

TESTE TIP – EXAMEN DE LICENȚĂ
TEMATICA ȘI BIBLIOGRAFIA
EXAMEN TEORETIC DE LICENȚĂ
PROGRAMUL DE STUDIU BALNEOFIZIOKINETOTERAPIE ȘI
RECUPERARE
SESIUNEA 2022

I. SEMIOLOGIE ȘI PATOLOGIE MEDICALĂ

TEMATICA

1. Durerea toracică. (1, pag. 10-11)
2. Ateroscleroza. Factorii de risc cardiovasculari. (1, pag. 29-37)
3. Angina pectorală stabilă. (1, pag. 37-43)
4. Infarctul miocardic acut. (1, pag. 47-56)
5. Arteriopatia cronică obliterantă a membrelor inferioare. (1, pag. 93-95)
6. Tromboza venoasă profundă. Embolia pulmonară. (1, pag. 97-101)
7. Pneumonia pneumococică și stafilococică. (1, pag. 121-123)
8. Tuberculoza pulmonară. (1, pag. 137-140)
9. Cancerul bronhopulmonar. (1, pag. 141-145)
10. Astmul bronșic. (1, pag. 152-157)
11. Topografia abdomenului. (2, pag. 19-20,23)
12. Patologia esofagului. Esofagita de reflux. (2, pag.33-34)
13. Patologia stomacului. Gastrite. Ulcerul peptic. (2, pag.39-43)
14. Colica biliară. (2, pag.71-72)
15. Infecțiile tractului urinar. Infecțiile urinare joase. (2, pag.99-100)
16. Anemia feriprivă, (2, pag.118-119)

BIBLIOGRAFIA

1. Sîrbu Ileana Voichița. Maria Mihaela Opriș. Cosmin Gheorghe Macarie. Dan Octavian Nistor. *Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie*. University Press, Tîrgu Mureș, 2016, 160 pg, ISBN 978-973-169-208-1, cod CNCIS 210
2. Ligia Ariana Bancu. Mihaly Imre. *Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sînge*. University Press, Tîrgu Mureș, 2014, 137 pg, ISBN 978-973-169-208-1, cod CNCIS 210

ÎNTREBĂRI CU UN SINGUR RĂSPUNS CORECT

1. *Durerea toracică din sindromul coronarian acut are următoarele caracteristici:
 - a) cedează la administrarea de nitroglicerină sublingual
 - b) se ameliorează în repaus
 - c) durează peste 30 minute
 - d) apare întotdeauna la efort
 - e) este de intensitate scăzută

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 10

2. *Durerea toracică din afecțiunile pericardice are următoarele caracteristici:

- a) cedează la administrarea de nitroglicerină sublingual
- b) se ameliorează în repaus
- c) durează 3 – 5 minute
- d) apare întotdeauna la efort
- e) se ameliorează când bolnavul stă cu trunchiul ridicat

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 10

3. *Durerea toracică din afecțiunile peretelui toracic are următoarele caracteristici:

- a) cedează la administrarea de nitroglicerină sublingual
- b) se exacerbează la apăsare sau respirație
- c) durează 3 – 5 minute
- d) apare întotdeauna la efort
- e) se ameliorează când bolnavul stă cu trunchiul ridicat

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 11

4. *Durerea toracică din afecțiunile pleuro-pulmonare are următoarele caracteristici:

- a) cedează la administrarea de nitroglicerină sublingual
- b) se exacerbează la apăsare
- c) durează 3 – 5 minute
- d) apare întotdeauna la efort
- e) are caracter de junghi toracic, exacerbat de mișcările respiratorii

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 11

5. *Durerea toracică din esofagita de reflux :

- a) este situată retrosternal, cu caracter de arsură
- b) se exacerbează la apăsare
- c) durează 3 – 5 minute
- d) apare întotdeauna la efort
- e) are caracter de junghi toracic, exacerbat de mișcările respiratorii

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 11

6. *Se consideră hipertensiune arterială atunci când valorile TA sistolice depășesc:

- a) 90 mmHg
- b) 100 mmHg
- c) 120 mmHg
- d) 130 mmHg
- e) 140 mmHg

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opreș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 32

7. *Se consideră hipertensiune arterială atunci când valorile TA diastolice depășesc:

- a) 90 mmHg
- b) 100 mmHg
- c) 120 mmHg
- d) 130 mmHg
- e) 140 mmHg

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opreș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 32

8. *Referitor la hipertensiune arterială, următoarele afirmații sunt false:

- a) pacienții pot prezenta cefalee
- b) pacienții pot prezenta epistaxis
- c) în timp apar complicații cerebrale
- d) în peste 95% din cazuri se identifică o cauză a hipertensiunii arteriale
- e) în timp apar complicații renale

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opreș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 33

9. *În hipertensiunea arterială grd. III:

- a. Valorile TA sistolice sunt mai mici de 140 mmHg
- b. Nu este necesar tratament medicamentos
- c. Valorile TA sistolice depășesc 180 mmHg
- d. Valorile TA diastolice sunt între 90 și 100 mmHg
- e. Regimul alimentar trebuie să fie complet lipsit de sare

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opreș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 32,35

10. *În timpul crizei de angină pectorală vom administra:

- a) nitroglicerină sublingual
- b) ventolin inhalator
- c) algocalmin intravenos
- d) aspirină oral
- e) ibuprofen

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opreș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 42

11. *Cauza cea mai frecventă a anginei pectorale este:

- a) ateroscleroza coronariană
- b) spasmul coronarian
- c) anemia
- d) hipoxia
- e) deficitul de calciu

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 38

12. *Simptomul clinic dominant care apare în arteriopatia cronică obliterantă a membrelor inferioare este:

- a) angina pectorală de efort
- b) vertijul
- c) claudicația intermitentă
- d) dispneea de efort
- e) sincopa de efort

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 93

13. *Analiza de laborator cu mare specificitate pentru tromboza venoasă profundă este:

- a) Creatinina
- b) Troponina
- c) D-dimeri
- d) hemoleucograma
- e) bilirubina indirectă

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 99

14. *Tromboza venoasă profundă este localizată mai frecvent la nivelul:

- a) membrelor inferioare
- b) membrelor superioare
- c) micului bazin
- d) venei cave superioare
- e) varicelor esofagiene

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 97

15. *Metoda de elecție pentru confirmarea diagnosticului de tromboză venoasă profundă este:

- a) examenul clinic
- b) ecografia doppler venoasă

- c) măsurarea tensiunii arteriale
- d) tomografia computerizată
- e) radiografia

Bibliografie:

Sîrbu IV, Oprea M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 99

16. *Prevenția tuberculozei pulmonare se face prin:

- a) vaccinare anuală antigripală
- b) tratament antibiotic cu izoniazidă timp de 6 luni
- c) vaccinarea BCG a nou-născuților
- d) regim alimentar hiposodat
- e) evitarea exercițiilor fizice

Bibliografie:

Sîrbu IV, Oprea M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 139

17. *Următorii sunt considerați factori precipitanți ai crizei de astm bronșic :

- a) ciroza hepatică
- b) infecțiile virale respiratorii
- c) consumul crescut de lichide
- d) medicația antiastmatică
- e) regimul alimentar bogat în lipide

Bibliografie:

Sîrbu IV, Oprea M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 153

18. *Criza tipică de astm bronșic:

- a) are durată de cel puțin 24 ore
- b) evoluează în trei faze
- c) se asociază cu tulburări circulatorii
- d) se asociază cu tulburări neurologice
- e) poate fi tratată doar cu medicație intravenoasă

Bibliografie:

Sîrbu IV, Oprea M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 154

19. *La un pacient la care se suspicionează un infarct miocardic acut, trebuie efectuată, în cel mai scurt timp:

- a) electrocardiografie
- b) test de efort
- c) rezonanță magnetică cardiacă

- d) radiografie toracică
- e) tomografie computerizată

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureş, pag. 50-52

20. *La un pacient cu infarct miocardic acut, care se prezintă la 10 ore de la debutul simptomelor, pentru efectuarea reperfuziei coronariene se preferă:

- a) angioplastie coronariană
- b) tratament trombofibrinolitic
- c) administrare de oxigen pe mască
- d) tratament anticoagulant
- e) calmarea durerii cu opioide

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureş, pag. 53

INTREBĂRI CU 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI CORECTE

1. Durerea toracică din angina pectorală are următoarele caracteristici:

- a) cedează la administrarea de nitroglicerină sublingual
- b) are sediul precordial sau retrosternal
- c) durează peste 30 minute
- d) are caracter constrictiv
- e) apare de regulă la efort și cedează la repaus

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureş, pag. 10

2. Durerea toracică din sindromul coronarian acut are următoarele caracteristici:

- a) cedează la administrarea de nitroglicerină sublingual
- b) are sediul precordial sau retrosternal
- c) durează peste 30 minute
- d) are caracter constrictiv
- e) cedează la repaus

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureş, pag. 10

3. În angina pectorală de efort, durerea toracică:

- a) este localizată frecvent retrosternal
- b) apare la efort
- c) cedează la repaus
- d) apare în repaus

e) durează 5-10 minute

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 10

4. Durerea toracică poate apărea în următoarele afecțiuni:

- a) zona zoster
- b) pleurezie
- c) esofagita de reflux
- d) nevalgii intercostale
- e) litiaza renală

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 11

5. Durerea toracică poate avea multiple cauze, printre care:

- a) Ateroscleroza coronariană
- b) Afecțiuni degenerative ale coloanei vertebrale
- c) Afecțiuni neuomusculare
- d) Pneumonii, pleurezii
- e) Ateroscleroza carotidiană

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 11

6. Referitor la ateroscleroză următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) este o boală lentă, progresivă
- b) constă în depunerea colesterolului la nivelul intimei arteriale
- c) afectează arterele
- d) afectează venele
- e) afectează doar arterele coronare

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 29

7. Factori de risc cardiovasculari sunt considerați următorii:

- a) hipertensiunea arterială
- b) hiperbilirubinemia
- c) obezitatea
- d) sedentarismul
- e) vârsta peste 45 ani la femei

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 29-30

8. Pentru o stare de sănătate cardiovasculară, se vor evita :

- a) fumatul
- b) regimul alimentar bogat în colesterol
- c) obezitatea
- d) sedentarismul
- e) activitatea fizică

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 29-30

9. În hipertensiunea arterială, care dintre afirmații sunt adevărate:

- a) pacienții pot prezenta cefalee sau epistaxis
- b) în timp, la pacienții cu HTA apar complicații renale și cerebrale
- c) Tratamentul pentru HTA este doar nefarmacologic
- d) se urmărește reducerea valorilor TA sub 140/90 mmHg
- e) Scopul tratamentului este de a reduce TA cu cel puțin 10 mmHg

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 32-35

10. Tratamentul nefarmacologic al HTA constă în:

- a) reducerea consumului de sare
- b) reducerea activității fizice
- c) reducerea consumului de legume și fructe
- d) scădere ponderală pentru pacienții supraponderali
- e) reducerea consumului de alcool

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 32-35

11. Factorii de risc cardiovasculari care nu pot fi influențați de tratament sau stil de viață sunt următorii:

- a. Ereditatea
- b. Vârsta
- c. Hipertensiunea arterială
- d. Hipercolesterolemia
- e. Obezitatea

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 29-30

12. Factorii de risc cardiovasculari care pot fi modificați de tratament sau stil de viață sunt următorii:

- a. Ereditatea
- b. Vârsta
- c. Hipertensiunea arterială
- d. Hipercolesterolemia
- e. Obezitatea

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 29-30

13. Următorii sunt considerați factori de risc cardiovasculari :

- a. Hipertensiunea arterială
- b. Valorile crescute ale colesterolului
- c. Diabetul zaharat
- d. Vârsta peste 45 ani la femei
- e. Sexul masculin

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 29-30

14. Pentru prevenția bolilor cardiovasculare se recomandă:

- a. Activitate fizica regulate
- b. Renunțare la fumat
- c. Consum redus de carne de pește
- d. Consum crescut de fructe și legume
- e. Consum redus de grăsimi saturate

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 32,35

15. Angina pectorală de efort stabilă se caracterizează prin:

- a) durere toracică retrosternală cu caracter constrictiv, care apare la efort,
- b) durerea iriază în brate, umeri sau mandibulă
- c) durată sub 20 min
- d) nu cedează la nitroglicerină sublingual
- e) apare și în repaus

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 37,38

16. În angina pectorală, durerea este localizată frecvent retrosternal și poate iradia spre:

- a) mandibulă
- b) brațe
- c) epigastru
- d) membrele inferioare
- e) umeri

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 37

17. Referitor la infarctul miocardic acut, următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) se constituie o zonă de necroză miocardică
- b) cauza cea mai frecventă este ocluzia acută trombotică a unei artere coronare
- c) mărimea infarctului depinde de valorile colesterolului
- d) necroza miocardică începe după 2-3 zile de la ocluzia arterei coronare
- e) poate fi determinat și de spasmul coronarian prelungit

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 47

18. În infarctul miocardic acut, durerea toracică are următoarele caractere:

- a) frecvent este situată retrosternal
- b) are caracter de arsură sau constricție
- c) se accentuează la palpare sau schimbarea poziției
- d) dispare după nitroglicerină sublingual
- e) are o durată de 5-10 minute

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 49

19. Durerea toracică din infarctul miocardic acut :

- a) frecvent este situată retrosternal
- b) are caracter de înțepătură sau junghi toracic
- c) se accentuează cu mișcările respiratorii
- d) este intensă
- e) are o durată de 5-10 minute

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 49

20. În infarctul miocardic acut pot apărea simptome asociate cum ar fi:

- a) diaforeză
- b) dureri articulare
- c) grețuri
- d) palpitații

e) vărsături

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 49

21. La un pacient la care se suspicionează un infarct miocardic acut, se recomandă următoarele investigații:

- a) electrocardiografie
- b) test de efort
- c) rezonanță magnetică cardiacă
- d) dozarea troponinelor cardiace
- e) coronarografie de urgență

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 50-52

22. Imediat după stabilirea diagnosticului de infarct miocardic acut, următoarele manevre sunt necesare:

- a) mobilizarea pacientului
- b) ameliorarea durerii
- c) monitorizarea activității cardiace
- d) efectuarea unui test de efort
- e) stabilirea indicației de reperfuzie miocardică

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 53

23. Pentru stabilirea diagnosticului de infarct miocardic acut, următoarele investigații sunt necesare:

- a) radiografie toracică
- b) electrocardiografie
- c) monitorizarea activității cardiace
- d) rezonanță magnetică nucleară
- e) dozarea troponinelor cardiace

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 53

24. Terapia de reperfuzie în infarctul miocardic acut:

- a) încearcă restabilirea fluxului sanguin în artera coronară ocluzionată, responsabilă de infarct;
- b) cu cât se face mai repede cu atât zona de necroză va fi mai mică
- c) se poate face doar în primele 2 ore de la debutul simptomelor
- d) se poate face după 2 ore doar în situații rare

e) poate fi mecanică sau farmacologică

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 53

25. Terapia de reperfuzie în infarctul miocardic acut se poate face:

- a) prin angioplastie primară și implantare de stent în artera responsabilă de infarct
- b) prin administrarea intravenoasă de substanțe trombolitice
- c) prin administrarea intravenoasă de substanțe anticoagulante
- d) prin administrare de nitroglicerina sublingual
- e) prin administrare de aspirină

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 53

26. La un pacient cu infarct miocardic acut debutat de 8 ore:

- a) se recomandă efectuarea angioplastiei coronariene percutane la nivelul arterei responsabile de infarct
- b) se imobilizează pacientul
- c) se urmărește combaterea durerii
- d) nu mai este necesară monitorizarea activității cardiace
- e) este necesară internarea

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 53

27. După un infarct miocardic acut se recomandă:

- a) tratament cu aspirină toată viața
- b) modificarea stilului de viață pentru controlul factorilor de risc
- c) regim alimentar bogat în lipide
- d) regim alimentar bogat în glucide
- e) pensionarea pacientului

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 54

28. La pacienții cu arteriopatie cronică obliterantă a membrelor inferioare, claudicația intermitentă:

- a) apare la mers
- b) este intensă, cu caracter constrictiv
- c) localizată frecvent la nivelul gambei
- d) dispare după unguente cu antiinflamatoare
- e) dispare după masaj

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 93

29. Factorii favorizanți ai trombozei venoase profunde sunt:

- a) valorile crescute ale colesterolului seric
- b) imobilizare prelungită, de orice cauză
- c) sarcina
- d) diabetul zaharat
- e) neoplaziile

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 98

30. La o pacientă cu tromboză venoasă profundă în antecedente, crește riscul de recidivă în următoarele situații :

- a) consum de anticoncepționale orale
- b) imobilizare în aparat gipsat
- c) lăuzie
- d) dislipidemie
- e) anemie

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 98

31. În tromboza acută de venă femurală dreaptă apar următoarele elemente clinice:

- a) membru inferior drept tumefiat,
- b) durere la mers și repaus la nivelul membrelor inferioare bilateral
- c) febră moderată și tahicardie
- d) tegumente calde la nivelul piciorului drept
- e) angină pectorală de efort

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 99

32. La un pacient cu imobilizare prelungită postoperator, pentru prevenția trombozei venoase profunde, se vor aplica următoarele măsuri:

- a) mișcări active și pasive ale membrelor
- b) ciorapi elastici compresivi
- c) schimbarea repetată a poziției corpului
- d) Regim alimentar bogat în legume
- e) medicație anticoagulantă în doze profilactice

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 101

33. După o tromboză venoasă profundă, în timpul tratamentului anticoagulant oral cu trombostop:

- a) INR trebuie să fie între 2-3 pentru ca tratamentul să fie eficient
- b) INR trebuie efectuat minim o dată pe lună
- c) sunt interzise injecțiile intravenoase
- d) foarte rar pot apărea complicații hemoragice ușoare
- e) pacienții trebuie să evite sporturile care produc contact fizic puternic

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 99

34. La pacienții cu tromboză venoasă profundă care urmează tratament anticoagulant, pot apărea următoarele complicații:

- a) epistaxis
- b) echimoze după masaj muscular intens
- c) hematoame musculare după injecțiile intravenoase
- d) hemoragie digestivă
- e) hematurie

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 99-100

35. Referitor la embolia pulmonară, următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) este o complicație a trombozei venoase profunde
- b) trombul migrează din vena periferică într-o venă pulmonară
- c) dislocarea trombului dintr-o venă periferică este favorizată de gimnastica medicală a membrului afectat
- d) uneori se manifestă prin sincopă
- e) clinic apare tuse cu expectorație sangvinolentă

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriş M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 100

36. La un pacient cu tromboză venoasă profundă, apariția emboliei pulmonare este favorizată de :

- a) mers
- b) aportul crescut de lichide
- c) gimnastica medicală a membrului afectat
- d) masaj în zona afectată
- e) o contracție musculară bruscă

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opreș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 100

37. La un pacient cu tromboză venoasă profundă la membrul inferior drept, următoarele manevre sunt contraindicate:

- a) purtarea ciorapului elastic
- b) mobilizarea precoce
- c) gimnastica medicală a membrului afectat
- d) masaj în zona afectată
- e) administrarea de anticoagulante

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opreș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 100

38. În embolia pulmonară apar următoarele simptome:

- a) dispnee
- b) junghi toracic
- c) hemoptizie
- d) sincopa
- e) hematurie

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opreș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 101

39. La o pacientă cu imobilizare prelungită după un accident vascular cerebral, crește riscul de tromboză venoasă profundă în următoarele situații :

- a) obezitate
- b) varice ale membrelor inferioare
- c) vârstă înaintată
- d) mobilizare activă și pasivă a membrelor inferioare
- e) anemie

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opreș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 98,101

40. La o pacientă care a fost supusă unei intervenții ortopedice de protezare șold crește riscul de tromboză venoasă profundă în următoarele situații :

- a) obezitate
- b) consum de anticoncepționale orale
- c) neoplazie
- d) mobilizare activă și pasivă a membrelor inferioare
- e) tratament anticoagulant profilactic

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 98,101

41. Unui pacient imobilizat prelungit la pat, pentru a reduce riscul de tromboză venoasă profundă, se efectuează:

- a) exerciții de flexie/extensie a membrelor
- b) schimbarea repetată a poziției corpului
- c) toaleta zilnică
- d) aplicare de creme hidratante
- e) masaj muscular

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 101

42. Unui pacient obez, cu varice membrele inferioare, imobilizat la pat pentru o stare infecțioasă, pentru a preveni tromboza venoasă profundă, îi vom recomanda:

- a) exerciții de flexie/extensie a membrelor
- b) ciorapi elastici compresivi
- c) toaleta zilnică
- d) aplicare de creme hidratante
- e) tratament anticoagulant profilactic

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 101

43. La un pacient cu pneumonie pneumococică, este caracteristic:

- a) debutul brusc
- b) frison unic
- c) febră 39-40 grade Celsius
- d) tuse cu expectorație ruginie
- e) subfebrilitate

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 119

44. În pneumonia pneumococică apare:

- a) junghi toracic
- b) spută ruginie
- c) herpes nasolabial
- d) afectare pulmonară difuză bilaterală
- e) icter

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 119

45. Următoarele afirmații sunt adevărate, referitor la pneumonia stafilococică:

- a) apare mai rar decât cea pneumococică
- b) aspectul radiologic este de bronhopneumonie, cu infiltrate difuze pulmonare, bilaterale
- c) are mortalitate ridicată
- d) apare la persoane cu imunitate deprimată
- e) evoluția este rapidă spre vindecare

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 121

46. Pneumonia stafilococică apare mai frecvent la următoarele categorii:

- a) vârstnici
- b) persoane cu boli cronice
- c) tineri
- d) pacienți multispitalizați
- e) pacienți cu neoplazii

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 121

47. Referitor la tuberculoză, următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) se transmite în principal pe cale aeriană
- b) are o evoluție acută
- c) localizarea este exclusiv pulmonară
- d) cu tratament adecvat, este curabilă
- e) necesită tratament antibiotic minim 2-3 săptămâni

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 137

48. Transmiterea bolii, de la pacienții cu tuberculoză pulmonară la persoanele sănătoase, se face

- a) în principal pe cale aeriană
- b) prin tuse, strănut
- c) prin contactul cu plăgile cutanate ale pacientului
- d) prin materiile fecale
- e) prin urină

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 137

49. Simptomele sugestive pentru tuberculoza pulmonară sunt:

- a) tusea cronică, productivă
- b) durere toracică surdă
- c) febră mare
- d) dispnee
- e) disfonie

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 138

50. Pacienții cu tuberculoză pulmonară prezintă:

- a) astenie marcată
- b) transpirații nocturne
- c) scădere ponderală
- d) tuse cu durată de peste 2-3 săptămâni
- e) frison unic și herpes nazolabial

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 138

51. Pentru confirmarea diagnosticului de tuberculoză pulmonară sunt necesare următoarele investigații:

- a) electrocardiografia
- b) radiografia toracică
- c) bronhoscopia
- d) examenul de spută
- e) arteriografia pulmonară

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 138

52. În cancerul bronhopulmonar, următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) reprezintă peste 90% dintre tumorile bronhopulmonare
- b) fumatul este factorul etiologic principal
- c) supraviețuirea la 10 ani este foarte bună
- d) simptomele apar precoce
- e) nu produce metastaze

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 141

53. Factorii de risc pentru apariția cancerului pulmonar sunt:

- a) unele mutații genetice
- b) fumatul
- c) expunerea la radiații din minele de uraniu
- d) poluarea atmosferică
- e) deshidratarea

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 141

54. In cancerul bronhopulmonar apar următoarele simptome:

- a) angină pectorală de efort
- b) creștere în greutate
- c) fatigabilitate, anorexie
- d) hemoptizii mici, repetate
- e) tuse persistentă, iritativă

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 141-142

55. Într-un cancer bronhopulmonar:

- a) metastazarea extratoracică este foarte rară
- b) metastazele osoase produc dureri persistente și fracturi
- c) manifestările respiratorii sunt absente
- d) metastazele cerebrale pot determina crize convulsive
- e) poate apărea disfagie prin compresia esofagului

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 141-142

56. Manifestările clinice sugestive pentru extensia locală a unei tumori bronhopulmonare includ:

- a) cefalee
- b) disfagie
- c) edem în pelerină
- d) disfonie
- e) icter

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 141-142

57. Referitor la astmul bronșic, următoarele sunt adevărate:

- a) este o afecțiune acută, inflamatorie
- b) se manifestă prin crize paroxistice de dispnee expiratorie

- c) Între crize pacientul poate fi asimptomatic
- d) este întotdeauna de cauza alergică
- e) la copii este doar de cauza infecțioasă

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 152

58. Alergenii inhalatori cel mai frecvent implicați în apariția astmului bronșic sunt:

- a) fanerele de animale
- b) mușegaiul
- c) praful de casă
- d) polenul
- e) regimul alimentar bogat în colesterol

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 153

59. Triada simptomatică din astmul bronșic include:

- a) hemoptizie
- b) dispnee
- c) sincopă
- d) tuse
- e) wheezing

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 154

60. Referitor la criza de astm, următoarele sunt adevărate:

- a) evoluează în trei faze
- b) durata unei crize este de minute sau ore
- c) între crize pacientul poate fi asimptomatic
- e) asociază febră
- f) apare frecvent hemoptizie

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 154

61. Manifestări clinice atopice sunt considerate:

- a) dermatita atopică
- b) astmul bronșic
- c) rinita alergică
- d) esofagita de reflux
- e) angina pectorală

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 152

62. Referitor la criza de astm, următoarele sunt adevărate:

- a) inițial apare strănut și jenă epigastrică
- b) de la început prezintă tuse abundentă, productivă
- c) se instalează dispnee și tuse șuierătoare
- e) asociază febră
- f) apare sputa ruginie

Bibliografie:

Sîrbu IV, Opriș M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 154

63. La palparea profundă abdominală, apare durere în hipocondrul drept, în patologia:

- a) ficatului
- b) colecistului
- c) apendicelui
- d) pancreasului
- e) splinei

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 23

64. La palparea profundă abdominală, apare durere în epigastru, în patologia:

- a) rinichiului drept
- b) colecistului
- c) stomacului
- d) pancreasului
- e) splinei

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 23

65. Referitor la esofagita de reflux, următoarele sunt adevărate:

- a) mucoasa esofagiană este atacată de acidul clorhidric din sucul gastric
- b) apare mai frecvent la obezi
- c) este favorizată de mesele în cantitate mică
- d) pacienții prezintă pirozis
- e) simptomatologia se accentuează în ortostatism

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 34-35

66. Simptomatologia din esofagita de reflux este agravată în următoarele condiții:

- a) postprandial
- b) ortostatism
- c) decubit dorsal
- d) după mese copioase
- e) după abandonarea fumatului

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 34-35

67. Gastrita acută are următoarele cauze:

- a) consumul crescut de alcool
- b) medicamente iritante gastrice
- c) ingestia de substanțe corozive
- d) regim alimentar bogat în produse lactate
- e) efortul fizic

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 39

68. Se consideră factori favorizanți ai ulcerului peptic:

- a) fumatul
- b) consumul crescut de antiinflamatoare nesteroidiene
- c) sportul
- d) medicația alcalină
- e) infecția cu Helicobacter

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 41

69. Hemoragia care apare în ulcerul gastric, are următoare caractere:

- a) se manifestă prin hematemeză și melena
- b) uneori sângerările sunt oculte
- c) apare ca urmare a erodării unui vas
- d) nu recidivează
- e) niciodată nu este gravă

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 42

70. Durerea din colica biliară are următoarele caracteristici:

- a) este violentă, paroxistică,
- b) localizată în hipocondrul drept
- c) localizată mai ales în flancul drept
- d) debut imediat postprandial
- e) se însoțește de grețuri și vărsături

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 71-72

71. Factorii declanșatori ai unei colici biliare sunt:

- a) trepidațiile
- b) sarcina
- c) nașterea
- d) aportul crescut de lichide
- e) stresul

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 71

72. În colica biliară, următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) debutul este postprandial la 3-4 ore
- b) debutul durerii poate fi nocturn
- c) durerea iradiază spre umărul drept
- d) durerea nu cedează spontan
- e) poate fi cauzată de parazitoze

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 71

73. Într-o infecție urinară joasă apar următoarele.

- a) durere în hipogastriu
- b) polakiurie
- c) disurie
- d) durere în epigastriu
- e) urină tulbure

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 100

74. Anemia feriprivă are următoarele caractere:

- a) este hipocromă
- b) hematiile sunt mici
- c) apare datorită carenței de fier
- d) apare mai frecvent la sexul masculin
- e) tegumentele sunt palide

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 118

75. Anemia feriprivă:

- a) este cea mai frecventă formă de anemie
- b) apare mai frecvent la femei
- c) este favorizată de alimentația fără carne

- e) apare la cei care consumă multe fructe și legume
- f) de obicei este severă

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 118

76. Datorită necesarului crescut de fier, poate să apară anemie feriprivă în următoarele situații:

- a) gravide
- b) alăptare
- c) adolescență
- d) exerciții fizice intense
- e) lipsa expunerii la soare

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 118

77. La pacienții cu anemie feriprivă apar următoarele acuze:

- a) astenie
- b) tegumente icterice
- c) palpitații
- d) păr și unghii friabile
- e) cianoza buzelor

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 119

78. La pacienții cu patologie cardiacă, asocierea unei anemii feriprive va determina:

- a) agravarea fenomenelor de insuficiență cardiacă
- b) creșterea numărului de crize anginoase
- c) creșterea apetitului
- d) căderea părului
- e) creșterea diurezei

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 119

79. În anemia feriprivă:

- a) este scăzută valoarea hemoglobinei
- b) este scăzută valoarea hematocritului
- c) crește valoarea fierului plasmatic
- d) pielea este îngroșată
- e) apar ragade ale comisurilor bucale

Bibliografie:

Bancu LA, Mihaly I. – 2014, Semiologia aparatului digestiv, aparatului urinar și a bolilor de sânge. University Press, Tîrgu Mureș, pag. 119

80. La un pacient cu tromboză venoasă profundă la membrul inferior stâng, următoarele manevre sunt contraindicate:

- a) purtarea ciorapului elastic pe piciorul drept
- b) mobilizarea precoce
- c) gimnastica medicală a membrului afectat
- d) masaj al piciorului drept
- e) masaj muscular profund la piciorul stâng

Bibliografie:

Sîrbu IV, Oprea M, Macarie C, Nistor D. – 2016, Patologie medicală, Bolile aparatului cardiovascular, Bolile aparatului respirator – pentru studenții Facultății de Balneofiziokinetoterapie, University Press, Tîrgu Mureș, pag. 100

II. TERAPIA OCUPAȚIONALĂ ÎN KINETOTERAPIE

TEMATICA

- 1. Programul de terapie ocupațională – evaluare, componente, mijloace, organizare – (2. pg 475-490; Pg:54-94)
- 2. ADL – urile (activitățile zilnice cotidiene) - 2 pg: 497-502; 3.pg:40-54
- 3. Terapia ocupațională la pacientul cu accident vascular cerebral (1. pg:253-276)
- 4. Terapia ocupațională la pacientul cu afecțiuni reumatismale – 1. pg:295-320 3. pg:188-216
- 5. Terapia ocupațională în leziunile de nervi periferici - 1. Pg:357-384,

BIBLIOGRAFIA

- 1. Popa Daiana, Popa Virgil - Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, 1998
- 2. Sbenghe Tudor – Kinesiologie, Editura Medicală, București, 2008
- 3. Trăistaru Rodica, Rogoveanu Otilia, Popescu Roxana – Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitară, Craiova, 2013

- 1. Obiectivele terapiei ocupaționale în recuperarea bolnavilor cu accident vascular cerebral sunt:
 - a. Inhibarea schemelor anormale de mișcare și postură
 - b. Menținerea unei posturi balansate
 - c. Refacerea mobilității active, forței și coordonării pe partea afectată
 - d. Refacerea mobilității voluntare a părții afectate, conform schemelor de mișcare
 - e. Menținerea supleții articulare prin retracturi musculare

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.264

- 2. Activitățile ocupaționale sunt:
 - a. Autoîngrijirea zilnică
 - b. Autoîngrijirea periodică
 - c. Activitățile educaționale
 - d. Activitățile de divertisment
 - e. Diverse Hobby-uri

Bibliografie: Sbenghe T. – 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București, pag.475

- 3. În practica terapiei ocupaționale, preocupările esențiale sunt:
 - a. Evaluarea

- b. Tratatamentul
- c. Consultanța
- d. Definiția
- e. Ocupația

Bibliografie: Sbenghe T. – 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București, pag. 476

4. Evaluarea pacientului, în terapia ocupațională se realizează prin:
- a. Interviu
 - b. Joacă
 - c. Observație clinică
 - d. Testare instrumentală
 - e. Consultanță

Bibliografie: Sbenghe T. – 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.477

5. Metodele de lucru în terapia ocupațională modernă sunt :
- a. Metode esențiale – semnificative
 - b. Metode ajutătoare
 - c. Metode neajutătoare
 - d. Metode neesențiale -nesemnificative
 - e. Metode interesante

Bibliografie: Sbenghe T. – 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.482

6. Scopul metodelor neesențiale sunt:
- a. A nu crea scheme practice de mișcare
 - b. A antrena abilități senzorio-motorii
 - c. A crea scheme practice de mișcare
 - d. A dezvolta capacități perceptuale
 - e. A dezvolta capacități cognitive

Bibliografie: Sbenghe T. – 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.484

7. *Modalitățile esențiale de gradare a activităților pentru coordonare sunt:
- a. Viteza de lucru modificată
 - b. Orteizarea
 - c. Folosirea bastonului
 - d. Fizioterapia
 - e. Crioterapia

Bibliografie: Sbenghe T. – 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.483

8. Gestualitățile sportive în cadrul metodelor neesențiale sunt:
- a. Prinderea unei mingi
 - b. Fandări, mișcări de box
 - c. Mutarea unor obiecte
 - d. Asamblări de cuburi
 - e. Asamblări de piese lego

Bibliografie: Sbenghe T. – 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.485

9. Activitățile/gestualitățile de pregătire folosite ca metode neesențiale sunt:

- a. Mutarea unor obiecte de diverse mărimi dint-un loc în altul
- b. Aruncatul unei mingi cu 2 mâini de jos în sus
- c. Asamblări de cuburi, piese de construcție
- d. Intrat-ieșit din baie
- e. Vâslit, pedalaj

Bibliografie: Sbenghe T. – 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.484

10. Tehnicile de bază folosite în terapia ocupațională sunt:

- a. Olărit
- b. Împletit
- c. Ortezarea
- d. Țesut
- e. Tâmplărie

Bibliografie: Sbenghe T. – 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală,, București. pag.480-481

11. *Meșteșugurile tradiționale folosite în programele de terapie ocupațională sunt:

- a. Prelucrarea lemnului
- b. Pictatul, desenatul
- c. Operarea pe computer
- d. Prelucrarea hârtiei
- e. Gătitul

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R.- 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag.58

12. Metodele netradiționale folosite în programele de terapie ocupațională sunt:

- a. Prelucrarea lemnului
- b. Prelucrarea lutului
- c. Prelucrarea pielii
- d. Operarea pe computer
- e. Pictatul, desenatul

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag.58

13. Meșteșugurile grele care presupun modificări posturale sunt:

- a. Broderia
- b. Tăiatul cu fierăstrăul
- c. Bătutul cu ciocanul
- d. Dantelăria
- e. Pictatul, desenul

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag.60

14. Componentele de performanță ocupațională senzori-motorie-senzorială sunt:

- a. Memoria
- b. Orientarea spațială

- c. Răspunsul la durere
- d. Coordonarea motorie fină
- e. Praxia, dexteritatea

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag.54

15. *Componentele de performanță ocupațională cognitivă și integrare cognitivă sunt:

- a. Memoria
- b. Kinestezia
- c. Răspunsul la durere
- d. Controlul motor
- e. Amplitudinea de mișcare

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag.54

16. Componentele de performanță ocupațională neuro-musculo-scheletală sunt:

- a. Amplitudinea de mișcare
- b. Forța și rezistența musculară
- c. Memoria
- d. Orientarea spațială
- e. Controlul postural

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag.54

17. În evaluarea pacientului, în terapia ocupațională se folosesc următoarele sisteme:

- a. Psiho-social
- b. Senzorio-motor
- c. Cognitiv
- d. Perfecționist
- e. Umanist

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag.65

18. Planificarea tratamentului în terapia ocupațională include:

- a. Precizarea/formularea listei cu problemele pacientului
- b. Ordonarea acestora în funcție de gravitate
- c. Stabilirea obiectivelor pe termen lung
- d. Stabilirea obiectivelor pe termen scurt
- e. Evaluarea abilităților

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag.65

19. Abordarea biomecanică în terapia ocupațională cuprinde:

- a. Amplitudinea de mișcare
- b. Testarea musculară manuală
- c. Activitatea kinetică și exercițiile terapeutice

- d. Ortezarea
- e. Comunicarea, memoria

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag.91

20. Activitățile practice, folosite în terapia ocupațională pentru refacerea funcției motorii:
- a. Îmbunătățesc aspectul social, în defavoarea pacientului
 - b. Încurajează sedentarismul, în beneficiul pacientului
 - c. Asigură repetabilitatea mișcării, în beneficiul pacientului
 - d. Antrenează mișcarea de flexie /extensie, pe amplitudinea maximă
 - e. Asigură contracția/relaxarea alternativă a musculaturii

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag.91

21. Etapa de asistență propri-zisă în terapia ocupațională este formată din:
- a. Alcătuirea planului de asistență
 - b. Implementarea planului de lucru
 - c. Descărcarea/continuarea programului terapeutic
 - d. Evaluarea istoricului bolii
 - e. Interviu bolnavului și al familiei

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.478

22. Implementarea planului de lucru în terapia ocupațională urmărește:
- a. Scopurile propuse nu sunt atinse
 - b. Remedierea proceselor disfuncționale
 - c. Realizarea unor compensări sau adaptări
 - d. Promovarea unei stări generale de sănătate
 - e. Prevenirea tendinței de creștere a disfuncțiilor

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.478

23. *Tehnicile de exprimare folosite în terapia ocupațională sunt:
- a. Olăritul
 - b. Tâmplăria
 - c. Țesut la război
 - d. Împletit nuiiele
 - e. Desenul

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.481

24. Tehnicile recreative folosite în programele de terapie ocupațională sunt:
- a. Jocul de șah
 - b. Jocul de table
 - c. Jocul de cărți
 - d. Jocul cu lutul
 - e. Jocul cu fierul

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.481

25. Tehnicile sportive folosite în programele de terapie ocupațională sunt:

- a. Tenis de masă
- b. Popice
- c. Tâmplărie
- d. Înot
- e. Olărit

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.481

26. Tehnicile complementare folosite în terapia ocupațională sunt:

- a. Tipografie
- b. Marochinărie
- c. Dactilografie
- d. Ambalaj
- e. Tâmplărie

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.481

27. Tehnicile de exprimare, folosite în terapia ocupațională, sunt:

- a. Badmintonul
- b. Desen
- c. Sculptura
- d. Șahul
- e. Pictura

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.481

28. Exemple de gestualități din ADL-uri (cu/fără obiecte ajutătoare) sunt:

- a. Ridicat-așezat pe scaun
- b. Apucat-lăsat pahar(cană)
- c. Intrat-ieșit din cameră(baie)
- d. Spălat-șters cu prosopul
- e. Mers pe vârfuri

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.485

29. Gestualitățile din ADL- uri se evaluează astfel:

- a. Fandări, mișcări de box
- b. Ridicat-așezat pe scaun
- c. Intrat-ieșit pe ușă (baie/cameră)
- d. Prinderea unei mingi
- e. Apucat-lăsat un pahar/cană din mână

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.485

30. Activitățile recomandate pentru creșterea amplitudinii articulare sunt:

- a. Distanțarea obiectelor de manipulat
- b. Mărirea obiectelor - pentru prehensiune
- c. Utilizarea unor obiecte mai grele
- d. Poziționarea echipamentului
- e. Folosirea manșetelor cu plumb

