

Școala Sanitară Postliceală "Sanity" Bacău
Școala Postliceală Sanitară "Sanity" Comănești

Școala Postliceală Sanitară "Grigore Ghica Vodă" Iași
Școala Postliceală "Ana Aslan" Onești

Coordonator: Conf. univ. dr. Mocanu Lăcrămioara,
prof. Edmond Ciumașu

Ghid pentru examenul de certificare a competențelor profesionale

Calificarea profesională: *asistent medical
de balneofiziokinetoterapie și recuperare medicală*



Editura Stagira
Bacău - 2018

Școala Sanitară Postliceală "Sanity" Bacău Școala Postliceală Sanitară "Grigore Ghica Vodă" Iași
Școala Postliceală Sanitară "Sanity" Comănești Școala Postliceală "Ana Aslan" Onești

**Coordonatori: Conf. univ. dr. Mocanu Lăcrămioara
Prof. Edmond Ciumașu**

Ghid

**pentru examenul de certificare
a competențelor profesionale**

**Calificarea profesională: asistent medical
de balneofiziokinetoterapie și recuperare
medicală**



**Editura Stagira
Bacău – 2018**

Școlile care au participat la elaborarea ghidului:

Școala Sanitară Postliceală "Sanity" Bacău
Școala Postliceală Sanitară "Sanity" Comănești

Școala Postliceală Sanitară "Grigore Ghica-Vodă" Iași
Școala Postliceală "Ana Aslan" Onești

Autori:

- **Aprofirei Vasile** (Școala Sanitară Postliceală "Sanity" Bacău);
- **Berzerghean Rodica** (Școala Postliceală Sanitară "Grigore Ghica Vodă" Iași)
- **Cartas Mariana** (Școala Sanitară Postliceală "Sanity" Bacău);
- **Crețu Aura** (Școala Sanitară Postliceală "Sanity" Bacău);
- **Hanu Irina** (Școala Postliceală Sanitară "Sanity" Comănești);
- **Iablonschi Mariana** (Școala Postliceală Sanitară "Grigore Ghica Vodă" Iași)
- **Pauliuc Denisa** (Școala Sanitară Postliceală "Sanity" Bacău);
- **Popa Oana** (Școala Sanitară Postliceală "Sanity" Bacău);
- **Savin Elena** (Școala Sanitară Postliceală "Sanity" Bacău);
- **Suciu Ana-Maria** (Școala Postliceală Sanitară "Grigore Ghica Vodă" Iași)
- **Ungureanu Maria** (Școala Postliceală Sanitară "Grigore Ghica Vodă" Iași)
- **Vartic Camelia** (Școala Postliceală Sanitară "Grigore Ghica Vodă" Iași)

Tehnoredactare: Năstasă Ionuț

Coperta: Oroș Andra-Roxana

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
Ghid pentru examenul de certificare a competențelor profesionale. Calificarea profesională: asistent medical de balneofiziokinetoterapie și recuperare medicală /
Coord.: conf. univ. dr. Mocanu Lăcrămioara. - Bacău:
Editura Stagira, 2018
Conține bibliografie. - Index
ISBN 978-606-94362- 8-8

I. Mocanu, Lăcrămioara (coord.)

Editura Stagira

Bacău, 2018

email: apieb84@yahoo.com

tel./fax: 0234544932; 0745599469

Anul I: Modulul 2. Noțiuni de fizică

1. În mișcarea rectilinie și uniformă, mobilul are:
 - a) traiectoria o dreaptă și vectorul viteză constant;
 - b) modulul vitezei constant;
 - c) accelerația constantă;
 - d) viteza constantă.

2. O forță care acționează asupra unui corp va efectua un lucru mecanic dacă:
 - a) forța are o componentă nenulă pe o direcție perpendiculară pe direcția mișcării corpului;
 - b) forța are o componentă nenulă pe direcția de mișcare a corpului;
 - c) forța acționează, dar corpul rămâne în repaus;
 - d) forța are o componentă nenulă pe direcția de mișcare a corpului în sensul deplasării acestuia.

3. Forța de frecare la alunecare:
 - a) acționează doar asupra unui corp aflat în mișcare;
 - b) depinde de accelerația corpului;
 - c) este proporțională cu forța de apăsare normală pe suprafața pe care alunecă corpul;
 - d) este normală la suprafața pe care are loc mișcarea.

4. Când un obiect aflat inițial în repaus pe o suprafață orizontală este pus în mișcare, de îndată ce alunecarea începe, forța de frecare:
 - a) crește;
 - b) descrește;
 - c) rămâne aceeași;
 - d) este nulă tot timpul.

5. Un tren frânat străbate până la oprire 1,8km în 3 min. Viteza inițială a trenului a fost:
 - a) 70km/h;
 - b) 72km/h;
 - c) 74km/h;
 - d) 78km/h.

6. În procesul de ciocnire a două sau mai multor corpuri se conserva:
 - a) numai impulsul total;
 - b) numai momentul cinetic total;
 - c) atât impulsul total cât și momentul cinetic total;
 - d) energia potențială

7. Asupra corpurilor aflate în sisteme de referință neinertiale acționează:
- numai forțele de inerție;
 - numai forțele externe (cauzate de interacțiunea cu alte corpuri);
 - atât forțele externe cât și forțele de inerție;
 - forțe de frecare.
8. Două bile se mișcă una spre cealaltă, viteza bilei mai grele fiind de $n = 4$ ori mai mare decât a celei ușoare. După o ciocnire centrică, perfect elastică, bila grea se oprește. Care este raportul dintre masa bilei mai grele și masa bilei mai ușoare?
- $5/3$;
 - $7/2$;
 - $8/9$;
 - $3/2$.
9. Particula care se exclude din atom când acesta este electrizat pozitiv se numește:
- moleculă;
 - electron;
 - nucleu;
 - ion.
10. Bila A este încărcată pozitiv, iar bila B este neutră. La contactul lor bila B devine:
- neutră;
 - pozitivă;
 - negativă;
 - ionizată.
11. Lucrul mecanic efectuat de o forță este nul dacă:
- direcția forței coincide cu direcția deplasării corpului;
 - direcția forței este perpendiculară pe direcția deplasării;
 - direcția forței este opusă deplasării corpului;
 - se efectuează frecare.
12. Puterea mecanică se poate calcula prin următoarea relație matematică:
- $P = F/d$;
 - $P = F \cdot d$;
 - $P = L/t$;
 - $P = m/v$
13. Expresia lucrului mecanic este:
- $L = F \cdot d$;
 - $L = F \cdot x \cdot d$;
 - $L = F \cdot v$;
 - $L = m/t$.

14. Relația falsă este următoarea:
- $\eta = 0,2$;
 - $L = F \cdot d$;
 - $\eta = 3$;
 - $\eta = Lu/Lc$;
15. Unitatea de măsură a randamentului mecanic este:
- J;
 - N;
 - m/s;
 - nu are unitate de măsură.
16. Este o pârghie de tipul 2:
- roaba;
 - cleștele de spart nuci;
 - ciocanul;
 - toate.
17. Forța de tracțiune F_T , este:
- mai mică decât greutatea;
 - egală cu G ;
 - mai mare decât G ;
 - egală cu F_f ;
18. Un corp este în echilibru de translație dacă:
- viteza sa scade și $F_F < F_T$;
 - viteza sa crește și $F_F > F_T$;
 - viteza e constantă și $F_F < F_T$;
 - viteza e constantă (sau zero) și $F_F = F_T$;
19. Pe un plan înclinat, forța normală de reacțiune N , este:
- egală cu greutatea, $N = G$;
 - $N < G$;
 - $N > G$;
 - $N = F_F$;
20. Centrul de greutate la un corp oarecare se află:
- în centrul corpului;
 - în punctul de aplicație al centrului de greutate;
 - în afara corpului;
 - la intersecția a două verticale de suspensie.
21. Varianta corectă dintre următoarele afirmații este:
- scripetele fix triplează forța;
 - penseta este o pârghie de tipul II;

- c) efectul de rotație al unui cuplu de forțe este măsurat de momentul cuplului;
d) un corp în mișcare se răstoarnă, dacă centrul său de greutate cade în interiorul bazei lui.
- 22.** Scripetele mobil este folosit pentru că:
a) micșorează forța de frecare;
b) schimbă sensul forței active;
c) micșorează greutatea corpului ridicat;
d) forța activă este jumătate din sarcină.
- 23.** Elementele unui plan înclinat sunt:
a) unghiul de înclinare;
b) lățimea;
c) adâncimea;
d) intersecția medianelor
- 24.** În categoria pârgھیilor de tipul III intră:
a) roaba;
b) foarfeca;
c) penseta;
d) pedala frână.
- 25.** Un corp cu masa $m = 80$ kg este urcat uniform pe un plan înclinat fără frecare, cu lungimea $L = 2,4$ m și înălțimea $h = 60$ cm. Forța activă este:
a) 20 N;
b) 400 N;
c) 800 N;
d) 196 N.
- 26.** Un corp cu greutatea 396 N este ridicat uniform cu un scripete mobil, având randamentul mecanic 90%. Ce valoare are forța de frecare?
a) 176 N;
b) 40 N;
c) 22 N;
d) 110 N.
- 27.** Definiția completă pentru un cuplu de forțe este:
a) două forțe paralele;
b) două forțe egale;
c) două forțe opuse;
d) două forțe de mărimi egale, direcții paralele și sensuri opuse.
- 28.** Pentru ridicarea unor corpuri grele la o anumită înălțime, se folosește planul înclinat pentru că:
a) menține constantă forța de frecare;
b) schimbă sensul forței active;
c) micșorează greutatea corpului ridicat;
d) face necesară o forță activă mai mică decât greutatea ridicată.

29. Masa unui corp care are impulsul $p = 6Ns$ și energia cinetică $E_c = 18J$ este:

- a) 800g;
- b) 1,8 kg;
- c) 1 kg;
- d) 300 g;

30. Expresia ce corespunde unității de măsură în S.I. pentru energie este: ;

A.) $\frac{kg \cdot s}{m}$

C.) $\frac{Nm}{s^2}$

B.) $\frac{N}{kg}$

D.) $\frac{kg \cdot m^2}{s^2}$

31. Lucrul mecanic efectuat de o forță care acționează asupra unui punct material este egal cu:

- a) produsul dintre forță și viteză;
- b) variația energiei potențiale;
- c) produsul dintre forță și deplasarea corpului;
- d) raportul dintre forță și viteză.

32. Afirmarea corectă este:

- a) Sarcina electrică nu poate avea valori negative;
- b) Sarcina electrică nu poate avea valori pozitive;
- c) Sarcina electrică este neutră;
- d) Sarcina electrică este o măsură a stării de electrizare.

33. Unitatea de măsură a rezistenței electrice, exprimată în funcție de unitățile de măsură ale mărimilor fundamentale este:

- a) $V \cdot A^{-1}$
- b) $N \cdot m \cdot A^{-2} \cdot s^{-1}$
- c) $m^2 \cdot Kg \cdot A^2 \cdot s^{-3}$
- d) $Kg \cdot m^2 \cdot A^{-2} \cdot s^{-3}$

34. Intensitatea curentului electric printr-un rezistor este 1A. Valoarea absolută a sarcinii electrice care va trece printr-o secțiune a rezistorului, în timp de o oră, are valoarea:

- a) 3600 C
- b) 1 C
- c) 60 C
- d) 25C

35. Într-un circuit electric simplu:

- a) toate elementele de circuit sunt grupate în paralel;
- b) tensiunea de la bornele tuturor consumatorilor are aceeași valoare;
- c) elementele de circuit sunt grupate în serie;
- d) intensitatea curentului electric prin consumatori nu este aceeași.

36. Rezistivitatea electrică:
- a) are ca unitate de măsură în S.I. Ω/m .
 - b) nu depinde de natura materialului conductorului.
 - c) este proporțională cu secțiunea conductorului.
 - d) nu depinde de temperatura conductorului.

$$I = \frac{U}{R}$$

37. Expresia $I = \frac{U}{R}$ reprezintă:
- a) Legea lui Ohm pe întreg circuitul;
 - b) Legea I a lui Kirchhoff;
 - c) Legea lui Ohm pentru o porțiune de circuit;
 - d) Legea electrolizei.
38. Tesla reprezintă unitatea de măsură în SI, pentru:
- a) rezistivitate;
 - b) inducția magnetică;
 - c) flux magnetic;
 - d) tensiunea electromotoare indusă.
39. Într-un circuit electric simplu:
- a) toate elementele de circuit sunt grupate în paralel;
 - b) tensiunea de la bornele tuturor consumatorilor are aceeași valoare;
 - c) elementele de circuit sunt grupate în serie;
 - d) intensitatea curentului electric prin consumatori nu este aceeași.
40. Intensitatea curentului electric printr-un circuit electric simplu este:
- a) direct proporțională cu rezistența electrică;
 - b) direct proporțională cu tensiunea electrică;
 - c) invers proporțională cu tensiunea electrică;
 - d) direct proporțională cu rezistența electrică.
41. Unitatea de măsură pentru rezistența electrică este:
- a) amperul;
 - b) voltul;
 - c) ohmul;
 - d) jouleul.
42. Ultrasunetele reprezintă:
- a) vibrații mecanice cu frecvența sub 300 kHz;
 - b) mișcare de electroni cu o frecvență de 500MHz;
 - c) vibrații mecanice pendulare cu o frecvență de 500kHz- 3MHz;
 - d) unde electromagnetice de 50 Hz.

43. Frecvența la un curent cu impulsuri exprimă:
- numărul de impulsuri pe secundă;
 - amplitudinea impulsului;
 - numărul de trenuri de impulsuri;
 - distanța dintre două unde.
44. Formă de curent electric care este cel mai bun stimulator muscular este:
- galvanic;
 - interferențial;
 - joasă frecvență;
 - înaltă frecvență.
45. Următoarele sunt modalități de electroterapie de înaltă frecvență:
- laser;
 - curent diadinamic;
 - curent Trabert;
 - unde scurte.
46. Următoarea afirmație despre tehnica de aplicare a curentului galvanic este falsă:
- forma și dimensiunile electrozilor se adaptează zonei dar și scopului terapeutic;
 - dimensiunile catodului trebuie să fie egale cu ale anodului, sau puțin mai mari pentru a se evita arsura chimică;
 - înterpunerea între electrod și tegument a unui strat hidrofîl (la ambii poli) care se umectează favorizează conducerea curentului și evită arsurile;
 - dimensiunile stratului hidrofîl sunt mai mici cu 1 cm față de cele ale electrodului.
47. Aparatele moderne permit combinarea US cu:
- curenții de joasă frecvență;
 - magnetoterapia;
 - infraroșii;
 - unde scurte.
48. Generatorul electric al unui circuit electric simplu este scurtcircuitat dacă:
- rezistența interioară a generatorului electric este mai mică;
 - se întrerupe circuitul electric exterior;
 - rezistența circuitului exterior devine nulă;
 - accidental crește rezistența electrică a circuitului electric exterior.
49. Cauza producerii curentului electric într-un conductor electric poate fi:
- deplasarea ordonată a electronilor liberi într-un conductor;
 - deplasarea dezordonată a electronilor liberi într-un conductor;
 - deplasarea ordonată a ionilor într-un lichid conductor;
 - deplasarea dezordonată a ionilor într-un lichid conductor;

50. Rezistența unui conductor este:

- a) direct proporțională cu secțiunea conductorului;
- b) invers proporțională cu secțiunea conductorului;
- c) invers proporțională cu lungimea conductorului;
- d) dependentă de natura conductorului.

51. Volt este:

- a) puterea egală cu unitatea aplicată la capetele unui conductor;
- b) tensiunea egală cu unitatea aplicată la capetele unui conductor;
- c) $=1$ amper \times 1 hertz;
- d) $=1$ watt \times 1 joule.

Anul I. Modulul 4: Tehnici de îngrijire în nursing

1. Valoarea normală a frecvenței respiratorii la adult este:
 - a) 25-35 r/min;
 - b) 30-50 r/min;
 - c) 16-18 r/min.
 - d) 60 - 80 r/min.

2. Frecvența normală a pulsului la adult este:
 - a) 60-80 pulsații/min;
 - b) 100-120 pulsații/min;
 - c) 80-90 pulsații/min.
 - d) 30 - 50 pulsații/min.

3. Locurile de măsurare a temperaturii sunt:
 - a) artera radială, femurală, humerală, carotidă;
 - b) artera poplitee, tibială, pedioasă;
 - c) axilă, plica inghinală, cavitatea bucală, cavitatea rectală și cavitatea vaginală.
 - d) cavitatea auriculară, cavitatea nazală, cavitatea bucală, cavitatea oculară.

4. Administrarea substanțelor medicamentoase lichide pe o mucoasă poartă numele de:
 - a) drenare;
 - b) ionoforeză;
 - c) fricțiune
 - d) instilație.

5. Afirmția falsă este:
 - a) pulsul se notează în foaia de temperatură cu pix roșu;
 - b) pulsul filiform reprezintă un puls bătut slab și rapid;
 - c) bradipneea reprezintă o scădere a frecvenței pulsului față de valorile normale.
 - d) respirația se notează cu pix verde.

6. Pentru ca măsurarea pulsului să ducă la valori corecte pacientul se va afla:
 - a) obligatoriu în decubit dorsal;
 - b) în repaus fizic și psihic timp de 5 - 10 minute;
 - c) în cadrul intim, alături de familie;
 - d) în poziție ortopnee.

7. În situații fiziologice curba pulsului, curba temperaturii și curba respirației:
 - a) se întretaie rar, în câteva puncte;
 - b) curbele sunt relativ paralele;
 - c) se întretaie frecvent;
 - d) decalajul dintre valorile diurne și nocturne sunt foarte mari aprox. 2 - 3 grade Celsius

- 8.** Alimentarea artificială a pacientului se realizează prin următoarele procedee, cu excepția:
- sondă gastrică sau intestinală;
 - gastrostomă;
 - clismă evacuatoare;
 - pe cale parenterală.
- 9.** Pentru alimentarea prin sondă gastrică bulionul alimentar trebuie să îndeplinească următoarele condiții, cu excepția:
- să fie omogen;
 - să aibă valoare calorică mare;
 - să nu aibă acțiune iritantă asupra țesuturilor;
 - să aibă temperatura scăzută pentru a nu favoriza înmulțirea bacteriilor.
- 10.** Un bolnav în repaus absolut la pat necesită hrană cu o valoare calorică de:
- 10 cal. /kg corp/24 h;
 - 25 cal. /kg corp/24 h;
 - 30 cal. /kg corp/24 h;
 - 35 cal. /kg corp/24 h.
- 11.** Pentru evaluarea reală a temperaturii corpului, termometrul va fi menținut în axilă:
- minim. 2 minute;
 - maxim. 5 minute;
 - 10 min.;
 - 15 minute
- 12.** În funcție de vasul lezat hemoragiile pot fi:
- hemoragii interne, hemoragii externe și hemoragii exteriorizate;
 - hemoragii arteriale, hemoragii venoase și hemoragii capilare;
 - hemoragii locale, hemoragii generale și hemoragii spontan;
 - hemoragii mici, hemoragii medii și hemoragii grave.
- 13.** Dezinsecția este:
- metodă profilactică prin care îndepărtăm pătrunderea germenilor patogeni în organism;
 - totalitatea măsurilor și metodelor prin care oprim înmulțirea insectelor purtătoare de germeni patogeni;
 - metodă curativă prin care omorâm germenii patogeni existenți deja pe tegumente și mucoase;
 - metodă curativă luată împotriva insectelor purtătoare de germeni patogeni.

- 14.** Locurile de măsurare a temperaturii sunt:
- a) artera radială, femurală, humerală, carotidă;
 - b) artera poplitee, tibială, pedioasă;
 - c) axilă, plica inghinală, cavitatea bucală, cavitatea rectală și cavitatea vaginală.
 - d) cavitatea auriculară, cavitatea nazală, cavitatea bucală, cavitatea oculară.
- 15.** Afirmația falsă referitoare la îngrijirea plăgii este:
- a) se spală cu apă și săpun tegumentele din jur;
 - a) se dezinfectează plaga propriu - zisă cu alcool;
 - b) se dezinfectează tegumentele din jur și înainte și după curățarea plăgii;
 - c) se va acoperi cu un pansament steril.
- 16.** Escarele de decubit sunt:
- a) întreruperi ale țesutului osos cu hemoragie;
 - b) contuzii cu inflamații acute;
 - c) leziuni cutanate cu distrugerea țesutului ca rezultat al presiunii între proeminențele osoase ale pacientului și planul dur al patului.
 - d) eriteme însoțite de edeme.
- 17.** Zonele predispuse escarelor sunt următoarele, cu excepția:
- a) zona occipitală;
 - b) zona abdominală;
 - c) zona coatelor și călcâielor;
 - d) zona lombo-sacrală.
- 18.** În profilaxia escarelor sunt recomandate următoarele măsuri, cu excepția:
- a) supravegherea zilnică și masajul zonelor predispuse;
 - b) mobilizarea bolnavului la interval de 6 ore;
 - c) spălarea și uscarea atentă a zonelor cu risc înalt de producere a escarelor;
 - d) tratarea escarelor cu grijă ca la orice plagă.
- 19.** Afirmația adevărată referitoare la puncția pleurală este:
- a) se mai numește paracenteză;
 - b) se execută pe linia Monroe - Richter, în fosa iliacă stângă;
 - c) se poate complica cu șoc pericardic;
 - d) e contraindicată în hemofilie și tratament cu anticoagulante.
- 20.** Prin reacția Rivalta:
- a) se stabilește natura lichidului pleural - transudat sau exsudat;
 - b) se face examinarea macroscopică a lichidului extras;
 - c) se stabilește pH lichidului pleural;
 - d) se face examenul citologic.
- 21.** Puncția articulară este indicată în:
- a) coxartroze;
 - b) scolioze;

- c) hemartroze;
 - d) lordoze.
- 22. Paracenteza reprezintă:**
- a) pătrunderea cu ajutorul unui ac - trocar în cavitatea pleurală;
 - b) pătrunderea unui ac în cavitatea toracală creând astfel o legătură a cavității cu exteriorul;
 - c) pătrunderea unui ac în cavitatea peritoneală;
 - d) pătrunderea unui ac în pericard.
- 23. Puncția abdominală se efectuează în:**
- a) în fosa iliacă dreaptă;
 - b) spațiul VII - VIII intercostal pe linia axilară posterioară;
 - c) în fosa iliacă stângă, pe linia Monroe - Richter;
 - d) hipocondrul stâng.
- 24. Locuri de efectuare a puncției osoase sunt următoarele, cu excepția:**
- a) sternul;
 - b) creasta iliacă;
 - c) tibia și calcaneul;
 - d) zona poplitee.
- 25. Puncția osoasă se efectuează în scop explorator pentru:**
- a) efectuarea transfuziilor intraosoase;
 - b) studiul elementelor figurate ale sângelui în diferite faze de dezvoltare;
 - c) transfuzie de măduvă;
 - d) tratamentul unor boli de sânge.
- 26. Puncția rahidiană se execută în scop terapeutic pentru:**
- a) măsurarea presiunii L.C.R.;
 - b) introducerea medicamentelor cu efect local;
 - c) recoltarea L.C.R. pentru examen macroscopic și microscopic;
 - d) injectarea de substanțe radio-opace pentru examen radiologic - aer sau substanțe pe bază de iod.
- 27. Accidentele puncției rahidiene sunt următoarele, cu excepția:**
- a) contractura feței, gâtului sau unui membru prin atingerea măduvei cervicale cu acul;
 - b) dureri violente resimțite la nivelul membrelor inferioare determinate de atingerea ramificațiilor cozii de cal cu vârful acului;
 - c) înțeparea colonul descendent sau sigmoid cu acul;
 - d) apariția unui sindrom postpuncțional cu tulburări vizuale, amețeli, vărsături și rahialgii.

