;
 - deregări ale hipofizei;
 - afecțiuni cu tendințe la hemoragii.
60. Se va evita tratamentul în câmp condensator al pacienților cu:
- implantarea de pace-maker cardiac;
 - sindromul Raynaud;
 - hemoragii digestive.
61. Câte forme de ultrasunete folosite în terapia medicală se cunosc:
- 4;
 - 6;
 - 2.
62. În eventualitatea unei supradozări de ultrasunete, în câmp continuu, dezavantajul ar fi:
- efectul vibrator;
 - efectul termic accentuat;
 - iritarea cutanată.
63. La aplicarea terapiei cu ultrasunet, în câmp discontinuu, frecvența și forma impulsurilor sunt reglate în funcție de:
- zona de tratat;
 - stadiul bolii;
 - sensibilitatea pacientului.
64. Aparatele folosite în fizioterapie furnizează ultrasunete cu frecvența cuprinsă între:
- 40-80 Hz;
 - 800-1000 KHz ;
 - 3-10 KHz.
65. Câte efecte fiziologice au ultrasunetele:
- 2;
 - 3;
 - 4.
66. În cazul terapiei cu ultrasunete, efectul analgetic se realizează printr-o frecvență a impulsurilor de:
- 50-100 Hz;
 - 10 Hz;
 - 15-20 Hz.
67. Acțiunea vibratorie a ultrasunetelor cu frecvența de 150 Hz asupra proprioceptorilor musculari și tendinoși are efect:
- miorelaxant;

- b. excitomotor;
- c. senzitiv.

68. In terapia cu ultrasunete, actiunea hiperemianta, cu efecte resorbitive si vasculotrofice, se realizeaza prin influentarea:

- a. SNC;
- b. SNP;
- c. SNV.

69. Pentru afectiunile localizate la membrul superior, tratamentul cu ultrasunete se aplica pe regiunile paravertebrale:

- a. C3-T1;
- b. C2-C3;
- c. C1-C2.

70. La aplicarea terapiei cu ultrasunete, in mediu subacval, apa trebuie sa aiba o temperatura de:

- a. 36°-37°C;
- b. 20-25°C;
- c. 40°C.

71. Pentru aplicarea terapiei cu ultrasunete, pe suprafata zonei de tratat se vor aplica:

- a. uleiuri minerale;
- b. vaselina simpla;
- c. pudra de talc.

72. In tratamentul cu ultrasonoterapie in mediu subacval, capul traductorului va fi:

- a. paralel cu suprafata regiunii de tratat;
- b. la o distanta de 2-3 cm de tegument;
- c. direct pe tegument.

73. Conditii de baza in aplicarea terapiei cu ultrasunete:

- a. sisteme de ventilatie;
- b. confort termic;
- c. patul si scaunul, confectionate din lemn.

74. Aparatul de ultrasunete nu va fi pus in functiune daca nu prezinta:

- a. impamantare;
- b. sursa de alimentare corespunzatoare;
- c. ceas semnalizator.

75. In cazul terapiei cu ultrasunete, intensitatea este exprimata in:

- a. W/cm²;
- b. cal g/cm²/min;
- c. calorii/minut de iradiere.

76. Valoarea intensitatii utilizate in aplicatii terapeutice cu ultrasunete, depinde de o serie de elemente:

- a. forma de cuplaj;
- b. natura afectiunii tratate;
- c. starea psihica a pacientului.

77. In aplicatiile terapeutice cu ultrasunete, valoarea intensitatii utilizate este in functie de:
- stadiul afectiunii;
 - varsta pacientului;
 - intensitatea durerii.
78. Aplicatiile de ultrasunete pot preceda sedintele de kinetoterapie datorita actiunii lor:
- antialgice;
 - miorelaxante;
 - tonifiante.
79. In cazul terapiei cu ultrasunete, manipularea traductorului pe tesutul muscular se face cu miscari:
- sinusoidale-spirale;
 - transversale;
 - fara presiune mare.
80. Este indicata aplicarea terapiei cu ultrasunete concomitent cu röntgenterapia:
- da;
 - nu;
 - nu conteaza.
81. Nu este indicata succesiunea terapeutica, in aceeasi jumatate de zi, a:
- ultrasunetului cu diadinamic;
 - ultrasunetului cu masaj;
 - ultrasunetului cu trabert.
82. Este contraindicata aplicarea terapiei cu ultrasunete concomitent cu:
- masajul;
 - röntgenterapia;
 - ionizarea.
83. Terapia cu ultrasunete are efecte benefice in:
- calusare intarziata;
 - consolidarea fracturilor recente;
 - fragilitatea capilara.
84. Terapia cu ultrasunete se indica in:
- spondilite;
 - fenomene inflamatorii acute;
 - tendinoze.
85. In afectiunile dermatologice, ultrasunetul este recomandat in:
- tulburari de sensibilitate cutanata;
 - plagi atone;
 - cicatrici cheloide.
86. Indicatiile ultrasonoterapiei in afectiuni neurologice:
- nevroamele amputatiilor;
 - stadiile inflamatorii;
 - distrofie musculara progresiva.

87. In ginecopatii, ultrasunetul, prin efectul sau decongestiv, a dus la rezultate bune in afectiuni ca:
- suferinta inflamatorii cronice uterine;
 - dezobstruarea trompelor;
 - fenomene inflamatorii acute.
88. Contraindicatiile terapiei cu ultrasunete:
- reumatismul articular acut;
 - sechele nevralgice dupa Herpes Zoster;
 - casexii.
89. Terapia cu ultrasunete este contraindicata in afectiuni ca:
- fragilitate capilara;
 - tumori evolutive in toate stadiile;
 - nevrite.
90. In afectiunile cardio-vasculare, terapia cu ultrasunete este contraindicata in urmatoarele cazuri:
- insuficienta coronariana;
 - arteriopatiile obliterante;
 - calcificarea progresiva a peretilor arteriali.
91. Aplicarea ultrasunetului este contraindicata pe zona:
- inghinala;
 - maduvii spinarii;
 - ficat.
92. Contraindicatii speciale ale aplicarii terapiei cu ultrasonoterapie:
- splina;
 - glande sexuale;
 - perete abdominal anterior.
93. La copii si adolescenti nu se vor aplica ultrasunete pe:
- zona cervicala (torticolis);
 - zonele de crestere ale oaselor;
 - zona lombara (spondiloza).
94. Nu se va aplica tratamentul cu ultrasunete pe:
- T7-T12;
 - plamani;
 - cord si vasele mari.
95. Radiatiile infrarosii cu lungimi de unda cuprinse intre 760 nm si 1.500 nm sunt penetrate, puterea de patrundere fiind in functie de:
- pigmentatie;
 - doza;
 - varsta.
96. Razele infrarosii cu lungimea de unda mai mare de 5.000 nm sunt absorbite:
- de epiderm;
 - de derm;
 - la suprafata tegumentului.

97. La actiuni mai prelungite ale razelor infrarosii si la doze considerabile se produc:
- escare cu necrozare tisulara;
 - vasoconstrictii;
 - cresterea temperaturii umorale.
98. Iradierea moderata cu radiatie infrarosie (grupa A) genereaza o:
- crestere a metabolismului local;
 - imbunatatire trofica;
 - o diminuare senzitiva.
99. Actiunea calorica a radiatiilor infrarosii este cu atat mai profunda cu cat lungimea de unda este mai:
- scurta;
 - lunga;
 - moderata.
100. Limita de toleranta a tegumentului la aplicarea terapiei cu raze infrarosii este de:
- 43,8°C cu l mai mica;
 - 45,5°C cu lungimi de unda lungi;
 - 48,5°C.
101. Razele ultraviolete au o putere mica de penetratie oprindu-se la nivel:
- epidermic;
 - dermic;
 - tisular.
102. Factorii care influenteaza reactiile cutanate la expunerea la radiatii ultraviolete sunt:
- varsta;
 - sexul;
 - starea psihica.
103. Efectul cel mai important al razelor ultraviolete asupra metabolismului mineral este cel al cresterii:
- calcemiei;
 - fosforemiei;
 - VSH-ului.
104. Sinergismul fiziologic al RUV si RIR cand sunt aplicate concomitent influenteaza miscarile respiratorii ale pacientului care devin:
- mai rare;
 - mai ample;
 - neregulate.
105. Ca actiune benefica a RUV asupra aparatului digestiv s-a observat o crestere a:
- secretiei gastrice acida;
 - motilitatii intestinale;
 - secretiei biliare.
106. Lumina si radiatiile ultraviolete actioneaza asupra glandelor endocrine cu efecte favorabile in:
- rahitism;

- b. hipertiroidism;
- c. hipoglicemie.

107. Prin intermediul ochiului, lumina influenteaza centrul vegetativ subcortical din hipotalamus si neurohipofiza, obtinand efecte benefice asupra pacientilor. Astfel lumina rosie are efect:

- a. sedativ - la bolnavii cu hiperexcitabilitate;
- b. stimulant - la bolnavii deprimati;
- c. excitant - la pacientii apatici.

108. Pentru bolnavii cu stari de hiperexcitabilitate se recomanda radiatii de culoare:

- a. verde;
- b. rosu;
- c. albastra.

109. Radiatia cu ultraviolete are efecte foarte bune in:

- a. gonartroze;
- b. epicondilita;
- c. fotodermatoze.

110. Aplicatia razelor ultraviolete a dat rezultate foarte bune in afectiuni ca:

- a. poliartrita reumatoida;
- b. reumatismul abarticlar;
- c. insuficienta cardiaca.

111. Inaintea aplicarii iradierii locale (in campuri) cu RUV este bine ca tegumentul sa fie:

- a. sters cu alcool sau eter;
- b. epilat;
- c. uns.

112. Actiunea bactericida a RUV cu lungimea de unda de 250-270 nm a facut sa-si gaseasca aplicativitate in tratarea:

- a. tulburarilor (anomalii) de pigmentatie;
- b. infectiilor cutanate;
- c. ulcere atone.

113. Efectele clinice ale razelor infrarosii (RIR) sunt:

- a. activarea circulatiei cu incalzire tisulara;
- b. pigmentatia cutanata;
- c. resorbtia edemelor superficiale.

114. Efectele clinice ale radiatiilor UV sunt:

- a. dezinfectant;
- b. desensibilizant - antialgic;
- c. stimularea catabolismului si sudatiei.

115. Indicatiile tratamentului cu UV in afectiuni dermatologice au avut o larga utilizare in:

- a. psoriazis (nu in pusee acute);
- b. tulburari (anomalii) de pigmentatie;
- c. acnee.

116. Prin efectul sau "bactericid" UV sunt utilizate in scop de sterilizare a:
- a. apei si a serului;
 - b. materialelor opace;
 - c. aerului.
117. Aceasta metoda de tratament cu UV a fost si este de mare valoare in:
- a. artritele reumatoide;
 - b. sindromul algoneurodistrofic;
 - c. tuberculoza pulmonara activa.
118. Indicatiile tratamentului cu RIR in spatiul deschis (Sollux):
- a. inflamatii acute;
 - b. spondilozele;
 - c. nevralgiile.
119. Tehnica de aplicare a RIR in spatiu deschis este des utilizat in:
- a. degeraturi;
 - b. cianoze ale extremitatilor;
 - c. boli si stari febrile.
120. Indicatiile RIR in spatiu inchis au o larga utilizare terapeutica in:
- a. boli cu metabolism scazut;
 - b. traumatisme recente;
 - c. boli reumatismale.
121. Radialiile cu IR in camp inchis (BL) actioneaza asupra organismului producand efecte ca:
- a. sudatia;
 - b. scadere in greutate;
 - c. vasoconstrictia.
122. Spre deosebire de baia de lumina generala, lampa de Sollux nu provoaca:
- a. transpiratie;
 - b. incalzirea aerului din jurul corpului;
 - c. cresterea temperaturii locale.
123. In timpul tratamentului cu IR, in camp inchis (BL), pacientului i se va aplica:
- a. compresa rece cefalica;
 - b. o compresa rece pe frunte;
 - c. termofar rece pe cap.
124. Dupa terminarea procedurii de BL generala, bolnavului i se va face o:
- a. impachetare uscata;
 - b. spalare cu apa la 22°C;
 - c. stergere cu un prosop aspru.
125. Ca tehnica de aplicare a RI in camp deschis ne obliga sa pastram o distanta intre lampa si tegumentele bolnavului de aproximativ:
- a. 50-80 cm;
 - b. 10-15 cm;
 - c. 5-8 cm.

126. Forme principale de camp magnetic folosit in terapia cu MDF:
- 50 Hz;
 - 100 Hz;
 - 300 Hz.
127. Alegerea formelor de aplicare in cazul terapiei cu MDF se va face in functie de:
- scopul terapeutic urmarit;
 - sexul pacientului;
 - afectiunea tratata.
128. Aplicarea campului magnetic in regiunea cervicala se bazeaza pe faptul ca aici se gaseste o bogata zona reflexogena ce actionaza in reglarea:
- tisulara;
 - cardiovasculara;
 - respiratorie.
129. MDF aplicat in regiunea "Gulerul lui Scerbac", fiind o zona reflexogena, produce starea de:
- bine;
 - tonus crescut;
 - epuizare, oboseala.
130. Care bobine sunt capabile sa genereze campuri magnetice de intensitati mai mari in aplicatii terapeutice:
- bobinele localizatoare;
 - bobinele circulare;
 - una circulara si una localizatoare.
131. Pentru a evita influentarea reciproca a campurilor magnetice, distanta intre paturi va fi de cel putin:
- 3 m;
 - 6 m;
 - 1 m.
132. In cabinetele (salile) unde sunt amplasate aparatele de MDF pentru utilizare in scop terapeutic este indicat:
- sa nu functioneze aparate de UV;
 - sa nu functioneze aparate de unde scurte;
 - sa nu existe nici un aparat de electroterapie utilizat in scop terapeutic.
133. Inaintea inceperii terapiei cu MDF, pacientul este rugat sa indeparteze:
- elastice de par;
 - obiectele metalice mari;
 - ceasurile (de mana, de buzunar, medalion).
134. Aplicarea tratamentului cu magnetodiaflux este strict interzisa bolnavilor cu:
- piese ortopedice;
 - pace-maker cardiac;
 - proteze dentare.

135. In aplicatiile terapeutice cu magnetodiaflux pacientul va fi asezat obligatoriu cu extremitatea cefalica spre:
- sud;
 - nord;
 - vest.
136. Indicatiile terapiei cu magnetodiaflux sunt des intalnite la afectiunile reumatismale:
- reumatismul inflamator;
 - boala Basedow;
 - reumatismul degenerativ.
137. Aplicatiile magnetoterapiei in sechelele posttraumatice se pot efectua:
- la o zi dupa traumatism;
 - la cel putin 10 zile de la traumatism;
 - dupa o luna de la producerea traumei.
138. Prin variatia campului magnetic produs de MDF se pot influenta procesele fundamentale de excitatie si inhibitie ale scoartei cerebrale, motiv pentru care este indicat in:
- nevroze;
 - distonii neurovegetative;
 - epilepsie.
139. Efectul campului magnetic are influenta benefica asupra spasticitatii piramidale si extrapiramidale, motiv pentru care a fost indicat cu succes bolnavilor cu:
- hemiplegii;
 - tumori maligne;
 - boala Parkinson.
140. Magnetoterapia este utilizata si in afectiunile ginecologice:
- dismenoree;
 - sarcina;
 - tulburari menstruale functionale.
141. Indicatia MDF in afectiunile ginecologice:
- tulburari de climex;
 - stari febrile;
 - cervicite cronice nespecifice.
142. Terapia cu magnetodiaflux este contraindicata in:
- bronsita cronica asmatiforma;
 - bolile de sange;
 - insuficienta renala.
143. Se evita aplicarea magnetodiafluxului in urmatoarele cazuri:
- purtatori de peace-maker;
 - insuficienta hepatica;
 - leuconevraxite.
144. Nu se va aplica tratamentul cu magnetodiaflux pacientilor ce prezinta:
- stari hemoragice;

- b. psihoze decompensate;
 - c. frigiditate.
145. Relaxarea este un proces autonom cu valoare terapeutică deosebită adresându-se:
- a. stării de spasticitate musculară;
 - b. stării psihice tensionate;
 - c. tensiunii musculare crescute.
146. O relaxare generală poate fi obținută cu aparatură specială ca:
- a. masa vibratorie;
 - b. cicloraș;
 - c. covorul rulant.
147. "Linistea" musculară și psihică este realizată de subiect inducându-și el însuși, în mod activ relaxarea, și poartă denumirea de:
- a. miorelaxare;
 - b. relaxare intrinsecă;
 - c. relaxare extrinsecă.
148. Curentul oriental face parte din tehnicile promovate de medicina tradițională indiană, japoneză, iraniană, a căror tehnică stă la baza unui complet sistem de autorelaxare având efect:
- a. profilactic;
 - b. terapeutic;
 - c. de întreținere a tonusului muscular.
149. Alte metode foarte cunoscute în obținerea stării de relaxare sunt:
- a. medicația;
 - b. aplicații de căldură;
 - c. crioterapia.
150. Ca variantă a relaxării fiziologice pentru membrele inferioare se poate executa:
- a. relaxarea pendulară (Javreau și Klotz);
 - b. contractia izometrică;
 - c. relaxare musculară (bio-feed-back).
151. Prin curentul psihologic se obține o relaxare de tip "central". Cele mai cunoscute metode sunt:
- a. terapia comportamentală;
 - b. sofronizarea;
 - c. "telemania" psihoterapia (melomanoterapia).
152. Corectarea posturii și aliniamentului corpului utilizează ca tehnici:
- a. contractii izometrice sau mișcări pendulare;
 - b. contractii izotonice;
 - c. mișcări pasive, active asistate, active.
153. Cel mai important element al deposturării este:
- a. tendonul;
 - b. mușchiul;
 - c. nervul.