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.483

31. Activitățile recomandate pentru creșterea forței musculare sunt:

- a. Distanțarea obiectelor de manipulat

- b. Folosirea manșetelor cu plumb din ce în ce mai grele
- c. Schimbarea planului de lucru (cu și fără gravitație)
- d. Poziționarea echipamentului
- e. Folosirea unor obiecte ușoare

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.483

32. *Activitățile recomandate pentru creșterea amplitudinii articulare sunt:

- a. Distanțarea obiectelor de manipulat
- b. Schimbarea planului de lucru
- c. Utilizarea unor obiecte mai ușoare
- d. Folosirea unor obiecte cu gravitație
- e. Schimbarea vitezei de lucru

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.483

33. Care din afirmațiile de mai jos sunt adevărate?

- a. ADL-urile se referă la abilitățile de bază legate de activitățile zilnice obișnuite
- b. ADL-urile se referă la abilitățile tehnice, sociale, complexe de mediu
- c. I-ADL-urile se referă la abilitățile de bază legate de activitățile zilnice obișnuite
- d. I-ADL-urile se referă la abilitățile tehnice, sociale, complexe de mediu
- e. I-ADL-urile reprezintă o categorie aparte, mai elaborată din ADL-uri

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.497-498

34. *ADL (activitățile zilnice obișnuite) sunt:

- a. Din domeniul gospodăresc -realizarea cumpărăturilor, îngrijirea copiilor
- b. Din domeniul vieții comunitare – manipularea banilor, condus mașină
- c. Din domeniul securității -identificarea situațiilor periculoase, protecție contra foc
- d. Din domeniul manipulării aparaturii casnice- aspirator, microunde,c uptoare
- e. Din domeniul de autoîngrijire – îmbrăcat, spălat, mâncat

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.497-498

35. ADL-urile, abilitățile de bază, legate de activitățile obișnuite zilnice sunt:

- a. De comunicare - citit, vorbit la telefon
- b. De mobilitate - mers, mișcare în pat
- c. De autoîngrijire - mâncat, spălat
- d. De manipulare - clanță, robinet
- e. De manipulare aparatură modernă

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.497

36. ADL-urile de autoîngrijire se referă la:

- a. Îmbrăcat
- b. Spălat
- c. Citit
- d. Vorbit la telefon
- e. Igienă personală

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.497

37. *ADL-urile de mobilitate cuprind:

- a. Mersul
- b. Spălatul
- c. Mâncatul
- d. Gestualitatea specifică
- e. Îngrijirea personală

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.497

38. ADL-rile de comunicare sunt:

- a. Îngrijirea personală
- b. Gestualitatea specifică
- c. Vorbit la telefon
- d. Mișcarea ă n pat
- e. Transfer în scaun

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București., pag.497

39. ADL-urile de manipulare sunt:

- a. Manipulare clanță
- b. Manipulare robineți
- c. Manipulare chei
- d. Manipulare aspirator
- e. Manipulare microunde

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.497

40. *I-ADL - urile din domeniul gospodăresc sunt:

- a. Manipularea banilor
- b. Administrarea medicamentelor
- c. Participarea la acțiuni recreative
- d. Utilizarea transportului în comun
- e. Realizarea cumpărăturilor

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.498

41. I-ADL-urile, din domeniul vieții comunitare sunt:

- a. Manipularea banilor
- b. Realizarea cumpărăturilor
- c. Utilizarea transporturilor în comun
- d. Utilizarea cărților de credit
- e. Planificarea activităților casnice

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București., pag.498

42. I-ADL-urile din domeniul îngrijirii sănătății sunt:

- a. Manevrarea medicamentelor
- b. Cunoașterea factorilor de risc
- c. Identificarea situațiilor periculoase
- d. Înscrierea la consultații medicale
- e. Participarea la acțiuni recreative

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București., pag.498

43. * I-ADL-urile din domeniul securității casei și a celei personale sunt:
- a. Manipularea aparaturii moderne casnice
 - b. Noțiuni de protecție contra focului
 - c. Înscrierea la consultații
 - d. Utilizarea transportului în comun
 - e. Planificarea activităților casnice

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.498

44. ADL-urile în terapia ocupațională sunt utilizate:
- a. Ca mijloc/metodă de evaluare
 - b. Ca mijloc/metodă de comunicare
 - c. Ca mijloc/metodă terapeutică
 - d. Ca mijloc/metodă de repaus
 - e. Ca mijloc/metodă acomodare

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.498

45. Ca mijloc/metodă de evaluare ADL-urile sunt folosite pentru diverse activități:
- a. Pacientul poate mânca
 - b. Pacientul poate să-și pună haina
 - c. Pacientul poate deschide un sertar
 - d. Pacientul se poate pieptăna
 - e. Pacientul are forță musculară F1

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.498

46. *Care din afirmațiile de mai jos sunt adevărate ?
- a. ADL-rile ca mijloc de evaluare testează amplitudinea articulară standardizată
 - b. ADL-rile ca mijloc de evaluare testează forța musculară standardizată
 - c. ADL-rile ca mijloc de evaluare testează tonusul muscular standardizat
 - d. ADL-rile ca mijloc de evaluare testează controlul motor standardizat
 - e. ADL-rile ca mijloc de evaluare testează diverse activități (mâncat, îmbrăcat etc)

Bibliografie: Sbenghe T. - 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București. pag.498

47. * Indexul Barthel ("stroke scale") este folosit cu precădere la pacienții cu afectare:
- a. Neurologică
 - b. Cardiacă
 - c. Pulmonară
 - d. Deficit vizual
 - e. Deficit auditiv

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag. 43

48. Care sunt aspectele esențiale testate în cadrul ADL-urilor?
- a. Activitățile lucrative
 - b. Abilitățile personale
 - c. Posibilitățile de transport
 - d. Abilitățile educaționale - gândirea, raționamentul
 - e. Abilitățile familiale

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag. 42

49. *Prepararea alimentelor face parte din:
- a. Activitățile cotidiene zilnice de bază
 - b. Activitățile cotidiene "inteligente" (I- ADL)
 - c. Activitățile cotidiene de autoîngrijire
 - d. Activitățile cotidiene de comunicare
 - e. Activitățile cotidiene din domeniul vieții în comunitate

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag. 41 - 42

50. Evaluarea ADL urilor (activităților cotidiene zilnice) sunt corelate cu:

- a. Personalitatea pacientului
- b. Starea fizică a pacientului
- c. Munca/pasiunile pacientului
- d. Starea mentală a pacientului
- e. Gradul de activitate ocupațională

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag. 40

51. *Ce grad de dependență funcțională este definit prin: "pacientul necesită numai ajutor de contact și prestează 50-75%, sau mai mult, din efortul necesar"?

- a. Supraveghere sau îndrumare
- b. Asistență cu contact minim
- c. Asistență moderată
- d. Asistență maximală
- e. Asistență totală

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag. 49

52. *Ce grad de dependență funcțională este definit prin: "pacientul necesită mai mult decât ajutorul de contact, prestează 50-75% efort"?

- a. Supraveghere sau îndrumare
- b. Asistență cu contact minim
- c. Asistență moderată
- d. Asistență maximală
- e. Asistență totală

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag. 49

53. *Ce grad de dependență este definit prin "pacientul nu necesită decât prezență sau sugestie, fără contact fizic, sau persoana ajutătoare ajustează la momentul necesar" ?

- a. Supraveghere sau îndrumare
- b. Asistență cu contact minim
- c. Asistență moderată
- d. Asistență maximală
- e. Asistență totală

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag. 49

54. *Ce grad de dependență este definit prin "toate sarcinile componente ale activității se realizează cu siguranță, în timp rezonabil, fără modificare de asistare sau ajutor"?

- a. Supraveghere sau îndrumare

- b. Asistență moderată
- c. Asistență maximală
- d. Independență completă
- e. Independență modificată

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag. 49

55. Scala de anxietate și depresie (HAD) în terapia ocupațională este folosită pentru:

- a. Evaluarea statusului psihic
- b. Evaluarea perturbărilor emoționale
- c. Evaluarea modificărilor articulare
- d. Evaluarea tulburărilor de sensibilitate
- e. Evaluarea stării de neliniște

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag. 51

56. În terapia ocupațională, strategia de restabilirea a ADL-urilor cuprinde:

- a. Metode alternante pentru ADL-urile deficitare
- b. Imaginarea/confecționarea dispozitivelor ajutătoare
- c. Eliminarea aspectelor neimportante corelate cu ADL-urile
- d. Modificarea mediului ambiant care să reducă dizabilitățile pacientului
- e. Modificarea mediului ambiant care să accentueze dizabilitățile pacientului

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag. 51

57. Principiile generale de care se ține seama în realizarea adaptărilor ADL-urilor sunt:

- a. Deprinderea incorectă a utilizării adaptării respective, cu cost energetic maxim
- b. Deprinderea corectă a utilizării adaptării respective, cu cost energetic minim
- c. Utilizarea în deplină siguranță a mijloacelor ajutătoare pentru activitățile zilnice
- d. Utilizarea în deplină siguranță a mijloacelor adaptate pentru activitățile zilnice
- e. Modificarea modalității de realizare a sarcinii, în funcție de necesitate

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag. 50

58. Principiile specifice de care se ține seama în realizarea adaptărilor ADL/I-ADL sunt:

- a. Adaptarea activităților la pacientul cu perturbarea vederii
- b. Adaptarea activităților la pacientul cu tulburări de sensibilitate
- c. Adaptarea activităților la pacientul cu forță și rezistență musculară redusă
- d. Adaptarea activităților la pacientul cu tulburări de coordonare
- e. Adaptarea activităților la pacientul sănătos

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag. 50

59. Mijloacele ajutătoare ajustate pentru ADL-uri, recomandate în terapia ocupațională sunt:

- a. Încălțăminte fără șireturi
- b. Mânere groase la tacâmuri
- c. Perii de păr cu mâner lung
- d. Îmbrăcăminte fără nasturi
- e. Îmbrăcăminte cu nasturi

Bibliografie: Sbenghe T.- 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală București, pag.500

60. Analiza ADL-rilor este importantă pentru terapeutul ocupațional/kinetoterapeut pentru că:
- Arată nivelul de performanță a pacientului
 - Permite terapeutului să alcătuiască un program absolut de recuperare
 - Contribuie la precizarea diagnosticului funcțional (nivelul de incapacitate)
 - Nu permite aprecierea activităților de rutină a pacientului
 - Reprezintă un ghid asupra modificărilor ce trebuie făcute în activitatea de rutină

Bibliografie: Sbenghe T.- 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală București, pag.499

61. Evaluarea propriu-zisă a pacientului în terapia ocupațională permite aprecierea:
- Gradului de infirmitate
 - Gradului de incapacitate
 - Gradului de handicap
 - Gradului de observație
 - Gradului de tratament

Bibliografie: Sbenghe T.- 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală București, pag.477

62. Obiectivele terapiei ocupaționale în recuperarea pacientului cu accident vascular cerebral este:
- Prevenirea deformărilor și atitudinilor vicioase
 - Inhibarea schemelor anormale de mișcare
 - Remediarea disfuncțiilor cognitive și perceptuale
 - Dobândirea unui grad de maximă independență funcțională în autoîngrijire
 - Dobândirea unui grad de minimă independență funcțională în autoîngrijire

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.264

63. Activitățile terapeutice Bobath recomandate în recuperarea pacientului după accident vascular cerebral sunt:
- Împingerea unui rulou sau a unei mingi cu o singură mână
 - Împingerea unui rulou sau a unei mingi cu mâinile împreunate
 - Activități unilaterale cu mâinile împreunate
 - Activități bilaterale cu mâinile împreunate
 - Împingerea unui rulou sau a unei mingi cu piciorul afectat

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.271

64. Reducerea spasticității flexorilor la pacientul cu accident vascular cerebral se face:
- Ortezare pentru protecție articulară și prevenirea diformităților
 - Posturarea mâinii pe suportul anterior sau lateral al unui scaun
 - Repausul în pat recomandat este, de decubitul pe partea afectată
 - Trebuie efectuat efort fizic crescut și oboseala
 - Membrul afectat plegic se postуреază cu scapula în antepulsie completă

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.270-271

65. Scopul reantrenării motorii, la pacientul cu accident vascular cerebral este:
- Facilitarea mișcărilor normale

- b. Folosirea părții afectate în activități ocupaționale
- c. Promovarea mecanismului postural anormal
- d. Promovarea mecanismului postural normal
- e. Inhibarea schemelor de mișcare și reflexelor anormale

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.265

66. La pacientul hemiplegic programul de reeducare a sensibilității include:

- a. Reeducarea sensibilității pentru presiune și durere
- b. Reeducarea sensibilității pentru cald și rece
- c. Reeducarea sensibilității proprioceptive
- d. Reeducarea sensibilității verbale
- e. Reeducarea sensibilității kinestezice

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.272

67. La pacientul cu accident vascular cerebral, evaluarea sensibilității cuprinde:

- a. Testarea sensibilității verbale
- b. Testarea sensibilității tactile superficiale
- c. Testarea sensibilității dureroase
- d. Testarea propriocepției (poziția segmentelor în spațiu)
- e. Identificarea obiectelor (simțul stereognozic)

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.272

68. La pacientul hemiplegic deficitele perceptuale motorii și vizuale sunt:

- a. Alterări ale schemei corporale
- b. Alterări ale percepției tactile
- c. Sindromul de "neglijare unilaterală"
- d. Modificări de câmp vizual
- e. Sindromul de "neglijare bilaterală"

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.258-260

69. *La evaluarea funcției motorii, la pacientul cu accident vascular nu se testează:

- a. Forța musculară
- b. Gradul hipertoniiei
- c. Mobilitate articulară
- d. Postura
- e. Mobilitatea voluntară

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.262

70. Evaluarea specifică din perspectiva terapiei ocupaționale la pacientul cu AVC cuprinde:

- a. Evaluarea capacităților perceptuale și cognitive
- b. Evaluarea funcției motorii
- c. Evaluarea capacității de comunicare
- d. Evaluarea performanței ocupaționale
- e. Evaluarea forței musculare

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.262-263

71. Evaluarea performanței ocupaționale la pacientul hemiplegic cuprinde:

- a. Capacitatea de a vorbi
- b. Capacitatea de autoîngrijire
- c. Tehnicile de mobilitate și transfer
- d. Percepția auditivă
- e. Capacitatea de abstractizare

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.263

72. La pacientul cu afectare reumatică, recuperarea prin terapie ocupațională urmărește:

- a. Să dezvolte/să amelioreze abilitățile fizice pentru activitățile zilnice (ADL - uri)
- b. Să susțină/să refacă abilitățile fizice pentru activitățile zilnice (ADL - uri)
- c. Să dezvolte/să restaureze performanțele senzitivo-senzoriale, cognitive
- d. Să identifice/să ușureze angajarea pacientului în ocupații sănătoase, lipsite de risc
- e. Să limiteze/să accentueze să refacă abilitățile fizice pentru activitățile zilnice

Bibliografie:Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală. Editura Medicală Universitatea Craiova, pag. 188

73. Formele de recuperare prin terapie ocupațională la pacientul reumatic pot fi:

- a. Ergoterapia
- b. Ludoterapia
- c. Terapia prin învățare
- d. Sedentarismul
- e. Efortul fizic

Bibliografie:Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală. Editura Medicală Universitatea Craiova pag. 188

74. În afecțiunile reumatismale programul de terapie ocupațională trebuie să asigure:

- a. Atitudinea vicioasă
- b. Stabilitatea articulară corectă
- c. Accentuarea durerii
- d. Compensarea deficitului cu mijloace ajutătoare
- e. Prevenirea durerii

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală. Editura Medicală Universitatea Craiova pag. 192

75. Activitățile lucrate recomandate la pacienții cu afecțiuni reumatismale sunt:

- a. Împletitul de năușe
- b. Țesutul cu suveici lungi
- c. Tâmplăria
- d. Șahul
- e. Înotul

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală. Editura Medicală Universitatea Craiova pag. 192-193

76. La pacientul cu afecțiuni reumatismale, pentru a evita încărcarea articulațiilor afectate sunt indicate:

- a. Bandelele elastice
- b. Covoare antiderapante
- c. Măsuțe cu rotile
- d. Bare de sprijin la baie
- e. Covoare derapante

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală. Editura Medicală Universitatea Craiova pag.193

77. Deficitul de flexie la nivelul articulațiilor membrului inferior poate fi compensat prin:

- a. Plasarea scărilor pentru deplasare
- b. Prezența pragurilor la deplasare
- c. Utilizarea de măști flexibile
- d. Utilizarea măturilor mici cu mâner lung
- e. Efectuarea activităților din poziția șezând

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală. Editura Medicală Universitatea Craiova pag.193

78. Folosirea mijloacelor ajutătoare de mers la pacientul cu afecțiuni reumatismale permite:

- a. Limitarea statusului algic, dureros
- b. Facilitarea schemei de mers
- c. Ajutarea schemei de mers
- d. Accentuarea statusului algic, dureros
- e. Limitarea în realizarea mersului corect

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală. Editura Medicală Universitatea Craiova, pag.194

79. La pacientul cu umăr puțin dureros sau nedureros sunt indicate:

- a. Activități în plan orizontal, puțin înclinat
- b. Olăritul
- c. Țesutul
- d. Tâmplăria
- e. Activități în plan vertical, puțin înclinat

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală. Editura Medicală Universitatea Craiova, pag.196

80. La pacientul cu artrită reumatoidă evaluarea constă în:

- a. Aprecierea amplitudinii de mișcare
- b. Aprecierea forței musculare
- c. Aprecierea gesturilor cotidiene
- d. Aprecierea ADL-urilor de bază
- e. Aprecierea statusului vorbirii

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală. Editura Medicală Universitatea Craiova,, pag.205

81. Menținerea forței musculare și a amplitudinii articulare la pacientul cu artrită reumatoidă se realizează astfel:

- a. Folosirea fierului de călcat se va face cu mișcări ample, ritmice, line
- b. Obiectele ușoare pot fi plasate pe rafturi mai înalte
- c. Membrul superior se va folosi cu cotul în extensie maximă
- d. Obiectele grele pot fi plasate pe rafturi mai înalte
- e. Aspirarea, măturatul se face prin punerea instrumentului spre înainte

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, Terapia ocupațională în practica medicală. Editura Medicală Universitatea Craiova, pag.213

82. Ortezele care se indică mai frecvent la pacienții cu artrită reumatoidă sunt:

- a. Atela volară de mișcare
- b. Atela volară de repaus
- c. Orteza de protecție pentru metacarpofalangiană (MCF)
- d. Orteza pentru stabilizarea articulației radiocarpiei
- e. Orteza pentru posturarea deviației cubitale

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.305-306

83. Principiile de protejare articulară la pacientul cu artrită reumatoidă sunt:

- a. Reducerea stresului articular
- b. Accentuarea durerii
- c. Accentuarea stresului articular
- d. Prezervarea structurilor articulare
- e. Diminuarea durerii

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea,, pag.309

84. Evitarea presiunii pe fața laterală dinspre police a degetelor în artrita reumatoidă se face:

- a. Prin evitarea sprijinirii bărbiei în palmă sau degete
- b. Apucarea și ridicarea unei căni cu două mâini
- c. Rotirea capacului unui borcan cu palma și nu cu degetele
- d. Folosirea robinetului tip manetă
- e. Apucarea și ridicarea unei căni cu indexul, degetul mijlociu și policele

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.311

85. La pacientul cu artrită reumatoidă, pentru conservarea energiei se recomandă:

- a. Folosirea tijelor speciale cu mâner lung
- b. Evitarea ortostatismului prelungit în timpul activităților casnice
- c. În cursul activităților cotidiene pauze scurte 5-10 minute
- d. Evitarea folosirii taburetelor în timpul unor activități casnice ex.gătīt, călcat
- e. Activități casnice laborioase care să necesite ortostatism prelungit

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.314-315

86. Neuropraxia se caracterizează prin:

- a. Pareza fără atrofie musculară
- b. Paralizie completă
- c. Tulburări senzitive discrete
- d. Prognostic rezervat
- e. Prognostic de refacere bun

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.357

87. Leziunile de nervi periferici pot fi:

- a. Neuropraxia

- b. Neurotmezis
- c. Axonotmezis
- d. Regenotmezis
- e. Osteotmezis

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.357-358

88. *Neuropraxia se definește ca:

- a. Blocarea transmiterii nervoase în fibrele mielice groase, datorită lezării tecii de mielină
- b. Blocarea transmiterii nervoase în fibrele mielice groase, datorită lezării axonilor
- c. Blocarea transmiterii nervoase în fibrele mielice, datorită lezării rădăcinii nervoase
- d. Blocarea transmiterii nervoase în fibrele mielice groase, datorită lezării medulare
- e. Blocarea transmiterii nervoase în fibrele mielice groase, datorită lezării cortexului

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.357

89. *Neurotmezis se definește ca:

- a. Blocarea transmiterii nervoase datorită lezării complete a rădăcinii nervoase
- b. Blocarea transmiterii nervoase datorită lezării tecii de mielină
- c. Blocarea transmiterii nervoase datorită lezării axonului
- d. Blocarea transmiterii nervoase datorită lezării cortexului
- e. Blocarea transmiterii nervoase datorită lezării măduvei

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.357

90. Leziunea trunchiului superior al plexului brahial se caracterizează prin:

- a. Umăr în "epolet" (prin atrofia deltoidului)
- b. Imposibilitatea abducției brațului și flexiei antebrățului
- c. Tulburări de sensibilitate minore la nivelul umărului
- d. Mâna este indemnă
- e. Mâna este afectată, apare aspectul de "mână siminănă"

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.371

91. Semnele clinice de regenerare nervoasă în leziunile de nervi periferici sunt:

- a. Înroșirea/eritemul tegumentului
- b. Normalizarea aspectului tegumentului
- c. Dispariția secreției sudorale
- d. Reapariția secreției sudorale
- e. Reapariția sensibilității primitive

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.358-359

92. Activitățile artisanale eficiente în recuperarea mâinii sunt:

- a. Tâmplăria
- b. Lutul
- c. Pielăria

- d. Mersul
- e. Înotul

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.382

93. Echipamentele folosite în terapia ocupațională pentru tonizarea mâinii sunt:

- a. Clame de rufe cu arc
- b. Hand-grip (gripper)
- c. Thera-band (folii de gumă)
- d. Tijele cu mâner scurt
- e. Mănușa de șters praful

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.381

94. Evaluarea specifică a leziunilor de nerv periferic la nivelul mâinii constă în

- a. Evaluarea sensibilității
- b. Evaluarea mersului
- c. Evaluarea forței prizelor și penselor
- d. Evaluarea articulației scapulohumerales
- e. Evaluarea tonusului cutanat

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.361-367

95. Evaluarea funcțională, specifică pentru mână în leziunea de nerv periferic constă în:

- a. Clădirea unor piese de la jocul de table
- b. Simularea mâncatului scrierea unei propoziții scurte
- c. Mutarea din loc a unor bidoane/cutii pline
- d. Întoarcerea câtorva cărți de joc
- e. Punerea unui fier de călcat pe un raft

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea,, pag.360

96. *Testarea nervului cubital se poate face prin:

- a. Pensa bidigitală police-index cu palparea primului mușchi interosos dorsal
- b. Extensia articulației radiocarpene și a degetelor
- c. Pensa bidigitală police-inelar cu palparea musculaturii palmare
- d. Flexia articulației radiocarpene cu extensia policelui
- e. Opoziția policelui la degete și flectarea concomitentă a degetelor

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea, pag.370

97. *Testarea nervului median se poate face prin:

- a. Pensa bidigitală police-index cu palparea primului mușchi interosos dorsal
- b. Extensia articulației radiocarpene și a degetelor
- c. Pensa bidigitală police-inelar cu palparea musculaturii palmare
- d. Flexia articulației radiocarpene cu extensia policelui
- e. Opoziția policelui la degete și flectarea concomitentă a degetelor

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice, Editura Universității Oradea,, pag.370

98. *Testarea nervului median se poate face prin:
- Pensa bidigitală police-index cu palparea primului mușchi interosos dorsal
 - Extensia articulației radiocarpiei și a degetelor
 - Pensa bidigitală police-inelar cu palparea musculaturii palmare
 - Flexia articulației radiocarpiei cu extensia policelui
 - Opoziția policelui la degete și flectarea concomitentă a degetelor

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, *Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice*, Editura Universității Oradea, pag.370

99. *"Umărul în epolet" apare în:
- Leziunea de plex brahial superior
 - Leziunea de nerv radial
 - Leziunea de plex brahial mijlociu
 - Leziunea de nerv median
 - Leziunea de plex brahial inferior

Bibliografie: Popa Daiana, Popa Virgil- 1998, *Terapia ocupațională pentru bolnavii cu deficiențe fizice*, Editura Universității Oradea, pag.370

100. Pictatul, desenatul, artele tehnice folosind creionul și carioca permite:
- Îmbunătățirea controlului fin
 - Încurajarea autoexprimării
 - Îmbunătățirea conceptului de sine
 - Îmbunătățirea tonusului muscular
 - Îmbunătățirea forței musculare

Bibliografie: Trăistaru R., Rogoveanu O., Popescu R. - 2013, *Terapia ocupațională în practica medicală*, Editura Medicală Universitatea Craiova, pag.90

III. KINETOTERAPIA ÎN ACTIVITĂȚILE SPORTIVE ȘI FIZICE

TEMATICA

- Examenul somatometric în practica medico-sportivă (creștere și dezvoltare fizică, posturi ortostatice, biotip somatic) (4, pag.104-109), (2, pag. 216-218)
- Recuperarea funcțională posttraumatică a membrului superior. (abordare secvențială: pumn, cot umăr) (3, pag.68-77), (4, pag. 501-510)
- Recuperarea funcțională posttraumatică a membrului inferior. (abordare secvențială: gleznă, genunchi, șold) (3, pag.136-140), (4, pag. 514-524)
- Recuperarea funcțională posttraumatică a coloanei vertebrale. (abordare secvențială regional) (3, pag.88-91), (1, pag.317-328)
- Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare (4, pag. 104-109, 169-179, 501-510, 514-524, 529-532, 540-549)
- Învățarea Motrică – Motricitate și Mișcare – repere conceptuale; Deprinderile Motrice (5, pag. 45-49, 274-285)
- Principiile care stau la baza refacerii și recuperării sportive prin tehnici și mijloace specifice kinetoterapiei (6, pag.135-143; 153-163) (1, pag.396-407, 414-418)

BIBLIOGRAFIA

- Sbenghe T., – 2008, *Kinesiologie - știința mișcării*, Editura Medicală, București
- Drăgan I., – 2002, *Medicina sportivă*, Editura Medicală, București
- Kiss I., – 2007, *Fiziokinetoterapia și recuperarea medicală*, Editura Medicală, București,

4. Sbenghe T., – 1987, *Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare*, Editura Medicală, București
5. Epuran M., Stănescu M., – 2010, *Învățarea Motrică – Aplicații în activități corporale*, Editura Discobolul, București
6. Plas F., Hargon E., – 2001, *Kinetoterapie activă*, Editura Polirom, București

1.*Primul act al kinetoterapeutului în procesul de recuperare funcțională este:

- a) evaluarea
- b) diagnosticare
- c) tratament kinetic
- d) tratament kinetoprofilactic
- e) recomandări de exerciții fizice

T. Sbenghe – 2008, *Kinesiologie-Știința mișcării*, Editura Medicală, București pag.397.

2.*Inițial evaluarea este necesară pentru:

- a) aprecierea deficitului
- b) rezultatele obținute în aplicarea programului
- c) concluzii finale
- d) impunere de continuare a tratamentului
- e) observarea rezultatelor finale de tratament

T. Sbenghe – 2008, *Kinesiologie-Știința mișcării*, Editura Medicală, București pag.397.

3. În tratatele de specialitate se întâlnește în afară de termenul de evaluare, expresia:

- a) assessment
- b) procesul de înregistrare a datelor
- c) tablou complex asupra stării patomorfofuncționale a pacientului
- d) apreciere
- e) prognosticul

T. Sbenghe – 2008, *Kinesiologie-Știința mișcării*, Editura Medicală, București pag.397.

4. Assessment-ul este:

- a) procesul de înregistrare a datelor:
- b) strângerea datelor
- c) identificarea problemelor
- d) formularea ipotezelor
- e) fără luarea deciziilor pentru intervenții terapeutice

T. Sbenghe – 2008, *Kinesiologie-Știința mișcării*, Editura Medicală, București pag.397.

5. Aprecierea trebuie să răspundă inițial la următoarele întrebări legate de starea pacientului:

- a) care sunt disfuncțiile lui?
- b) care este eficiența programului?
- c) care sunt cauzele acestor disfuncții?
- d) care este restantul funcțional?
- e) care este eficiența tratamentului kinetic?

T. Sbenghe – 2008, *Kinesiologie-Știința mișcării*, Editura Medicală, București pag.397.

6. Aprecierea, practic se realizează prin etapele:
- a) triajul și interviul inițial
 - b) informații subiective și obiective
 - c) procesul de analiză a datelor și concluziile lucrative
 - d) triajul și observația
 - e) informații obiective și forța musculară

T. Sbenghe – 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București pag.398.

7. Knapp consideră că recuperarea medicală înseamnă:
- a) diagnosticul de boală
 - b) diagnosticul de leziune
 - c) diagnosticul funcțional
 - d) diagnosticul de incluziune
 - e) diagnosticul integrativ.

T. Sbenghe – 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București pag.398.

8. Datele necesare aprecierii unui domeniu sau al altuia se colectează prin următoarele moduri:
- a) observație și teste informale
 - b) observație și teste nonformale
 - c) teste formale și informale
 - d) observație și teste formale
 - e) teste formale și teste nonformale

T. Sbenghe – 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București pag.401.

9. Observația poate aprecia:
- a) comportamente motrice
 - b) comportamente pedagogice
 - c) comportamente psihice
 - d) comportamente fizice
 - e) comportamente psihomotrice

T. Sbenghe – 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București pag.401.

10. Care dintre următorii factori influențează postura organismului:
- a) ereditatea
 - b) bilanțul articular
 - c) hipertrofia musculară
 - d) stările patologice
 - e) obișnuința

T. Sbenghe – 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București pag.407.

11. Aspectul general al corpului este rezultanta următoarelor elemente:
- a) atitudinea și creșterea corpului
 - b) creșterea corpului și dezvoltarea segmentară
 - c) dezvoltarea segmentară și creșterea corpului

- d) dezvoltarea globală și atitudinea
- e) creșterea corpului și dezvoltarea globală

T. Sbenghe – 2008, Kinesiologie-Știința mișcării, Editura Medicală, București pag.407.

Bibliografie: Plas F., Hargon E., – 2001, Kinetoterapie activă, Editura Polirom, București, pag.135-143 153-163.

12. Funcția posturală poate fi compromisă printre altele de:

- a) acțiunea gravitației
- b) poziții vicioase de lucru
- c) obezitatea
- d) sedentarismul
- e) mijloace de menținere a posturii corecte

13. Exercițiile de gimnastică elementară sunt clasificate astfel:

- a) exerciții izometrice
- b) exerciții de conștientizare
- c) exerciții de dezvoltare a masei musculare
- d) exerciții flexibilizante
- e) exerciții izotonice.

14. Exercițiile de conștientizare au ca scop:

- a) învățarea poziționării corecte a segmentelor
- b) mobilizarea articulară
- c) alegerea pozițiilor corecte
- d) alegerea modalităților pozițiilor corecte
- e) tonifiere lombară.

15. Exercițiile de flexibilitate au ca scop:

- a) conștientizarea poziției corecte
- b) de întreținere a articulațiilor
- c) de a restaura funcționarea normală a articulațiilor
- d) de fortificare a musculaturii antigravitaționale
- e) de a tonifica fibrele musculare.

16. Exercițiile de dezvoltare a masei musculare permit:

- a) fortificarea musculaturii antigravitaționale
- b) contracții voluntare
- c) contracții involuntare
- d) conștientizarea lăbilității poziției
- e) adoptarea unei stațiuni verticale corecte.

17. Activitatea musculară în exercițiile terapeutice sportive permite:

- a) ameliorarea calității preciziei
- b) ameliorarea calității forței
- c) o mai bună dezvoltare fizică și psihică
- d) ameliorarea calității rapidității
- e) o proastă adaptare cardiopulmonară.

18. *Gestul sportiv antrenează printre altele:

- a) grupe musculare importante
- b) anumite segmente
- c) număr limitat de mușchi
- d) tonificare musculară cu scripeți
- e) tonificare musculară prin mecanoterapie

19. Alegerea exercițiilor în funcție de scopurile urmărite presupune:

- a) o anumită selecție, întrucât fiecare sport are o anumită dominantă
- b) selecția se face în funcție de regiunea anatomică ce trebuie solicitată
- c) selecția depinde în egală măsură de efectul vizat (de mobilizare sau de dezvoltare a musculaturii)
- d) un element în care se intenționează să se solicite mușchiul (bucă închisă sau buclă deschisă)
- e) nu impune o anumită selecție, întrucât fiecare sport are o anumită dominantă

20. Exercițiile terapeutice sportive pentru regiunea trunchiului sunt:

- a) exerciții de echilibru
- b) exerciții de abilitate
- c) exerciții de mobilizare
- d) exerciții de dezvoltare a musculaturii
- e) exerciții de coordonare

Bibliografie: Drăgan Ioan – 2002, Medicina sportivă, Editura Medicală, București, pag.216-218.

21. Semnificația măsurătorii staturii, cuprinde:

- a) înălțimea capului și a gâtului
- b) înălțimea trunchiului
- c) înălțimea membrelor inferioare
- d) lungimea membrelor superioare
- e) aliniamentul coloanei vertebrale

Bibliografie: Drăgan Ioan – 2002, Medicina sportivă, Editura Medicală, București, pag.216-218.

22. *În România statura înaltă la bărbați este considerată a fi:

- a) peste 180 cm
- b) peste 175 cm
- c) peste 170 cm
- d) peste 165 cm
- e) peste 160 cm

Bibliografie: Drăgan Ioan – 2002, Medicina sportivă, Editura Medicală, București, pag.216-218.

23. *În România statura medie la femei este considerată a fi:

- a) peste 160 cm
- b) peste 175 cm
- c) peste 170 cm
- d) peste 155 cm

- e) peste 150 cm

Bibliografie: Drăgan Ioan – 2002, Medicina sportivă, Editura Medicală, București, pag.216-218.

24. Perimetrul toracic se măsoară la bărbați:

- a) anterior sub areola mamară
- b) posterior sub unghiul omoplatului
- c) la nivelul articulației coastei 4 cu sternul
- d) imaginea antero-externă a marilor trohantere
- e) la nivelul claviculelor.

Bibliografie: Drăgan Ioan – 2002, Medicina sportivă, Editura Medicală, București, pag.216-218.

Bibliografie: Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 104-109.

25. *Linia gravitației se apreciază prin utilizarea:

- a) firului cu plumb
- b) centimetrului
- c) goniometrului
- d) cântarului
- e) dinamometrului.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 104.

26. Poziția ortostatică se evaluează prin:

- a) aprecierea liniei gravitației în plan frontal și sagital cu firul cu plumb
- b) măsurarea înălțimii și a taliei șezând
- c) evaluarea alinierii segmentelor din față, din lateral și din spate
- d) aprecierea liniei gravitației în plan orizontal cu firul cu plumb
- e) aprecierea liniei gravitației în plan oblic cu firul cu plumb

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 104.

27. La evaluarea alinierii segmentelor din față se urmărește:

- a) umerii și toracele
- b) pelvisul și membrele pelviene
- c) degetele picioarelor
- d) capul și scapula
- e) coloana și abdomenul.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 104.

28. La evaluarea alinierii segmentelor din lateral se urmărește:

- a) capul și scapula
- b) coloana și abdomenul
- c) membrele inferioare și piciorul
- d) degetele picioarelor

- e) umerii și toracele.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 104.

29. La evaluarea alinierii segmentelor din posterior se urmărește:

- a) toracele.
- b) abdomenul
- c) coloana și picioarele
- d) scapula și talia
- e) capul

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 105.

30. *La evaluarea umerilor din față se observă:

- a) proeminarea posterioară a unghiului scapulei
- b) linia spinelor
- c) alinierea claviculelor
- d) unghiurile scapulare
- e) gradul de abducție a scapulelor.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 105.

31. La evaluarea coloanei din lateral se observă:

- a) prezența cifolordozei
- b) prezența lordozei
- c) prezența spatelui rotund
- d) prezența cifoscoliozei
- e) prezența cifozei.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 104.

32. Pasul după Grossiord, se desfășoară astfel:

- a) Începutul sprijinului dublu
- b) sprijinul dublu
- c) balansarea
- d) sprijin unilateral
- e) începutul dublului sprijin ulterior

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 106.

33. Subdiviziunile fazei mersului cuprinde și:

- a) sprijinul dublu
- b) atacul cu talonul
- c) semipasul posterior
- d) desprinderea
- e) semipasul anterior.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 106.

34. Schema normală a fazei I a mersului, Atacul cu talonul, cuprinde:

- a) capul și trunchiul verticale
- b) genunchiul drept extins iar cel stâng ușor flectat
- c) bazinul face o ușoară rotație anterioară
- d) genunchiul membrului de atac este extins
- e) piciorul respectiv este în unghi drept cu gamba

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 106.

35. Care din următoarele sunt considerate perturbări ale fazei a II-a:

- a) capul și trunchiul se apleacă înainte
- b) capul și trunchiul verticale
- c) genunchiul are o flexie exagerată
- d) genunchiul în extensie sau hiperextensie
- e) bazinul este înclinat spre partea stângă.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 108.

36. *Faza a IV-a poartă denumirea de:

- a) Faza de desprindere de pe sol a piciorului
- b) Faza de balansare
- c) Faza de poziție medie
- d) Faza de poziție joasă
- e) Faza de atac cu talonul

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 108.

37. Schema normală a fazei a III-a a mersului, desprinderea de sol a piciorului cuprinde printre altele:

- a) capul și trunchiul verticale
- b) brațele apropiate de axa corpului
- c) bazinul în rotație anterioară
- d) genunchiul drept ușor flectat
- e) bazinul face o ușoară rotație anterioară.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 108.

Bibliografie: Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 169-179.

38. Imobilizarea:

- a) suspendă mișcarea articulară
- b) nu conservă contracția tonostatică

- c) nu suspendă mișcarea articulară
- d) conservă contracția tonostatică
- e) este o tehnică anakinetică.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 169.

39. Din punct de vedere al scopului imobilizării, există:

- a) Imobilizare de posturare
- b) imobilizare de punere în repaus
- c) imobilizare de contenție
- d) imobilizare de repunere în activitate
- e) imobilizare de corecție.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 169.

40. În caz de imobilizare, se va ține cont de:

- a) aparatul să nu jeneze circulația
- b) aparatul să nu permită jocul liber al segmentelor imobilizate
- c) segmentele să fie poziționate în poziții funcționale
- d) sub aparat, să se mențină tonusul musculaturii prin contracții izotonice
- e) sub aparat, să se mențină tonusul musculaturii prin contracții izometrice.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 170.

41. Posturile corective:

- a) sunt cele mai utilizate în kinetologia terapeutică
- b) sunt cele mai utilizate în kinetoprofilaxie
- c) sunt cele mai utilizate în kinetologia de recuperare
- d) se pot recomanda preventiv
- e) nu se recomandă preventiv.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 170.

42. Menținerea posturilor corective poate să fie:

- a) posturările nu se mențin
- b) liber-ajutată
- c) fixată
- d) liberă sau autocorectivă
- e) liberă sau autonomă.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 170.

43. Care din următoarele sunt considerate posturi de facilitare:

- a) posturi profilactice
- b) posturi de drenaj bronșic
- c) posturi antideclive sau proclive
- d) posturi de drenaj biliar

- e) posturile facilitatorii respiratorii sau cardiace.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 170.

44. Tehnicile kinetice dinamice:

- a) Au la bază partea de posturi
- b) au la bază mișcarea sub toate formele ei
- c) se realizează cu sau fără contracție musculară
- d) se realizează doar pe bază de contracții musculare
- e) se realizează doar fără contracții musculare.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 171.

Bibliografie: Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 501-510.

45. Formele clinico-anatomo-funcționale ale periartritei scapulohumerale sunt:

- a) umărul dureros simplu
- b) umărul blocat
- c) umărul acut hiperalgic
- d) umărul mixt
- e) cotul pseudoparalitic.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 502.

