

Beckmann și Ling
OBSTETRICĂ
ȘI GINECOLOGIE

EDIȚIA A IX-A

Cuprins

Dedicație v
Prefață vii
Mulțumiri ix

● SECȚIUNEA I OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE GENERALĂ

- 1. Examenul medical al femeilor și managementul asistenței medicale a femeilor 1**
 - Introducere 1
 - Stabilirea parteneriatului eficient pacientă–medic 2
 - Evaluarea stării de sănătate a femeilor: anamneza și examenul clinic 3
 - Diagnosticul, managementul și continuitatea îngrijirii 17
 - Surse 17
- 2. Rolul medicului obstetrician-ginecolog în screening și în îngrijirea preventivă 19**
 - Introducere 19
 - Îngrijirea preventivă 19
 - Imunizările 19
 - Profilaxia secundară: evaluarea și screeningul periodice 21
 - Infecțiile cu transmitere sexuală 23
 - Surse 27
- 3. Etica, răspunderea medicală și siguranța pacientei în obstetrică și ginecologie 29**
 - Introducere 29
 - Etica 29
 - Răspunderea medicală 33
 - Siguranța pacientului 36
 - Surse 38
- 4. Embriologie și anatomie 40**
 - Introducere 40
 - Embriologie 40
 - Anatomia 44
 - Anomaliile sistemului reproducător feminin 51

● SECȚIUNEA A II-A OBSTETRICĂ

- 5. Fiziologia materno-fetală 55**
 - Fiziologia maternă 55
 - Fiziologia fetală și placentară 63
 - Imunologia sarcinii 67
 - Surse 67
- 6. Îngrijirea preconcepțională și prenatală 68**
 - Consilierea și îngrijirea preconcepțională 68
 - Îngrijirea prenatală 69
 - Diagnosticul de sarcină 70
 - Consultația prenatală inițială 70
 - Consultațiile prenatale ulterioare 72
 - Ecografia 73
 - Analizele de screening 74
 - Tehnicile specifice de evaluare fetală 75
 - Educarea ante-partum a pacientei 78
 - Simptomele frecvente 83
 - Surse 85
- 7. Genetica și bolile genetice în obstetrică și ginecologie 87**
 - Introducere 87

- Conceptele fundamentale în genetică 87
- Factorii de risc pentru bolile genetice 93
- Screeningul prenatal 94
- Diagnosticul prenatal al bolilor genetice 96
- Genetica în ginecologie: screeningul pentru cancer 98
- Surse 99
- 8. Îngrijirea intra-partum 100**
 - Modificările materne înainte de debutul travaliului 100
 - Evaluarea pentru travaliu 100
 - Stadiile travaliului 103
 - Mecanismul travaliului 104
 - Travaliul și nașterea normale 105
 - Inducerea travaliului 110
 - Nașterea prin operație cezariană 111
 - Proba de travaliu după nașterea prin cezariană 112
 - Surse 113
- 9. Travaliul anormal și supravegherea fetală intra-partum 114**
 - Travaliul anormal 114
 - Nașterea vaginală asistată 118
 - Distocia umerilor 120
 - Prezența pelviană 121
 - Meconiul 122
 - Supravegherea fetală intra-partum 122
 - Surse 127
- 10. Îngrijirea imediată a nou-născutului 128**
 - Îngrijirea inițială a nou-născutului sănătos 128
 - Screeningul nou-născutului 132
 - Îngrijirea inițială a nou-născutului bolnav 133
 - Procedurile electivă 135
 - Surse 137
- 11. Îngrijirea post-partum 138**
 - Introducere 138
 - Fiziologia perioadei puerperale 138
 - Managementul perioadei post-partum imediate 139
 - Depresia perinatală 145
 - Consultația post-partum 146
 - Surse 147
- 12. Hemoragia post-partum 149**
 - Introducere 149
 - Recunoașterea și detectarea precoce 149
 - Managementul general al pacientelor 150
 - Cauzele majore de hemoragie post-partum și managementul lor 152
 - Prevenția 155
 - Surse 155
- 13. Sarcina multiplă 156**
 - Introducere 156
 - Istoria naturală 156
 - Riscurile sarcinii multiple 157
 - Diagnostic 159
 - Managementul prenatal 159
 - Ecografia 160
 - Managementul intra-partum 160
 - Surse 161
- 14. Anomaliile de creștere fetală: restricția de creștere fetală și macrosomia 163**
 - Restricția de creștere fetală 163
 - Macrosomia 168
 - Surse 170
- 15. Travaliul prematur 171**
 - Introducere 171
 - Cauza, predicția și prevenirea travaliului prematur 171

- Evaluarea pacientei cu suspiciune de travaliu prematur 173
- Managementul travaliului prematur 174
- Surse 176
- 16. Sângerarea în trimestrul al treilea 177**
 - Introducere 177
 - Anamneza și examenul clinic 178
 - Placenta *previa* 178
 - Dezlipirea de placentă 180
 - Vasa previa* 181
 - Ruptura uterină 182
 - Surse 182
- 17. Ruptura prematură a membranelor 184**
 - Introducere 184
 - Impactul clinic 184
 - Etiologia 184
 - Diagnosticul 185
 - Evaluarea și managementul 186
 - Surse 188
- 18. Sarcina post-termen 189**
 - Introducere 189
 - Cauza 189
 - Efectele 189
 - Diagnosticul 191
 - Managementul 191
 - Surse 193
- 19. Sarcina ectopică și pierderea sarcinii 195**
 - Sarcina ectopică 195
 - Pierderea spontană a sarcinii sau avortul spontan 201
 - Surse 203

● SECȚIUNEA A III-A AFECȚIUNILE MEDICALE ȘI CHIRURGICALE ÎN SARCINĂ

- 20. Bolile endocrine 205**
 - Introducere 205
 - Diabetul zaharat 205
 - Afecțiunile tiroidiene 211
 - Surse 213
- 21. Complicațiile gastrointestinale, renale și chirurgicale 214**
 - Introducere 214
 - Afecțiunile gastrointestinale 214
 - Afecțiunile hepatice specifice sarcinii 216
 - Afecțiunile tractului urinar 218
 - Afecțiunile chirurgicale 219
 - Traumatismele în sarcină 220
 - Surse 221
- 22. Afecțiunile cardiovasculare și respiratorii 222**
 - Introducere 222
 - Afecțiunile hipertensive 222
 - Afecțiunile cardiace 229
 - Afecțiunile respiratorii 230
 - Surse 232
- 23. Complicațiile hematologice și imunologice 233**
 - Afecțiunile hematologice 233
 - Aloimunizarea 236
 - Surse 241
- 24. Bolile infecțioase 243**
 - Introducere 243
 - Streptococul de grup B 243
 - Herpesul 244
 - Rubeola 245