154. Exercițiile pentru întinderea flexorilor soldului se fac în:
- decubit ventral;
 - decubit dorsal cu genunchii flectați;
 - într-un genunchi cu soldul și genunchiul la 90°.
155. Poziția de efectuare a exercițiilor de întărire a abductorilor soldului sunt:
- culcat pe o parte cu genunchiul homolateral flectat;
 - în genunchi, cu corpul aplecat cu fruntea pe sol;
 - în ortostatism, cu mâinile sprijinite pe spatarul unui scaun.
156. Poziția efectuării exercițiilor de întărire a extensorilor genunchiului este:
- genuflexum;
 - din ortostatism, pe un scaunel se ridică alternativ câte un picior;
 - saritura cu coarda.
157. În recuperare, kinetoterapia urmărește ca obiective de bază:
- obținerea unghiurilor funcționale;
 - redobândirea amplitudinii mișcării;
 - menținerea forței musculare.
158. Efectul întinderii mecanice este benefic influențată de aplicații prelungite:
- de căldură;
 - de gheață;
 - de masaj.
159. Într-o sesiune de lucru este indicat ca mișcările de întindere să fie executate:
- brusc;
 - bland;
 - rapid.
160. Este contraindicată aplicarea tehnicii de întindere în caz de:
- inflamația țesuturilor;
 - inflamația articulară;
 - usoare redări articulare.
161. Pentru scăderea hipertoniilor musculare ne stau la dispoziție:
- metoda Bobat;
 - stimularile senzitive;
 - masajul.
162. Forța musculară dezvoltată în timpul contractiei izotonice se numește:
- forța izokinetică;
 - forța explozivă;
 - forța dinamică.
163. Tensiunea maximă a unui mușchi (considerată forța musculară absolută) este de:
- 3,6-4 kg cm² suprafața de acțiune;
 - 2,5-3 kg cm² suprafața de acțiune;
 - 5-6 kg cm² suprafața de acțiune.

164. Rapiditatea de contractie a unui muschi fara rezistenta este de:
- 1/20 s;
 - 1/3 s;
 - 1/15 s.
165. Un muschi se poate rupe in timpul procedurii de intindere daca acesta depaseste:
- de doua ori lungimea sa de echilibru;
 - de trei ori lungimea sa de echilibru;
 - o data lungimea sa de echilibru.
166. Practica a dovedit ca utilizarea exclusiva a contractiei izometrice pentru cresterea fortei musculare are unele avantaje:
- nu solicita articulatia;
 - tehnica simpla, fara aparatura speciala;
 - creste frecventa cardiaca si tensiunea arteriala.
167. Practica a dovedit ca utilizarea exclusiva a contractiei izometrice pentru cresterea fortei musculare are si unele dezavantaje:
- mareste munca ventricolului stang;
 - cresterea rezistentei musculare;
 - dezvolta un feed-back kinestezic redus.
168. Ce metode cu larga aplicabilitate in kinetoterapie cunoasteti pentru cresterea rezistentei musculare?
- terapia ocupationala;
 - sportul terapeutic;
 - hidroterapia.
169. Avantajele terapiei ocupationale sunt:
- cresterea fortei musculare;
 - orienteaza coordonarea pe o suita de gesturi binecunoscute si fixate inainte de boala;
 - antreneaza direct gesticul cotidian a pacientului, eventual chiar pe cea a profesiei.
170. Postura corecta pentru o respiratie normala a unui om sanatos este:
- in ortostatism, capul drept, brate pe langa corp, trunchiul si coloana in ax cat mai intinse, abdomen retras, membre inferioare intinse, totul decontractat;
 - in ortostatism, spate rezemat de perete, coloana usor cifazala, umeri "cazuti" cu membrele superioare inaintea corpului, membre inferioare usor flectate;
 - in ortostatism, cu capul rezemat de perete, sprijinit pe palme, trunchi inclinat usor spre inainte, membre inferioare intinse.
171. Exercitii folosite in reeducarea respiratorie:
- cantatul;
 - inspiratii nazale intrerupte (de exemplu: ca si cum ai mirosi o floare);
 - fluieratul.
172. Exista cateva categorii de subiecti care beneficiaza de antrenarea la efort:
- bolnavii cardiovascolari;
 - sedentarii;
 - nevroticii.

173. Metode ale antrenamentului la efort:

- a. psihoterapia;
- b. mersul pe jos;
- c. bicicleta ergometrica.

174. Reguli cunoscute in reeducarea sensibilitatii:

- a. sedinta sa nu dureze mai mult de 5-10 min;
- b. se inceapa cu antrenarea sensibilitatii la presiune-durere apoi rece-cald;
- c. masare puternica a zonei.

175. Imobilizarea suspenda:

- a. miscarea articulara;
- b. contractia voluntara;
- c. contractia tonostatica.

176. Reguli ce trebuie respectate cand se face o imobilizare, mai ales in aparate de contentie:

- a. aparatul sa nu jeneze circulatia;
- b. sub aparat sa se mentina tonusul musculaturii prin contractii izometrice;
- c. aparatul sa permita miscarea libera a segmentelor imobilizate.

177. Dezavantajul imobilizarii, mai ales cand se prelungeste, este:

- a. nu permite miscarea libera a segmentelor imobilizate;
- b. determina redori articulare, greu de suportat;
- c. creeaza disconfort fizic si psihic.

178. Posturile (pozitionarile) cele mai cunoscute si mai des utilizate sunt:

- a. cele de drenaj biliar;
- b. cele finale ale exercitiului fizic;
- c. cele de drenaj bronsic.

179. Miscarea pasiva este utilizata ca tehnica de lucru in:

- a. efectuarea exercitiilor fizice;
- b. kinetologia terapeutica;
- c. kinetologia de recuperare.

180. Efectele miscarilor pasive se repercuteaza asupra aparatului locomotor:

- a. maresc schimburile gazoase la nivel pulmonar si tisular;
- b. mentin amplitudini normale articulare;
- c. mentin sau chiar cresc excitabilitatea musculara.

181. Pentru recuperarea mainii, a degetelor, sunt utilizate metode de rezistenta prin materialele maleabile, cum ar fi:

- a. ceara;
- b. plastilina;
- c. nisipul uscat.

182. Ce este contractia izometrica:

- a. contractii musculare reflexe necontrolate;
- b. intinderea brusca a unui muschi inervat ce determina contractia;
- c. forta pe care o dezvoltă un muschi care cauta sa deplaseze un obiect imobil.

183. Principiile de baza ale exercitiului fizic de care trebuie sa tinem seama sunt:
- pozitia de start;
 - principiul progresivitatii;
 - constientizarea starii de relaxare musculara.
184. Metoda Bobat este bazata pe reactii de:
- relaxare progresiva;
 - corectare a lordozelor;
 - redresarea capului si a corpului, urmareste modificari ale tonusului muscular.
185. Metoda Kabath poate fi definita ca:
- metoda de incurajare sau grabire a raspunsului mecanismului neuromuscular, datorita stimulării proprioreceptive;
 - metoda de mobilizare progresiva articulara;
 - metoda de mobilizare manuala a coloanei.
186. Spasticitatea apare datorita:
- scaparii reflexelor medulare de sub controlul inhibitor al centrilor superiori;
 - pierderii miscarilor selective;
 - perturbării senzitive.
187. Tratamentul pacientilor prin metoda Bobat are ca principii urmatoarele:
- tonifierea musculaturii neparalizate;
 - inhibarea sau suprimarea hiperreactivitatii tonice reflexe generatoare de spasm;
 - schimbarea schemelor, modalitatilor de miscare anormale ale pacientului.
188. Mecanoterapia sau tehnica Zander a fost intens criticata, ducand la scoaterea din uz a aparatelor, pe motiv ca:
- aparatura era costisitoare;
 - nu antreneaza efortul voluntar;
 - sistem de lucru alert, obosind pacientul.
189. Cel mai corect montaj al scripetoterapiei se realizeaza:
- cu doi scripeti;
 - cu trei scripeti;
 - mai multi scripeti in cusca Rocher.
190. Pentru scaderea hipertoniilor musculare ne stau la dispozitie:
- metoda Bobat;
 - tehnicele kinetice neuroproprioreceptive;
 - metoda Kabath.
191. Sistemul Guthrie Smith a dezvoltat o intreaga metodologie kinetoterapeutica utilizand:
- cordoane elastice (benzi - cordoane elastice);
 - resorturi, arce;
 - inelul de cauciuc pentru exercitiile mainii.
192. Principala realizare a suspensoterapiei este de:
- a scoate corpul sau membrul de sub influenta gravitatii;
 - crestere a fortei musculare;
 - crestere a amplitudinii miscarii.

193. Principalul scop urmarit de terapia ocupationala este:
a. refacerea mobilitatii sub toate aspectele si componentele ei;
b. redresarea scoliozelor;
c. cresterea fortei si a volumului muschiului.

194. Multitudinea activitatilor practice utilizate in terapia ocupationala este catalogata in urmatoarele clase:
a. tehnici pentru promovarea stabilitatii;
b. tehnici de "readaptare";
c. tehnici recreative.

195. Manipularea are doua reguli de baza:
a. regula miscarii rotatiei;
b. regula miscarii contrare;
c. regula "non-dolaritatii".

196. Indicatiile manipularilor rahisului:
a. neuralgia cervico-brahiala;
b. osteoporoza avansata;
c. lombalgiile acute.

197. Contraindicatiile manipularilor rahisului:
a. artroza avansata hiperostozanta;
b. suferinta rahisului de origine tumorală;
c. nevritele de crural.

198. Accidentele manipularilor rahisului sunt foarte grave putand fi cauzatoare de moarte:
a. fractura vertebrala;
b. paralizie de plex brahial;
c. instabilitate emotionala.

199. Tractiunile (elongatiile) vertebrale constau in:
a. departarea corpurilor vertebrale intre ele;
b. tasarea corpurilor vertebrale;
c. decontracturarea musculara.

200. Indicatiile tractiunilor vertebrale sunt:
a. dureri lombare date de afectarea discului;
b. radiculargiile de origine vertebrala;
c. hiperalgii cervicale si lombare.

201. Contraindicatiile tractiunilor vertebrale:
a. cifoze, scolioze;
b. persoane anxioase;
c. radiculargii.

202. Hidrokinetoterapia este metoda:
a. executarii miscarilor la sala;
b. executarea miscarilor cu apa;
c. executarea miscarilor cu ergociclu.

203. Hidrokinetoterapia partiala se executa in:
- bai partiale pentru maini;
 - bai partiale pentru sezut;
 - bai partiale pentru picioare.
204. Contraindicatiile hidrokinetoterapiei:
- sechele postraumatice;
 - dermatoze;
 - febrili.
205. Gimnastica aerobica poate fi practicata in program complet de persoane:
- tineri;
 - sanatoase;
 - batrani bolnavi.
206. Exerciitiile de tonifiere abdominala dureaza:
- 5 minute;
 - 4 minute;
 - 3 minute.
207. Prin sportul terapeutic se urmareste:
- antrenamentul la efort dozat;
 - cresterea coordonarii si controlului motor;
 - scaderea in greutate.
208. Metoda de relaxare Jacopson se adreseaza :
- paratoniei musculaturii striate voluntare;
 - paratoniei musculaturii viscerale;
 - paratoniei musculaturii striate voluntare si celei viscerale.
209. Relaxarea extrinseca se poate obtine prin :
- masaj;
 - aplicatii de caldura;
 - autotraining-ul Schultz.
210. Exerciitiile recomandate in corectarea posturii si aliniamentului corpului vizeaza, in primul rand
- corectarea dezechilibrului muscular;
 - cresterea mobilitatii articulare;
 - cresterea stabilitatii articulare.
211. Programul ce urmareste corectarea posturii si aliniamentul corpului:
- nu va utiliza contractii izometrice;
 - va folosi diverse tehnici de facilitare proprio - ceptiva;
 - va utiliza postura corectata sau hipercorectata.
212. In cazul redorilor care necesita " intinderea tesuturilor " este de preferat ca intinderea :
- sa se execute concomitent cu aplicarea de caldura;
 - sa fie mentinuta un anumit timp si dupa oprirea caldurii;
 - sa se execute inainte de aplicarea de caldura.

213. In recuperarea redorilor care necesita scaderea hipertoniiei musculare putem utiliza:
- tehnici de intindere tisulara;
 - metoda Bobat;
 - tehnica de initiere ritmica.
214. Dupa metoda de lucru utilizata, redorile articulare pot fi grupate in:
- redori care necesita "intinderea" tesuturilor retracturate;
 - redori care necesita scaderea hipertoniiei musculare;
 - redori care necesita imobilizare prelungita.
215. Capacitatea de a genera forta musculara se realizeaza, in ordine, prin:
- contractie excentrica > contractie izometrica > contractie concentrica;
 - contractie excentrica > contractie concentrica > contractie izometrica;
 - contractie izometrica > contractie excentrica > contractie concentrica.
216. Utilizarea contractiei izometrice pentru cresterea fortei musculare are urmatoarele avantaje:
- eficienta buna in obtinerea cresterii fortei musculare si a hipertrofiei musculare;
 - cresterea rezistentei musculare;
 - ameliorarea supletei articulare.
217. Rezistenta musculara este in functie de :
- forta musculara;
 - valoarea circulatiei musculare;
 - mobilitatea articulara.
218. Exerciitiile repetitive scurte izometrice, zilnice, presupun:
- realizarea unei tensiuni de contractie egala cu 60 - 70 % din cea maximala;
 - efectuarea a 20 de contractii cu durata de 6 secunde fiecare si cu o pauza de 20 de secunde intre ele;
 - efectuarea unei singure contractii de 6 secunde.
219. Antrenamentul pentru coordonarea miscarilor trebuie sa respecte urmatoarele legi :
- exercitiile de coordonare trebuie sa se execute de cateva ori pe zi fara intrerupere, pana coordonarea este obtinuta;
 - exercitiile de coordonare cer concentrare din partea pacientului. Orice semn de oboseala sau plictiseala este un indiciu de oprire a antrenamentului;
 - exercitiile de coordonare sunt cu atat mai eficiente cu cat se mareste rezistenta opusa miscarii.
220. Tonifierea muschiului transvers abdominal in cadrul programului de reeducare a respiratiei diafragmatice se realizeaza:
- prin tractionarea puternica a peretelui abdominal din pozitia "patrupeda";
 - prin tractionarea puternica a peretelui abdominal din ortostatism;
 - prin tractionarea puternica a peretelui abdominal din decubit dorsal.
221. Avand in vedere ca pozitia si miscarea coastelor depind de pozitia si mobilitatea coloanei vertebrale, putem spune ca:
- flexia rahisului creste oblicitatea coastelor facilitand expiratia;
 - extensia rahisului orizontalizeaza coastele marind inspiratia;
 - inclinarea laterala a coloanei inchide hemitoracele homolateral, facilitand expiratia pe aceeasi parte.