46. În perioada de imobilizare la pat pentru sechele a membrului superior posttraumatice, kinetoterapia va cuprinde:

- a) scripetoterapie și mobilizări pasive ale segmentelor imobilizate
- b) contracții izometrice sub gips
- c) hidrokinetoterapie la bazin
- d) exerciții active cu rezistență
- e) mobilizări pentru toate articulațiile accesibile.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 502.

47. *Se știe că în periartrita scapulohumerală sunt afectate în special mișcările de tip:

- a) flexie
- b) adducție
- c) rotația internă
- d) extensie
- e) supinație.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 503.

48. *Umărul dureros simplu în stadiul acut necesită imobilizarea în poziție de repaus cu brațul la:

- a) 25° – 30° în abducție
- b) 35° – 45° în abducție
- c) 45° – 50° în abducție
- d) 30° – 35° în abducție
- e) 20° – 25° în abducție

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 502.

49. În recuperarea kinetică a umărului pseudoparalitic se au în vedere următoarele obiective:

- a) prevenirea trecerii spre o capsulită retractilă
- b) posturarea corectă a umărului inflammat
- c) recuperarea unei forțe musculare cât mai bune
- d) exerciții active cu rezistență
- e) învățarea unor mișcări compensatorii.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 506.

50. În funcție de gradul de ruptură tendinoasă și prezența durerii al umărului pseudoparalitic tipurile de recuperare funcțională sunt:

- a) recuperarea fără atelă
- b) recuperarea prin imobilizare cu fașă elastică
- c) recuperarea pe atelă
- d) recuperarea prin imobilizare în gips
- e) recuperarea umărului prin imobilizare cu eșarfă.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 506.

51. În recuperarea umărului pseudoparalitic fără atelă în primele 10-15 zile se vor face următoarele exerciții:

- a) exerciții pentru mobilizarea întregului umăr
- b) exerciții de relaxare a membrului superior afectat
- c) exerciții izometrice pentru deltoid
- d) exerciții pentru coloana cervicală
- e) exerciții ale corpului și mâinii de pe atelă.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 506.

52. În recuperarea umărului pseudoparalitic pe atelă în primele 10-14 zile sunt indicate următoarele exerciții:

- a) exerciții ale corpului și mâinii de pe atelă
- b) exerciții pentru coloana cervicală
- c) exerciții de mobilizare activă a întregului umăr cu brațul pe atelă
- d) exerciții respiratorii
- e) exerciții dinamice (izotonice) ale umărului.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 506.

53. Limitarea severă a mobilității cotului posttraumatic are la bază:

- a) artrită postraumatică
- b) calusul vicios
- c) retracții musculoscheletare
- d) fragmentul osos intraarticular
- e) osteomul periarticular.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 508.

54. Kinetoterapia specifică pentru mână cuprinde:

- a) atele de corecție sau postură
- b) confecționarea și utilizarea aparatului de atelare
- c) orteze dinamice
- d) posturările antideclive de luptă contra edemului
- e) atele de repaus.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 510.

55. Mâna rigidă poate avea la bază o serie de afecțiuni, din care fac parte:

- a) poliartrită reumatoidă
- b) boala Raynaud
- c) fracturi
- d) calusul vicios
- e) hemiplegia.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 510.

56. *În cazul umărului acut hiperalgic, imobilizarea absolută a brațului în abducție este de:

- a) 60°
- b) 70°
- c) 65°
- d) 75°
- e) 55°.

Bibliografie:

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 503.

Kiss Iaroslav – 2007, Fiziokinetoterapia și recuperarea medicală, Editura Medicală, București, pag. 68-77.

57. Afecțiuni osoase ale umărului pot fi cauzate de:

- a) traumatisme (fracturi, luxații)
- b) netraumatice (tumori, infecții nespecifice, TBC)
- c) paralizia nervului circumflex
- d) miopatii
- e) polimiozite.

58. Afecțiuni neurologice ale umărului pot fi cauzate de:
- a) radiculopatii cervicale inferioare
 - b) artroza umărului (omartroza)
 - c) paralizia nervului circumflex
 - d) miopatii și polimiozite
 - e) atrofia spinală pseudomiopatică.
59. Dintre obiectivele kinetice în recuperarea umărului fac parte:
- a) prevenirea instalării redorii articulare
 - b) stabilitatea articulară și îmbunătățirea forței musculare
 - c) combaterea durerii locale
 - d) corectarea redorii articulare atunci când a apucat deja să se instaleze
 - e) mobilizarea pasivă a articulației
60. În prima etapă imediat după traumatism și încheierea tratamentului ortopedic sau chirurgical la umăr, pacientul se poate afla în situațiile:
- a) umărul imobilizat în adducție
 - b) umăr imobilizat cu cotul lipit de trunchi
 - c) umărul imobilizat cu brațul în abducție
 - d) brațul imobilizat într-o eșarfă
 - e) umăr imobilizat cu antebrațul în supinație.
61. În recuperarea luxației umărului se țin cont de următoarele reguli:
- a) nu se practică mobilizarea activă
 - b) nu se practică mobilizarea pasivă
 - c) vor fi evitate (ce puțin în primele 2 săptămâni) mișcările de abducție
 - d) vor fi evitate (ce puțin în primele 2 săptămâni) mișcările de rotație externă
 - e) vor fi evitate (ce puțin în primele 2 săptămâni) mișcările de retropulsie.
62. *Fracturile claviculei se consolidează în:
- a) 7-14 zile
 - b) 1-3 săptămâni
 - c) 2-3 săptămâni
 - d) 3-4 săptămâni
 - e) 4-5 săptămâni

Bibliografie:

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 514-524.

63. *În luxațiile de șold recuperarea kinetică începe:
- a) la 5 săptămâni
 - b) la 3 săptămâni
 - c) la 6 săptămâni
 - d) la 4 săptămâni
 - e) la două săptămâni.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 515.

64. Remobilizările în luxațiile de șold este recomandat să se efectueze:

- a) din ortostatism
- b) în apă
- c) în suspendare
- d) din șezut
- e) din decubit ventral.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 515.

65. Tabloul clinic al coxartrozei cuprinde:

- a) durere la nivelul genunchiului
- b) redoare de inactivitate
- c) durere la nivelul peritrohanterian, fesier, inghinal, pe fața anterioară a coapsei
- d) mers șchiopătat
- e) parestezii pe fața anterioară a coapsei

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 516.

66. *În osteotomia de bazin imobilizarea se efectuează:

- a) până la 6-8 săptămâni
- b) până la 5-6 săptămâni
- c) până la 3-4 săptămâni
- d) până la 7-9 săptămâni
- e) până la 2-4 săptămâni.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 517.

67. *În osteotomia de bazin sprijinul este posibil:

- a) după 3 luni
- b) după 4 luni
- c) după 2 luni
- d) după 5 luni
- e) după 8 luni.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 517.

68. Recuperarea pacienților cu fractură de șold presupune, alături de posturări pentru evitarea deviațiilor și de mobilizări precoce:

- a) aplicarea de diapulse pentru grăbirea consolidării focarului de fractură
- b) atenție pentru reeducarea genunchiului și cvadricepsului
- c) reeducarea membrului superior în lanț kinetic închis
- d) reeducarea coloanei vertebrale cervico-dorsale.
- e) reeducarea coloanei vertebrale dorso-lombare

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 518.

69. În recuperarea bolnavului cu artroplastie totală de șold se vor evita:

- a) flexia șoldului
- b) adducția șoldului
- c) abducția de șold
- d) extensia șoldului
- e) rotațiile șoldului

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 519.

70. Principalele obiective în recuperarea kinetică a șoldului posttraumatic sunt:

- a) refacerea aliniamentului și posturii corpului.
- b) reluarea precoce a mersului
- c) recuperarea mobilității
- d) refacerea stabilității
- e) combaterea durerii.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 520.

71. Din recuperarea stabilității pasive a genunchiului posttraumatic fac parte următoarele metode kinetice:

- a) artroplastia genunchiului.
- b) creșterea rezistenței ligamentare
- c) respectarea regulilor de igienă a genunchiului
- d) ortezarea genunchiului
- e) tonifierea musculaturii stabilizatoare a genunchiului

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 521.

72. Tratamentul recuperator al entorselor instabile fără smulgeri osoase presupune:

- a) imobilizare în aparat gipsat
- b) diapulse, roentgen-terapie
- c) posturi antideclive pe perioada imobilizării în aparat gipsat
- d) mobilizări ale degetelor, genunchiului și șoldului
- e) electroterapie excitomotorie.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 522.

73. *În ruptura de menisc postoperator, pacientul, nu se sprijină pe membrul inferior pentru o perioadă de:

- a) 18-20 zile
- b) 5-6 zile
- c) 20-25 zile
- d) 10-12 zile
- e) 25-30 zile.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 521.

74. Schema kinetologică în fracturile de genunchi în etapa de imobilizare va cuprinde:

- a) posturări antideclive
- b) mobilizări active, activo-pasive ale piciorului
- c) mobilizarea șoldului (dacă mobilizarea o permite)
- d) refacerea stabilității
- e) reluarea mersului.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 523.

Bibliografie:

Kiss Iaroslav – 2007, Fiziokinetoterapia și recuperarea medicală, Editura Medicală, București, pag. 136-140.

75. După tratamentul ortopedic al fracturii de col femural în perioada de imobilizare la pat kinetoterapia constă din:

- a) contracții musculare izometrice ale mușchiului cvadriceps și fesier mare
- b) contracții musculare izodinamice ajutate în grupele musculare flexoare ale șoldului
- c) contracții musculare izodinamice ajutate în grupele musculare flexoare ale genunchiului
- d) contracții musculare izometrice și izodinamice rezistive în grupele musculare distale ale membrului inferior operat
- e) recuperarea mersului.

76. După tratamentul ortopedic al fracturii de col femural în perioada de deplasare fără sprijin pe membrul inferior operat, kinetoterapia constă din:

- a) recuperarea mersului
- b) deplasare cu cadrul de mers
- c) deplasare cu cârje axilare
- d) deplasare cu cârje canadiene
- e) tonifiere musculară și reducerea mobilității articulare.

77. După tratamentul ortopedic al fracturii de col femural în perioada de recuperare funcțională a membrului inferior operat, kinetoterapia constă din

- a) refacerea funcției anormale a șoldului operat
- b) corectarea deficiențelor de mobilitate
- c) corectarea dezechilibrelor musculare
- d) corectarea imaginii motorii
- e) recuperarea mersului.

Bibliografie:

Kiss Iaroslav – 2007, Fiziokinetoterapia și recuperarea medicală, Editura Medicală, București, pag. 88-91.

78. *În cazurile cele mai grave a traumatismelor coloanei vertebrale cervicale fără leziuni neurologice, imobilizarea la pat în tracțiune, este recomandat:

- a) timp de 1-2 săptămâni
- b) timp de 3-4 săptămâni
- c) timp de 2-3 săptămâni
- d) timp de 4-5 săptămâni
- e) timp de 1-3 săptămâni.

79. În cazurile cele mai grave a traumatismelor coloanei vertebrale cervicale fără leziuni neurologice, tratamentul fizical-kinetic are ca obiective:
- a) prevenirea escarelor
 - b) producerea trombo-emboliilor
 - c) profilaxia contracturii musculare
 - d) prevenirea redorii articulare
 - e) prevenirea hipotrofiilor musculare
80. În tratamentul kinetic al traumatismelor coloanei vertebrale cervicale, fără leziuni neurologice, după permiterea reluării mersului, se au în vedere următoarele obiective:
- a) autoservirea
 - b) ridicările
 - c) înclinații laterale
 - d) anteflexia
 - e) "contractții revocate".
81. *Pacienții care au purtat un simplu colar (minervă simplă), pentru o leziune ligamentară simplă, trebuie să renunțe la el după :
- a) 1-2 săptămâni
 - b) 2-3 săptămâni
 - c) 1-3 săptămâni
 - d) 3-4 săptămâni
 - e) 2 săptămâni.
82. *Pacienții mai gravi care au fost imobilizați în minervă gipsată, timp de:
- a) 55-65 zile
 - b) 65-70 zile
 - c) 70-75 zile
 - d) 75-90 zile
83. În momentul renunțării la orice imobilizate în traumatismele coloanei cervicale fără leziuni neurologice, tratamentul fizical-kinetic poate consta din:
- a) kinetoterapia în piscină
 - b) alungirea axială activă din decubit dorsal
 - c) alungirea axială din poziția așezat
 - d) alungirea axială din ortostatism
 - e) alungirea axială din decubit lateral.

Bibliografie: Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 529-532, 540-549.

84. Obiectivele kinetoterapiei în spondilita anchilozantă sunt:
- a) menținerea / corectarea posturilor și aliniamentului corpului
 - b) menținerea / ameliorarea mobilității articulare și tonusului muscular
 - c) prevenirea pozițiilor vicioase
 - d) prevenirea disfuncției ventilatorii restrictive
 - e) redimensionarea obiectivelor casnice

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 529.

85. Mobilitatea coloanei cervicale este evaluată prin:

- a) indicele Schöber
- b) indicele tragus-acromion
- c) indicele Ott
- d) indicele menton-stern
- e) indicele occiput-perete.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 529.

86. Kinetoterapia din perioada acută a discopatiei lombare urmărește:

- a) relaxare generală
- b) asuplizarea trunchiului inferior
- c) scăderea iritației radiculare
- d) creșterea tonusului vagal
- e) relaxarea musculaturii lombare contracturate.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 529.

87. „Școala spatelui” constă în:

- a) înzăvorârea coloanei lombare
- b) menținerea forței musculare agoniști și antagoniști
- c) programul Williams fazele I și II
- d) relaxarea musculaturii lombare contracturate
- e) conștientizarea poziției neutre a coloanei lombare și bazinului.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 529.

88. În schema de kinetoterapie aplicabilă în perioada acută din diagnosticul de lombo-sacralgie, se indică:

- a) postură de decubit ventral
- b) tonifierea musculaturii
- c) redresarea bazinului
- d) conștientizarea poziției corecte a coloanei lombare și a bazinului
- e) căldură neutră în zona lombară.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 541.

89. În schema de kinetoterapie aplicabilă în perioada cronică din diagnosticul de lombosacralgie, se indică:

- a) menținerea forței musculare
- b) “înzăvorârea” coloanei lombare
- c) asuprizarea lombară
- d) tonifierea musculaturii trunchiului
- e) conștientizarea poziției corecte a coloanei lombare și bazinului.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 545.

90. Examenul bolnavului cu sechele posttraumatice ale coloanei vertebrale, efectuat de kinetoterapeut, trebuie să cuprindă:

- a) evaluarea respiratorie și cardiovasculară
- b) evaluarea respiratorie, a amplitudinii tuturor articulațiilor implicate, a forței musculare
- c) aprecierea gradului de spasticitate
- d) aprecierea prezenței edemelor
- e) testarea biologică și radiologică.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 529.

91. Tratamentul recuperator al bolnavului posttraumatic cu fractură-luxație de coloană cervicală în perioada de purtare a Minervei, cuprinde:

- a) exerciții de echilibrare
- b) mobilizări ale membrelor superioare
- c) izometrie pentru menținerea tonusului dorso-lombar
- d) gimnastică respiratorie abdominală
- e) reprofesionalizare pentru asigurarea independenței bolnavului.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 529.

92. În perioada de imobilizare la pat a bolnavului cu sechele posttraumatice ale coloanei vertebrale se recomandă:

- a) electroterapie de înaltă frecvență
- b) termoterapie locală sau generală
- c) terapie respiratorie
- d) mișcări pasive
- e) mișcări active.

Sbenghe T., – 1987, Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Editura Medicală, București, pag. 529.

Bibliografie:

Epuran M., Stănescu M., – 2010, Învățarea Motrică – Aplicații în activități corporale, Editura Discobolul, București, pag. 45-49.

93. Motricitatea este:

- a) este un sinonim al funcției reflexe
- b) nu este implicată în menținerea posturii
- c) privește ca schimbarea în spațiu și timp a poziției corpului
- d) ansamblul funcțiilor care asigură menținerea posturii
- e) este gândită în opoziție cu funcțiile reflexe și cele senzoriale.

Epuran M., Stănescu M., – 2010, Învățarea Motrică – Aplicații în activități corporale, Editura Discobolul, București, pag. 45.

94. Psihomotricitatea:

- a) este mult mai apropiată de sfera psihică
- b) este mult mai apropiată de partea motrică
- c) considera motricitatea ca fiind reglată și condusă în mod deosebit de factori afectivi
- d) pune accentul pe partea de integrare socială
- e) pune accentul pe reglarea psihică a motricității.

Epuran M., Stănescu M., – 2010, Învățarea Motrică – Aplicații în activități corporale, Editura Discobolul, București, pag. 46.

95. După originea mișcării, se disting următoarele feluri de mișcări:

- a) mișcări voluntare
- b) mișcări automate
- c) mișcări active
- d) mișcări pasive
- e) mișcări reflexe.

Epuran M., Stănescu M., – 2010, Învățarea Motrică – Aplicații în activități corporale, Editura Discobolul, București, pag. 47.

96. Mișcarea are caracteristici:

- a) spațiale
- b) spațio-temporale
- c) biologice
- d) doar spațiale
- e) temporale.

Epuran M., Stănescu M., – 2010, Învățarea Motrică – Aplicații în activități corporale, Editura Discobolul, București, pag. 48.

97. Care din următoarele sunt considerate mișcări fundamentale de tip locomotorii:

- a) mersul
- b) aruncarea
- c) întoarcerea
- d) săritura
- e) alergarea.

Epuran M., Stănescu M., – 2010, Învățarea Motrică – Aplicații în activități corporale, Editura Discobolul, București, pag. 48.

Bibliografie: Epuran M., Stănescu M., – 2010, Învățarea Motrică – Aplicații în activități corporale, Editura Discobolul, București, pag. 274-285.

98. Deprinderile reprezintă:

- a) abilități dobândite care permit obținerea unor rezultate optime
- b) același lucru cu aptitudinile
- c) caracteristici sau componente ale actelor motrice învățate
- d) o serie de acțiuni motrice complexe
- e) caracteristica de ordin cantitativ a actelor motrice învățate.

Epuran M., Stănescu M., – 2010, Învăţarea Motrică – Aplicaţii în activităţi corporale, Editura Discobolul, Bucureşti, pag. 274.

99. *Clasa de deprinderi în care sintezele operaţionale, acţionale se realizează între particularităţile percepute ale situaţiei extreme, poartă denumirea de:

- a) Deprinderi sportive
- b) Deprinderi utilitar aplicative
- c) Deprinderi de posturare
- d) Deprinderi perceptiv-motrice
- e) Stereotip dinamic.

Epuran M., Stănescu M., – 2010, Învăţarea Motrică – Aplicaţii în activităţi corporale, Editura Discobolul, Bucureşti, pag. 277.

100. Deprinderi motrice de manipulare sunt:

- a) Balansarea
- b) Aruncarea
- c) Prinderea
- d) Lovirea
- e) Răsucirea.

Epuran M., Stănescu M., – 2010, Învăţarea Motrică – Aplicaţii în activităţi corporale, Editura Discobolul, Bucureşti, pag. 283.

IV – HIDROTERAPIE ŞI BALNEOCLIMATOLOGIE

TEMATICA

1. Bazele fiziologice generala ale termoterapiei (1, pag.7-9,11-12,16- 19,26,33)
2. Aspecte generale ale procedurilor de termoterapie locala si generala (1, pag.35-36,39,50,54,-55,56-59,61-64)
3. Factorii balneoclimatici (1, pag.64,66,69-70,72,78-79,83-84), (2, pag. 16, 20, 47-48, 63, 78)
4. Prescrierea curei balneoclimaterice (2, pag.35-37, 39, 41, 43-46, 124-425, 137)

BIBLIOGRAFIA

1. Cintează, D., Recuperarea medicala, termoterapie, Editura Vox, Bucureşti, 2003
2. Teleki N. şi colab., Cura balneoclimatica, indicaţii si contraindicaţii, Editura Medicala, Bucureşti, 1986

ÎNTREBĂRI CU UN SINGUR RĂSPUNS CORECT

* 1. Efectele aplicării de căldura asupra circulaţiei sunt următoarele cu excepţia: (1, pag. 35)

- a) creşte volumul circulator
- b) creşte viteza de circulaţie a sângelui
- c) scade rezistenţa vasculară periferică
- d) creşte debitul cardiac
- e) vasoconstricţie periferică

*2. Reguli generale de aplicare ale termoterapiei sunt următoarele cu excepţia: (1, pag. 50)

- a) se pot aplica procedurile generale după eforturi fizice mari, stres, perioade de insomnie
- b) nu este permisă aplicarea unor excitanți mai puternici fără avizul medicului
- c) la pacienții cu tegumente reci, aplicarea procedurilor reci se face după o încălzire prealabilă
- d) după proceduri calde prelungite sau hiperterme este indicată o scurtă procedură de răcire pentru combaterea atoniei vasculare periferice
- e) pacientul va fi supravegheat pe toată perioada procedurii

*3. Aplicarea la nivelul tegumentului de diverse substanțe, organice sau anorganice, aflate la anumite temperaturi în scop terapeutic reprezintă terapia cu: (1, pag. 54)

- a) comprese
- b) cataplasme
- c) fricțiuni
- d) afuziuni
- e) împachetări

*4. Indicațiile dușului scoțian sunt următoarele cu excepția: (1, pag. 63)

- a) obezitate, hipotiroidism
- b) tulburări de reglare a circulației superficiale
- c) tulburări de termoreglare
- d) suferințe cardiace sau cerebrovasculare
- e) ca procedură de călire

*5. Următoarele reguli generale în aplicarea băilor sunt adevărate cu excepția: (1, pag. 64)

- a) se aplică în a doua jumătate a zilei, deoarece sunt proceduri mari, solicitante pentru organism
- b) trebuie păstrat un interval de timp între ingestia de alimente și aplicarea băii generale
- c) pentru băile hiperterme se aplică o compresă rece pe frunte
- d) pacientul trebuie supravegheat pe tot parcursul procedurii, care se întrerupe la cel mai mic semn de intoleranță
- e) după baie trebuie să urmeze o perioadă de odihnă

*6. Acțiunea termoterapiei contrastante are următoarele efecte cu excepția: (1, pag. 84)

- a) îmbunătățirea excitabilității receptorilor periferici
- b) modularea circulației locale și generale
- c) mărirea vitezei de răspuns vasomotor
- d) efect de sedare generală a organismului
- e) stimularea întregului complex neuro-endocrino-umoral-metabolic

*7. Contraindicațiile generale de trimitere la cura balneoclimaterică sunt următoarele cu excepția: (2, pag. 47)

- a) bolile venerice în stadiul de contagiozitate
- b) stări cașectice, indiferent de cauză
- c) psihopatiile cu tulburări de comportament social
- d) bolnavi la limita decompensării de organ
- e) afecțiunile neurologice

*8. pH-ul peloizilor-este un indicator în funcție de condițiile mediului de formare, compoziția chimică și microbiologică, valoarea acida a acestuia este la o valoare: (2, pag.36)

- a) pH sub 5
- b) pH cuprins între 5-7
- c) pH cuprins între 7-8
- d) pH peste 8

e) pH cuprins între 8-10

*9. Nămolurile saturate în săruri au o valoare de: (2, pag. 35)

- a) sub 15g/l
- b) 15-35g/l
- c) 35-75g/l
- d) 75-150g/l
- e) peste 150g/l

*10. Pelozii slab sulfuroși au un conținut de hidrogen sulfurat și sulfuri exprimată în sulfură de fier de: (2, pag. 36)

- a) sub 0,02% FeS
- b) 0,02-0,15% FeS
- c) 0,15-0,30% FeS
- d) 0,30-0,50% FeS
- e) 0,50-0,75% FeS

*11. Capacitatea de absorbție și de reținere a apei de către pelozi se numește: (2, pag. 37)

- a) termopexie
- b) plasticitate
- c) hidropexie
- d) greutate specifică
- e) granulație

*12. Băile intens hiperterme au următoarea temperatură: (1, pag. 69)

- a) peste 40 grade Celsius
- b) 38-39 grade Celsius
- c) 36-37 grade Celsius
- d) 35-36 grade Celsius
- e) 34-35 grade Celsius

*13. Băile generale la temperatura de indiferență (neutre) utilizează apa la temperatura de: (1, pag. 65)

- a) 34-35 grade Celsius
- b) 32-33 grade Celsius
- c) 36-37 grade Celsius
- d) 31-32 grade Celsius
- e) 30-31 grade Celsius

*14. Cea mai importantă formă de termoliză în repaus este: (1, pag. 16)

- a) iradierea
- b) conducția
- c) convecția
- d) evaporarea
- e) contactul dintre obiecte cu temperaturi diferite

*15. În crenoterapia cu ape clorurate-sodice se utilizează cele cu concentrație de: (2, pag. 28)

- a) 3-10g/l
- b) 16-17g/l
- c) 17-18g/l
- d) 18-19 g/l
- e) 19-10g/l

*16. Acțiunea băilor hiperterme ascendente se manifestă prin următoarele efecte cu excepția: (1, pag. 68-69)

- a) creșterea temperaturii centrale
- b) stimularea mecanismelor de termoreglare
- c) excitația sistemului nervos
- d) sedarea sistemului nervos
- e) amplificarea proceselor metabolice

ÎNTREBĂRI CU 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI CORECTE

1. Termoterapia este o metodă de tratament nespecific care utilizează ca agenți terapeutici următorii factori: (1, pag. 7)

- a) apa
- b) lumina
- c) aerul
- d) curentul galvanic
- e) parafina

2. Efectele aplicării factorului termic asupra aparatului mioartrokinetic sunt următoarele: (1, pag. 7)

- a) creșterea eficienței contracției musculare
- b) creșterea debitului circulator
- c) creșterea elasticității fibrelor musculare și a colagenului
- d) creșterea elasticității structurilor periarticulare
- e) scăderea elasticității fibrelor musculare și a colagenului

3. Efectele aplicării locale, pe zone limitate, ale factorului termic sunt: (1, pag. 8)

- a) de creștere a tonusului muscular
- b) antialgic
- c) vasculoactiv
- d) antiinflamator
- e) resorbtiv

4. Efectele aplicațiilor de căldură sunt următoarele: (1, pag. 9)

- a) reducerea elasticității colagenului
- b) diminuarea proceselor metabolice
- c) analgezie
- d) relaxarea musculară
- e) hiperemie

5. Efectele aplicațiilor de crioterapie sunt: (1, pag. 9)

- a) analgezie
- b) creșterea tonusului muscular
- c) scăderea inflamației
- d) scăderea spasticității

e) accelerarea activității metabolice

6. Contraindicațiile majore ale termoterapiei sunt următoarele: (1, pag. 9)

- a) inflamația acută
- b) hemoragia acută
- c) ischemia
- d) afecțiunile osteoarticulare
- e) tulburările de sensibilitate

7. Centrul sau “miezul” organismului uman este reprezentat de: (1, pag. 11)

- a) organele interne toracoabdominale
- b) organele interne intracraniene
- c) mușchii
- d) tegumentul
- e) țesutul subcutanat

8. Regiunile corpului unde temperatura măsurată se apropie cel mai mult de temperatura centrală sunt: (1, pag. 12)

- a) intrarectal
- b) axilar
- c) intravaginal
- d) în interiorul vezicii urinare
- e) la nivel oral

9. Mecanismele activate prin căldură sunt: (1, pag. 18)

- a) vasoconstricția cutanată
- b) sudorația
- c) polipneea
- d) crește secreția de adrenalina, noradrenalina și de hormoni tiroidieni
- e) anorexie, apatie, inerție

10. Mecanismele activate prin frig sunt: (1, pag. 16)

- a) frisonul termic
- b) foamea
- c) vasodilatația cutanată
- d) piloerecție
- e) scăderea secreției hormonilor tiroidieni

11. Termoliza se realizează prin: (1, pag. 16-17)

- a) conducție
- b) convecție
- c) contracția musculaturii striate
- d) evaporare
- e) iradiere

12. Receptorii termici periferici se găsesc situați în: (1, pag. 19)

- a) hipotalamus
- b) tegument
- c) mucoasa bucală
- d) în jurul orificiilor anal și vaginal
- e) corpii striati

13. Vasele specializate pentru funcția de termoreglare se caracterizează prin: (1, pag. 26)

- a) nu au tonus bazal
- b) au tonus bazal
- c) sunt foarte sensibile la catecolaminele circulante
- d) nu au control metabolic
- e) au control metabolic

14. Care dintre următoarele afirmații legate de caracteristicile vaselor de termoreglare nu sunt adevărate: (1, pag. 26)

- a) nu prezintă hiperemie activă
- b) au anastomoze arteriovenoase aflate exclusiv sub acțiunea simpaticului
- c) activitatea lor se desfășoară sub control multifactorial: catecolamine circulante, sistem nervos simpatic, factori hormonal, metaboliți locali
- d) au hiperemie activă
- e) au o capacitate mare de autoreglare a fluxului

15. Următoarele afirmații referitoare la tipul microkinetic sunt adevărate: (2, pag. 211-212)

- a) cu hipertonie vagală, trofotrop
- b) cu hipertonie simpatică, ergotrop
- c) predomină reacția vasoconstrictivă
- d) prezintă reacții rapide, cu amplitudine mare
- e) prezintă reacții lente și cu amplitudine mică, care se instalează lent și se mențin timp îndelungat

16. Efectele aplicării de rece asupra circulației sunt: (1, pag. 35)

- a) mobilizează depozitele de sânge
- b) scăderea volumului circulator periferic
- c) scăderea debitului cardiac
- d) crește rezistența vasculară periferică
- e) scade rezistența vasculară periferică

17. Efectele aplicațiilor hiperterme asupra aparatului cardiovascular sunt următoarele cu excepția: (1, pag. 39)

- a) crește debitul cardiac
- b) crește ritmul cardiac
- c) creșterea moderată a TA sistolice și o creștere importantă a TA diastolice
- d) reduc debitul cardiac
- e) reduc ritmul cardiac

18. Reguli generale de aplicare ale termoterapiei sunt: (1, pag. 50)

- a) pacientul trebuie examinat cu atenție înaintea oricărei proceduri
- b) se întrerup în timpul ciclului menstrual
- c) termoterapia se aplică imediat după mese
- d) procedurile generale se aplică, de preferință după-amiază
- e) numărul de aplicații zilnice la același pacient trebuie să fie limitat

19. Modul de acțiune al împachetărilor umede în prima fază este: (1, pag. 55-56)

- a) vasoconstricție periferică
- b) hiperexcitabilitate nervoasă
- c) este stimulată termogeneza
- d) răriră pulsului

e) răirea frecvenței respiratorii

20. Indicațiile împachetărilor umede sunt următoarele: (1, pag 56)

- a) bolnavi febrili
- b) astenici, depresivi
- c) afecțiuni cardiovasculare
- d) dismetabolici
- e) la pacienți cu tulburări de termoreglare

21. Indicațiile împachetărilor uscate sunt următoarele cu excepția: (1, pag. 57)

- a) hipotiroidism
- b) obezitate
- c) stări febrile, afecțiuni dermatologice
- d) suferințe cronice decompensate
- e) intoxicații cronice

22. Efectele fricțiunilor sunt: (1, pag. 58)

- a) creștere ușoară a activității cordului
- b) diminuarea metabolismului
- c) excitație ușoară a sistemului nervos
- d) tonifierea aparatului neuromuscular
- e) acțiune sedativă generală cu reglarea tulburărilor de somn

23. Indicațiile perierilor sunt următoarele: (1, pag. 59)

- a) tulburări de circulație periferică
- b) varice
- c) ateroscleroză, hipertensiunea arterială
- d) obezitatea, hipotiroidismul, sedentarismul
- e) sindroame asteno-depresive

24. Contraindicațiile afuziunilor sunt: (1, pag. 60-61)

- a) tulburări ale circulației periferice
- b) stări depresive sau de surmenaj
- c) ca proceduri de răcire după aplicații termice intense
- d) suferințe inflamatorii acute și subacute ale organelor din micul bazin
- e) metroragiile, graviditatea

25. Acțiunea dușului scoțian se manifestă prin: (1, pag. 62)

- a) un efect excitant asupra sistemului nervos
- b) efect de tonifiere musculară
- c) efect miorelaxant
- d) de activare a circulației
- e) diminuarea proceselor metabolice

26. Indicațiile dusului subacval sunt următoarele: (1, pag. 64)

- a) afecțiuni posttraumatice
- b) atrofii musculare
- c) varice, tromboflebite profunde
- d) fragilitate vasculară
- e) obezitate, hipotiroidism

27. Indicațiile crioterapiei sunt: (1, pag. 78)

- a) afecțiuni posttraumatice
- b) afecțiuni reumatismale inflamatorii
- c) ischemia
- d) tulburări de sensibilitate
- e) spasticitate

28. Contraindicațiile băilor reci complete sunt: (1, pag 66)

- a) afecțiuni cardiace
- b) boli generale decompensate
- c) afecțiuni ale vaselor periferice
- d) obezitate, hipotiroidism, diabet
- e) stări după oboseală psihică sau intelectuală intense

29. Efectele băilor hiperterme și intens hiperterme asupra aparatului cardiovascular sunt următoarele: (1, pag 69)

- a) vasodilatație periferică intensă, cu vasoplegie și stază venoasă, arteriolară, capilară
- b) vasoconstricție la nivelul organelor interne
- c) creșterea debitului circulator periferic
- d) creșterea debitului cardiac și a debitului bătaie
- e) scăderea debitului cardiac și a debitului bătaie

30. Acțiunea băilor cu iod este următoarea: (1, pag 72)

- a) produce vasodilatație
- b) produce vasoconstricție
- c) cresc vâscozitatea sângelui
- d) reduc inflamația
- e) crește apărarea nespecifică a organismului

31. Indicațiile împachetărilor cu parafină sunt: (1, pag. 79)

- a) afecțiuni degenerative, posttraumatice ale aparatului locomotor
- b) afecțiuni ale sistemului nervos periferic
- c) boli dermatologice
- d) tuberculoza
- e) hemoragii interne

32. Cura Kneipp cuprinde următoarele proceduri: (1, pag. 83)

- a) compresele Priessnitz
- b) spălările alternante sau reci
- c) afuziunile alternante sau reci
- d) oncțiunea cu nămol
- e) dușurile calde

33. Bioclima excitant-solicitantă de câmpie are următoarele caracteristici: (2, pag. 16)

- a) stresul bioclimatic cutanat, pulmonar are valori mici
- b) intensă solicitare a organismului, îndeosebi a mecanismelor de termoreglare, în special a termolizei, se pierd cantități mari de lichide și săruri din organism
- c) solicitare foarte redusă a SNC și vegetativ, a glandelor endocrine
- d) crește capacitatea proceselor imunobiologice nespecifice de apărare
- e) se îmbunătățește metabolismul calciului

34. Bioclima tonico-stimulantă are următoarele indicații de trimitere la cură: (1, pag. 20-21)

- a) stări de surmenaj fizic și intelectual
- b) activitate în mediu cu noxe respiratorii
- c) tbc pulmonară și extrapulmonară
- d) sarcina, dacă gravida provine din localități cu altitudine joasă
- e) afecțiuni degenerative cu deficit marcat de termoreglare și meteorosensibilitate accentuată

35. Următoarele patologii nu beneficiază de tratament în stațiunile balneoclimaterice: (2, pag. 47)

- a) afecțiuni acute febrile ca și afecțiunile cronice în perioadele de exacerbare
- b) afecțiuni vasculare periferice
- c) alcoolismul cronic cu tulburări neuropsihice
- d) boli dermatologice cu potențial de contagiozitate
- e) insuficiența cardiacă, renală, hepatică, etc.