- 28.** Recoltarea sângelui capilar pentru hemoleucogramă se face prin, cu excepția:
- înțeparea pulpei degetului mijlociu;
 - înțeparea pe fața plantară a halucelui;
 - puncție venoasă;
 - înțeparea degetului inelar pe linia mediană a pulpei degetului.
- 29.** Recoltarea urinei pentru urocultură se recomandă în următoarele cazuri, cu excepția:
- înainte de administrarea antibioticelor;
 - cu scop diagnostic, în infecție urinară;
 - prin aspirarea unui eșantion din urina colectată timp de 24 ore;
 - în condiții de strictă asepsie.
- 30.** Pentru recoltarea urinei în hemocultură asistentul medical va pregăti următoarele materiale:
- un recipient steril;
 - un recipient curat, uscat, degresat;
 - ac de recoltare;
 - tampoane cu dezinfectant.
- 31.** Asistentul medical va recolta sânge:
- prin puncție venoasă, arterială și capilară;
 - doar prin puncție capilară;
 - prin puncție venoasă;
 - prin puncție biopsică.
- 32.** Recoltarea secrețiilor purulente cu scop explorator se face în următoarele cazuri, cu excepția:
- depistarea tipului de germen patogen care a produs infecția;
 - efectuarea antibiogramei;
 - drenarea plăgilor supurate;
 - depistarea caracteristicilor macroscopice ale secreției.
- 33.** Prezența germeilor patogeni în sânge este confirmată de:
- coprocultură;
 - urocultură;
 - hemocultură;
 - sputocultură.
- 34.** Recoltare sângelui pentru hemocultură se face în următoarele condiții, cu excepția:
- când se suspectează o bacteriemie sau septicemie;
 - în plin acces febril;
 - înainte de tratamentul cu antibiotice;
 - ori de câte ori pacientul are febră.

- 35.** V.S.H. este un test:
- specific, care precizează locul unde infecțiile se produc în organism;
 - cu rol diagnostic arătând prezența anumitor afecțiuni în funcție de valorile sale;
 - care duce la o suspiciune de viroze în căile respiratorii;
 - nespecific, care arată că undeva în organism este o infecție neprecizând unde anume a apărut aceasta.
- 36.** Hemoleucograma este un test prin care aflăm diferite informații, cu excepția:
- valoarea hematocritului;
 - valoarea hemoglobinei;
 - tipul de germen patogen care a intrat în sânge;
 - formula leucocitară.
- 37.** Pentru recoltarea hemoleucogramei asistentul medical va pregăti:
- eprubetă cu fluorură de sodiu;
 - eprubetă cu EDTA;
 - recipient cu citrat de sodiu - 3,8%;
 - vacutainer fără aditiv.
- 38.** Afirmația falsă cu privire la sumarul de urină este:
- se recoltează de la jumătatea jetului urinar;
 - oferă o mulțime de informații în legătură cu fiziologia rinichilor;
 - oferă informații cu privire la tipul de germeni patogeni existenți în urină;
 - de regulă, se efectuează dimineața după efectuarea toaletei organelor genitale externe.
- 39.** Se aplică următoarele reguli de administrare a medicamentelor pe tegumente, cu excepția:
- tampoanele se îmbibă prin scufundarea lor în borcanul cu soluție;
 - mixturile se agită înainte de utilizare;
 - este interzisă păstrarea unguentelor la temperaturi ridicate;
 - este interzisă folosirea aceluiași tampon pentru badijonarea mai multor regiuni bolnave, chiar dacă este vorba despre același pacient.
- 40.** Pacientul cu risc de accident fizic cauzat de confuzie necesită:
- supravegherea schimbărilor de comportament și asigurarea satisfacerii nevoilor de igienă și alimentare;
 - imobilizare totală;
 - sedare medicamentoasă pentru împiedica încercarea de a părăsi patul;
 - crearea unui microclimat confortabil și plăcut.
- 41.** Deformările coloanei vertebrale se pot manifesta prin:
- akinezie;
 - genu varum, genu valgum;
 - torticolis;
 - lordoză, cifoasă, scolioză.

42. Drenaajul postural înseamnă:
- a) eliminarea secrețiilor bronșice prin tuse;
 - b) utilizarea gravitației pentru drenarea secrețiilor la nivel pulmonar;
 - c) incizie la care se aplică un tub de dren;
 - d) tapotaj aplicat în zona dorso-toracală.
43. Termenul medical pentru scăderea apetitului este:
- a) cașexie;
 - b) anorexie;
 - c) inapetență;
 - d) malabsorbție.
44. În ortostatism brațele vor fi:
- a) sprijinite;
 - b) pe lângă corp;
 - c) în balans continuu;
 - d) ridicate în sus, paralele.
45. Tonusul muscular și mișcările fine sunt reglate de către:
- a) aparatul cardiovascular;
 - b) sistemul nervos și aparatul vestibular;
 - c) aparatul digestiv;
 - d) sistemul osos.
46. Mișcările de flexie, extensie sunt următoarele:
- a) mișcări de apropiere sau îndepărtare a două segmente apropiate;
 - b) mișcări de îndepărtare de axul corpului;
 - c) mișcări de apropiere de axul median al corpului;
 - d) mișcări de rotație în jurul axului median.
47. Anchiloză este tradusă prin:
- a) diminuarea sau imposibilitatea mișcării unei articulații;
 - b) scăderea tonusului muscular;
 - c) scăderea forței musculare;
 - d) leziune a tegumentelor.
48. Atrofia musculară este:
- a) mărirea de volum a unui mușchi;
 - b) scăderea forței musculare;
 - c) diminuarea volumului unui mușchi și a contractibilității sale;
 - d) lipsa coordonării de mișcare.
49. Prin akinezie se înțelege:
- a) mers săltat;
 - b) fața rigidă, rictus;

- c) lipsa sau diminuarea mișcărilor normale;
- d) ataxie.

50. Ataxia reprezintă:

- b) imobilitatea segmentelor corpului;
- c) tulburări de coordonare în mișcare;
- d) tulburări de postură;
- e) hiperactivitate.

Anul I. Modulul 6: Semiologie și medicină internă

1. Icterul poate fi însoțit de următoarele semne:
 - a) scaune decolorate;
 - b) cefalee;
 - c) hematurie;
 - d) cianoză.

2. Afirmația falsă despre vărsătură este:
 - a) evacuarea aerului din stomac;
 - b) expulzarea bruscă a conținutului gastric pe gură;
 - c) precedată de greață și hipersalivație;
 - d) conținut alimentar, bilios.

3. Eritemul facial apare în următoarele situații, cu excepția:
 - a) stări febrile;
 - b) anemia megaloblastică;
 - c) emoții;
 - d) consum ocazional de alcool.

4. Edemul este o acumulare de lichid în țesutul celular subcutanat și poate fi:
 - a) cardiac;
 - b) renal;
 - c) alergic;
 - d) toate variantele de mai sus.

5. Scuama este:
 - a) un deșeu cutanat;
 - b) un țesut de neoformație;
 - c) o mică depresiune la nivelul pielii;
 - d) o dilatație a vaselor mici din piele.

6. Afirmația corectă despre hematemeză este:
 - a) expulzarea bruscă prin căile respiratorii de puroi;
 - b) act reflex de mișcări antiperistaltice ale stomacului;
 - c) eliminarea prin vărsătură de sânge;
 - d) precedată de senzație de greață și hipersalivație.

7. Afirmația corectă despre lipotimie este:
 - a) abolirea incompletă a stării de conștiență;
 - b) dificultate de orientare temporo-spațială;
 - c) pierderea de scurtă durată a conștienței;
 - d) senzație de cădere cu încețoșarea câmpului vizual.

8. Afirmația falsă despre ortopnee este:
- a) apare în insuficiența cardiacă stângă;
 - b) apare în criza de astm bronșic;
 - c) apare în edemul pulmonar acut;
 - d) apare în neoplasmul gastric.
9. Simptomul de alertă în bolile cardio-vasculare este:
- a) constipație;
 - b) durere precordială;
 - c) poliurie;
 - d) tahipnee;
10. Afecțiunile ce se manifestă cu cianoză sunt:
- a) defectul septal ventricular;
 - b) insuficiență cardiac;
 - c) hepatita virală;
 - d) traheita acută.
11. Afirmația falsă despre edemele renale este:
- a) albe, moi, pufoase;
 - b) mai accentuate matinal;
 - c) prezente la față și pleoape;
 - d) însoțite de durere și eritem.
12. Tabloul clinic din bronșita acută cuprinde, cu excepția:
- a) tuse;
 - b) subfebrilitate;
 - c) durere substernală;
 - d) durere abdominală.
13. Tabloul clinic din astmul bronșic nu cuprinde:
- a) dispnee expiratorie;
 - b) Wheezing;
 - c) vărsătură;
 - d) hipersonoritate pulmonară
14. Simptomatologia din sindromul ocluziv nu cuprinde:
- a) durerea;
 - b) tahipneea;
 - c) oprirea tranzitului pentru gaze și materii fecale;
 - d) distensia abdominală.
15. Sindromul diareic are următoarele semne și simptome, cu excepția:
- a) colici abdominale;
 - b) tulburări hidro-electrolitice;

- c) pliu cutanat persistent;
- d) tegumente si mucoase umede.

16. Simptomatologia din hipertensiunea arterială nu cuprinde:

- a) valoare tensională crescută;
- b) cefalee;
- c) fosfene;
- d) vărsături.

17. Foaia de observație este:

- a) un document medical, juridic, științific;
- b) document de stare civilă;
- c) colaborare între medic și pacient;
- d) examenul clinic al pacientului.

18. Foaia de observație cuprinde:

- a) date generale, conversație dintre pacient și membrii familiei sale;
- b) anamneza, epicriza, date despre evoluția bolii;
- c) date generale, anamneza, starea prezentă, evoluția bolii, epicriza;
- d) date generale, evoluția bolii, starea prezentă.

19. Traheobronșita este:

- a) inflamația esofagului;
- b) laringita cronică contagioasă;
- c) inflamația sinusurilor;
- d) inflamația acută a mucoasei bronșice de la nivelul căilor aeriene mari.

20. Factorii favorizanți care influențează pneumonia:

- a) frigul și umezeala, căldura excesivă;
- b) poluare, fumat, alcool, bolnavi spitalizați, tratament naturist;
- c) boli debilitante, fumat, alcool, medicație cortizonică, staze, poluare;
- d) toate enunțurile de mai sus.

21. Tabloul clinic al astmului bronșic intermitent cuprinde:

- a) dispnee, tuse variabilă, respirație Wheezing,
- b) senzație de asfixiere profundă;
- c) tahicardie > 200/min;
- d) senzație de sufocare.

22. Tuberculoza pulmonară este o boală dată de:

- a) Helicobacter pylori;
- b) Enterobacter;
- c) Bacilul Koch;
- d) Staphylococcus aureus.

- 23.** Angina pectorală are următoarele caracteristici:
- a) are intensitate puternică de durată ce depășește 30 min;
 - b) are caracter constructiv, apare la efort cu durată minimă de 2-3 min;
 - c) nu cedează la repaus sau nitroglicerină;
 - d) iriază pe marginea membrului superior drept.
- 24.** Acumularea de lichid în cavitatea abdominală se numește:
- a) ascită;
 - b) anasarcă;
 - c) pericardită;
 - d) peritonită.
- 25.** Dispneea reprezintă:
- a) dificultatea de a înghiți
 - b) dificultatea de a vorbi;
 - c) dificultatea de a respira;
 - d) respirație normală.
- 26.** Palpitațiile apar în afecțiuni:
- a) cardiace;
 - b) neurologice;
 - c) ale sistemului muscular;
 - d) renale.
- 27.** Valvulopatia aortică este caracterizată prin:
- a) strâmtorarea orificiului aortic;
 - b) lărgirea orificiului mitral;
 - c) îngustarea arterei aorte;
 - d) hemoptizie.
- 28.** Semne și simptome ale aterosclerozei sunt:
- a) anxietate;
 - b) scaune moi și frecvente;
 - c) icter;
 - d) dureri precordiale.
- 29.** Caracteristicile durerii în infarctul miocardic sunt:
- a) cedează imediat la nitroglicerină;
 - b) nu cedează la nitroglicerină;
 - c) intensitate redusă;
 - d) iriază întotdeauna în zona epigastrică.
- 30.** Simptomatologia ulcerului gastric (UG) cuprinde:
- a) greață, vărsături acide, scădere ponderală;
 - b) creștere în greutate, se ameliorează repede;

- c) nu are nici un simptom;
- d) nu prezintă dezechilibru între factorii agresivi și protectorii gastrici.

31. Hematuria constă în :

- a) prezența puroiului în urină;
- b) prezența glucozei în urină;
- c) prezența proteinelor în urină;
- d) prezența sângelui în urină.

32. Modalitatea de transmitere a virusului hepatic de tip A este:

- a) prin donarea de organe;
- b) transplacentar;
- c) pe cale fecal orală;
- d) parenteral.

33. Manifestările clinice ale Diabetului zaharat de tip I sunt:

- a) poliurie;
- b) polifagie;
- c) polidipsie;
- d) toate cele de mai sus.

34. Pericardita reprezintă inflamația:

- a) pleurei;
- b) pericardului;
- c) peritoneului;
- d) vaselor de sânge.

35. Abdomenul se examinează prin următoarele tehnici:

- a) inspecție și palpare;
- b) inspecție și percuție;
- c) percuție și palpare;
- d) inspecție, percuție, palpare și ascultație.

36. Hepatomegalia este:

- a) scăderea dimensiunilor ficatului;
- b) creșterea dimensiunilor ficatului;
- c) creșterea dimensiunilor splinei;
- d) creșterea dimensiunilor pancreasului.

37. Poliuria este:

- a) creșterea cantității de urină eliminate în 24 de ore;
- b) prezența albuminei în urină;
- c) durerea micțională;
- d) prezența oxalatului de calciu în urină.

38. Dispneea este un simptom prezent:

- a) doar în afecțiunile pulmonare;
- b) doar în afecțiunile cardiace;
- c) în afecțiuni pulmonare și cardiac;
- d) în afecțiuni hepatice.

39. Sialoreea este:

- a) creșterea secrețiilor nazale;
- b) creșterea secrețiilor salivare;
- c) prezența sucului gastric în cavitatea bucală;
- d) prezența de sânge în saliva.

40. Sistemul osos se examinează prin:

- a) percuție și auscultație;
- b) inspecție și palpare;
- c) percuție;
- d) auscultație.

Anul I. Modulul 7: Chirurgie, ortopedie, traumatologie și nursing specific

1. Vârsta la care apar cel mai frecvent fracturile este:

- a) 0 - 5 ani;
- b) 5 - 15 ani;
- c) 20-40 ani;
- d) 60-80 ani.

2. Fractura "în lemn verde" este o:

- a) fractură deschisă la copil;
- b) fractură în care fragmentele osoase își păstrează continuitatea datorită periostului gros;
- c) fractură obstetricală a humerusului;
- d) fractură închisă la copil;

3. Fractura cominutivă este:

- a) o fractură cu mai mult de trei fragmente;
- b) fractura de la nivelul cutiei craniene;
- c) o fractură ce împarte osul în două fragmente;
- d) o fractură de foarte mici dimensiuni.

4. Tratamentul chirurgical într-o fractură diafizară este indicat:

- a) în toate cazurile;
- b) în caz de imposibilitate de reducere sau de menținere a reducerii;
- c) nu este indicat;
- d) doar la apariția hidrartrozei.

5. Consolidarea unei fracturi a diafizei humerale se face în:

- a) 1 - 2 săptămâni;
- b) 4 - 6 săptămâni;
- c) 3 - 4 luni;
- d) 2 - 3 ani.

6. Semnele clinice de probabilitate pentru diagnosticul de fractură includ:

- a) durerea în punct fix;
- b) mobilitatea anormală;
- c) crepitații osoase;
- d) extravazare osoasă vizibilă.

7. Entorsa este o afecțiune traumatică:

- a) a articulației;
- b) a epifizei osoase;
- c) a diafizei osoase;
- d) a calusului.

8. Imobilizarea ortopedică după reducerea unei luxații durează:

- a) 1- 3 zile;
- b) 2 - 3 săptămâni;
- c) 3 -4 luni;
- d) nu se imobilizează.

9. Hemartroza este:

- a) hemoragia la nivelul unei articulații;
- b) hemoragia apărută în urma unui traumatism contuziv;
- c) hemoragia apărută iatrogen;
- d) hemoragia apărută tardiv.

10. Hemoragia produsă prin lezarea unui vas important, în cazul unei fracturi, poate fi oprită prin:

- a) medicamente hemostatice;
- b) administrare de sânge sau produse de sânge;
- c) aplicarea unui garou la locul accidentării;
- d) administrarea de plasmă.

11. Tratamentul fracturii de claviculă presupune:

- a) imobilizare simplă;
- b) obligatoriu tratament chirurgical;
- c) reducere imediată și aparat gipsat;
- d) nici o variantă nu este corectă.

12. Aparatul ghipsat, de regulă:

- a) prinde articulația de deasupra și dedesubtul focarului de fractură;
- b) prinde articulația de deasupra focarului de fractură;
- c) prinde articulația de dedesubtul focarului de fractură;
- d) nu trebuie să prindă și articulația.

13. Ruptura musculară se manifestă prin următoarele, cu excepția:

- a) durere intensă apărută brusc;
- b) echimoza;
- c) deformarea regiunii la distanță;
- d) apariția hematomului.

14. “Morbul lui Pott” sau:

- a) osteoporoza;
- b) osteoartrita tuberculoasă a coloanei vertebrale;
- c) osteoartrita tuberculoasă coxofemurală;
- d) tumora osoasă.

15. Bursita se manifestă prin:

- a) sindrom inflamator;
- b) vărsături;

- c) amețeli;
- d) febră.

16. Cifoscolioza este o boală:

- a) restrictivă;
- b) a membrilor inferioare;
- c) obstructivă;
- d) degenerativă.

17. Este o malformație congenitală:

- a) scolioza;
- b) luxația congenitală de șold;
- c) lordoza;
- d) coxartroza.

18. La bolnavul imobilizat, trombozele venoase se previn prin:

- a) masaj ușor al membrilor;
- b) tapotaj toracic;
- c) pudraj cu talc;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

19. Pneumonia de decubit se previne prin:

- a) gimnastică respiratorie de mai multe ori pe zi;
- b) administrare de antibiotice;
- c) administrare de chimioterapice;
- d) administrare de antiinflamatorii.

20. Prin genu varum se înțelege deformări în care genunchii sunt:

- a) apropiați și picioarele apropiate;
- b) apropiați și picioarele sunt depărtate;
- c) depărtați, în schimb picioarele sunt apropiate;
- d) depărtați, în schimb picioarele sunt depărtate.

21. Factorii care contribuie la apariția osteoporozei sunt următorii, cu excepția:

- a) alimentația excesiv de bogată în glucide și proteine;
- b) alimentația excesiv de bogată în proteine și calciu;
- c) fumatul;
- d) corticoterapia.

22. Deformările coloanei vertebrale (cifoza, lordoza) apar mai frecvent:

- a) la copii preșcolari;
- b) în perioada pubertară;
- c) la vârstnici;
- d) la sugari.

23. Osteoporoza se produce în următoarele situații, cu excepția:
- la bătrâni;
 - după corticoterapie;
 - la copii în perioadele de creștere accelerată;
 - la femeile în menopauză.
24. Simptomele frecvente în „morbul lui Pott” sunt următoarele, cu excepția:
- contracturii musculare pe părțile laterale ale vertebrelor afectate;
 - deformațiilor osoase (cifoza) la nivelul coloanei vertebrale;
 - febrei ridicate;
 - parestezii, furnicături la nivelul membrelor inferioare.
25. Osteoartrita tuberculoasă coxofemurală se întâlnește mai frecvent la:
- copii între 3-6 ani;
 - bătrâni;
 - adulții anemici;
 - persoanele de sex feminin.
26. Atitudinea vicioasă în coxartroză reprezintă:
- flexie cu rotație externă;
 - extensie cu rotație internă;
 - extensie cu rotație externă;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
27. Poziția piciorului strâmb congenital varus equinus este:
- flexie plantară cu rotație externă;
 - malpoziția piciorului;
 - flexiune plantară, aducție, supinație;
 - extensie plantară cu pronație.
28. Scolioza reprezintă:
- deviația coloanei vertebrale în plan sagital;
 - curbura cu convexitate anterioară a coloanei vertebrale în regiunea lombară;
 - curbura laterală, în linie verticală a coloanei vertebrale;
 - deformarea membrelor inferioare.
29. Osteomielita este:
- o infecție a osului produsă de obicei în urma unei agresiuni septice directe – posttraumatică;
 - o diminuare a cantității de os pe unitatea de volum;
 - o afecțiune congenitală;
 - o infecție acută a osului, frecvent consecința unei septicemii stafilococice.

30. Voletul costal reprezintă:

- a) pătrunderea aerului în cavitatea pleurală;
- b) o fractură complexă a coastelor, în care se produc fracturi duble, a mai multor coaste;
- c) traumatisme toracice simple;
- d) pătrunderea aerului în cavitatea pericardică.

31. Fractura completă:

- a) implică ruptura aparatului capsulo-ligamentar;
- b) integritatea osului există clinic și se evidențiază numai radiologic;
- c) implică întinderea fibrelor capsulo-ligamentare;
- d) implică 2 fragmente osoase și un traiect de fractură.

32. Luxația:

- a) este o expresie a tulburărilor funcționale determinate de traumatizarea aparatului capsulo-ligamentar;
- b) reprezintă deplasarea extremităților osoase ale articulației cu pierderea permanentă a rapoartelor anatomiche normale;
- c) poate fi paraarticulară sau juxtaarticulară;
- d) este soluție de continuitate la nivelul osului, produsă de traumatisme violente.

Anul II. Modulul 1: Urgențe medico-chirurgicale

1. Criza de astm bronșic:

- a) apare mai ales ziua;
- b) determină ortopnee;
- c) se datorează obstrucției bronhiilor mari;
- d) determină inspir forțat, prelungit.

2. Manifestări în astmul bronșic sunt următoarele, cu excepția:

- a) prodrom respirator;
- b) acces de bradipnee inspiratorie;
- c) tuse cu expectorație vâscoasă, albă, perlată;
- d) creșterea volumului rezidual.

3. În pneumotoraxul spontan:

- a) pătrunde lichid în pleură;
- b) apare durere precordială;
- c) apare durerea anginoasă;
- d) pătrunde aer în pleură.

4. În pneumotoraxul spontan întâlnim următoarele semne și simptome, cu excepția:

- a) durere toracică bruscă, violentă ca un pumnal;
- b) bombarea hemitoracelui afectat;
- c) abolirea murmurului vezicular de partea afectată;
- d) dispnee cu caracter bradipneic.