- Hepatita 245
- Sindromul imunodeficienței dobândite 247
- Papilomavirusul uman 248
- Sifilisul 249
- Gonoreea 249
- Chlamydia* 250
- Citomegalovirusul 250
- Toxoplasmoza 250
- Varicela 251
- Parvovirusul 251
- Virusul Zika 252
- Surse 252
- 25. Afecțiunile neurologice și psihiatrice 253**
 - Introducere 253
 - Afecțiunile neurologice 253
 - Afecțiunile psihiatrice 255
 - Surse 258

● SECȚIUNEA A IV-A GINECOLOGIE

- 26. Planificarea familială. Contracepția 259**
 - Introducere 259
 - Factorii care influențează alegerea metodei contraceptive 260
 - Pașii în consilierea contraceptivă 261
 - Contracepția reversibilă cu acțiune îndelungată 264
 - Contraceptivele hormonale combinate 267
 - Contraceptivele de barieră 271
 - Metodele de conștientizare a fertilității (24/0,4%-5%) 272
 - Contracepția de urgență 273
 - Contracepția post-partum 274
 - Metodele ineficiente 274
 - Înteruperea sarcinii 275**
 - Introducere 275
 - Consilierea privind opțiunile în sarcină 276
 - Avortul în primul trimestru 276
 - Avortul în trimestrul al doilea 279
 - Contracepția post-avort 279
 - Evoluția pe termen lung a avortului 279
 - Surse 280
- 27. Sterilizarea 282**
 - Sterilizarea ca metodă de contracepție 282
 - Sterilizarea bărbaților 282
 - Sterilizarea femeilor 283
 - Inversarea ligaturii tubare 287
 - Decizia de sterilizare 287
 - Surse 287
- 28. Vulvovaginita 288**
 - Introducere 288
 - Vulvovaginita 288
 - Ecosistemul vulvovaginal normal 288
 - Vaginoza bacteriană 289
 - Candidoza vulvovaginală 290
 - Vulvovaginita cu *Trichomonas* 291
 - Alte cauze 292
 - Surse 292
- 29. Infecțiile cu transmitere sexuală 293**
 - Introducere 293
 - Principiile generale de diagnostic 293
 - Screeningul 295
 - Prevenția 295

- Infecțiile specifice 295
- Surse 304
- 30. Prolapsul organelor pelviene, incontinența urinară și infecția tractului urinar 305**
 - Introducere 305
 - Prolapsul organelor pelviene 305
 - Incontinența urinară 309
 - Infecțiile tractului urinar 312
 - Surse 314
- 31. Endometrioza 315**
 - Introducere 315
 - Patogeneza 315
 - Anatomopatologie 316
 - Semne și simptome 317
 - Diagnostic diferențial 317
 - Diagnostic 318
 - Tratament 319
 - Sursa 323
- 32. Dismenoreea și durerea pelviană cronică 324**
 - Introducere 324
 - Dismenoreea 324
 - Durerea pelviană cronică 326
 - Surse 329
- 33. Afecțiunile sânilor 330**
 - Introducere 330
 - Anatomie 330
 - Evaluarea semnelor și a simptomelor legate de sâni 332
 - Afecțiunile benigne ale sânilor 335
 - Cancerul de sân 336
 - Recomandări pentru screening 339
 - Surse 340
- 34. Procedurile ginecologice 341**
 - Investigațiile imagistice 341
 - Procedurile 343
 - Procedurile uroginecologice 348
 - Aspectele preoperatorii, intraoperatorii și postoperatorii 348
 - Surse 349
- 35. Sexualitatea umană 350**
 - Introducere 350
 - Identitatea sexuală 350
 - Răspunsul sexual uman 351
 - Disfuncția sexuală 352
 - Factorii care afectează sexualitatea 352
 - Managementul 355
 - Tratament 356
 - Surse 357
- 36. Agresiunea sexuală și violența în familie 358**
 - Introducere 358
 - Agresiunea sexuală 358
 - Agresiunea sexuală asupra copiilor 362
 - Violența în familie 363

● SECȚIUNEA A V-A ENDOCRINOLOGIA REPRODUCTIVĂ ȘI INFERTILITATEA

- 37. Ciclurile reproductive 367**
 - Introducere 367
 - Axul hipotalamo-hipofizo-gonadal 367
 - Ciclul reproductiv 369
 - Manifestările clinice ale modificărilor hormonale 370

- 38. Pubertatea** 373
 - Introducere 373
 - Dezvoltarea pubertară normală 373
 - Anomalii ale dezvoltării pubertare 374
 - Surse 378
- 39. Amenoreea și sângerarea uterină anormală** 380
 - Introducere 380
 - Amenoreea 380
 - Sângerarea uterină anormală 384
 - Surse 385
- 40. Hirsutismul și virilizarea** 387
 - Introducere 387
 - Producerea și acțiunea hormonilor androgeni 387
 - Sindromul ovarelor polichistice 389
 - Tumorile ovariene 392
 - Tulburările cu exces de androgeni suprarenali 393
 - Hirsutismul constituțional 394
 - Hiprandrogenismul iatrogen 394
- 41. Menopauza** 396
 - Introducere 396
 - Menstruația și menopauza 396
 - Simptomele și semnele menopauzei 397
 - Bufeurile și instabilitatea vasomotorie 398
 - Insuficiența ovariană primară 401
 - Managementul menopauzei 401
 - Măsuri de precauție în terapia hormonală 402
 - Alternative la terapia hormonală 403
 - Surse 404
- 42. Infertilitatea** 406
 - Introducere 406
 - Etiologia infertilității 407
 - Evaluarea infertilității 407
 - Infertilitatea masculină 411
 - Infertilitatea inexplicabilă 413
 - Tratamentul 413
 - Consilierea 415
 - Surse 415
- 43. Sindromul premenstrual și tulburarea disforică premenstruală** 416
 - Introducere 416
 - Incidența 416
 - Simptomele 416
 - Etiologia 417
 - Diagnosticul 418
 - Tratamentul 419

● SECȚIUNEA A VI-A ONCOLOGIA GINECOLOGICĂ ȘI LEIOMIOMUL UTERIN

- 44. Biologia celulară și principiile terapiei oncologice** 423
 - Introducere 423
 - Ciclul celular și terapia oncologică 423
 - Chimioterapie 424
 - Terapia endocrină 426
 - Radioterapie 427
 - Agenții chimioterapeutici noi 427
- 45. Boala trofoblastică gestațională** 429
 - Introducere 429
 - Epidemiologie 430
 - Mola hidatiformă 430
 - Neoplazia trofoblastică gestațională persistentă și neoplazia trofoblastică gestațională 432
 - Surse 433