36. Contraindicațiile de trimitere la cura balneoclimaterică a afecțiunilor degenerative ale aparatului locomotor sunt: (2, pag. 63-64)

- a) herniile de disc cervicale și lombare hiperalgice, parezante
- b) artroza articulațiilor mari în puseu dureros acut și formele foarte evolute
- c) hiperalgiile cervicale și lombare
- d) spondilodiscartroza
- e) artrozele secundare posttraumatice

37. Contraindicațiile de tratament balneoclimateric pentru sechelele articulare sunt: (2, pag. 78)

- a) artritele traumatice septice
- b) sechele articulare cu fracturi consolidate
- c) sechele articulare cu corpi străini intraarticulari
- d) sechele articulare cu calusuri mari vicioase paraarticulare
- e) protezele articulare parțiale și totale

38. Următoarele afirmații referitoare la plasticitatea nămolurilor sunt adevărate: (2, pag. 37)

- a) reprezintă calitatea nămolului de a se întinde și de a se mula pe suprafața corpului
- b) are valori mari pentru nămolurile minerale și de turbă
- c) valori mici pentru cele sapropelice
- d) este determinată de conținutul nămolului în substanțe solide insolubile
- e) consistența poate fi sporită, densă sau ceva mai redusă

39. Modalitățile de aplicare ale nămolului sunt următoarele: (2, pag 39)

- a) băi
- b) cataplasme
- c) ionogalvanizare
- d) oncțiuni
- e) împachetări

40. Indicațiile terapeutice ale peloidoterapiei sunt următoarele: (1, pag 79-80)

- a) afecțiuni ale aparatului locomotor: degenerative, inflamatorii cronice, posttraumatice
- b) afecțiuni neurologice ale nervilor periferici
- c) afecțiuni ginecologice cronice utero-anexiale și sterilitatea
- d) bolile febrile de diverse etiologii
- e) boli dermatologice: psoriazisul, eczeme, urticarii cronice

41. Contraindicațiile aplicațiilor de nămol sunt: (1, pag 80, 2, pag 39)

- a) vârsta înaintată, ateroscleroza
- b) afecțiuni cardiovasculare, hipertensiunea arterială
- c) boli endocrine: hipotiroidia, hipoparatiroidia, nanismul hipofizar
- d) boli metabolice: obezitatea
- e) boli renale: nefrite, litiaze renale

42. În compoziția mofetelor există: (2, pag. 41)

- a) emanații naturale de CO₂ gaz uscat
- b) hidrogen sulfurat
- c) aeroioni pozitivi
- d) aeroioni negativi
- e) oxid de nitrat

43. Acțiunea terapiei cu mofetă se caracterizează prin următoarele: (2, pag. 43)

- a) crește fluxul de sânge în musculatura scheletică
- b) scade rezistența periferică
- c) crește fluxul de sânge la nivel cerebral cu 75%
- d) creșterea raportului preejecție/ejecție
- e) crește fluxul sanguin cutanat

44. Bioclimatul din saline se caracterizează prin: (2, pag. 44-45)

- a) inconfort termic de răcire puternic
- b) indice de stres cutanat hipotonic moderat
- c) indice de stres pulmonar echilibrat
- d) are caracter de cruțare
- e) absența aeropolanților, înalt grad de puritate al aerului

45. Compoziția bioclimatului din saline are următoarea compoziție: (2, pag. 44-45)

- a) aeroionii în cantități mici ~700/cm³ cu raport favorabil ionilor pozitivi
- b) aerosolii salini în cantități mari și de fină dispersie în proporție 60-80%
- c) cantități mai mici de CO₂ și H₂S decât în aerul din exterior
- d) pH ușor acid al aerului
- e) prezența de Na, Ca, Mg

46. Indicațiile curelor de salină sunt următoarele: (2, pag. 46)

- a) astmul bronșic la copii și adulți, forme ușoare și medii
- b) afecțiuni osteoarticulare meteorosensibile
- c) bronșitele cronice simple
- d) afecțiuni cardiovasculare
- e) alergii căilor respiratorii superioare

47. Cura în scop terapeutic în afecțiunile digestive se indică în: (2, pag. 119)

- a) gastrite cronice cu clorhidrie redusă
- b) gastrite cronice cu clorhidrie crescută
- c) tulburări funcționale ale colonului
- d) rectocolita ulcerohemoragică
- e) ulcer gastroduodenal în puseu dureros

48. Contraindicațiile speciale în afecțiunile renourinare sunt: (2, pag. 137)

- a) calculii căilor excretorii care au dilatații importante în amonte

- b) litiazele, indiferent de dimensiuni, cu simptomatologie redusă dar cu comunicare redusă cu căile excretorii
- c) prezența oricărui obstacol în scurgerea urinei
- d) litiaza renală cu calculi caliceali sau bazinetați, cu căi urinare permeabile
- e) pielonefrite cronice în afara puseelor de acutizare

49. Regulile generale ale aplicării procedurilor de termoterapie sunt următoarele: (1, pag 50)

- a) termoterapia se aplică imediat după mese
- b) termoterapia se poate aplica înainte de mese
- c) numărul de aplicații zilnice trebuie să fie limitat
- d) numărul de aplicații zilnice poate fi nelimitat
- e) se întrerup procedurile generale în timpul ciclului menstrual

50. Compresele reci au un efect: (1, pag. 53)

- a) antitermic
- b) antispastic
- c) antihemoragic
- d) antiinflamator
- e) hiperemiant

51. Compresele calde au un efect: (1, pag. 53)

- a) antitermic
- b) antispastic
- c) analgezic
- d) hiperemiant
- e) resorbtiv

52. Mecanismele activate prin frig sunt: (1, pag. 16)

- a) vasodilatația cutanată
- b) frisonul termic
- c) foamea
- d) secreția de adrenalină
- e) vasoconstricția cutanată

53. Aplicațiile de crioterapie pot avea următoarele efecte: (1, pag. 9)

- a) analgezie
- b) relaxare musculară
- c) creșterea activității metabolice
- d) scăderea inflamației
- e) scăderea spasticității

54. Contraindicațiile majore ale termoterapiei sunt: (1, pag. 9)

- a) patologia artrozică
- b) stările posttraumatice
- c) inflamația acută
- d) hemoragia acută
- e) ischemia

55. Aplicațiile de căldură au următoarele efecte: (1, pag. 9)

- a) analgezie
- b) relaxare musculară

- c) hiperemie
- d) scăderea elasticității colagenului
- e) scăderea proceselor metabolice

56. Apele sulfuroase în cură internă au următoarele efecte: (2, pag. 31)

- a) scad glicemia
- b) diuretic
- c) cresc peristaltismul
- d) colagog-coleretic
- e) cresc glicemia

57. Indicațiile terapeutice ale nămolurilor sunt: (2, pag. 39)

- a) bolile reumatologice inflamatorii
- b) nefritele
- c) reumatismul abarticular
- d) bolile reumatologice degenerative
- e) spondilita anchilozantă

58. Indicațiile salinoterapiei sunt: (2, pag. 46)

- a) tuberculoza pulmonară
- b) cordul pulmonar cronic decompensat
- c) neoplaziile pulmonare
- d) astmul bronșic la copii
- e) bronșitele cronice simple

59. Contraindicațiile generale pentru cura balneoclimaterică sunt: (2, pag 47-48)

- a) afecțiunile posttraumatice
- b) stările cașectice indiferent de cauză
- c) insuficiența cardiacă, renală sau hepatică
- d) sarcina patologică
- e) purtătorii de germeni patogeni

V. ELECTROTERAPIE SI FOTOTERAPIE

TEMATICA

1. Bazele fiziologice generale ale electroterapiei (1, pag.95,100- 101,114,116,121-123,128-130,134,138)
2. Electroterapia de stimulare antialgică si neuromusculara(1, pag.147,154-155,164,172,187,224,229,234,247,251-252,255-256,277,292,294,318,329- 330,335)
3. Sonoterapia si terapia cu câmpuri electromagnetice(1, pag.93,109,113- 114,116,118,121-122,134,143,157,159)
4. Fototerapia si terapia de înaltă frecvență, (1. pag.160,162,165,172,204,207,214,215,232,247,249,250,260,264,278,296-297)

BIBLIOGRAFIA

1. Rădulescu A., Electroterapie, Editura Medicala, București, 2004

ÎNTREBĂRI CU UN SINGUR RĂSPUNS CORECT

*1. Reobaza reprezintă: (1, pag. 149)

- a) timpul minim necesar curentului excitator necesar pentru transportul unei cantități suficient de mare de energie care să modifice potențialul de repaus la nivelul membranei excitabile
- b) timpul util minim pentru a produce o excitație minimă
- c) intensitatea minimă a curentului care produce o excitație (înregistrabilă) într-un timp nedefinit
- d) durata impulsului de curent dreptunghiular care produce contracție minimă
- e) raportul dintre intensitatea curentului triunghiular cu o durată de 1000ms și intensitatea curentului dreptunghiular cu aceeași durată, pentru valorile care produc contracții minime

*2. Următoarele afirmații referitoare la baia galvanică patru celulară sunt adevărate cu excepția: (1, pag. 128-129)

- a) se pot face aplicații patru-celulare, trichelulare, bicelulare sau unicelulare
- b) dacă dorim să avem un pol activ reducem la minim cantitatea de apă din vase
- c) temperatura apei se recomandă să fie sub 34°C
- d) direcția curentului poate fi ascendentă sau descendentă în funcție de scopul urmărit
- e) durata ședințelor între 10-30 minute, în funcție de diagnostic, ritmul zilnic sau la două zile

*3. Efectele fiziologice ale curenților interferențiali sunt următoarele cu excepția: (1, pag. 194)

- a) efect excitomotor pe musculatura striată denervată (la frecvențe < 10Hz)
- b) efect decontracturant, obținut cu frecvențe "medii" (12-35Hz)
- c) efect antialgic, prin diminuarea excitabilității dureroase și combaterea hipoxiilor generatoare de durere
- d) efect vasculotrofic, hiperemizant și resorbtiv
- e) efect excitomotor pe musculatura netedă

*4. Contraindicațiile terapiei de înaltă frecvență pulsatilă sunt: (1, pag. 234)

- a) aplicarea pe aparatul gipsat
- b) materialele de osteosinteză
- c) pacemakerul
- d) afecțiunile ginecologice
- e) afecțiunile tubului digestiv

*5. Stimulii artificiali de natură fizică sau chimică sunt reprezentați de următorii cu excepția: (1, pag. 93)

- a) presiunea
- b) lovirea
- c) lumina
- d) diferite soluții chimice
- e) schimbările care au loc la nivelul terminațiilor nervoase, la nivelul sinapselor sau care prin intermediul receptorilor pot declanșa impulsuri nervoase

*6. Următoarele structuri ale corpului omenesc fac parte din categoria conductorilor de gradul I, foarte buni conducători, cu excepția: (1, pag. 114)

- a) sângele
- b) limfa
- c) lichidul cefalorahidian

- d) glandele sebacee
- e) corpul vitros

*7. Rezistența ohmică tisulară are o valoare la nivelul mușchilor și la nivelul organelor bogate în apă: (1, pag. 116)

- a) 80-130 ohmi/cm
- b) în jur de 300 ohmi/cm
- c) 400-600 ohmi/cm
- d) 1000-3000 ohmi/cm
- e) 100 ohmi/cm

*8. Acțiunea curentului galvanic asupra fibrelor vegetative motorii se caracterizează prin următoarele cu excepția: (1, pag. 120)

- a) acțiune hiperemizantă
- b) de activarea a vascularizației
- c) pol pozitiv: eritem cutanat, creșterea temperaturii locale, senzație de căldură
- d) vasodilatație la nivelul vaselor superficiale cutanate, la nivelul vaselor profunde, din straturile musculare
- e) îmbunătățirea circulației sanguine cu efecte biotrofice prin îmbunătățirea nutriției tisulare

*9. Regiunea electivă de aplicare a curentului galvanic pentru influențarea sistemului neurovegetativ este: (1, pag. 121)

- a) zona "gulerului Scerbac" (regiunea cervicală și dorsală superioară posterioară)
- b) regiunea cervicală anterioară
- c) regiunea epigastrică
- d) regiunea lombară
- e) joncțiunea dorsolombară

*10. Influența curentului galvanic asupra sistemului circulator este următoarea cu excepția: (1, pag. 121-122)

- a) în sens descendent accelerează afluxul sanguin din mica circulație spre inimă
- b) în sens descendent diminuează afluxul sanguin din mica circulație spre inimă
- c) în sens descendent transportă sângele arterial către sistemul portal
- d) în sens ascendent accelerează circulația venoasă de la extremitățile inferioare și de la organele sistemului portal către inima
- e) în sens ascendent favorizează transportul sângelui arterial către plămâni și extremitățile superioare, precum și viteza sângelui venos de la inimă la plămâni

*11. Indicațiile terapiei cu TENS (stimulare nervoasă electrică transcutanată) sunt următoarele cu excepția: (1, pag. 172)

- a) hipersensibilitatea la curent
- b) afecțiuni reumatice diverse
- c) durerile din afecțiunile neurologice periferice
- d) nevralgiile postherpetice
- e) stările acute și cronice postoperatorii

*12. Modalitățile de aplicație ale ultrasunetelor sunt următoarele cu excepția: (1, pag. 249-250)

- a) aplicație segmentară indirectă pe zonele paravertebrale
- b) aplicația segmentară directă, pe cale neurală, de-a lungul nervilor periferici

- c) aplicații reflexe pe zonele cutanate, pe zonele musculare, zonele cu reacții conjunctive de tipul miogelozelor și pe zonele periostale
- d) aplicații reflexe la distanță pe ganglionii simpatici
- e) aplicații directe la nivel articular

*13. La aplicarea curentului galvanic apare o: (1, pag. 119)

- a) Senzație de furnicătură, care crește proporțional cu intensitatea curentului
- b) Senzație de furnicătură, care scade proporțional cu intensitatea curentului
- c) Senzație de vibrație, care nu este influențată de intensitatea curentului
- d) Senzație de vibrație, care este influențată de intensitatea curentului
- e) Senzație de furnicătură, după câteva ședințe de aplicare a curentului

*14. Este curent de medie frecvență: (1, pag. 179)

- a) Curentul galvanic
- b) Curentul interferențial
- c) Băile galvanice
- d) Laserterapia
- e) Undele scurte

ÎNTREBĂRI CU 2 SAU MAI MULTE RĂSPUNSURI CORECTE

15. Următoarele afirmații referitoare la repolarizare sunt adevărate: (1, pag. 95)

- a) este reprezentată de procesele de revenire la potențialul de membrana
- b) se produce o inactivare a mecanismului de transport al sodiului spre interiorul celulei
- c) se produce o inactivare a mecanismului de transport al potasiului spre interiorul celulei
- d) crește permeabilitatea membranei pentru potasiu care va ieși din celulă cu un flux crescut în intensitate.
- e) interiorul celulei atinge în punctul maxim al acestui proces un plus de 40 mV, "pozitiv" față de exteriorul celulei

16. În cursul depolarizării se produc următoarele procese cu excepția: (1, pag. 94)

- a) membrana stimulată devine permeabilă pentru ionii de sodiu, declanșându-se un flux masiv al acestor ioni dinspre exterior spre interior
- b) membrana stimulată devine permeabilă pentru ionii de potasiu, declanșându-se un flux masiv al acestor ioni dinspre exterior spre interior
- c) permeabilitatea membranei celulare pentru sodiu crește în urma depolarizării, proces în care partea externă a membranei devine negativă, iar cea internă pozitivă
- d) permeabilitatea membranei celulare pentru potasiu crește în urma depolarizării, proces în care partea externă a membranei devine pozitivă, iar cea internă negativă
- e) în cursul depolarizării permeabilitatea celulei pentru sodiu ajunge să fie de 30-40 ori mai mare decât pentru potasiu, iar viteza de migrare a sodiului ajunge până la de 7 ori mai mare decât cea a potasiului

17. Următoarele afirmații referitoare la cronaxie sunt adevărate: (1, pag. 149)

- a) reprezintă timpul util minim pentru a produce o excitație minimă cu un curent a cărui intensitate este egal cu dublul reobazei
- b) cronaxia mușchilor netezi este mult mai scurtă decât cronaxia mușchilor striati
- c) cronaxie mai lungă la mușchii flexori decât la cei extensori
- d) cronaxie mai mică în punctele motorii proximale ale unui mușchi comparativ cu cele distale
- e) cronaxia membrelor superioare este mai mică decât a membrelor inferioare

18. Conductorul electric de gradul II se caracterizează prin următoarele: (1, pag. 109)

- a) sunt substanțe metalice
- b) la trecerea curentului nu se produc reacții chimice
- c) sunt soluții de acizi, baze sau săruri
- d) la trecerea curentului electric se produce electroliza
- e) sunt substanțe gazoase

19. Care dintre structurile corpului omenesc fac parte din categoria conductorilor de gradul II, buni conducători: (, pag. 114)

- a) sângele și corpul vitros
- b) glande sudoripare, mușchi
- c) țesutul nervos
- d) părul și epiderma
- e) țesut subcutanat, organele interne

20. Rezistivitatea tisulară la curent (rezistența ohmică) se caracterizează prin: (1, pag. 116)

- a) rezistivitatea cutanată scade sistematic, la început rapid, apoi treptat, tot mai lent, în 30' se ajunge la un echilibru dinamic
- b) creșterea intensității curentului duce la o nouă creștere a rezistivității
- c) întreruperea curentului duce la scădere rezistivității, la început rapid, apoi lent
- d) scăderea rezistivității este mai rapidă decât restituția sa după întreruperea curentului
- e) viteza de reducere a rezistivității este proporțională cu tensiunea în electrozi

21. Acțiunea curentului galvanic asupra fibrelor vegetative motorii este următoarea: (1, pag. 121)

- a) acțiune hiperemizantă, de activarea a vascularizației
- b) vasodilatație la nivelul vaselor superficiale cutanate și la nivelul vaselor profunde
- c) îmbunătățirea circulației sanguine cu efecte biotrofice
- d) resorbția exudatelor și edemelor locale
- e) efect excitomotor

22. Modalitățile de aplicare ale curentului galvanic sunt următoarele: (1, pag. 122)

- a) cu ajutorul electrozilor sub formă de placă
- b) ca baie hidroelectrolitică
- c) cu ajutorul bobinelor cervicală și lombară
- d) cu ajutorul electrozilor de tip Schliephake
- e) iontoforeză (ionogalvanizare)

23. Masca Bergonie se utilizează în următoarele afecțiuni: (1, pag. 123)

- a) tratamentul sciaticii
- b) nevralgia trigeminală
- c) în tulburările de formare de a calusului după fracturi
- d) parezele de nerv facial
- e) în nevralgia cervicobrahială

24. Acțiunea băilor Stanger se explică prin: (1, pag. 130)

- a) efectul termomecanic al apei
- b) efectul electric al curentului
- c) efectul câmpului magnetic
- d) efectul piesoelectric

e) efectul chimic produs de ingredientele adăugate

25. Inconveniente ale iontoforezei sunt: (1, pag. 134)

- a) au un efect de pătrundere până la nivelul stratului cutanat profund
- b) se obțin efecte certe cu cantități infime de substanțe, evitând totodată tractul gastrointestinal
- c) deoarece majoritatea medicamentelor conțin ioni bipolar, de obicei acționează numai componenta influențată de semnul polului respectiv
- d) viteza de migrare a ionilor este diferită
- e) au un efect de depozit realizat de acumularea substanțelor farmaceutice introduse la nivelul electrozilor

26. Substanțele aplicate în ionogalvanizare la nivelul anodului sunt: (1, pag. 134)

- a) metale (sodiu, potasiu, litiu, calciu, magneziu, zinc, mercur, fier, cupru)
- b) alcaloizi (morfina, novocaina, atropina, pilocarpina)
- c) halogeni (brom, clor, iod)
- d) radicali acizi (sulfuric, salicilic, azotic, acetic, carbonic, citric, oxalic)
- e) corticoizi, peniciline, sulfamide

27. Contraindicațiile galvanoterapiei sunt următoarele cu excepția: (1, pag. 138)

- a) afecțiuni care împiedică aplicarea electrozilor pe piele
- b) afecțiuni posttraumatice
- c) supurații, manifestări alergice, eczeme (însoțite de urticarie)
- d) manifestări neurologice
- e) neoplazmele cutanate

28. Semnele de leziune de nerv periferic sunt următoarele: (1, pag. 147)

- a) inversarea răspunsului muscular la excitația electrică, apariția contracției la polul pozitiv
- b) reobaza crescută
- c) cronaxia scăzută
- d) coeficientul de acomodare α al mușchiului lezat aproape de 1 sau sub 1
- e) curba I/t deplasată în dreapta și în sus și fragmentată în trepte

29. Principiile și condițiile de respectat în cazul electrostimulării sunt următoarele: (1, pag. 154-155)

- a) pe fișa se menționează mișcarea care trebuie redobândită prin tratament
- b) masajul este recomandat după stimulare
- c) pacientul trebuie să se concentreze, să își dea singur comanda mișcării voluntare
- d) dacă apar răspunsuri paradoxale pe parcursul tratamentului, acesta se va întrerupe definitiv
- e) postura segmentului locomotor să fie adecvată, lipsită de influența forței de gravitație

30. Forma clasică de CDD-MF (monofazat) se caracterizează prin: (1, pag. 164)

- a) are efect excitator, crește tonusul muscular
- b) are cel mai antialgic efect
- c) produce vibrații, care acționează ca un masaj electric profund
- d) este utilizat ca formă de introducere în aplicațiile în scop primordial antialgic
- e) tonicizează pereții arteriali, prin acțiune vasoconstrictoare

31. Indicațiile aplicațiilor cu TENS (stimulare nervoasă electrică transcutanată) sunt: (1, pag. 172)

- a) stări dureroase acute și cronice
- b) durerile din neoplazii și determinările secundare

- c) nevralgiile postherpetice
- d) stările dureroase posttraumatice
- e) sarcina în primul trimestru

32. Alegeți afirmațiile corecte referitoare la dozarea intensității câmpului de unde scurte: (1, pag. 224)

- a) doza I "atermică" sau "rece", nu produce nici o senzație, este sub pragul de excitare termică
- b) doza II "oligotermică", produce o senzație de căldură abia perceptibilă, în jur de 35 wați
- c) doza III "termică", produce o senzație de căldură evidentă, dar suportabilă, 35 wați
- d) doza IV hipertermică este în jur de 75-100 Wați
- e) doza IV "hipertermică" sau "forte" produce o senzație de căldură puternică, uneori greu suportată

33. Contraindicațiile terapiei cu unde scurte sunt următoarele: (1, pag 229)

- a) procese inflamatorii acute cu supurații
- b) manifestări acute ale afecțiunilor reumatice
- c) afecțiuni ale sistemului nervos central și periferic
- d) prezența de piese metalice intratisulare
- e) pacemakerul cardiac

34. Acțiunile biologice ale ultrasunetelor la doze mici sunt: (1, pag. 247)

- a) sunt activate procesele de oxidare
- b) crește permeabilitatea celulelor tegumentare, cu posibilitatea difuzării prin piele a unor substanțe
- c) au efecte fibrolitice
- d) produc eritem, peteșii, fliclene, până la distrucții celulare și rupturi capilare
- e) producere de edeme hemoragice, necroze

35. Aplicațiile ultrasunetelor în cuplaj indirect se caracterizează prin: (1, pag. 251-252)

- a) se face prin intermediul apei (subacval)
- b) se pot trata regiuni cu neregularități de relief, zonele sensibile, cu hiperestezii, cele cu plăgi
- c) vasele să fie confecționate din material bun conductor și de dimensiuni mici
- d) temp. apei 36°C, apa să fie stătută
- e) capul traductorului vine în contact direct cu regiunea tratată

36. Următoarele afirmații referitoare la metodologia aplicațiilor ultrasunetelor sunt adevărate: (1, pag. 257)

- a) pentru țesutul muscular: în direcția fibrelor tendomusculare, nu perpendicular pe ele, cu doze mai mari de intensitate decât la țesutul cutanat
- b) pentru țesuturile articulare și osoase: se fac aplicații în mod direct pe articulații și pe coloana vertebrală
- c) sunt recomandate durate mai lungi în tratamentul cicatricilor cheloide, calcificărilor tendinoase, sclerodermiei
- d) nu este indicată succesiunea masaj-ultrasunet sau ultrasunet-masaj
- e) aplicațiile de ultrasunete să preceadă kinetoterapia datorită acțiunii antialgice și miorelaxante

37. Eritemul actinic de gradul I se caracterizează prin: (1, pag. 277)

- a) se produce pe o suprafață mai mică decât suprafața tegumentului expus
- b) se produce lent, are o nuanță rozacee, este ușor sau deloc pruriginos

- c) persistă câteva zile, pigmentația apare în a patra zi prin puncte roșii-cafenii care apoi se extind și durează mai multe săptămâni
- d) se produce exfolierea, marcată și masivă urmată de formarea unei cruste
- e) prezintă un aspect de arsură cu edem, fragilitate cutanată și prurit dureros, apărută în circa 2 ore

38. Indicațiile tratamentului cu ultraviolete sunt: (1, pag. 292-296)

- a) tuberculoza pulmonară activă
- b) afecțiunile dermatologice
- c) afecțiuni ale aparatului locomotor
- d) neoplaziile
- e) sarcina

39. Câmpul magnetic aplicat în ritm întrerup: (1, pag. 318)

- a) produce efecte predominant catabolice
- b) produce efecte predominant anabolice
- c) determina ieșirea K^+ din celulă, creșterea glicolizei și proteolizei
- d) stimularea secreției adrenergice medulosuprarenale
- e) stimularea activității hipofizei și tiroidei

40. Indicațiile magnetoterapiei sunt: (1, pag. 329-336)

- a) sechele posttraumatice
- b) afecțiuni neuropsihice
- c) afecțiuni ginecologice
- d) psihozele decompensate, epilepsia
- e) bolile hematologice (anemii, leucemii)

41. Conductor de gradul I se caracterizează prin următoarele: (1, pag. 109)

- a) sunt substanțe metalice
- b) curentul trece fără să producă reacții chimice
- c) sunt soluții de acizi, baze sau săruri
- d) curentul realizează numai mișcarea electronilor
- e) sunt substanțe gazoase

42. Curent continuu constant se caracterizează prin următoarele: (1, pag. 109)

- a) sensul de deplasare al electronilor este același
- b) se menține o intensitate constantă
- c) intensitatea curentului variază de la o valoare zero până la un anumit nivel
- d) intensitatea curentului descrește de la un anumit nivel spre zero
- e) curentul ia forma unei curbe ondulatorii datorită creșterilor și descreșterilor care au loc ritmic

43. Care structuri ale corpului omenesc fac parte din categoria conductorilor de gradul III, rău conductori: (1, pag. 114)

- a) țesutul subcutanat
- b) țesutul nervos
- c) țesutul adipos
- d) țesutul osos
- e) glandele sudoripare

44. Polarizarea tisulară prin curent galvanic se caracterizează prin următoarele: (1, pag. 125-126)

- a) tensiunea de polarizare crește la început lent, apoi mai rapid, după o curbă hiperbolică

- b) polaritatea ia naștere pe traseul căii curentului și între electrozi
- c) atinge starea maximală de echilibru după 30'
- d) tensiunea de polarizare este invers proporțională cu lungimea căii curentului și cu rezistența tisulară
- e) este invers proporțională cu secțiunea țesuturilor străbătute, 120mV la nivelul antebrațului, 75mV la nivelul brațului și de numai 20mV la nivelul părții superioare a toracelui

45. Substanțele folosite în ionogalvanizări aplicate la nivelul catodului sunt: (1, pag. 134)

- a) radicali de metale (amoniu)
- b) acetilcolina, adrenalina
- c) halogeni (brom, clor, iod)
- d) radicali acizi (sulfuric, salicilic, azotic, acetic, carbonic, citric, oxalic)
- e) sărurile acizilor organici

46. Particularitățile de acțiune ale iontoforezei sunt următoarele: (1, pag. 134)

- a) au un efect local demonstrat și recunoscut
- b) se obțin efecte certe numai cu cantități semnificative de substanțe
- c) au un efect de pătrundere până la nivelul stratului cutanat profund
- d) este posibilă și o acțiune reflexă cuti-viscerală la nivelul dermatomioamelor
- e) este precisă o dozare precisă a substanțelor medicamentoase aplicate

47. Pentru stimularea contracției musculaturii striate normoinervate se folosesc curenții dreptunghiulari în următoarele situații: (1, pag. 143)

- a) atoniile și atrofiile musculare, normoinervate
- b) paralizile spastice
- c) musculatura slăbită în cazul cifozelor și scoliozelor incipiente
- d) spasme musculare
- e) în prevenirea aderențelor intermusculare, intramusculare și peritendinoase

48. Terapia musculaturii spastice cu impulsuri de formă dreptunghiulară este indicată în: (1, pag. 157)

- a) pareze spastice în cadrul sclerozei în placi
- b) hemipareze spastice după accidente vasculare cerebrale
- c) scleroza laterală amiotrofică
- d) scleroza difuză avansată
- e) boala Parkinson

49. Indicațiile principale pentru stimularea contracției musculaturii netede cu impulsuri exponențiale sunt: (1, pag. 159)

- a) constipațiile cronice atone
- b) nevralgii și nevrite
- c) atonia vezicală postoperatorie
- d) stări postcontuzionale și postentorse
- e) contracțiile uterine slabe primare la naștere

50. Următoarele afirmații referitoare la fibrele A- α sunt adevărate: (1, pag. 160)

- a) conduc impulsuri pentru apariția senzațiilor tactile generate de vibrații și de presiune
- b) au diametru mare
- c) sunt rapid conducătoare și sunt nespecifice pentru durere
- d) conduc impulsuri pentru durerea tolerabilă, bine localizată, sub formă de înțepături fine
- e) sunt lent conducătoare

51. Forma clasică de CDD (curenți diadinamici)-RS (ritm sincopat) se caracterizează prin: (1, pag. 165)
- a) are cel mai pronunțat efect excitomotor
 - b) are efecte vasodilatatoare și trofice remarcabile
 - c) are cel mai antialgic efect
 - d) este utilizat ca formă de introducere în aplicațiile în scop primordial antialgic
 - e) este indicat în atoniile musculare normoinervate
52. Modalitățile de aplicare ale CDD (curenți diadinamici) sunt următoarele: (1, pag. 165)
- a) cu electrozi aplicați transversal
 - b) cu electrozi aplicați longitudinal
 - c) cu bobine cervical și lombar
 - d) cu monoda
 - e) cu ajutorul transductorului
53. Contraindicațiile terapiei cu TENS (stimulare nervoasă electrică transcutanată) sunt : (1, pag.172)
- a) purtătorii de pacemaker cardiac sau la cei cu implant trohlear
 - b) aplicarea pe regiunea anterioară cervicală sau la nivelul feței și globilor oculari
 - c) pe zone cu iritație cutanată sau zone de discontinuitate
 - d) durerile psihogene, epilepsia
 - e) durerile “fantomă” după amputațiile membrelor
54. Terapia cu curenți interferețiali poate fi aplicată cu ajutorul electrozilor de tip: (1, pag. 191)
- a) placă
 - b) vacuum sau de tip ventuză
 - c) mănușă
 - d) Schliephake
 - e) periniță
55. Indicațiile terapiei cu curenți interferețiali sunt: (1, pag. 199)
- a) afecțiuni ale aparatului locomotor
 - b) afecțiuni vasculare periferice
 - c) afecțiuni ale organelor interne
 - d) stări febrile de etiologii diverse
 - e) aplicații toracice în aria precordială în cazul tulburărilor cardiace organice și funcționale
56. Proprietățile fizice ale curenților de înaltă frecvență sunt: (1, pag. 214-215)
- a) frecvență foarte mare $>100000\text{Hz}$
 - b) produc fenomene capacitive reduse
 - c) produc fenomene inductive importante
 - d) producerea de energie calorică
 - e) încălzesc puternic corpurile metalice și soluțiile electrolitice
57. Efectele pe verigile fiziopatologice ale terapiei cu înaltă frecvență pulsatilă sunt: (1, pag. 232)
- a) reduce procesul de calusare al fracturilor
 - b) accelerează resorbția hematoamelor și a proceselor inflamatorii
 - c) reduce cicatrizarea diverselor plăgi produse accidental sau postoperator
 - d) favorizează cicatrizarea și vindecarea ulcerelor varicoase

e) diminuează și combate spasmele musculaturii netede

58. Aplicarea ultrasunetelor în doze medii produc: (1, pag. 248)

- a) hiperemie tegumentară
- b) au efecte fibrolitice
- c) distrucții celulare și rupturi capilare
- d) eritem, peteșii, flictene
- e) vasodilatație crescută

59. Indicațiile terapiei cu UUS sunt următoarele: (1, pag. 260-264)

- a) patologia aparatului locomotor: reumatism degenerativ, inflamator și abarticular
- b) modificări tegumentare inflamatorii, infecțioase
- c) patologia aparatului locomotor de natură traumatică și ortopedică
- d) insuficiență coronariană, tulburări de ritm
- e) afecțiunile ginecologice: boli inflamatorii cronice pelvine

60. Contraindicațiile generale ale tratamentului cu UUS sunt: (1, pag. 264)

- a) tulburări de coagulare, fragilitate capilară
- b) afecțiuni locale sau generale țesutului colagen
- c) afecțiuni neurologice: nevralgii și nevrite, sechele nevralgice după herpes Zoster
- d) stări febrile de cauze cunoscute sau nu
- e) suferințe venoase ale membrelor: tromboflebite, tromboze, varice

61. Eritemul actinic de gradul IV se caracterizează prin: (1, pag. 278)

- a) tegumentul este roșu cianotic, edemațiat, dureros
- b) epidermul se decolează, are loc o exfoliere masivă
- c) pigmentația este inhibată, poate să apară porțiuni fără pigment, înconjurate de un halou pigmentar
- d) este urmată la 1-2 săptămâni de o exfoliere cutanată în general fină, furfuracee, mai rar lamelară și de o pigmentație intensă
- e) din a 15-a zi se produce exfolierea, marcată și masivă urmată de formarea unei cruste

62. Contraindicațiile tratamentului cu ultraviolete sunt: (1, pag. 296)

- a) cașexiile de orice natură
- b) rahitismul
- c) insuficiențele hepatice, renale, cardiace
- d) stări hemoragipare
- e) afecțiunile respiratorii

63. Următoarele afecțiuni contraindică aplicarea electrozilor pe tegument: (1, pag. 138)

- a) Supurațiile
- b) Manifestările alergice
- c) Neoplaziile cutanate
- d) Tuberculoza cutanată
- e) Afecțiuni ale sistemului nervos

64. Principalele efecte ale curenților diadinamici sunt: (1, pag. 164)

- a) Analgetice
- b) Hiperemiant
- c) Dinamogene
- d) Miorelaxant

e) Termic

65. Din formele clasice de curenți diadinamici fac parte: (1, pag. 164)

- a) Curentul interferențial
- b) Difazat fix
- c) Monofazat fix
- d) Perioada scurtă
- e) Perioada lungă

66. În aplicarea TENS (stimularea nervoasă electrică transcutanată): (1, pag. 171-172)

- a) electrozi se aplică la 10 cm distanță de suprafața cutanată
- b) electrozi se aplică direct pe partea dureroasă
- c) durata ședințelor este cuprinsă între 20-60 minute
- d) durata ședinței este de 5 minute
- e) se poate aplica și la purtătorii de pacemaker cardiac

67. Principalele efecte ale curenților de medie frecvență sunt: (1, pag. 181)

- a) Acțiune stimulatorie asupra musculaturii scheletice
- b) Acțiune inhibitorie asupra musculaturii scheletice
- c) Efecte stimulatorie asupra musculaturii netede hipotone
- d) Acțiune analgetică
- e) Acțiune inhibitorie pe musculatura hipotonă

68. Dintre proprietățile fiziologice ale undelor scurte fac parte: (1, pag. 215)

- a) Nu au acțiune electrolitică și electrochimică
- b) Nu provoacă excitație neuro-musculară
- c) Au efecte calorice de profunzime, fără a produce leziuni cutanate
- d) Durata stimulului este >0.1 ms
- e) Produc fenomene de polarizare

69. Dintre modalitățile de aplicare a undelor scurte fac parte: (1, pag. 218)

- a) Metoda în câmp condensator
- b) Metoda în câmp inductor
- c) Metoda în câmp galvanic
- d) Aplicare cu electrozi dreptunghiulari
- e) Aplicare sub formă de băi

70. Dintre contraindicațiile aplicării de unde scurte fac parte: (1, pag. 229)

- a) Pace-makerul cardiac
- b) Sarcina
- c) Hipertensiunea arterială controlată medicamentos
- d) Piese metalice intratisulare
- e) Procese neoplazice

71. Dintre efectele fizico-chimice ale ultrasunetelor fac parte: (1, pag. 243-244)

- a) Efect mecanic
- b) Efect termic
- c) Efect de cavitație
- d) Nu au efect termic
- e) Nu au efect de cavitație

72. Dintre indicațiile terapiei cu ultrasunete fac parte: (1, pag. 260-263)

- a) Patologia aparatului locomotor
- b) Afecțiuni dermatologice
- c) Afecțiuni locale sau generale ale țesutului de colagen
- d) Afecțiuni neurologice
- e) Arteriopatiile obliterante stadiul III și IV

73. Curenții de înaltă frecvență : (1, pag. 214-215)

- a) Au frecvența >100.000 Hz
- b) Produc fenomene capacitive importante
- c) Produc energie calorică
- d) Nu produc energie calorică
- e) Au frecvența <100.000 Hz

74. Curentul Trabert: (1, pag. 168-169)

- a) Este un curent triunghiular
- b) Are efect analgetic
- c) Se fac aplicații zilnice
- d) Are indicație în bolile neoplazice
- e) Efectul analgetic apare la debutul ședinței

75. Dintre indicațiile galvanoterapiei fac parte: (1, pag. 137-138)

- a) Afecțiuni reumatice
- b) Paralizii flasce
- c) Nevralgii
- d) Tromboflebite
- e) Neoplasme

VI. RECUPERAREA ÎN AFECȚIUNILE NEUROLOGICE ȘI PSIHOMOTORII

TEMATICA

1. Semiologia motilității: sindromul de neuron motor central; Tratamentul spasticității; Sindromul de neuron motor periferic. Pg. 1-22
2. Neuroreabilitarea pacienților cu afecțiuni ale nervilor periferici; Sindroamele senzitive. Pg. 22-33
3. Sindroamele măduvei spinării; Neuroreabilitarea paraparezei / plegiei. Pg. 35-53
4. Sindroamele vestibulare; Sindroamele cerebelare. Pg. 55-68
5. Boala Parkinson: diagnostic și neuroreabilitare. Pg. 69-89
6. Sindroamele corticale; Reabilitarea pacienților cu demență. Pg. 91-109
7. Miastenia gravis și sindroamele miastenice; Scleroza multiplă. Pg. 111-133
8. Accidentul vascular cerebral ischemic și hemoragic: diagnostic, neuroreabilitare; Neuroreabilitarea pacientului hemiplegic. 135-163

BIBLIOGRAFIA

1. Rodica Bălașa, Smaranda Maier, Anca Moțățăianu, Zoltan Bajko, Adrian Bălașa. Curs de neuroreabilitare. Editura University Press Târgu Mureș, 2014

Tema 1.

1. *Sindromul de neuron motor periferic este caracterizat prin:
- a. Produce doar deficite motorii extinse
 - b. Produce atrofii musculare
 - c. Determină tulburări de sensibilitate cu caracter proximal
 - d. Dureri cu caracter de arsură
 - e. Parestezii permanente

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 20-21

2. *Sindromul de neuron motor periferic clinic se recunoaște după:
- a. Deficit motor-hipotonie-ROT diminuate
 - b. Deficit motor-hipertonie-ROT diminuate
 - c. Deficit motor-hipertonie-ROT vii
 - d. Deficit motor-hipotonie-tremor intențional
 - e. Deficit motor-hipotonie-ROT vii

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 20-21

3. Sindromul de neuron motor periferic se găsește în următoarele afecțiuni:
- a. Polineuropatii metabolice
 - b. Polineuropatii ereditare
 - c. Traumatism cerebral
 - d. Epilepsie
 - e. Scleroza multiplă

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 22

4. Sindromul de neuron motor central se caracterizează prin:
- a. Deficite motorii extinse
 - b. Deficite motorii restrânse
 - c. Hipertonie
 - d. Atofii musculare
 - e. Tulburări de sensibilitate

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 2,3

5. Următoarele afirmații sunt corecte despre atitudinea Wernicke-Mann:
- a. Apare în faza acută a accidentului vascular cerebral ischemic
 - b. Apare în faza cronică a accidentului vascular cerebral ischemic
 - c. Degetele și antebrațul sunt în poziție de flexie, brațul în adducție și rotație internă
 - d. Membrul inferior este în poziție de flexie, abducție și rotație externă
 - e. Membrul inferior este în poziție de extensie, coapsa în adducție și rotație internă

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 4

6. Următoarele afirmații sunt corecte despre fasciculațiile musculare:

- a. Constituie contracții izolate ale unui grup de fibre musculare, fără deplasarea segmentelor membrelor
- b. Deplasează segmentele membrelor
- c. Se asociază frecvent cu spasticitatea
- d. Apar în sindromul de neuron motor central
- e. Sunt determinate de leziuni la nivelul pericarionului neuronului motor periferic

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 21

7. *Reflexele patologice piramidale Babinski și Rosner se găsesc în:

- a. Sindromul cerebelar
- b. Sindromul de neuron motor periferic
- c. Sindromul vestibular
- d. Sindromul de neuron motor central
- e. Sindromul hipertonic+hipokinetic

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 7,8

8. *Tetraplegia este:

- a. Deficitul motor parțial a două membre
- b. Deficitul motor total a patru membre
- c. Deficitul motor al ambilor deltoizi
- d. Deficitul motor total a două membre
- e. Deficitul motor și senzitiv total a patru membre

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 3

9. Următoarele afirmații sunt corecte despre sincinezii:

- a. Sunt tulburări de motilitate asociate patologic
- b. Constă în apariția unor mișcări automate, involuntare ale unor segmente paralizate cu ocazia mișcărilor voluntare executate de segmente sănătoase
- c. Sunt o succesiune de contracții rapide, ritmice, declanșate de elongația bruscă a unor mușchi
- d. Apar în neuropatiile periferice
- e. Poate să apară în cadrul sindromului de neuron motor central

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 7

10. Următoarele afirmații sunt corecte despre sindromul de neuron motor central:

- a. Apare secundar leziunii neuronilor în cornul anterior a măduvei spinării
- b. Apare secundar leziunilor neuronilor piramidali la nivelul scoarței cerebrale

- c. Având în vedere ca tractul piramidal se încrucișează la nivelul porțiunii inferioare a bulbului în leziunile emisferiale simptomatologia pacientului este controlaterală leziunii
- d. Tractul cortico-spinal (piramidal) nu se încrucișează
- e. Apare secundar leziunii tractului cortico-spinal

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 1,2

11. În tratamentul spasticității sunt utile următoarele metode:

- a. Relaxarea prin alungire musculară (stretching)
- b. Tehnici de facilitare neuromusculară proprioceptivă Kabat
- c. Miorelaxante
- d. Tratament chirurgical din fazele incipiente (tenotomie)
- e. Spasticitatea nu poate fi influențată terapeutic

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 9-18

12. Spasticitatea poate să apară în următoarele afecțiuni:

- a. Scleroza multiplă
- b. Accidente vasculare cerebrale
- c. Polineuropatia diabetică
- d. Compresia medulară
- e. Miastenia gravis

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 8

13. Spasticitatea netratată poate conduce la:

- a. Hipertrofie musculară
- b. Retracții tendinoase
- c. Posturi patologice care împiedică alimentația, comunicarea, etc.
- d. Afectarea unor activități zilnice
- e. Vertij

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 12-18

14. Spasticitatea se caracterizează prin:

- a. O activitate crescută, patologică a musculaturii scheletale asociată simptomatologiei sindromului de neuron motor central
- b. Creșterea balansului membrelor pe lângă corp
- c. Creșterea rezistenței la întinderea rapidă pasivă a unui mușchi
- d. Creșterea preciziei mișcărilor
- e. Ameliorarea mersului

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 4, 5

15. Spasticitatea determină:

- a. Creșterea rezistenței la efort fizic

- b. Creșterea bazei de susținere la mers
- c. Slăbiciune musculară
- d. Încetinirea formării unei mișcări voluntare
- e. Pozitivarea probelor de coordonare

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 4,5

16. Scopul tratamentului fizical al spasticității este:

- a. Prevenirea tulburărilor de reflexe
- b. Dispariția reflexelor osteotendinoase
- c. Menținerea lungimii membrului (mușchi, articulații)
- d. Modularea tonusului muscular
- e. Re-educarea mișcării

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 12

17. *Lipsa de mișcare a unor membre spastice predispoze la:

- a. Pierderea reflexelor osteotendinoase
- b. Creșterea eficienței mișcărilor bruște
- c. Osificarea heterotopică
- d. Anhidroză
- e. Ameliorarea tonusului muscular

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 12

18. Rolul fizioterapeutului începe cu:

- a. Analiză a deficitelor motorii, a deviațiilor de postură
- b. Evaluarea alinierii corecte a articulațiilor unui membru
- c. Obținerea unor performanțe fizice
- d. Corectarea hiperspasticității
- e. Relaxarea musculaturii abdominale

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 12

19. Modularea tonusului muscular ca etapă a reeducării spasticității se realizează prin:

- a. Alergare pe bandă
- b. Creșterea dozei de diazepam
- c. Mișcări lente
- d. Mișcări repetate
- e. Exerciții de izometrie

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 13

20. Următoarele grupe medicamentoase sunt utile în tratamentul spasticității:

- a. Miorelaxante (Lioresal)
- b. Benzodiazepine (Diazepam)

- c. Antiinflamatoare (Aspirină)
- d. Toxina botulinică
- e. Antiparkinsoniene

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuoreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 9, 10

21. Factorii exacerbanți ai spasticității sunt:

- a. Infecțiile urinare
- b. Utilizarea medicamentelor sedative
- c. Escarele de decubit
- d. Exercițiile de întindere
- e. Irritațiile pielii

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuoreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 9

Tema 2.