5. Valoarea normală a presiunii parțiale a oxigenului este cuprinsă între:

- a) 35 - 45 mmHg;
- b) 60 - 85 mmHg;
- c) 85 - 100 mmHg;
- d) 75 - 100 mmHg.

6. Durerea anginoasă:

- a) iriază pe marginea cubitală a brațului;
- b) durează peste 30 de minute;
- c) are sediul pe o suprafață mică;
- d) este influențată de mișcările respiratorii;

7. În IMA, durerea:

- a) cedează la nitroglicerină;
- b) se însoțește de bradicardie;
- c) cedează la opiacee;
- d) se însoțește de HTA.

8. În edemul pulmonar acut:

- a) manifestările apar mai ales ziua;
- b) pacientul este eritematos;
- c) pacientul prezintă bradicardie;
- d) pacientul prezintă expectorație spumoasă.

9. Blocurile pot fi:

- a) interatriale;
- b) sino-carotidiene;
- c) atrio-ventriculare;
- d) interventriculare.

10. Semnele clinice care indică stopul cardio-respirator sunt:

- a) căderea posterioară a limbii;
- b) pierderea cunoștinței;
- c) lipsa pulsului și a respirației;
- d) lividitățile cadaverice.

11. Coma hipoglicemică:

- a) se tratează cu glucoza hipertona;
- b) se instalează lent, fiind o comă calmă;
- c) poate apărea după consumul de fibre;
- d) se însoțește de tegumente uscate și pliu cutanat persistent.

12. Coma ceto-acidozică:

- a) se însoțește de scăderea pH-ului sanguine;
- b) se însoțește de transpirații;
- c) se instalează brusc;
- d) este determinată de un exces de insulină.

13. Intoxicația cu barbiturice:

- a) se însoțește de HTA;
- b) se însoțește de bradipnee și hipotonie;
- c) se instalează mai rapid postprandial;
- d) nu determină comă.

14. Abdomenul acut chirurgical poate fi determinat de:

- a) ocluzia intestinală;
- b) accidentul vascular cerebral;
- c) pleurezia bazală;
- d) gastrita.

15. Un element care nu favorizează angina pectorală este:

- a) alimentația bogată în legume și fructe;
- b) hipertensiunea arterială;

- c) diabetul zaharat;
- d) fumatul.

16. În sindromul de ischemie acută periferică pacientul prezintă:

- a) durere anginoasă;
- b) febra;
- c) absența pulsului;
- d) edem.

17. Toxiinfecțiile alimentare:

- a) determină agorafobie;
- b) pot fi toxice sau infecțioase;
- c) evoluează întotdeauna cu febră mare;
- d) se vindecă întotdeauna spontan.

18. Următoarele afirmații despre abdomenul acut sunt adevărate, cu excepția:

- a) apare brusc, în plină sănătate;
- b) se tratează medical și chirurgical;
- c) poate fi determinat de o pneumonie lobară dreaptă;
- d) localizarea durerii orientează asupra diagnosticului;

19. Conduita de urgență în astmul bronșic include:

- a) antitusive;
- b) opiacee (morfină, mialgin);
- c) miofilin și HHC;
- d) vasodilatatoare.

20. Simptomele crizei de astm bronșic sunt:

- a) dispnee inspiratorie;
- b) dispnee expiratorie;
- c) diplopie;
- d) puls cățărător.

21. Simptomatologia edemului pulmonar acut include:

- a) dispnee severă;
- b) edeme ale membrelor superioare;
- c) hematemeză;
- d) redoare a cefei.

22. În cazul unui stop cardio-respirator putem întâlni:

- a) creșterea mișcărilor respiratorii;
- b) încetarea bătăilor inimii, absența respirației;
- c) globi oculari mobili;
- d) toate enunțurile de mai sus.

- 23.** Frecvența cardiacă normală la adulți este:
- 90 - 100 pulsații/min;
 - 130 - 140 pulsații/min;
 - 140 - 160 pulsații/min;
 - 60 - 80 pulsații/min.
- 24.** Eficiența respirației artificiale și a masajului cardiac extern apreciază:
- dispariția respirației;
 - dispariția pulsului și a mișcării toracale;
 - aparitia pulsului și a respirației spontane;
 - dispariția miozinei.
- 25.** Tehnica de resuscitare presupune:
- stabilirea funcției venoase;
 - stabilirea debitului venos;
 - restabilirea funcției cardio-respiratorie;
 - administrarea de vitamine.
- 26.** Manevrelor de resuscitare se efectuează prin:
- masaj cardiac extern;
 - victima se așază în poziție dorso-laterală;
 - cu victima obligatoriu în decubit ventral;
 - doar cu masca de oxigen.
- 27.** Criteriile de evaluare primară a victimei presupun:
- aprecierea funcției verbale;
 - aprecierea stării de depresie;
 - evaluarea mobilității;
 - aprecierea stării de conștiență.
- 28.** Raportul compresiuni toracice ventilație este la adult de:
- 15 la 2;
 - 30 la 2;
 - 100 la 10;
 - 30 la 5.
- 29.** Resuscitarea se efectuează:
- timp de 10 minute;
 - timp nelimitat până la apariția pulsului sau până la epuizare;
 - timp de 5 ore;
 - timp de 1 minut cu pauză de 10 minute.
- 30.** În cazul unei crize de astm bronșic, se vor urma unele etape, cu excepția:
- se ține pacientul în poziție șezândă;
 - se acoperă cu o pătură;

- c) dacă a mai avut anterior crize se administrează medicația prescrisă;
- d) se anunță medicul curant.

31. În cazul unui infarct miocardic, dacă victima este conștientă se vor urma unele etape, cu excepția:

- a) se face respirație gură la gură;
- b) se așează pacientul într-o poziție comodă;
- c) se liniștește pacientul;
- d) se cheamă salvarea.

32. Următoarea afirmație cu privire la intervențiile efectuate în edemul pulmonar acut cardiogen este falsă:

- a) se administrează oxigen;
- b) se monitorizează funcțiile vitale;
- c) se așează pacientul în decubit dorsal pe un pat tare;
- d) se transportă pacientul către cea mai apropiată unitate spitalicească.

33. Următoarea afirmație cu privire la hipertensiunea arterială este adevărată:

- a) pacientului i se administrează orice antihipertensiv;
- b) orice pacient suspect de hipertensiune arterială trebuie evaluat la spital;
- c) se administrează doze maxime de antihipertensiv care se scad treptat;
- d) încercăm să liniștim pacientul ca să-i mai scadă tensiunea.

34. În poziția laterală de siguranță se așează un pacient cu următoarele manifestări:

- a) inconștient, cu puls și respirație prezentă;
- b) inconștient, fără puls și respirație;
- c) dispnee;
- d) durere abdominală.

35. Resuscitarea cardio-pulmonară se va începe imediat la un pacient:

- a) conștient;
- b) cu puls prezent;
- c) cu rigiditate cadaverică;
- d) inconștient, fără puls și respirație.

Anul II - Modulul 2. Obiective și tehnici în kinetoterapie

- 1. Postura și mișcările pot fi considerate:**
 - a) reflexe condiționate;
 - b) automate;
 - c) respectă reflexul condiționat existent prealabil mișcării;
 - d) sub influența inconștientă a cerebelului.

- 2. Metoda Kabat (Herman) folosește o metodologie de recuperare:**
 - a) psihică;
 - b) neuromotorie;
 - c) pregătește pentru alte proceduri BFK;
 - d) se adresează copiilor cu deficiențe de coloană vertebrală.

- 3. Metodele de reeducare naturală se referă la segmentele coloanei vertebrale dorsale și lombare cunoscute ca:**
 - a) metoda Klapp;
 - b) metoda Van Niederhaeffter;
 - c) ambele;
 - d) kinetoterapia pasivă.

- 4. Metoda Schroth facilitează:**
 - a) corectarea ortopedică (nesângerândă) a unei scolioze;
 - b) delordozarea;
 - c) mărirea diametrelor A.P. traumus toracic;
 - d) corectează deficiențele respiratorii obstructive.

- 5. Pentru hipermobilitate este nevoie de:**
 - a) posturarea articulației cu orteze fixe;
 - b) tonifiere musculară în condiții de scurtare a musculaturii periarticulare;
 - c) menținerea unei contracții musculare eficiente în timpul mișcărilor pe direcții anatomofiziologice;
 - d) tratament condroprotector.

- 6. Mersul deficitar recunoaște afecțiuni la nivelul articulațiilor:**
 - a) coloanei vertebrale lombare;
 - b) articulațiile genunchilor;
 - c) deficiențe neuronale a centurii pelvine;
 - d) deficiența statusului bipodal.

7. Amplitudinea articulară (bilanțul articular) reprezintă măsurarea:
- unghiurile de mișcare;
 - forța de contracție;
 - apariția durerii;
 - limitarea manevrelor kineto – pasive.
8. Bilanțul muscular reprezintă evaluarea forței musculare prin examen manual. Este deci:
- metodă subiectivă;
 - un exercițiu de recuperare;
 - autocontrol din partea pacientului;
 - prognostic reparator.
9. Efectele mișcării pasive se repercutează asupra:
- aparatului locomotor,
 - sistemului nervos;
 - aparatului circulator;
 - aparatului digestiv.
10. În mobilizarea activă contra uneia rezistente, o modalitate de realizarea a rezistenței este, cu excepția:
- materialele elastice;
 - forța kinetoterapeutului;
 - apa;
 - corpuri mobile în mișcare.
11. Afirmație falsă referitoare la întindere (stretch) este:
- întinderea este o manevră ce se execută în 3 modalități;
 - întinderea prelungită are efect inhibitor pentru antagoniști;
 - întinderea prelungită este manevra cunoscută pentru reflexele miotatice;
 - întinderea rapidă facilitează mișcarea.
12. Care din următoarele stadii trebuie parcurse de tehnica „înzăvorării“ coloanei lombare și în ce condiții?
- mobilizarea trunchiului ca pe o piesă unică;
 - fixarea rahisului lombar în poziție neutră concomitent cu imobilizarea membrilor;
 - poziția șezând pe tot parcursul exercițiului;
 - trunchiul înzăvorât se mobilizează complet independent de membre
13. Grupele musculare care trebuie tonificate în coxartroză sunt:
- mușchii osos – iliac;
 - mușchii abductori;
 - mușchii rotatori;
 - tensor al fasciei lata.

- 14.** În poliartrita reumatoidă se vor evita activitățile care solicită articulațiile mâinii:
- mușchii flexori ai degetelor;
 - mușchii extensori ai degetelor;
 - articulația pumnului;
 - imobilizarea prelungită a policelui.
- 15.** Reprezintă o metodă de tonifiere pentru musculatura inspiratorie următoarea procedură:
- inspir cu o nară, cealaltă fiind presată cu degetul;
 - inspiruri repetate pe ambele nări;
 - inspiruri profunde pe ambele nări;
 - combinația tuturor.
- 16.** Următorii mușchi au tendința de retracție în coxartroză:
- mușchii abductori;
 - mușchi extensori;
 - mușchi rotatori externi;
 - mușchi flexori.
- 17.** Con tracția izometrică:
- reprezintă o contracție musculară în care lungimea fibrei musculare rămâne constantă;
 - reprezintă o contracție musculară ce determină apropierea capetelor de inserție;
 - reprezintă o contracție musculară ce deplasează articulația;
 - reprezintă statusul bipodal prelungit.
- 18.** Creșterea antrenamentului la efort se realizează prin:
- coordonarea selectivă a aparatelor și sistemelor organismului și prelungirii lui pentru efort;
 - scăderea antrenamentului la efort cu monitorizarea parametrilor subiectivi/senzația de oboseală, vertij, durere;
 - creșterea antrenamentului la efort cu monitorizarea parametrilor funcționali – aparatul cardio – respirator;
 - aparatur respirator - apariția dispneei.
- 19.** Stabilitatea genunchiului o constituie exercițiile de contracție a mușchilor:
- ischioganbierii;
 - cvadriicepsul;
 - ambele grupe musculare;
 - nici una din grupele musculare menționate.
- 20.** O metodă de provocare a contracției reflexe este:
- reflexul de întindere;
 - reacția de echilibrare;
 - contra prizele;
 - reflexele de poziție.

21. Scopul principal în tratamentul postural al policelui în "Z" este:
- posturarea în flexiei maxime a policelui,
 - posturarea în abducției maxime a policelui,
 - ambele sunt adevărate,
 - nici o afirmație nu este adevărată.
22. În care caz de deviație cubitală din PR. se reduce prin tonifierea aparatului exterior al degetelor?
- în cazul în care deviația cubitală poate fi redusă activ;
 - în cazul în care deviația cubitală redusă pasiv poate fi menținută activă;
 - ambele afirmații sunt corecte;
 - nici o afirmație nu este corectă.
23. Principiile referitoare la mobilizările articulare sunt următoarele, cu excepția:
- mobilizarea trebuie să se facă în axul articulației respective;
 - se poate mobiliza o articulație prin intermediul alteia;
 - mobilizarea nu respecta structurile anatomice articulare;
 - mobilizarea poate fi dozată ca ritm, forță și durată;
24. Unghiul mișcării de extensie a umărului are:
- 30°;
 - 50°;
 - 80°;
 - 120°.
25. Afirmația falsă referitoare la imobilizarea de contenție este:
- constă în menținerea, "cap la cap" a suprafețelor articulare sau a fragmentelor osoase;
 - blochează un segment sau o parte dintr-un segment sau într-un sistem de fixație externă (aparat gipsat, atelă);
 - se utilizează pentru protecția aparatelor și sistemelor protejate scheletal;
 - este utilizată pentru consolidarea fracturilor și în luxații.
26. Reprezintă un dezavantaj ale imobilizării:
- imobilizare corectează posturile vicioase care țin de țesuturi și niciodată de oase;
 - imobilizarea induce hipotrofia musculară de inactivitate;
 - imobilizarea determină destructurarea cartilajinoasă;
 - imobilizarea sclerozează vasele de sânge.
27. Tracțiunilor intermitente în ax în coxartroză au ca efect:
- antalgic;
 - miorelaxant;
 - de creștere a tonusului muscular;
 - de îmbunătățire a mobilității și a circulației locale.

- 28.** Afirmăția adevărată referitoare la gimnastica specifică bolnavilor cu arteriopatie este:
- exercițiile sunt alese în funcție de nivelul la care sunt localizate obliterările;
 - necesită obligatoriu asocierea medicației AINS;
 - mușchii coapselor sunt solicitați în obliterările mijlocii prin mișcări de flexie și extensie pe bazin;
 - în obliterările înalte prin mișcări de triplă flexie.
- 29.** Disinergismul muscular (autoganismul) – flexorii – extensorii prezent în mâna artrozică se poate corecta prin:
- tonifierea flexiei degetelor;
 - modificarea tipului de prehensiune digito-palmară;
 - scăderea tonusului muscular crescut al flexorilor;
 - purtarea de orteze palmo – brahiale continui.
- 30.** Tehnica prin care se realizează asuplizarea lombară este:
- bascularea pelvisului;
 - întinderea flexorilor șoldului;
 - întinderea extensorilor lombari;
 - tonifierea musculaturii paravertebrale dorso - lombare.
- 31.** Parametrii ce caracterizează mobilizarea pasivă pură asistată sunt următorii:
- aplicarea alternativă a prizelor și contra prizelor;
 - poziția pacientului și a kinetoterapeutului;
 - manevrele trebuie forțate;
 - se aplică între ședințe orteze de contenție.
- 32.** Kinetoterapia activă în spondilită ankilozantă urmărește:
- menținerea rectitudinii coloanei vertebrale;
 - menținerea pulsiei și repulsiei brațelor;
 - menținerea mobilității articulațiilor periferice;
 - menținerea complianței toracice.
- 33.** Grupa musculară care este afectată în umărul mixt este:
- mușchiul trapez;
 - mușchii rotatori ai umărului;
 - mușchiul biceps brahial;
 - mușchiul stenocleidomastoidian.
- 34.** Stabilitatea genunchiului o constituie exercițiile de contracție a următorilor mușchi:
- ischiogambieri;
 - tensorul fasciei lata;
 - ambele grupe musculare;
 - mușchii gambei în totalitate.

35. Semnul Patrick este pozitiv în:
- coxită;
 - coxartroză;
 - deficiențele musculare ale șoldului;
 - osteonecroza aseptică de cap femural.
36. Sindromul de apertură toracică definește:
- modificări vasculo - scheletare ale sternului;
 - ablația dobândită a claviculei (posttraumatică);
 - simptome ce exprimă compresiunea elementelor vasculo–nervoase ce afectează întreg membrul superior;
 - modificări de sensibilitate localizate la un singur deget.
37. În hernia de disc sindromul vertebral lombar este manifestat prin:
- scolioză cu contractură musculară paravertebrală;
 - tulburări de statică bipodală;
 - atrofia musculaturii coapsei;
 - tulburări circulatorii asociate.
38. Obiectivul care este obligatoriu pentru ameliorarea unui sindrom vertebral este:
- masajul;
 - repunerea la tratament electric;
 - posturarea pe plan semidur;
 - infiltrația, “loco - dolenti”.
39. Pentru a recomanda recuperarea șoldului operat cu (osteosinteză) trebuie să treacă:
- cel puțin 3 luni;
 - cel puțin 6 luni;
 - perioada este variabilă de la caz la caz;
 - nu se recomandă tratament kinetic.
40. În încărcarea progresivă a membrului inferior operat, examenul ce dictează momentul începerii tratamentului este:
- aspectul radiologic al focarului de fractură;
 - lipsa tulburărilor neurologice;
 - lipsa tulburărilor vasculare;
 - posibilitatea statusului bipodal.
41. În entorsa genunchiului, un obiectiv principal al recuperării este:
- examenul clinic și radiologic;
 - învățarea bolnavului să-și blocheze activ genunchiul (zăvorâre);
 - aplicarea balneo – hidro – terapie;
 - instituirea precoce a kinetoterapiei active.

- 42.** Artroza la gleznă (posttraumatică) cu tulburări severe de dinamică bipodală obligă la tratament ortopedic în cazurile:
- a) se asociază cu demineralizarea severă justoepifizară;
 - b) prezintă la bilanțul articular parametri de invaliditate;
 - c) se asociază cu tulburările ale dinamicii genunchiului;
 - d) modifică articulația genunchiului.
- 43.** În fracturile falangelor piciorului tratamentul de recuperare trebuie să intereseze și:
- a) articulațiile metatorso- falangiene;
 - b) articulațiile gleznei;
 - c) nu este obligatoriu
 - d) masoterapia bolții plantare.
- 44.** În recuperarea gleznei posttraumatice (nefracturată) se folosesc:
- a) tehnici de facilitare neuro-musculară proprioceptivă;
 - b) băi galvanice;
 - c) posturarea cu imobilizare în aparat gipsat;
 - d) imobilizarea în poziție antideclivă.
- 45.** După consolidarea unei fracturi de la pivot portant (genunchi, gleznă), tratamentul kinetic trebuie să aibă în vedere:
- a) dozarea exercițiilor, progresiv cu colaborarea pacientului;
 - b) asocierea unei ghete ortopedice;
 - c) exerciții în lanț închis;
 - d) neasocierea tulburărilor vasculare.
- 46.** Kinetoterapia folosește în scop terapeutic:
- a) mișcarea sub formă de exercițiu;
 - b) odihna;
 - c) lucrul manual;
 - d) vâslitul.
- 47.** Kinetoterapia îndeplinește următoarele roluri, cu excepția:
- a) curative;
 - b) preventive;
 - c) corective;
 - d) educative.
- 48.** La efectuarea kinetoterapiei se va ține cont de următoarele caracteristici, cu excepția:
- a) amplitudinea exercițiilor;
 - b) dificultatea execuției;
 - c) introducerea exercițiilor cât mai complexe;
 - d) reactivitatea pacientului.

49. O ședință completă de kinetoterapie cuprinde:
- 2 - 4 exerciții;
 - 4 - 6 exerciții;
 - 6 - 10 exerciții;
 - 10 - 15 exerciții.
50. Numărul de repetări pentru fiecare exercițiu depinde de următoarele criterii, cu excepția:
- gradul de dificultate;
 - comportamentul pacientului;
 - starea pacientului;
 - antrenamentul pacientului.
51. Ședința de gimnastică medicală durează:
- 10 - 15 minute;
 - 15 - 20 minute;
 - 20 - 30 minute;
 - 30 - 45 minute.
52. Exercițiile de gimnastică medicală nu se practică:
- la domiciliul kinetoterapeutului;
 - în stațiunile balneo-climaterice;
 - în spitale de recuperare;
 - în centre de cultură fizică medicală.
53. Îmbrăcămintea pacientului trebuie să respecte următoarele condiții, cu excepția:
- să fie folosită numai pentru gimnastică;
 - să fie confecționată din materiale sintetice;
 - să nu jeneze execuția mișcărilor;
 - să nu provoace transpirație.
54. În periartrita scapulo-humerală se pot efectua următoarele exerciții, cu excepția:
- manipulări vertebrale;
 - construcții izometrice;
 - exerciții la scară fixă;
 - tracțiuni.
55. În poliartrita reumatoidă se execută exerciții kinetice pentru următoarele zone anatomice:
- membrele superioare și inferioare;
 - coloana vertebrală;
 - ceafă;
 - genunchi.

56. În tratamentul poliartritei cronice evolutive la membrele inferioare se execută:
- flexia și extensia degetelor;
 - supinația genunchiului;
 - pronația coapsei;
 - rotația genunchiului.
57. În spondilita anchilopoetică se pot executa următoarele exerciții:
- răsucirea mingii medicinale;
 - strângerea unui prosop sub tălpi;
 - joc de glezne;
 - urcatul și coborâtul scărilor.
58. Planurile anatomice sunt:
- axa sagitală și axa frontală;
 - planul sagital și axa frontal;
 - planurile transversal;
 - planul sagital, planul frontal, planul transversal.
59. Coloana vertebrală este împărțită în:
- coloana cervicală, toracală, lombară, sacrată, coccigiană;
 - cervical, dorsal și coccigian;
 - toracal, lombar și sacrat;
 - nici o variantă corectă.
60. Flexia reprezintă mișcarea de:
- înclinare laterală;
 - înclinare anterioară;
 - rotație internă;
 - rotație externă.
61. Articulația genunchiului cuprinde:
- femur, tibie și patelă;
 - femur și tibie;
 - membrul inferior și bazin;
 - șold și gambă.
62. Țesutul muscular poate fi clasificat funcțional în:
- voluntar;
 - involuntar;
 - cardiac;
 - voluntar și involuntar.
63. Redoarea articulară netratată duce la:
- anchiloză;

- b) scolioză;
 - c) hepatită;
 - d) nici o variantă corectă.
- 64.** Cauzele oboseli musculare sunt:
- a) poliomielită;
 - b) picior plat;
 - c) obezitate;
 - d) toate variantele sunt corecte.
- 65.** Retractura musculară reprezintă:
- a) creșterea rezistenței musculare la mișcarea pasivă;
 - b) blocarea articulației;
 - c) contracție ireversibilă;
 - d) stare fiziopatologică.
- 66.** Articulațiile sunt clasificate în:
- a) articulații fibroase;
 - b) articulații cartilajinoase;
 - c) articulații sinoviale;
 - d) toate variantele sunt corecte.
- 67.** Cavitatea glenoidă este compusă din:
- a) glenoidă osoasă și cartilaj articular;
 - b) glenoidă osoasă, cartilaj articular și lambrum glenoidal;
 - c) ligamente și cartilaj;
 - d) nici o variantă corectă.
- 68.** Ca metode ale antrenamentului la efort nu se utilizează:
- a) mersul pe jos;
 - b) termoterapia;
 - c) înotul;
 - d) ciclismul.
- 69.** Efecte ale antrenamentului la efort sunt următoarele, cu excepția:
- a) ameliorarea condiției psihice;
 - b) scăderea indicelui tensiune-timp;
 - c) creșterea suprafeței alveolo-capilare de schimb;
 - d) creșterea indicelui tensiune-timp.
- 70.** Tehnicile anakinetice apelează la:
- a) mobilizare pasivă;
 - b) contracție izometrică;
 - c) posturare;
 - d) contracție izotonă.