- 46. Afecțiunile și neoplaziile vulvare și vaginale** 435
 - Introducere 435
 - Afecțiunile vulvare benigne 435
 - Neoplazia vulvară intraepitelială 440
 - Boala Paget 441
 - Carcinomul vulvar 442
 - Afecțiunile vaginale 443
 - Surse 444
- 47. Neoplazia cervicală și carcinomul de col uterin** 446
 - Introducere 446
 - Neoplazia cervicală intraepitelială 446
 - Carcinomul cervical 453
 - Prevenția 455
 - Surse 455
- 48. Leiomiomul uterin** 457
 - Introducere 457
 - Simptomele 457
 - Diagnosticul 458
 - Tratamentul 459
 - Efectul leiomiomelor în sarcină 460
- 49. Cancerul de corp uterin** 462
 - Introducere 462
 - Hiperplazia endometrială 462
 - Polipii endometriali 465
 - Cancerul endometrial 465
 - Sarcomul uterin 469
 - Surse 469
- 50. Afecțiunile ovariene și anexiale** 470
 - Introducere 470
 - Diagnosticul diferențial 470
 - Evaluarea afecțiunii ovariene 470
 - Chisturile ovariene funcționale 471
 - Tumorile ovariene benigne 472
 - Tumorile ovariene maligne 475
 - Afecțiunile trompelor uterine 480
 - Managementul cancerelor ovariene și ale trompelor uterine 481
 - Sursa 481

Anexe

- A.** Recomandări privind asistența medicală optimă a femeii 483
- B.** Componentele esențiale ale fișelor medicale ante-partum și post-partum 487
- C.** Scala Edinburgh de evaluare a depresiei postnatale (EPDS) 489
- D.** Tabelul concis al criteriilor de eligibilitate medicală pentru utilizarea metodelor contraceptive în SUA 491

CAPITOLUL 1

Examenul medical al femeilor și managementul asistenței medicale a femeilor

Acest capitol abordează în principal următoarele domenii tematice educaționale ale APGO (Association of Professors in Gynecology and Obstetrics):

SUBIECTUL 1	ANAMNEZA
SUBIECTUL 2	EXAMINAREA
SUBIECTUL 3	SCREENINGUL PRIN CITOLOGIE CERVICALĂ ȘI SONDE ADN/CULTURI
SUBIECTUL 4	DIAGNOSTICUL ȘI PLANUL DE MANAGEMENT
SUBIECTUL 5	INTERACȚIUNEA PERSONALĂ ȘI ABILITĂȚILE DE COMUNICARE

Studentii ar trebui să fie capabili să își perfecționeze abilitățile de comunicare și de îngrijire clinică pentru aflarea istoricului medical relevant cuprinzător și evaluarea riscului și a aderenței pacientei la recomandările medicale. Ei ar trebui să fie capabili să efectueze examenul complet al sânelui și pelvian, inclusiv screeningul prin citologia cervicală (testul Papanicolaou sau Pap) și alte analize adecvate. Ar trebui să fie capabili să folosească aceste informații pentru a formula un diagnostic și planul de management, în același timp comunicându-i pacientei constatările importante și recomandările, integrând contextul socioeconomic și cultural, precum și identitatea de gen și orientarea sexuală (persoană heterosexuală, lesbiană, homosexuală, bisexuală, non-binară sau transsexuală).

CAZ CLINIC

Într-o zi plăcută, destul de caldă, de vară, o femeie în vârstă de 72 de ani vine la cabinetul dumneavoastră cu fiica ei, pentru „examenul anual“. Este veselă, vioaie și îmbrăcată cu o rochie viu colorată, asortată cu un pulover gros. Observațiile dumneavoastră menționează că obișnuia să vină la cabinet pentru asistența medicală generală, precum și pentru cea ginecologică, dar de la ultima ei vizită au trecut mai mult de 7 ani. Examinarea dosarului ei medical relevă un model de stare de sănătate generală bună, cu două sarcini duse cu succes la termen și o ligatură tubară post-partum în deceniul al patrulea de viață, urmate, la vârsta de 38 de ani, de o laparoscopie diagnostică pentru durere pelviană și sângerare menstruală abundentă, care a relevat multiple fibroame uterine și endometrioză foarte ușoară. După evaluarea a multiple opțiuni terapeutice, a decis să continue cu histerectomie abdominală totală fără ovariectomie, iar endometrioza ușoară a fost tratată cu succes cu medicație antiinflamatoare nesteroidiană până la menopauză, la vârsta de 49 de ani. Toate examenele de screening prin citologie cervicală, analizele de laborator și investigațiile imagistice anterioare au fost normale. Are înălțimea de 162,5 cm și greutatea de 69 kg – o creștere de 4,5 kg față de ultima consultație. Tensiunea arterială este 112/65 mm Hg, cu puls, temperatură și respirație normale. Istoricul său între examinări și evaluarea aparatelor și sistemelor nu

prezintă modificări notabile, cu excepția descrierilor senzației de frig frecvent și a pielii, care se simte mai uscată decât era anterior. La examenul clinic nu sunt modificări. Își cere puloverul în timp ce așteaptă să fie examinată, spunând că îi este frig și vă transmite că este îngrijorată în legătură cu faptul că este supraponderală, deoarece a luat în greutate câteva kilograme în ultimii ani. Fiica ei comentează că mama se plânge constant că temperatura camerei ei este reglată prea scăzută.

● INTRODUCERE

Obstetrica era inițial o ramură separată a medicinei, iar **ginecologia** era o parte a chirurgiei. De-a lungul timpului, cunoașterea mai profundă a fiziopatologiei tractului reproducător feminin a dus la integrarea naturală a acestor două domenii, iar obstetrica și ginecologia au fuzionat într-o singură specialitate. După finalizarea rezidențiatului, specialistul în obstetrică și ginecologie poate practica *obstetrica generală* (îngrijirea femeilor în timpul sarcinii, al travaliului și în perioada post-partum) și *ginecologia* (în mod tradițional, îngrijirea organelor reproducătoare și a sânelor femeii, dar în prezent cuprinzând asistența medicală completă a femeilor dinainte de pubertate până după menopauză). El poate alege să practice și o subspecialitate, după finalizarea uneia aflate în oricare dintre cele patru domenii de subspecialitate recunoscute de

Colegiul American de Obstetrică și Ginecologie (*American Board of Obstetrics and Gynecology – ABOG*).

- *Medicina materno-fetală* se ocupă cu sarcinile cu risc crescut și cu diagnosticul prenatal.
- *Oncologia ginecologică* se axează pe tratamentul neoplaziilor tractului reproducător și ale sistemelor de organe asociate.
- *Endocrinologia reproductivă – infertilitatea* abordează problemele de concepție și afecțiunile endocrine ginecologice.
- *Medicina și chirurgia reconstructivă pelviană feminină* (adesea denumită și *uroginecologie*) se axează pe managementul pacienților cu afecțiuni ale planșeului pelvian, precum incontinența urinară și prolapsul organelor pelviene.