22. Algodistrofia reflexă a membrului superior are următoarele caracteristici:

- a. Este denumit și sindrom umăr-mână
- b. Reprezintă o durere vie, cu caracter de arsură percepută în special noaptea
- c. Reprezintă o durere de intensitate mică, nu necesită tratament
- d. Poate să apară după traumatisme ale umărului și se localizează în întreg membrul superior.
- e. Nu apar modificări vegetative și tulburări trofice

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuoreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 32

23. Disociația siringomielică se caracterizează prin:

- a. Este o tulburare de sensibilitate caracterizată prin pierderea sensibilității termopalgezice, diminuarea celei tactile și păstrarea celei profunde
- b. Se caracterizează prin pierderea sensibilității profunde
- c. Se întâlnește în leziuni situate la diferite niveluri ale căii sensibilității termopalgezice
- d. Este o tulburare de sensibilitate întâlnită în tabes
- e. Toate tipurile de sensibilitate sunt afectate

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuoreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 32, 33

24. Rolul fizioterapiei în neuropatiile acute este:

- a. Prevenirea contracturilor
- b. Relaxare musculară
- c. Prevenirea spasticității
- d. Controlul durerii
- e. Îmbunătățirea respirației

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuoreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 22, 23

25. Care dintre următoarele afirmații sunt corecte referitor la tratamentul de recuperare după o leziune de secționare a unui nerv periferic:

- a. Tratamentul recuperator fizical va începe după 3-4 săptămâni de la suturarea nervului
- b. Tratamentul recuperator fizical se începe imediat după suturarea nervului
- c. Apariția sensibilității manifestată prin durere și a motricității prin revenirea tonusului muscular este dovada regenerării nervului
- d. Acolo unde mișcarea începe să se schițeze se continuă cu mișcări active ajutătoare
- e. Tratamentul fizical este contraindicat

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 26, 27

Tema 3.

26. Sindromul de hemisecțiune medulară Brown-Sequard cuprinde:

- a. Homolateral: deficit motor
- b. Controlateral: anestezie termoalgezică
- c. Controlateral: hipopalestezie (afectarea sensibilității profunde)
- d. Homolateral: hipoestezie superficială
- e. Homolateral: hipopalestezie (afectarea sensibilității profunde)

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 36

27. Măduva spinării are structură formată din:

- a. Substanță cenușie
- b. Substanță neagră
- c. Substanță albă
- d. Ligamente
- e. Ganglioni

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 36

28. Măduva spinării este:

- a. Componenta inferioară a SNC
- b. Se găsește în canalul rahidian, în prelungirea bulbului
- c. Se află în fosa cerebral posterioară
- d. Se continuă cu pedunculul cerebral
- e. Se divide în două cordoane

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 35

29. Sindromul de secțiune medulară totală în faza de șoc medular se caracterizează prin:

- a. Paralizie flască, masivă, globală și omogenă, cu abolirea tonusului postural
- b. Paralizie spastică, incompletă
- c. Tulburări trofice, cu amiotrofii, edeme, escare galopante
- d. Tulburările sfincteriene apar foarte rar

- e. Tulburările sfincteriene apar frecvent

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 36, 37

30. Managementul leziunilor spinale traumatice în prespital:

- a. Pacientul va fi așezat în poziție șezândă
- b. Mobilizare precoce
- c. Pacientul va fi sfătuit să nu se miște
- d. Vor fi verificate căile respiratorii
- e. Dacă este necesar transferul pacientului, se va face cu grijă, de către cel puțin 4 persoane

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 39

31. Managementul durerii în neuroreabilitarea paraparezei include

- a. Electroterapie
- b. Poziționare corectă
- c. Anticoagulante
- d. TENS
- e. Administrare de toxină botulinică

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 47

Tema 4

32. Sindromul vestibular periferic se caracterizează prin:

- a. Vertij intens, rotator, paroxistic
- b. Fenomene vegetative accentuate
- c. Lipsa fenomenelor vegetative
- d. Nistagmus
- e. Apare secundar hemoragiei cerebrale

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 57

33. Cauzele frecvente ale sindromului vestibular periferic sunt:

- a. Afecțiuni ale urechii interne
- b. Scleroza multiplă
- c. Boala Meniere
- d. Tumori cerebrale
- e. Accidente vasculare cerebrale

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 57

34. Caracteristicile sindromului vestibular central sunt:

- a. Vertij de intensitate scăzută
- b. Nistagmus nesistematizat
- c. Nistagmus sistematizat

- d. Fenomene vegetative minime sau absente
- e. Proba Romberg sistematizat, lateralizat de partea leziunii

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuoreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 58

35. *Cerebelul este:

- a. Parte a măduvei spinării în porțiunea cervicală
- b. Zonă din diencefal
- c. Parte a emisferelor cerebrale
- d. Porțiunea inferioară a trunchiului cerebral
- e. Situat în fosa cerebrală posterioară

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuoreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 59

36. Următoarele semne neurologice sunt sugestive pentru afectare cerebelară:

- a. Mers ebrios, cu bază de susținere lărgită
- b. Mers cu pași mici, târșit
- c. Ataxie
- d. Dismetrie
- e. Mers stepat

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuoreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 61

37. Următoarele afirmații sunt corecte despre tremorul intențional:

- a. Apare în caz de afectare cerebelară
- b. Este caracteristic sindromului parkinsonian
- c. În majoritatea cazurilor nu duce la dizabilitate, este doar o problemă estetică
- d. Poate să ducă la dizabilitate, de exemplu probleme de alimentație
- e. Reprezintă oscilații ale membrelor (mai ales la cele superioare), care cresc în intensitate la sfârșitul mișcărilor, când pacientul intenționează să atingă o țintă.

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuoreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 62

38. Următoarele afirmații sunt corecte despre utilizarea de greutate în recuperarea pacientului cu afecțiune cerebelară:

- a. Poate să fie eficace în efectuarea unor activități manuale ca scris, alimentație, îmbrăcare
- b. Se amplasează greutate de 20 kg la nivelul cotului și încheieturii mâinii
- c. Nu generează oboseală, de aceea poate să fie utilizată fără prudență
- d. Nu se utilizează această tehnică în afecțiuni cerebelare
- e. Generează oboseală marcată, de aceea se propune cu prudență

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuoreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 66, 67

Tema 5.

39. Boala Parkinson NU se caracterizează prin:

- a. Bradikinezie, tremor, hemipareză
- b. Bradikinezie, rigiditate
- c. Mers săltăreț
- d. Răspuns favorabil la tratament medicamentos cu L Dopa
- e. Facies hipomimic

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 72-78

40. Neuroreabilitarea în boala Parkinson urmărește:

- a. Menținerea unui grad mai mare de independență
- b. Prevenirea căderilor
- c. Ameliorarea mersului
- d. Evitarea necesității tratamentului medicamentos
- e. Participarea la Cross

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 80-89

41. *Neuroreabilitarea în Boala Parkinson se începe:

- a. Odată cu imobilizarea la pat a pacienților
- b. La cererea familiei
- c. Cât mai precoce
- d. După administrarea tratamentului
- e. Dacă medicația nu are efect

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 81

42. Menținerea mobilității funcționale a parkinsonianului se realizează prin:

- a. Învățarea unor mișcări compensatorii
- b. Utilizarea unor unelte ajutătoare
- c. Folosirea unor roboți multifuncționali
- d. Crearea unui program informatizat
- e. Detectarea artrozelor

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 80-89

43. Mersul parkinsonianului se ameliorează prin:

- a. Administrarea de energizante
- b. Trasarea unui ghidaj vizual
- c. Exerciții peste obstacole
- d. Exerciții după un ritm acustic
- e. Administrare de miorelaxante

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 80-89

44. Următoarele sunt semne clinice sugestive pentru boala parkinson.

- a. Mers încetinit
- b. Față inexpressivă
- c. Mers instabil, cu bază lărgită
- d. Tremor de repaus la nivelul mâinilor
- e. Mers cosit

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 71-78

45. Semnele cardinale ale bolii Parkinson sunt

- a. Tremor de repaus
- b. Spasticitate musculară
- c. Rigiditate musculară, akinezie
- d. Demență
- e. Ataxie

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 72

46. Bradikinezia se caracterizează prin:

- a. Apare rar în boala parkinson
- b. Reprezintă încetinirea mișcării
- c. Manifestările faciale și vocale ale bradikineziei sunt hipomimia și hipofonia
- d. Oboseală rapidă în timpul unor mișcări repetitive
- e. Nu influențează calitatea de viață a pacientului

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 74, 75

47. Neuroreabilitarea pacienților cu boala parkinson are următoarele principii:

- a. Adresarea precoce a pacientului către un fizioterapeut este importantă pentru prevenirea slăbiciunii musculare, scăderea gradului de mobilitate, scăderea rezistenței la efort
- b. Gimnastica medicală este contraindicată pentru că duce la o oboseală musculară accentuată și creșterea rigidității
- c. Are importanță doar în stadiile tardive a bolii
- d. Necesită o echipă multidisciplinară.
- e. Neuroreabilitarea nu este utilă în boala Parkinson, se tratează exclusiv medicamentos

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 80, 81

Tema 6.

48. Afazia motorie are următoarele caracteristici

- a. Imposibilitatea înțelegerii limbajului
- b. Imposibilitatea exprimării limbajului sonor
- c. Apare în leziunile emisferei non-dominante

- d. Apare în leziunile emisferei cerebrale dominante, cauza principală fiind accidentul vascular cerebral
- e. Logopedia este importantă în recuperarea acestei afecțiuni

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 93

49. Pacienții cu sindrom parietal prezintă următoarea simptomatologie:

- a. Afazie motorie Broca
- b. Ataxie cerebelară
- c. Tulburări de sensibilitate (hipoestezie superficială și profundă pe hemicorpul controlateral)
- d. Tulburări vestibulare
- e. Afazia de conducere

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 94

50. *Simptomatologia sindromului temporal NU include:

- a. Tulburări de vorbire de tip afazie senzorială
- b. Epilepsia temporală
- c. Afazia motorie
- d. Tulburări de auz
- e. Tulburări de memorie din cauza afectării hipocampului

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 95

51. Caracteristicile bolii Alzheimer sunt:

- a. Scăderea forței musculare la membrele inferioare (parapareză)
- b. Pierdere progresivă de memorie asociată de minimum o altă disfuncție cognitivă (ex. afazie, apraxie)
- c. Prezența semnelor neurologice de focar și a tulburărilor de mers din stadii incipiente de boală
- d. Deteriorare cognitivă globală, care implică un declin față de nivelul anterior de funcționare
- e. Factorii de risc cei mai importanți sunt: vârsta, istoric familial pozitiv

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 101

52. Caracteristicile stadiului terminal de demență

- a. Tratamentul fizical și de recuperare vizează reintegrarea în societate a pacienților
- b. Tratamentul fizical vizează managementul contracturilor, poziționare în pat, în șezut, mișcări pasive
- c. În acest stadiu pacientul este complet dependent
- d. Tratamentul fizical este periculos și contraindicat din cauza riscului de cădere
- e. Educarea însoțitorilor este importantă

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 108

53. Scopul reabilitării pacienților cu demență este:

- a. Ajutarea persoanei de a-și menține un timp cât mai îndelungat abilitățile personale care îi conferă independență
- b. Menținerea dependenței la niveluri minime cât mai lung timp
- c. Combaterea obezității
- d. Combaterea afecțiunilor cardiace asociate
- e. Menținerea, ameliorarea calității vieții

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 104

Tema 7.

54. Caracteristicile miasteniei gravis sunt:

- a. Paralizii ireversibile
- b. Oboseala musculară fluctuantă, care este mai accentuată după efort fizic și vespéral
- c. Este o boală neurodegenerativă, fără posibilități de tratament
- d. Este o boală autoimună, care poate să prezinte evoluție favorabilă sub tratament adecvat
- e. Poate să afecteze musculatura respiratorie

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 111-114

55. Spasticitatea în scleroza multiplă are următoarele caracteristici:

- a. Uneori un anumit grad de spasticitate este benefică, mai ales acelor pacienți, care folosesc tonusul muscular crescut pentru menținerea ortostațiunii
- b. Spasticitatea totdeauna este nocivă și necesită tratament medicamentos agresiv
- c. Predomina la membrele superioare, la extensorii mâinii și abductorii umărului
- d. Tehnicile de elecție utilizate în procesul de reabilitare sunt cele de întindere și de poziționare, care mențin întinderea musculară prelungită
- e. Spasticitatea apare foarte rar în scleroza multiplă

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 130

56. Care este scopul tratamentului fizical la un pacient cu scleroză multiplă cu ataxie:

- a. Creșterea stabilității posturale
- b. Reducerea spasticității
- c. Prevenirea atitudinii Wernike Mann
- d. Creșterea preciziei mișcărilor
- e. Prevenirea escarelor

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 131

57. Următoarele afirmații sunt corecte despre scleroza multiplă

- a. De obicei afectează adultul tânăr
- b. Grupa de vârstă > 60 ani este mai frecvent afectată
- c. În majoritatea cazurilor evoluția este benignă

- d. Poate să determine invalidități majore
- e. Afectează sistemul nervos central la diferite nivele

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 119

58. Simptomatologia pacientului cu scleroză multiplă include

- a. Anomalii senzitive, parestezii, dureri
- b. Anomalii motorii, deficit motor piramidal, spasticitate
- c. Tulburări sfincteriene, retenție sau incontinență urinară
- d. Rigiditate, tremor de repaus
- e. Atrofii musculare

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 120-122

59. *Forma recurent-remisivă a sclerozei multiple se caracterizează prin:

- a. Agravări episodice, fără ameliorare ulterioară
- b. Agravări bine individualizate și recuperări complete sau parțiale
- c. Progresie continuă de la debut, dar cu episoade acute de agravare
- d. Evoluție lentă de la debut, cu platouri ocazionale sau îmbunătățiri minime temporare
- e. Evoluție benignă în toate cazurile

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 123

60. Neuroreabilitarea pacienților cu scleroză multiplă are ca scop:

- a. Menținerea și creșterea nivelului de mobilitate
- b. Prevenirea puseelor acute
- c. Încurajarea stabilității posturale
- d. Prevenirea contracturilor.
- e. Evitarea apariției unor leziuni cerebrale noi

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 126, 127

61. Dezavantajele dispozitivelor ajutătoare în scleroza multiplă sunt

- a. Reducerea fatigabilității
- b. Reducerea reacțiilor de echilibrare
- c. Creșterea distanței de mers
- d. Reducerea mișcărilor capului și trunchiului
- e. Anomalii posturale

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 132

62. *Triada de sindroame din scleroza multiplă cuprinde:

- a. Piramidal-cerebelar-extrapiramidal
- b. Piramidal-cerebelar-vestibular
- c. Extrapiramidal-vestibular-piramidal
- d. Cerebelar-extrapiramidal-vestibular

- e. Nici unul de mai sus

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 121, 122

63. *Scleroza multiplă afectează mai ales:

- a. Vârstnicii
- b. Copiii
- c. Femeile tinere
- d. Pensionarii
- e. Preșcolarii

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 119

Tema 8

64. *Un pacient în vârstă de 50 ani, fumător, hipertensiv prezintă în mod brusc în timpul unor ședințe de gimnastică medicală (pentru dureri de tip sciatică) asimetrie facială stg. și scăderea forței musculare la membrele stg. Care este atitudinea corectă:

- a. Pacientul trebuie așezat în clinostatism și așteptăm ameliorarea spontană
- b. Având în vedere ca pacientul prezintă semnele unui posibil accident vascular cerebral acut chemăm salvarea ca pacientul să fie transportat la serviciul de urgență
- a. S-a decompensat hernia de disc lombară a pacientului din cauza oboselii, facem o pauză de 30 minute
- c. Trimitem pacientul la domiciliu urmând să revină a doua zi.
- d. Continuăm gimnastica medicală

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 139-143

65. *Care este factorul de risc cel mai important pentru hemoragia cerebrală?

- a. Sedentarism
- b. Alimentație neadecvată
- c. Hipertensiunea arterială
- d. Hipercolesterolemie
- e. Vârsta

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 144-145

66.* În cursul ședințelor de kinetoterapie pacientul hemiplegic post accident vascular cerebral hemoragic prezintă edemațiunea membrului inferior paralizat, cu temperatură locală crescută și eritem. Pacientul acuza durere spontană la acest nivel. Care dintre următoarele afirmații sunt corecte:

- a. Atragem atenția medicului curant asupra unei posibile complicații (tromboflebită?) și întrebăm dacă putem să continuăm gimnastica medicală
- b. Creștem frecvența și intensitatea exercițiilor, existând pericolul unei redori articulare

- b. Aplicăm masaj asupra teritoriului edemațiat
- a. Continuăm gimnastica medicală, edemul gambier nu este de competența kinetoterapeutului.
- b. Acest aspect nu influențează activitățile de recuperare

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 149

67. Scopul recuperării pacienților cu stroke este:

- a. Renunțarea la tratamentele medicamentoase
- b. Maximizarea abilităților funcționale
- c. Reluarea abilității de a conduce autovehicule
- d. Prevenirea complicațiilor secundare (escare)
- e. Integrarea nevoilor și a dorințelor pacientului în posibilitățile fizice ale acestuia

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 146-153

68. *Ordinea cronologică de atins a recuperării în stroke este:

- a. Clinostatism-mers-săritură
- b. Ortostatism-clinostatism-șezut
- c. Mers-clinostatism-șezut
- d. Clinostatism-șezut-ortostatism
- e. Clinostatism-mers-ortostatism

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 151

69. *Neuroreabilitarea pacientului cu AVC ischemic începe:

- a. La 3 săptămâni de la debut
- b. După controlul obișnuit la 3 săptămâni
- c. După reîntoarcerea la domiciliu
- d. Imediat după debutul atacului, dacă starea clinică a pacientului permite
- e. Când este familia prezentă

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 149

70. Pacientul care intră în faza intermediară a reabilitării după stroke are următoarele caracteristici:

- a. Este în comă profundă
- b. Pacientul este stabil medical
- c. Conștient
- d. Întors la domiciliu
- e. Angajat activ în procesul de reabilitare

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuroreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 151

71. Scopul kinetoterapiei respiratorii este:

- a. Evitarea escarelor
- b. Ameliorarea durerilor articulare
- c. Menținerea căilor aeriene la parametrii maximi
- d. Stimularea tusei
- e. Încurajarea normalizării respirației

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuoreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 149-150

72. *Care mușchi este implicat cel mai mult pentru recuperarea ortostatismului:

- a. Cvadriceps
- b. Triceps
- c. Deltoid
- d. Sartorius
- e. Pronator teres

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuoreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 158-159

73. Simptomatologia pacientului în faza acută (primele ore după debut) a accidentului vascular cerebral ischemic în teritoriul silvian (artera cerebrală medie) include:

- a. Hemipareză spastică predominant facio-brahială controlateral leziunii
- b. Hemipareză flasca predominant facio-brahială controlateral leziunii
- c. Afazie în caz de afectare a emisferei dominante
- d. Pareza crurală controlaterală leziunii
- e. Afazie, în caz de afectare a emisferei non-dominante

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuoreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 142

74. *Simptomatologia accidentului vascular cerebral în teritoriul vertebro-bazilar NU include:

- a. Parezele de nervi oculomotori
- b. Ataxia
- c. Tulburările afazice
- d. Sindromul vestibular
- e. Vedere dublă

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuoreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 141

75. Tehnici funcționale noi în recuperarea hemiplegiei post accident vascular cerebral sunt:

- a. Reeducarea asistată de calculator
- b. Metoda Bobath
- c. Metoda Perfetti
- d. Metoda brațului constrâns
- e. Reeducare prin retroacțiune vizuală

Bibliografie:

Bălașa R. și colab.-2014, Curs de neuoreabilitare. University Press, Târgu Mureș, pag. 147

VII. RECUPERAREA ÎN PATOLOGIA SPORTIVĂ

TEMATICA

1. Bazele recuperării în traumatologia sportivă 1 (p. 10-16)
2. Principalele structuri anatomice afectate în traumatologia sportivă 1 (p. 17-27)
3. Recuperare în patologia sportivă a umărului 1 (p. 37-54)
4. Recuperare în patologia sportivă a cotului 1 (p. 70-80)
5. Recuperare în patologia sportivă a pumnului și mâinii 1 (p. 91-102)
6. Recuperare în patologia sportivă a șoldului 1 (p. 113-119)
7. Recuperare în patologia sportivă a genunchiului 1 (127-150)
8. Recuperare în patologia sportivă a gleznei și piciorului 1 (p. 164-176)

BIBLIOGRAFIA

1. Hidi M., Pop T.S., Gergely I. – Recuperarea în patologia osteo-articulară la sportivi; Editura University Press, 2015

1. Evaluarea inițială a pacientului este obligatorie pentru:
 - a. Stabilirea restantului funcțional
 - b. Stabilirea diagnosticului clinic
 - c. Evaluarea mecanismelor funcționale compensatorii
 - d. Tratament kinetoprofilactic
 - e. Alcătuirea și dozarea adecvată a programului de recuperare

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 10

2. Reevaluările periodice sunt necesare pentru:
 - a. Urmărirea în dinamică a rezultatelor obținute
 - b. Obiectivarea rezultatelor obținute
 - c. Ajustarea programului de recuperare
 - d. Identificarea măsurilor compensatorii necesare pentru a putea relua cât mai repede activitatea competițională
 - e. Evaluarea capacității de muncă

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 10

3. Testarea mobilității articulare:
 - a. Se efectuează întotdeauna bilateral
 - b. Se realizează după bilanțul muscular
 - c. Valorile normale se stabilesc prin compararea rezultatelor cu unghiul de mobilitate al segmentului contralateral și cu mediile valorilor populației sănătoase
 - d. Se efectuează ochiometric
 - e. Valorile normale se stabilesc prin compararea rezultatelor cu mediile valorilor populației sănătoase

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 10

4. Senzația finală:

- a. Fermă apare în afectarea țesuturilor moi periarticulare
- b. Dură apare în afectarea osoasă
- c. Reprezintă rezistența resimțită de mâna examinatorului la amplitudinea maximă de mișcare
- d. Fermă apare în afecțiunile aparatului capsulo-ligamentar
- e. Moale apare în afectarea structurilor moi periarticulare

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 10

5. Stadiul procesului inflamator:

- a. Inflamația este în fază acută dacă durerea apare la unghiul maxim de mișcare
- b. Se poate aprecia înregistrând momentul apariției durerii la mobilizarea articulației
- c. Inflamația este în fază acută dacă durerea apare imediat după mobilizarea articulației
- d. Inflamația este în fază cronică dacă durerea apare la unghiul maxim de mișcare
- e. Se poate aprecia înregistrând senzația finală resimțită de mâna examinatorului la unghiul maxim de mișcare

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 10

6. Contraindicațiile efectuării bilanțului muscular sunt reprezentate de:

- a. Fracturi recente sau în curs de consolidare
- b. Bursite
- c. Hematomul intramuscular
- d. Luxațiile recente
- e. Tendinite

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 11

7. Rezistență musculară:

- a. Este denumită și anduranță musculară
- b. Reprezintă capacitatea mușchiului de a susține un efort
- c. Reprezintă starea de contracție parțială a mușchiului
- d. Reprezintă capacitatea mușchiului de a se opune unei rezistențe
- e. Reprezintă capacitatea mușchiului de a combate o rezistență

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 11

- 8. Primul ajutor în cazul traumatismelor sportive constă în:**
- a. Punerea în repaus a segmentului afectat**
 - b. Elevarea segmentului deasupra planului orizontal**
 - c. Transportul accidentatului la un centru de specialitate**
 - d. Mobilizarea precoce a segmentului afectat**
 - e. Termoterapie locală**

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 12

- 9. Crioterapia:**
- a. Aplicată incorect poate cauza degerături sau leziuni nervoase**
 - b. Se aplică 20-30 minute la fiecare 2 ore**
 - c. Nu se aplică direct pe tegument**
 - d. Este contraindicată în faza acută a traumatismelor**
 - e. Are ca efect analgezia locală**

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 12

- 10. Manevrela greșită de reducere a luxațiilor și a fracturilor cu deplasare:**
- a. Nu reprezintă niciun risc**
 - b. Pot provoca leziuni de țesuturi moi suplimentare**
 - c. Pot provoca leziuni vasculare suplimentare**
 - d. Pot provoca leziuni nervoase suplimentare**
 - e. Pot provoca apariția unor noi focare de fractură**

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 13

- 11. Avantajele intervenției artroscopice sunt:**
- a. Cicatrice minimă**
 - b. Evoluție postoperatorie trenantă**
 - c. Riscul minim de complicații**
 - d. Recuperare rapidă**
 - e. Presupune cea mai mică traumă posibilă pentru pacient datorită faptului că este o intervenție minim invazivă**

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 13

- 12. Aspectele specifice ale recuperării sportive sunt următoarele:**
- a. În personalizarea programului de recuperare se va ține cont de ramura sportivă practică**
 - b. Scopul final este dezvoltarea unor capacități compensatorii**
 - c. În alcătuirea programului de recuperare se va ține cont de capacitatea crescută la efort a sportivului**

- d. Recuperarea sportivilor implică volum și intensitate mai mare
- e. Recuperarea sportivului trebuie să fie activă și precoce

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 13

13. Scopul final al recuperării sportivului este:

- a. Prevenirea reaccidentărilor
- b. Restabilirea rapidă și completă a funcțiilor perturbate
- c. Redobândirea parțială a mobilității articulare
- d. Recâștigarea parțială a stabilității articulare
- e. Reluarea activității competiționale într-un timp cât mai scurt

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 13

14. Agenții fizici utilizați în recuperarea sportivă sunt următoarele:

- a. Antiinflamatoare nesteroidiene
- b. Crioterapia
- c. Electroterapia
- d. Termoterapia
- e. Crio-termoterapia

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 14

15. Obiectivele tratamentului activ funcțional complex sunt:

- a. Mobilizarea pasivă a segmentului afectat
- b. Generarea stimulentei specific de regenerare
- c. Restabilirea metabolismului zonei afectate
- d. Ameliorarea durerii
- e. Refacerea echilibrului muscular

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 15

16. Criteriile generale de reluare a activităților sportive sunt:

- a. Redobândirea completă sau cel puțin a 85% din forța musculară comparativ cu membrul contralateral
- b. Redobândirea completă a mobilității articulare
- c. Recuperarea a 80% din capacitatea funcțională avută anterior accidentării
- d. Examen neurologic normal
- e. Absența durerii și a inflamației

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 15

17. Modalitățile de prevenire a accidentărilor sportive sunt:

- a. Programe de antrenament pentru profilaxia traumatismelor
- b. Reluarea activității competiționale cât mai rapide
- c. Reluarea activității competiționale când sportivul recuperează 75% din capacitatea funcțională avută anterior accidentării
- d. Evaluarea periodică a sportivilor pentru identificarea posibilelor factori de risc
- e. Respectarea tuturor fazelor ale programului de recuperare pentru o recuperare funcțională completă

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 15

18. *Substratul fiziopatologic al entorselor este reprezentat de:

- a. Întreruperea continuității unui os
- b. Ruptura parțială sau completă a țesutului muscular
- c. Leziuni ligamentare însoțite de destinderea sau ruptura parțială a țesuturilor moi periarticulare
- d. Leziunea cartilajului articular
- e. Leziunea ligamentelor intrarticulare

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 17

19. Cartilajul hialin:

- a. Are o vascularizație bogată
- b. Absoarbe șocurile și asigură o frecare minimă între suprafețele articulare
- c. Este un țesut avascular și aneuritic
- d. Are tendință de vindecare spontană
- e. Are inervație bogată

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 19

20. Meniscurile:

- a. Sunt formațiuni anatomice alcătuite din cartilaj hialin
- b. Sunt situate intraarticular la nivelul articulației scapulo-humerale
- c. Sunt formațiuni anatomice fibrocartilaginoase
- d. Corectează incongruența suprafețelor articulare
- e. Amortizează șocurile, protejând astfel cartilajul articular

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 20

21. Rolul ligamentelor este:

- a. Asigurarea conexiunii dintre mușchi și os
- b. Asigurarea stabilității articulare

- c. Stoparea mișcărilor anormale sau cu amplitudine excesivă
- d. Reducerea fricțiunii dintre suprafețele articulare
- e. Amortizarea contracțiilor musculare brutale

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 20

22. În cazul leziunilor ligamentare, imobilizarea prelungită:

- a. Favorizează în orientarea fibrelor de collagen în direcția solicitărilor
- b. Favorizează apariția aderențelor intraarticulare
- c. Crește rezistența ligamentului la întindere
- d. Favorizează extinderea țesutului cicatriceal
- e. Scade rezistența ligamentului la întindere

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 21

23. *Bursita reprezintă:

- a. Inflamația tendonului
- b. Ruptura parțială a tendonului
- c. Inflamație zonei de tranziție musculo-tendinoase
- d. Inflamația bursei
- e. Inflamația inserției ligamentare

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 22

24. *Elementul activ al aparatului locomotor este:

- a. Mușchiul
- b. Osul
- c. Ligamentul
- d. Tendonul
- e. Capsula articulară

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 23

25. Contuzia musculară:

- a. Este urmată de apariția hematomului intramuscular
- b. Întotdeauna este însoțită de leziuni nervoase
- c. Este însoțită de leziuni vasculare
- d. Localizarea cea mai frecventă se găsește la nivelul cvadricepsului femural
- e. Reprezintă ruptura completă a mușchiului

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 24

- 26.** În faza dinamică, obiectivele generale ale recuperării umărului posttraumatic sunt:
- a.** Refacerea propriocepției și a controlului motor
 - b.** Prevenirea tulburărilor vasculo-trofice
 - c.** Prevenirea sau corectarea posturilor vicioase ale umărului, coloanei cervicale și dorsale
 - d.** Refacerea mobilității complete a tuturor articulațiilor centurii scapulo-humerale
 - e.** Prevenirea atrofiei musculare

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 38

- 27.** Sindromul de impingement subacromial:

- a.** Reprezintă cea mai frecventă cauză a durerilor de umăr
- b.** Apare datorită lezării mușchiului deltoid
- c.** Apare datorită comprimării țesuturilor moi în spațiul subacromial
- d.** Apare în urma fracturilor claviculare
- e.** Apare în urma efectuării unor activități care implică ridicarea repetitivă a brațului deasupra capului

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 38

- 28.** Recuperarea postoperatorie după decompresia subacromială artroscopică:

- a.** Debutază imediat după intervenția chirurgicală
- b.** Are ca scop restabilirea mobilității articulare
- c.** Se bazează pe gimnastica pasivă
- d.** Are ca scop prevenirea atrofiei musculare
- e.** Se bazează pe gimnastica activă

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 39

- 29.** Obiectivele fazei a III-a în recuperarea postoperatorie după decompresia subacromială artroscopică sunt:

- a.** Reluarea progresivă a activităților sportive
- b.** Combaterea durerii prin administrare de antialgice
- c.** Atingerea mobilității articulare active complete și nedureroase
- d.** Prevenirea atrofiei musculare
- e.** Forță musculară identică cu membrul contralateral

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 40

- 30.** Coafa rotatorilor:

- a.** Este formată din trei mușchi
- b.** Înconjoară articulația scapulo-humerală asemenea unui manșon
- c.** Este principalul stabilizator pasiv al articulației scapulo-humerale

- d. Are rol în menținerea stabilității articulare
- e. Este formată din patru mușchi

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 41

31. *În cazul leziunilor coafei rotatorilor:

- a. Tendonul bicipital distal este afectat cel mai frecvent
- b. Tendonul mușchiului deltoid este afectat cel mai frecvent
- c. Tendonul mușchiului supraspinos este afectat cel mai frecvent
- d. Tendonul capului lung al bicepsului este afectat cel mai frecvent
- e. Tendonul mușchiului supraspinos este afectat cel mai frecvent

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 41

32. În faza a III-a a recuperării după tratamentul chirurgical al leziunilor buretului glenoidian, obiectivele sunt:

- a. Inițializarea contracțiilor submaximale ale bicepsului
- b. Reluarea progresivă a activităților sportive
- c. Mobilizări active fără a depăși elevația orizontală a brațului
- d. Refacerea mobilității articulare active complete
- e. Prevenirea atrofiei musculare

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 46

33. În cazul tratamentului conservator al luxației acromio-claviculare, obiectivele recuperării sunt:

- a. Îmbunătățirea mobilității articulației acromio-claviculare
- b. Protejarea țesuturilor afectate
- c. Menținerea mobilității articulațiilor proximale și distale
- d. Menținerea contactului dintre suprafețele articulare
- e. Restabilirea ritmului scapulo-humeral

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 47

34. *Cea mai frecventă formă de luxație scapulo-humerală este luxația:

- a. Posterioară
- b. Inferioară
- c. Anterioară
- d. Superioară
- e. Postero-superioară

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 49

35. Tratamentul conservator al luxației scapulo-humerale vizează:

- a. Reducerea
- b. Reducerea sângerândă
- c. Conținția
- d. Osteosinteza
- e. Reeducarea

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 49

36. *În prima fază a tratamentului conservator al luxației anterioare a articulației scapulo-humerale se recomandă:

- a. Stretching-ul capsulei articulare anterioare
- b. Inițializarea precoce a exercițiilor specifice sportului practicat
- c. Imobilizarea completă a membrului superior afectat în primele 3 săptămâni
- d. Exerciții active cu rezistență progresivă
- e. Protejarea țesuturilor afectate

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 50

37. În cazul tratamentului chirurgical al luxației scapulo-humerale anterioare, în prima fază a programului de recuperare obiectivele sunt:

- a. Atingerea mobilității articulare complete
- b. Reluarea progresivă a activităților cotidiene
- c. Evitarea extensiei umărului
- d. Stretching-ul capsulei articulare posterioare
- e. Stretching-ul capsulei articulare anterioare

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 52

38. În cazul tratamentului chirurgical al luxației scapulo-humerale posterioare, în prima fază a programului de recuperare se recomandă:

- a. Atingerea mobilității articulare complete
- b. Combaterea durerii
- c. Prevenirea posturilor vicioase ale coloanei cervicale
- d. Protejarea țesutului reparat
- e. Inițializarea efectuării exercițiilor efectuate în lanț cinematic închis

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 53

39. *Articulația care dezvoltă cu cea mai mare ușurință redori ireductibile sau greu reductibile este:

- a. Cotul

- b. Umărul
- c. Genunchiul
- d. Șoldul
- e. Glezna

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 70

40. Metodele utilizate în recuperarea cotului vor fi stabilite în funcție de:

- a. Preferințele pacientului
- b. Preferințele kinetoterapeutului
- c. Diagnosticul clinic
- d. Diagnosticul funcțional
- e. Diagnosticul integrativ al pacientului în mediul său

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 70

41. Tratamentul conservator al epicondilitelor vizează:

- a. Restabilirea mișcărilor nedureroase pe toată amplitudinea articulară
- b. Refacerea stereognoziei
- c. Reducerea durerii și a inflamației
- d. Refacerea stabilității articulare
- e. Imobilizarea intermitentă a cotului în ortează de contraforță

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 71

42. Epicondilita laterală:

- a. Este denumită și cotul jucătorului de golf
- b. Reprezintă o afecțiune degenerativă și inflamatorie a tendoanelor mușchilor supinatori și extensori ai mâinii
- c. Este denumită și cotul jucătorului de tenis
- d. Este o patologie rar întâlnită în rândul sportivilor
- e. Este produsă de un traumatism singular de o intensitate foarte mare

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 71

43. În faza a III-a a recuperării după tratamentul chirurgical al epicondilitelor se recomandă:

- a. Mobilizări articulare active libere
- b. Exerciții pentru îmbunătățirea forței musculare, efectuate în lanț cinematic închis
- c. Îmbunătățirea controlului neuromuscular și proprioceptiv
- d. Reluarea progresivă a activităților sportive
- e. Inițializarea exercițiilor efectuate în lanț cinematic deschis

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 73

44. Obiectivele recuperării în prima fază după excizia chirurgicală a bursei olecraniene sunt:

- a. Prevenirea formării aderențelor intraarticulare
- b. Creșterea elasticității țesutului cicatriceal
- c. Restabilirea mobilității articulare cu accent pe extensie
- d. Reluarea activităților sportive
- e. Îmbunătățirea forței musculare a întregului lanț cinematic al membrului superior

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 75

45. În cazul leziunilor tendonului bicipital distal:

- a. Scade forța bicepsului dacă leziunea este parțială
- b. Con tracția bicepsului nu mobilizează antebrațul în cazul leziunilor complete
- c. Con tracția bicepsului nu mobilizează antebrațul în cazul dezinserțiilor
- d. Mobilitatea cotului este păstrată indiferent de tipul de leziune
- e. Singurul simptom este prezența durerii la nivelul umărului

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 76

46. *În cazul luxației de cot:

- a. Programul de recuperare trebuie inițiat rapid
- b. Programul de recuperare se poate iniția doar după suprimarea imobilizării
- c. În faza statică se recomandă mobilizările active libere și cu rezistență progresivă
- d. Inițializarea exercițiilor efectuate în lanț cinematic închis imediat după suprimarea imobilizării
- e. Recuperarea completă durează între 2-3 săptămâni

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 77

47. În cazul tratamentului conservator al luxației de cot, obiectivele programului de recuperare sunt:

- a. Favorizarea apariției redorilor intraarticulare
- b. Protejarea și accelerarea vindecării țesuturilor afectate
- c. Refacerea mobilității articulare complete
- d. Îmbunătățirea elasticității țesuturilor moi periarticulare
- e. Îmbunătățirea forței musculare a întregului lanț cinematic al membrului afectat

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 78

48. Mecanismele de producere ale fracturilor cotului sau antebrațului sunt următoarele:

- a. Traumatism singular de intensitate mare

- b.** Micro-macrotraumatism unic de intensitate mare
- c.** Traumatisme repetate de intensitate medie
- d.** Traumatism indirect prin cădere pe mână
- e.** Microtraumatisme repetate

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 79

49. Principiilor mobilizărilor pasive a mâinii:

- a.** O articulație se mobilizează prin intermediul altei articulații
- b.** Trebuie să fie precedate întotdeauna de masaj
- c.** Se progresează dinspre proximal spre distal
- d.** Mobilizările se fac în toate planurile de mobilitate ale articulației
- e.** Amplitudinea mișcărilor se crește progresiv

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 91

50. Principiilor recuperării mâinii posttraumatice:

- a.** Pumnul și mâna suportă greu imobilizarea
- b.** Mobilizările active reprezintă baza recuperării pumnului și mâinii posttraumatice
- c.** Contracturile și retracturile sunt ușor reductibile
- d.** Programul de recuperare al forței musculare va fi conceput în așa fel încât să se progreseze dinspre proximal spre distal
- e.** Aplicațiile de căldură sunt contraindicate