- 71.** Modalitatea tehnică ce aparține mobilizărilor pasive este următoarea:
- a) mobilizarea liberă;
 - b) contracția izometrică;
 - c) relaxarea musculară;
 - d) mobilizarea auto-liberă.
- 72.** Mobilizarea pasivo-activă aparține:
- a) tehnicilor anakinetice;
 - b) tehnici kinetice statice;
 - c) mobilizărilor pasive;
 - d) tehnicilor de facilitare;
- 73.** Mișcarea de supinație articulară se apreciază prin:
- a) rotație spre interior;
 - b) orientare a palmei în sus;
 - c) rotație internă a pumnului;
 - d) orientare a palmei în jos.
- 74.** Capacitatea de mișcare articulară se apreciază prin:
- a) bilanț clinic;
 - b) istoricul bolii;
 - c) bilanț articular;
 - d) bilanț muscular.
- 75.** Mișcarea de inversie a piciorului este realizată de următorii mușchi:
- a) gemenul intern;
 - b) gambierul posterior;
 - c) extensorul comun al degetelor;
 - d) flexorul comun al degetelor.
- 76.** Amplitudinea mișcărilor proprii ale umărului se apreciază:
- a) goniometric;
 - b) prin măsurarea distanței în centimetri;
 - c) prin măsurarea distanței în milimetri;
 - d) prin raportarea la valorile umărului opus.
- 77.** Capacitatea de mișcare articulară se apreciază prin:
- a) bilanț clinic;
 - b) istoricul bolii;
 - c) disponibilitățile de comunicare;
 - d) bilanț articular.
- 78.** Bilanțul articular se realizează:
- a) prin testarea forței musculare a mușchilor adiacenți unei articulații;

- b) cu ajutorul goniometrului;
 - c) prin comparație cu mobilitatea anormală;
 - d) cu ajutorul artroscopului.
- 79.** În analiza mobilității articulare se apreciază:
- a) gradul maxim de mobilitate;
 - b) forța musculară;
 - c) spasticitatea;
 - d) abilitatea.
- 80.** Tehnicile anakinetice apelează la:
- a) mobilizare pasivă;
 - b) imobilizare;
 - c) posturare;
 - d) contracție izometrică.
- 81.** Mobilizarea pasivo-activă aparține:
- a) tehnicilor anakinetice;
 - b) mobilizărilor active;
 - c) tehnici kinetice statice;
 - d) mobilizărilor pasive.
- 82.** Mobilizarea activă liberă este o tehnică în cadrul:
- a) mobilizării pasive;
 - b) kineziei statice;
 - c) mobilizării active voluntare;
 - d) mobilizării pasivo-active.
- 83.** Următoarea modalitate tehnică aparține mobilizărilor pasive:
- a) contracția izometrică;
 - b) relaxarea;
 - c) tracțiunile;
 - d) mobilizarea activă.
- 84.** Capacitatea de a manifesta valori mari de forță în cea mai mică unitate de timp se numește:
- a) forță maximă relativă;
 - b) forță maximă absolută;
 - c) forță explozivă;
 - d) forță dinamică.
- 85.** Cea mai modernă exprimare a intensității unui efort se face prin:
- a) urcatul scărilor;
 - b) alergare;
 - c) echivalentul metabolic;
 - d) covorul rulant.

- 86.** Frecvența ședințelor de efort la pacienții cardio - pulmonari este de:
- 1 pe săptămână;
 - 2 - 3 pe săptămână;
 - 5 pe săptămână;
 - 10 pe săptămână.
- 87.** Recuperarea medicală este definită:
- este o activitate complexă medicală, educațională și profesională prin care se urmărește restabilirea cât mai deplină a capacităților funcționale reduse sau pierdute de către o persoană în urma unei boli congenitale sau dobândite;
 - urmărește dezvoltarea nervoasă compensatorie și de adaptare respectiv o viață activă;
 - cuprinde măsuri adecvate fazei bolii și procedee pentru menținerea sechelelor;
 - este o etapă a recuperării axată pe rezolvarea problemelor vieții cotidiene.
- 88.** Profilaxia reprezintă:
- totalitatea metodelor, procedeeelor și mijloacelor prin care se acționează pentru împiedicarea apariției îmbolnăvirilor;
 - totalitatea metodelor, mijloacelor și procedeeelor prin care se acționează pentru menținerea stării de sănătate a populației (prevenirea apariției îmbolnăvirilor, limitarea extinderii unei boli abia apărute, înlăturarea complicațiilor și consecințelor grave ale bolii respective);
 - totalitatea metodelor, procedeeelor și mijloacelor prin care se acționează pentru extinderea unor boli deja apărute;
 - totalitatea metodelor, procedeeelor și mijloacelor prin care se acționează pentru înlăturarea complicațiilor și consecințelor grave ale bolii.
- 89.** Recuperarea funcțională reprezintă:
- totalitatea metodelor, procedeeelor și mijloacelor prin care se acționează pentru tratarea bolilor;
 - o terapie complexă prin care se urmărește recâștigarea funcției unui organ;
 - o terapie complexă prin care se urmărește recâștigarea funcțiilor unora sau mai multor segmente de membre;
 - o terapie complexă prin care se urmărește recâștigarea funcției unui organ sau a unuia sau mai multor segmente de membru neutilizate o perioadă de timp.
- 90.** Reabilitarea urmărește:
- readucerea în stare activă, prin reeducare, exercițiu fizic și fizioterapie, a unor funcții alterate;
 - refacerea capacității de muncă a bolnavilor;
 - readucerea în stare activă, prin reeducare, exercițiu fizic și fizioterapie, a unor funcții aproape dispărute în urma unor procese patologice;
 - refacerea capacității de muncă a bolnavilor, a celor cu leziuni organice și reintroducerea lor în viața socială.

- 91.** Examenul morfo-funcțional al subiectului cuprinde:
- examenul somatoscopic;
 - examenul antropometric;
 - examenul somatoscopic și antropometric;
 - examenul segmentar.
- 92.** Examenul somatoscopic se va face după:
- metoda observării sau a examenului general extern;
 - la început static, apoi dinamic sau funcțional;
 - aprecierea gradului de dezvoltare generală și examenul segmentar (morfologic);
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 93.** Aprecierea gradului de dezvoltare generală se face ținând seama de un criteriu unitar după un control global:
- din față;
 - din spate;
 - din profil;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 94.** Rezultatul cu privire la gradul de dezvoltare generală a corpului poate fi:
- la adulți: mediosom, hipersom sau hiposom;
 - la adolescenți: prepuber, puber sau postpuber;
 - toate răspunsurile sunt corecte;
 - la copii: dezvoltat normal sau anormal, din punct de vedere al înălțimii și greutateii.
- 95.** Taliometrul este folosit pentru:
- determinarea greutateii;
 - măsurarea perimetrului toracic;
 - aprecierea deviațiilor vertebrale;
 - stabilirea înălțimii.
- 96.** La examenul segmentar la poziția omoplaților urmărim cele 3 planuri (față, spate, profil) se vor controla dacă au următoarele caracteristici, cu excepția:
- desprinși de torace;
 - asimetrice;
 - inegal depărtați de coloana vertebrală;
 - egal dezvoltăți.
- 97.** Poziția membrilor superioare se examinează în întregime și segmentar, înregistrându-se:
- poziția lor în ortostatism;
 - simetriile;
 - hiperlaxitatea;
 - imobilitatea articulară.

98. Curburile fiziologice ale coloanei vertebrale sunt:

- a) curbura lombară;
- b) curbura dorsală;
- c) curbura cervical;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

99. Aspectul de spate rotund este în:

- a) cifoza dorsală;
- b) lordoza dorsală;
- c) cifoza lungă dorso-lombară însoțită de răsturnarea bazinului spre spate cu umerii aduși, omoplații depărtați, toracele în flexie;
- d) lordoza lungă cu exagerarea curburilor fiziologice lombare și prelungirea ei în partea dorsală inferioară.

100. Scolioza este o deviație a coloanei vertebrale în:

- a) plan frontal;
- b) plan sagital;
- c) plan anteroposterior;
- d) plan transversal.

101. Întrucât există și un proces patologic la nivel de coloană vertebrală, în plan frontal scoliozele devin:

- a) pleuretice, tuberculoase;
- b) paralitice;
- c) reumatismale, congenital;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

102. Scolioza în S este de mai multe feluri:

- a) în forma de C;
- b) scolioza cu două curburi;
- c) scolioza cu 3 curburi;
- d) scolioza cu 2 și 3 curburi.

103. Atitudinile vicioase ale coloanei vertebrale care trebuie corectate sunt:

- a) atitudine cifotică;
- b) atitudine lordotică;
- c) atitudine scoliotică în forma C sau S;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

104. Deformațiile toracelui sunt, cu excepția:

- a) sternul carenat;
- b) rebord costal înfundat;
- c) depresiune xifoidiană;
- d) conturul asimetric al claviculelor.

- 105.** Deficiențe ale genunchilor la examinarea lor sunt următoarele, cu excepția:
- genu valgum;
 - genu varum;
 - genu flexum;
 - genu curvatum.
- 106.** Piciorul plat este caracterizat prin:
- piciorul scobit;
 - picior tallus;
 - căderea boltei plantare din cauza scăderii tonusului;
 - picior equin.
- 107.** Parametrii examenului antropometric sunt:
- înălțimea, bustul, greutatea;
 - capacitatea vitală, indicele respirator;
 - perimetrul toracic, perimetrul abdominal;
 - înălțimea, bustul, greutatea, perimetrul toracic și abdominal, capacitatea vitală, indicele respirator, indicele de rezistență cardiac.
- 108.** Etapele de măsurare a indicelui de rezistență cardiacă Ruffier sunt:
- proba în repaus;
 - proba în efort;
 - proba la 3 minute după efort;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 109.** Măsurarea inegalității în lungime a membrilor inferioare se face prin următoarele metode, cu excepția:
- se măsoară cu banda metrică lungimea membrilor inferioare pornind de la spina iliacă antero superioară până la marginea inferioară a maleolei externe;
 - se potrivesc talonete de grosime progresivă până se echilibrează bazinul;
 - subiectul fiind culcat pe spate în poziție cât mai corectă se măsoară diferența dintre cele 2 călcâie;
 - masurând circumferința coapsei și gambei în diferite puncte.
- 110.** Clasificarea tehnicilor kinetologice pleacă de la recunoașterea a 3 proprietăți ale aparatului locomotor:
- activitatea lui motrică;
 - capacitatea de a putea fi mișcat pasiv;
 - starea de repaus;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 111.** Anakinezia se referă strict la:
- repaus;
 - suprimarea mișcării articulare;
 - suprimarea mișcării articulare și a contracției voluntare;
 - suprimarea mișcării voluntare.

- 112.** Imobilizarea are următoarele caracteristici, cu excepția:
- a) este o tehnică kinetică;
 - b) se caracterizează prin menținerea corpului sau a unei părți a acestuia în nemișcare;
 - c) se realizează cu sau fără ajutorul unor instalații sau aparate;
 - d) nu suspendă mișcarea articulară și contracția voluntară.
- 113.** Afirmatia adevărată referitoare la imobilizarea de contenție este:
- a) blochează un segment sau o parte a acestuia într-un sistem de fixare externă urmărind consolidarea fracturilor;
 - b) utilizată în boli grave cardio-pulmonare, arsuri întinse, traumatisme cranio - cerebrale
 - c) corectează posturile defectuoase;
 - d) este utilizată în rupturi neuromusculare.
- 114.** Dezavantajele imobilizărilor sunt:
- a) induce hipertrofia musculară de inactivitate, determină tulburări trofice de tipul escarelor;
 - b) determină redori articulare uneori greu reductibile;
 - c) toate răspunsurile sunt corecte;
 - d) tulbură circulația de întoarcere, apar edeme și tromboze venoase.
- 115.** Posturile au următoarele caracteristici, cu excepția:
- a) reprezintă atitudini impuse corpului întreg sau doar unor părți;
 - b) se realizează în scop terapeutic sau corectiv pentru a corecta sau evita instalarea unor deviații de static și poziții vicioase;
 - c) se realizează pentru a facilita un proces fiziologic;
 - d) în raport cu exercițiul fizic, pot fi posturi inițiale și finale.
- 116.** Posturile de facilitare nu sunt:
- a) posturi antideclive sau proclive;
 - b) posturi exterocorective;
 - c) posturi facilitatorii respiratorii sau cardiace;
 - d) posturi de drenaj bronșic.
- 117.** Tehnicile kinetice au ca elemente definitorii:
- a) posturarea;
 - b) imobilizarea;
 - c) menține corpul în nemișcare;
 - d) mișcarea și/sau contracția musculară.

- 118.** Nu este o condiție de realizare a mobilizărilor pasive:
- cunoașterea foarte exactă a suferințelor pacientului, a diagnosticului bolii și a diagnosticului funcțional precum și a stării morfopatologice a structurilor care vor fi mobilizate;
 - necesită colaborarea și înțelegerea de către bolnav a tehnicilor care urmează să i se execute;
 - prizele terapeutului nu au o importanță particulară;
 - mobilizarea pasivă nu trebuie să provoace durere pentru a nu declanșa reflexe de apărare musculară care ar limita mobilitatea articulară;
- 119.** Mișcările pasive nu au următorul efect:
- scad schimburile gazoase la nivel tisular și pulmonar;
 - cresc amplitudinea articulară;
 - mențin troficitatea țesuturilor;
 - mențin memoria kinestezică.
- 120.** Modalități tehnice de realizare a mobilizărilor pasive sunt următoarele, cu excepția:
- tracțiunile;
 - mobilizarea forțată sub anestezie;
 - mobilizarea activă;
 - mobilizarea autopasivă.
- 121.** Tracțiunile:
- sunt un grup de tehnici pasive care se fac în axul segmentului sau articulației;
 - se execută manual sau cu diverse instalații;
 - ajută la obținerea decoaptării articulare;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 122.** Printre parametrii mobilizării pasive pure asistate se numără următorii, cu excepția:
- prizele și contraprizele;
 - mobilizarea forțată;
 - poziția pacientului și a kinetoterapeutului;
 - mobilizarea segmentelor.
- 123.** Din decubit dorsal se mobilizează pasiv:
- cotul cu toate mișcările;
 - extensia umărului;
 - extensia rahisului;
 - extensie șold.
- 124.** Mobilizările autopasive se realizează prin următoarele modalități:
- prin presiunea corpului;
 - prin acțiunea membrului sănătos;
 - prin intermediul unei instalații “scripete reciproc”;
 - toate răspunsurile sunt corecte.

- 125.** Mobilizarea pasivo-activă are următoarele caracteristici, cu excepția:
- se folosește pentru prelucrarea mușchilor cu forță sub 2;
 - este denumită și mobilizare pasivă asistată activ de bolnav;
 - ajută la realizarea mișcării sau întregește amplitudinea de mișcare;
 - folosește diverse sisteme mecanice de mobilizare adaptate pentru fiecare articulație.
- 126.** Afirmatia falsă referitoare la mobilizarea activă voluntară este:
- se caracterizează prin mișcarea voluntară, comandată;
 - nu se realizează prin contracție voluntară;
 - implică consum energetic;
 - contractia este izotonă, dinamică.
- 127.** Mobilizarea activă pură are ca parametri:
- direcția de mișcare;
 - amplitudinea, ritmul;
 - forța, durata, poziția în care se execută;
 - toate afirmațiile sunt adevărate.
- 128.** Mobilizarea activă cu rezistență nu se caracterizează prin:
- ajutorul oferit de o forță exterioară;
 - travaliu muscular mai crescut în mușchii segmentului mobilizat;
 - tensiune musculară mai scăzută în mușchii segmentului mobilizat;
 - creșterea forței și hipertrofierea mușchilor segmentului mobilizat.
- 129.** În mișcarea voluntară mușchii acționează ca:
- agoniști;
 - antagoniști;
 - toate răspunsurile sunt corecte;
 - sinergiști și fixatori.
- 130.** Printre tehnicile kinetice statice se numără:
- imobilizarea;
 - mobilizarea pasivă;
 - relaxarea și contracțiile izometrice;
 - contractii izotonice.
- 131.** Metodele de a realiza o relaxare musculară sunt următoarele, cu excepția:
- conștientizarea stării de relaxare ca stare inversă a contracției musculare;
 - posturarea segmentului în sprijin absolut pe un plan orizontal sau în chingi căutând prin inhibiție centrală suspendarea oricărei activități musculare din sectorul respectiv;
 - scuturarea ritmică a membrului respectiv executată de terapeut în timp ce pacientul încearcă să-și relaxeze musculatura;
 - masaj blând al mușchiului relaxat sau prin vibrarea segmentului în timp ce pacientul își relaxează mușchii din teritoriul respectiv.

132. Mijloacele folosite în kinetoterapie sunt:

- a) mijloace fundamentale exercițiul fizic și masajul;
- b) mijloace ajutătoare termoterapia, electroterapia, hidroterapia terapia ocupațională, activități fizice adaptate;
- c) mijloace asociate factori naturali apa, aerul, soarele, factori de igienă și alimentație;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

133. Exercițiul fizic terapeutic în kinetoterapie este format din:

- a) poziția de start și mișcările efectuate (A);
- b) tipul de contracție musculară (concentrică, excentrică, izometrică) necesară în cadrul exercițiului (T);
- c) elemente declanșatoare ale unui stimul senzorial cu scop de facilitare sau inhibare a răspunsului (E);
- d) A, T, E (Activitate, Tehnica, Elemente).

134. Pozițiile fundamentale folosite în kinetoterapie sunt:

- a) stând în poziție ortostatică;
- b) așezat pe genunchi;
- c) toate variantele sunt corecte;
- d) atârnat.

135. Variante ale poziției fundamentale culcat sunt următoarele, cu excepția:

- a) decubit dorsal;
- b) decubit lateral;
- c) poziția anatomică;
- d) decubit ventral.

136. Avantajele lucrului muscular dinamic sunt:

- a) este un mijloc de recuperare sau întreținere a amplitudinilor articulare;
- b) permite întreținerea, activarea sau creșterea forței musculare;
- c) mobilizarea permite cercetarea întregii curse musculare de la întinderea completă până la scurtarea totală contribuind la întreținerea schemei corporale;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

137. Dezavantajele lucrului muscular dinamic sunt:

- a) frecările în compresie a celor două suprafețe articulare în timpul executării mișcărilor pot fi compatibile cu o patologie;
- b) se pot lucra doar dinamic mușchii care lucrează în mod obișnuit static;
- c) toate răspunsurile sunt greșite;
- d) lucrul muscular dinamic solicită mușchiul să lucreze la posibilitățile sale maxime.

- 138.** Avantajele lucrului muscular static ale contracției izometrice sunt, cu excepția:
- permite obținerea unei activități musculare chiar și atunci când deplasarea articulară este interzisă;
 - permite realizarea unor activități musculare evitând apariția problemelor articulare;
 - contracția izometrică activează schema neuromusculară de comandă chiar dacă mișcarea este imposibilă;
 - nu permite întreținerea troficității cartilajului datorită modificărilor de presiune la nivel articular.
- 139.** Dezavantajele lucrului muscular static sunt:
- nu întreține alunecarea suprafețelor articulare;
 - nu întreține schema spațială care este în relație cu deplasarea segmentelor;
 - este dificil pentru unii pacienți modul de realizare a acestei contracții;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 140.** Elementele declanșatoare ale unui stimul senzorial cu scop de facilitare sau inhibare a răspunsului sunt:
- elemente proprioceptive (întinderea, rezistența opusă mișcării, tracțiunea, accelerația, rotația ritmică repetată);
 - elementele exteroceptive (atingerea ușoară, periajul, temperatura, tapotarea ușoară paravertebrală);
 - toate afirmațiile sunt corecte;
 - elemente combinate (contactele manuale, presiunea pe tendoanele lungi).

Anul II. Modulul 3: Hidrotermoterapia

1. Hidroterapia reprezintă:

- a) tratamentul cu ingestie de apă;
- b) tehnica care utilizează apa în scop terapeutic;
- c) tehnica în care se folosește jetul de apă sub presiune;
- d) crenoterapia.

2. Factori care acționează în hidroterapie sunt:

- a) factori mecanici;
- b) factori termici;
- c) factori chimici;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

3. Nu este un factor care acționează în hidroterapie:

- a) mecanic;
- b) chimic;
- c) electric;
- d) termic.

4. Apa în hidroterapie se poate folosi:

- a) rece;
- b) fierbinte;
- c) rece, caldă, fierbinte;
- d) doar caldă.

5. Un factor mecanic al hidroterapiei este:

- a) presiunea aerului;
- b) presiunea osmotică;
- c) presiunea hidrostatică;
- d) presiunea pe vasele de sânge.

6. Enunțul: “un corp scufundat în apă, pierde din greutatea sa, o greutate egală cu volumul de apă dislocat” reprezintă:

- a) legea lui Ohm;
- b) principiul lui Arhimede;
- c) legea lui Newton;
- d) principiul hidrodinamicii.

7. Factorii chimici în hidroterapie sunt reprezentați de:
- infuzii de mușețel, frunză de nuc, cetina, hrean, brad;
 - amestecuri de plante medicinale;
 - sub formă de sare, iod, nămol, sulf, gaze, etc.;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
8. Termenul de referință al aplicațiilor de termoterapie este temperatura „de indiferență”. Aceasta are următoarele valori:
- 30°C pentru aer și 40°C pentru apă;
 - 25°C pentru aer și 34 - 35°C pentru apă;
 - 15°C pentru aer și 34 - 35°C pentru apă;
 - 25°C pentru aer și 25°C pentru apă.
9. Nu este un mecanism ce intervine în termoreglare în procedurile hipotermice următorul:
- reacțiile vasculare consensuale (de același sens);
 - modificările produse în circulația renală;
 - creșterea circulației de repaus în musculatură prin șunturile anastomotice arterio-venoase;
 - devierea circulației cerebrale cu descongestionarea produsă în cazul băilor calde ale extremităților membrelor inferioare;
10. Efectele fiziologice ale procedurilor generale calde și hipertermice sunt următoarele, cu excepția:
- imunologice;
 - spasmolitice;
 - tonifiante;
 - antialgice.
11. Se poate testa calitatea reacției locale înainte de aplicarea procedurilor de termoterapie prin:
- testarea frecvenței cardiace;
 - proba Dalmady;
 - testarea tensiunii arteriale;
 - proba serratului.
12. Dacă proba Dalmady dă un răspuns de peste 6 secunde se recomandă înainte de aplicarea procedurilor termice:
- stropire cu apă rece (la 16°C) folosind o cantitate de 2-3 litri pe regiunea coloanei cervico-dorsale în sens cranio-caudal;
 - stropire cu apă caldă (la 37°C);
 - stropire cu apă rece (la 16°C) folosind o cantitate de 2-3 litri pe regiunea coloanei cervico-dorsale în sens caudo-cranial;
 - stimulări cu cuburi de gheață.