În prezent, mulți obstetricieni-ginecologi oferă și asistență medicală generală uzuală pentru femei, pe tot parcursul vieții. Așadar, ei trebuie să aibă cunoștințe și abilități suplimentare despre nevoile de asistență medicală primară și preventivă ale femeilor și trebuie să fie capabili să identifice situațiile în care pot oferi asistență și cele în care este potrivită trimiterea către alți specialiști. Datele demografice privind femeile din Statele Unite ale Americii suferă modificări profunde. O femeie născută astăzi va trăi în medie 81 de ani sau mai mult, trecând prin menopauză la vârsta de 51-52 de ani. Spre deosebire de generațiile anterioare, femeile vor petrece mai mult de o treime din viață în postmenopauză. Se estimează că numărul absolut și proporția femeilor cu vârsta de peste 65 de ani va crește în mod constant până în 2050 (Figura 1.1). Aceste femei se vor aștepta să rămână sănătoase (fizic, intelectual, emoțional și psihic) pe parcursul vieții lor, inclusiv în „anii după menopauză”. Medicii trebuie să țină cont de nevoile acestei populații în schimbare atunci când practică medicina, mai ales în cazul furnizării de asistență ginecologică primară și preventivă.

Medicii obstetricieni-ginecologi trebuie să fie capabili să stabilească cu pacientele lor o relație profesională empatică, bazată pe încredere, și să fie capabili să realizeze anamneza și examenul clinic general și specific femeilor, folosind aceste informații pentru a formula un plan de management cuprinzător. În cele din urmă, ei trebuie să înțeleagă pe deplin conceptele medicinei bazate pe dovezi și să le integreze în învățătura și practica lor, în contextul unui model bine stabilit de învățare și autoevaluare pe tot parcursul vieții.

Acest capitol abordează direct consultația inițială sau „a pacientei noi” pentru asistență ginecologică și primară/preventivă, precum și prima consultație pentru îngrijire obstetrică (o vizită „OB nouă”). Vizitele de revenire ulterioare sunt de obicei mai scurte și mai țintite. Obținerea informațiilor complete este esențială pentru buna îngrijire medicală. Screeningul medical adecvat vârstei și asistența medicală preventivă și primară sunt discutate în Capitolul 2. Un dosar medical cuprinzător, actualizat, trebuie să includă informațiile din anamneză, examenul clinic și investigațiile de laborator și radiologice. În dosarul medical trebuie integrate și informațiile din trimiteri și alte servicii medicale din afara sferei de competență a medicului obstetrician-ginecolog.

● STABILIREA PARTENERIATULUI EFICIENT PACIENTĂ–MEDIC

Întâlnirea cu pacienta începe cu o formulă de salut adecvată, care merită atenție specială, datorită importanței impresiilor inițiale la începutul parteneriatului pacientă-medic, pentru a favoriza

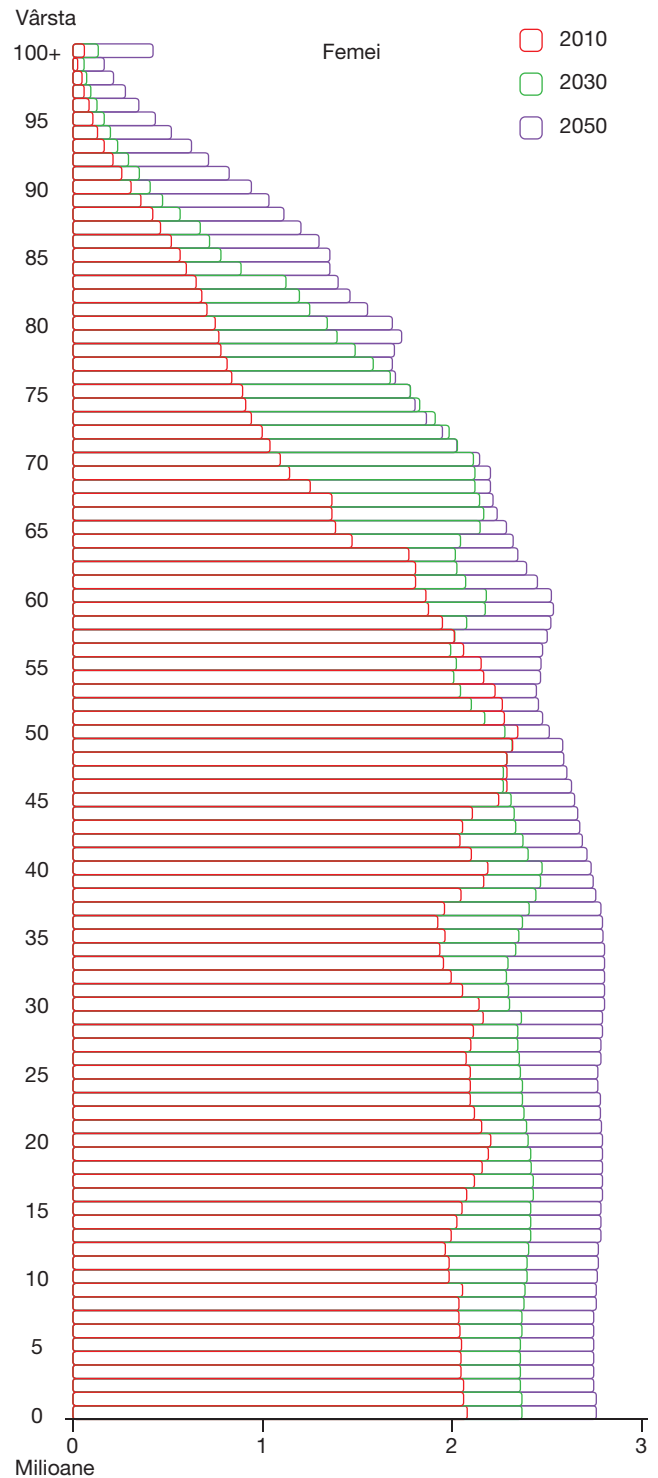


FIGURA 1.1. Demografia populației SUA (Adaptat după Biroul de Recensământ al SUA)

rezultate de înaltă calitate ale îngrijirii medicale. Tabelul 1.1 oferă un exemplu de introducere formulată pentru a permite comunicarea deschisă, empatică.

Folosind *abilitățile de comunicare empatică*, medicii se străduiesc să se „proiecteze” în viața pacientei și să își imagineze situația din punctul de vedere al acesteia. Astfel, empatia depășește simpatia, în care medicul cunoaște emoțiile pacientei dinspre partea

TABELUL 1.1 STABILIREA PARTENERIATULUI EFICIENT PACIENTĂ-MEDIC

Stadiul	Exemplu de afirmație sau de întrebare	Avantaj
Introducerea: După verificarea identității sale, pacienta trebuie întrebată cum preferă să vă adresați – după prenume, nume, poreclă sau pronume.	Bună ziua, sunt Kelly Garcia. Sunteți Terry Moore? Cum preferați să mă adresez?	Pentru pacienta mai vârstnică, această variantă poate arăta respect și oferă ocazia de a vă cere să folosiți formula „Dna Moore“, mai degrabă decât „Terry“. Pacienta mai tânără poate vrea să folosiți o poreclă. Pacienta LGBT poate vedea acest fapt ca o oportunitate de a oferi un nou nume care se conformează identității sale de gen.
	Vă simțiți confortabil să vă împărtășiți pronumele? Ale mele sunt el, lui, ei (dacă vă simțiți confortabil).	Aceasta arată pacientei LGBT că sunteți dispus(ă) să ascultați și să vă angajați într-o conversație despre orientarea sa sexuală și despre identitatea de gen.
	Îmi place ca pacientele mele să se simtă cât mai confortabil, așa că, dacă greșesc în orice moment, spuneți-mi.	Această afirmație indică respect cultural.
Motivul vizitei	„Ce vă aduce aici astăzi?“ De obicei, este folosită o strângere de mână.	Un salut prietenos, dar neutru, îi permite pacientei să-și încadreze răspunsul într-un mediu confortabil, indiferent că acesta este o problemă, o grijă sau un alt subiect.