222. Controlul fluxului de aer se poate realiza prin exercitii ca:
- a. mers cu un pas pe inspiratie si doi pasi pe expiratie;
 - b. inspir pe 3-4 batai cardiace, expir pe alte 3-4 batai cardiace;
 - c. sufland intr-o lumanare asezata la o anumita distanta fata de gura astfel incat aceasta sa nu se stinga.
223. Exerciitiile ce urmaresc corectarea deficitului respirator au ca obiective:
- a. refacerea posturii fiziologice de respiratie;
 - b. asuprizarea articulatiilor, centurilor si trunchiului;
 - c. combaterea destinderii peretelui abdominal.
224. Antrenamentul la efort al bolnavilor cardiaci si pulmonari:
- a. va incepe cu 25-50% din capacitatea functionala testata a pacientului;
 - b. va realiza, in final, 60 - 80 % din capacitatea functionala testata a pacientului;
 - c. va realiza, in final, 90 - 100% din capacitatea functionala testata a pacientului;
225. Printre efectele antrenamentului la efort sunt si:
- a. ameliorarea conditiei psihice prin scaderea senzatiei de dependenta, prin cresterea increderii in sine, prin disparitia senzatiei de teama in fata efortului;
 - b. reducerea tesutului adipos si sporirea masei musculare;
 - c. cresterea rezistentei musculare periferice.
226. In reeducarea proprioceptiei si kinesteziei:
- a. se porneste de la articulatiile mari spre cele mici;
 - b. se porneste de la articulatiile mici spre cele mari;
 - c. este indiferenta dimensiunea articulatiei.
227. In cazul reeducarii sensibilitatii, antrenamentul se realizeaza in urmatoarea ordine:
- a. se incepe cu antrenarea sensibilitatii la presiune - durere a proprioceptiei si kinesteziei si apoi se continua cu sensibilitatea termica (intai la rece, apoi la cald);
 - b. se incepe cu antrenarea sensibilitatii la durere - presiune a proprioceptiei si kinesteziei si se continua cu sensibilitatea termica (intai la cald, apoi la rece);
 - c. nu este necesara pastrarea unei anumite ordini.
228. Intre posturile de facilitare fac parte:
- a. posturile de drenaj bronsic;
 - b. posturile facilitatorii, respiratorii sau cardiace;
 - c. postura fixata (exterocorectiva).
229. Posturile corective sunt utilizate ca tehnici de baza in tratamentul :
- a. paraliziiilor de cauza centrala sau periferica;
 - b. lombosacralgiei cronice de cauza mecanica;
 - c. consolidarea fracturilor.
230. Imobilizarea de punere in repaos este utilizata pentru:
- a. boli grave cardi - pulmonare, arsuri intinse, traumatisme cranio - cerebrale;
 - b. procese inflamatorii localizate : artrite, mozite, tendinite, flebite;
 - c. fracturi, luxatii, entorse.

231. Atunci cand se utilizeaza tehnica de imobilizare (mai ales cu aparate de contentie) se vor respecta urmatoarele reguli:
- aparatul sa permita jocul liber al segmentelor utilizate;
 - sub aparat sa se mentina tonusul muscular prin contractii izometrice;
 - aparatul sa nu jeneze circulatia.
232. Mobilizarea pasiva este o tehnica chinetica dinamica prin intermediul careia se obtine:
- prevenirea sau eliminarea edemelor de imobilizare;
 - cresterea contracturii - retracturii musculare prin intinderea prelungita a muschiului;
 - mentinerea amplitudinii normale articulare.
233. Mobilizarea pasiva pura asistata este tehnica:
- executata de mainile kinetoterapeutului in timp ce pacientul isi relaxeaza voluntar musculatura;
 - prin care pacientul isi mobilizeaza un segment cu ajutorul altei parti a corpului;
 - ce utilizeaza diferite sisteme mecanice de mobilizare de tip Zender.
234. Realizarea corecta a mobilizarii activo-pasive presupune ca :
- forta exterioara va fi aplicata pe directia actiunii muschiului asistat;
 - asistarea musculaturii active elimina orice alt travaliu muscular in afara de cel necesar realizarii miscarii dorite;
 - forta exterioara se substituie fortei proprii.
235. Obiectivele urmarite prin mobilizarea activa voluntara sunt:
- cresterea sau mentinerea amplitudinii miscarii unei articulatii;
 - cresterea sau mentinerea fortei musculare;
 - reducerea ventilatiei pulmonare.
236. Contractia izometrica este folosita ca tehnica de lucru atunci cand dorim sa obtinem:
- cresterea "forte musculare";
 - cresterea "rezistentei musculare";
 - cresterea "amplitudinii articulare".
237. Relaxarea musculara locala se realizeaza prin:
- posturarea segmentului in sprijin absolut pe un plan orizontal sau in chingi;
 - constientizarea starii de relaxare musculara ca stare inversa contractiei musculare;
 - masaj puternic al muschiului contractat.
238. In reglarea exercitiului fizic (terapeutic) tinem seama de urmatoarele principii:
- exercitiile trebuie sa se bazeze pe pozitii de start stabile, solide;
 - progresivitatea exercitiilor va fi lenta, de la stadiile cele mai joase de forta musculara, redoare sau incoordonare, trecandu-se treptat spre exercitiile care cer forta, amplitudine sau coordonare aproape normale;
 - exercitiile se executa cat de rapid poate pacientul.
239. In cadrul exercitiului terapeutic principiul progresivitatii se aplica atunci cand urmarim:
- tonifierea musculara;
 - cresterea amplitudinii miscarii;
 - relaxare musculara.

240. Intr-un deficit de flexie a cotului o presiune a mainii asistentului pe biceps:
- creste imediat capacitatea subiectului de a flexa antebratul;
 - scade imediat capacitatea subiectului de a flexa antebratul;
 - nu va avea nici un efect.
241. Stabilitatea, una din etapele controlului motor, este realizata prin:
- integritatea reflexelor tonice posturale de a mentine o contractie in zona de scurtare a muschiului contra gravitatiei sau contra unei rezistente normale aplicate de catre kinetoterapeut;
 - contractia (contractia simultana a muschilor in jurul unei articulatii);
 - dezvoltarea unei abilitati de utilizare a amplitudinii functionale de miscare in articulatiile proximale si fiscale.
242. Pentru promovarea abilitatii putem utiliza urmatoarele tehnici de facilitare:
- inversarea agonistica;
 - progresia cu rezistenta;
 - initierea ritmica.
243. Tehnica de facilitare neuromusculara proprioceptiva MARO (miscarea activa de relaxare - opunere) se aplica:
- in cazurile cu hipotonii musculare care nu permit miscarea pe o directie;
 - in cazurile cu hipertonii musculare ce limiteaza miscarea;
 - in cazurile in care se urmareste promovarea mobilitatii controlate.
244. Pentru a obtine o scadere localizata a tonusului putem utiliza urmatoarele elemente facilitatorii:
- vibratia antagonistului;
 - intinderea prelungita;
 - telescopare.
245. Antrenarea controlului motor se incepe cu:
- componenta proximala;
 - componenta distala;
 - indiferent care din cele doua.
246. Periajul, ca element facilitator, este utilizat pentru a obtine:
- scaderea intensitatii durerii;
 - cresterea sensibilitatii reflexului miotatic;
 - cresterea sudoratiei.
247. Aplicarea caldurii neutre (neutra) intr-o criza acuta de lombosciatica duce la :
- scaderea durerii;
 - cresterea relaxarii musculare;
 - cresterea tonusului muscular.
248. Aparatele de tip Zander utilizate in mecanoterapie au fost scoase din uz pentru ca:
- antreneaza efortul voluntar;
 - nu se pot obtine rezultate la fel de bune ca prin programele de gimnastica;
 - nu se poate realiza miscarea generala a intregului corp, ci doar pe segmente.

249. Principalele scopuri in care este utilizata scripetoterapia sunt:
- cresterea fortei musculare;
 - cresterea amplitudinii de miscare articulara;
 - cresterea coordonarii musculare.
250. Sistemul Guthrie Smith cu arcuri este utilizat pentru a atinge urmatoarele obiective:
- realizarea de tractiuni continue ale rahisului;
 - cresterea fortei musculare;
 - suspendarea unui membru.
251. Suspensoterapia utilizeaza frecvent tipul de suspendare axilara in care :
- chinga se fixeaza la extremitatea distala a membrului, iar cordonul se acroaseaza deasupra articulatiei de mobilizat;
 - cordonul de suspendare "merge" vertical in sus, prinzandu-se chiar deasupra chingii care sustine segmentul;
 - punctul de acrosaj se gaseste oriunde in afara proiectiei membrului suspend.
252. Tehnica de baza utilizata in terapia ocupationala include:
- olaritul, prelucrarea lemnului, tesutul, impletitul nuielelor si prelucrarea fierului;
 - desenul, pictura, gravura, scrisul, sculptura;
 - tenis de masa, golf, patinaj, trasul cu arcul.
253. Printre contraindicatiile manipularilor vertebrale se numara:
- suferintele rahisului de origine inflamatorie, infectioasa sau tumorală;
 - osteoporoza avansata;
 - nevralgia cervicobraheala;
254. Sedinta de manipulare vertebrala presupune executarea unor etape in urmatoarea ordine:
- pozitionarea pacientului, decontracturarea musculara a segmentului, mobilizarea segmentului, manipularea propriu - zisa;
 - pozitionarea pacientului, mobilizarea segmentului, decontracturarea musculara, manipularea propriu - zisa;
 - pozitionarea pacientului, mobilizarea segmentului, manipularea propriu- zisa, decontracturarea musculara.
255. Pentru tractiunile sau elongatiile coloanei cervicale se considera ca:
- o tractiune de 10 kg pe verticala sterge lordoza;
 - o tractiune de 5 kg sterge lordoza;
 - o tractiune de la 12 kg in sus produce distantarea intervertebrala.
256. In realizarea tractiunilor (elongatiilor) vertebrale trebuie respectate cu strictete urmatoarele reguli:
- pozitia pacientului trebuie sa fie cat mai confortabila pentru a asigura decontractarea musculara;
 - senzatiile de ameliorare sau disparitie a durerii, sub tractiune e indicatorul cel mai bun al aplicarii unei tehnici corecte;
 - senzatiile de crestere a intensitatii sau zonei dureroase sub tractiune .
257. Prin imersia corpului in apa sunt facilitate miscarile ce se executa:
- de jos in sus;

- b. de sus in jos;
- c. lateral, stanga - dreapta.

258. Hidrokinetoterapia partiala este utilizata, in special, pentru a obtine:

- a. scaderea compliantei tesuturilor moi;
- b. relaxarea musculara;
- c. scaderea durerilor.

259. Sportul terapeutic urmareste in special:

- a. cresterea coordonarii si controlului motor;
- b. antrenamentul la efort dozat;
- c. relaxarea musculara.

260. Gimnastica aerobica are urmatoarele caracteristici:

- a. nu exista programe diferite pentru incepatori si pentru avansati;
- b. in timpul programului se acorda o mare atentie respiratiei;
- c. programul se executa in ritmul muzicii, ritmul determinand viteza de executie.

261. In cadrul schemelor Kabath miscarea va incepe:

- a. de la pivotul distal spre cel proximal;
- b. de la pivotul proximal spre cel distal;
- c. este indiferenta ordinea de incepere.

262. Cand o schema Kabath este inceputa, prima care intra in joc este:

- a. rotatia;
- b. flexia sau extensia;
- c. abductia sau adductia.

263. Schemele Kabath pentru pivotul proximal al membrului inferior asociaza:

- a. flexia si extensia;
- b. adductia numai cu rotatie externa;
- c. adductia numai cu rotatie interna.

264. Tratamentul bolnavilor prin metoda Bobat presupune respectarea urmatoarelor principii:

- a. utilizarea posturilor statice reflex - inhibitorii ale tonusului muscular;
- b. se va inhiba hiperreactivitatea tonica reflexe generatoare de spasm;
- c. se vor utiliza numai miscarile reflex - inhibitorii.

265. Schemele Kabath pentru pivotul proximal al membrului superior asociaza :

- a. flexia cu rotatia externa;
- b. extensia cu rotatia interna;
- c. extensia cu rotatia externa.

266. In stadiul de debut al poliartritei reumatoide, pacientul prezinta :

- a. tumefactia articulatiilor interfalangiene proximale;
- b. redoarea articulara;
- c. hipotermia cutanata.

267. In stadiul clinic manifest al poliartritei reumatoide, pacientul prezinta urmatoarele simptome:
- durere articulara exacerbata prin mobilizare sau presiune;
 - crestere ponderala;
 - tumefierea articulatiilor in mod simetric.
268. In perioada de stare a poliartritei reumatoide putem constata:
- o marcata limitare a mobilitatii active si pasive;
 - aspectul fuziform al articulatiilor interfalangiene proximale;
 - lipsa atrofiei musculare.
269. Definitia poliartritei reumatoide:
- boala inflamatorie cronica sistemica cu distrugerea articulatiei periferice;
 - reumatism inflamator cronic al articulatiilor sacro-iliace;
 - boala cu evolutie acuta cu distrugerea coloanei vertebrale.
270. Din cadrul reumatismelor inflamatoare fac parte:
- reumatismul articular acut;
 - poliartrita reumatoida;
 - guta.
271. Din cadrul reumatismelor degenerative fac parte:
- coxartroza;
 - spondilita anchilozanta;
 - gonartroza.
272. Din grupa reumatismelor abarticulare putem enumera:
- periartrita scapulo-humerala;
 - nevralgia sciatica;
 - nodozitatile Hederden.
273. In care din formele reumatismale inflamatorii la copii se afirma ca "linge articulatiile si musca inima":
- reumatismul articular acut;
 - poliartrita reumatoida;
 - spondilita anchilozanta.
274. In mecanismul de productie al PR, o cauza importanta este:
- tulburari in metabolismul glucidic;
 - dereglarea mecanismelor imunologice normale;
 - aparitia unor reactii autoimune.
275. Care sunt criteriile de diagnosticare ale PR:
- tumefierea simetrica a unor articulatii;
 - prezenta nodulilor reumatoizi;
 - durere accentuata in regiunea sternala.
276. Simptome clinice generale ale PR:
- dureri de tip mecanic, amplificate de schimbari meteorologice;
 - febra, astenie, adinamie;
 - mialgii si artralгии difuze.

277. Simptome articulare in cazul PR:
- a. durerea, localizata frecvent intrafalangian, pumni, genunchi;
 - b. tumefactia articulara a degetelor (in stadiu incipient);
 - c. talalgii intense.
278. Stadiul avansat (fazoterminala) a PR este caracterizata de:
- a. durere de tip mecanic;
 - b. stare de anchiloza avansata si impotenta functionala;
 - c. starea de denutritie pronuntata si casexia.
279. Cel mai important factor reumatoid pus in evidenta prin analizele de laborator, in cazul PR, este:
- a. Walder-Rose - pozitiv;
 - b. pozitivitate de HLA - B27;
 - c. VSH crescut.
280. Elemente caracteristice de diferentiere a PR de poliartrita psoriazica le constituie:
- a. manifestarile cutanate;
 - b. aspectul mainii "mumifiant" si in forma "de carnat" a degetelor;
 - c. localizarea intrafalangiana distala.
281. Obiective pe care le vizeaza terapia PR:
- a. combaterea durerii si tumefactiei;
 - b. prevenirea si corijarea deformatiilor-anchilozelor si atrofiilor musculare;
 - c. mentinerea motilitatii coloanei vertebrale.
282. In cazul pacientilor cu PR, se va recomanda:
- a. repaos;
 - b. evitarea frigului si umezelii;
 - c. evitarea climatului sec si cald.
283. Stadiul II de boala, in cazul bolnavilor cu PR, este usor recunoscut prin urmatoarele criterii:
- a. crepitatii osoase;
 - b. osteoporoza evidenta;
 - c. atrofie musculara pararticulara.
284. In cazul PR anchilozele fibroase si osoase le vom regasi prezente in stadiul:
- a. II moderat;
 - b. IV terminal;
 - c. III sever.
285. In stadiul IV (terminal) al PR pacientul prezinta un handicap:
- a. partial;
 - b. deloc;
 - c. total.
286. Tratamentul medicamentos in cazul pacientilor cu PR are ca obiectiv:
- a. ameliorarea durerii;
 - b. reducerea sau minimalizarea inflamatiei;
 - c. scaderea permeabilitatii celulare.