13. Pentru obținerea unor bune reacții hidrotermice ale corpului trebuie respectate următoarele condiții termice:

- a) temperatura tegumentelor la inițierea procedurilor să fie în limite normale;
- b) evitarea stărilor de intoxicații generale, convalescențe după boli infecțioase, stări de astenie și nevroze avansate;
- c) fiind proceduri mai solicitante, nu se aplică aproape de orele de masă sau seara, aproape de orele de culcare;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

14. Nu reprezintă o acțiune fiziologică ale băilor calde asupra aparatului cardio-vascular următoarea manifestare:

- a) inițial se produce o tahicardie, apoi ritmul cardiac se echilibrează;
- b) scade debitului bătaie cu 120-130 ml. pe minut și a volumului cardiac cu circa 100%;
- c) tensiunea arterială diastolică scade relativ brusc și de la început;
- d) rezistența vaselor arteriale periferice scade la valoarea 1/2-1/3 față de valoarea de repaus, ușurând astfel munca inimii, mai precis, reducerea lucrului mecanic efectuat de inimă cu 1/2 -1/3.

15. O acțiune fiziologică a băilor calde asupra aparatului respirator constă în:

- a) scăderea presiunii intrapleurale;
- b) creșterea aerului de rezervă din plămâni;
- c) creșterea tensiunii elastice a țesutului pulmonar;
- d) scăderea cu 0,5-1 l a capacității medii pulmonare și cu aproximativ 20% a volumului respirator.

16. Nu reprezintă o acțiune fiziologică ale băilor calde asupra aparatului respirator următoarea manifestare:

- a) amplitudinea respirațiilor scade cu 50-100 cm³ aer;
- b) scade presiunea intrapleurală;
- c) volumul respirator scade cu aproximativ 20%;
- d) capacitatea medie pulmonară scade cu 0,5-1 l.

17. Nu reprezintă o acțiune fiziologică a băilor calde asupra sângelui următoarea manifestare:

- a) hemodiluție;
- b) scad hematiile;
- c) la procedurile fierbinți cresc calcemia, nivelul adrenalinei, coagulabilitatea sanguină;
- d) scad leucocitele, nivelul vitaminei C, pH-ul.

18. Bilele Hauff au următoarele efecte fiziologice:

- a) produc o vasodilatație loco-regională;
- b) se obțin efecte consensuale interne, de exemplu, aplicațiile la membrele superioare pot induce o vasodilatație în vasele coronare;
- c) toate răspunsurile sunt corecte;
- d) se induce o vasodilatație periferică la distanță, unde nu vrem să aplicăm procedura, conform „legii consensuale în circulația tegumentară.”

19. La împachetările cu parafină plăcile trebuie să fie moi, adică la o temperatură de:
- 42°C - 48°C;
 - 35°C;
 - 48°C - 50°C;
 - peste 50°C.
20. La împachetarea cu nămol se folosește o cantitate de 20 - 25 kg de nămol care acoperă corpul cu un strat de 2-3 cm grosime, la o temperatură de:
- peste 50°C;
 - sub 30°C;
 - 42 - 47°C;
 - 47 - 50°C.
21. Principalele scopuri și indicații ale saunei sunt următoarele, cu excepția:
- călirea organismului;
 - corectarea termoreglării deficitare;
 - preîncălzire la sportivi înainte de antrenamente și la bolnavi înainte de aplicarea procedurilor de kinetoterapie;
 - stimulare neuro-psihică.
22. Indicație a băilor cu bule de gaz :
- hiporeactivitate nervoasă;
 - iritabilitate nervoasă;
 - cure de diureză;
 - spasme vasculare.
23. Efectele terapeutice principale ale băilor cu plante medicinale sunt:
- miorelaxante;
 - analgetice;
 - biotroifice;
 - toate variantele sunt corecte.
24. La dușul subacval se utilizează:
- mai multe dușuri cu jetul îndreptat de sus în jos;
 - un jet de apă caldă sub presiune care se plimbă în interiorul unei căzi cu apă;
 - mai multe jeturi de apă care vin din lateral;
 - un tun de apă cu presiune mare cu jet din lateral.
25. Nu este contraindicație a crioterapiei:
- tulburările de sensibilitate la factorii termici;
 - anemia falciformă și cancer;
 - tendinite, bursite, miozite;
 - pe regiunea retroauriculară (din cauza traiectului superficial al nervului vag, cu reacții imprevizibile).

- 26.** Nu reprezintă un factor al climatoterapiei:
- meteoric;
 - cosmic;
 - telurici;
 - vegetali.
- 27.** Climatul alpin este indicat în:
- boli respiratorii;
 - boli renale;
 - boli digestive;
 - boli endocrine.
- 28.** Reacția balneară apare după:
- 6 - 8 zile de la începerea curei;
 - epuizarea tratamentului;
 - apariția efectelor secundare cutanate;
 - apariția efectelor adverse din punct de vedere fiziologic.
- 29.** Efectul curelor externe cu băi minerale carbogazoase se bazează pe:
- calitățile chimice ale CO₂;
 - pe acțiunea mecanică și termică;
 - se asociază cu masoterapie;
 - se pot efectua în bazine comune.
- 30.** Balneohidroterapia nu cuprinde procedurile aplicate pe corp cu:
- ape minerale;
 - nămoluri;
 - radiații ultraviolete;
 - aerosoli.
- 31.** Contraindicațiile specifice în cura balneară sunt:
- contraindicații balneare și climaterice locale,
 - stări și asocieri patologice individuale,
 - temperatura și umiditatea zilei,
 - boli asociate.
- 32.** Termalitatea unei ape minerale este dependentă de:
- adâncime;
 - straturile pe care le străbate;
 - compoziția pe care o conține;
 - modalitatea de efracție a suprafeței solului.
- 33.** Terapia hidrominerală prin administrare per orală se adresează în cazul apelor cloruro-sodice următoarelor afecțiuni:
- boli renale;
 - boli endocrine;

- c) boli respiratorii;
 - d) boli genitale.
- 34.** Specificitatea nămolurilor este dată de:
- a) substanțe omogene;
 - b) conținutul de fibre vegetale;
 - c) hidro - sulfura de fier coloidală;
 - d) conținutul de apă.
- 35.** Băile de sulf au ca acțiune:
- a) stimularea metabolică,
 - b) scad glicemia,
 - c) acțiune keratolitică,
 - d) nu se administrează în cura externă.
- 36.** Hidrogenul sulfurat din apele minerale sulfuroase se resoarbe pe cale:
- a) digestivă;
 - b) respiratorie;
 - c) cutanată;
 - d) pe toate căile.
- 37.** Mofetele naturale se găsesc la:
- a) Techirghiol;
 - b) Malnaș;
 - c) Herculane;
 - d) Buzași.
- 38.** Pentru bolile cardiovasculare sunt indicate stațiunile de la:
- a) Mănești;
 - b) Sângeorz – Băi;
 - c) Amara;
 - d) Buziaș.
- 39.** Pentru ca o apă minerală clorura sodică să-și justifice denumirea trebuie să conțină:
- a) 1g %;
 - b) 10 g %;
 - c) 100 g %;
 - d) să conțină și alte săruri clorurate.
- 40.** Mofetele sunt contraindicate în:
- a) astenie nervoasă;
 - b) boli cronice ale miocardului;
 - c) boli ale aparatului respirator;
 - d) toate sunt contraindicate.

41. Peloid înseamnă:
- nămol format în turbărie;
 - nămol terapeutic;
 - nămol vitriolic;
 - aplicație numai pe articulații inflamate.
42. Procesul de heliotermizare se efectuează sub acțiunea:
- căldurii solare;
 - diferenței de concentrație salină;
 - variațiile izvorului de alimentare;
 - curenților de convenție descendenți.
43. Temperaturile folosite la băi carbogazoase se situează:
- sub valorile de 35°C;
 - peste 40°C;
 - peste temperatura de termo-indiferență a apei;
 - nu se folosesc băi carbogazoase în cure externe.
44. Tratamentul cu mofete are efect vasodilatator asupra:
- digestiei;
 - aparatului cardio – vascular;
 - motilității tubului digestiv;
 - asteniei nervoase,
45. În tratamentul bolilor digestive se administrează:
- feruginoase;
 - acide cu CO₂ nedisociați;
 - ape alcaline cu mai multe subclase;
 - combinația celor prezentate mai sus.
46. În tratamentul dermatozelor sunt indicate în principal:
- ape sulfuroase;
 - ape cloruro – sodice;
 - ape radioactive;
 - nu se folosesc apele menționate mai sus.
47. Asocierea terapeutică folosită în tratarea psoriazisului multifocal este următoarea:
- cura heliomarină + ape sulfuroase;
 - cura heliomarină + ape cloruro sodice;
 - cura balneară în stațiuni peste 1500 m;
 - mofete pentru leziuni cutanate.
48. Frațiunea bituminoasă a nămolurilor conține:
- hidrogen sulfurat;
 - magmă vegetală;

- c) estrogen activ cu rol hormonal;
 - d) substanțe minerale nedisociabile.
- 49.** Afecțiunile ortopedice (consolidate) se tratează predominant în stațiuni:
- a) de litoral;
 - b) aflate la altitudini de peste 1000 m, pentru că sunt ultraviolete;
 - c) cu băi radioactive;
 - d) stațiuni fără ape minerale.
- 50.** Nămolurile minerale au termopexie mai ridicată decât cele de turbă?
- a) da;
 - b) nu sunt dependente de aceste criterii;
 - c) se recomandă afecțiunilor acute;
 - d) se utilizează asociate la băi carbogazoase.
- 51.** Împachetarea umedă reprezintă:
- a) împachetarea într-o pătură aplicată direct pe corp;
 - b) învelirea într-un cearșaf înmuiat în apă la 18-20°C;
 - c) învelirea într-un cearșaf îmbibat cu nămol;
 - d) învelirea într-un cearșaf înmuiat în alcool.
- 52.** Împachetarea umedă $\frac{3}{4}$ cuprinde:
- a) porțiunea care se întinde de la axilă în jos cuprinzând trunchiul și membrele inferioare;
 - b) brațele și partea superioară a corpului;
 - c) porțiunea dintre axilă și pubis;
 - d) porțiunea care se întinde de la axilă în jos până la genunchi.
- 53.** Băile cu mușețel sunt indicate în următoarele afecțiuni, cu excepția:
- a) afecțiuni reumatismale;
 - b) astenii nervoase cu agitație;
 - c) afecțiuni cardio-vasculare;
 - d) nevralgii și nevrite.
- 54.** Durata împachetărilor uscate este de:
- a) 30 minute;
 - b) 50 minute;
 - c) 60 minute;
 - d) 90 minute.
- 55.** Pentru împachetări, parafina se topește la temperatura de:
- a) 40 - 45°C;
 - b) 40 - 60°C;
 - c) 65 - 70°C;
 - d) 80 - 90°C.

- 56.** Sterilizarea parafinei se face la temperatura de:
- 65 - 70°C timp de 5 minute;
 - 110 - 120°C timp de 10 minute;
 - 50 - 65°C timp de 15 minute;
 - 70 - 100°C timp de 20 minute.
- 57.** Sunt indicate împachetările cu parafină în:
- eczemă;
 - tuberculoză cutanată;
 - artrite subacute și cronice;
 - piodermite.
- 58.** Băile se aplică:
- la ½ de oră după micul dejun;
 - după un efort fizic prelungit;
 - după stări de nervozitate;
 - după insomnii.
- 59.** Ungerile cu nămol sunt contraindicate în:
- atrofii musculare;
 - psoriazis;
 - afecțiuni reumatismale în fază activă;
 - după imobilizare în aparat gipsat.
- 60.** Acțiunea împachetării cu nisip se bazează pe:
- un factor termic;
 - un factor fizic;
 - un factor chimic;
 - un factor psihic.
- 61.** Împachetările cu nămol sunt contraindicate în:
- mialgii;
 - sechele după rahitism;
 - afecțiuni renale;
 - reumatism degenerative.
- 62.** Fricțiunile parțiale acționează în următorul mod:
- reduc numărul mișcărilor respiratorii;
 - tonifică aparatul neuromuscular;
 - intensifică circulația cu acumulare de căldură;
 - scădere a metabolismului.
- 63.** Fricțiunile sunt indicate în:
- afecțiuni dermatologice;
 - nevralgii;

- c) nevrite cornice;
 - d) emfizem pulmonar.
- 64.** Perierile sunt indicate în:
- a) hipertiroidie;
 - b) hipotiroidie;
 - c) hipertensiune arterială;
 - d) varice.
- 65.** Durata împachetării cu nămol este de:
- a) 5 - 10 minute;
 - b) 10 - 20 minute;
 - c) 20 - 40 minute;
 - d) 40 - 60 minute.
- 66.** Efectele afuziunilor superioare sunt următoarele, cu excepția:
- a) decongestionarea organelor pelvine;
 - b) tonifierea musculaturii;
 - c) stimularea peristaltismului intestinal;
 - d) creșterea debitului respirator.
- 67.** Băile sulfuroase se realizează la o temperatură de:
- a) 20 - 22°C;
 - b) 25 - 30°C;
 - c) 38 - 42°C;
 - d) 35 - 37°C.
- 68.** Dușul scoțian este indicat în următoarele afecțiuni, cu excepția:
- a) acrocianoză;
 - b) metrite cronice;
 - c) meteorism;
 - d) paralizii.
- 69.** Următoarea afirmație referitoare la băile de șezut este greșită:
- a) băile reci de scurtă durată (1-5 minute) sunt urmate de vasodilatație;
 - b) băile calde se folosesc pentru tratamentul colicilor uterine;
 - c) modul de acțiune este reprezentat de factorul chimic;
 - d) băile alternante sunt tonice ale organelor genitale.
- 70.** Sunt indicate băile cu sare în următoarele afecțiuni, cu excepția:
- a) afecțiuni endocrine;
 - b) bronșite;
 - c) afecțiuni cronice ale aparatului locomotor;
 - d) boli cronice uterine.

71. Următoarea afirmație cu privire la băile de aer este falsă:
- folosesc un dulap special orizontal sau vertical;
 - se expune corpul la aer progresiv;
 - temperatura trebuie să depășească 20°C;
 - este rezultatul unui complex de factori de mediu.
72. Compresele reci la cap se indică în:
- migrene;
 - nevralgii acute sau cronice;
 - congestii cerebrale;
 - dureri cu caracter reumatismal.
73. Următoarea afirmație cu privire la cataplasme este greșită:
- indicațiile cataplasmelor sunt identice cu cele ale compreselor;
 - se realizează doar pe zona cuprinsă de la ombilic în sus;
 - cataplasmele cu muștar și hrean sunt utile în contracturile musculare;
 - cataplasmele cu semințe de in au o termopexie mare.
74. Băile de soare își bazează efectul pe următoarele tipuri de radiații, cu excepția:
- razele luminoase;
 - radiațiile infraroșii;
 - razele ultraviolete;
 - raze X.
75. Următoarele proceduri de hidroterapie au efect antipiretic, cu excepția:
- băile sulfuroase;
 - baia de aer;
 - împachetarea cu parafină;
 - dușul masaj.
76. Sala de hidroterapie trebuie să respecte următoarele condiții:
- iluminatul trebuie să fie artificial;
 - umiditatea să nu depășească 45%;
 - temperatura trebuie să fie de 22 - 23°C;
 - dezinfecția căzilor se va face la sfârșitul zilei de lucru.
77. Regulile care trebuie respectate de bolnav la aplicarea băilor sunt următoarele, cu excepția:
- să se așeze încet în baie;
 - să stea liniștit și comod;
 - dacă apar fenomene de intoleranță nu se întrerupe tratamentul;
 - va intra în baie după termometrizarea apei.
78. Compresele se pot aplica pe următoarele regiuni, cu excepția:
- ceafă;
 - abdomen;

- c) nas;
 - d) gambe.
- 79.** Împachetările umede de lungă durată nu sunt indicate în următoarea afecțiune:
- a) obezitate;
 - b) gută;
 - c) tulburări metabolice;
 - d) tuberculoză pulmonară.
- 80.** Abdomenul se fricționează:
- a) în sensul evacuării intestinale;
 - b) în sensul acelor de ceasornic;
 - c) de sus în jos;
 - d) de la dreapta la stânga.
- 81.** Următoarea afirmație cu privire la dușul cu aburi este greșită:
- a) are o durată de 10 - 15 minute;
 - b) poate să preceadă o baie generală;
 - c) se poate asocia cu masajul;
 - d) poate fi o procedură de sine stătătoare.
- 82.** Următoarea afirmație cu privire la baia de jumătate (Halbbad) este greșită:
- a) poate avea efect tonifiant, sedativ și antitermic;
 - b) temperatura apei este de 42° C;
 - c) în bolile febrile se asociază cu răcire până la 25° C;
 - d) este contraindicată în cazul apariției frisoanelor.
- 83.** Nu reprezintă baie de picioare:
- a) călcatul prin apă;
 - b) plimbatul prin râu;
 - c) băile ascendente;
 - d) stropitul cu apă.
- 84.** Băile cu plante medicinale sau substanțe organice se pot face cu următorul ingredient, cu excepția:
- a) mușetel;
 - b) muștar;
 - c) coajă de brad;
 - d) tărâțe de grâu.
- 85.** Următoarea afirmație cu privire la băile de bioxid de carbon este greșită:
- a) durata băii este de peste 30 minute;
 - b) temperatura indicată este de 30 - 35° C;
 - c) presiunea gazului este de 0,5 - 1 atmosferă;
 - d) baia poate fi de 1/2, 3/4 sau completă.

- 86.** Este contraindicată baia cu aburi în:
- a) diabet;
 - b) nevralgii;
 - c) reumatism cronic;
 - d) stări febrile.
- 87.** Afirmăția greșită referitoare la împachetarea cu parafină este:
- a) parafina folosită este parafina albă de parchet;
 - b) temperatura de topire a parafinei este de 65 - 70° C;
 - c) grosimea stratului de parafină este de 5 cm;
 - d) durata împachetării este până la solidificarea și răcirea parafinei.
- 88.** Sunt indicate împachetările cu nămol în:
- a) reumatism degenerativ;
 - b) hipertensiune arterială;
 - c) astm bronșic;
 - d) afecțiuni renale.
- 89.** După temperatura utilizată, hidroterapia cuprinde următoarele proceduri, cu excepția:
- a) crioterapia;
 - b) hidroterapia propriu-zisă;
 - c) termoterapia;
 - d) apiterapia.
- 90.** Reacția în hidroterapie este bună dacă dispariția petei palide are loc în:
- a) 2 - 6 secunde;
 - b) 7 - 8 secunde;
 - c) 8 - 10 secunde;
 - d) 10 - 15 secunde.
- 91.** Compresele reci nu au efect:
- a) antihemoragic;
 - b) antiinflamator;
 - c) antitermic;
 - d) vasodilatator.
- 92.** În funcție de temperatură, spălările sunt clasificate în următoarele tipuri, cu excepția:
- a) calde;
 - b) stimulente;
 - c) reci;
 - d) alternante.
- 93.** Concentrația sulfului utilizată în băile sulfuroase este de:
- a) 50 - 200 mg/l;
 - b) 1 - 20 mg/l;

- c) 30 - 50 mg/l;
- d) 200 - 300 mg/l.

94. Afirmația falsă referitoare la baia kinetoterapeutică este următoarea:

- a) baia se asociază cu mișcări ale articulațiilor pacientului;
- b) baia se realizează la o temperatură de 36 - 37° C;
- c) baia durează 60 minute fără repaus;
- d) mobilizarea în apă este mai puțin dureroasă datorită relaxării musculare.

95. Împachetarea cu nisip durează:

- a) 10 - 15 minute;
- b) 15 - 20 minute;
- c) 45 - 50 minute;
- d) 20 - 40 minute.

96. Ungerile cu nămol sunt indicate în:

- a) obezitate;
- b) afecțiuni renale;
- c) afecțiuni reumatismale în fază activă;
- d) ateroscleroză.

Anul 2. Modulul 4. Biomecanică articulară și bilanț muscular

1. Biomecanica mișcării umane este definită ca:
 - a) știința care studiază caracteristicile răspunsului în timp și spațiu ale materialelor biologice, solide, lichide și vâsco-elastice, și ale corpului uman în ansamblu când sunt supuse acțiunii unor sisteme de forțe interne și externe;
 - b) modul cum iau naștere forțele musculare, analizându-le din punct de vedere mecanic, cum intră în relație cu forțele exterioare care acționează asupra corpului;
 - c) mecanică adaptată la formele de manifestare a ființelor vii, are o mare importanță, din punct de vedere al scopurilor și obiectivelor kinetoterapiei, studiind particularitățile mișcărilor din diferite domenii ale activității motrice;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte.

2. Factorii morfofuncționali care stau la baza mișcărilor sunt, afirmație falsă:
 - a) oase;
 - b) articulații;
 - c) măduva spinării;
 - d) ganglionii.

3. Factori externi care exercită influența asupra diferitelor etape ale mișcării, cu excepția:
 - a) rezistența și elasticitatea solului;
 - b) presiunea atmosferică;
 - c) accelerația gravitațională;
 - d) temperatura corpului.

4. Oasele lungi ale corpului uman sunt următoarele, cu excepția:
 - a) humerus;
 - b) peroneu;
 - c) sternul;
 - d) radius.

5. Substanțele minerale din structura țesutului osos sunt următoarele, cu excepția:
 - a) fosfat;
 - b) carbonat de calciu;
 - c) colagen;
 - d) carbonat de potasiu.

6. Țesutul osos este străbătut de:
 - a) sulfăți;
 - b) vase limfatice și sanguine;
 - c) nervi senzitivi;
 - d) pigmenți, melanină.

7. Periostul nu este constituit din:

- a) fibre de colagen;
- b) țesut conjunctiv;
- c) membrana fibroasă;
- d) amino-baze.

8. Pârghia de gradul III este de:

- a) echilibru;
- b) viteză;
- c) forță;
- d) statică.

9. Articulațiile după forma structurilor osoase sunt de următoarele tipuri, cu excepția:

- a) tip pivot;
- b) intervertebrale;
- c) în șa;
- d) tip balama.

10. După gradul de mobilitate, articulațiile se împart în:

- a) sinartroze;
- b) amfiartroze;
- c) diartroze;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

11. Conducerea în articulații include următoarele, cu excepția:

- a) sensul,
- b) direcția,
- c) forța,
- d) amplitudinea mișcării.

12. Factori pasivi în conducerea articulară sunt următorii, cu excepția:

- a) forma suprafețelor articulare;
- b) sistemul capsular ligamentar și tensiunile din el;
- c) contactul părților moi adiacente;
- d) forța atmosferică.