lui ca partener, dar nu le vede/simte din perspectiva unică a pacientei. Comunicarea empatică favorizează deplina înțelegere de către medic a situației pacientei. Ameliorează încrederea, calitatea informațiilor (și, astfel, acuratețea diagnosticului), aderența pacientei la deciziile pe care medicul și pacienta le iau și satisfacția, atât a pacientei, cât și a medicului. Comunicarea empatică este o abilitate dobândită care facilitează un bun parteneriat pacientă-medic și cea mai eficientă utilizare a timpului disponibil pentru întâlnirile cu pacienta.

O altă caracteristică a unui bun parteneriat pacientă-medic este faptul că medicul petrece mai mult timp ascultând decât vorbind în primele două treimi ale vizitei. Acest tip de comunicare înlocuiește abordarea tradițională de „dat sfaturi“ și lasă loc „ascultării reflexive“. Pacienta este încurajată să vorbească și medicul ascultă activ, confirmând periodic ce a auzit. Deoarece informația obținută este de mai bună calitate și nevoile pacientei sunt satisfăcute în timpul întâlnirii, „preocupările tardive“ consumatoare de timp (problemele semnificative menționate după ce s-a atins un grad de claritate asupra problemelor principale) sunt mai puțin probabile. Construirea unui parteneriat puternic și bazat pe încredere între pacientă și medic este esențială pentru buna îngrijire medicală a femeilor.

● EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE A FEMEILOR: ANAMNEZA ȘI EXAMENUL CLINIC

Atunci când sunt organizate eficient, informațiile adunate în timpul evaluării stării de sănătate a pacientei sunt esențiale pentru facilitarea managementului acesteia. Păstrarea evidenței se transformă acum în dosare medicale electronice, ale căror avantaje

includ eliminarea atât a erorilor de transcriere, cât și a informațiilor ilizibile, monitorizarea automatizată cu mementouri pentru analize și consultații, crearea simultană a informațiilor de facturare și organizarea și disponibilitatea rapidă a fișei complete a pacientei.

Istoricul medical

Istoricul medical include principala acuză, problemă sau grijă, istoricul afecțiunii actuale, antecedentele care includ istoricul ginecologic, istoricul obstetrical, antecedentele heredo-colaterale și antecedentele sociale și evaluarea aparatelor și sistemelor.

Motivul întâlnirii

Motivul întâlnirii este o afirmație concisă care descrie simptomul, problema, afecțiunea, diagnosticul, revenirea la recomandarea medicului sau alte motive pentru vizita pacientei. Poate să nu fie prezentă acuza principală, dacă pacienta se prezintă la medicul obstetrician-ginecolog pentru îngrijire preventivă. *Notă:* Deși termenul „acuză principală“ este frecvent folosit în medicină, este preferabil să ne referim la semnele și simptomele avute pe care pacientele le descriu (mai degrabă decât le acuză). Motivul întâlnirii era denumit anterior acuza principală.

Istoricul afecțiunii actuale

Istoricul afecțiunii actuale este o descriere cronologică a dezvoltării semnelor și simptomelor raportate de pacientă; dacă vizita la cabinet este pentru asistență medicală primară, cronologia se aplică altor componente ale istoricului. Stabilirea *cronologiei* poate fi importantă, deoarece organizarea cronologică sugerează adesea o afecțiune specifică sau restrânge patologia la un sistem de organe. Uneori, debutul simptomatologiei este identificat ușor ca urmare

a caracterului brusc. În alte cazuri, debutul este insidios, ceea ce face dificilă identificarea unui moment anume de către pacientă. Atunci când debutul simptomelor este lent, frecvent pacientele nu sunt capabile să identifice precis momentul apariției simptomului. Adresarea de întrebări în contextul unei date recunoscutibile, anterioare consultației (de exemplu, o vacanță) îi va permite adesea pacientei să ofere informații cronologice mai bune. Această tehnică poate fi utilă în cadrul oricărei anamneze și nu doar pentru descrierea inițială a semnelor și simptomelor.

Antecedentele personale patologice

Antecedentele personale patologice (APP) includ informații despre istoricul sănătății sexuale, precum și despre afecțiunile medicale, chirurgicale sau psihiatrice și/sau tratamentele pe care le-a suferit pacienta, incluzând diagnosticul, tratamentul medical și/sau chirurgical și rezultatele. Întrebările despre intervențiile chirurgicale anterioare de orice natură trebuie să includă numele procedurii, indicația, când, unde și de cine a fost realizată intervenția chirurgicală și rezultatele. Medicul trebuie să fie mereu conștient că este posibil ca antecedentele personale patologice completate în avans, fie la domiciliu, fie în sala de așteptare, să nu conțină informații complete. Este posibil ca pacientele să nu-și amintească toate diagnosticele lor, intervențiile chirurgicale sau procedurile ori pot alege să omită unele informații din cauza rușinii, a lipsei de încredere sau a fricii. Acesta este adesea cazul unor infecții cu transmitere sexuală (ITS), sarcini neplanificate finalizate cu adopție sau cu avort provocat și intervenții chirurgicale de afirmare a genului. Fișele medicale inițiale trebuie verificate întotdeauna și, după stabilirea raportului, intervievatorul poate întreba dacă în APP există subiecte pe care pacienta dorește să le discute.

Documentele chirurgicale pot conține informații utile. Notele unui chirurg din antecedente care descriu constatări compatibile cu efectele unei infecții pelviene trebuie să-l determine pe medic să întrebe țintit despre istoricul de ITS, precum gonoreea sau clamidioză, care pot cauza aceste constatări. Aceasta ar trebui să-l determine pe intervievator să întrebe și despre cazuri anterioare de herpes, veruci genitale, hepatită, SIDA și sifilis, precum și despre vaginită și disconfortul vaginal. Vaginita și ITS sunt confundate adesea. Este necesară anamneza atentă pentru a diferenția vaginita sau cervicita de boala inflamatorie pelviană. Acest lucru poate evita întârzierile evaluării și tratamentului adecvat, care pot avea impact pe termen lung asupra sănătății reproductive a pacientei.