287. In cazul pacientilor cu PR in plin puseu (stadii active) se indica aplicatii:
- reci;
 - calde, uscate;
 - calde, umede.
288. In cazul pacientilor cu PR, terapia fizicala este contraindicata in:
- stadiile active;
 - convalescenta;
 - remisiune.
289. Mijloace terapeutice utilizate in cazul PR ca scop recuperator si de intretinere:
- caldura;
 - masajul;
 - crioterapia.
290. In formele stabilizate ale pacientilor cu PR, acestia pot beneficia de:
- electroterapie;
 - crioterapie;
 - hidroterapie.
291. Aplicatiile de caldura locala, in cazul pacientilor cu PR, duce la forme stabilizate:
- imbunatatirea metabolismului oxidativ;
 - ameliorarea circulatiei;
 - vasoconstrictie.
292. Obiectivele kinetoterapiei in recuperarea bolnavilor cu poliartrita reumatoida sunt:
- combaterea inflamatiilor;
 - mentinerea sau ameliorarea mobilitatii articulare;
 - mentinerea sau corectarea aliniamentului segmentelor si posturilor fiziologice;
293. In cazul poliartritei reumatoide, in plin proces inflamator, atelele trebuie mentinute:
- cat mai mult timp;
 - toata noaptea si o parte din zi;
 - nu se fac imobilizari cu atele.
294. Tratamentul balnear, in cazul bolnavilor cu PR, este indicat numai in:
- fazele de acalmie al PR;
 - VSH nu depaseste 40 mm la ora;
 - fazele active ale bolii.
295. Aplicatiile calde locale vor fi indicate in PR in stadiile:
- inflamatorii;
 - subacute;
 - cronice.
296. In cazul pacientilor cu poliartrita reumatoida, in faza de recuperare functionala, se pot indica cure balneare in statiunile:
- Felix;
 - Amara;
 - Covasna.

297. La pacienții cu poliartrita reumatoidă (în stadiul clinic manifest) putem observa:
- anchiloza degetelor de la mână în "zig-zag";
 - anchiloza degetelor de la mână în flexie ("mână în gheara");
 - anchiloza genunchilor în hiperextensie.
298. În poliartrita reumatoidă mușchii cei mai afectați de atrofie sunt:
- mușchii abdominali;
 - mușchii mâinii;
 - bicepsul braheal.
299. Poliartrita reumatoidă în stadiu avansat (faza terminală) este caracterizată de:
- remisiunea fenomenelor inflamatoare;
 - stare de anchiloza avansată;
 - aspect normal al tegumentelor.
300. Bolnavul de poliartrita reumatoidă în faza acută trebuie să adopte anumite poziții funcționale și anume:
- articulația metacarpo-falangiană și interfalangiană proximală vor fi în hiperextensie;
 - cotul în flexie de 70 - 80°;
 - genunchiul în extensie sau o ușoară flexie de 10 - 15°.
301. În stadiile subacute și cronice ale poliartritei reumatoide, tratamentul fizical poate interveni cu:
- ultrasonoforeza;
 - unde ultracurte (doze medii sau oligoterme);
 - raze ultraviolete.
302. Pentru a mări eficiența tratamentului chirurgical în poliartrita reumatoidă, în pregătirea preoperatorie sunt incluse:
- executarea unui număr de exerciții pentru musculatura din apropierea articulației operate;
 - începerea activității de reeducare funcțională postoperatorie (exerciții izometrice, exerciții izotonice);
 - repaos absolut la pat.
303. Spondilita antiopoeică se poate defini ca :
- un reumatism inflamator cronic al articulațiilor sacro-iliace ale coloanei vertebrale și a ligamentelor acestora cu evoluție progresivă către anchiloza;
 - localizarea reumatismului degenerativ la nivelul articulațiilor sacro-iliace și ale coloanei vertebrale;
 - o afecțiune a țesutului conjunctiv cu manifestări predominante la nivelul aparatului locomotor.
304. În formele constituite de spondilita anchilopoeică, examenul obiectiv pune în evidență:
- spasmul musculaturii paravertebrale;
 - rectitudinea coloanei lombare;
 - menținerea unei mobilități normale.
305. Evoluția spondilitei anchilopoeice va determina:
- hiperextensia coloanei cervicale;
 - hiperlordoză lombară;
 - flexia soldurilor.

306. Bolnavul cu spondilita anchilopoetica, in stadiul incipient :
- pastreaza mobilitatea normala la nivelul coloanei vertebrale;
 - este supraponderal;
 - prezinta sciatalgii, lombalgii sau poliartralгии de tip periferic.
307. Pacientul cu spondilita anchilopoetica trebuie sa adopte anumite posturi in activitatile cotidiene:
- masa de lucru trebuie sa fie la nivelul pieptului, antebratele pe masa;
 - decubitul dorsal va fi cu perna sub cap si cu soldurile si genunchii in flexie;
 - evitarea unei sederi indelungate pe fotoliu sau pe scaun.
308. Pentru a preveni si combate deposturarile ce apar in spondilita anchilopoetica, se vor utiliza urmatoarele posturi corectoare:
- decubit ventral cu sprijin pe antebracte (pozitia "Sfinxului");
 - decubit dorsal fara perna sub cap cu o pernita sub coloana dorsala, cu mainile sub ceafa, coatele sa atinga patul;
 - decubit dorsal, cu pernite sub cap si sub genunchi.
309. In Spondilita anchilopoetica, kinetoterapia urmareste tonifierea:
- musculaturii erectoare a trunchiului;
 - musculaturii abdominale;
 - musculaturii membrelor inferioare.
310. De o mare importanta, in tratamentul spondilitei anchilozante, este gimnastica respiratorie care:
- intretine o amplitudine toracica normala;
 - asigura o buna ventilatie pulmonara;
 - previne cifoza toracala.
311. Cauzele aparitiei SA ar fi de natura:
- tuberculoasa;
 - genetic;
 - virala.
312. O prima modalitate prin care poate debuta SA o reprezinta:
- nodulii reumatoizi;
 - sciatica;
 - lombalgia.
313. In simptomatologia SA (forme constituite) apar:
- leziuni osoase;
 - dureri spontane la palpare sau percutie;
 - sinovita.
314. O data cu instalarea anchilozei, in cazul SA, fenomenele dureroase din zona sacro-iliace:
- se amplifica;
 - dispar;
 - sunt moderate in intensitate.

315. In cazul spondilitei anchilopoetice, o data cu instalarea anchilozei la nivelul sacro-iliac, urmeaza in scurt timp prinderea in proces inflamator a:
- coloanei lombare;
 - coloanei cervicale;
 - coloanei dorsale.
316. In cazul SA, bolnavul prezinta:
- limitarea mobilitatii lombare;
 - limitarea expansiunii toracice;
 - tumefierea a cel putin 3 articulatii.
317. In diagnosticarea pacientilor cu SA, examenul radiologic are un rol important, punand in evidenta:
- osteoporoza;
 - distrugerea capsulei articulare;
 - sacroleita bilaterala.
318. Pacientul diagnosticat cu SA prezinta ca semne clinice:
- limitarea mobilitatii coloanei vertebrale;
 - spasm muscular paravertebral;
 - prezenta nodulilor reumatoizi.
319. Tratamentul medicamentos in SA are ca scop suprimarea fenomenelor inflamatoare, indicandu-se in primul rand:
- aspirina;
 - indometacinul;
 - fenilbutazona.
320. Ca tratament fizioterapic, in cazul pacientilor cu SA, este bine cunoscut efectul favorabil al:
- crenoterapiei;
 - presopuncturii;
 - roentgenterapiei.
321. Bolnavilor cu SA li se vor indica efectuarea gimnasticii medicale in:
- sali de gimnastica (aerobic);
 - bazine cu apa calda;
 - aer liber.
322. Rezultate incurajatoare in cazul pacientilor cu SA s-au obtinut prin:
- psihoterapie;
 - kinetoterapie subacvala;
 - helioterapie marina.
323. Ca statii balneare li se vor indica pacientilor cu SA:
- Buzias;
 - Mangalia;
 - Eforie Nord.

324. In formele stabilizate ale SA si cu VSH normal, se pot indica pacientilor cure termale in statiunile:
- Victoria;
 - Herculane;
 - Caciulata.
325. Aplicarea termoterapiei bolnavilor cu SA are efect:
- revulsiv;
 - decontracturant;
 - antalgic.
326. Scopul kinetoterapiei in SA este de:
- pastrarea ventilatiei toracice cat mai ample;
 - limitarea anchilozelor;
 - combaterea nodulilor reumatoizi.
327. Poliartrita psoriazica are o evolutie progresiva si se defineste ca un sindrom:
- Wegener;
 - alergic;
 - atropic inflamator, asociat psoriazisului.
328. Debutul poliartritei psoriazice este precedat de:
- prodrome de tipul unor tulburari vasomotorii;
 - parestezii la nivelul extremitatilor;
 - procese inflamatorii ale articulatiei humerale.
329. Unele semne distinctive ale poliartritei psoriazice le reprezinta modificarile la nivelul:
- unghiei;
 - degetelor ("degete in carnat");
 - coloanei.
330. Poliartrita psoriazica se diagnosticheaza prin:
- prezenta factorului reumatoid in ser;
 - ASLO modificat;
 - prezenta leziunilor psoriazice.
331. Poliartrita psoriazica se caracterizeaza printr-un debut:
- simetrie articular;
 - anarhie;
 - asimetrie articular.
332. Tratamentul local al poliartritei psoriazice consta in utilizarea de:
- pomezi cu hidrocortizon;
 - terapie locala cu raze ultraviolete;
 - medicatie cu clorochina.
333. In perioada dintre pusee, poliartrita reumatoida beneficiaza de:
- impachetari cu namol;
 - tratament fizioterapic (CDD, ionizari);
 - cura heliomarina.

334. In cazul poliartritei psoriazice este contraindicat tratamentul:
- medicamentos;
 - chirurgical;
 - cu agenti fizici (fizioterapie).
335. In aparitia poliartritei psoriazice sunt implicati mai multi factori si anume:
- ereditatea;
 - factorul psihic;
 - traumatismele.
336. In simptomatologia poliartritei psoriazice intalnim :
- aspectul de inflamatie subacuta a articulatiilor mici, distale ale falangelor;
 - elemente eruptive caracteristice psoriazisului;
 - existenta nodozitatilor intraarticulare din jurul olecranului.
337. Manifestarile articulare ale poliartritei psoriazice sunt frecvente la nivelul:
- articulatiilor interfalangiene distale;
 - articulatiilor pumnului si genunchiului;
 - articulatia cotului.
338. In producerea leziunilor cartilajinoase, caracteristice artrozelor, sunt incriminati urmasorii factori:
- factorul psihic;
 - factorul mecanic;
 - factorii traumatici.
339. In artroze durerea :
- se intensifica prin miscare si oboseala articulara si se calmeaza prin repaos;
 - se intensifica cu prilejul schimbarilor meteorologice;
 - se intensifica noaptea.
340. Simptome frecvente in cadrul artrozelor sunt:
- crepitatii fine sau cracmente;
 - durere care se intensifica noaptea si se insoteste de redoare matinala importanta si de durata;
 - anchiloza articulara.
341. In tratamentul artrozelor se impune :
- repaos articular moderat;
 - evitarea unui exces de greutate;
 - solicitarea articulatiilor prin mers sustinut.
342. Artrozele sunt definite ca :
- afectiuni inflamatoare a tesutului conjunctiv;
 - afectiuni inflamatoare a sacro-iliacelor;
 - afectiuni neinflamatoare ale articulatiilor mobile.
343. Artrozele sunt caracterizate prin:
- leziuni extraarticulare;
 - deteriorarea si abraziunea cartilajului articular;
 - leziuni hipertrofice ale extremitatilor osoase.

344. Tablul clinic al artrozelor este marcat prin:
- dureri si impotenta functionala;
 - inflamarea severa a articulatiilor;
 - deformari artrozice.
345. La pacientii artrozici se va pune in evidenta:
- osteoporoza marcata;
 - osteofiloza;
 - pensarea spatiului articular.
346. Cea mai invalidanta dintre artroze este:
- gonartroza;
 - coxartroza;
 - guta.
347. Cauza cea mai frecventa a coxartrozelor secundare o reprezinta:
- subluxatia;
 - osteonecroza aseptica a capului femural;
 - displazia coxofemurala.
348. Durerea bolnavului cu coxartroza este de tip mecanic si este agravata de mersul pe:
- bicicleta;
 - scarile dintre etaje;
 - teren accidentat (cu denivelari).
349. Din punctul de vedere al clasificarii bolilor reumatice, o coxartroza face parte din cadrul:
- reumatismelor degenerative;
 - reumatismelor inflamatoare;
 - reumatismelor abarticulare.
350. In coxartroza, stadiul evolutiv este marcat de:
- dureri in repaus;
 - atitudini vicioase corectate activ sau pasiv;
 - dureri in ortostatism.
351. Stadiul final al coxartrozei este marcat de:
- dureri intense;
 - atitudini vicioase (recuperabile);
 - contracturi si spasme musculare.
352. Coxartroza beneficiaza de tratament medicamentos cu efecte antiinflamatoare si de combatere a durerii:
- corticoterapia;
 - indometacinul;
 - aspirina.
353. In cazul pacientilor cu coxartroza, fizioterapia constituie un mijloc important, avand actiune:
- revulsiva;
 - antiinflamatoare;
 - antalgica, decontracturanta.

354. In cazul tratamentului complex al coxartrozei folosim proceduri de fizioterapie cum ar fi:
- ultrasculte;
 - ultrasunete;
 - infrarosii.
355. Bolnavii de coxartroza beneficiaza de tratament in statiunile:
- Amara;
 - Govora;
 - Sovata.
356. In cazul pacientilor cu coxartroza nu vor beneficia de curele balneare pacientii cu :
- forme hiperalgice;
 - sarcina dupa luna a VI-a;
 - contracturi musculare.
357. Care este cel mai nou tip de interventie chirurgicala a coxartrozei?
- operatia Voss;
 - proteza totala de sold;
 - artrodeza.
358. Printre cauzele coxartrozelor secundare se numara:
- malfomatii congenitale ale soldului;
 - traumatismele;
 - perturbari imunologice.
359. Durerea bolnavului cu coxartroza:
- este calmata de mers;
 - are sediul anterior in regiunea inghinala (cu iradiere pe fata anterioara a coapsei);
 - nu apare niciodata in regiunea fesiera cu iradiere pe fata posterioara a coapsei.
360. Dintre simptomele care pun in evidenta existenta unei coxartroze intalnim:
- o limitare a miscarilor in articulatia coxofemurala;
 - o atitudine vicioasa a membrului inferior in extensie si rotatie interna;
 - semne locale de inflamatie.
361. In stadiul initial al coxartrozei avem ca principale simptome:
- atitudini vicioase ireductibile;
 - redoare articulara in zona amplitudinilor de utilizare curenta;
 - reducerea amplitudinilor "de lux" ale soldului.
362. In programul de kinetologie recuperatorie se apeleaza la posturi care vor evita :
- flexia si rotatia externa;
 - extensia si rotatia interna;
 - flexia si rotatia interna.
363. Tonifierea musculaturii la un pacient cu coxartroza vizeaza in special:
- muschii abductori, rotatori, extensori ai CF;
 - muschii flexori ai genunchiului;
 - muschii adductori ai coapsei.