13. Elementele anatomice care participă la biomecanica articulară sunt:

- a) extremitățile osteo-articulare (suprafețe articulare, cartilajul articular, meniscurile și discurile articulare);
- b) mijloacele de unire (capsula articulară, ligamente, mușchi, tendoane, presiune atmosferică);
- c) mijloace de alunecare (membrana sinovială, lichidul sinovial);
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

- 14.** Tipuri de mișcare ale jocului articular elementare sunt:
- alunecarea;
 - rularea;
 - rotația;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 15.** Planul sagital al corpului este:
- vertical pe direcția antero - posterioară și împarte corpul în două părți simetrice stânga - dreapta;
 - vertical are doi poli cranial și caudal;
 - perpendicular pe planul frontal și împarte corpul în două părți anterior și posterior;
 - planul lungimii corpului.
- 16.** Mișcarea în planul sagital este:
- rotația;
 - abducție;
 - pronație;
 - flexie.
- 17.** Mișcarea în plan transversal este:
- flexie;
 - adducție;
 - supinație;
 - extensie.
- 18.** În plan frontal, se realizează următoarele mișcări, cu excepția:
- înclinarea capului și a gâtului;
 - înclinarea trunchiului;
 - abducția șoldului;
 - supinația antebrățului.
- 19.** Valoarea normală a înclinării cubitale a pumnului este de:
- 10 – 15grade;
 - 20 – 30 grade;
 - 10 – 20 grade;
 - 25 – 35 grade.
- 20.** Mișcarea de flexie a umărului este efectuată de mușchii:
- deltoid și coracobrahial;
 - deltoid și rotundul mare;
 - deltoid și supraspinos;
 - deltoid, rotundul mare marele dorsal.

- 21.** Mișcarea de extensie a genunchiului este efectuată de mușchii:
- a) cvadriiceps;
 - b) drept femural;
 - c) vast medial;
 - d) vast intermediar.
- 22.** Testarea musculaturii care asigură mișcarea la nivelul piciorului este:
- a) mișcarea de flexie dorsală a piciorului;
 - b) mișcarea de flexie plantară a piciorului;
 - c) eversia și inversia piciorului;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte.
- 23.** La bilanțul muscular, forța musculară se apreciază prin cotare cu valori de la 0 la 5, ce semnifică valoarea 2 a forței musculare:
- a) mușchiul testat nu realizează contracție vizibilă sau palpabilă;
 - b) mușchiul testat se contractă, contracție vizibilă sau palpabilă (palparea se poate efectua pentru mușchii superficiali) dar forța musculară este insuficientă pentru deplasarea segmentului asupra căruia acționează în mod normal;
 - c) mușchiul testat mobilizează segmentul dar pe un plan care permite eliminarea forței gravitaționale;
 - d) mușchiul testat poate efectua mișcarea cu deplasare a segmentului, mișcare executată în cursă completă contra gravitației.
- 24.** Pentru aprecierea înclinării trunchiului, goniometrul se poziționează astfel:
- a) plasat la nivel sacral brațul fix urmărește coloana vertebrală;
 - b) plasat la nivelul fosei iliace brațul fix perpendiculară pe linia medioaxilară a trunchiului;
 - c) brațul mobil urmărește linia medioaxilară a trunchiului;
 - d) brațul fix urmărește linia ce unește conductul auditiv cu comisura buzelor.
- 25.** Poziția de testare fără gravitație în abducția brațului este:
- a) ortostatism;
 - b) decubit ventral cu membrul superior, atârând la marginea patului;
 - c) decubit dorsal cu cotul în extensie;
 - d) șezând cu brațul în abducție la 90°.
- 26.** Pentru valoarea F3 a forței musculare la testarea musculaturii flexoare a șoldului contra gravitație, pacientul trebuie:
- a) să execute flexia coapsei cu genunchiul îndoit;
 - b) să efectueze flexia coapsei pe bazin, cu genunchiul extins;
 - c) să opună rezistență mișcării de flexie în treimea distală a coapsei, pe fața anterioară;
 - d) să execute extensia coapsei.

27. Elementele minerale și organice se amestecă pentru a forma celor două tipuri de țesut osos:

- a) dur și moale;
- b) elastic și inelastic;
- c) compact și spongios;
- d) cartilaginos și necartilaginos.

28. Oasele corpului uman sunt în număr de circa 206, iar din punct de vedere al configurației exterioare le putem subdiviza în următoarele categorii, cu excepția:

- a) oase plate;
- b) oase subțiri;
- c) oase lungi;
- d) oase scurte.

29. La pârghiile mecanice se deosebesc următoarele puncte de aplicare a forțelor, cu excepția:

- a) punctul de sprijin (S);
- b) punctul de aplicare a rezistenței (R);
- c) punctul de aplicare a rotației (R);
- d) punctul de aplicare a forței (F).

30. Raportul dintre punctele de aplicare a forței poate varia și pârghiile se împart, după acest criteriu în următoarele categorii, cu excepția:

- a) pârghii de gradul I;
- b) pârghii de gradul II;
- c) pârghii de gradul III;
- d) pârghii de gradul IV.

31. Mușchiul triceps sural formează la nivelul gleznei o pârghie:

- a) de gradul I;
- b) de gradul II;
- c) de gradul III;
- d) de gradul IV.

32. Este un mușchi biarticular următorul mușchi:

- a) biceps femural;
- b) deltoid;
- c) pectoral mare;
- d) oblic abdominal.

33. Articulațiile mobile se mai numesc și:

- a) sinartroze;
- b) diartroze;
- c) amfiartroze;
- d) spondiloze.

34. Amfiartrozele sunt articulații:

- a) mobile;
- b) imobile;
- c) semimobile;
- d) hipermobile.

35. Principalele caracteristici funcționale ale cartilajului articular normal sunt următoarele, cu excepția:

- a) elasticitatea;
- b) durabilitatea;
- c) rezistența la contorsiune;
- d) distribuția sarcinilor și încărcarea uniformă a osului subcondral.

Anul II. Modulul 5: Masoterapia

1. Masajul este definit astfel, cu excepția:

- a) masajul este o prelucrare metodică a părților moi ale corpului, prin acțiuni manuale sau mecanice, în scop fiziologic sau curativo-profilactic;
- b) masajul constă în aplicarea, manuală, mecanică sau electrică, metodică și sistematică, a unor procedee specifice asupra părților moi ale corpului, în scop igienic (fiziologic), profilactic și terapeutic-recuperator;
- c) executat cu putere, masajul nu tonifică țesuturile, executat cu moderație, le înmoaie;
- d) masajul este, alături de gimnastica medicală, un mijloc de bază, specific al kinetoterapiei, putând fi considerat indispensabil din punct de vedere al aplicării unui tratament eficient.

2. Procedeele de masaj nu se pot realiza:

- a) manual;
- b) mecanic;
- c) chimic;
- d) electric.

3. După întinderea suprafeței pe care se efectuează, masajul se clasifică în următoarele categorii, cu excepția:

- a) local;
- b) general;
- c) parțial redus;
- d) segmentar.

4. După scopul urmărit, masajul poate fi de următoarele tipuri, cu excepția:

- a) profilactic;
- b) terapeutic;
- c) specific activității zilnice;
- d) igienic.

5. Principalele condiții pe care trebuie să le îndeplinească maseurul sunt următoarele, cu excepția:

- a) însușirea corectă a tehnicilor de acționare specifice fiecărui procedeu;
- b) stare de sănătate perfectă a celor care doresc să devină terapeuți și să ajute pe cei în suferință;
- c) să posede o foarte bună coordonare și abilitate manuală;
- d) poate purta inele, brățări, ceas la mână în timpul lucrului.

- 6.** Masajul igienic se recomandă a fi făcut:
- dimineța;
 - pe parcursul zilei;
 - cu cel puțin ½ de oră înainte de masă;
 - la un interval de 2 - 3 ore înainte sau după servirea mesei.
- 7.** Pozițiile cele mai relaxatoare pentru pacient sunt:
- decubit ventral;
 - decubit lateral;
 - șezând;
 - decubit dorsal, cu membrele superioare și inferioare ușor flectate.
- 8.** În timpul ședințelor de masaj, pacientul nu trebuie:
- să aibă o poziție cât mai confortabilă;
 - să-și relaxeze musculatura;
 - să vorbească la telefon;
 - să evite încordarea fizică și psihică.
- 9.** Poziția de lucru a maseurului trebuie să aibă următoarele caracteristici, cu excepția:
- să fie cât mai favorabilă și cât mai puțin obositoare;
 - să fie din așezat pe un scaun a cărui înălțime se va adapta în funcție de înălțimea banchetei sau în funcție de tehnicile aplicate;
 - să nu depindă de regiunea supusă masajului;
 - să poată lucra cu mâinile sub nivelul umerilor pentru a nu-și obosi foarte repede membrele superioare.
- 10.** Mijloace ajutătoare cu efecte benefice în masaj sunt următoarele:
- aparate de percuție;
 - perne pneumatice;
 - lampa sollux;
 - aparat de impuls magnetic.
- 11.** Mobilierul strict necesar în camera de masaj este următorul, cu excepția:
- banchetă de masaj (de preferință cu posibilități de reglare a poziției și înălțimii);
 - scaun pentru maseur;
 - sala de duș;
 - masă sau birou pentru acte.
- 12.** Cabinetul de masaj trebuie să îndeplinească următoarele condiții, cu excepția:
- să fie suficient de spațios, luminos, neaerisit și rece (temperatura optimă pentru masaj fiind de aprox. 15-18°C);
 - să prezinte posibilități de întreținere a unei igiene perfecte: pereți placați cu faianță sau vopsiți în ulei, podea acoperită cu gresie sau linoleum, pentru a putea fi curățate și dezinfectate cât mai ușor;
 - să fie prevăzută cu instalație de apă curentă;
 - să aibă mobilierul strict necesar.

- 13.** Examinarea pacientului în vederea masajului constă în:
- a) palpare exploratorie;
 - b) examinare țesut conjunctiv;
 - c) examinare superficială;
 - d) măsurare cu goniometru.
- 14.** Palparea mușchilor înainte de masaj ne oferă următoarele informații, cu excepția:
- a) volum;
 - b) tonus;
 - c) sinoviala;
 - d) sensibilitatea.
- 15.** La examinarea viscerelor abdominale percuția, nu se efectuează:
- a) în fosa iliacă dreaptă,
 - b) în zona periombilicală;
 - c) popliteu;
 - d) în zona epigastrică.
- 16.** Masajul igienic nu constă în:
- a) automasaj;
 - b) masaj umed;
 - c) fricționarea corpului;
 - d) masaj cu soluții de corp.
- 17.** Prin intermediul efectelor sale analitice, masajul nu contribuie la:
- a) stimularea troficității și tonicității;
 - b) prevenirea tulburărilor de sensibilitate;
 - c) prevenirea tulburărilor circulatorii sanguine și limfatice;
 - d) prevenirea și diminuarea fibrozărilor.
- 18.** Ca urmare a aplicării masajului, în organism s-au înregistrat următoarele modificări, cu excepția:
- a) scăderea pragului sensibilității la durere;
 - b) modificarea tensiunii arteriale maxime, în sensul descreșterii (după un masaj stimulat);
 - c) stimularea viscerelor (pentru stările de atonie);
 - d) recuperarea mai ușoară a oboselii musculare prin masaj decât prin odihnă.
- 19.** Procedeul fundamental folosit în masaj este:
- a) petrisajul;
 - b) presiunile;
 - c) cernutul;
 - d) scuturăturile.

- 20.** Procedeul secundar folosit în tehnicile de masaj este:
- netezirea;
 - vibrația;
 - tracțiunea;
 - tapotamentul.
- 21.** Netezirea include următoarele activități, cu excepția:
- alunecări ritmice și ușoare;
 - mișcări în sensul circulației de întoarcere;
 - presiuni ale țesuturilor moi;
 - se aplică la începutul și sfârșitul ședințelor de masaj.
- 22.** Din punct de vedere al tehnicii de execuție, netezirea poate fi executată:
- cu degetele;
 - cu fața palmară;
 - cu fața dorsală a mâinii;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 23.** Ca și sens de acționare, netezirea nu poate fi efectuată:
- longitudinal;
 - scurte și foarte scurte;
 - oblic;
 - în cerc, șerpuit sau în zig-zag.
- 24.** Indicațiile metodice ale netezirii sunt:
- pe membre – de la extremități spre rădăcini;
 - pe trunchi – în sensul circulației de întoarcere – spre inimă;
 - pe cap, gât și ceafă – de la cap spre umeri și omoplați;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 25.** Fricțiunea include următoarele activități, cu excepția:
- presarea țesuturilor moi subcutanate;
 - presarea pe țesuturile profunde;
 - presarea pe un plan dur (osos sau cartilagos) și deplasarea lor, în limita elasticității proprii;
 - alunecare ușoară și ritmică.
- 26.** Din punct de vedere al suprafeței care se lucrează, tehnicile de fricțiune pot fi clasificate în următoarele categorii, cu excepția:
- fricțiuni cu vârful degetelor sau cu fața lor palmară;
 - fricțiuni cu marginea cubitală a mâinii;
 - fricțiuni cu ambele mâini, simultane și simetrice;
 - fricțiuni superficiale.

- 27.** Indicațiile metodice în efectuarea tehnicii de fricțiune sunt următoarele:
- a) când se lucrează circular, fricțiunea se va realiza într-un sens, apoi în celălalt, mâinile executând aceeași mișcare când se masează părți simetrice ale corpului;
 - b) după un număr oarecare de mișcări pe loc, mâna se deplasează în imediata vecinătate, continuând prelucrarea; nu sunt permise mișcări „pe sărite”;
 - c) toate răspunsurile sunt corecte;
 - d) pe membre, fricțiunea se realizează mai bine, dacă sprijinim segmentul pe un plan dur, la o înălțime potrivită.
- 28.** Frământatul nu reprezintă:
- a) prinderea mușchilor și a altor țesuturi profunde;
 - b) aplicarea unor loviri ritmice și ușoare;
 - c) stoarcerea, prin comprimare sau prin presiuni pe planul profund;
 - d) ridicarea lor atât cât le permite elasticitatea proprie.
- 29.** Frământatul se realizează astfel:
- a) în cută și val;
 - b) toate răspunsurile sunt corecte;
 - c) în brățară;
 - d) cu pumnii.
- 30.** Aplicat pe piele și țesuturi moi, tapotamentul este un procedeu de masaj:
- a) relaxator;
 - b) excitant;
 - c) intens stimulatív;
 - d) hipoemiant.
- 31.** Tehnicile folosite în tapotament sunt următoarele, cu excepția:
- a) percutat;
 - b) plescăit;
 - c) în cută;
 - d) tocat.
- 32.** Vibrațiile constau în următoarele activități, cu excepția:
- a) mișcări oscilatorii ritmice și din presiuni intermitente, executate cu frecvență mare și uniform, cu ajutorul mâinii sau al unor aparate, numite vibratoare;
 - b) mișcări care realizează deplasări mici (de câțiva mm.) ale pielii, țesuturilor;
 - c) presiuni ondulatorii foarte variate;
 - d) constau din mișcări oscilatorii mai ample, executate ritmic, cu segmente de membre, cu membrele în întregime, sau cu corpul întreg.
- 33.** Pensările (sau ciupirile pielii și țesuturilor) ca și procedeu secundar de masaj, se execută astfel:
- a) se apucă între degete o cută de piele și țesut celular subcutanat;
 - b) toate răspunsurile sunt corecte;
 - c) se apucă între degete mușchi, se strânge ușor și se ridică atât cât permite

- elasticitatea acestora, apoi se lasă să scape brusc;
- d) se aplică, mai ales, pe porțiunile cărnoase ale mușchilor.

34. La masajul spatelui netezirea:

- a) alunecări lente, de jos în sus, din regiunea sacrală spre ceafă, trecând peste toată suprafața lombară și dorsală cu ambele palme, cu degetele întinse și depărtate, se îndreaptă în sus, în lungul coloanei vertebrale, paralel cu aceasta se lucrează simultan, apoi alternativ;
- b) alunecări medii, executate oblic spre în sus și lateral, pe umeri, flancuri, coaste, omoplați și umeri, simultane și alternative;
- c) în cazul unui masaj stimulatoriu, alunecările medii sunt urmate de alunecări scurte, executate în ritm viu, din aproape în aproape, simultan și alternativ, acoperind întreaga regiune (pe umeri, pe regiunea lombară, pe flancuri și coaste, pe spațiul interscapular, pe omoplați și umeri);
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

35. La persoanele robuste în masajul spatelui, după tapotament se pot aplica următoarele proceduri de masaj, cu excepția:

- a) presiuni executate de o parte și de alta a coloanei vertebrale;
- b) presiuni executate cu palmele și degetele întinse, presând simultan sau alternativ;
- c) după tapotament se poate aplica o netezire simplă sau vibrată, executată în zig-zag;
- d) procedeu se aplica o dată sau de mai multe ori în același loc și apoi din aproape în aproape pe toată suprafața spatelui.

36. Masajul membrelor inferioare pe partea anterioară se execută:

- a) începând cu piciorul continuând cu gamba, genunchiul și coapsa;
- b) culcat-rezemat pe un plan înclinat;
- c) poziția subiectului este decubit dorsal, cu capul ușor ridicat;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

37. Pe genunchi procedeul care nu se poate aplica este:

- a) netezirea;
- b) fricțiunile;
- c) frământatul;
- d) vibrațiile.

38. Manevrele de masaj care se execută cu ușurință atât în masajul coapsei anterioare, cât și a brațului sunt:

- a) rulatul și cernutul;
- b) tocatul și plescăitul;
- c) frământatul;
- d) toate variantele sunt corecte.

- 39.** Masajul peretelui toracic este recomandat în următoarele cazuri, cu excepția:
- combaterea atrofiilor musculare;
 - combaterea insuficiențelor funcționale ale aparatului respirator;
 - tonifierea convalescențelor după boli pleuro-pulmonare;
 - micșorarea capacității respiratorii.
- 40.** Netezirea (efleurajul) are efect asupra circulației sanguine, respectiv asupra:
- capilarelor;
 - venelor superficiale;
 - vaselor limfactice;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 41.** Efectul tehnicilor de efleuraj asupra terminațiilor nervoase periferice este caracterizat astfel:
- efleurajul lung, cu ritm și intensitate reduse, are o acțiune calmantă, liniștitoare asupra sistemului nervos, relaxantă și decontracturantă asupra musculaturii scheletice;
 - tehnicile scurte, viguroase, cu ritm și intensitate crescute, au efecte inverse celor enumerate anterior;
 - prin efleuraj, excitarea pielii sau a terminațiilor nervoase din piele determină declanșarea reflexului axonic antidromic, cu efect vasodilatator, care se exteriorizează prin hiperemie cutanată;
 - întrucât temperatura pielii este implicată în perceperea senzațiilor dureroase, temperatura crescută diminuându-le.
- 42.** Efectele directe (mecanice) ale masajului asupra pielii sunt următoarele, cu excepția:
- îmbunătățirea calităților fizice ale pielii, a consistenței și legăturilor cu straturile profunde, a elasticității și mobilității;
 - îndepărtarea celulelor cornoase pe cale de descumare și curățarea pielii de alte impurități, stimulând creșterea celulelor tinere;
 - închiderea canalelor de excreție ale glandelor, favorizând eliminarea produșilor de excreție;
 - prin activarea circulației se influențează schimburile nutritive (în sensul îmbunătățirii lor), contribuind astfel la stimularea nutriției pielii, prevenirea atrofiei și atoniei, regenerarea celulelor.
- 43.** Efecte indirecte (reflexe) ale masajului asupra pielii sunt următoarele, cu excepția:
- influențarea circulației și a metabolismului;
 - diminuarea producerii unor substanțe hormonale cu puternică acțiune vasomotoare a căror acțiune este reglată prin intermediul sistemului nervos vegetativ;
 - prin procedee și tehnici de masaj aplicate pe zone sau segmente cutanate (dermatoame) bine delimitate (corespunzătoare unor țesuturi și organe inervate pe același segment nervos metameric al măduvei spinării), putem influența în sens fiziologic sau curativo-profilactic, țesuturile și organele profunde;
 - contribuie la îmbunătățirea funcției de termoreglare.

44. Aplicarea masajului și a tehnicilor complementare au următoarele efecte la nivelul mușchilor, cu excepția:

- a) îmbunătățirea proprietăților funcționale ale mușchilor prin scăderea excitabilității, conductibilității și contractilității lor;
- b) îmbunătățirea elasticității musculare;
- c) relaxarea musculară;
- d) stimularea impulsului motor și creșterea capacității de contracție a mușchiului, prin excitarea nervilor motori.

45. Efectele obținute prin aplicarea masajului și tehnicilor complementare la nivelul țesuturilor articulare și periarticulare sunt următoarele:

- a) activarea circulației și nutriției (efecte circulatorii și trofice, care se resimt și asupra membranei sinoviale) prin masajul clasic articular;
- b) resorbția sau împingerea în circulația generală a revărsatelor articulare sau a infiltratelor patologice din țesuturile periarticulare;
- c) prevenirea și combaterea aderențelor, refracțiilor, redorilor, cicatricilor vicioase, depozitelor patologice periarticulare;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

46. Efectele masajului asupra sistemului nervos sunt următoarele, cu excepția:

- a) activarea funcțiilor țesuturilor și organelor, mărirea sensibilității, conductibilității și reactivității nervilor, prin aplicarea procedeelor și tehnicilor de masaj stimulative;
- b) încetinirea funcțiilor țesuturilor și organelor, creșterea sau stimularea sensibilității, conductibilității și reactivității nervilor, prin aplicarea procedeelor și tehnicilor de masaj relaxatoare, din cadrul masajului clasic;
- c) determinarea unor reacții complexe, nu numai în domeniul senzitiv, cât și în cel motor și trofic, sub influența tuturor procedeelor și tehnicilor de masaj care determină o echilibrare a circulației energetice și reechilibrare neurovegetativă;
- d) determinarea unor efecte subiective, care se traduc printr-o senzație de bună dispoziție, energie și inițiativă (în cazul masajului stimulator) și printr-o stare de relaxare, destindere și deconectare (în cazul masajului relaxator), aceste efecte psihice depinzând atât de metodele și tehnicile aplicate, cât mai ales de reflexele vegetative realizate prin folosirea tuturor procedeelor și tehnicilor de masaj.

47. Obiectul de studiu al masajului este:

- a) menținerea proprietăților funcționale ale organismului;
- b) prevenirea apariției unor perturbări în funcționalitatea organismului;
- c) tratarea unor afecțiuni;
- d) omul și modalitățile de acționare prin intermediul cărora poate contribui la asigurarea unei stări de sănătate optime.