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 91

51. În cazul recuperării mâinii posttraumatice, ședințele de recuperare trebuie să fie:

- a.** De cel puțin 60 de minute
- b.** Scurte
- c.** Efectuate zilnic odată
- d.** Repetate de mai multe ori pe zi
- e.** Repetate de cel mult două ori pe zi

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 91

52. Pentru desfășurarea activităților cotidiene și profesionale, pumnului și mâinii i se cere:

- a.** Forță
- b.** Rezistență
- c.** Tixotropie
- d.** Viteză de execuție
- e.** Precizie

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 92

53. În întocmirea planului de recuperare, exercițiile vor fi structurate astfel:

- a. Pentru recuperarea forței musculare se progresează dinspre proximal spre distal
- b. Pentru recuperarea preciziei se progresează dinspre obiectele mici spre cele mari
- c. Pentru recuperarea prehensiunii se progresează de la mișcările grosiere la mișcările fine
- d. Trebuie să cuprindă exerciții pe recuperarea tuturor tipurilor de prehensiune
- e. Trebuie să cuprindă exerciții de reeducare a stereognoziei

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 92

54. Obiectivele generale ale recuperării mâinii posttraumatice sunt:

- a. Dezvoltarea și perfecționarea abilității
- b. Reeducarea prehensiunii
- c. Reducerea a stereognoziei
- d. Creșterea vitezei de execuție a mișcărilor
- e. Reeducarea opozabilității policelui

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 92

55. *Sindromul de tunel carpian este o afecțiune neurologică determinată de compresia nervului:

- a. Radial
- b. Median
- c. Axilar
- d. Sciatic
- e. Ulnar

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 93

56. Tratamentul conservator al sindromului de canal carpian constă în:

- a. Tratament farmacologic
- b. Fizio-kinetoterapie
- c. Imobilizarea nocturnă a segmentului în poziție neutră
- d. Vizează decompresia nervului radial
- e. Decompresia nervului median prin rezecția retinaculului

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 93

57. Obiectivele recuperării în sindromul de canal Guyon sunt:

- a. Îmbunătățirea tonusului musculaturii tenare
- b. Îmbunătățirea tonusului mușchilor interosoși

- c. Reducerea sensibilității și a stereognoziei
- d. Reeducarea prehensiunii de finețe
- e. Îmbunătățirea tonusului musculaturii hipotenare

58. *Sindromul de canal Guyon:

- a. Este determinată de compresia nervului median
- b. Poate să apară în urma utilizării incorecte a cârjelor
- c. Este dererminară de compresia nervului axilar
- d. Compresia ramurei senzitive determină parestezii pe aria nervului radial
- e. Compresia ramurei motorii determină atrofia eminentei tenare

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 95

59. Tenosinovita de Quervain reprezintă o afecțiune inflamatorie a tendonului mușchiului :

- a. Adductor lung al policelui
- b. Flexor lung al degetelor
- c. Extensor ulnar al carpului
- d. Extensor scurt al policelui
- e. Extensor radial al carpului

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 97

60. În cazul tratamentului conservator al tenosinovitei de Quervain, obiectivele sunt:

- a. Reeducarea tuturor tipurilor de prehensiune
- b. Dezvoltarea și perfecționarea abilității în diferitele forme de prehensiune
- c. Reeducarea opozabilității policelui, refacerea penselor digitale
- d. Scăderea stereognoziei
- e. Creșterea vitezei de execuție a mișcărilor

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 97

61. Principiile recuperării după luxația carpiană sunt:

- a. Favorizarea apariției anchilozelor
- b. Reeducarea opozabilității policelui
- c. Scăderea stereognoziei
- d. Dezvoltarea și perfecționarea abilității
- e. Îmbunătățirea elasticității țesuturilor moi

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 99

62. *Incidența traumatismelor șoldului este redusă datorită:

- a. Celor trei grade de libertate
- b. Stratului muscular periarticular bine reprezentat

- c. Slabei acoperiri a capului femural
- d. Solicităților funcționale mari
- e. Faptului că prezintă un singur grad de libertate

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 113

63. În tratamentul conservator al bursitelor de șold se recomandă utilizarea:

- a. Diferitelor proceduri de electroterapie
- b. Antiinflamatoarelor nesteroidiene
- c. Kinetoterapia
- d. Antiinflamatoarelor steroidiene
- e. Masajului

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 114

64. *Deficitul de extensie a șoldului poate fi mascat de:

- a. Flexumul genunchiului
- b. Accentuarea lordozei lombare
- c. Anteflexia trunchiului
- d. Hiperextensia genunchiului
- e. Ștergerea lordozei lombare

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 113

65. Principiile generale ale recuperării șoldului posttraumatic sunt următoarele:

- a. Tonifierea fesierului mare îmbunătățește stabilitatea antero-posterioară
- b. Tonifierea adductorilor îmbunătățește stabilitatea unipodală
- c. Mobilizarea pasivă a șoldului se realizează întotdeauna cu genunchiul în extensie
- d. Obiectivul primordial este combaterea durerii, deoarece durerea face imposibile ortostatismul și mersul
- e. Trebuie întotdeauna avută în vedere tonifierea musculaturii paravertebrale lombare și a abdominale

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 113

66. Tipurile de mers sunt următoarele:

- a. Mersul în doi timpi permite încărcarea parțială
- b. Mersul în patru timpi permite încărcarea completă
- c. Mersul în doi timpi nu permite încărcarea
- d. Mersul în patru timpi nu permite încărcarea
- e. Mersul în trei timpi permite încărcarea parțială

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 113

67. *Alegerea corectă a înălțimii obiectului de sprijin auxiliar presupune:

- a. Așezarea pacientului în ortostatism
- b. Așezarea pacientului în poziție șezândă
- c. Măsurarea înălțimii pacientului
- d. Flexia cotului de aproximativ 30°
- e. Așezarea pacientului în ortostatism, cu umerii ridicați

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 113

68. *Tendinita iliopsoasului mai este denumită:

- a. Genunchiul alergătorului
- b. Coxa saltans
- c. Genunchiul săritorului
- d. Coxa profunda
- e. Coxa valga

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 115

69. Obiectivele recuperării după fracturile femurului proximal sunt:

- a. Prevenirea complicațiilor determinate de imobilizarea la pat
- b. Protejarea țesutului reparat
- c. Mobilizarea precoce a pacientului cu încărcarea membrului afectat în funcție de recomandările medicului ortoped
- d. Mobilizarea pacientului doar când se permite încărcarea completă a membrului afectat
- e. Restabilirea mobilității articulare complete

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 118

70. Articulația genunchiului este predispusă la traumatisme datorită:

- a. Acoperirii slabe cu țesuturi moi
- b. Țesutului muscular periarticular bine reprezentat
- c. Congruenței perfecte a suprafețelor anatomice
- d. Rolului pe care îl are în dinamica membrului inferior
- e. Celor trei grade de libertate

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 127

71. Mobilizarea precoce a genunchiului este importantă deoarece:

- a. Ajută la îmbunătățirea circulației sanguine

- b.** Favorizează apariția aderențelor intraarticulare
- c.** Previne retracția capsulei articulare
- d.** Orientează pe direcția de solicitare fibrele de ligament reconstruit
- e.** Îmbunătățește nutriția cartilajului

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 127

72. *În recuperarea genunchiului posttraumatic, programul de recuperare vizează în principal mușchiul:

- a.** Cvadriceps
- b.** Iliopsoas
- c.** Biceps femural
- d.** Gastrocnemian
- e.** Semitendinos

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 127

73. *Forța maximă solicitată cvadricepsului este la:

- a.** Flexie 100-120°
- b.** Flexie 0-120°
- c.** Flexie între 90-45°
- d.** Extensie completă
- e.** Flexie 90-120°

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 127

74. Obiectivele generale ale recuperării genunchiului posttraumatic sunt:

- a.** Reeducarea stereognoziei
- b.** Reeducarea mersului
- c.** Reeducarea propriocepției și a controlului motor
- d.** Reeducarea prehensiunii
- e.** Ameliorarea durerii și a inflamației

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 128

75. Leziunile de menisc:

- a.** Se produc de obicei în urma unui traumatism direct
- b.** Sunt rar întâlnite la sportivi
- c.** Tratamentul de elecție este cel chirurgical
- d.** Frecvent se produc prin mecanism de torsiune
- e.** Tratamentul de elecție este cel conservator

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 129

76. *În cazul menisectomiei, recuperarea completă durează:

- a.** 2-3 luni
- b.** 9-12 luni
- c.** 3-4 săptămâni
- d.** 8-10 luni
- e.** 6 luni

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 129

77. Obiectivele recuperării în prima fază după menisectomia artroscopică sunt:

- a.** Prevenirea tumefierii genunchiului
- b.** Restabilirea mersului cvasinormal
- c.** Refacerea mobilității articulare complete
- d.** Reluarea activității cotidiene
- e.** Reluarea activităților sportive

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 129

78. Obiectivele recuperării în prima fază după sutura meniscală sunt:

- a.** Prevenirea atrofiei musculare
- b.** Restabilirea extensiei complete
- c.** Refacerea mobilității articulare complete
- d.** Reluarea mersului cu încărcare progresivă
- e.** Reluarea activităților cotidiene

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 130

79. Tratamentul conservator al leziunilor de ligament încrucișat are ca scop:

- a.** Tonifierea musculaturii implicate în biomecanica genunchiului
- b.** Îmbunătățirea stabilității articulare
- c.** Prevenirea recurențelor
- d.** Diminuarea consecințelor instabilității asupra cartilajului articular
- e.** Favorizarea apariției leziunilor degenerative la nivelul suprafețelor articulare

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 132

80. Tratamentul chirurgical al leziunilor de ligament încrucișat:

- a.** Se practică prin abord artroscopic
- b.** Se realizează utilizând o autogrefă
- c.** Se recomandă atunci când metodele de tratament conservator nu dau rezultate

- d. Se poate realiza utilizând o alogrefă
- e. Este de elecție în cazul rupturilor totale

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 133

81. După reconstrucția chirurgicală a ligamentului încrucișat anterior, protocolul accelerat:

- a. Asigură recuperare completă rapidă
- b. Asigură progresii mai lente
- c. Se adresează persoanelor cu nivel înalt de performanță
- d. Permite încărcarea membrului afectat după 14 zile postoperator
- e. Nu este recomandată sportivilor

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 133

82. După reconstrucția chirurgicală a ligamentului încrucișat anterior, protocolul tradițional:

- a. Asigură recuperare completă rapidă
- b. Asigură progresii mai lente în restabilirea mobilității articulare
- c. Se adresează persoanelor cu status funcțional precar
- d. Permite inițializarea exercițiilor efectuate în lanț cinematic închis în săptămânile 3-4 postoperator
- e. Vizează reîntoarcerea rapidă la performanțele sportive avute înainte de accidentare

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 133

83. Poziția de repaus după reconstrucția chirurgicală a ligamentului încrucișat anterior este:

- a. Poziție șezândă la marginea patului, genunchiul în flexie de 90°
- b. Decubit dorsal
- c. Posturarea antideclivă a membrului inferior operat – pernă sub genunchi
- d. Poziție șezândă la marginea patului, genunchiul în extensie
- e. Posturarea antideclivă a membrului inferior operat – pernă sub treimea inferioară a gambei

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 134

84. În faza a III-a a recuperării după reconstrucția chirurgicală a ligamentului încrucișat anterior, obiectivele sunt:

- a. Tonus și forță musculară identică cu membrul inferior contralateral
- b. Reluarea mersului cu încărcare progresivă
- c. Refacerea completă a stabilității articulare
- d. Reluarea progresivă a activităților sportive
- e. Prevenirea atrofiei musculare

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 135

85. Condropatia reprezintă:

- a. O leziune localizată la nivelul meniscului medial
- b. O leziune localizată la nivelul cartilajului articular
- c. Scăderea în grosime a cartilajului articular
- d. O leziune localizată la nivelul capsulei articulare
- e. Îngroșarea cartilajului articular

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 139

86. În cazul tratamentului conservator al condropatiilor se aplică următoarele măsuri practice:

- a. Controlul greutatei corporale
- b. Evitarea suprasolicitării articulației
- c. Evitarea sporturilor agresive
- d. Utilizarea de încălțăminte cu talpa rigidă
- e. Utilizarea de încălțăminte cu talpa groasă și moale

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 140

87. Obiectivele generale ale recuperării după tratamentul chirurgical al condropatiilor sunt:

- a. Prevenirea tumefierii genunchiului
- b. Reluarea mersului cu încărcare progresivă din prima zi postoperator
- c. Inițializarea precoce a exercițiilor efectuate în lanț kinetic închis
- d. Restabilirea extensiei complete
- e. Protejarea țesutului reparat prin respectarea indicațiilor referitoare la încărcarea membrului

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 140

88. Tratamentul chirurgical al condropatiilor constă în practicarea:

- a. Ligamentoplastiei
- b. Menisectomiei
- c. Forajelor de revascularizare
- d. Transplantului autolog de condrocite
- e. Mozaicoplastiei

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 140

89. După refacerea chirurgicală a cartilajului articular se recomandă mers fără încărcarea membrului timp de:

- a. 1-2 săptămâni după transplantul autolog de condrocite
- b. 6-8 săptămâni după mozaicoplastie
- c. 4-6 săptămâni după foraje de revascularizare

- d. 10-12 săptămâni după transplantul autolog de condrocite
- e. 1-2 zile după foraje de revascularizare

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 141

90. *În cazul rupturii complete a tendonului cvadricipital se constată:

- a. Imposibilitatea efectuării flexiei genunchiului
- b. Limitarea mobilității articulare pe amplitudinea 90-120°
- c. Luxația rotulei
- d. Imposibilitatea efectuării extensiei genunchiului
- e. Modificarea reliefului muscular la nivelul coapsei

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 143

91. Cele mai frecvente tendinite la nivelul genunchiului sunt reprezentate de:

- a. Tendinita cvadricipitală
- b. Tendinita de supraspinos
- c. Tendinita iliopsoasului
- d. Tendinita rotuliană
- e. Tendinita Ahiliană

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 145

92. În prima fază a recuperării în cazul tratamentului conservator al luxației de rotulă se recomandă:

- a. Încărcarea progresivă a membrului inferior în limita suportabilității
- b. Efectuarea mobilizărilor pasive pe toată amplitudinea articulară
- c. Imobilizarea genunchiului în extensie
- d. Con tracții izometrice ale mușchilor periarticulari
- e. InițIALIZAREA exercițiilor cu rezistență progresivă

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 147

93. Obiectivele generale ale recuperării gleznei posttraumatice sunt:

- a. Ameliorarea durerii
- b. Reeducarea mersului cvasinormal
- c. Prevenirea recurențelor
- d. Refacerea echilibrului muscular
- e. Refacerea stabilității articulare

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 164

94. În recuperarea gleznei și piciorului, eliminarea edemului se face prin:

- a. Adoptarea unor poziții antideclive
- b. Purtarea unui ciorap elastic
- c. Masaj
- d. Punerea în repaus complet a segmentului
- e. Kinetoterapie

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 164

95. *Entorsele cărei articulații sunt cele mai frecvente:

- a. Genunchi
- b. Cot
- c. Glezna
- d. Șold
- e. Umăr

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 164

96. Obiectivele recuperării în cazul tratamentului conservator al entorselor gleznei sunt:

- a. Organizarea țesutului cicatriceal
- b. Îmbunătățirea flexibilității și elasticității țesuturilor moi periarticulare
- c. Refacerea stabilității articulare
- d. Reluarea imediată a mersului cu încărcare completă
- e. Prevenirea recurențelor

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 166

97. În prima fază a recuperării după reconstrucția ligamentară în cazul entorselor de gleznă, se recomandă:

- a. Evitarea inversiunii piciorului în cazul reconstrucției ligamentului lateral
- b. Imobilizarea segmentului în orteză fixă
- c. Mobilizări articulare pasive și active pe toată amplitudinea articulară, în toate planurile de mobilitate
- d. Evitarea eversiunii piciorului în cazul reconstrucției ligamentului medial
- e. Reluarea mersului cu încărcare progresivă din prima zi postoperator

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 167

98. Ruptura tendonului Ahilian se produce:

- a. Datorită încălzirii insuficiente înaintea efortului fizic

- b. În urma unui traumatism direct asupra tendonului
- c. În urma efectuării repetitive a mișcărilor de inversie-eversie
- d. În urma unui micro-macrotraumatism
- e. În urma efectuării repetitive a mișcărilor de flexie-extensie

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 172

99. *După sutura chirurgicală a tendonului Ahilian se recomandă:

- a. Mobilizări articulare pasive și active pe toată amplitudinea articulară, efectuate din prima zi postoperator
- b. Inițializarea exercițiilor efectuate în lanț cinematic închis din prima zi postoperator
- c. Imobilizarea segmentului în flexie dorsală completă
- d. Reluarea mersului cu încărcare progresivă din prima zi postoperator
- e. În prima fază a recuperării, efectuarea exercițiilor active libere ale articulațiilor proximale efectuate în lanț cinematic deschis, cu glezna imobilizată

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 173

100. Tratamentul conservator al fasceitei plantare vizează:

- a. Reducerea durerii
- b. Reducerea inflamației
- c. Restabilirea funcției piciorului
- d. Evitarea mișcărilor care determină apariția durerii
- e. Punerea în repaus a segmentului afectat pentru 6 săptămâni

Bibliografie:

Hidi M., Pop T.S., Gergely I., - 2015, Recuperare în patologia osteo-articulară la sportivi, Editura University Press, Târgu Mureș, pag. 175

VIII. RECUPERAREA ÎN AFECȚIUNI CARDIOVASCULARE

TEMATICA

1. Obiectivele recuperării cardiovasculare 1. (p. 2-4)
2. Clasele de risc cardiovasculare 1. (p. 5-18)
3. Fiziologia efortului fizic și testarea de efort în cardiologie 1. (p. 20-33)
4. Recuperarea pe tipuri de afecțiuni cardiovasculare 1. (p. 37-57)

BIBLIOGRAFIA

1. Benedek Theodora, Chițu Monica, Benedek Imre –Recuperare cardiovasculară – Note de curs . Editura University Press, Tg. Mureș, 2014
2. Chițu Monica, Cursurile predate, de recuperare în bolile cardiovasculare

1*.Conform definiție OMS, recuperarea cardiovasculară este definită ca:

a) ansamblul de măsuri și intervenții care au ca scop asigurarea unor condiții optime mentale, fizice și sociale necesare pentru reintegrarea și reinserția socială a bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare cronice sau acute.

b) un program de recuperare prin exercițiu fizic care să conducă la reducerea incidenței complicațiilor după o boală cardiacă acută.

c) măsuri de reinserție socială care să permită creșterea eficienței profesionale după o afecțiune cronică sau acută cardiovasculară.

d) programele de recuperare fizică care, aplicate corect să permită ameliorarea dizabilităților locomotorii produse de perioada de imobilizare în faza acută a bolii.

e) testarea de efort practică sub strictă supraveghere medicală care are ca și scop determinarea capacității fizice a unui pacient după o boală cardiacă acută sau după un episod de decompensare a unei suferințe cronice.

2. Care dintre următoarele categorii de pacienți se încadrează în clasa C risc moderat – înalt pentru testarea fizică de efort:

a) clasa funcțională NYHA III de insuficiență cardiacă.

b) pacienții cu afectare valvulară nesemnificativă

c) angina pectorală sau ischemie miocardică inductibilă la un efort fizic mai mic de 6 Mets/1.4W/kg.

d) cardiomiopatii cu funcție sistolică păstrată (FE peste 30 %).

e) cardiomiopatia hipertrofică obstructivă.

3. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate referitor la evaluarea riscului cardiovascular al unui pacient:

a) în evaluarea riscului trebuie luați în calcul factorii de risc pentru ateroscleroză : colesterolul, tensiunea arterială, fumatul, sexul și vârsta.

b) determinarea unui risc de 5 % încadrează pacientul într-o clasă de risc crescut care impune implementarea măsurilor dietetice și terapeutice de reducere a impactului factorilor de risc pentru ateroscleroză.

c) este dependent doar de vârsta și sexul pacientului.

d) se apreciază pe baza aplicării în practica clinică a hărților de risc cardiovascular.

e) riscul cardiovascular se determină doar la pacienții care au supraviețuit unui infarct miocardic acut sau unei morți subite cardiace.

4. În componența sindromului metabolic intră următoarele elemente:

a) creșterea circumferinței abdominale la peste 102 cm la bărbați respectiv peste 88 cm la femei.

b) creșterea nivelului trigliceridelor la peste 150 mg/dl.

c) creșterea tensiunii arteriale la peste 130 mm Hg sistolică sau peste 85 mm Hg diastolică.

d) creșterea nivelului HDL colesterolului peste 40 mg/dl la bărbați respectiv peste 50 mg/dl la femei.

e) creșterea nivelului glicemiei la peste 110 mg/dl sau prezența diabetului zaharat

5. Abordarea terapeutică a dislipidemiilor în programele de recuperare în afecțiunile cardiovasculare urmărește următoarele :

a) introducerea terapiei cu statine pentru obținerea unor nivele țintă ale colesterolului total sub 175 mg %, LDL –colesterol <100 mg %

b) introducerea dietei mediteraneene

c) reducerea aportului de grăsimi la sub 30% din rația zilnică calorică

d) creșterea aportului de apă zilnic

e) controlul greutatei corporale.

6. Controlul optim al diabetului zaharat la pacientul coronarian este efectuat prin menținerea următorilor parametrii de laborator:
- a) glicemia a jeun sub 110 mg %
 - b) glicemia determinată din sângele venos sub 140 mg %
 - c) hemoglobina glicozilată <7g/dl.
 - d) absența glicozuriei
 - e) determinarea HDL colesterolului.
- 7*. Necesarul caloric zilnic pentru o persoană care desfășoară o activitate fizică de intensitate medie este de :
- a) 15-25 kcal/kg/zi
 - b) 35-40 kcal/kg/zi
 - c) 50-60 kcal/kg/zi
 - d) 40-45 kcal/kg/zi
 - e) 70-85 kcal/kg/zi
8. Care dintre următoarele afirmații referitoare la conținutul de glucide dintr-o dieta recomandată pacientului cardiac este adevărată :
- a) trebuie să reprezinte 55-62% din totalul caloric zilnic
 - b) trebuie să reprezinte 20-30 % din totalul caloric zilnic
 - c) trebuie să reprezinte 11-13% din totalul caloric zilnic
 - d) trebuie să reprezinte 5-15 % din totalul caloric zilnic
 - e) furnizează 4 kcal la 1 g de glucide
9. Aportul de sare din alimentația pacientului cardiac trebuie să fie următorul :
- a) regim hiposodat standard cu 3-5 gNaCl zilnic la pacienții cu hipertensiune arterială documentată.
 - b) aport zilnic < 4.5 gNaCl zilnic pentru a reduce incidența hipertensiunii arteriale.
 - c) regim strict hiposodat cu 1-3g NaCl/zi la pacienții cu insuficiență cardiacă congestivă.
 - d) regim strict hiposodat la toți pacienții cardiaci
 - e) regim strict hiposodat la toți pacienții cu infarct miocardic în faza acută.
10. Faza 3 din structura unui program de recuperare cardiovasculară este caracterizată de următoarele :
- a) trebuie începută la externarea din spital după o suferință acută, și durează 3-6 luni
 - b) se desfășoară în regim ambulator nesupravegheat având ca scop accentuarea măsurilor destinate reducerii intervenției factorilor de risc, continuarea programelor de efort de 3-5 ori pe săptămână timp de 15-60 minute fără supraveghere medicală.
 - c) trebuie să se desfășoare pe termen lung.
 - d) se desfășoară instituționalizat, sub supraveghere medicală după externare.
 - e) durează 4-6 săptămâni după externarea din spital.
11. Care dintre următoarele afecțiuni reprezintă o indicație de efectuare a testării de efort la pacientul cardiovascular :
- a) antecedente de sincopă, palpitații sau amețeli la efort (în scop diagnostic).
 - b) pacienții hipertensivi, pe medicație.
 - c) pacienți cu angină pectorală stabilă sau angină postinfarct (în scop prognostic, de evaluare funcțională).

- d) pentru evaluarea pacienților după proceduri de revascularizare.
- e) Pacienți cu istoric de aritmii induse de efort.

12. Contraindicații absolute ale testării de efort sunt următoarele:

- a) Infarct miocardic acut sau recent.
- b) Pericardita acută.
- c) Embolia pulmonară sau tromboza venoasă profundă.
- d) Stenoza aortică largă.
- e) Hipertensiunea arterială severă necontrolată medicamentos.

13. Care dintre următoarele situații reprezintă criterii de întrerupere a unui test de efort:

- a) angină pectorală moderată sau severă (criteriu de pozitivitate).
- b) dispnee severă, disproporționată față de nivelul de efort.
- c) supradenivelare de segment ST în minim 2 derivații, de minim 1 mm, în absența undelor Q (semn de infarct miocardic acut).
- d) Creșterea tensiunii arteriale la valori peste 240 mm Hg sistolică respectiv 120 mm Hg diastolică.
- e) tahicardie sinusală peste 90 bătăi/ minut.

14. Tratamentul de elecție pentru recanalizarea coronariană în abordarea infarctului miocardic acut în primele 12 ore de la debut este :

- a) angioplastia percutanată cu implantare de stent
- b) administrarea heparinei nefracționate
- c) extragerea trombului din artera coronară
- d) tromboliza selectivă
- e) nitroglicerina intravenos

15. Efectele benefice ale antrenamentului fizic la pacientul cardiovascular se manifestă prin :

- a) ameliorarea parametrilor metabolismului lipidic (scăderea colesterolului total și a LDL colesterolului, creșterea HDL colesterolului, scăderea nivelului trigliceridelor serice).
- b) o creștere mai redusă a frecvenței cardiace corespunzător fiecărei trepte de efort.
- c) creșterea tensiunii arteriale medii.
- d) ameliorarea profilului ventilator, prin scăderea travaliului musculaturii respiratorii.
- e) combaterea senzației de anxietate .

16. Programele de recuperare după un infarct miocardic acut prevăd următoarele măsuri:

- a) evaluarea statusului complet al pacientului din punct de vedere al parametrilor vitali la externare .
- b) efectuarea prin test de efort submaximal 85% la inițierea programelor de recuperare prin activitate fizică.
- c) efectuarea înainte de externare a unei coronarografii.
- d) monitorizarea holter ECG 24 ore.
- e) determinarea lipidogramei.

17. Măsurile de recuperare fizică după o procedură intervențională de angioplastie coronariană prevăd următoarele etape:

- a) prima perioadă cu o durată de 1–2 săptămâni care se desfășoară în spital, îndeosebi pentru bolnavii cu angor restant dar cu prag anginos ridicat.
- b) antrenamente prin exerciții fizice izometrice în ședințe de 10-15 minute zilnic.
- c) faza a 3-a de recuperare care urmează după etapa de 6–12 săptămâni de antrenament fizic propriu-zis.

- d) imobilizare in primele 48 ore după procedura și anticoagulare profilactică.
- e) perioada de antrenament fizic cu o durată de 6-12 săptămâni.

18. Programele de recuperare pentru pacienții cu insuficiența cardiacă se desfășoară astfel :

- a) ședințe repetate de exerciții fizice, de 3-5 ori pe săptămână, de circa 30 minute, până la atingerea a maxim 80% din capacitatea maximă de efort.
- b) ședințe repetate zilnic de exerciții fizice de circa 10-15 minute, până la atingerea a maxim 50% din capacitatea maximă de efort.
- c) ședințe repetate de exerciții fizice, de 3-5 ori pe săptămână 60 minute, până la atingerea a maxim 50% din capacitatea maximă de efort.
- d) ședințe repetate de exerciții fizice, cu intensitate progresiv crescută cu câte 1 Mets/sedință, de 3-5 ori pe săptămână.
- e) în insuficiența cardiacă severă se vor utiliza programe de exerciții de max 50% din capacitatea maximă de efort.

19. Contraindicațiile pentru programele de antrenament la cei cu insuficiență cardiacă sunt:

- a) episoade decompensare a insuficienței cardiace în ultimele 3 luni.
- b) insuficiența cardiacă este complicația unui infarct miocardic mai recent de 7 zile.
- c) angina instabilă.
- d) hipertensiunea arterială controlată medicamentos.
- e) miocardita sau pericardita acută.

20. Obiectivele recuperării în prima fază după o intervenție de bypass coronarian urmărește:

- a) combaterea depresiei centrilor respiratori postintervenție.
- b) drenarea secrețiilor bronșice .
- c) prevenirea apariției escarelor de decubit secundare repausului prelungit la pat.
- d) evitarea bradicardizării ortostatice.
- e) combaterea depresiei psihogene.

21. Obiectivele recuperării cardiovasculare la bolnavii cu valvulopatii includ:

- a) reducerea gradului de stenoză valvulară în condițiile creșterii debitului cardiac
- b) creșterea toleranței la efort.
- c) evitarea decondiționării cardiace consecință a sedentarismului.
- d) ameliorarea ventilației pulmonare.
- e) reducerea incidenței endocarditei infecțioase.

22. Monitorizarea postintervenție de protezare valvulară chirurgicală va trebui să includă obligatoriu:

- a) monitorizarea ambulatorie periodică a INR (parametrilor de coagulare) și ajustarea dozei de anticoagulant în funcție de tipul de proteză.
- b) aplicarea măsurilor de antibioterapie pentru profilaxia endocarditei infecțioase cu ocazia manevrelor cu potențial bacteriemic.
- c) evaluarea periodică ecocardiografică a funcționării protezelor.
- d) măsurarea diurezei.
- e) determinarea proteinuriei.

23. Regimul alimentar la pacientul cu insuficiență cardiacă congestivă trebuie să fie :

- a) hiperproteic, hipercaloric.
- b) hiposodat iar în formele de insuficiență cardiacă severă desodat.
- c) normoproteic sau hipoproteic, în principal pe baza proteinelor vegetale.
- d) cu un aport crescut de potasiu .
- e) hipercaloric, cu conținut crescut de glucide.

24. La pacientul cu insuficiență cardiacă cronică, în stadiul compensat măsurile de recuperare includ:

- a) exerciții de încălzire la nivelul trunchiului și membrelor, corelate cu mișcările respiratorii, din poziții diferite (decubit, așezat, în picioare).
- b) exerciții de pendulare și balansare, alternativ cu circumducții și flexii.
- c) exerciții de respirație toracică și de respirație diafragmatică.
- d) mișcări de mobilizare pasivă a diferitelor grupe musculare cu pacientul în decubit.
- e) masaj antigravitațional la nivelul membrelor inferioare.

25. Măsurile de profilaxie secundară la pacienții care au suferit un infarct miocardic acut sunt reprezentate de :

- a) revascularizarea coronariană prin angioplastie cu stent pentru recanalizarea arterei responsabile de producerea infarctului .
- b) antiagregare plachetară cu aspirină 75-100 mg/zi sau clopidogrel 75 mg /zi.
- c) abandonarea fumatului.
- d) dieta de tip mediteranean.
- e) controlul valorilor tensionale.

26*. Faza de recondiționare sub supraveghere după un infarct miocardic acut trebuie să respecte următoarele reguli:

- a) trebuie să implice efectuarea unor investigații imagistice care să evalueze gradul de remodelare a cavităților inimii, permeabilitatea arterei stentate, funcția cardiacă.
- b) se inițiază în spital la 48 ore după efectuarea angioplastiei coronariene.
- c) implică exerciții pasive efectuate de kinetoterapeut pentru evitarea decondiționării musculare.
- d) se face la domiciliul pacientului, prin autosupraveghere, și include programe de 30-60 minute, de 3-5 ore / săptămână.
- e) începe la 24 ore de la internarea pacientului.

27. Măsurile de fizioterapie utilizate în patologia venoasă sunt :

- a) mofetele.
- b) masajul antigravitațional .
- c) compresii pneumatice externe intermitente.
- d) stimulări galvanice.
- e) diadinamice.

28. Tratamentul edemului în patologia venoasă cronică a membrelor inferioare presupune următoarele măsuri:

- a) compresia elastică cu ciorapi elastici în condiții de ortostatism prelungit sau imobilizare prelungită.
- b) reducerea aportului de sare în alimentație.
- c) repaus la pat cu membrele inferioare ridicate în sprijin pe un suport mai sus decât restul corpului.
- d) repaus la pat cu picioarele atârinate la marginea patului .
- e) exerciții fizice zilnic de aerobic.

29. Obiectivele kinetoterapiei în arteriopatiile membrelor inferioare sunt:

- a) stimularea dezvoltării circulației colaterale prin creșterea presiunii de perfuzie în timpul exercițiilor fizice.

- b) prevenirea apariției leziunilor cutanate și infecțiilor de la nivelul membrului ischemic, mai ales la nivelul plantei.
- c) creșterea mobilității articulare.
- d) încetinirea progresiei leziunilor aterosclerotice.
- e) creșterea tensiunii arteriale sistemice pentru ameliorarea perfuziei periferice.

30*.Antrenamentul de rezistență este admis în cazul hipertensiunii arteriale :

- a) la toți pacienții hipertensivi, indiferent de valorile tensionale și vârstă.
- b) numai la cei cu valori controlate sub tratament.
- c) la pacienții hipertensivi cu angina de efort.
- d) la pacienții hipertensivi cu hipertrofie cardiacă, indiferent de valoarea tensiunii arteriale.
- e) la valori tensionale de peste 160/100 mmHg.

31*.Valoarea țintă a tensiunii arteriale sistemice este:

- a) 120/80 mmHg
- b) 150/90 mmHg
- c) 140/90 mmHg
- d) <130/80 mmHg
- e) 140/100 mmHg

32.Obiectivele aplicării măsurilor de recuperare în hipertensiunea arterială sunt:

- a) combaterea anxietății și echilibrarea sistemului nervos.
- b) favorizarea vasodilatației periferice.
- c) controlul factorilor de risc pentru ateroscleroză.
- d) menținerea unei greutate corporale optime.
- e) menținerea a unor valori tensionale sub 150/90 mmHg.

33.Care dintre următoarele categorii de pacienți, se încadrează în clasa de risc înalt cardiovascular:

- a) funcție ventriculară stângă alterată (FE sub 40%).
- b) supraviețuitori ai unui stop cardiac.
- c) aritmii ventriculare complexe în repaus sau la efort.
- d) ischemie severă la efort manifestată prin subdenivelare peste 2 mm la efort.
- e) pacienții hipertensivi .

34*.Un test de efort este considerat pozitiv dacă se înregistrează următoarele modificări pe traseul ECG 12 derivații:

- a) subdenivelarea segmentului ST față de repaus cu minim 1 mm de tip orizontal sau descendent.
- b) apariția fibrilației atriale.
- c) subdenivelare segment ST de cel puțin 0,5 mm ascendentă raportat la ECG ul de repaus.
- d) apariția blocului major de ram drept.
- e) apariția extrasistolelor ventriculare.

35. Testul de efort este utilizat în cardiologie pentru următoarele scopuri:

- a) monitorizarea protezelor valvulare.
- b) monitorizarea funcționării corecte a stimulatoarelor cardiace.
- c) pentru detectarea unei afecțiuni coronariene, care devine manifestă la efort și nu se manifestă pe ECG de repaus.
- d) în scop prognostic, la pacienți cu afecțiune cardiacă cunoscută, pentru determinarea pragului de efort și stabilirea regimului de efort permis.
- e) evaluarea tratamentului antiaritmie.

36.Care dintre următorii parametri vitali sunt monitorizați în mod obligatoriu în timpul efectuării unui test de efort :

- a)ECG 12 derivații.
- b)tensiunea arterială brahială .
- c)saturația în O₂.
- d)temperatura.
- e)acidul lactic muscular.

37.Obiectivele metabolice ale prevenției secundare după un infarct miocardic acut sunt:

- a)controlul diabetului prin menținerea unei hemoglobine glicozilate HbA_{1c}<7g/dl.
- b)menținerea valorilor tensionale sub 140/90 mmHg la pacienții diabetici cu infarct miocardic.
- c)activitate fizică minim 30 minute pe zi, minim 3-4 ori pe săptămână.
- d)reducerea greutății corporale cu obținerea și menținerea unui index al masei corporale sub 24,9.
- e)menținerea colesterolului total sub 250 mg% .

38.Metodele de tratament recuperator aplicabile în arteriopatia cronică obliterantă a membrelor inferioare sunt:

- a)exerciții de pedalare pe bicicletă
- b)bai galvanice.
- c)mofete.
- d)masaj antigravitațional.
- e)electroterapie.

39.Programele de recuperare la pacienții cu insuficiență cardiacă trebuie să :

- a)sa deruleze în ședințe repetate de cca 30 minute , de 3-5 ori/ săptămână , cu atingerea a max 80 % din capacitatea maximă de efort testată.
- b)sa efectueze 1x/săptămână la maximum de capacitate de efort testată.
- c)sa efectueze la max 50 % din capacitatea de efort dacă insuficiența cardiacă este avansată.
- d)nu se efectueze dacă pacientul a prezentat episoade de decompensare acută în ultimele 3 luni
- e)nu utilizeze efortul fizic .

40*.Care dintre următoarele afirmații nu reprezintă un obiectiv al recuperării cardiovasculare:

- a)adaptarea tratamentului medicamentos destinat factorilor de risc cardiovasculari.
- b)consiliere psihologică.
- c)modificarea stilului de viață.
- d)educația pentru sănătate.
- e)obținerea performanțelor fizice anterioare instalării bolii cardiace.

41*.Care dintre următorii factori de risc nu sunt incriminați în apariția aterosclerozei coronariene :

- a)malnutriția proteică.
- b)dislipidemia.
- c)diabetul zaharat.
- d)obezitatea.
- e)hipertensiunea arterială.

42*.Consumul caloric zilnic al unui pacient obez trebuie să fie mai mic decât al unui pacient normoponderal cu :

- a)700 Kcal/zi.
- b)1000 kcal/zi.

- c)500 kcal/zi.
- d)100kcal/zi.
- e)300kcal/zi.

43*.Conținutul de proteine dintr-o dietă recomandată pacientului cardiovascular trebuie să fie de :
a)11-13% din necesarul caloric, din care proteine de origine animală să fie de maxim 40-50% din totalul aportului proteic.

b) 55-60% din necesarul caloric.

c)11-13% din necesarul caloric, reprezentate de proteine de origine vegetala .

d) 20-30% din necesarul caloric din care 50% proteine vegetale .

e)35-50% din necesarul caloric din care 30 % grăsimi animale.

44.Rolul potasiului din dieta este reprezentat de :

a)vasodilatator in circulația periferică.

b)favorizează diureza și natriureza.

c)rol protectiv pentru riscul de aritmie cardiaca

d)stimularea sistemului renină-angiotensină-aldosteron.

e)catalizator in metabolismul lipidelor.

45.Din punctul de vedere al OMS, programele de recuperare inițiate in faza acută a unei suferințe cardiace, trebuie să realizeze următoarele obiective:

a)stabilirea capacității de efort imediat după producerea evenimentului acut in vederea evaluării potențialului pacientului.

b)consilierea pacientului in vedere implementării noțiunilor de educație medicală privitoare la schimbarea stilului de viață necesare pentru aplicarea măsurilor de profilaxie secundară post eveniment cardiovascular acut.

c)prevenirea deconștiențării musculare și articulare secundare imobilizării prelungite la pat.

d)prevenirea apariției escarelor de decubit.

e)prevenirea hipertensiunii ortostatice la mobilizarea din clinostatism in ortostatism.

46.Care dintre următorii factori influențează rezultatul testării de efort la un pacient cu afecțiune coronariană cronică :

a)prezența circulației colaterale dezvoltate.

b)tulburările de ritm sau de conducere.

c)administrarea medicației înainte efectuării testului de efort (in principal betablocante).

d)dizabilitățile locomotorii.

e)hipercolesterolemia.

47*.Boala arteriala obstructiva periferica(arteriopatia cronica obliteranta a membrelor inferioare) este evaluata funcțional prin :

a)determinarea indexului glezna-braț.

b)radiografie.

c)tomografie computerizata.

d)arteriografie periferica.

e)manevra Valsalva.