364. In coxartroza, mobilizarile articulare vor pune accentul pe:
- flexie - extensie, rotatie interna si abductie;
 - pe rotatie externa;
 - pe adductie.
365. Exerciitiile analitice de tonifiere musculara care au ca obiectiv refacerea stabilitatii se vor adresa in special:
- abductorilor si pelvitrohanterienilor;
 - adductorilor;
 - flexorilor genunchiului.
366. Tratamentul coxartrozei include si unele reguli de profilaxie secundara:
- se vor evita deplasările pe bicicleta;
 - se va evita repaosul postural la pat cu articulatia coxofemurala intinsa;
 - se va evita ortostatismul si mersul prelungit pe jos.
367. Tratamentul coxartrozei beneficiaza de mijloace:
- ortopedice;
 - fizioterapice;
 - regim dietetic.
368. Este important ca bolnavul cu coxartroza sa respecte anumite indicatii ortopedice:
- sa evite ortostatismul prelungit si sa se aseze pe scaune inalte;
 - sa foloseasca un baston pe care sa-l tina de partea opusa soldului afectat;
 - femeile vor incalta in special pantofi cu tocuri inalte.
369. Pentru a mentine o functie articulara satisfacatoare in coxartroza se recomanda:
- evitarea decubitusului ventral pe plan dur;
 - evitarea mobilizării active fara sprijin (evitarea pedalariei pe bicicleta);
 - mobilizarea activa in piscina calda.
370. Gonartroza constituie:
- localizarea reumatismului degenerativ la articulatia genunchiului;
 - o afectiune neinflamatoare localizata la nivelul genunchiului;
 - o afectiune inflamatorie a articulatiei genunchiului.
371. In producerea gonartrozei primitive sunt incriminati:
- factori endocrini;
 - tulburari venoase;
 - factori psihici.
372. In gonartroza, durerea se intensifica:
- la urcarea sau la coborarea unei scari;
 - la sederea pe vine;
 - la repaos.
373. Stadiul final al gonartrozei se caracterizeaza prin:
- limitarea mobilitatii sub 90°;
 - dureri usoare ce se calmeaza in repaos;
 - lipsa fipotrofiei si hipotoniei cvadricepsului.

374. Gonartrozele de debut femurotibial sunt secundare:
- unei fracturi de femur sau tibie;
 - unei fracturi de rotula;
 - unei luxatii recidivante a rotulei.
375. In tratamentul gonartrozei se urmareste tonifierea muschiului:
- cvadriceps;
 - ischigambier;
 - peronier lateral.
376. In gonartroza sunt utilizate cu eficienta posturarile care evita:
- Flexum-ul;
 - Genu valgum;
 - Genu varum.
377. Gonartroza face parte din grupa reumatismelor:
- metabolice;
 - inflamatorii;
 - degenerative.
378. Ca simptome subiective, pacientii cu gonartroza prezinta:
- cianoza marcata;
 - durere cu oarecare ipotenta functionala;
 - tumefactia articulatiei, hiperterma.
379. Ca semne obiective pacientii cu gonartroza in faza incipienta prezinta:
- crepitatii perceptibile la palpare;
 - dureri vii;
 - tumefactii.
380. Ca masuri de preventie in cazul artrozei genunchiului se va realiza "igiena ortopedica" ce consta in:
- evitarea mersului pe bicicleta;
 - evitarea ortostatismului prelungit;
 - evitarea cresterii ponderale.
381. In reumatismele degenerative, primul lezat este:
- membrana sinoviala;
 - cartilajul articular;
 - ligamentul.
382. Etapa a III-a in cazul gonartrozei este caracterizata prin:
- insuficienta de cvadriceps;
 - deficit motor sever;
 - mobilitate usor marcata.
383. Principalele obiective in programul de recuperare a unei gonartroze severe sunt:
- evitarea suprasolicitarii articulare;
 - tratarea corecta a puseelor inflamatorii;
 - evitarea leziunilor ce ar duce la anchiloza.

384. In cazul gonartrozelor in pusee inflamatorii se indica:
- parafina;
 - perna electrica;
 - crioterapia.
385. Artrozele intervertebrale pot fi definite ca:
- boala genetica ce intereseaza coloana vertebrala ca tendinta la anchiloze;
 - boala inflamatorie cronica a sacro-iliacelor;
 - leziuni degenerative ale coloanei vertebrale.
386. Cauzele producerii artrozelor intervertebrale pot fi:
- malformatii congenitale;
 - tulburari circulatorii;
 - tulburari de statica.
387. Semnele subiective ale artrozelor intervertebrale se traduc frecvent prin:
- tumefactii la nivel vertebral;
 - rahialgii;
 - un grad variat de impotenta functionala.
388. Semnele obiective ale artrozelor intervertebrale pun in evidenta:
- o oarecare limitare a miscarilor coloanei vertebrale;
 - anomalii de statica rahidiana;
 - starea generala a bolnavului grav afectata.
389. Tratamentul profilactic al artrozelor intervertebrale consta in evitarea:
- surmenajului profesional si sportiv;
 - traumatismelor si microtraumatismelor;
 - frigului si umiditatii pozitiei culcat pe pat tare.
390. Ca medicatie antialgica si antiinflamatoare, in cazul artrozelor intervertebrale, se indica:
- colchicina;
 - aspirina;
 - indometacinul.
391. Artrozele sunt boli reumatice:
- metabolice;
 - inflamatorii;
 - cronice.
392. In cazul artrozelor va fi afectat in primul rand:
- tendonul;
 - cartilajul;
 - ligamentul.
393. In cazul examenului radiologic la bolnavii cu artroze intervertebrale se pun in evidenta:
- alunecari de corpuri vertebrale;
 - spatiu articular diminuat;
 - prezenta osteofitelor.

394. In cazul bolnavilor cu suferinte cronice ale artrozelor intervertebrale, se recomanda in mod special tratamentul:
- medicamentos;
 - fizioterapic;
 - balnear.
395. Artrozele intervertebrale sunt:
- leziuni degenerative ale coloanei vertebrale;
 - tulburari de statica vertebrala;
 - malformatii congenitale.
396. Printre factorii care duc la aparitia artrozei intervertebrale se numara:
- traumatismele;
 - boli vertebrale anterioare;
 - osteofitoza.
397. Artrozele intervertebrale se manifesta frecvent prin:
- dureri vertebrale;
 - un grad variat de impotenta functionala;
 - anchiloza vertebrala.
398. Tratamentul artrozelor intervertebrale are ca obiective:
- corectarea tulburarilor de statica;
 - scaderea in greutate pentru supraponderali;
 - cresterea travaliului mecanic vertebral.
399. Pacientul cu lombalgie acuta prezinta:
- contractura musculara locala;
 - o scolioza antalgica evidenta;
 - usoara durere matinala.
400. Tratamentul lombargiei acute consta in:
- repaos la pat si posturi care calmeaza durerea;
 - exercitii de mobilizare ale coloanei lombare;
 - exercitii de tonifiere a muschilor abdominali.
401. Pentru a obtine o cat mai buna relaxare a musculaturii lombare la pacientii cu lombalgie acuta se utilizeaza exercitii de facilitare "tine - relaxeaza" care:
- utilizeaza pozitiiile finale ale diagonalelor Kabat;
 - utilizeaza o rezistenta aplicata maxima posibila;
 - abordeaza grupele musculare de la distanta spre zona afectata.
402. Exerciitiile de facilitare "tine - relaxeaza" ce utilizeaza diagonalele Kabat ale membrilor superioare vor influenta:
- musculatura abdominala superioara si cea extensoare superioara a trunchiului;
 - musculatura abdominala inferioara si cea a trunchiului;
 - musculatura abdominala inferioara si cea extensoare superioara a trunchiului.

403. Pentru pacientii cu lombalgie in stadiul subacut se aplica exercitii de facilitare "tine - relaxeaza" care:
- utilizeaza pozitiile finale ale diagonalelor Kabat;
 - utilizeaza intregul parcurs al diagonalelor Kabat;
 - utilizeaza o rezistenta usoara aplicata pe intreaga diagonala.
404. Schemele de kinetoterapie ce se aplica unui pacient cu lombalgie subacuta au ca obiectiv:
- relaxarea musculaturii contracturate;
 - asuplizarea trunchiului inferior;
 - tonifierea muschilor abdominali.
405. In perioada cronica a lombalgiei durerea:
- este mai intensa dimineata fiind insotita de redoare;
 - este intensa, exacerbandu-se la miscare sau tuse;
 - apare, in special, dupa ortostatism sau mers indelungat.
406. La examenul obiectiv al pacientului cu lombalgie cronica putem observa:
- o diminuare moderata a flexiei lombare;
 - o scolioza antalgica;
 - durere vie exacerbata de orice miscare a coloanei.
407. In producerea lombalgiei cronice au rol:
- artroza lombara (discartroza);
 - tulburarile de statica (hiperlordoza);
 - tulburarile venoase.
408. Lombalgia cronica beneficiaza de tratament prin:
- kineziterapie;
 - fizioterapie sedativa;
 - interventie chirurgicala.
409. In perioada cronica a lombalgiei asuplizarea lombara se realizeaza prin:
- exercitii de basculare a pelvisului;
 - intinderea flexorilor soldului;
 - scurtarea extensorilor lombari.
410. In lombalgia cronica, kinetoterapia urmareste tonifierea :
- musculaturii abdominale;
 - musculaturii extensoare lombare;
 - fesierul mijlociu.
411. Obtinerea unei pozitii neutre (delordozate) a lombei se realizeaza prin exercitii de:
- tonifiere a muschilor abdominali si a fesierilor mari;
 - intindere a extensorilor paravertebrali si a psoas-iliacului;
 - tonifiere a fesierilor mijlocii si mici.
412. Lombalgia acuta apare in general brusc dupa:
- efort sau rotatie fortata;
 - expunere la frig;
 - infectii virale.

413. In cazul lombalgiei acute, durerea este foarte intensa fiind accentuata de:
- orice miscare;
 - repaus prelungit (imobilizari);
 - tuse, stranut.
414. Tratamentul lombalgiei acute consta in repaus la pat ce face sa:
- favorizeze reducerea entorsei;
 - cedeze procesul inflamator;
 - cedeze contractura musculara.
415. In cazul bolnavilor cu lombalgie acuta, se recomanda tratament medicamentos cu:
- antibiotice;
 - antialgice;
 - antiinflamatoare.
416. Fizioterapia are indicatii limitate in faza acuta, recomandandu-se doar:
- ultrasunete;
 - parafina;
 - diadinamici.
417. Lombalgia cronica este caracterizata de durere mediana sau paravertebrala, uneori iradiind catre fese in special:
- noaptea in timpul somnului;
 - dimineata la trezire;
 - munca oboseitoare cu coloana flectata.
418. In cazul bolnavilor cu lombalgie cronica cel mai eficient este:
- tratamentul medicamentos;
 - tratamentul fizioterapic;
 - tratamentul balnear.
419. Periartrita scapulohumerala se poate defini ca fiind:
- un sindrom clinic caracterizat prin durere si redoare ale umarului;
 - un proces inflamator infectios;
 - o boala metabolica.
420. PSH este determinata de:
- leziuni degenerative;
 - procese inflamatoare ale tendoanelor si burselor celei de-a II-a articulatii a umarului;
 - factori ereditari.
421. In accelerarea leziunilor degenerative si producerea inflamatiei in cazul PSH sunt incriminate:
- expunerile excesive la soare;
 - traumatismele;
 - factorii nervosi.
422. In ultima vreme s-a obtinut frecventa cu care apare PSH in afectiuni ale sistemului nervos periferic cunoscute sub denumirea de:
- zona Zoster;
 - nevralgia cervicorahiala;
 - boala Parkinson.

423. PSH in afectiuni ale sistemului nervos central:
- zona Zoster;
 - hemiplegia;
 - boala Parkinson.
424. PSH se poate confunda cu unele afectiuni ale organelor intratoracice pe cale reflexa:
- infarct miocardic;
 - nevralgia cervico-brahiala;
 - angina pectorala.
425. Umarul dureros simplu este consecinta leziunilor degenerative, fiind forma clinica cea mai frecventa, pacientul acuzand:
- dureri in timpul somnului;
 - dureri la miscari (imbracat, pieptanat);
 - miscari limitate ale umarului.
426. Umarul dureros acut debuteaza in mod brutal producand pacientului:
- durere atroce;
 - impotenta totala a membrului superior;
 - dureri moderate in anumite pozitii.
427. In cazul umarului dureros acut bolnavul acuza dureri violente in special:
- ziua;
 - dimineata, la trezire;
 - noaptea, impiedicand bolnavul sa doarma.
428. In umarul dureros acut, la examenul obiectiv, se constata:
- imposibilitatea miscarii active;
 - cresterea temperaturii locale;
 - zone cu puncte dureroase.
429. Umarul blocat constituie o suferinta des intalnita, avand o evolutie lenta dar:
- cu dureri de intensitate violenta;
 - fara dureri ale umarului;
 - cu mobilitatea articulatiei scapulo-humerala abolita.
430. In cazul umarului blocat, se constata o reducere marcata a miscarilor active si pasive provocate de:
- leziuni ale capsulei;
 - durere;
 - contractura musculara.
431. Tratamentul PSH are ca obiectiv:
- combaterea contracturii musculare;
 - calmarea durerii;
 - ameliorarea mobilitatii articulare.
432. Tratamentul umarului dureros simplu consta in:
- radioterapie antiinflamatoare, 5-6 sedinte;
 - prednison 30-40 mg/zi;
 - administrare de aspirina (2-3 g/zi).

433. Tratamentul umarului dureros acut consta in administrare de:
- aspirina 2-3 g/zi;
 - Prednison 30-40 mg/zi;
 - fenilbutazona 600-800 mg/zi.
434. Periartrita scapulohumerala este un sindrom clinic caracterizat prin:
- durere si redoare la nivelul umarului;
 - leziuni degenerative si inflamatoare ale tendoanelor si burselor celei de-a doua articulatii a umarului;
 - leziuni degenerative si inflamatoare la nivelul articulatiei glenohumerale.
435. Existenta unei leziuni a tendonului supraspinos este pusa in evidenta de:
- aparitia durerii la un unghi de 45° de abductie a bratului;
 - aparitia durerii puternice la miscari de rotatie externa si rotatie externa;
 - limitarea abductiei la un unghi de 20° .
436. In PSH, miscarile afectate in special sunt:
- abductia;
 - extensia;
 - rotatia interna.
437. Umarul dureros simplu, in stadiul acut, necesita:
- imobilizare cu bratul in abductie la 35 - 45° cu o perna mica sub axila si sustinut de o esarfa;
 - imobilizare cu bratul in adductie;
 - miscari ample ale articulatiei afectate.
438. Pentru a mentine tonusul muscular si starea vasculotrofica a umarului (umar dureros simplu) in stadiul acut se recomanda:
- miscari ample in umarul sanatos;
 - contractii izometrice ale membrului superior afectat;
 - miscari ample ale articulatiei afectate.
439. In stadiul acut al umarului dureros simplu se recomanda aplicarea tehnicilor de relaxare bazate pe izometrie si anume:
- tehnica "relaxare - opunere" (hold - relax);
 - tehnica de "rotatie ritmica";
 - tehnica de "initiere ritmica".
440. In stadiul subacut al umarului dureros simplu miscarile active de recuperare vor debuta cu:
- realizarea schemei Kabat D1 F (flexie - adductie - rotatie externa din SH);
 - realizarea schemei Kabat D1 E (extensie - abductie - rotatie interna);
 - realizarea schemei Kabat D2 E (extensie - adductie - rotatie interna).
441. La pacientii cu umar dureros acut, miscarile cele mai dureroase sunt:
- abductia;
 - abductia combinata cu retropulsie si rotatie externa;
 - adductia.
442. Kinetoterapia umarului dureros acut consta in:
- imobilizarea absoluta a bratului in abductie de 70° si usoara flexie;

- b. realizarea de miscari pasive ample;
 - c. realizarea de miscari active cu rezistenta.
443. Umarul blocat se caracterizeaza prin:
- a. limitarea marcata a mobilitatii active si pasive a umarului;
 - b. durere vie insuportabila;
 - c. mobilitatea pasiva a articulatiei nu este limitata.
444. Recuperarea mobilitatii umarului blocat prin abordarea structurilor necontractile se realizeaza prin:
- a. tehnici de alunecare in articulatia glenohumerala;
 - b. mobilizari pasive analitice;
 - c. mobilizari active cu rezistenta.
445. Forma de curent diadinamic monofazat fix (MF) :
- a. efect excitator crescand tonusul muscular;
 - b. are actiune vasoconstrictoare (tonicizand peretii arteriali);
 - c. are efect puternic analgezic
446. Forma de curent diadinamic difazat fix (DF):
- a. este considerat ca avand cel mai puternic efect analgetic;
 - b. imbunatateste circulatia arteriala prin inhibarea simpaticului;
 - c. are un pronuntat efect excitomotor.
447. Forma de curent diadinamic perioada scurta (PS):
- a. are efect resorbtiv;
 - b. se recomanda in cazul hematoamelor posttraumatice;
 - c. are efect excitator tonicizant.
448. Forma de curent diadinamic perioada lunga (PL) este indicata :
- a. in atoniile musculare (normoinervate) postoperatorii;
 - b. in starile dureroase pronuntate si persistente;
 - c. ca forma de introducere in aplicatiile cu rol primordial analgetic.
449. Forma derivata de curenti diadinamici - ritmul sincopat (RS) :
- a. are cel mai pronuntat efect excitomotor;
 - b. are cel mai pronuntat efect analgezic;
 - c. este indicat in atoniile musculare (normoinervate) postoperatorii.
450. In cazul aplicatiilor mioenergetice (ce urmaresc tonicizarea unor muschi normoinervati) cu curenti diadinamici :
- a. polul pozitiv + se plaseaza la locul de emergenta al nervilor motori;
 - b. polul pozitiv + se aplica pe punctele motorii ale nervilor interesati;
 - c. se aplica formele cele mai dinamogene de curent
451. In aplicatiile cu curenti diadinamici pe puncte dureroase circumscrise:
- a. se utilizeaza electrozi mici de merime egala;
 - b. polul negativ - se aplica pe locul dureros iar cel pozitiv + la 2 - 3 centimetri distanta;
 - c. polul pozitiv se aplica pe locul dureros, iar cel negativ - la 2-3centimetri distanta.