48. Pentru a asigura progresivitatea aplicării procedeelor și tehnicilor în cadrul ședințelor de masaj, ședința va începe cu:

- a) cu procedee simple, ușoare, suplă, cu caracter de testare, examinare și pregătitor;

- b) procedee și tehnici vii, mai puternice, pentru a încălzi subiectul;
 - c) tehnici folosite pe zone sensibile sau chiar dureroase;
 - d) procedee relaxante pentru a nu crea stări de disconfort.
- 49.** După mediul folosit, masajul se clasifică în:
- a) mecanic;
 - b) profund;
 - c) superficial;
 - d) uscat.
- 50.** Printre regulile de igienă privind aplicarea masajului se numără:
- a) aplicarea masajului numai dimineața;
 - b) golirea, înaintea de aplicarea masajului, a vezicii urinare și colonului;
 - c) aplicarea masajului cu cel puțin o jumătate de oră înaintea mesei;
 - d) executarea, în prealabil, a unor exerciții de încălzire a organismului.
- 51.** La masajul cefei se realizează:
- a) netezirea se execută de jos în sus (centripet);
 - b) netezirea se execută de sus în jos sau pe direcția fibrelor musculare;
 - c) netezirea se execută foarte lent;
 - d) netezirea se execută rapid.
- 52.** Manevrelor masajului precordial sunt:
- a) fricțiunea;
 - b) frământarea;
 - c) tapotamentul precordial;
 - d) vibrația.
- 53.** Frământarea se mai numește:
- a) efluraj;
 - b) petrisaj;
 - c) ciocănire;
 - d) trepidație.
- 54.** În regiunea mamară este permis:
- a) tapotamentul;
 - b) frământarea;
 - c) ciupitul;
 - d) netezirea.
- 55.** Masajul poate fi efectuat de:
- a) maseuri;
 - b) asistenți generaliști;
 - c) moașe;
 - d) paramedici.

- 56.** Bancheta pentru masaj trebuie să aibă următoarele dimensiuni:
- lungime - 100 cm, lățime - 50-60 cm, înălțime - 60-70 cm;
 - lungime - 195 cm, lățime - 60-65 cm, înălțime - 72-75 cm;
 - lungime - 220 cm, lățime - 80-100 cm, înălțime - 50-55 cm;
 - lungime - 175 cm, lățime - 70-80 cm, înălțime - 80-90 cm.
- 57.** Maseur-ul:
- trebuie să stăpânească perfect tehnicile de masaj;
 - poate purta discuții în timpul tratamentului cu colegii de cameră;
 - poate consuma alimente în timpul tratamentului;
 - poate fuma în pauzele dintre aplicații.
- 58.** Poziția maseurului:
- nu depinde de regiunea supusă masajului;
 - este în spatele pacientului când masează ceafa și umerii;
 - este în partea dreaptă când masează planul posterior;
 - este în stânga când masează planul anterior.
- 59.** Ordinea în care se masează este următoarea:
- se masează întâi trunchiul, apoi părțile periferice;
 - se masează întâi regiunile bolnave și apoi cele sănătoase;
 - mai întâi se masează regiunea perineală, apoi coapsa, abdomenul sau spatele;
 - se masează întâi regiunile sănătoase și apoi regiunea afectată.
- 60.** Netezirea se aplică:
- cu palma mâinii întinse;
 - cu partea cubitală a mâinii;
 - cu fața dorsală a policelui;
 - cu inelarul.
- 61.** Următoarea afirmație cu privire la frământat este adevărată:
- masajul vârtej se execută cu o singură mână;
 - petrisajul se execută pe suprafețe cu masă musculară redusă;
 - ciupitul se execută cu indexul și arătătorul;
 - frământatul se execută sub forma unei compresiuni, ca o stoarcere întreruptă.
- 62.** La masajul zonei anterioare a gâtului se aplică următoarele manevre de masaj:
- frământarea;
 - fricțiunea;
 - vibrația laringelui;
 - baterea.
- 63.** Efectele rulatului sunt următoarele, cu excepția:
- induce relaxarea musculaturii;

- b) produce detensionare nervoasă regional;
 - c) nu influențează circulația sanguină;
 - d) redă elasticitatea tendoanelor și a fibrelor musculare.
- 64.** Efectele compresiunii pe cutia toracică sunt următoarele, cu excepția:
- a) mobilizează articulațiile costovertebrale;
 - b) mobilizează musculatura intercostală;
 - c) îmbunătățește suplețea și elasticitatea cutiei toracice;
 - d) micșorează capacitatea respiratorie.
- 65.** Efectele elongațiilor sunt următoarele, cu excepția:
- a) detensionarea spațiilor intervertebrale;
 - b) întreținerea și îmbunătățirea mobilității și elasticității elementelor articulare;
 - c) inducerea contracturii musculaturii paravertebrale și intervertebrale;
 - d) îmbunătățirea circulației în articulație.
- 66.** Camera în care se execută masajul trebuie să îndeplinească următoarele condiții, cu excepția:
- a) să fie iluminată natural;
 - b) să fie bine aerisită;
 - c) să fie încălzită la temperatura de 20°C;
 - d) să fie iluminată cu radiații ultraviolete.
- 67.** Condiția pe care trebuie să o îndeplinească maseurul este următoarea:
- a) hainele maseurului să fie obișnuite;
 - b) să fie atent cu bolnavul, să vorbească cu blândețe, să-l încurajeze;
 - c) poate purta ceas la mână, inele sau brățări în timpul lucrului;
 - d) mâinile nu trebuie încălzite înaintea începerii tratamentului.

Anul II. Modulul 6: Terapia cu curenți de joasă, medie și înaltă frecvență

1. Nu este folosit în electroterapie:
 - a) curentul continuu galvanic;
 - b) curentul alternativ 220V;
 - c) curentul de joasa frecvență;
 - d) curentul de medie frecvență.

2. Modul în care se răspândește curentul în organism are următoarele caracteristici:
 - a) indiferent de locul unde sunt amplasați electrozii, liniile de forță ale curentului se răspândesc în tot corpul, cantitatea cea mai mare trecând însă pe zonele ce opun rezistența cea mai mică;
 - b) pe regiunea cuprinsă între electrozi, intensitatea curentului nu este egală, ci proporțională cu conductibilitatea electrică a țesuturilor;
 - c) conductibilitatea electrică a unui țesut este direct proporțională cu conținutul lui în apă;
 - d) toate afirmațiile sunt corecte.

3. Capacitatea celulelor vii de a reacționa la un stimul se numește:
 - a) excitabilitate;
 - b) contractibilitate;
 - c) iritabilitate;
 - d) stimulare.

4. Pentru a declanșa o excitație, stimulul trebuie să aibă o intensitate minimă precisă numită:
 - a) intensitate maximă;
 - b) intensitate minimă;
 - c) intensitate submaximală;
 - d) intensitate prag.

5. La nivelul membranelor celulare există o repartizare caracteristică a ionilor, rol hotărâtor având ionii de:
 - a) calciu și fier;
 - b) potasiu și calciu;
 - c) sodiu și potasiu;
 - d) sodiu și magneziu.

6. Potențialul de acțiune este dat de:
 - a) depolarizare;
 - b) repolarizare;
 - c) restituție;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte.

7. Cronaxia reprezintă:

- a) timpul util minim necesar pentru a produce o excitație minimă cu un curent a cărui intensitate este egală cu dublul reobazei;
- b) intensitatea minimă a curentului care poate produce o excitație într-un timp nedefinit.
- c) curentul excitator care trebuie să aibă un timp minim necesar transportului unei cantități suficient de mare de energie care să modifice potențialul de repaus la nivelul membranei excitabile;
- d) un influx nervos care trece dintr-un nerv în mușchiul său efector, trebuie să existe un izocronism neuro-muscular (cronaxii egale) sau un raport între cronaxia nervului și cea a mușchiului striat normal.

8. Intensitatea minimă a curentului care poate produce o excitație într-un timp nedefinit se numește:

- a) cronaxie;
- b) reobază;
- c) cronaxie motorie;
- d) timp util.

9. În funcție de valoarea/durata cronaxiei, există:

- a) cronaxie scurtă;
- b) cronaxie medie;
- c) cronaxie lungă;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

10. Corpul uman este un conductor de electricitate de gradul:

- a) gradul 1;
- b) gradul 2;
- c) gradul 3;
- d) gradul 4.

11. Curentul continuu ascendent reprezintă:

- a) intensitatea curentului crește de la valoarea 0 până la un anumit nivel;
- b) intensitatea curentului scade de la un anumit nivel spre valoarea 0;
- c) intensitatea curentului rămâne constantă;
- d) toate afirmațiile sunt greșite.

12. Instrumentul de măsură a intensității la aparatele de curent continuu, se numește:

- a) voltmetru;
- b) ampermetru;
- c) miliampermetru;
- d) osciloscop.

13. Mușchii, țesutul subcutanat, organele interne, glandele sudoripale sunt:

- a) foarte buni conducători de electricitate;
 - b) buni conducători de electricitate;
 - c) rău conducători de electricitate;
 - d) foarte rău conducători de electricitate.
- 14.** Sângele, limfa, lichid cefalorahidian, corpul vitros sunt din punct de vedere al conductibilității de electricitate:
- a) conductori de gradul 1 - foarte buni conductori;
 - b) conductori de gradul 2 - buni conductori;
 - c) conductori de gradul 3 - rău conductori;
 - d) conductori de gradul 4 - foarte rău conductori.
- 15.** Efectul terapeutic ale curentului galvanic este:
- a) analgetic;
 - b) de stimulare neuro-musculară;
 - c) biotrofic;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte.
- 16.** Galvanizarea poate fi aplicată în următoarele feluri:
- a) cu ajutorul unor electrozi sub formă de plăci de diferite dimensiuni;
 - b) ca baie hidroelectrolitică (galvanică): baie parțială (patru-celulară), baie generală;
 - c) ionoforeza – metoda de introducere a unor substanțe medicamentoase prin tegument, cu ajutorul curentului galvanic;
 - d) toate răspunsurile sunt adevărate.
- 17.** O aplicație de curent galvanic trebuie să dureze în jur de:
- a) 10 min;
 - b) 30 min;
 - c) 60 min;
 - d) 5 min.
- 18.** Tehnica de aplicare a galvanizărilor simple presupune:
- a) inspectarea tegumentului la locul de aplicare a electrozilor;
 - b) se verifică aparatul utilizat;
 - c) pacientul va fi supravegheat permanent și întrebat asupra senzațiilor percepute;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte.
- 19.** Băile galvanice pot fi:
- a) simple;
 - b) patru-celulare;
 - c) generale;
 - d) toate răspunsurile sunt adevărate.

- 20. Inconveniența ionoforezei:**
- a) are un efect local demonstrat și recunoscut;
 - b) are un efect de pătrundere până la stratul cutanat profund;
 - c) cantitatea substanțelor care pătrund este necontrolabilă;
 - d) se obțin efecte certe cu cantități infime de substanțe, evitând totodată tractul gastrointestinal.
- 21. Particularitățile de acțiune ale ionoforezei:**
- a) viteza de migrare a ionilor este diferită;
 - b) cantitatea substanțelor care pătrund este necontrolabilă;
 - c) cercetările experimentale sunt încă insuficiente;
 - d) se obțin efecte certe cu cantități infime de substanțe, evitând totodată tractul gastrointestinal.
- 22. Este contraindicată galvanoterapia în:**
- a) nevralgii și nevrite diverse;
 - b) tuberculoză cutanată;
 - c) mialgii și neuromialgii;
 - d) tulburări de circulație periferică.
- 23. Terapia cu înaltă frecvență reprezintă aplicarea terapeutică a câmpului electric și magnetic de înaltă frecvență și a undelor electromagnetice cu frecvențe de:**
- a) peste 10 Hz;
 - b) peste 300 de kHz;
 - c) sub 300 de kHz;
 - d) sub 100 Hz.
- 24. Nu reprezintă proprietăți fiziologice ale undelor scurte:**
- a) nu au acțiune electrolitică și electrochimică;
 - b) nu provoacă excitație neuromusculară: la frecvența înaltă, durata stimulului fiind foarte scurtă – sub 0,01 ms – nu poate provoca excitația structurilor nervoase;
 - c) produc fenomene de polarizare;
 - d) au efecte calorice de profunzime fără a produce leziuni cutanate.
- 25. Nu este un efect terapeutic derivat din acțiunea căldurii prin unde scurte, următorul:**
- a) miorelaxant/antispastic;
 - b) analgetic;
 - c) hiperemizant;
 - d) de activare a catabolismului.
- 26. În tratamentul cu unde scurte, temperatura zonei tratate rămâne ridicată timp de:**
- a) 30 minute;
 - b) 1 oră;
 - c) 48 - 72 ore;
 - d) 10 ore.

27. În cazul tratamentului cu unde scurte, electrozi se pot poziționa:
- a) transversal;
 - b) longitudinal;
 - c) în unghi drept;
 - d) toate variantele sunt corecte.
28. Doza III din tratamentul cu unde scurte folosind metoda subiectivă de dozare are următorul efect:
- a) nu produce nicio senzație, fiind sub pragul de excitație termică;
 - b) produce o senzație de căldură evidentă, dar suportabilă, plăcută;
 - c) produce o senzație de căldură abia perceptibilă;
 - d) produce o senzație de căldură puternică, uneori greu suportată.
29. Recomandări și reguli de care trebuie să se țină seama la aplicațiile de unde scurte:
- a) toate răspunsurile sunt corecte;
 - b) se va explica pacientului ce senzație cutanată trebuie să aibă, raportată la doza terapeutică de intensitate aplicată;
 - c) pacientul va sta într-o poziție relaxată;
 - d) se vor îndepărta toate obiectele metalice, inele, ceasuri, agrafe, etc., pentru evitarea supraîncălzirii locale; regiunile cu implante metalice nu vor fi tratate.
30. Este contraindicat tratamentul cu unde scurte în:
- a) multiple localizări ale reumatismului degenerativ se detașează prin frecvență și eficiență, gonartroza și diferitele forme ale manifestării și localizări ale spondilozei;
 - b) diverse nevralgii și neuromialgii, precum nevralgii de Arnold, nevralgii cervico-brahiale, intercostale, lombo-sacrate, etc. (cu condiția ca efectul termic să nu exacerbeze durerile și după elucidarea acestora);
 - c) afecțiuni cu tendințe la hemoragii;
 - d) hipertrofii de prostată cu dureri locale și tenesme vezicale, prostatite, pielocistite, unele nefrite acute, etc.
31. Este indicat tratamentul cu unde scurte în:
- a) manifestări acute ale afecțiunilor reumatice;
 - b) bronșitele cronice, sechelele pleureziilor netuberculoase, pleuritele, unele forme ale astmului bronșic în perioadele dintre crize;
 - c) prezența de piese metalice intratisulare;
 - d) implantarea de pace-maker cardiac.
32. Efectele pe verigile fiziopatologice la aplicarea de terapie cu înaltă frecvență pulsatilă:
- a) ameliorează evident osteoporozele, în special cele posttraumatice;
 - b) accelerează substanțial procesul de calusare al fracturilor;
 - c) accelerează evident absorbția hematoamelor și are efecte benefice în inflamațiile infecțioase și neinfecțioase;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte.

33. La aplicarea de terapie cu înaltă frecvență pulsatilă, nu este un efect pe verigile fiziopatologice:

- a) reduce până la dispariție edemul tisular și deteriorările celulare produse experimental, scurtând remarcabil timpul de vindecare;
- b) grăbește cicatrizarea diverselor plăgi – accidentale sau postoperatorii – prin reepitelizări bune și rapide;
- c) grăbește vindecarea arsurilor prin stimularea țesutului de neoformație cutanat;
- d) realizează o exacerbare a calcificărilor organizate în structura părților moi din bursite și tendinite.

34. Aplicarea de terapie cu înaltă frecvență pulsatilă este contraindicată în:

- a) osteoporoze posttraumatice;
- b) peace-maker cardiac;
- c) bursite, capsulite retractile, teno-sinovite;
- d) artrite cu diferite localizări, inclusiv poliartrita reumatoidă.

35. Principalele avantaje ale utilizării terapeutice a aparatului Diapulse sunt următoarele, cu excepția:

- a) nu produce efecte calorice locale, hipertermie sau arsuri, putând fi aplicat în inflamațiile și congestiile existente în procesele infecțioase sau neinfecțioase;
- b) scurtează substanțial timpul de vindecare în multe dintre afecțiunile tratate, implicit durata spitalizărilor și a tratamentelor ambulatorii;
- c) nu poate fi aplicat la orice vârstă, având riscuri de a provoca tulburări trofice;
- d) poate fi tratată orice regiune a corpului.

36. Tratamentul cu unde decimetrice este contraindicat în:

- a) reumatism degenerativ cu diferite localizări în stadii de reactivare;
- b) artrite de diferite forme și localizări;
- c) regiuni corporale slab și defectuos irigate, fiziologic și patologic (ischemice);
- d) stări posttraumatice cu determinări numai ale părților moi sau sechele postfracturi.

37. Curenții de medie frecvență în domeniul medicinei sunt curenți alternativi sinusoidală cu frecvențe cuprinse între:

- a) 1 kHz - 100 kHz;
- b) 100 kHz - 1000kHz;
- c) 100 Hz - 1000Hz;
- d) 1 Hz - 100 Hz.

38. Principalele efecte fiziologice ale curenților de medie frecvență sunt următoarele:

- a) acțiune stimulatorie asupra musculaturii scheletice, producând contracții musculare puternice, reversibile și bine suportate;
- b) efect de stimulare asupra mușchilor netezi hipotoni, posibil de obținut prin modulări crescute mai lent și mai lungi;
- c) acțiune analgezică;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

39. Nu este o formă de aplicare a curenților de medie frecvență:
- medie frecvență pură (MFP);
 - medie frecvență pură redresată (MFPR);
 - medie frecvență modulată în perioada lungă (MFPL);
 - medie frecvență modulată în PS – forma redresată.
40. Nu este un efect fiziologic ale curenților interferențiali:
- excitomotor pe musculatura striată;
 - decontracturant;
 - vasculotrofic, hiperemiant și resorbțiv;
 - relaxator pe musculatura netedă și este realizată de orice formulă de curent interferențial, în mod indirect asupra dermatoamelor, mioamelor, a ganglionilor vegetativi paravertebrali, lanțului simpatic, ganglionului stelat.
41. Curenții interferențiali sunt contraindicații în:
- stări posttraumatice, leziuni postcontuzionale, sindrom algoneurodistofic postfracturi, entorse, luxații, contuzii fără leziuni osoase, hematoame;
 - tuberculoză activă și cronic-evolutivă cu diferite localizări;
 - afecțiuni articulare din domeniul patologiei reumatismale: artrite, periartrite, artroze
 - nevralgii și nevrite diferite.
42. Terapia cu curenți interferențiali este indicată în:
- afecțiuni articulare din domeniul patologiei reumatismale: artrite, periartrite, artroze;
 - tulburări de circulație arterială, venoasă și limfatică, cu sau fără tulburări trofice;
 - anexite, metroanexite nespecifice, parametrite, dismenoree, afecțiuni inflamatorii ale micului bazin prin efecte spasmolitice la nivelul musculaturii netede, trofovascular, resorbțiv și antalgic;
 - toate variantele sunt corecte.
43. Terapia cu curenți interferențiali nu este indicată în:
- aplicațiile toracice în aria precordială în cazurile cu tulburări cardiace organice, funcționale și la cele cu stimulator cardiac;
 - diskinezii biliare;
 - distonii funcționale intestinale: hipertonii spastice, atonii intestinale postoperatorii;
 - edeme inflamatorii ale prostatei, hipertrofii de prostată, stări disfuncționale după prostatectomie.
44. Tipuri și modele de electrozi utilizați la aplicațiile de curenți sunt următorii, cu excepția:
- electrozi clasici sunt în formă de placă, numiți și electrozi „plași”;
 - electrozi speciali: punctiformi, electrozii pentru ochi constituiți dintr-o mască oculară cu electrozii aplicați deasupra globilor oculari și doi electrozi-pernuță

aplicați în diagonală peste apofizele mastoide, electrozi inelari toracici, electrozi palmari, electrozi cu 4 câmpuri și electrozi cu 2 câmpuri;

- c) electrozi cu spumă de transmitere a curenților;
 - d) electrozii cu vid (vacuum) sau „ventuză”.
- 45.** În terapie, numărul de forme de ultrasunet sunt de:
- a) 3;
 - b) 4;
 - c) 1;
 - d) 2.
- 46.** Cele 2 forme de ultrasunet sunt:
- a) alternativ și continuu;
 - b) continuu și discontinuu;
 - c) discontinuu și modulată;
 - d) alternativ și modulată.
- 47.** Nu este un efect fizico-chimic al tratamentului cu ultrasunete:
- a) efectul mecanic;
 - b) efectul de cavitație;
 - c) efectul electric;
 - d) efectul termic.
- 48.** Ultrasunetele au următoarele efecte terapeutice:
- a) efect analgetic;
 - b) efect miorelaxant;
 - c) efect hiperemiant;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte.
- 49.** În terapia cu ultrasunet nu se recomandă:
- a) aplicația de ultrasunet să nu fie urmată imediat de altă procedură;
 - b) succesiunea masaj - ultrasunet sau ultrasunet - masaj;
 - c) nu se aplică ultrasunet și roentgenterapie pe aceeași regiune;
 - d) ultrasunetul poate precede kinetoterapia.
- 50.** Este indicată terapia cu ultrasunet în:
- a) TBC;
 - b) psoriazis;
 - c) artroză;
 - d) bronșită.
- 51.** Electrologia este știința care se ocupă cu studiul acțiunii următorilor agenți fizici:
- a) curentul electric (constant sau variabil);
 - b) apele minerale;
 - c) nămolul;
 - d) bioclimatul.

- 52.** Afirmăția corectă referitoare la electroterapie este:
- înseamnă aplicarea curentului electric asupra unei regiuni a organismului în scopul obținerii de efecte terapeutice;
 - pentru acest tip de activitate se folosesc și termenii de masoterapie sau terapie cu ajutorul factorilor fizici;
 - pentru acest tip de activitate se folosesc și termenul crenoterapie;
 - nu se mai numește electrostimulare.
- 53.** La nivelul membranei celulare se înregistrează în repaus, un echilibru între forțele electrice dispuse pe fața internă și externă a celulei, fenomen numit:
- potențial de acțiune;
 - potențial de membrană;
 - potențial de repaus;
 - pentru celula nervoasă are valoare de +70 V.
- 54.** Afirmăția corectă este:
- propagarea potențialului de acțiune se face din aproape în aproape;
 - propagarea potențialului de acțiune cuprinde parțial membrana;
 - proprietatea membranei de a conduce unda de excitație se numește conductibilitate;
 - potențialul de repaus pentru celula nervoasă are valoare de +70 V.
- 55.** Electrocul terapeutice este alcătuit din:
- material textile;
 - metal sau carbon impregnat cu silicon;
 - material plastic;
 - metal.
- 56.** Curentul galvanic reprezintă:
- un flux de electroni direcționat;
 - de frecvență zero (continuu), cu intensitate constantă, de mică valoare (mai puțin de 50 mA);
 - o tensiune mare (130-280V);
 - un flux de electroni întrerupt.
- 57.** Tipuri de conductori:
- de gradul I: foarte rău conductori: părul și epiderma;
 - de gradul IV: foarte buni conductori: sânge, limfa, LCR;
 - de gradul II: buni conductori: mușchiul, țesutul celular subcutanat;
 - nici un răspuns nu este corect.
- 58.** Afirmăția corectă este:
- există 2 tipuri de curent electric: continuu (galvanic) și alternativ;
 - există 2 tipuri de conductori: metalici și gazoși.