Explicarea diferențelor în timpul anamnezei este o ocazie excelentă de a folosi abilitățile de comunicare empatică și motivațională pentru a construi și dezvolta parteneriatul pacientă-medic. Trebuie obținut istoricul imunizărilor pacientei, pentru a actualiza programele de imunizare la vârsta adultă și pentru a discuta despre noi vaccinuri, precum vaccinul împotriva papilomavirusului uman (HPV).

Istoricul ginecologic

Istoricul ginecologic include istoricul menstrual, care începe cu **menarha**, vârsta la care au început menstruațiile. **Istoricul menstrual** de bază include următoarele:

- Data ultimei menstruații

- Durata menstruațiilor (numărul de zile de sângerare)
- Numărul de zile dintre menstruații
- Orice modificări recente ale menstruațiilor

Episoadele de sângerare care sunt „ușoare, dar la timp“ trebuie notate ca atare, deoarece pot avea semnificație diagnostică. Uneori, femeile nu iau în considerare un astfel de episod atunci când sunt întrebate când au avut ultima menstruație; de aceea, adesea este util să întrebați țintit dacă a avut loc vreo sângerare „ușoară“, care poate reprezenta de fapt un ciclu ovulator. Determinarea datei ultimei menstruații (DUM) poate fi îngreunată de un episod de „sângerare vaginală ușoară“. Adresarea de întrebări țintite este utilă frecvent, pentru a înțelege dacă ultimul ciclu menstrual al pacientei a fost normal sau anormal. Estimarea cantității fluxului menstrual poate fi realizată întrebând dacă pacienta folosește absorbante sau tampoane, câte sunt folosite în timpul zilelor cu flux abundent și dacă acestea sunt îmbibate sau doar murdărite atunci când sunt schimbate. Este normal ca femeile să elimine cheaguri în timpul menstruației, dar, de obicei, acestea nu trebuie să fie mai mari decât o monedă de 10 cenți (18 mm). Trebuie adresate întrebări țintite despre **sângerările neregulate** (fără tipar de serie sau fără durată exactă), **sângerările intermenstruale** (între menstruații) și **sângerarea postcoitală** (imediat după contactul sexual).

Istoricul menstrual poate include **simptomele premenstruale**, precum anxietatea, retenția de lichide, nervozitatea, fluctuațiile de dispoziție, poftele alimentare, variațiile senzațiilor sexuale și tulburările de somn. Crampele și disconfortul în timpul menstruațiilor sunt frecvente, dar anormale atunci când interferează cu activitățile cotidiene sau când necesită analgezie mai puternică decât cea oferită de analgezicele non-narcotice. Durerea menstruală este mediata de prostaglandine și trebuie să răspundă la medicamente antiinflamatoare nesteroidiene. Istoricul durerii este completat prin întrebări despre durata (atât perioada de când pacienta a remarcat durerea, cât și durata fiecărui episod de durere), calitatea, iradierea durerii în zone din afara pelvisului și asocierea cu poziția corpului sau cu activitățile zilnice.

Termenul **menopauză** se referă la încetarea menstruațiilor timp de peste 1 an. **Perimenopauza** este perioada de tranziție de la viața menstruală la cea non-menstruală atunci când funcția ovariană începe să scadă, adesea durând 1 până la 2 ani. Simptomele semnificative și perturbatoare din perimenopauză sunt adesea deranjante și necesită atenție concentrată atunci când sunt identificate. Perioada perimenopauză începe adesea cu dereglări menstruale din ce în ce mai importante și flux variabil sau redus și este asociată cu bufeuri, nervozitate, modificări ale dispoziției și lubrifiere vaginală redusă în timpul activității sexuale, cu afectarea libidoului (vezi Capitolul 41).

Istoricul ginecologic include afecțiunile ginecologice cunoscute și modul în care au fost tratate acestea. Istoricul listează și intervențiile chirurgicale pe care pacienta le-a suferit, inclusiv ce procedură, de ce, când și de cine a fost efectuată. Aceste detalii sunt disponibile frecvent, obținând copii ale protocoalelor chirurgicale (rapoartele operatorii), care oferă adesea informații diagnostice cruciale.

Fă o pauză, judecă și aplică

1.1 Pacienta dumneavoastră este o persoană în vârstă de 29 de ani, nuligestă (niciodată gravidă) (G0), trimisă de medicul său de familie pentru evaluarea infertilității.

Care dintre istoricele menstruale de mai jos ar justifica evaluarea suplimentară a profilului lipidic și a HbA_{1c}?

- A. Menarha la vârsta de 8 ani, cu menstruații regulate la fiecare 28-32 de zile, cu durata de 5 zile
- B. Menarha la vârsta de 14 ani, cu menstruații regulate la fiecare 30-34 de zile, cu durata de 7 zile
- C. Menarha la vârsta de 16 ani, cu menstruații neregulate la fiecare 40-60 de zile, cu durata de 5-10 zile
- D. Menarha la vârsta de 18 ani, cu menstruații regulate la fiecare 28-32 de zile, cu durata de 5-10 zile

Notă: Răspunsurile la întrebările din *Fă o pauză, judecă și aplică* sunt incluse la sfârșitul capitolului.

Istoricul sexual

Istoricul ginecologic include și **istoricul sexual**. Medicul trebuie să fie un bun cunoscător al diferențelor dintre sex și gen. Deși sexul și genul sunt folosite frecvent interschimbabil, **sexul** este un construct biologic care se referă la caracteristicile biologice și fiziologice ale bărbaților și femeilor, precum cromozomii, organele reproducătoare și hormonii. În general, bebelușilor li se atribuie un sex la naștere. **Genul** este un construct social, psihologic și cultural legat de propria identitate a individului și de modul în care se raportează la mediul său în ceea ce privește normele sociale, rolurile și relațiile dintre grupuri de indivizi. Este esențial să se separe sexul și genul de orientarea sexuală, care se referă la tiparele autoidentificate de atracție emoțională, romantică și sexuală. Vezi Caseta 1.1 pentru câteva definiții utile.

Scopul istoricului sexual este acela de a le permite pacienților să-și împărtășească identitatea (cum își definesc propria orientare sexuală și identitatea de gen), atracția (tipul de persoană de care sunt atrase) și comportamentele sexuale (acțiunile prin care își exprimă sexualitatea și identitatea de gen). Aceasta îl va ajuta pe medic să investigheze factorii de risc și să recomande consiliere și screening

CASETA 1.1

Terminologia și definițiile pentru persoanele transgen și cu diversitate de gen

Alăptarea la piept: Unele persoane care se identifică cu sexul masculin folosesc acest termen pentru a descrie hrănirea copilului de la pieptul lor, indiferent dacă au avut sau nu au avut o intervenție chirurgicală la piept.

Cisgen: Termenul folosit pentru a descrie o persoană a cărei identitate de gen corespunde cu cele asociate în mod tipic cu sexul atribuit lor la naștere.

Identitatea de gen: Sentimentul interior de sine al unei persoane și modul în care se potrivește în lume, din perspectiva genului.