48.Care dintre următoarele modalități de exercițiu fizic poate fi utilizat pentru efectuarea unui test de efort standardizat?

a)cicloergometru.

b)covor rulant .

c)test de mers 6 minute.

d)alergare 50 m.

e)exerciții izometrice pe grupe musculare .

49.Care dintre următoarele criterii reprezintă indicații de oprire a unei testări de efort:

- a)creșterea TA sistolice peste 240 mmHg.
- b)aparitia blocului atrioventricular gradul II sau III.
- c) apariția modificărilor specifice pentru ischemie ale segmentului ST-T.
- d)scăderea tensiunii arteriale .
- e)dispneea.

50*.Profilaxia primară reprezintă :

- a)totalitatea măsurilor care trebuie luate în vederea corectării factorilor de risc înainte de a se instala boala .
- b)totalitatea măsurilor care trebuie luate după un episod acut de boală în vederea împiedicării apariției complicațiilor și încetării progresiei bolii cardiovasculare.
- c)controlul valorilor de glicemie și colesterol.
- d)controlul valorilor TA .
- e)controlul periodic al parametrilor renali și lipidogramei.

51.Care dintre următoarele obiective reprezintă ținta programelor de recuperare cardiovasculară :

- a)ameliorarea toleranței la efort.
- b)reducerea în greutate.
- c)reducerea incidenței sindroamelor coronariene acute.
- d)reducerea riscului global cardiovascular.
- e)obținerea performanței fizice anterioare instalării bolii.

52.Care dintre următoarele categorii de pacienți beneficiază de programe de recuperare cardiovasculare:

- a)pacienții cu infarct miocardic .
- b)sportivii de performanță.
- c)pacienții cu afecțiuni locomotorii care au necesitat imobilizare prelungită.
- d)pacienții cu insuficiență cardiacă.
- e) pacienții cu aritmii.

53*.Care dintre următoarele tipuri de diete sunt recomandate pacientului cardiovascular:

- a)dieta hipocalorică.
- b)dieta hiperproteică.
- c)dieta mediteraneană.
- d)dieta hipoglucidică.
- e)regimul strict desodat.

54.Conform clasificării Asociației Americane de recuperare cardiovasculară , care dintre următoarele categorii de pacienți nu se încadrează în clasa cu risc scăzut:

- a) fără disfuncție ventriculară stângă (FE peste 50%).
- b) capacitate funcțională sub 6METs .
- c)reacție hemodinamică adecvată la efort sau în faza de recuperare.
- d)fără angină la efort sau în faza de recuperare.
- e) fără complicații după infarct, bypass aortocoronarian sau angioplastie.

55*.Care dintre următoarele metode nu reprezintă obiective în faza a 3 a de recuperare după un infarct miocardic acut:

- a)consiliere psihologică.

- b)continuarea măsurilor de reducere a intervenției factorilor de risc.
 - c)programe de recuperare fizică de 15-60 minute în ședințe desfășurate de 3-5 ori/săptămână.
 - d)angioplastia coronariană cu implantare de stent .
 - e)controlul valorilor tensionale.
56. Înaintea efectuării unei testări de efort se impun următoarele măsuri:
- a)întreruperea medicației antihipertensive cu 6 ore anterior.
 - b)determinarea glicemiei din sângele venos.
 - c)sistarea alimentației cu 6 ore anterior.
 - d)întreruperea medicației bradicardizante(betablocante).
 - e)nu se impune nici o precauție.
- 57.Care dintre următoarele semne sunt caracteristice pentru sindromul de insuficiență venoasă profundă a membrelor inferioare:
- a)tegumente palide, reci.
 - b)edem al membrelor inferioare care se accentuează în condiții de ortostatism prelungit.
 - c)dilatații ale venelor superficiale .
 - d)oboseală.
 - e)lipsa pulsului periferic.
- 58.Testarea de efort se poate efectua la următoarele categorii de pacienți:
- a)cu angina pectorală.
 - b)cu infarct miocardic acut.
 - c)cu stenoza aortică severă.
 - d)cu insuficiență cardiacă decompensată.
 - e)hipertensivi cu valori tensionale controlate medicamentos.
59. Obiectivele kinetoterapiei în patologia venoasă constau în următoarele cu excepția:
- a)creșterea perimetrului de mers fără claudicație intermitentă.
 - b)reducerea edemului ortostatic.
 - c)prevenirea apariției sindromului posttrombotic.
 - d)stimularea circulației de întoarcere venoasă prin stimularea activității pompelor musculare.
 - e)prevenirea emboliei arteriale.
60. Obiective recuperării cardiovasculare la bolnavii cu insuficiență cardiacă compensată sunt:
- a)obținerea vasodilatației și creșterea debitului sangvin muscular.
 - b) reducerea nivelului colesterolului seric.
 - c)creșterea extracției arterio-venoase a O₂.
 - d)împiedicarea decondiționării fizice a bolnavului .
 - e)creșterea tensiunii arteriale sistemice.
- 61*. Necesarul caloric pentru un pacient care este imobilizat, în repaus este de :
- a)25kcal/kg/zi.
 - b)10-20 kcal/kg/zi.
 - c)35-50kcal/kg/zi.
 - d)10kcal/kg/zi.
 - e)45 kcal/kg/zi.
- 62.Care dintre următoarele măsuri sunt necesare pentru combaterea hipotensiunii ortostatice la mobilizarea din clinostatism în ortostatism:
- a)masaj ale membrelor.

- b) scurtarea perioadei de imobilizare pentru prevenirea decondiționării musculare.
 - c) mobilizări active ale membrelor inferioare, efectuate din decubit și așezat.
 - d) simpaticomimetice.
 - e) exerciții de gimnastica abdominală.
63. Obiectivele recuperării în prima fază după o intervenție de protezare valvulară urmărește:
- a) exerciții de respirație pentru expansiunea plămânului la peretele toracic.
 - b) drenarea secrețiilor bronșice.
 - c) prevenirea apariției escarelor de decubit secundare repausului prelungit la pat.
 - d) evitarea tahicardizării ortostatice.
 - e) anticoagularea eficientă conform tipului de proteză pentru prevenirea trombozei de proteză.
64. Următorii factori de risc sunt influențabili în apariția leziunilor aterosclerotice arteriale :
- a) antecedentele familiale de infarct miocardic.
 - b) consumul de grăsimi saturate.
 - c) diabetul zaharat.
 - d) obezitatea.
 - e) hipertensiunea arterială.
65. Procedurile de recuperare la pacientul valvular neprotezat urmăresc:
- a) anticoagularea eficientă.
 - b) prevenția endocarditei infecțioase.
 - c) ameliorarea toleranței la efort.
 - d) evitarea decondiționării cardiace consecință a sedentarismului.
 - e) ameliorarea ventilației pulmonare.
66. Pentru evaluarea capacității de efort după un infarct miocardic, în vederea prescripției recuperării cardiovasculare se efectuează:
- a) test de efort 80 % din capacitatea maximală de efort.
 - b) examen holter ECG 24 ore.
 - c) test de efort maximal.
 - d) examen clinic cardiovascular .
 - e) radiografie toracică.
67. Care dintre următoarele afirmații referitoare la compoziția în lipide a unei diete recomandate pacienților cardiovasculari sunt adevărate:
- a) trebuie să reprezinte 20-30% din aportul energetic zilnic.
 - b) furnizează prin metabolizare 9 kcal la 1 g lipide .
 - c) furnizează 4 kcal la 1 g lipide.
 - d) este recomandată o proporție egală între aportul de lipide de proveniență animală și cele de proveniență vegetală.
 - e) trebuie să reprezinte 55-60% din aportul caloric zilnic.
68. Care dintre următorii factori de risc sunt întâlniți în arteriopatia cronică a membrelor inferioare:
- a) fumatul.
 - b) hipertensiunea.
 - c) ortostatismul prelungit.
 - d) dislipidemiile.
 - e) diabetul zaharat.

69. Recuperarea în arteriopatia cronică obliterantă se poate realiza prin următoarele metode:

- a) mofete.
- b) exerciții pe bicicletă cicloerometrică.
- c) băi galvanice.
- d) exerciții de mers zilnic.
- e) repaus cu membrul inferior elevat.

70. Programele de recuperare în insuficiența cardiacă, în absența contraindicațiilor se adresează următoarele clase funcționale :

- a) NYHA III
- b) NYHA IV
- c) NYHA II
- d) NYHA I
- e) în toate clasele funcționale

71. Programele de recuperare pentru pacienții care au suferit o intervenție pe cord deschis urmăresc :

- a) prevenirea efectelor imobilizării prelungite.
- b) obținerea performanțelor fizice anterioare.
- c) anticoagulare eficientă.
- d) prevenirea endocarditei infecțioase.
- e) prevenirea edemelor ortostatice.

72. Ameliorarea fluxului coronarian prin antrenament fizic se produce prin următoarele mecanisme:

- a) ameliorarea disfuncției endoteliale.
- b) redistribuția sangvină spre coronarele fără stenoze.
- c) îmbunătățirea microcirculației la nivel coronarian.
- d) creșterea agregabilității plachetare
- e) vasoconstricție coronariană.

73. Obiectivele procedurilor de kinetoterapie aplicate la pacienții cu afectare venoasă cronică sunt:

- a) prevenirea instalării insuficienței venoase cronice și a sindromului posttrombotic.
- b) stimularea întoarcerii venoase prin stimularea presei musculare la nivelul membrelor inferioare, favorizând reîntoarcerea venoasă.
- c) prevenirea stazei venoase, profilaxia ulcerelor varicoase .
- d) reducerea nivelului seric la lipidelor circulante.
- e) reducerea riscului de evenimente acute cardiace.

74. Testul de efort este contraindicat la pacienții care prezintă:

- a) diabet zaharat.
- b) angina instabilă.
- c) hipertensiunea arterială necontrolată medicamentos .
- d) pacienții cu transplant cardiac.
- e) valvulopatii severe .

75. Aportul energetic al unui gram de glucide din dieta este de :

- a) reprezintă 55-62% din totalul caloric zilnic.
- b) furnizează prin metabolizarea a 1 g 4 kcal .
- c) reprezintă 20-30 % din totalul caloric zilnic .

- d) reprezintă 11-13% din totalul caloric zilnic .
- e) reprezintă 5-15 % din totalul caloric zilnic.

IX. RECUPERAREA ÎN AFECȚIUNI RESPIRATORII

TEMATICA

1. Anatomia, fiziologia și fiziopatologia respirației (1,pag.7-23)
2. Examenul clinic în afecțiunile respiratorii (1,pag.24-35)
3. Explorări paraclinice în afecțiunile aparatului respirator (1,pag.37-61)
4. Recuperarea respiratorie și kinetoterapia respiratorie (1,pag.64-84)
5. Tratamentul afecțiunilor respiratorii pe cale inhalatorie. Tratamentul balnear (1,pag.86-96)
6. Fizioterapia respiratorie în secția de ATI (1,pag.97-98)
7. Recuperarea respiratorie în disfuncțiile ventilatorii obstructive (1,pag.99-119)
8. Kinetoterapia în afecțiunile cu disfuncție respiratorie restrictivă sau mixtă (1,pag.120-129)

BIBLIOGRAFIA

1. Gabriela Jimborean, Edith Simona Ianos, Alexandra Comes, Adriana Neagoș, Cornelia Togănel- Pneumologie. Recuperarea respiratorie și balneofiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii/2013. 143 pagini. Editura University Press.
- 1*. Laringele are roluri importante, cu excepția: /pag.9/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
 - a. Rol în fonație
 - b. Transportă aerul în trahee
 - c. Permite deglutiția
 - d. Filtrează aerul
 - e. Împiedică pătrunderea corpurilor străini
- 2*. Circulația funcțională sau "mica circulație" cuprinde, cu excepția: /pag.11/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
 - a. Ventricolul drept
 - b. Venele bronșice
 - c. Artera pulmonară
 - d. Venulele pulmonare
 - e. Atriul stâng
- 3*. Scăderea frecvenței respiratorii (bradipnee) apare în următoarele obstacole de la nivelul căilor respiratorii, cu excepția:/pag.13/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
 - a. Apneea obstructivă în somn
 - b. Astmul bronșic
 - c. Pareze de corzi vocale
 - d. Anemii
 - e. Corpi străini inhalați
- 4*. Patologia mediastinală cuprinde, cu excepția: /pag.25/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
 - a. Pneumopatii de sensibilizare
 - b. Sarcoame

- c. Megaesofag
- d. Adenopatii benigne și maligne
- e. Tumori ale structurilor nervoase

5*. Avantajele radiografiei toracice sunt, cu excepția: pag.37 / Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Permite aprecierea morfologică a plămânului, mediastinului, peretelui toracic, coloanei dorsale
- b. Este un document obiectiv
- c. Iradierea este mică la aparatele moderne
- d. Permite analiza evoluției în timp și sub tratament a procesului patologic
- e. Este statică, nu oferă informații privind mișcarea unor organe

6*. Traheea are roluri importante, cu excepția: /pag.9/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Susține arborele bronșic și plămânii
- b. Transportă aerul în bronșii și plămâni
- c. Rol în reflexul de tuse
- d. Permite deglutiția
- e. Rol în fonație

7*. Disfuncția ventilatorie obstructivă apare în, cu excepția: /pag.44/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Restricții toracopulmonare(cifoasă,cifoscolioză)
- b. BPOC(Bronhopneumopatia obstructivă cronică)
- c. Astm bronșic
- d. Bronșiolite
- e. Debutul unor boli fibroase sau granulomatoase

8*. Contraindicațiile absolute ale testului cardiorespirator la efort sunt, cu excepția: /pag.46,47/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Infarctul de miocard(sub 1 lună)
- b. Afecțiunile febrile acute
- c. Tulburările electrolitice severe
- d. Hipercapnia $\text{PaCO}_2 > 60 \text{ mmHg}$
- e. Stenoza aortică strânsă

9*. Hemoptizia de cauză bronhopulmonară apare în principal în următoarele afecțiuni, cu excepția: /pag.52/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Traumatisme toracice(deschise sau închise-contuzii, rupturi)
- b. Tbc-ul laringelui
- c. Tumori benigne sau maligne bronhopulmonare
- d. Bronșite virale
- e. Bronșiectazii

10*. Cauzele exacerbărilor BPOC sunt, cu excepția: /pag.54,55/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Lipsa tratamentului de fond pentru BPOC
- b. Decompensările cardiace
- c. Oxigenoterapia pe sondă nazală/mască 1-2l/min

- d. Infecțiile tractului respirator(50% bacteriene,30% virale)
- e. Trombembolismul pulmonar

11*. Afecțiunile pulmonare cronice ce beneficiază de recuperare respiratorie sunt, cu excepția: /pag.64,65/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. BPOC
- b. Fibroze difuze
- c. Sindroamele postTBC
- d. Afectare cardiorespiratorie
- e. SASO

12*. Fizioterapia de stimulare a drenajului bronșic cuprinde, cu excepția: /pag.80/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Drenaj postural ținut
- b. Schimbarea repetată a poziției în pat pentru drenaj postural spontan al bronșiilor
- c. Creșterea vâscozității secrețiilor
- d. Abandonarea fumatului, a consumului de droguri și alcool
- e. Creșterea fluxului expirator ce antrenează desprinderea secrețiilor

13*. Indicațiile drenajului postural sunt,cu excepția: /pag.82/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Bronșiectazii
- b. Cașecticii
- c. Bronșita cronică
- d. TBC pulmonară
- e. Pacienții cu decubit prelungit, postoperator și după anestezie generală, ventilație mecanică

14*. Recuperarea respiratorie în BPOC are mai multe componente,c u excepția: /pag.103,104/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Educația pentru reducerea factorilor de risc, recunoașterea și managementul exacerbărilor
- b. Consiliere nutrițională
- c. Educația antifumat și consiliere pentru renunțarea la fumat
- d. Chirurgia emfizemului
- e. Optimizarea tratamentului medical

15*. Scopul reabilitării respiratorii în astmul bronșic este, cu excepția: /pag.113/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Creșterea calității vieții
- b. Pacientul va fi învățat cum să-și monitorizeze funcția pulmonară și evoluția sub tratament cu ajutorul peakflowmetrului
- c. Creșterea toleranței la efort
- d. Controlul total al astmului bronșic, prevenirea complicațiilor
- e. Îmbunătățirea sănătății și funcției pulmonare

16*. Tulburările respirației produse de modificările cutiei toracice sunt, cu excepția: /pag.8/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Rahitism
- b. BPOC
- c. Sechelele tuberculozei osteoarticulare
- d. Spondilita anchilopoetică

e. Poliartroza

17*. Polipneea se asociază de respirații superficiale și apare în variate condiții, cu excepția: /pag.13/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Febră
- b. Hipertiroidism
- c. Hipoxemia sau hipercapnia de orice cauză
- d. Corpi străini inhalați
- e. Acidoza metabolică

18*. Tipul de respirație costal inferior se caracterizează prin, cu excepția: /pag.13/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Este mai specific pentru bărbați
- b. Aerul este dirijat predominant în regiunile mijlocii și inferioare ale plămânului
- c. Asigură o creștere mai importantă a diametrelor cutiei toracice
- d. Poate fi completată cu succes de respirația abdominală
- e. Este specific la femei

19*. Bolile extrapulmonare cu restricție sunt, cu excepția: /pag.15/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Pneumotoracele
- b. Astmul bronșic cronic
- c. Toracele rigid
- d. Paralizii ale mușchilor respiratori
- e. Obezitatea

20*. Scăderea suprafeței membranei alveolo-capilare apare în, cu excepția: /pag.21/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Îngroșarea peretelui alveolar și/sau capilar
- b. Scăderea anatomică a numărului alveolelor din rezecțiile pulmonare, emfizem
- c. Scăderea numărului de alveole funcționale prin obstrucția bronșiolelor
- d. Scăderea numărului de capilare funcționale
- e. Scăderea distensibilității patului capilar în fibrozele interstițiale difuze

21. Bolile căilor respiratorii superioare sunt: /pag.24/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Rinite, adenoidite
- b. Amigdalite, faringite
- c. Bronșiectazii
- d. Supurații bronhopulmonare
- e. Tuberculoză

22. Cauzele respiratorii ale dispneei sunt: /pag.28/Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Stenoza de căi respiratorii superioare
- b. Insuficiența ventriculară stângă

- c. Acidocetoza diabetică
- d. Pahipleuritele
- e. Boli obstructive- astm bronșic, BPOC

23. Dispnee permanentă apare în: /pag.29/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Criza de panică
- b. Dispneea în crize după expunerea la alergeni sau nocturne - astm bronșic
- c. Dispnee la efort - BPOC, insuficiență cardiacă
- d. Tumorile pulmonare extinse
- e. BPOC avansat st. III – IV

24. Durerea intercostală - "în bandă" apare în: /pag.31/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Nevralgia intercostală
- b. Herpes Zooster
- c. Angina pectorală stabilă
- d. Pleurita
- e. Fracturi și calusuri costale

25. Explorările paraclinice necesare pentru stabilirea cauzei disfoniei sunt: /pag.31/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Biopsia laringiană
- b. Radiografia toracică pulmonară
- c. Bronhoscopie
- d. Examen baritat al esofagului
- e. Post intubație traheală

26. Afecțiuni respiratorii asociate cu febră sunt: /pag.34/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Gripa și alte viroze respiratorii
- b. TBC pulmonară
- c. Colagenoze
- d. Supurațiile pulmonare
- e. Limfoame

27. Toracele emfizematos "în butoi", cu hiperinflație este caracterizat prin: /pag.36/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Torace infundibuliform
- b. Apare în rahitism
- c. Comun la vârstnici fără să exprime obligator o stare funcțională deficitară
- d. Patologic apare în emfizemul pulmonar și BPOC
- e. Creșterea tuturor diametrelor toracice

28. Dezavantajele metodei radiografice sunt: /pag.37/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Permite analiza evoluției în timp și sub tratament a procesului patologic
- b. Oferă o imagine de sumă a organelor din torace (în plan frontal și sagital) ceea ce poate duce la erori privind prezența, localizarea, conturul, structura leziunilor
- c. Asigură prima investigație ce permite o suspiciune diagnostică urmată de investigații țintite

- d. Este statică, nu oferă informații privind mișcarea unor organe (va fi completată cu radioscopie sau ecografie, bronhoscopie, esogastroscopie)
- e. Este utilizată ca material didactic, este ieftină, permite procesarea, stocarea și transferul imaginilor

29. Rezonanța magnetică nucleară (RMN) este deosebit de utilă în afecțiunile aparatului respirator pentru diagnosticul: pag.39/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Patologiei mediastinale și vasculare din torace/abdomen (fără contrast = angiografia)
- b. Puncției ghidate a unor colecții sau mase parietale
- c. Depistarea colecțiilor pleurale mici sau a celor închistate
- d. Patologiei coloanei vertebrale și a sistemului muscular
- e. Evaluării continuității și mobilității diafragmelor

30. Contraindicațiile spirometriei sunt: /pag.42,43/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Infarctul miocardic recent (mai recent de 1 lună, angina instabilă)
- b. Expertiza capacității de muncă
- c. Evaluarea nivelului de percepție a calității vieții de către pacient
- d. Pneumotoracele
- e. Hemoptizia

31. Contraindicațiile absolute ale testului cardiopulmonar la efort sunt: /pag.46,47/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. HTA care nu răspunde la tratament (TA sistolică > 250 mmHg, TA diastolică > 120 mmHg)
- b. Stenoza aortică strânsă, cardiomiopatia obstructivă severă
- c. Aprecierea riscului operator, mai ales în chirurgia toracică
- d. Aprecierea prognosticului
- e. Afecțiunile febrile acute

32. Indicațiile testului de mers de 6 minute sunt: /pag.49/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Indicator al prognosticului (alături de alți parametrii în indicele BODE)
- b. Insuficiența respiratorie patentă hipercapnică sau care nu cedează la O₂, acidoză
- c. Embolia pulmonară
- d. Epilepsia
- e. Evaluarea debitului de O₂ optim în timpul efortului

33. Cauzele insuficienței respiratorii pulmonare în bolile aparatului respirator sunt: /pag.59,60/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. TBC pulmonară avansată
- b. PTX spontan
- c. Insuficiența ventriculară stg
- d. Afecțiuni abdominale – ascite masive, peritonite, operații laborioase pe abdomen
- e. Intoxicații cu compuși organofosforici

34. Avantajele antrenamentului la cicloergometru: /pag.74/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Permite măsurarea și reglarea puterii efortului (Unitate de măsură = wați)

- b. Exercițiile pentru musculatura membrelor inferioare cresc anduranța și forța musculară, scad decondiționarea
 - c. Exercițiile efectuate în grup combat izolarea și socializează
 - d. Permite menținerea relativ dreaptă/imobilă a toracelui ceea ce facilitează efectuarea EKG-lui în timpul exercițiului
 - e. Nu implică toate grupele musculare, este scump (de regulă nu este posibil la domiciliu)
35. Oxigenoterapia de scurtă durată are indicații în: /pag.91,92/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. În decompensările acute ale unei insuficiențe respiratorii cronice (BPOC, astm bronșic cronic urmate de stabilizare sau de trecerea la OLD)
 - b. În insuficiența cardiacă congestivă sau respirație Cheyne Stokes
 - c. Apneea în somn de tip central (reduce microtrezirile și desaturările nocturne)
 - d. Hipoxemii de orice cauză (postoperator, din boli ale aparatelor extrapulmonare)
 - e. Tratament paleativ în afecțiuni în stadii terminale
36. Obiectivele ventilației mecanice sunt: /pag.92,93/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Fibrodisplazia retrolenticulară și cecitatea
 - b. Displazia bronhopulmonară
 - c. Corectarea tulburărilor schimburilor gazoase
 - d. Punerea în repaus a mușchilor respiratori și minimalizarea cheltuielilor energetice și de O₂
 - e. Reducerea efortului respirator
37. Complicațiile, efectele adverse ale ventilației mecanice- noninvazive cu presiune pozitivă sunt: /pag.94,96/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Evită IOT, elimină complicațiile acestora, scade mortalitatea
 - b. Distensia gastrică și sindromul de aspirație
 - c. Congestia nazală și sinusală
 - d. Barotrauma, hipotensiune rar
 - e. Fragmentarea somnului, retenția secrețiilor
38. Scopul și obiectivele reabilitării respiratorii în BPOC sunt: /pag.103,104/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Informare privind natura bolii
 - b. Examenul clinic, TA, puls, FC, FR, examenul cordului
 - c. Strategii pentru diminuarea simptomelor și creșterea toleranței la efort – exerciții fizice, gimnastică respiratorie, exerciții de tuse
 - d. Creșterea eficienței în utilizarea energiei
 - e. Spirometrie, teste de efort cardiorespirator, testul de mers de 6 minute
39. Fibrozele pulmonare de etiologie cunoscută sunt: /pag.120,121/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Silicoză
 - b. Fibroze posttuberculoase
 - c. Sarcoidoza
 - d. Fibroze postiradiere
 - e. Fibroza pulmonară idiopatică

40. Principiile de reabilitare în obezitate cuprind următoarele măsuri: /pag.129/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- Tratament chirurgical(chirurgie bariatrică)
 - Suport psihologic
 - Scăderea complianței pulmonare
 - Terapia de scădere ponderală prin dietă
 - Creșterea cererii/consumului de oxigen(necesară) pentru masa adipoasă
41. Programul de recuperare în sindroamele postTBC cuprinde: /pag.125,126,127/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- Readaptarea la efort-gimnastică generală și respiratorie
 - Drenajul de postură, reeducarea tusei
 - Scădere ponderală
 - Dietă cu alimentație diversificată, hipercalorică
 - Compresie pneumatică cu vestă cu vibrații"Vest system"
42. Tratamentul nefarmacologic în BPOC constă în: /pag.103/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- Bronhodilatatoare
 - Reducerea expunerii la noxe
 - Abandonarea fumatului
 - Oxigenoterapia și ventilația noninvazivă (NIPPV)
 - Profilaxia infecțiilor prin vaccinare
 - f.
43. Cauzele insuficienței respiratorii ce determină stare critică sunt: /pag.97,98/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- Exacerbările BPOC sau ale astmului bronșic
 - Pleurezii masive
 - Atelectazii prin obstrucții tumorale
 - Mobilizare precoce, reducerea perioadei de intubație
 - Pneumonii sau bronhopneumonii
44. Contraindicațiile ventilației noninvazive cu presiune pozitivă sunt: /pag.94,95/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- Stopul respirator
 - Sepsis, pneumonie severă
 - Boli neuromusculare
 - Edemul pulmonar acut cardiogen
 - Anormalități metabolice, obezitatea morbidă
45. Beneficiile oxigenoterapiei sunt: /pag.90,91/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- Hipoventilație alveolară și creșterea travaliului respirator din BPOC, astmul bronșic cronic
 - Ameliorarea supraviețuirii și calității vieții
 - Hipercapnie cronică
 - Ameliorarea hipertensiunii pulmonare
 - Corectarea hipoxemiei la pacienții fără hipercapnie
46. Oxigenoterapia administrată în exces poate produce unele efecte toxice cum ar fi: /pag.92/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- Displazie bronhopulmonară

- b. Intoxicație cu CO prin formarea HbCO
- c. Fibrodisplazie retrolenticulară
- d. Cecitate
- e. Detresă respiratorie

47. Afecțiunile respiratorii ce au indicații de tratament balnear sunt: (pag.86/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Infecții trenante ale căilor respiratorii superioare
- b. Bronșiectazii cu prezența hemoptiziei
- c. Cordul pulmonar decompensat
- d. Traheobronșite trenante
- e. Astmul bronșic

48. Instrumentele de evaluare ale rezultatelor recuperării respiratorii sunt: /pag.84/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Evaluare clinico-funcțională și a capacității de efort
- b. Ameliorarea performanței cardiace, scăderea decondiționării
- c. Evaluare socio-economică
- d. Scala dispneei
- e. Activități profesionale-pictat, împletit, scris, lectură

49. Contraindicațiile drenajului postural sunt: /pag.82/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Hemoragii
- b. Pneumotorace
- c. Stări critice cardiace
- d. Bronșiectazii
- e. Pacienții cu căi respiratorii artificiale(stenturi, canulă traheală, sondă IOT)

50. Tehnicile drenajului postural sunt: /pag.80,81,82/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Vibrația
- b. Abandonarea fumatului, a consumului de droguri și alcool
- c. Percuția
- d. Poziționarea
- e. Consilierea nutrițională

51. Avantajele mersului în aer liber aduce multiple beneficii cum ar fi: /pag.74,75/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Este ieftin, la îndemâna tuturor
- b. Se poate completa cu exerciții de urcare a treptelor în aer liber
- c. Nu solicită atât de mult articulațiile, este comod și la persoanele obeze
- d. Durata 20-30 secunde apoi pauză de 40-50 de secunde
- e. Este ușor de dozat pe baza reacției clinice a pacientului dar și prin testul de mers de 6 minute

52. Contraindicațiile exercițiului fizic dozat sunt:/pag.72,73/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Cord pumonar cronic decompensat
- b. Hipoxemie severă indusă de efort ce nu se compensează la O₂ și hipercapnia
- c. Condiții neuropsihice grave

- d. Afecțiuni respiratorii cronice, simptomatice cu stare stabilă
- e. Hemoptiziile repetate (din bronșiectazii, tumori, BPOC, fibroze)

53. Pozițiile antidispneice sunt: /pag.71/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Ortopneea cu sprijin de perne
- b. Mișcarea membrelor inferioare în pat
- c. Poziția șezând cu aplecarea în față a trunchiului cu antebrațele pe genunchi
- d. Decubit lateral, spatele rotunjit, coapsele flectate pe corp și gambele pe coapse, brațele relaxate
- e. Menținerea membrelor inferioare la un nivel ridicat față de torace la 30°

54. Scopul programelor de recuperare la pacienții cu boli respiratorii cronice este: /pag.64,66/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Ameliorarea funcției pulmonare
- b. Evaluarea anxietății, depresiei-scala Hamilton
- c. Creșterea toleranței la efort și scăderea decondiționării fizice
- d. Corectarea nutriției deficitare
- e. Îmbunătățirea calității vieții, creșterea gradului de supraviețuire

55. Datele paraclinice care stabilesc existența și cauza insuficienței respiratorii acute sunt: /pag.60/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Pulsoximetrie și gazometrie sanguină
- b. EKG, echocardiografia
- c. Ortopnee
- d. Bronhoscopie
- e. Encefalopatia respiratorie prin creșterea Pa CO₂

56. Principiile tratamentului exacerbarii în BPOC constau din: /pag.56/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Internare în spital
- b. Hidratare corectă pentru fluidificarea secrețiilor
- c. Scăderea Pa O₂ sub 60mmHg
- d. Bronhodilatatoare în asociere pe cale inhalatorie de urgență
- e. Scăderea imunității organismului

57. Cauzele de scădere a clearance-ului mucociliar sunt: /pag.56,57/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Fumatul
- b. Reducerea poluării industriale/casnice
- c. Abuzul de morfină sau sedative
- d. Scăderea tusei prin comă, sedative, accidente vasculare cerebrale
- e. Absența bolilor asociate: tumori, insuficiență cardiacă, boală cerebrovasculară

58. Diagnosticul BPOC se stabilește pe baza următoarelor criterii: /pag.55/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Expunerea îndelungată la factori de risc-fumat, particule nocive și gaze
- b. Scăderea VEMS reversibilă
- c. Prezența simptomelor (evaluare prin chestionarul CAT sau pe baza scalei dispneei)
- d. Trombembolismul pulmonar
- e. Tuse cu expectorație mucoasă intermitentă apoi permanentă

59. Particularitățile crizei de astm bronșic sunt: (Corecte: b), d), e) /pag.52,53/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Creșterea TA
 - b. Tuse inițial uscată apoi cu spută perlată alb, gălbuie, mucoasă
 - c. Epistaxis
 - d. Dispnee, ortopnee
 - e. Murmur vezicular diminuat
60. Simptomele hemoptiziei sunt: /pag.52,53/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Tahipnee
 - b. Tuse mucopurulentă
 - c. Gust sărat de sânge
 - d. Gâdilare sau senzație de căldură retrosternală
 - e. Tuse ce elimină sânge
61. Dispozitivele pentru efectuarea testului cardiorespirator la efort sunt:/pag.47,49,50/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Cicloergometrul
 - b. Covorul rulant
 - c. Testul de mers de 6 minute
 - d. Proba de efort dinamic cu brațele
 - e. Indicele BODE
62. Indicațiile testului cardiopulmonar la efort sunt: /pag.46,47/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Testarea capacității de efort
 - b. Depistarea afecțiunilor coronariene latente la subiecții cu risc crescut
 - c. Tulburări neurologice/musculare care diminuează adaptarea la efort muscular
 - d. Diagnosticul diferențial al durerii toracice
 - e. Aprecierea riscului operator mai ales în chirurgia toracică
63. Explorările funcționale propriu-zise sunt: /pag.42/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Pletismografia
 - b. Chestionarul CAT
 - c. Teste de difuziune prin MAC
 - d. Indicele BODE
 - e. Testul de mers de 6 minute
64. Indicațiile explorărilor funcționale respiratorii sunt: pag.42,43/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Pneumotoracele
 - b. Expertiza capacității de muncă
 - c. Intervenții chirurgicale recente
 - d. Traumatisme faciale
 - e. Screening la persoane cu risc crescut: fumători, sportivi
65. Parametrii spirometrici sunt: /pag.43,45/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. VEMS-volumul expirator maxim în prima secundă
 - b. Debitul expirator de vârf-PEF
 - c. Indicele de permeabilitate bronșică
 - d. Capacitatea reziduală funcțională CRF
 - e. Capacitatea de difuziune prin MAC-factorul de transfer al CO
66. Indicațiile terapeutice ale bronhoscopiei sunt: /pag.40,41/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Aprecierea permeabilității căilor aeriene
 - b. Laserterapia
 - c. Evaluarea extensiei tumorilor
 - d. Investigarea unei hemoptizii inexplicate mai ales la persoane cu factor de risc
 - e. Administrare locală de medicamente vasoconstrictoare, hemostatice, hialuronidază
67. Indicațiile ecografiei toracice sunt: /pag.38,39/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Depistarea colecțiilor pleurale mici sau a celor închistate
 - b. Diagnosticul leziunilor vasculare
 - c. Puncția ghidată a unor colecții sau mase parietale
 - d. Evaluarea maselor mediastinale
 - e. Diagnosticul diferențial al unei colecții pleurale de una subdiafragmatică sau de perete
68. Cauzele cianozei difuze sunt: /pag.34/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Staza circulatorie
 - b. Tromboza sau compresiunea unei vene
 - c. Insuficiența saturare în O₂ a sângelui arterial
 - d. Intoxicația cu CO
 - e. Sindromul Raynaud
69. Insuficiența respiratorie de origine extrapulmonară poate să fie cauzată de: /pag.60/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Miastenia gravis
 - b. Silicoza
 - c. Intoxicații cu barbiturice
 - d. Tumorile bronșice
 - e. Ascite masive
70. Fizioterapeutul din echipa de specialiști a programului de recuperare respiratorie are următoarele atribuții: /pag.65/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Evaluează aspectele psihologice
 - b. Prescrie regimuri de exercițiu individualizat corespunzător handicapului pacientului
 - c. Identifică comorbiditățile ce necesită tratament individualizat
 - d. Exerciții de relaxare, drenaj postural
 - e. Efectuează cu pacientul exerciții fizice + exerciții de respirații
71. Direcțiile de educație medicală în cadrul programului de reabilitare respiratorie sunt: /pag.66,67/ Pneumologie / Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)
- a. Necesitatea simplificării stilului de viață și conservării energiei
 - b. Testul de mers de 6 minute de 2 ori cu interval de cel puțin 30 minute

- c. Reducerea factorilor de risc-fumat, expunere la noxe, sedentarism
- d. Ventilația mecanică
- e. Creșterea încrederii în tratament, diminuarea depresiei

72. Efectele directe ale fumatului asupra aparatului respirator sunt:) /pag.68,69/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Mezoteliomul pleural
- b. Aneurisme
- c. Leucodisplazii
- d. BPOC
- e. Astm bronșic

73. Antagoniștii și agoniștii de nicotină sunt: /pag.69,70/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Champix
- b. Guma de mestecat cu nicotină
- c. Bupropion
- d. Timbrul de nicotină
- e. Zyban și Vareniclina

74. Contraindicațiile respirației cu buzele strânse sunt: /pag.78/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Pneumotorace
- b. BPOC
- c. Hemoptizia
- d. Astm bronșic
- e. Bronșiectazii

75. Efectele benefice ale terapiei ocupaționale sunt: /pag.83/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Crește respectul de sine, poate contribui la reinsertia socială
- b. Întreține mușchii posturii
- c. Scădere ponderală
- d. Ameliorarea toleranței la efort și a gazelor sanguine
- e. Poate aduce beneficii financiare

76. Administrarea aerosolilor în scop diagnostic presupune: /pag.87,88/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Test de provocare pentru depistarea alergiei la diverși alergeni
- b. Administrarea de medicamente prin aerosoli
- c. Test farmacodinamic cu aerosoli cu antigene sau metacolină pentru depistarea hiperactivității bronșice
- d. Test bronhodilatator pentru evaluarea reversibilității spasmului bronșic
- e. Administrarea aerosolilor pentru tratarea afecțiunilor respiratorii superioare și inferioare

77. Oxigenoterapia de lungă durată cu administrare doar nocturnă este indicată în: (Corecte: a), c) /pag.91/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Apneea în somn de tip central
- b. BPOC std. III sau IV cu CPC asociat
- c. Respirația Cheyne-Stokes
- d. Mucoviscidoza

- e. Sindromul hipoventilație-obeziitate

78. Membrana alveolocapilară cuprinde următoarele straturi) /pag.11/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Celulele endoteliale
- b. Membrana bazală subepitelială
- c. Interstițiu alveolar cu substanță fundamentală
- d. Filmul de surfactant
- e. Ducte alveolare

79. Funcțiile nonrespiratorii ale plămânilor sunt: /pag.12/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Funcția reflexă
- b. Ventilația
- c. Rol în mișcarea fluidelor și de rezervor de sânge
- d. Circulația
- e. Rol în filtrarea embolusurilor și a leucocitelor circulante

80. Factorii ce scad difuzia prin membrana alveolo-capilară sunt: /pag.21/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. ↓grosimii peretelui alveolar
- b. ↓ distensibilității patului capilar în fibrozele interstițiale difuze
- c. ↓ capacității de difuziune a gazului prin hematii și a combinării cu Hb
- d. ↑volumului sanguin pulmonar
- e. ↑numărului de capilare funcționale

81. Exercițiile fizice se vor întrerupe dacă apar următoarele semne de alarmă: /pag.73/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Apariția sau creșterea dispneei
- b. Lipsa motivației
- c. Dureri toracice de tip constrictiv sau presiune toracică
- d. Aritmii
- e. Apariția respirației zgomotoase

82. Avantajele antrenamentului la cicloergometru sunt: /pag.74/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Exercițiile efectuate în grup combat izolarea și socializează
- b. Nu implică toate grupele musculare
- c. Nu solicită atât de mult articulațiile
- d. Antrenamentul este comod și la persoanele obeze
- e. Este scump, de regulă nu este posibil la domiciliu

83. Obiectivele antrenamentului mușchilor respiratori sunt variate și au ca scop: /pag.76/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Tonifierea musculaturii respiratorii
- b. Creșterea volumelor de aer mobilizabile
- c. Ameliorarea tusei și expectorației
- d. Reinsertie profesională
- e. Flexibilizarea articulațiilor toracelui

84. Contraindicațiile stimulării tusei sunt: /pag.80/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Pneumotoracele
- b. Pozițiile antigravitaționale
- c. Bronhospasmul
- d. Vârsta înaintată
- e. Hipoxemia

85. Fișa individuală a pacientului ce va intra într-un program de reabilitare respiratorie va cuprinde: /pag.104/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Examenul clinic, TA, puls
- b. Examenul cordului
- c. Scăderea costurilor aferente îngrijirii medicale
- d. Consilierea pacientului în fază terminală
- e. Evaluarea calității vieții-SGRQ

86. Reabilitarea respiratorie este recomandată și după exacerbări în BPOC deoarece: /pag.107/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Reduce simptomele reziduale
- b. Reduce alte exacerbări
- c. Previne deteriorarea schimburilor gazoase
- d. Reduce mortalitatea
- e. Crește capacitatea la efort și calitatea vieții

87. Factorii din mediul înconjurător care influențează dezvoltarea și expresia astmului bronșic sunt: /pag.109/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Factori genetici
- b. Dieta-trofoalergeni
- c. Infecțiile respiratorii
- d. Atopia
- e. Obezitatea

88. Efectele secundare ale corticosteroizilor pe cale sistemică și administrare îndelungată sunt: /pag.110,111/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Subțierea pielii
- b. Disfuncție ventilatorie obstructivă
- c. Cataractă
- d. Rinită alergică
- e. Risc crescut la infecții

89. Obiectivele tratamentului în astmul bronșic sunt: /pag.110/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Fără simptome diurne
- b. Limitări ale activității
- c. Fără medicație de criză
- d. Funcție pulmonară normală
- e. Fără exacerbări

90. Factorii de risc etiologici pentru sindromul de apnee în somn sunt: /pag.115,116/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Obezitatea predominant cea androgenică

- b. Anomalii ale feței
- c. Hipotiroidismul
- d. Cefaleea matinală
- e. Infarctul miocardic

91. Poligraful portabil permite următoarele înregistrări: /pag.117,118/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Pulsoximetrie
- b. Electromiograma tibială anterioară
- c. Măsurarea fluxului de aer la nas
- d. Electrooculograma
- e. Aprecierea mișcărilor respiratorii din torace și abdomen

92. Criteriile de probabilitate ale diagnosticului de TBC sunt:) /pag.124/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Examenul bacteriologic
- b. Examenul radiologic
- c. Examenul histopatologic
- d. Criterii clinice
- e. Teste biologice

93. Cele mai frecvente sindroame posttuberculoase respiratorii sunt: /pag.125/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Sindromul bronșitic cronic
- b. TBC miliară generalizată
- c. Simfizele pleurale și pahipleurite
- d. Pneumotoracele
- e. Meningoencefalita tuberculoasă

94. Sindromul de apnee în somn de tip central se caracterizează prin:/pag.115/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Absența fluxului la nas și gură pe o durată >10 sec
- b. Fără efort respirator toracic și abdominal
- c. Menținerea efortului respirator
- d. Prezența de mișcări la nivelul toracelui ca urmare a impulsurilor ritmice de la nivelul centrilor respiratori
- e. Apnee centrală continuată cu apnee obstructivă

95. Tipul de respirație abdominal: /pag.13,14/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Este caracteristică bărbaților
- b. Cutia toracică este ridicată de către coastele superioare, umeri și clavicule
- c. Este specific la femei
- d. Aerul intră în mai mare cantitate în zonele pulmonare inferioare
- e. Poate fi completată cu succes de respirația abdominală

96. Scăderea volumelor pulmonare mobilizabile apare în următoarele boli extrapulmonare cu restricție: /pag.15/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Torace rigid – cifoasă, cifoscolioză
- b. BPOC
- c. Paralizii ale mușchilor respiratori, depresia centrilor respiratori

- d. Obezitate
- e. Astm bronșic

97. Complicațiile medicale ale obezității asupra aparatului respirator sunt: /pag.33/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Mobilitate scăzută a întregului organism
- b. Sindrom hipoventilație + obezitate (sindromul Pickwick)
- c. Hipertensiune arterială
- d. Sindrom de apnee obstructivă în somn
- e. Boala de reflux gastroesofagian

98. Complicațiile respiratorii ce apar în serviciile de ATI după stări critice sunt: /pag.97/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Diabetul zaharat
- b. Atelectazii prin obstrucții de secreții, bronhoplegie
- c. Pneumonie de decubit sau ventilator, pleurezii
- d. Insuficiența cardiacă
- e. Disfuncții ventilatorii prin slăbiciune și atrofie musculară

99. Prevenirea complicațiilor postoperatorii- Fizioterapia profilactică constă în: /pag.97,98/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. "Kinetic bed therapy" pentru evitarea pneumoniilor nosocomiale la pacienții cu ventilație mecanică
- b. Mobilizare precoce, reducerea perioadei de intubație
- c. Hidratare corespunzătoare pentru fluidificarea secrețiilor bronșice
- d. Reducerea perioadei de internare în secția de ATI
- e. Hiperinflație prin PEEP Goselink

100. Fumatul de țigarete întreține o inflamație cronică a căilor respiratorii și a parenchimului pulmonar ce determină: /pag.99,100/ Recuperarea respiratorie și balneo-fiziokinetoterapia în afecțiunile respiratorii)

- a. Îngroșarea pereților bronșici, bronhospasm și obstrucție bronșică
- b. Afectare cardiacă
- c. Reducerea masei musculare și oboseală musculară la efort
- d. Favorizarea suprainfecțiilor bacteriene
- e. Hipersecreție de mucus și scăderea clearance-lui cu diminuarea suplimentară a calibrului bronșic

X. RECUPERAREA ÎN AFECȚIUNI MUSCULO-SCHELETALE

TEMATICA

1. Evaluarea coloanei vertebrale 1 (pag. 21-55)
2. Evaluarea șoldului 1 (pag. 59-83)
3. Evaluarea genunchiului 1 (pag. 87-96)
4. Evaluarea gleznei și piciorului 1 (pag. 109-122)
5. Evaluarea umărului 1 (pag. 127-168)
6. Evaluarea cotului 1 (pag. 177-195)
7. Evaluarea pumnului și a mâinii 1 (pag. 203-233)

8. Evaluarea mersului, echilibrului și a stabilității, controlului muscular și a coordonării (pag. 229-249)

BIBLIOGRAFIA

1. Tatiana Balint, Irinel Diaconu, Andreea Moise, - Evaluarea aparatului locomotor, Editura Tehnopress, Iași – 2007.

1. Cum se apreciază amplitudinea mișcărilor proprii ale omului:

- a. goniometric
- b. cu ajutorul firului cu plumb
- c. prin măsurarea distanței în centimetri
- d. prin măsurarea distanței în milimetri
- e. prin raportarea la valorile umărului opus

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag.135.