452. Aplicatiile paravertebrale (pe regiunile radacinilor nervoase) de curent diadinamic sunt indicate in :
- a. radiculite;
 - b. mialgii paravertebrale;
 - c. gonartroza.
453. Curentii interferentiali cu frecventa constanta mijlocie (12 - 35 Hz) are efect :
- a. decontracturant;
 - b. vasculotrofic;
 - c. excitomotor.
454. Curentii interferentiali cu frecvente mici (sub 10 Hz) sunt indicati in caz de:
- a. musculatura hipotona;
 - b. sarcina;
 - c. dureri toracice anginoase.
455. Curentul interferential cu frecvente rapide (80 - 100 Hz) are efect :
- a. analgetic;
 - b. excitomotor;
 - c. caloric.
456. Curentul interferential cu modulatia 90 - 100 Hz ("spectru" 90 - 100 Hz) are un puternic efect
- a. analgetic;
 - b. excitomotor;
 - c. dereglare vegetativa.
457. Curentii interferentiali cu modulatia 0 - 10 Hz ("spectru" 0 - 10 Hz) sunt indicati in:
- a. hipotonii musculare de inactivitate;
 - b. redorile articulare posttraumatice cu imobilizare;
 - c. constipatii spastice.
458. Curentii interferentiali au efect excitomotor asupra :
- a. musculatura striata normoinervata;
 - b. musculatura neteda;
 - c. musculatura total denervata.
459. Curentii interferentiali sunt utilizati in tratamentul:
- a. entorselor;
 - b. scoliozelor;
 - c. starilor febrile.
460. Curentii interferentiali pot fi utilizati in:
- a. dischinezii biliare;
 - b. pancreatita cronica;
 - c. pancreatita acuta.
461. Curentii interferentiali sunt contraindicati in:
- a. neoplazii;
 - b. afectiuni febrile;
 - c. celulita.

462. Metoda de aplicare a undelor scurte in camp condensator nu produce caldura la nivelul:
- muschilor;
 - organelor interne;
 - tesutului gros.
463. Pentru aplicatii de unde scurte in camp inductor se folosesc:
- electrozi de tip monoda;
 - electrozi " diploda ";
 - electrozi Schliephake.
464. Utilizarea electrozilor flexibili in aplicarea undelor scurte permite:
- o incalzire mai superficiala;
 - tratarea suprafetelor corporale plane;
 - tratarea anumitor regiuni cum ar fi axila, vaginul
465. Aplicatiile in camp condensator a undelor scurte reprezinta o metoda adecvata pentru obtinerea unei incalziri in profunzime daca:
- respectam regula distantei de 3 - 4 cm;
 - lipim electrozii de tegument;
 - plasam electrozii la 10 cm fata de tegument.
466. Aplicatiile cu undescurte produc senzatia de caldura puternica uneori greu suportata atunci cand aplicam:
- doza I;
 - doza II;
 - doza IV.
467. In stadiile acute se recomanda unde scurte:
- in doze mici (I-II);
 - in doze mari (III - IV);
 - in sedinte de scurta durata (3-5 minute);
468. La aplicatiile cu undescurte se vor indeparta de pe zona tratata :
- toate obiectele metalice;
 - imbracamintea umeda;
 - pansamentele uscate.
469. Aplicatiile de unde scurte la doze II - III au actiune:
- antispastica;
 - revulsiva;
 - excitomotorie.
470. La aplicatiile cu unde scurte cablurile electrozilor trebuie:
- sa se incruciseze;
 - sa atarne libere sau pe un suport izolan;
 - sa nu se atinga intre ele.
471. De tratamentul cu unde scurte pot beneficia :
- dischineziile biliare;
 - constipatiile cronice;
 - ulcerul gastroduodenal activ.

472. Tratamentul cu unde scurte se aplica in cazuri de:
- reumatism degenerativ;
 - reumatism inflamator cronic;
 - reumatism inflamator acut.
473. Pentru a evita aparitia " efectului de varf " (incalzirea pronuntata a regiunilor cu proeminente) ce apare la aplicatia cu unde scurte :
- vom indeparta electrozii de suprafata regiunii respective;
 - vom apropia electrozii de suprafata regiunii respective;
 - vom aseza electrozii oblic.
474. La aplicatiile cu unde scurte vom acoperi cu pasla:
- electrozii plati (flexibili);
 - electrozi rigizi Schliephake;
 - electrozi monoda.
475. Aplicarea segmentara a ultrasunetelor (US) in afectiunile membrului inferior se face:
- paravertebral lombar;
 - pe zona articulatiei sacroiliace;
 - paravertebral, mai sus de C3
476. Pe langa efectele fiziologice principale ultrasunetele mai au si efecte:
- fibrolitice;
 - antiinflamatorii;
 - de tonifiere musculara.
477. In aplicare ultrasonetului se recomanda ca solutie de contact :
- sa nu fie prea rece;
 - sa nu se aplice in strat gros;
 - sa fie impermeabila pentru ultrasunet
478. Aplicatiile ultrasunetului prin cuplaj indirect se face prin intermediul:
- apei;
 - unguentelor cu substante medicamentoase;
 - uleiurilor minerale de parafina
479. Aplicatiunea de profunzime a ultrasunetului se reduce daca folosim :
- unguent cu ulei de peste;
 - substante medicamentoase inglobate in solutia de contact
 - uleiuri minerale de parafina
480. Aplicarea ultrasunetului in cuplaj indirect la temperaturi ale apei mai mici de 37°C:
- scade intensitatea ultrasunetului;
 - creste intensitatea ultrasunetului;
 - nu modifica intensitatea ultrasunetului.
481. La aplicatiile cu ultrasunet indirect se utilizeaza:
- traductorul mare;
 - traductorul mic;
 - reflectorul de unde ultrasonice.

482. metoda statica de aplicare a ultrasunetului se utilizeaza la tratarea:
- regiunilor ganglionare;
 - radiculare paravertebrale;
 - zonelor de crestere osoasa la copii
483. La tratarea cu ultrasunet a articulatiei cotului vom utiliza:
- Intensitati mici;
 - intensitati mari;
 - metoda dinamica.
484. Manipularea traductorului la aplicatiile de ultrasunet pe tesut muscular se face:
- cu presiune mare pe tegument;
 - cu miscari sinusoidale - spirale;
 - in directia fibrelor tendomusculare
485. Functionarea traductorului la aplicatiile cu ultrasunete poate fi verificarea prin :
- aplicarea unei picaturi de ulei pe suprafata capului de tratament;
 - aparitia zgomotului produs de aparat;
 - aparitia senzatiei de vibratie pe zona tratata.
486. In cazul tratarii cu ultrasunet a mai multor zone durata aplicatiei poate ajunge pana la:
- 10 - 15 min.;
 - 2 - 5 min.;
 - 25 min.
487. Tratamentul cu ultrasunet este indicat in :
- cicatrici cheloide;
 - plagi atone;
 - tulburari de sensibilitate cutanata
488. Ultrasunetele sunt utilizate in tratarea:
- reumatismului degenerativ;
 - reumatismului inflamator acut;
 - reumatismului abarticular.
489. Este contraindicata aplicarea ultrasunetului:
- paravertebral;
 - pe uterul gravid;
 - pe cord.
490. Aplicatiile cu ultrasunet sunt contraindicate in:
- stari febrile;
 - tuberculoza activa;
 - hematoame
491. Valoarea intensitatii ultrasunetului utilizat in aplicatiile terapeutice depinde de:
- stadiul afectiunii;
 - metoda de manevrare a traductorului;
 - efectul termic simtit de pacient.

492. Traductorul cu care se fac aplicatiile de ultrasunet se alege in functie de:
- marimea suprafetei corporale tratate;
 - forma suprafetei corporale tratate;
 - varsta pacientului.
493. Efectul ultrasonoforezei poate fi imbunatatit prin:
- o aplicatie termica prealabila;
 - psihoterapie;
 - o aplicatie Röntgen prealabila
494. Iradierea moderata cu radiatie infrarosie (grupa a) produce:
- scaderea debitului sangvin;
 - cresterea resorbtiei produselor celulare;
 - activarea glandelor sudoripare.
495. Radiatiile infrarosii au o actiune calorica cu atat mai profunda cu cat:
- lungimea de unda este mai scurta;
 - lungimea de unda este mai lunga;
 - pacientul este mai relaxat.
496. In tratarea reumatismului abarticular algoneurodistrofic se pot aplica ultravioletele in:
- iradieri generale;
 - iradieri locale;
 - nu sunt indicate aplicatiile cu ultraviolete
497. In nevralgia cervicobrahiala se aplica iradieri cu ultraviolete in campuri locale pe zona:
- cervicala;
 - axilara;
 - supraclaviculara.
498. Procedurile generale cu ultraviolete sunt indicate in:
- amenoree;
 - hipogalactii;
 - sarcina.
499. In pediatrie iradierile cu ultraviolete sunt folosite pentru a trata:
- rahitismul;
 - astmul bronic;
 - diabetul zaharat.
500. Iradierile cu ultraviolete sunt contraindicate in caz de:
- tromboflebite;
 - tuberculoza pulmonara activa;
 - nevralgii.
501. Aplicatiile de radiatii infrarosii in spatiul deschis sunt indicate in:
- spondiloze;
 - mialgii;
 - stari febrile.

502. Baile de lumina sunt indicate in:
- Boli cu metabolism scazut;
 - Intoxicatii cronice cu metale grele;
 - Afectiuni inflamatorii acute ale aparatului genital feminin.
503. In interiorul bii de lumina generala temperatura aerului poate ajunge la:
- 60 - 90° C;
 - 40 - 50° C;
 - 30 - 40° C.
504. Aplicarea bii de lumina generala pe o durata de 20 - 30 min. duce la cresterea temperaturii centrale pana la:
- 37,8° C;
 - 38,5° C;
 - 37° C.
505. Baile de lumina partiale sunt inzestrate cu fasciculi pentru:
- 12 - 16 - 20 becuri;
 - 20 - 50 becuri;
 - 100 becuri
506. Putem obtine o sudatie pronuntata la aplicatiile cu baie de lumina generala daca durata sedintei este de:
- 5 - 10 min.;
 - 20 - 25 - 30 min.;
 - 50 - 60 min.
507. In timpul procedurii de baie de lumina generala se urmareste:
- temperatura din interiorul bii;
 - starea pacientului;
 - reactia cutanata obtinuta.
508. Tehnica de aplicare a bii de lumina partiala prevede:
- aplicarea unei comprese reci pe frunte;
 - acoperirea bii si pacientului cu un cearsaf si o patura;
 - spalarea prealabila a zonei tratate cu apa rece.
509. Daca injumatim distanta dintre lampa de infrarosii si tegumentul iradiat atunci doza de energie transmisa:
- se dubleaza;
 - se maresc de 4 ori;
 - se injumatatesc.
510. De obicei, lampa de infrarosii se aplica la o distanta fata de tegument de:
- 50 - 80 cm;
 - 10 - 20 cm;
 - lipita de tegument

511. Incaperea in care se fac aplicatii cu infrarosii in spatiul deschis trebuie sa beneficieze de:
- o buna ventilatie;
 - lumina puternica;
 - o temperatura corespunzatoare aerului.
512. In practica se pot aplica urmatoarele forme de camp magnetic:
- forma intrerupt " ritmic ";
 - forma intrerupt " aritmic ";
 - forma pulsatorie
513. Forma continua de camp magnetic se poate aplica la:
- 50 Hz;
 - 100 Hz;
 - 300Hz.
514. Bobinele localizatoare ale Magnetodiafluxului sunt:
- de forma paralelipedica;
 - de forma circulara;
 - egale ca marime.
515. Fata de bobinele circulare, bobinele localizatoare ale magnetodiafluxului genereaza campuri magnetice :
- de intensitati mai mari;
 - de intensitati mai mici;
 - de intensitati egale.
516. La aplicatiile generale de camp magnetic sunt utilizate:
- bobina cervicala;
 - bobina lombara;
 - bobina toracala.
517. La aplicarea tratamentelor cu magnetodiaflux este necesar ca:
- patul utilizat sa fie din lemn;
 - distantele dintre paturi sa fie de cel putin 3 metri;
 - distantele dintre paturi sa fie de cel mult 3 metri.
518. Cea mai stimulatorie forma pentru calusare s-a dovedit a fi campul magnetic in:
- forma continua;
 - forma intrerupt ritmic;
 - forma intrerupt aritmic.
519. Utilizarea magnetodiafluxului in sindroamele neurologice spastice in asociere cu chinetoterapia este indicata datorita efectului de:
- relaxare a contracturii musculare;
 - accelerarea formarii calusului;
 - tonifiere musculara.
520. In cazul plagilor, contuziilor, hematoamelor musculare tratamentul cu magnetodiaflux trebuie inceput:
- chiar de a doua zi;

- b. la o saptamana dupa traumatism;
 - c. la o luna dupa traumatism.
521. Tratamentul cu magnetodiaflux este indicat in:
- a. nevroze;
 - b. distonii neurovegetative;
 - c. epilepsie.
522. Evitam aplicarea magnetodiafluxului in cazul:
- a. purtatorilor de pace - maker;
 - b. femeilor insarcinate;
 - c. pacientilor cu fracturi.
523. Utilizarea magnetodiafluxului in tratarea reumatismului inflamator se bazeaza pe efectele de scadere a:
- a. procesului inflamator;
 - b. durerii;
 - c. mobilitatii articulare.
524. Relaxarea in contextul metodologic al kinetologiei se adreseaza:
- a. numai starii de tensiune musculara crescuta
 - b. numai starii psihice tensionate
 - c. atat starii de tensiune musculara cat si starii de tensiune psihica
525. Tehnica Jacobson inversata, care se afla in situatii speciale (dureri articulare, segmente imobilizate) are la baza:
- a. Contractia izometrica;
 - b. Contractia izotonica;
 - c. Miscarea pasiva
526. Alinierea coloanei toracice si a centurii scapulare presupune tonifierea urmatoilor muschi :
- a. trapezul superior si mijlociu;
 - b. romboizii, infraspinosul, micul rotund;
 - c. marele dorsal, marele rotund, marele si micul pectoral
527. Atunci cand urmarim alinierea coloanei lombare si a pelvisului exercitiile vor intinde urmatoorii muschi :
- a. erectorii coloanei;
 - b. patratul lombar;
 - c. abdominali;
528. Ca metode de relaxare extrinseca pot fi utilizate:
- a. masajul;
 - b. aplicatiile de caldura;
 - c. aplicatiile cu ultraviolete
529. Prologul respirator, in tehnica de relaxare introdusa de Jacopson se realizeaza cu:
- a. inspiratie pe nas;
 - b. inspiratie pe gura;
 - c. expiratie pe gura.