Disforia de gen: Suferința care însoțește incongruența dintre genul experimentat și exprimat al unei persoane și genul atribuit sau natal.

Exprimarea de gen: Maniera exterioară în care persoanele își exprimă sau își expun genul. Aceasta poate include alegerile legate de vestimentație și coafură sau de vorbire și manierisme. Este posibil ca identitatea de gen și exprimarea de gen să difere; de exemplu, o femeie (transgen sau cisgen) poate avea un aspect androgin ori un bărbat (transgen sau cisgen) poate avea o formă feminină de expresie a sinelui.

Transgen: Persoana a cărei identitate de gen diferă de sexul care i-a fost atribuit la naștere. Poate fi prescurtat trans. Un bărbat transgen este cineva cu identitate de gen masculin și sex feminin atribuit la naștere; o femeie transgen este cineva cu identitate de gen feminin și sex masculin atribuit la naștere. O persoană non-transgen poate fi denumită cisgen (*cis* înseamnă *aceeași parte* în limba latină).

Neconformitatea de gen: Persoana a cărei identitate de gen diferă de cea care i-a fost atribuită la naștere, dar poate fi mai complexă, fluidă, multifățetată sau mai puțin clar definită decât o persoană transgen.

Genderqueer: Estomparea granițelor din jurul identității de gen și a orientării sexuale. Persoanele genderqueer adoptă de obicei o fluiditate a identității de gen și uneori a orientării sexuale.

Non-binar: Persoana transgen sau cu neconformitate de gen care nu se identifică nici ca bărbat, nici ca femeie.

Sexul: În trecut se referea la sexul atribuit la naștere, pe baza evaluării organelor genitale externe, precum și a cromozomilor și a gonadelor. În limbajul cotidian este folosit deseori interschimbabil cu genul, totuși există diferențe, care devin importante în contextul persoanelor transgen.

Orientarea sexuală: Descrie doar atracția sexuală și nu este corelată direct cu identitatea de gen. Orientarea sexuală a persoanelor transgen trebuie definită de individ. Este descrisă adesea pe baza genului trăit; o femeie transgen atrasă de alte femei ar fi lesbiană, iar un bărbat transgen atras de alți bărbați ar fi un bărbat homosexual.

Fluiditatea de gen: Situația de a avea diferite identități de gen în momente diferite.

Agen: „Fără gen”; persoana care se identifică cu lipsa identității de gen.

Expansiunea de gen: Exprimă o gamă mai largă, mai flexibilă a identității sau expresiei de gen decât cea asociată tipic cu sistemul de genuri binar.

Transmasculin și transfeminin: Termeni care descriu persoanele fără conformitate de gen sau non-binare, pe baza orientării identității lor de gen. Persoana transmasculină are o identitate de gen de spectru masculin, având sexul feminin menționat pe certificatul său de naștere original. Persoana transfeminină are o identitate de gen de spectru feminin, cu sexul masculin menționat pe certificatul său de naștere original. În secțiunile acestor Ghiduri, în scopul conciziei și al clarității, bărbații sau femeile transgen includ persoanele neconforme cu genul sau non-binare din spectrul respectiv.

(continuare)

CASETA 1.1

Terminologia și definițiile pentru persoanele transgen și cu diversitate de gen
(continuare)

Ei/ele/lor: Pronume neutre folosite de unele persoane care au identitate de gen non-binară sau neconformă.

Transsexual: Un termen mai clinic, utilizat tradițional pentru a descrie acele persoane transgen care au solicitat intervenție medicală (hormoni, intervenție chirurgicală) pentru afirmarea genului. Acest termen este mai rar folosit în prezent; totuși, unele persoane și comunități mențin o conexiune puternică și afirmativă cu acest termen.

Travestit/drag queen/drag king: Acești termeni se referă în general la persoanele care pot purta îmbrăcămintea unui gen care diferă de sexul care le-a fost atribuit la naștere, pentru divertisment, autoexprimare sau plăcere sexuală. Unii travestiți și unele persoane care se îmbracă în travesti pot prezenta o suprapunere cu componente ale identității transgen. Termenul *transvestite* nu mai este folosit în limba engleză și este considerat peiorativ.

Adaptat după Human Rights Campaign. Glosar de termeni. Accesat la 1 iunie 2020 <http://www.hrc.org/resources/glossary-of-terms>; MacDonald T. *Transgender Parents and Chest/Breastfeeding*. KellyMom; 2018. Accesat la 18 iunie, 2020. <https://kellymom.com/bf/got-milk/transgender-parents-chestbreastfeeding/>; UCSF Transgender Care. Terminology and definitions. In: Deutsch MB, ed. *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People*. 2nd ed. UCSF Transgender Care; 2016:15-16. Accesat la 18 iunie, 2020. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/terminology>; Human Rights Campaign. *New Facebook Gender Options Validated by HRC Report on Gender Expansive Youth*. HRC; 2014. Accesat la 18 iunie, 2020. <https://www.hrc.org/press/new-facebook-gender-options-validated-by-hrc-report-on-gender-expansive-you>; and American Psychiatric Association. *What Is Gender Dysphoria?* APA; 2016. Accesat la 28 mai, 2020. <https://www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/what-is-gender-dysphoria>

Sursa: Retipărit cu permisiune din ACOG Committee Opinion Number. 823, martie 2021. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2021/03/health-care-for-transgender-and-gender-diverse-individuals>

individualizate și luarea deciziilor de comun acord. Aflarea istoricului sexual este facilitată de comportamentele, atitudinile și afirmațiile directe ale medicului, care proiectează o modalitate necritică de acceptare și respect față de identitatea de gen, orientarea sexuală și stilul de viață ale pacientei. Aceasta este și o oportunitate de a le

asigura pe toate pacientele, și mai ales pe cele adolescente, că această conversație este confidențială. Tabelul 1.2 oferă un format practic pentru abordarea, în mod empatic, neutru din punctul de vedere al genului, a istoricului sexual, folosind cei cinci P: Parteneri, Practici, ITS din trecut (*Past*), Protecție și Planuri de sarcină.

Fă o pauză, judecă și aplică

1.2 O tânără în vârstă de 19 ani, nuligestă (G0), se prezintă la cabinetul dumneavoastră pentru examinarea anuală. A avut ultima menstruație în urmă cu 3 săptămâni. Are menstruații regulate la fiecare 28 de zile, care durează 4 zile, de fiecare dată. În ultimii trei ani avut un singur partener și folosește prezervative regulate. În acest moment nu ia nicio medicație și nu are nicio îngrijorare de ordin ginecologic.

Ce investigații și/sau examinări ar trebui efectuate în timpul consultației de azi?