2. Mișcarea de supinație este mișcarea de:

- a. rotație spre interior
- b. orientare a palmei în sus
- c. rotație internă a pumnului
- d. orientare a palmei în jos
- e. orientarea palmei cu policele la zenith

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 210

3. Ce semnifică valoarea 1 a forței musculare:

- a. mușchiul se contractă, deplasând segmentul pe toată amplitudinea într-un plan fără gravitație
- b. mușchiul se contractă (vizibil sau palpabil), dar forța e insuficientă să deplaseze segmentul pe toată amplitudinea într-un plan fără gravitație
- c. mușchiul nu prezintă contracții
- d. mușchiul deplasează segmentul doar pe o anumită sector de mobilitate articulară în plan antigravitațional
- e. mușchiul deplasează segmentul în plan antigravitațional

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 14

4. Mișcarea de inversie a piciorului nu este realizată de următorii mușchi:

- a. gemenul intern
- b. gambierul posterior
- c. lumbricali
- d. extensor comun al degetelor
- e. flexorul comun al degetelor

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag.121

5. Următoarele afirmații sunt corecte cu o excepție. Care este aceasta:

- a. mușchii ischiogambieri fac flexia gambei
- b. poziția AG pentru cvadriceps este în sezând la marginea planului de testare cu picioarele atârinate

- c. pentru muschiul gambier posterior se opune rezistența pe marginea externa a piciorului
- d. pentru muschiul iliopsoas se opune rezistența pe fața anterioara a coapsei în treimea distala
- e. muschiul iliopsoas face flexia coapsei pe bazin

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 115

6. Valoarea mobilității unei articulații poate fi comparata cu:

- a. cea a articulației simetrice la nivelul membrelor
- b. valoarea nestandardizata
- c. valoarea generala a mobilității pe anumite tipuri de patologii
- d. cea a articulațiilor supraiacente
- e. cea a articulațiilor subiacente

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 15

7. Pentru masurarea abducției în articulația scapulo- humerala, goniometrul se plaseaza:

- a. cu brațul fix pe linia axilara posterioara
- b. cu brațul fix pe linia axilara medie
- c. cu brațul mobil pe fața laterala a bratului
- d. cu brațul mobil pe fața mediala a brațului
- e. indiferent, astfel încât pacientul sa aiba o poziție comoda

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 135

8. Care este poziția de start pentru goniometria flexiei cotului:

- a. poziția sezând cu brațul întins
- b. În decubit dorsal cu cotul în extensie completa
- c. în ortostatism cu cotul în flexie completa
- d. în decubit ventral cu cotul în extensie completa
- e. poziția sezând cu brațul flectat

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 182

9. Proteza trebuie sa fie – neapărat în această ordine:

- a. cosmetică – confortabilă – funcțională;
- b. functionala-confortabila-justificata.
- c. funcțională – cosmetica – confortabilă;
- d. confortabilă – funcțională – cosmetică;
- e. funcțională – confortabilă – cosmetică.

Pag.

10. Amputația unui membru sau a unui segment reprezintă:

- a. un eșec al tratamentului;
- b. un tratament aplicat tardiv;
- c. o oportunitate pentru ortezare.
- d. un tratament de elecție;
- e. o oportunitate pentru protezare.

11. După gradul de mobilitate, ortezele se clasifică în:

- a. orteze estetice și funcționale;
- b. orteze plastice sau metalice;

- c. orteze statice sau dinamice;
- d. orteze de susținere și compresie.
- e. Orteze estetice si metalice.

12. Ortezele dinamice de mână sunt utilizate:

- a. la pacienții cu paraplegie la nivel C6;
- b. la pacienții cu hemiplegie la nivel C6;
- c. la pacienții cu hemipareză la nivel C6;
- d. pacienții cu hemipareză flasca la nivel C6;
- e. la pacienții cu tetraplegie la nivel C6.

13. Ortezele au rol multiplu în recuperarea medicală, dar nu asigură:

- a. imobilizarea sau susținerea unei articulații sau unui segment al corpului, asigurând astfel prevenirea / corectarea deformărilor și menținerea articulației într-o poziție cât mai funcțională
- b. îmbunătățirea funcției articulare în condițiile unei asistări corespunzătoare a mobilității la acel nivel, cu posibilitatea aplicării unei tracțiuni
- c. controlul unei mișcări direcționate
- d. durerea în segmentul respectiv prin transferul de forță de la o zonă topografică la alta
- e. presiunea în segmentul respectiv prin transferul de forță de la o zonă topografică la alta

14. Selectarea protezei optime pentru pacientul cu amputație de membru se realizează în baza unor criterii, cu excepția:

- a. nivelul amputației membrului respective
- b. nivelul amputației membrului contralateral, unde este cazul.
- c. starea aparatelor cardiovascular și respirator ale pacientului, precum și statusul cognitiv cu motivația personală
- d. activitățile-vocaționale și nevocaționale-pe care pacientul le anticipează
- e. existența sau nu a antecedentelor heredo-colaterale de amputație

15. Bilanțul articular reprezintă:

- a. Măsurarea amplitudinilor de mișcare articulară într-o singură direcție;
- b. Măsurarea amplitudinilor de mișcare articulară in doua direcții;
- c. Măsurarea amplitudinilor de mișcare articulară, respective gradul de mișcare articulară;
- d. Măsurarea amplitudinilor de mișcare articulară, în toate direcțiile;
- e. gradul de mișcare articulară sau amplitudinea de mișcare.

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, Pag. 11

16. La nivel național, pentru evaluarea forței musculare, se folosește o scală cu:

- a. 3 trepte
- b. 4 trepte;
- c. 5 trepte;
- d. 6 trepte;
- e. 7 trepte.

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, Pag. 18

17. Care dintre următoarele sunt teste funcționale specifice pentru articulația genunchiului?

- a. Testul Helfet
- b. Testul "bounce home"
- c. Testul Thomas și testul Patrick
- d. Testul Stinchfield
- e. Testul Murphy

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, Pag. 98

18. Criteriile de includere pentru aprecierea anomaniilor de mers include:

- a. Redori sau dureri articulare;
- b. Dureri sau senzație de discomfort.
- c. Persoane care prezintă o patologie diagnosticată;
- d. Persoane în vârstă care prezintă abateri de la normal, cu posibilitatea de corectare;
- e. Persoane tinere care prezintă dezechilibrante ale coloanei vertebrale.

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, Pag. 234

19. Care dintre următoarele sunt teste funcționale specifice mâinii?

- a. Testarea dexterității grosiere
- b. Semnul lui Murphy
- c. Testul Lachmann
- d. Testul clăpelor de pian
- e. Răspuns corect a și d

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, Pag. 230

20. Mișcarea de înclinare radială este definită ca fiind:

- a. mișcarea medială a mâinii într-un plan transversal;
- b. mișcare antero-posterioară - un plan transversal;
- c. mișcarea laterală a mâinii într-un plan transversal;
- d. mișcarea posterioară a mâinii într-un plan transversal;
- e. mișcarea anterioară a mâinii într-un plan transversal.

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, Pag. 212

21. Cum se apreciază amplitudinea mișcărilor proprii ale umărului:

- a. cu ajutorul firului cu plumb
- b. prin măsurarea distanței în metri
- c. prin măsurarea distanței în milimetri
- d. prin măsurarea distanței în centimetri
- e. goniometric

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 135

22. Mișcarea de supinație este mișcarea de:

- a. Rotație spre interior
- b. orientare a palmei în sus
- c. rotație internă a pumnului
- d. orientare a palmei în lateral
- e. orientare a palmei în jos

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 191

23. Ce semnifică valoarea 1 a forței musculare:

- a. mușchiul se contractă, deplasând segmental pe toată amplitudinea într-un plan fără gravitație
- b. mușchiul se contractă (vizibil sau palpabil), dar forța e insuficientă să deplaseze segmental pe toată amplitudinea într-un plan fără gravitație
- c. mușchiul nu prezintă contracții
- d. mușchiul deplasează segmental doar pe un anumit sector de mobilitate articulară în plan antigravitațional
- e. mușchiul mobilizează segmental în plan transvers.

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, Pag. 18

24. Mișcarea de inversie a piciorului este realizată de următorii mușchi:

- a. gemenul intern
- b. gambierul posterior
- c. lumbricali
- d. extensor comun al degetelor
- e. gastrocnemian

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 121

25. Ortezele se confecționează din următoarele materiale, cu o excepție:

- a. metalul (oțel călit - inoxidabil, aliaj de aluminiu)
- b. plasticul
- c. hârtia
- d. carton
- e. fibrele sintetice, materiale plastifiabile

26. Valoarea mobilității unei articulații poate fi comparată cu:

- a. cea a articulației simetrice la nivelul membrelor
- b. valoarea standard
- c. valoarea generală a mobilității pe anumite tipuri de patologii
- d. cea a articulațiilor supraiacente
- e. cea a articulațiilor subiacente

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 16

27. Pentru măsurarea abducției în articulația scapulo- humerală, goniometrul se plasează:

- a. cu brațul fix pe linia axilară posterioară
- b. cu brațul fix pe linia axilară medie
- c. cu brațul mobil pe fața posterioară a brațului
- d. cu brațul mobil pe fața medială a brațului
- e. indiferent, astfel încât pacientul să aibă o poziție comodă

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 137

28. Care enunțuri sunt false despre amplitudinea mișcărilor în articulația scapulo- humerală:

- a. abducția – 180

- b. extensia (retroducția) – 30
- c. rotația internă – 70
- d. rotația externă – 90
- e. flexia – 180

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS
IAȘI – 2007, pag. 146,152

29. Care este poziția de start pentru goniometria flexiei cotului:

- a. poziționează cu brațul întins
- b. în decubit dorsal cu cotul în extensie completă
- c. în ortostatism cu cotul în extensie completă
- d. în decubit ventral cu cotul în extensie completă
- e. poziționează cu brațul flectat

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS
IAȘI – 2007, pag. 182

30. Mișcarea de pronosupinație este realizată de articulațiile:

- a. radiocubitala superioară
- b. radiocubitala inferioară
- c. humero-cubitală
- d. radio – carpiană
- e. toate articulațiile de la nivelul antebrațului

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS
IAȘI – 2007, pag. 192,193

31. Cum se poziționează goniometrul pentru aprecierea pronației:

- a. brațul fix pe fața palmară a pumnului, paralel cu humerusul
- b. brațul fix pe fața dorsală a pumnului, paralel cu humerusul
- c. brațul mobil de-a lungul stiloidelor
- d. brațul mobil de-a lungul metacarpianului 3
- e. brațul mobil de-a lungul metacarpianului 1

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS
IAȘI – 2007, pag. 193

32. Complexul articular al pumnului este format din:

- a. articulația mediocarpiană
- b. articulația radio-carpiană
- c. articulația carpo-metacarpiană
- d. articulația metacarpo-falangiană
- e. articulațiile interfalangiene

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS
IAȘI – 2007, pag. 210

33. Care enunțuri sunt false, privind bilanțul articulației trapezoido- metacarpiene:

- a. abducția se realizează în planul palmei
- b. flexia se realizează într-un plan perpendicular pe planul palmei
- c. flexia are 150
- d. abducția are 600 –700
- e. participă la mișcarea de opozabilitate

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS
IAȘI – 2007, pag. 224,226

34. Selectați afirmațiile adevărate, privind obiectivele bilanțului muscular:

- a. realizarea unui diagnostic neurologic
- b. realizarea unui diagnostic funcțional corect
- c. evaluarea corectă a amplitudinii de mișcare pentru stabilirea prognosticului funcțional
- d. alcătuirea și evaluarea programului de recuperare
- e. aprecierea end-feel

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS
IAȘI – 2007, pag. 18

35. Regulile bilanțului muscular, în sistemul 0-5, prevăd:

- a. poziționarea corectă pentru mișcările realizate antigravitațional pentru forța 3, 4, 5
- b. stabilizarea regiunii distale a segmentului ce este deplasat de mușchiul respectiv
- c. pentru aprecierea forțelor 3 – 5, rezistența se opune în treimea distală a segmentului spre capătul cursei de mișcare
- d. stabilizarea regiunii proximale a segmentului ce este deplasat de mușchiul respectiv
- e. stabilizarea regiunii distale a segmentului ce este deplasat de mușchiul respectiv

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS
IAȘI – 2007, pag. 19

36. Care sunt mușchii care realizează abducția soldului:

- a. fesierul lărg
- b. fesierul mic
- c. iliac
- d. fesierul mare
- e. tensorul fasciei late

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS
IAȘI – 2007, pag. 64

37. Ce mușchi realizează rotația externă a soldului:

- a. psoas
- b. obturator intern și extern
- c. gemen superior și inferior
- d. piramidal și patrul femural
- e. tensor fascia latae

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS
IAȘI – 2007, pag. 67

38. Care sunt mușchii care realizează flexia gambei:

- a. biceps femural
- b. drept anterior
- c. semitendinos
- d. semimembranos
- e. cvadriceps

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS
IAȘI – 2007, pag. 90

39. Care sunt mușchii care realizează flexia dorsală a piciorului:

- a. gambierul anterior
- b. gambierul posterior
- c. extensor propriu al halucelui

- d. lungul peronier
- e. extensor comun al degetelor

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 115

40. Selectați afirmațiile corecte pentru testarea muschiului triceps sural:

- a. realizeaza flexia dorsala a piciorului
- b. se stabilizeaza gamba
- c. se stabilizeaza genunchiul
- d. poziția FG este în decubit homolateral, cu genunchiul flectat si piciorul în poziție neutra
- e. se opune rezistența în treimea distala a piciorului pe fața plantara

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 117,123

41. Selectați afirmațiile corecte pentru testarea muschiului cvadriceps:

- a. este alcatuit din: dreptul anterior, vastul intern, vastul extern si vastul intermediar
- b. în timpul testarii se stabilizeaza pelvisul
- c. în timpul testarii se stabilizeaza coapsa
- d. poziția FG este în decubit homolateral cu genunchiul flectat la 90
- e. poziția AG este în decubit ventral cu genunchiul flectat

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 94

42. Care sunt miscarile proprii ale umarului:

- a. antepulsie
- b. retropulsie
- c. extensie
- d. ridicare
- e. coborâre

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 135

43. Care miscari sunt posibile la nivelul pumnului:

- a. flexia si extensia
- b. înclinarea cubitala si deviația radiala
- c. abducția si adducția
- d. rotație pasiva
- e. circumducția

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 210

44. Care sunt condițiile obligatorii pentru realizarea unui bilanț muscular:

- a. sa preceada bilanțul articular
- b. positionarea corecta a pacientului
- c. asigurarea unui microclimat de confort termic
- d. înregistrarea valorilor în sistem internațional 0-5
- e. pacient cooperant

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 15

45. Poziția ortostatică se evaluează prin:

- a. aprecierea liniei gravitației în plan frontal și sagital cu firul cu plumb
- b. măsurarea înălțimii și a taliei sezând
- c. evaluarea alinierii segmentelor din față, din lateral și din spate
- d. aprecierea liniei gravitației în plan orizontal cu firul cu plumb
- e. aprecierea liniei gravitației în plan oblic cu firul cu plumb

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 14

46. Prin ce repere anatomice nu trece firul cu plumb la examinarea din spate, pentru înclinările

laterale:

- a. apofiza spinoasă C7
- b. trohanter
- c. pliul interfesier
- d. pe marginea axilară a omoplatului
- e. între condilii interni ai genunchilor

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 21

47. Prin ce repere anatomice nu trece firul cu plumb la examinarea din lateral, pentru înclinările sagitale:

- a. anterior de umăr
- b. lateral de trohanter
- c. de-a lungul liniei albe
- d. medial de condilii interni femurali
- e. la nivelul liniei Chopart

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 21

48. La examinarea din posterior se pot întâlni următoarele modificări patologice:

- a. atitudine scoliotică
- b. scolioza structurală
- c. flexum de sold
- d. piciorvar
- e. piciorscobit

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 36

49. Valoarea mobilității unei articulații poate fi comparată cu:

- a. cea a articulației simetrice la nivelul membrelor
- b. valoarea standard
- c. valoarea generală a mobilității pe anumite tipuri de patologii
- d. cea a articulațiilor supraiacente
- e. cea a articulațiilor subiacente

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 19

50. Selectați cazurile în care se folosesc poziții de start preferențiale, altele decât poziția zero

de testare articulară:

- a. aprecierea amplitudinii de mișcare a rahisului cervical
- b. aprecierea amplitudinii de mișcare a piciorului
- c. aprecierea amplitudinii de mișcare a soldului
- d. aprecierea amplitudinii de mișcare a pronăției și supinației
- e. aprecierea amplitudinii de mișcare a rahisului dorso-lombar

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 62, 182, 113,

51. Selectați enunțurile adevărate incluse în regulile generale ale bilanțului articular:

- a. cotul și genunchiul nu au mișcări de extensie
- b. relaxarea și instruirea pacientului
- c. așezarea pacientului în poziția preferată de acesta
- d. aplicarea goniometrului pe partea externă a articulației testate (cu excepția supinației)
- e. aplicarea goniometrului în poziție cât mai comodă pentru pacient

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 15, 191, 183, 91

52. Ce alte elemente, în afara amplitudinii de mișcare se apreciază la examenul obiectiv al unei articulații:

- a. deformarea articulară
- b. modificările de temperatură ale tegumentului supraiacent
- c. deviațiile în ax
- d. tonusul muscular
- e. forța musculară

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 12

53. Care sunt mișcările proprii ale umărului:

- a. antepulsie
- b. retropulsie
- c. extensie
- d. ridicare
- e. coborâre

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 135

54. Care afirmații sunt adevărate pentru aprecierea mobilității scapulo- humerale:

- a. abducția și adducția se realizează în plan frontal
- b. anteducția se realizează în plan sagital
- c. rotațiile se realizează în jurul unui ax orizontal
- d. rotațiile se realizează în plan orizontal
- e. anteducția se realizează în plan frontal

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 137, 135, 139, 141

55. Pentru măsurarea abducției în articulația scapulo- humerală, goniometrul se plasează:

- a. cu brațul fix pe linia axilară posterioară
- b. cu brațul fix pe linia axilară medie

- c. cu brațul mobil pe fața posterioară a brațului
- d. cu brațul mobil pe fața medială a brațului
- e. indiferent, astfel încât pacientul să aibă o poziție comodă

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 137

56. Pentru măsurarea rotațiilor în articulația scapulo-humerală:

- a. goniometrul se plasează cu brațul fix orizontal
- b. goniometrul se plasează cu brațul mobil pe linia mediană a feței mediale a antebrațului
- c. goniometrul se plasează cu brațul mobil pe linia mediană a feței posterioare a antebrațului
- d. poziția 0 este în sezând
- e. poziția 0 este în decubit dorsal

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 139, 141

57. Care enunțuri sunt false despre amplitudinea mișcărilor în articulația scapulo- humerală:

- a. abducția – 180
- b. extensia (retroducția) – 30
- c. rotația internă – 70
- d. rotația externă – 90
- e. flexia – 180

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 136, 141

58. Care este poziția de start pentru goniometria flexiei cotului:

- a. poziția sezând cu brațul întins
- b. în decubit dorsal cu cotul în extensie completă
- c. în ortostatism cu cotul în extensie completă
- d. în decubit ventral cu cotul în extensie completă
- e. poziția sezând cu brațul flectat

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 182

59. Care afirmații sunt adevărate, referitor la bilanțul articular al cotului:

- a. la femei se poate întâlni cubitus varus fiziologic
- b. extensia nu e posibilă din poziția anatomică
- c. la femei și copii cu hiperlaxitate ligamentară poate fi o hiperextensie de 5 –10
- d. flexia activă are o amplitudine de 145
- e. flexia activă are o amplitudine de 180

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 182, 183

60. Mișcarea de pronosupinație este realizată de articulațiile:

- a. radiocubitală superioară
- b. radiocubitală inferioară
- c. humero-cubitală
- d. radio – carpiană
- e. toate articulațiile de la nivelul antebrațului

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 184, 185

61. Cum se poziționează goniometrul pentru aprecierea pronației:

- a. brațul fix pe fața palmara a pumnului, paralel cu humerusul
- b. brațul fix pe fața dorsala a pumnului, paralel cu humerusul
- c. brațul mobil de-a lungul stiloidelor
- d. brațul mobil de-a lungul metacarpianului 3
- e. brațul mobil de-a lungul metacarpianului 1

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 193

62. Complexul articular al pumnului este format din:

- a. articulația mediocarpiana
- b. articulația radio-carpiana
- c. articulația carpo-metacarpiana
- d. articulația metacarpo-falangiana
- e. articulațiile interfalangiene

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 203

63. Care miscari sunt posibile la nivelul pumnului:

- a. flexia și extensia
- b. înclinarea cubitală și deviația radială
- c. abducția și adducția
- d. rotație pasivă
- e. circumducția

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 205

64. Selectați enunțurile adevărate în legătura cu bilanțul articular al articulațiilor metacarpofalangiene:

- a. flexia activă are o amplitudine de 90°
- b. flexia independentă a degetelor din art. MCF este ajutată de ligamentul palmar
- c. lateralitatea este mișcarea de abducție și adducție a degetelor 2 – 5 față de axa ce trece prin medius
- d. lateralitatea are o amplitudine de 15 – 20°
- e. nu se realizează circumducție

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 220, 222, 223

65. Care enunțuri sunt false, privind bilanțul articulației trapezoido- metacarpiene:

- a. abducția se realizează în planul palmei
- b. flexia se realizează într-un plan perpendicular pe planul palmei
- c. flexia are 150°
- d. abducția are 60° – 70°
- e. participă la mișcarea de opozabilitate

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 224, 226

66. Care sunt condițiile obligatorii pentru realizarea unui bilanț muscular:

- a. să precedă bilanțul articular
- b. poziționarea corectă a pacientului
- c. asigurarea unui microclimat de confort termic

d. înregistrarea valorilor în sistem internațional 0-5

e. pacient cooperant

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 19

67. Selectați afirmațiile adevărate, privind obiectivele bilanțului muscular:

a. realizarea unui diagnostic neurologic

b. realizarea unui diagnostic funcțional corect

c. evaluarea corectă a amplitudinii de mișcare pentru stabilirea prognosticului funcțional

d. alcatuirea și evaluarea programului de recuperare

e. aprecierea end-feel

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 18

68. Ce semnifică valoarea 1 a forței musculare:

a. mușchiul se contractă, deplasând segmentul pe toată amplitudinea într-un plan fără gravitație

b. mușchiul se contractă (vizibil sau palpabil), dar forța e insuficientă să deplaseze segmentul pe toată amplitudinea într-un plan fără gravitație

c. mușchiul nu prezintă contracții

d. mușchiul deplasează segmentul doar pe o anumită sector de mobilitate articulară în plan antigravitațional

e. mușchiul deplasează segmentul în plan antigravitațional

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 15

69. Regulile bilanțului muscular, în sistemul 0-5, prevăd:

a. poziționarea corectă pentru mișcările realizate antigravitațional pentru forța 3, 4, 5

b. stabilizarea regiunii distale a segmentului ce este deplasat de mușchiul respectiv

c. pentru aprecierea forțelor 3 – 5, rezistența se opune în treimea distală a segmentului spre capatul cursei de mișcare

d. stabilizarea regiunii proximale a segmentului ce este deplasat de mușchiul respectiv

e. stabilizarea regiunii distale a segmentului ce este deplasat de mușchiul respectiv

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 13

70. Care sunt mușchii care realizează abducția soldului:

a. fesierul mijlociu

b. fesierul mic

c. iliac

d. fesierul mare

e. tensorul fasciei late

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 64

71. Selectați enunțurile gresite în ce privește testarea mușchiului psoasiliac:

a. poziția FG de testare este cu pacientul în decubit heterolateral cu genunchiul în flexie

b. se stabilizează bazinul

c. se execută flexia coapsei cu genunchiul flectat

d. poziția AG este cu pacientul în decubit ventral

e. pentru forța 3,4,5 se opune rezistența în treimea distală a coapsei pe fața anterioară

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 71

72. Ce muschi realizeaza rotația externa a soldului:

- a. psoas
- b. obturator intern si extern
- c. gemen superior si inferior
- d. piramidal si patrat femural
- e. tensor fascia latae

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 79

73. Care sunt afirmațiile corecte pentru testarea muschilor adductori ai soldului:

- a. poziția FG este cu pacientul în decubit dorsal cu ambele membre inferioare în abducție si cu genunchii în extensie
- b. se stabilizeaza pelvisul
- c. pentru F1 se palpeaza muschii pe fața anterioara a coapsei
- d. pentru F2 se palpeaza muschii pe fața laterala a coapsei
- e. se identifica contracții pentru valoarea 1 la palparea muschilor pe fața posterioara a coapsei

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 77

74. Care sunt afirmațiile corecte pentru testarea muschilor rotatori interni ai soldului:

- a. se stabilizeaza pelvisul
- b. poziția FG este în decubit dorsal cu membrul inferior de testat cu soldul si genunchiul flectate la 90 grade
- c. din FG, valoarea este 2 daca face rotația interna a coapsei, deplasând gamba spre exterior
- d. în AG se opune rezistența în treimea distala a feței interne a gambei
- e. se stabilizeaza gamba

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 81

75. Care sunt muschii care realizeaza flexia gambei:

- a. biceps femural
- b. drept anterior
- c. semitendinos
- d. semimembranos
- e. cvadriceps

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 92

76. Care sunt muschii care realizeaza flexia dorsala apiciorului:

- a. gambierul anterior
- b. gambierul posterior
- c. extensor propriu al halucelui
- d. lungul peronier
- e. extensor comun al degetelor

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 115

77. Miscarea de inversie a piciorului este realizata de urmatoorii muschi:

- a. gemenul intern
- b. gambierul posterior
- c. lumbricali
- d. extensor comun al degetelor
- e. flexorul comun al degetelor

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 121

78. Miscarea de eversie este realizata de urmatoorii muschi:

- a. scurtul peronier
- b. lungul peronier
- c. pedios
- d. extensor al halucelui
- e. extensor comun al degetelor

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 119

79. Selectați afirmațiile corecte pentru testarea muschiului triceps sural:

- a. realizeaza flexia dorsala a piciorului
- b. se stabilizeaza gamba
- c. se stabilizeaza genunchiul
- d. poziția FG este în decubit homolateral, cu genunchiul flectat si piciorul în poziție neutra
- e. se opune rezistența în treimea distala a piciorului pe fața plantara

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 122

80. Selectați afirmațiile corecte pentru testarea muschiului cvadriceps:

- a. este alcatuit din: dreptul anterior, vastul intern, vastul extern si vastul intermediar
- b. în timpul testarii se stabilizeaza pelvisul
- c. în timpul testarii se stabilizeaza coapsa
- d. poziția FG este în decubit homolateral cu genunchiul flectat la 90
- e. poziția AG este în decubit ventral cu genunchiul flectat

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 94

81. Selectați afirmațiile corecte pentru testarea muschilor abductori ai soldului:

- a. se stabilizeaza pelvisul
- b. poziția FG este în decubit dorsal cu genunchiul flectat
- c. poziția AG este în decubit heterolateral cu genunchiul extins pentru membrul testat si cu soldul si genunchiul membrului de sprijin flectate
- d. se palpeaza muschii (pentru forța 1) pe fața anterioara a coapsei
- e. se palpeaza muschii (pentru forța 2) pe fața laterala a coapsei

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag.75

82. Care sunt factorii care influențeaza postura si aliniamentul segmentelor corpului:

- a. ereditatea
- b. alimentația
- c. obisnuința (posturi vicioase)

- d. afecțiuni ale aparatului locomotor
- e. boli generale ale organismului

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 233

83. Care sunt elementele care intervin în aspectul general morfologic al corpului:

- a. atitudinea corpului
- b. creșterea în raport cu vârsta și sexul
- c. dezvoltarea organismului raportat la caracteristicile vârstei și sexului
- d. forța musculară
- e. rezistența musculară

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 249

84. Poziția ortostatică se evaluează prin:

- a. aprecierea liniei gravitației în plan frontal și sagital cu firul cu plumb
- b. măsurarea înălțimii și a taliei sezând
- c. evaluarea alinierii segmentelor din față, din lateral și din spate
- d. aprecierea liniei gravitației în plan orizontal cu firul cu plumb
- e. aprecierea liniei gravitației în plan oblic cu firul cu plumb

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 249

85. Prin ce repere anatomice nu trece firul cu plumb la examinarea din spate, pentru înclinările

laterale:

- a. apofiza spinoasă C7
- b. trohanter
- c. pliul interfesier
- d. pe marginea axilară a omoplatului
- e. între condilii interni ai genunchilor

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 21

86. Prin ce repere anatomice nu trece firul cu plumb la examinarea din lateral, pentru înclinările sagitale:

- a. anterior de umăr
- b. lateral de trohanter
- c. de-a lungul liniei albe
- d. medial de condilii interni femurali
- e. la nivelul liniei Chopart

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 21

87. La examinarea din față se pot aprecia:

- a. linia mamelonară
- b. linia spinelor scapulare
- c. linia spinelor iliace antero – superioare
- d. genu recurvatum
- e. halus valgus

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag.15

88. La examinarea din lateral se pot întâlni următoarele modificari patologice:

- a. genu valgum
- b. genu flexum
- c. cifoza dorsala accentuata
- d. hipolordoza lombara
- e. picior plat

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 16

89. La examinarea din posterior se pot întâlni următoarele modificari patologice:

- a. atitudine scoliotica
- b. scolioza structurala
- c. flexum de sold
- d. picior var
- e. picior scobit

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 16

90. La examinarea din spate se pot aprecia:

- a. linia tendoanelor ahiliene
- b. linia spinelor scapulare
- c. bolta longitudinala a piciorului
- d. bolta orizontala a piciorului
- e. relieful genunchiului

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 17

91. Care dintre următoarele reprezintă reguli generale în efectuarea bilanțului articular?

- a. Măsurarea amplitudinii mișcărilor normale și depistarea mișcărilor anormale.
- b. Punerea în evidență a eventualelor aspecte clinice asociate; Studiul radiologic al articulației; sinteza tuturor datelor abținute.
- c. Măsurarea amplitudinii mișcărilor anormale și depistarea mișcărilor normale.
- d. Punerea în evidență a eventualelor aspecte clinice asociate; studiul radiologic al musculaturii periarticulare; sinteza tuturor datelor abținute.
- e. aprecierea liniei gravitației în plan orizontal cu firul cu plumb

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 15

92. Metode de evaluare a amplitudinii de mișcare sunt:

- a. Evaluare directă-obiectivă; măsurarea distanței dintre două puncte; goniometrul;
- b. Evaluare directă-subiectivă; măsurarea distanței dintre două puncte; goniometrul;
- c. Măsurare cu ajutorul firului cu plumb; prin executarea a mai mult de 2 radiografii;
- d. dezvoltarea organismului raportat la caracteristicile vârstei și sexului
- e. Măsurare cu ajutorul firului cu plumb; prin executarea a două radiografii;

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, Pag. 16

93. Bilanțul muscular reprezintă:

- a. un sistem de tehnici de examinare digital – cu ajutorul unor aparate;
- b. indiferent, astfel încât pacientul să aibă o poziție comodă
- c. evaluarea flexibilității fiecărui segment sau a unor grupuri musculare;
- d. un sistem de tehnici de examinare manual;
- e. evaluarea forței fiecărui mușchi sau a unor grupuri musculare;

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 15

94. Bilanțul muscular se efectuează cu scopul de a:

- a. Elabora diagnosticul complet funcțional și este esențial în alcătuirea programului de recuperare;
- b. oferi date în scop științific utilizat doar în evaluări inițiale și finale a subiecților cercetării;
- c. oferi subiecților un efect placebo în timpul recuperării pentru a le crește complianța la programul recuperator;
- d. pentru F1 se palpează mușchii pe fața anterioară a coapsei;
- e. determină tipul unor intervenții chirurgicale și conturează prognosticul funcțional al subiectului

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 15

95. Care dintre următoarele reprezintă metode de cotare pentru bilanțul muscular manual?

- a. Metoda Lovett și metoda Kendall.
- b. Metoda Lowman și Kabbat.
- c. Metoda Brunnstorm-Dennen.
- d. Metoda Buerger Allen.
- e. Metoda McKenzie

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, Pag. 19

96. Care dintre următoarele sunt teste funcționale specifice pentru articulația șoldului?

- a. Testul Apley
- b. Testul Patrick
- c. Testul Trendelenburg
- d. Testul McMurray
- e. Testul unipodal.

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, Pag. 83

97. Care dintre următoarele reprezintă suprafețe articulare ale articulației șoldului?

- a. Capul femural - 2/3 de sferă.
- b. Epicondilul medial – 2/3 de sferă.
- c. Cavitata acetabulară a coxalului - în formă de hemisferă.
- d. Cavitata acetabulară a femurului – în formă de hemisferă.
- e. bolta orizontală a piciorului

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, pag. 59

98. Referitor la regulile specifice tehnicii bilanțului articular, care dintre următoarele afirmații sunt adevărate?

- a. Instrumentul de măsurat amplitudinile de mișcare va fi aplicat întotdeauna pe partea medială a articulației;
- b. Subiectul trebuie să fie relaxat din punct de vedere psihic și fizic;
- c. Goniometrul trebuie presat pe segmente pentru a nu permite alunecarea;
- d. poziția FG este în decubit homolateral, cu genunchiul flectat și piciorul în poziție neutral;
- e. Pentru fiecare articulație trebuie să se definească o poziție zero sau poziție neutră.

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, Pag. 18

99. Referitor la efectuarea corectă a bilanțului muscular, următoarele afirmații sunt false:

- a. kinetoterapeutul nu este nevoit să cunoască datele anatomo-funcționale ale sistemului muscular;
- b. bilanțul muscular va fi în totdeauna precedat de bilanțul articular;
- c. testările intermediare nu ar trebui efectuate de către același kinetoterapeut;
- d. bilanțul muscular trebuie să se execute în condiții de confort
- e. bilanțul muscular nu va fi întotdeauna precedat de bilanțul articular.

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, Pag. 18

100. Care dintre următoarele teste sunt specific examinării echilibrului?

- a. Testul Romberg
- b. Testul unipodal
- c. Testul Lasegue
- d. Testul Kerning
- e. Testul McMurray

Bibliografie: TATIANA BALINT, EVALUAREA APARATULUI LOCOMOTOR, TEHNOPRESS IAȘI – 2007, Pag. 245