530. Sedintele de intindere a redorilor prin mobilizare pasiva pot fi aplicate:
- zilnic;
 - de mai multe ori pe zi;
 - saptamanal.
531. Redorile pot fi intinse prin mobilizari active si active asistate cu ajutorul:
- scripetoterapiei;
 - hidrokinetoterapiei;
 - masajului;
532. Mobilizarea tesuturilor inflamate determina:
- cresterea procesului inflamator;
 - cresterea durerii;
 - cresterea mobilitatii articulare.
533. Intinderea redorilor prin mobilizarea pasiva presupune:
- continuarea miscarii cu cateva grade peste unghiul la care apare durerea;
 - realizarea miscarii pana la unghiul la care apare durerea;
 - realizarea miscarii indiferent de momentul aparitiei durerii.
534. Pentru a activa cat mai multi motoneuroni gama rezistenta opusa actiunii muschiului:
- va fi aplicata o perioada cat mai lunga de timp;
 - va fi de o intensitate cat mai mare;
 - va fi aplicata o perioada cat mai scurta de timp.
535. Utilizarea exclusiva a contractiei izometrice pentru cresterea fortei musculare are urmatoarele dezavantaje:
- solicita articulatia;
 - creste frecventa cardiaca si tensiunea arteriala;
 - dezvolta feed-back-ul kinestezic redus.
536. Contractia izotonica simpla, fara incarcare, reuseste sa realizeze cresterea fortei musculare in cazul:
- unui grup muscular de forta 2;
 - unui grup muscular de forta 4;
 - unui grup muscular de forta 5.
537. Contractia musculara excentrica consta in:
- modificarea lungimii muschiului prin apropierea capetelor de inserție;
 - modificarea lungimii muschiului prin indepartarea capetelor de inserție;
 - cresterea tensiunii interne fara modificarea lungimii fibrei musculare.
538. Pentru obtinerea rezistentei musculare principiul metodologic este:
- cresterea duratei exercitiului;
 - scaderea duratei exercitiului;
 - cresterea intensitatii efortului depus.
539. Posturile facilitatorii la un bolnav dispneic utilizeaza pozitia de aplecat inaintea trunchiului deoarece:
- creste tensiunea in muschii abdominali;

- b. presiunea viscerelor pe diafragm diminuea;
- c. mobilitatea diafragmului creste.

540. Pentru a impiedica colapsul bronsic expirator la pacientii cu obstructie bronsica acestia vor fi invatati:

- a. sa expire cu buzele stranse sau pronuntand una din consoanele h - o - f - s - pf;
- b. sa expire pe o nara cealalta fiind presata cu degetul;
- c. sa execute tractiuni laterale usoare cu policele si indexul in santul nazo - genial pentru a facilita inspiratia

541. Fortificarea musculaturii inspiratorii se poate realiza prin urmatoarele exercitii:

- a. inspiratii intrerupte (ca atunci cand se miroase o floare);
- b. inspiratie pe o nara, cealalta fiind presata cu degetul;
- c. inspiratie cu executarea de tractiuni laterale usoare cu policele si indexul in santul nazogenial.

542. Mersul utilizat ca metoda de antrenament la efort are urmatoarele avantaje:

- a. posibilitatea de a doza cu precizie efortul depus;
- b. este un exercitiu fiziologic cu automatisme vechi si stabile;
- c. nu necesita instalatii speciale

543. Pentru ca sedintele de antrenament la efort sa fie eficiente (sa creasca capacitatea de performare a efortului este necesar ca:

- a. intensitatea efortului sa fie peste 50% din consumul maxim de oxigen;
- b. durata sedintei sa fie mai mica de 10 min.;
- c. frecventa sedintelor sa fie de macar 2 pe saptamana

544. Partea a treia a sedintei de antrenament la efort (cea in care se face trecerea la starea de repaus) este necesara pentru ca:

- a. presiunea arteriala sa se stabilizeze;
- b. acceleratia pulsului sa creasca;
- c. caldura acumulata in efort sa se disipeze;

545. Reeducarea sensibilitatii incepe cu antrenarea:

- a. sensibilitatii la presiune si durere;
- b. stereognoziei;
- c. sensibilitatii termice.

546. Imobilizarea suspenda:

- a. miscarea articulara;
- b. contractia voluntara;
- c. contractia tonostatica.

547. Imobilizarea prelungita duce la:

- a. hipertrofii musculare;
- b. redori articulare;
- c. tulburarea circulatiei de intoarcere.

548. Miscarea pasiva este o tehnica de lucru prin care:

- a. se optine scaderea excitabilitatii musculare;
- b. se declanseaza " stretch-reflexul " (la intinderea brusca a muschiului);
- c. se mentine " memoria kinestezica " pentru segmentul respectiv.

549. Tracțiunile continue (extensie continue) se execută:
- prin instalații cu contragreutăți, arcuri, scripeti, plan înclinat;
 - cu mâna de către kinetoterapeut;
 - de către pacient cu ajutorul altei părți a corpului
550. Mobilizarea autopasivă se poate realiza de către pacient:
- prin acțiunea membrului sănătos;
 - prin intermediul presiunii corpului (sau al unui segment al corpului);
 - prin relaxarea voluntară a musculaturii și intervenția activă a kinetoterapeutului.
551. Mobilizarea activă reflexă realizată în cazul parezelor:
- va asigura extensibilitatea mușchilor;
 - întreține vascularizația și troficitatea lor;
 - va duce la creșterea amplitudinii mișcării unei articulații.
552. În cazul unei contracții concentrice:
- o mișcare lentă solicită mai puțin musculatura;
 - o mișcare rapidă crește solicitarea musculară;
 - orice schimbare de ritm (lent sau rapid) care se abate de la ritmul optim, natural al mișcării, crește solicitarea musculară
553. În tehnicile de facilitare neuromusculară proprioceptivă (F.N.P.) fundamentale se încadrează:
- întinderea;
 - prizele mainilor;
 - contractiile repetate
554. Întărirea - tehnica de facilitare neuromusculară proprioceptivă (F.N.P.) fundamentală - optine creșterea forței musculare prin:
- "iradierea" (overflow) influxului de la musculatura slabă la cea puternică;
 - iradierea de la membrul sănătos spre cel bolnav;
 - vizualizarea directă a mișcării.
555. Dacă aplicăm inversarea lentă (tehnica F.N.P. specială cu caracter general) în cazul unei articulații în jurul căreia există un dezechilibru muscular :
- rezistența se va aplica la început pentru mușchii mai puternici;
 - rezistența se va aplica pentru mușchii mai slabi;
 - nu are importanță pe care grupă musculară se aplică la început rezistența
556. Tehnica contractiilor repetate (CR) aplicată unei musculaturi de forță zero sau 1 constă în:
- aplicarea unei întinderi rapide în diverse puncte ale arcului de mișcare;
 - aplicarea unei rezistențe conservând contractia izotonică (atunci când mușchii au început să răspundă);
 - aplicarea izometriei la sfârșitul amplitudinii de mișcare
557. Tehnica de facilitare neuromusculară proprioceptivă - secvențialitatea pentru întarire (S.I.) recomandă ca punct optim de aplicare a izometriei:
- zona mijlocie a arcului de mișcare în cazul flexorilor;
 - zona scurtată a arcului de mișcare pentru extensori;
 - zona scurtată a arcului de mișcare pentru flexori.

558. Tehnicile F.N.P. specifice:
- necesita cooperarea bolnavului si eforturile sale voluntare;
 - se executa fara cooperarea bolnavului;
 - se executa cu sau fara cooperarea bolnavului.
559. Initierea ritmica (IR) (tehnica F.N.P. specifica):
- se aplica in hipertonia care limiteaza miscarea sau cand miscarea nu poate fi initiata;
 - are ca scop obtinerea relaxarii musculare;
 - se aplica in cazul hipotoniilor musculare care nu permit miscarea pe o directie.
560. Rotati ritmica (RR) (tehnica F.N.P. specifica) are la baza:
- miscarea pasiva;
 - contractia izometrica;
 - miscarea activa.
561. Stabilizarea ritmica (S.R.) (tehnica F.N.P. specifica):
- este utilizata pentru cresterea mobilitatii;
 - se aplica, in special cazurilor cu redori postmobilizare gipsata;
 - are la baza miscarea pasiva
562. Marele fesier este " componenta musculara secundara " in urmatoarea schema:
- E - ADD - RE a soldului;
 - E - ABD - RI a soldului;
 - F - ABD - RI a soldului.
563. Psoasuliliac are, drept componenta principala de actiune:
- flexia;
 - adductia;
 - rotatia externa.
564. Pozitionarea in vederea executarii unei scheme Kabath incepe cu:
- componenta de flexie sau extensie;
 - componenta abductie - adductie;
 - componenta rotatie externa sau externa.
565. Daca consideram ca " schema agonista " F - ADD - RE a unui segment, schema antagonista va fi:
- E - ABD - RI;
 - E - ABD - RE;
 - E - ADD - RI.
566. Sistemul scripete - greutate permite:
- realizarea unei miscari active cu rezistenta;
 - facilitarea unei miscari pana la realizarea miscarii pasive;
 - realizarea unei miscari autopasive
567. Suspendarea axiala:
- este cea in care chinga se fixeaza la extremitatea distala a membrului iar cordorul se acroaseaza deasupra articulatiei de mobilizat;
 - in unele montaje lucreaza si asupra ligamentelor, capsulei, tesuturilor moi periarticulare, in

general realizand unele corectii ale dezaxarilor (valgus, varus, flexum);

c. este cea in care punctul de acrosaj se gaseste oriunde in afara proiectiei membrului suspendat;

568. la tipul de suspendare excentrica forta rezultanta (intre forta de tractiune a corzii si forta de gravitatie):

a. va determina o presiune crescuta de-a lungul membrului spre articulatie marind presiunea de "cooptare articulara";

c. va fi centrifuga si va contribui la decooptarea articulara;

d. este anihilata datorita faptului ca cei doi vectori sunt in prelungire

569. Regula "miscarii contrare" indica manipularea unui segment:

a. pe directia blocata si dureroasa;

b. in sens opus directiei blocate si dureroase;

c. care are toate directiile de miscare blocate si dureroase

570. Manipularile pot da unele reactii:

a. exacerbarea durerilor imediat dupa sedinta;

b. aparitia curbaturilor;

c. aparitia unor tulburari vegetative;

571. Hidrokinetoterapia partiala se executa in:

a. cazii partiale pentru maine;

b. cazii partiale pentru picioare;

c. cazii "trefla".

572. Fenomenul de rezistenta opusa de apa se manifesta la miscarile :

a. laterale;

b. de sus in jos;

c. de jos in sus

573. Oboseala musculara ce apare in timpul executarii gimnasticii aerobiotice se datoreaza:

a. vitezei de executie;

b. numarului de repetari ale unei miscari;

c. ritmului muzicii.

574. Gimnastica aerobiotica este solicitanta pentru:

a. aparatul musculo articular;

b. cord;

c. psihic.

575. Sportul terapeutic are urmatoarele efecte fiziologice:

a. creste amplitudinea miscarilor;

b. creste forta musculara;

c. scade rezistenta musculara.

576. Prin sportul terapeutic se urmareste in special:

a. cresterea coordonarii si controlului motor;

b. relaxarea musculara;

c. antrenamentul la efort dozat.

577. Poliartrita reumatoida, in stadiul clinic manifest apare cu:

- a. febra;
- b. inapetenta;
- c. crestere ponderala;

578. Simptomele articulare in stadiul clinic manifest al PR (etapa exudativa) sunt:

- a. durere;
- b. tumefactie;
- c. amplitudine normala a miscarilor.

579. Simptomele articulare in stadiul clinic manifest (etapa productiva) la PR sunt :

- a. deformatii;
- b. anchiloze;
- c. limitare functionala moderata

580. Anchiloza genunchilor in PR se realizeaza in pozitia de:

- a. semiflexie;
- b. extensie;
- c. flexie de 90o

581. La pacientii cu PR masajul se executa:

- a. pe masele musculare;
- b. pe articulatia inflamata;
- c. numai cu un calup de ghiata.

582. Parafina poate fi aplicata la un pacient cu PR in stadiul:

- a. acut;
- b. subacut;
- c. cronic.

583. Aplicatiile calde in tratamentul PR se pot realiza cu:

- a. infrarosii;
- b. unde scurte;
- c. ultraviolete.

584. Dintre mijloacele terapeutice fizicale cea mai larga intrebuintare in PR o au:

- a. caldura,
- b. masajul;
- c. sinovectomia.

585. In cazul bolnavilor cu poliartrita reumatoida terapia ocupationala urmareste:

- a. restaurarea fortei musculare;
- b. scaderea amplitudinii articulare;
- c. restabilirea echilibrului psihic.

586. La pacientii cu spondilita anchilopoetica in forme constituite intalnim:

- a. rectitudinea coloanei lombare;
- b. spasmul musculaturii paravertebrale;
- c. mobilitate normala fara durerea coloanei

587. La bolnavii cu S.A. intalnim:
- tulburari ale aparatului cardiovascular,
 - manifestari oculare;
 - numai manifestari articulare ale bolii
588. In simptomatologia formelor incipiente de S.A. se inscriu:
- sciatalgia;
 - lombalgia;
 - flebite repetate.
589. Tratamentul fizioterapic al S.A. are ca scop:
- mobilizarea precoce;
 - prevenirea pozitiilor vicioase;
 - scaderea in greutate
590. In SA forma constituita la nivelul coloanei dorsale apar:
- dureri in centura la inspirul fortat;
 - micsorarea amplitudinii miscarilor respiratorii;
 - scolioza
591. Leziunile cutanate in poliartrita psoriazica pot fi:
- de marimea unei monede;
 - cat un pod de palma;
 - doar la nivelul mainilor;
592. Cu o mare frecventa in poliartrita psoriazica sunt afectate articulatiile:
- interfalangiene distale;
 - ale pumnului;
 - scapulohumerale.
593. In poliartrita psoriazica articulatiile mici si distale capata aspectul de inflamatie subacuta fiind:
- rosii;
 - dureroase;
 - reci
594. In elaborarea diagnosticului de poliartrita psoriazica doua semne sunt esentiale:
- semnul spermantetului;
 - semnul Auspitz
 - semnul Schober
595. Printre factorii care favorizeaza aparitia artrozelor sunt si:
- obezitatea;
 - menopauza;
 - melancolia.
596. La bolnavul artrozic durerea se intensifica:
- nocturn;
 - la miscare;
 - la schimbarile meteorologice

597. Bolnavul artrozic prezinta:
- stare generala buna;
 - nu prezinta febra;
 - anorexie.
598. Masajul unui bolnav cu artroza se va executa:
- cu blandete la nivelul articulatiei dureroase;
 - cu insistenta pe musculatura din vecinatatea articulatiei;
 - numai la nivel cervical
599. Indepartarea spasmului muscular ce apare la bolnavii cu artroza poate fi realizat cu ajutorul:
- aplicatiilor de caldura;
 - masajului;
 - dietoterapiei
600. Coxartroza este localizarea reumatismului generativ la nivelul articulatiei:
- soldului;
 - genunchiului;
 - pumnului
601. Durerea bolnavului cu coxartroza este agravata de:
- mers pe teren accidentat;
 - urcatul scarilor;
 - repaus
602. Pacientului cu coxartroza ii este dificil :
- sa-si lege sireturile la pantofi;
 - sa stea picior peste picior;
 - sa schiopateze;
603. In tratamentul coxartrozei se are in vedere:
- reducerea sprijinului pe articulatie;
 - mobilizarea soldului;
 - asuplizarea coloanei cervicale
604. Bolnavul cu coxartroza trebuie:
- sa evite mersul pe teren accidentat;
 - sa foloseasca un baston pe care sa-l tina de partea opusa soldului afectat;
 - sa foloseasca un baston pe care sa-l tina de partea soldului afectat
605. Pacientul cu coxartroza va mobiliza activ soldul prin:
- pedalaj pe bicicleta ergometrica;
 - mers cu bicicleta obisnuita;
 - ortostatism prelungit
606. Cele mai frecvente dureri care apar in coxartroza sunt cele de:
- flexum si rotatie externa;
 - flexum si rotatie interna;
 - ABD si RI