- Testul Pap
- Culturile pentru gonococ (*Neisseria gonorrhoeae*) și *Chlamydia*
- Testul Pap, culturile pentru gonococ și *Chlamydia*
- Testul de sarcină

1.3 Următoarea pacientă în clinică este o tânără în vârstă de 17 ani, G0, nesigură în legătură cu ultima menstruație, care se prezintă pentru „o rețetă pentru pilule“. Menarha a fost la vârsta de 13 ani; are menstruații regulate, lunare, care durează 4-5 zile, dar cărora nu le ține evidența. A devenit activă sexual în urmă cu aproximativ un an și a avut șase parteneri bărbați. A fost împreună cu partenerul actual în ultimele 6 luni. Dorește să ia pilule ca să nu rămână însărcinată. Fumează jumătate de pachet de țigări pe zi și bea alcool la sfârșitul săptămânii, dar nu mai mult de câteva beri.

Ce recomandări aveți pentru această pacientă?

- Screeningul pentru gonococ/*Chlamydia*, Pap, tensiunea arterială (TA)
- Screeningul pentru gonococ/*Chlamydia*, Pap, consilierea privind consumul de tutun și de alcool, TA
- Folosirea centurii de siguranță, Pap, consilierea privind consumul de tutun și de alcool, TA
- Screeningul pentru gonococ/*Chlamydia*, folosirea centurii de siguranță, consilierea privind consumul de tutun și de alcool și TA

1.4 Pacienta dumneavoastră este o femeie de origine asiatică, în vârstă de 20 de ani, G0, care s-a transferat recent la o universitate locală și vrea să fie luată în evidență. Nu a mai avut menstruații sub Depo-Provera în ultimii 2 ani și ar trebui să facă următoarea injecție luna aceasta. Este activă sexual, cu același partener în ultimele 6 luni. A devenit activă sexual la vârsta de 17 ani și a avut cinci parteneri bărbați până în prezent. Nu are probleme medicale și nu a suferit niciodată vreo intervenție chirurgicală. Actualmente are un stil de viață relativ sedentar, din cauza programului de la facultate, deși obișnuia să facă exerciții aerobice moderate. Bea în cantitate moderată la sfârșit de săptămână, dar neagă consumul de tutun sau de droguri. La examenul clinic nu prezintă nicio suferință acută.

Semnele vitale sunt stabile, iar indicele de masă corporală (IMC) este 28. Examenul clinic nu are nicio particularitate.

Ce recomandări aveți pentru această pacientă?

- A. Opriti Depo-Provera, efectuați osteodensitometrie, testul Papanicolaou (Pap) și oferiți Gardasil.
- B. Opriti Depo-Provera, efectuați analize pentru ITS și oferiți Gardasil.
- C. Continuați Depo-Provera, efectuați Pap și oferiți Gardasil.
- D. Continuați Depo-Provera, oferiți Gardasil și efectuați analize pentru ITS.

1.5 Sunteți în clinică consultând o tânără caucaziană în vârstă de 19 ani, care solicită o examinare anuală.

Ce informații despre ea v-ar ghida cel mai bine pentru consilierea contraceptivă?

- A. Istoricul obstetrical
- B. Istoricul sexual
- C. Antecedentele heredo-colaterale
- D. Antecedentele personale patologice
- E. Istoricul legat de fumat

TABELUL 1.2 OBTINEREA ISTORICULUI SEXUAL: EXPLORAREA ORIENTĂRII SEXUALE ȘI A IDENTITĂȚII DE GEN

Subiectul/Stadiul	Exemplu de afirmație sau de întrebare	Avantajul
Istoricul sexual		
Scopul istoricului sexual este de a-i permite pacientei să-și împărtășească identitatea (cum își definește orientarea sexuală și identitatea de gen), atracția (tipul de persoană de care este atrasă) și comportamentele sexuale (acțiunile prin care își exprimă sexualitatea și identitatea de gen). Aceasta vă va ajuta să investigați factorii de risc și să recomandați consiliere și screening individualizate și luarea deciziilor de comun acord. Trebuie folosite metode necritice de chestionare despre istoricul sexual, fără a împiedica o discuție deschisă despre orientarea sexuală. O formulă mnemotehnică utilă este cea a celor 5 P: Parteneri, Practici, ITS din trecut (<i>Past</i>), Protecție și Planuri de sarcină.	Vreau să mă asigur că vă ajut să vă simțiți cât mai în siguranță și că iau în considerare ce analize și consilieri sunt adecvate pentru dumneavoastră. Având în vedere aceste lucruri... sunteți activă sexual?	Această afirmație explică motivul pentru întrebările următoare pentru pacientă, asigurând-o că aveți un motiv pentru care o întrebați despre aceste subiecte personale. Aceasta o va liniști pe oricare pacientă, care poate nu a mai întâlnit un medic care să o întrebe despre istoricul său sexual.
	Puteți să îmi vorbiți despre partenerii dumneavoastră sexuali din ultimii ani?	Această afirmație este neutră din punct de vedere al genului și nu restricționează răspunsul pacientei. Permite o comunicare mai deschisă și poate duce la împărtășirea deschisă de către pacientă a orientării sexuale, a identității de gen și a comportamentelor sexuale. Poate fi necesar să definiți sexul și abținerea. Vedeți exemple mai jos.
Cei 5 P		
Parteneri	Puteți să îmi vorbiți despre partenerii dumneavoastră sexuali din ultimii ani? Faceți sex cu bărbați, cu femei sau cu ambii? În ultimele două luni, cu câte persoane ați făcut sex? În ultimele 12 luni, câți parteneri ați avut? Puteți să îmi vorbiți despre genul lor? Partenerii dumneavoastră au alți parteneri sexuali?	Este bine documentat faptul că pacientele LGBT primesc adesea asistență sub cea standard. Barierele includ preocupările în legătură cu confidențialitatea, lipsa asigurării de sănătate, deoarece acestora li se poate interzice participarea la beneficiile de angajare ale partenerilor, atitudinile îngrijitorilor și înțelegerea limitată a propriilor riscuri în legătură cu sănătatea. Recunoașterea verbală în timpul interviului a existenței acestor bariere le poate asigura pe paciente că furnizorul lor de servicii de sănătate este conștient în legătură cu problemele lor și promovează încrederea.
Practici	<i>Voi solicita mai multe informații despre tipul de sex pe care l-ați fi putut practica în ultimul an, pentru a înțelege riscurile dumneavoastră de ITS.</i> Ați făcut sex vaginal, ceea ce înseamnă sex „penis în vagin“? Ați făcut sex anal, ceea ce înseamnă sex „penis în rect/anus“? Ați făcut sex oral, ceea ce înseamnă „gură la penis/vagin“? Dumneavoastră sau vreunul dintre partenerii dumneavoastră consumați droguri?	Toate pacientele trebuie întrebate despre comportamentele lor care le supun riscului crescut de dobândire a HIV, a hepatitei sau a altor ITS, inclusiv activitatea sexuală non-coitală, precum sexul oral și anal. Este important să stabiliți dacă pacienta face sex cu penetrare sau receptiv. Evitați să faceți presupuneri despre existența sau absența riscului pacientei, fără anamneza atentă. Întrebările despre practicile sexuale vor ghida consilierea și testarea pentru reducerea riscului.

(continuare)