607. In stadiul initial al coxartrozei un rol important il au tractiunile intermitente in ax pentru efectul lor:
- antalgic;
 - decontracturant;
 - detonifiere musculara
608. Bolnavul cu coxatroza va trebui :
- sa mentina o greutate corporala normala sau sub standardele obisnuite;
 - sa evite purtarea bastonului;
 - sa evite mersul prelungit pe jos
609. Pentru bolnavul cu coxartroza posturile :
- au caracter preventiv in stadiul initial;
 - sunt corectoare in stadiul evolutiv;
 - sunt utile si in stadiul final
610. Exerciitiile de crestere a mobilitatii coxofemorale sunt mai eficiente daca se executa:
- in apa calda;
 - dupa aplicarea locala de caldura;
 - dupa masaj, cu un calup de ghiata
611. Mersul pe bicicleta permite bolnavului cu coxartroza:
- sa evite incarcarea articulara in deplasare;
 - sa creasca forta musculaturii implicate;
 - sa scada rezistenta .
612. Pentru evitarea flexumului de genunchi si sold bolnavul cu PR:
- va evita statul prelungit pe scaun;
 - va pastra pozitia de decubit ventral progresiv pana la 60 - 90 min. pe zi;
 - in decubit dorsal va pune pernite sub genunchi
613. Sedintele de kinetoterapie ce vizeaza mobilizarea articulara a bolnavului cu PR se vor executa:
- de cel mult doua ori pe zi;
 - de cel putin doua ori pe zi;
 - o data pe saptamana
614. Termoterapia la domiciliul bolnavului de SA consta in :
- bai generale calde;
 - bai hiperterme;
 - bai alternante de membre superioare
615. In timpul bair hiperterme ce se aplica pacetilor cu SA temperatura centrala a corpului ajunge la:
- 38 - 38,5⁰ C;
 - 37⁰ C;
 - 36⁰ C;

616. In momentul instalarii anchilozelor coloanei toracale se va pune accent pe reeducarea:
- respiratiei toracale;
 - respiratiei abdominale;
 - controlului voluntar al respiratiei
617. Bolnavul cu SA trebuie sa beneficieze in permanenta de :
- medicatie antiinflamatoare;
 - kineziterapie;
 - cromoterapie.
618. Evolutia SA determina:
- flexie cervicala;
 - cifoza dorsala;
 - hiperlordoza lombara
619. Stadiul final al gonartrozei este caracterizat de:
- mobilitate normala;
 - dureri si in repaus;
 - severa insuficienta musculara
620. Mobilizarea articulara in gonartroza urmareste in primul rand:
- recastigarea extensiei complete;
 - marirea flexiei;
 - recastigarea miscarilor de lateralitate
621. Musculatura care " inzavoraste " genunchiul in mers este formata din:
- cvadriceps;
 - ischiogambieri;
 - adductorii coapsei
622. Intre regulile care alcatuiesc " igiena ortopedica " a genunchiului se regasesc:
- evitarea ortostatismului;
 - evitarea mersului prelungit;
 - evitarea mersului cu sprijin pe baston
623. Este necesar ca bolnavul cu gonartroza :
- sa execute cateva miscari de flexie - extensie din genunchi inainte de a se ridica sa mearga;
 - sa mentina pozitie de flexie accentuata a genunchiului;
 - sa evite cresterea ponderala
624. In artrozele intervertebrale durerea se accentuiaza:
- la ortostatism prelungit;
 - la transportul unor obiecte grele;
 - repaus in decubit
625. Crizele dureroase ce apar la bolnavii cu artroze intervertebrale survin in urma:
- a unei miscari fortate sau bruste;
 - ridicarii unei greutati;
 - lucrului prelungit la birou.

626. Tratamentul profilactic al pacientilor cu artroze intervertebrale consta in:
- corectarea tulburarilor de statica;
 - evitarea microtraumatismelor;
 - mijloace medicamentoase
627. Durerea in perioada acuta a lombalgiei:
- se exacerbeaza la cea mai mica miscare sau tuse;
 - nu dispare nici in decubit;
 - apare dupa o perioada mai lunga de mobilizare a coloanei
628. Exerciitiul din pozitia " patrupedica " cu sugerea puternica a peretelui abdominal va tonifia:
- transversul abdominal;
 - dreptii abdominali;
 - oblicii abdominali
629. Kinetoprofilaxia lombalgiei are urmatoarele obiective:
- inzavorarea coloanei lombare;
 - mentinerea fortei musculare;
 - combaterea durerii.
630. In perioada acuta a lombalgiei kinetoterapia urmareste:
- scaderea iritatiei radiculare;
 - relaxarea musculaturii lombare dureroase;
 - tonifierea musculara
631. In lombalgia acuta scaderea iritatiei radiculare sau a nervului sinuvertebral se obtine prin:
- posturi antalgice;
 - tractiuni vertebrale continue la pat;
 - mobilizari ale coloanei lombare
632. Lombalgia acuta apare, in general brusc, dupa:
- o expunere la frig;
 - depunere de efort fizic;
 - aplicatii lombare cu curenti diadinamici.
633. Tratamentul lombalgiei acute consta in:
- repaus la pat;
 - medicatie;
 - hidrochinetoterapie
634. Fizioterapia sedativa indicata in lombalgia cronica consta in aplicatii cu:
- infrarosii;
 - ultrasunete;
 - ultraviolete
635. Tratamentul lombalgiei cronice consta in:
- repaus la pat;
 - suprimarea eforturilor in pozitia flectata;
 - evitarea transportului de greutati.

636. Umarul dureros acut poate debuta brusc cu :
- a. durere atroce;
 - b. impotenta totala a membrului superior;
 - c. scaderea temperaturii locale la nivelul umarului
637. Miscarea cea mai limitata in cazul umarului dureros acut este:
- a. abductia;
 - b. adductia;
 - c. flexia
638. Tratamentul umarului dureros acut consta in:
- a. repaus articular;
 - b. medicatie;
 - c. scripetoterapie
639. Pacientul cu umar blocat beneficiaza de :
- a. kinetoterapie;
 - b. ultrascurte;
 - c. repaus articular
640. In stadiul subacut al umarului dureros simplu sunt recomandate:
- a. miscari pasive;
 - b. miscari autopasive (tip Codman);
 - c. mobilizarea prelungita
641. In stadiul terminal al umarului dureros simplu sunt indicate:
- a. miscarile active cu rezistenta;
 - b. hidrokinetoterapia;
 - c. pozitia Tredelenburg;
642. Umarul dureros simplu are la baza:
- a. tendinita;
 - b. bursita;
 - c. capsulita retractila
643. Kinetoterapia umarului blocat include exercitii realizate la:
- a. spalier;
 - b. diverse instalatii cu scripeti;
 - c. bicicleta ergometrica
644. In cazul umarului blocat post traumatic intensitatea exercitiilor va tine seama de:
- a. calusarea focarului de fractura;
 - b. fragilitatea tesuturilor moi;
 - c. sexul pacientului
645. La examenul obiectiv al pacientului cu umar dureros acut constatam:
- a. orice miscare activa este practic imposibila;
 - b. existenta unei mobilitati pasive de mica amplitudine;
 - c. lipsa durerii la mobilizarea activa.

646. In PSH putem pune in evidenta dificultatea executarii miscarii de ABD combinata cu retropulsie si RI sau RE rugand bolnavul sa duca mana:

- a. la ceafa;
- b. in regiunea lombara;
- c. la umarul opus

647. In cazul umarului blocat avem:

- a. durere moderata sau inexistentă;
- b. limitare a mobilitatii articulare prin leziuni ale capsulei;
- c. limitarea miscarilor datorate durerii

648. Kinetoprofilaxia umarului blocat consta in:

- a. posturarea corecta a umarului dureros acut;
- b. kinetoterapia corecta a umarului dureros simplu;
- c. mobilizarea precoce a umarului dureros acut;

BIBLIOGRAFIE SPECIALITATEA: BALNEOFIZIOTERAPIE

1. Radulescu Andrei - *Electroterapie*-Editura Medicala Bucuresti 1991;
2. Sbenghe Tudor-*Kinetoterapie profilactica, terapeutica si de recuperare*-Editura Medicala Bucuresti 1987;
3. Sbenghe Tudor-*Recuperarea medicala la domiciliul bolnavului* -Editura Medicala Bucuresti 1996;
4. Susteanu Stefan -*Clinica si tratamentul bolilor reumatice*-Editura Medicala Bucuresti 1977;
5. Legea nr. 307/2004 - privind exercitarea profesiei de asistent medical si a profesiei de moasa, precum si organizarea si functionarea Ordinului Asistentilor Medicali si Moaselor din Romania, publicata in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 578/30.06.2004.
6. Codul de etica si deontologie profesionala al asistentului medical 2003

RĂSPUNSURI CORECTE

1. a, c	49. b, c	97. a, c	147. b	197. a, b
2. b	50. a, c	98. a, b	148. a	198. a, b
3. b, c	51. c	99. c	149. a, b	199. a
4. a, b	52. a, b	100. a, b	150. a	200. a, b
5. c	53. c	101. a	151. a, b	201. a, b
6. b	54. a	102. a, b	152. a, c	202. b
7. a, b	55. c	103. a, b	153. b	203. a, c
8. b, c	56. b, c	104. a, b	154. b, c	204. b, c
9. a	57. a, b	105. a, b	155. a, c	205. a, b
10. c	58. a, b	106. a, c	156. a	206. b
11. b, c	59. a, c	107. b	157. a, b	207. a, b
12. a, c	60. a, c	108. c	158. a	208. a
13. c	61. c	109. a, b	159. b	209. a, b
14. b, c	62. b	110. a, b	160. a, b	210. a
15. b	63. a, b	111. a	161. a, b	211. b, c
16. a	64. b	112. b, c	162. c	212. a, b
17. a, c	65. b	113. a, c	163. a	213. b, c
18. b, c	66. a	114. a, b	164. a	214. a, b
19. a	67. a	115. a, c	165. b	215. a
20. a	68. c	116. a, c	166. a, b	216. a, b
21. b	69. a	117. a, b	167. a, c	217. a, b
22. a, c	70. a	118. b, c	168. a, b	218. a, b
23. b	71. a, b	119. a, b	169. b, c	219. a, b
24. c	72. a, b	120. a, c	170. a	220. a, b
25. b, c	73. b, c	121. a, b	171. a, b	221. a, c
26. a, c	74. a, b	122. a, b	172. a, b	222. c
27. a, b	75. a	123. b, c	173. b, c	223. a, b
28. a	76. a, b	124. b	174. a, b	224. a, b
29. b, c	77. a, b	125. a	175. a, b	225. a, b
30. a, b	78. a, b	126. a, b	176. a, b	226. a
31. a	79. a, c	127. a, c	177. b, c	227. a
32. c	80. b	128. b, c	178. a, c	228. a, b
33. b	81. b	129. a, b	179. b, c	229. a, b
34. a, c	82. a, b	130. a	180. b, c	230. a, b
35. b	83. a, b	131. a	181. a, b	231. b, c
36. a, c	84. a, c	132. c	182. c	232. a, c
37. c	85. b, c	133. b, c	183. a, b	233. a
38. a, c	86. a, c	134. b	184. c	234. a, b
39. a	87. a, b	135. b	185. a	235. a, b
40. c	88. b, c	136. a, c	186. a	236. a, b
41. b	89. a, b	137. a	187. b, c	237. a, b
42. a	90. a, c	138. a, b	188. a, b	238. a, b
43. b	91. b, c	139. a, c	189. c	239. a, b
44. c	92. a, b	140. a, c	190. a, b	240. a
45. a, b	93. b	141. a, c	191. a, b	241. a, b
46. a, c	94. b, c	142. b, c	192. a	242. a, b
47. b	95. a, b	143. a, b	193. a	243. a
48. a, b	96. c	144. a, b	194. b, c	244. a, b
		145. b, c	195. b, c	245. a
		146. a, b	196. a, c	246. a, b

247. a, b	297. a, b	347. a, c	397. a, b	447. a,b;
248. b, c	298. b	348. b, c	398. a, b	448. b;
249. a, b	299. a, b	349. a	399. a, b	449. a, c;
250. b, c	300. b, c	350. a, b	400. a	450. a,c;
251. a	301. a, b	351. a, b	401. a, c	451. a, b;
252. a	302. a, b	352. b, c	402. a	452. a, b;
253. a, b	303. a	353. b, c	403. b, c	453. a, b;
254. a	304. a, b	354. a, c	404. a, b	454. a;
255. a	304. c	355. a, c	405. a, c	455. a;
256. a, b	306. c	356. a, b	406. a, b	456. a;
257. a	307. a, c	357. b	407. a, b	457. a, b;
258. b, c	308. a, b	358. a, b	408. a, b	458. a, b;
259. a, b	309. a, b	359. b	409. a, b	459. a, b;
260. b, c	310. a,b	360. a	410. a, b	460. a, b;
261. a	311. b	361. c	411. a, b	461. a, b;
262. a	312. b, c	362. a	412. a, b	462. a,b;
263. a, b	313. b	363. a	413. a, c	463. a, b;
264. b, c	314. b	364. a	414. a, c	464. a,b;
265. a, b	315. a, c	365. a	415. b, c	465. a;
266. a, b	316. a, b	366. c	416. c	466. c;
267. a, c	317. c	367. a, b	417. b, c	467. a, c;
268. a, b	318. a, b	368. a, b	418. b, c	468. a, b;
269. a	319. b, c	369. c	419. a	469. a;
270. a, b	320. a, c	370. a, b	420. a,b	470. b, c;
271. a, c	321. b	371. a, b	421. b,c	471. a, b;
272. a, b	322. b, c	372. a, b	422. a,b	472. a, b;
273. a	323. b, c	373. a	423. b,c	473. a;
274. b, c	324. a, b	374. a	424. a, c	474. a;
275. a, b	325. b, c	375. a, b	425. a, b	475. a, b;
276. b, c	326. a, b	376. a	426. a, b	476. a,b;
277. a, b	327. c	377. c	427. c	477. a,b;
278. b, c	328. a, b	378. b	428. a, b	478. a;
279. a, c	329. a, b	379. a, b	429. b, c	479. a, b;
280. a, b	330. c	380. b, c	430. a	480. a;
281. a, b	331. b, c	381. b	431. b, c	481. a;
282. a, b	332. a, b	382. a, b	432. a, c	482. a,b;
283. b, c	333. c	383. a, b	433. b, c	483. a, c;
284. b	334. b, c	384. c	434. a, b	484. b,c;
285. c	335. a, b	385. c	435. a	485. a;
286. a, b	336. a, b	386. a, c	436. a	486. a;
287. a	337. a, b	387. b, c	437. a	487. a, b;
288. a	338. b, c	388. a, b	438. a, b	488. a, c;
289. a, b	339. a, b	389. a, b	439. a	489. b,c;
290. a, c	340. a	390. b, c	440. a	490. a,b;
291. a, b	341. a, b	391. c	441. a, b	491. a,b
292. b, c	342. c	392. b	442. a	492. a,b
293. a, b	343. b, c	393. b, c	443. a	493. a
294. a, b	344. a, c	394. b, c	444. a, b	494. b,c
295. b, c	345. b, c	395. a	445. a, b	495. a
296. a, b	346. b	396. a, b	446. a, b;	496. a,b

497. a,c
498. a,b
499. a,b
500. a,b
501. a,b
502. a,b
503. a
504. b
505. a
506. b
507. a,b
508. a,b
509. b
510. a
511. c
512. a,b
513. a,b
514. a,c
515. a
516. a,b
517. a,b
518. a
519. a
520. a
521. a,b
522. a,b
523. a,b
524. c
525. a
526. a,b
527. a,b

528. a,b
529. a,c
530. a,b
531. a,b
532. a,b
533. a
534. a
535. b,c
536. a
537. b
538. a
539. b,c
540. a
541. a,b
542. b,c
543. a,c
544. a,c
545. a
546. a,b
547. a,b
548. b,c
549. a
550. a,b
551. a,b
552. c
553. a,b
554. b,c
555. a
556. b,c
557. a,b
558. a

559. a,b
560. a
561. a,b
562. b
563. a
564. a
565. a
566. a,b
567. a,b
568. b
569. b
570. a,b
571. a,b
572. a,b
573. a,b
574. a,b
575. a,b
576. a,c
577. a,b
578. a,b
579. a,b
580. a
581. a
582. b,c
583. a,b
584. a,b
585. a,c
586. a,b
587. a,b
588. a,b
589. a,b

590. a,b
591. a,b
592. a,b
593. a,b
594. a,b
595. a,b
596. b,c
597. a,b
598. a,b
599. a
600. a
601. a,b
602. a,b
603. a,b
604. a,b
605. a,b
606. a
607. a,b
608. a,c
609. a,b
610. a,b
611. a,b
612. a,b
613. b
614. a,b
615. a
616. b
617. a,b
618. a,b
619. b,c
620. a

621. a,b
622. a,b
623. a,c
624. a,b
625. a,b
626. a,b
627. b
628. a
629. a,b
630. a,b
631. a,b
632. a,b
633. a,b
634. a,b
635. b,c
636. a,b
637. a
638. a,b
639. a,b
640. a,b
641. a,b
642. a,b
643. a,b
644. a,b
645. a,b
646. a,b
647. a,b
648. a,b