- c) electroterapia reprezintă aplicarea nămolului asupra unei regiuni a corpului uman în scopul producerii de efecte terapeutice;
 - d) conductorii de gradul IV sunt: mușchiul, țesutul celular subcutanat.
- 59.** Afirmația corectă este:
- a) impulsul este un eveniment electric izolat, separat de următorul printr-o perioadă nedefinită de timp;
 - b) trenul de impulsuri (cicluri) reprezintă secvențe repetitive de impulsuri;
 - c) electrodul terapeutic este un slab conducător de electricitate care permite transferul electricității către țesuturi;
 - d) electroterapia este știința care se ocupă cu terapia apelor minerale.
- 60.** Afirmația corectă referitoare la electrozi este:
- a) au formă variabilă (dreptunghiular, oval, rotund, special-Scherbah);
 - b) au doar dimensiuni mici;
 - c) sunt confecționați din material textil care este cel mai bun conducător de electricitate;
 - d) au doar dimensiuni punctiforme.
- 61.** Aplicarea electrozilor se face:
- a) direct pe tegumentul intact (fără nici o leziune tegumentară);
 - b) la distanță față de dermatomul, miotomul ce corespunde nervului afectat;
 - c) orientarea poate fi monopolară, bipolară sau cvadripolară;
 - d) doar în poziție transversal.
- 62.** Efectele biologice ale curentului electric sunt:
- a) antalgic (scăderea edemului);
 - b) ionizant (penetrarea transcutană a unor substanțe chimice cu rol terapeutic)
 - c) vasoconstrictor;
 - d) edematos.
- 63.** Efectul fiziologic ale curentului galvanic este:
- a) acțiunea analgezică se produce la nivelul polului pozitiv;
 - b) acțiunea analgezică se produce la nivelul polului negativ;
 - c) acțiunea analgezică se produce la nivelul ambilor poli;
 - d) la polul negativ, membranele celulare se hiperpolarizează.
- 64.** Efectul curentului galvanic asupra sistemului nervos central este:
- a) galvanizarea ascendentă - polul pozitiv cranial și negativ caudal;
 - b) galvanizarea descendentă - polul pozitiv cranial și negativ caudal;
 - c) organele de simț nu reacționează la aplicarea curentului galvanic;
 - d) galvanizarea descendentă - apare creșterea excitabilității.
- 65.** Modalitatea de aplicare a curentului galvanic este următoarea:
- a) intensitatea se reglează la ”împătură”;
 - b) așezarea electrozilor se face doar longitudinal;

- c) se utilizează stratul hidrofil între electrod și tegument;
 - d) electrodul se aplică pe zona păroasă a capului.
- 66.** Băile galvanice se caracterizează prin:
- a) temperatura apei va fi mai mare de 39°C;
 - b) direcția curentului va fi numai ascendentă;
 - c) durata ședințelor va fi de 10-30 minut;
 - d) ritmul ședințelor la 3 zile.
- 67.** Clasificarea curentului electric după frecvență este următoarea:
- a) curentul galvanic, constant sau continuu, cu frecvență „0”;
 - b) curentul variabil de joasă frecvență (100-1000Hz);
 - c) curentul variabil de joasă frecvență (1000-10000Hz);
 - d) curentul galvanic, inconstant sau incontinuu, cu frecvența „0”.
- 68.** Clasificarea curentului electric după frecvență este următoarea:
- a) curent variabil de joasă frecvență (100-1000Hz);
 - b) curent variabil de medie frecvență (1-1000Hz);
 - c) curent variabil de înaltă frecvență (peste 10000Hz);
 - d) curent galvanic de frecvența 100 V.
- 69.** Avantajele aplicării iontoforezei sunt următoarele:
- a) nu este posibilă o acțiune locală reflexă la nivelul dermatomioamelor;
 - b) cantitatea de substanță care pătrunde este necontrolabilă;
 - c) cantitatea de substanță care pătrunde nu poate fi dozată;
 - d) se cumulează cu efectul analgezic al curentului galvanic.
- 70.** Galvanoterapia este contraindicată în:
- a) artrite;
 - b) distonii neurovegetative;
 - c) nevralgii și nevrite diferite;
 - d) supurații.
- 71.** Electrostimularea selectivă a mușchiului denervat se face cu:
- a) curenți exponențiali de înaltă frecvență;
 - b) curenți de medie frecvență;
 - c) impuls cu durata de 500 ms cu panta de creștere de 1000 m;
 - d) impuls cu durata de 200 ms urmat de pauză de 600 ms.
- 72.** Musculatura total denervată răspunde:
- a) selectiv la stimularea prin impulsuri exponențiale de lungă durată;
 - b) neselectiv la stimularea prin impulsuri exponențiale de scurtă durată;
 - c) la impulsuri de scurtă durată;
 - d) selectiv la stimularea prin impulsuri exponențiale de scurtă durată.

- 73.** Curenții diadinamici au efecte:
- contractării musculare în mușchii denervați;
 - antipiretice;
 - hiperemiante;
 - nu au efecte dinamogene.
- 74.** Curenții Träbert:
- nu sunt indicați în lombalgii;
 - nu au efect analgetic și hiperemiant;
 - electrodul pozitiv se plasează pe locul dureros;
 - durata de 2 ms urmați de o pauză de 5 ms.
- 75.** Reobaza reprezintă:
- permeabilitatea celulară;
 - intensitatea “prag”;
 - potențialul de acțiune al celulei;
 - pozitivitatea crescută din interiorul membrane.
- 76.** Repolarizarea este:
- procesul de revenire la potențialul de membrană;
 - activarea mecanismului de transport al sodiului;
 - scăderea fluxului de ieșire a K⁺ din celulă;
 - creșterea fluxului de intrare a K⁺ în celulă.
- 77.** Măsurarea excitabilității unui nerv/mușchi se face prin:
- aplicarea unui stimul dreptunghiular;
 - aplicarea unui stimul subliminal;
 - aplicarea impulsurilor de curent “în treaptă”;
 - aplicarea unui stimul triunghiular.
- 78.** TENS:
- este un curent cu impulsuri dreptunghiulare de înaltă frecvență;
 - polul pozitiv este activ;
 - plasarea electrozilor se face pe zona nedureroasă;
 - aplicația poate dura mai multe ore.
- 79.** Efectul fiziologic ale curenților interferențiali este:
- excitomotor pe mușchi atrofiați;
 - contracturant;
 - vasoconstrictor;
 - analgetic.
- 80.** Aplicarea electroterapiei prin curenți interferențiali este contraindicată în:
- afecțiuni febrile de diferite etiologii;
 - toate răspunsurile sunt corecte;

- c) neoplazii;
 - d) cașexie.
- 81.** Tehnica de aplicare a curenților interferențiali este:
- a) tehnica interfero-triplex;
 - b) tehnica statică;
 - c) tehnica mixtă;
 - d) nici una din cele de mai sus.
- 82.** Procedeele curenților interferențiali:
- a) se bazează pe încrucișarea a doi curenți de medie frecvență, cu frecvențe diferite;
 - b) se bazează pe încrucișarea a patru curenți de medie frecvență, cu frecvențe diferite;
 - c) prin interferență va rezulta tot un curent de medie frecvență, dar cu amplitudine invariabilă;
 - d) la locul interferenței direcția și intensitatea curentului se modifică repetitive.
- 83.** Acțiunile fiziologice ale undelor scurte sunt:
- a) efecte calorice de profunzime fără a produce leziuni cutanate;
 - b) analgetic;
 - c) miorelaxant-antispastic;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte.
- 84.** Aplicarea undelor scurte se realizează prin:
- a) metoda interfero- triplex;
 - b) metoda în câmp condensator;
 - c) metoda cu frecvențe modulate;
 - d) metoda în cuplaj indirect.
- 85.** În terapia cu unde scurte, electrozii pot fi poziționați:
- a) în același plan;
 - b) transversal;
 - c) oblic;
 - d) în oricare din pozițiile de mai sus.
- 86.** Afirmatia adevărată referitoare la dozarea intensității câmpului de unde scurte este următoarea:
- a) doza I atermică are efect revulsiv;
 - b) doza III se aplică în afecțiunile acute;
 - c) doza II este oligotermică cu acțiune antispastică;
 - d) doza I, II se recomandă în stadiile cornice.
- 87.** Afirmatia falsă este următoarea:
- a) la metoda în câmp condensator se poate aplica tratamentul pe regiuni acoperite de vestimentație;
 - b) undele scurte se pot aplica la pacienți cu pacemakere, sau obiecte metalice;

- c) nu se recomandă undele scurte la pacientele cu sarcină;
 - d) se evită zonele cu sensibilitate cutanată.
- 88.** Terapia cu înaltă frecvență pulsatilă are următoarele efecte:
- a) ameliorează osteoporoza;
 - b) nu accelerează vindecarea unor plăgi;
 - c) crește spasmele musculaturii netede;
 - d) nu previne și nu tratează cicatricile cheloide.
- 89.** Afirmatia adevărată referitoare la aplicația Diapulse este următoarea:
- a) nu se indică în afecțiunile pelvine inflamatorii cronice: anexite, parametrite, metroanexite;
 - b) se indică în herpes zoster;
 - c) vindecă fracturile într-un timp cu 10% mai scurt;
 - d) 4 – 8 aplicații în suferințele cornice.
- 90.** Avantajele utilizării terapiei de înaltă frecvență pulsatilă sunt următoarele:
- a) produce efecte calorice locale, hipertermie;
 - b) se poate utiliza la pacienții cu pace maker cardiac;
 - c) poate fi aplicat la orice vârstă, fără riscul de a provoca tulburări trofice;
 - d) nu poate fi tratată orice regiune a corpului.
- 91.** Afirmatia falsă referitoare la tehnica terapiei cu unde scurte este următoarea:
- a) electrozii se aplică direct pe piele;
 - b) electrozii se aplică la 2-3 cm față de regiunea de tratată;
 - c) poziția electrozilor are importanță;
 - d) electrozii au dimensiuni diferite, electrodul activ fiind de dimensiuni mai reduse.
- 92.** Efectele fizico-chimice ale ultrasunetului sunt:
- a) efectul mecanic;
 - b) efectul termic;
 - c) efectul de cavitație;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte;
- 93.** Acțiunea biologică a ultrasunetului determină:
- a) scăderea permeabilității membranelor celulare;
 - b) hiperemie tegumentară;
 - c) nu are efecte fibrolitice;
 - d) scăderea metabolismului celular.
- 94.** Efectele fiziologice ale ultrasunetului sunt:
- a) algice;
 - b) excito-motorii;
 - c) miorelaxante;
 - d) sedative.

- 95.** Modalitățile de aplicare a ultrasunetului sunt următoarele:
- aplicații segmentare indirecte, pe zone paravertebrale corespunzătoare rădăcinilor nervoase medulare;
 - aplicații reflexe pe dermatoamele corespunzătoare organelor interne;
 - aplicații reflexe la distanță pe ganglionii simpatico;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 96.** Metodele de aplicare ale ultrasunetului sunt:
- prin câmp inductor;
 - cuplaj direct, utilizând o substanță de contact;
 - prin strat hidrofili;
 - cuplaj indirect utilizând substanțe medicamentoase.
- 97.** Formele de ultrasunet utilizate în terapie sunt:
- în câmp inductor;
 - în regim continuu;
 - în câmp condensator;
 - prin stratul hidrofili.
- 98.** Afirmarea adevărată este următoarea:
- este indicată succesiunea terapeutică masaj-ultrasunet sau ultrasunet-masaj;
 - pacienților prezentând stări febrile li se recomandă tratament cu ultrasunet paravertebral toracic;
 - aplicațiile cu ultrasunet pot precede ședințele de kinetoterapie, datorită acțiunii analgetice și miorelaxante;
 - este indicată aplicarea concomitentă a roentgenterapiei cu ultrasonoterapia pe aceeași regiune.
- 99.** Intensitatea energiei ultrasonore, utilizată în practică, depinde de:
- regiunea de tratat;
 - toate răspunsurile sunt corecte;
 - profundimea locului de tratat;
 - forma de cuplaj.
- 100.** Ultrasonoterapia este indicată în:
- reumatism degenerative;
 - fracturi recente;
 - cicatrici cheloide;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 101.** Ultrasonoterapia nu este indicată în:
- stări inflamatorii;
 - neoplazii;
 - stare generală alterată;
 - toate răspunsurile sunt corecte.

102. Concentrația recomandată a substanțelor utilizate în ionoforeză este de:

- a) 1-3%;
- b) 3-5%;
- c) 8-10%;
- d) 15-20%.

103. În raport cu electrostimularea, masajul trebuie executat:

- a) concomitent cu stimularea;
- b) după stimulare;
- c) înainte de stimulare;
- d) indiferent de momentul stimulării.

104. Regiunea de tratat în cazul curenților interferențiali este:

- a) între anod și catod;
- b) în partea opusă aplicării electrozului;
- c) sub electrod;
- d) în zona de interferență a curenților.

105. La aplicarea undelor scurte ne interesează să obținem următoarele efecte, cu excepția:

- a) răcirea tegumentelor;
- b) activarea circulației;
- c) creșterea catabolismului;
- d) efect sedativ.

106. Dozele medii ale ultrasunetelor produc:

- a) peteșii;
- b) hipertermie tegumentară;
- c) flictene;
- d) eritem.

107. Curenții diadinamici au un efect:

- a) antiviral;
- b) analgezic;
- c) antiinfecțios;
- d) antitumoral.

108. Senzația percepută la aplicarea curentului Träbert este de:

- a) vibrație suportabilă;
- b) durere intensă;
- c) prurit;
- d) arsură.

- 109.** În cazul aplicării curentului diadinamic:
- electrodul negativ se plasează pe locul cel mai dureros;
 - se folosesc electrozi de tip ventuză;
 - electrodul pozitiv se plasează direct pe tegument;
 - ambii electrozi se aplică în vecinătatea locului dureros.
- 110.** În ionizările transcerebrale limita de intensitate a curentului aplicat este de:
- 2- 4 mA;
 - 5- 10 mA;
 - 0,6 – 2 mA;
 - 10-12 mA.
- 111.** Viteza de deplasare a emițătorului la ultrasunet trebuie să fie:
- mică;
 - moderată;
 - rapidă;
 - foarte mică.
- 112.** Procedura de electroterapie ce utilizează curent continuu este:
- diadinamic;
 - galvanizare;
 - unde scurte;
 - ultrasunet.
- 113.** Faradizările sunt indicate în:
- atrofii musculare prin inactivitate;
 - atrofii musculare cu hiperexcitabilitate marcată;
 - atrofii musculare cu degenerescență gravă;
 - pareze și paralizii recente după accidente cerebrale.
- 114.** Clorura de calciu (CaCl_2) se folosește ca sedativ al sistemului nervos în următoarele afecțiuni, cu excepția:
- nevroze;
 - spasmofilii;
 - migrene de natură vasculară;
 - tulburări hipofizare.
- 115.** La ionizările transcerebrale soluția de sulfat de magneziu (Mg_2SO_4) se aplică în următoarele afecțiuni, cu excepția:
- tulburări vasculare cerebrale;
 - status după accidente vasculare;
 - hipertensiunea arterială;
 - spasmofilii.

- 116.** Semnele de leziune pe nerv periferic sunt următoarele, cu excepția:
- inversare a răspunsului muscular la excitația electrică, respectiv contracție la polul pozitiv;
 - curba de intensitate-durăță (I/t) se deplasează spre stânga și în jos;
 - reobază crescută;
 - cronaxie crescută.
- 117.** Electrostimularea musculaturii spastice este contraindicată în:
- spasticitatea în pareze, paralizii de origine cerebrală;
 - pareze spastice din cadrul sclerozei în plăci;
 - scleroză difuză avansată;
 - hemipareze spastice după accidente vasculare cerebrale
- 118.** Stimularea contracției musculaturii netede se va face în:
- constipații cronice atone;
 - atonie vezicală postoperatorie;
 - contracții uterine primare la naștere;
 - constipații cronice spastic.
- 119.** Forme de curenți diadinamici cu efect excitant sunt următorii, cu excepția:
- monofazat fix;
 - perioadă scurtă;
 - perioadă lungă;
 - ritm sincopat.
- 120.** Aplicarea terapiei prin curenți interferențiali este indicată în următoarele afecțiuni, cu excepția:
- afecțiuni ale aparatului locomotor: entorse, luxații, contuzii;
 - afecțiuni ginecologice: anexite, metroanexite, dismenoree;
 - aplicații toracice precordiale la persoanele cu stimulator cardiac;
 - afecțiuni ale organelor interne: hepatite, pancreatite cronice.
- 121.** Intensitatea curentului electric utilizat nu depinde de:
- efectele terapeutice urmărite;
 - poziția pacientului în timpul tratamentului;
 - toleranța individual;
 - durata aplicațiilor.
- 122.** Creșterea și reducerea intensității curentului se face:
- rapid;
 - brusc;
 - lent;
 - toate variantele sunt posibile.

123. Pentru a facilita pătrunderea în tegument a ionilor din soluție, prepararea soluțiilor se face cu:

- a) apa distilată;
- b) apa de la robinet;
- c) alcool iodat;
- d) acid citric.

Anul II. Modulul 7. Fototerapia și terapia prin câmp magnetic

- 1.** Fototerapia mai este numită și:
 - a) terapie cu fotoni;
 - b) terapie cu laser;
 - c) terapie cu lumină;
 - d) terapie cu lumină polarizantă.

- 2.** Utilizarea în scop terapeutic a luminii solare se numește:
 - a) talasoterapia;
 - b) fototerapie;
 - c) helioterapie;
 - d) aerosoloterapie.

- 3.** Efectele terapiei cu UV are un efect predominant asupra metabolismului mineral prin formarea vitaminei:
 - a) D;
 - b) A;
 - c) K;
 - d) B.

- 4.** Numeroase experimente au cercetat și constatat o serie de efecte ale iradierilor cu UV asupra unor componente sanguine. Acestea sunt:
 - a) în condițiile în care hematiile sunt scăzute, după iradierea cu UV acestea cresc, apar forme tinere în sânge;
 - b) numărul leucocitelor crește în sângele venos și capilar sub acțiunea iradierilor cu UV, atingând nivelul maxim la 30 min. și revenind la normal după 5-6;
 - c) scăderea colesterolului cu medii de 11% după 6 săptămâni, 15% după 6 luni, 22% după un an de la injectarea eșantioanelor de sânge iradiate cu UV;
 - d) toate variantele sunt corecte.

- 5.** Nu este o acțiune a iradierii cu UV asupra circulației sanguine:
 - a) circulația tegumentară și profundă este activată;
 - b) fluxul sanguin superficial crește sub acțiunea directă a căldurii;
 - c) circulația profundă crește printr-o serie de reflexe neurovegetative la distanță;
 - d) închidere a capilarelor din mușchi.

- 6.** Afirmatia falsă referitoare la efectele clinice ale radiației ultraviolete este:
 - a) stimularea tegumentului;
 - b) pigmentarea tegumentului;
 - c) sensibilizant și algic;
 - d) dezinfectant.

7. Efectele clinice ale radiației UV sunt:
- a) exfoliere cutanată;
 - b) producere de vitamina D;
 - c) toate variantele sunt corecte;
 - d) ameliorează durerile articulare.
8. Efectele clinice ale radiației IR sunt:
- a) resorbția edemelor superficiale;
 - b) stimularea catabolismului;
 - c) miorelaxant și antialgic;
 - d) toate variantele sunt corecte.
9. Terapia cu raze ultraviolete nu este indicată în:
- a) TBC osos;
 - b) psoriazis;
 - c) rahitism;
 - d) artrite.
10. Terapia cu raze ultraviolete este indicată în dermatologie în:
- a) furuncule;
 - b) dermatite;
 - c) toate răspunsurile sunt corecte;
 - d) acnee.
11. Nu este indicată terapia cu raze ultraviolete în următoarele boli reumatice:
- a) artrite reumatoide;
 - b) neoplazii osoase;
 - c) nevralgii;
 - d) periartrite reumatoide.
12. Este contraindicată actinoterapia în:
- a) cardiopatii decompensate;
 - b) astm bronșic;
 - c) tendințe la hemoragii;
 - d) hipertiroidie.
13. Este contraindicată terapia cu raze infraroșii în:
- a) stări spastice ale viscerelor abdominale;
 - b) hemoragii recente;
 - c) obezitate;
 - d) diabet.
14. Indicații ale terapiei cu raze IR în boli reumatice:
- a) artroze;
 - b) periartrite;

- c) nevralgii;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte.
- 15.** Este contraindicată terapia cu radiație infraroșie în:
- a) obezitate;
 - b) metroanexite;
 - c) boli și stări febrile;
 - d) astm bronșic.
- 16.** Nu este contraindicată RIR în:
- a) intoxicație cu metale grele;
 - b) boli și stări febrile;
 - c) inflamații acute;
 - d) hemoragii recente.
- 17.** Bidoza sau doza biologică reprezintă:
- a) timpul minim necesar pentru apariția celui mai slab eritem ultraviolet, adică primul eritem perceptibil (care dispare după 24 ore) la o anumită persoană, cu o anumită sursă de ultraviolete, de la o distanță fixă (75 cm sau 50 cm);
 - b) timpul maxim necesar pentru apariția celui mai slab eritem ultraviolet, adică primul eritem perceptibil (care dispare după 24 ore) la o anumită persoană, cu o anumită sursă de ultraviolete, de la o distanță fixă (75 cm sau 50 cm);
 - c) timpul minim necesar pentru apariția celui mai puternic eritem ultraviolet, adică ultimul eritem perceptibil (care dispare după 24 ore) la o anumită persoană, cu o anumită sursă de ultraviolete, de la o distanță fixă (75 cm sau 50 cm);
 - d) timpul minim necesar pentru apariția celui mai slab eritem ultraviolet, adică primul eritem perceptibil (care dispare după 48 ore) la o anumită persoană, cu o anumită sursă de ultraviolete, de la o distanță fixă de 150 cm.
- 18.** Afirmația falsă referitoare la principii și condiții care trebuie respectate la efectuarea biodozimetriei este:
- a) biodozimetria trebuie să fie efectuată folosind lămpi diferite cu care se va aplica tratamentul;
 - b) pentru ca lampa să emită întreg spectrul de UV, se lasă să funcționeze 5 minute de la momentul aprinderii sale;
 - c) celelalte regiuni cutanate vecine se acoperă pentru protejare;
 - d) rezultatul biodozimetriei se cercetează de obicei după 24 ore.
- 19.** La citirea rezultatului biodozimetriei, eritemul apărut se clasifică în funcție de intensitate astfel:
- a) 2 grade;
 - b) 8 grade;
 - c) 4 grade;
 - d) 5 grade.

- 20.** La eritemul clasic de gradul 3 obținut în urma biodozimetriei tegumentul prezintă:
- culoare roșie de intensitate slabă;
 - o reacție puțin pală, urmată de descuamare;
 - roșu cu tentă netă urmată de pigmentație;
 - roșu aprins cu aspect de arsură.
- 21.** Dozele “medii” (eritemul de gr. II) se aplică de două ori pe săptămână și sunt indicate în următoarele afecțiuni:
- rahitism;
 - tetanie;
 - dereglări endocrine;
 - tulburări cronice cutanate.
- 22.** Dozele „slabe” (suberitematoase și eritemul de gradul I) se aplică zilnic sau la două zile și sunt indicate în următoarele afecțiuni:
- rahitism;
 - instabilitate a termoreglării;
 - tetanie și spasmofilie;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 23.** Terapia cu laser este indicată în:
- tulburări din spectru oftalmologic;
 - în sarcină;
 - nevralgii;
 - neoplazii.
- 24.** Terapia cu laser este contraindicată în:
- dureri articulare reumatice;
 - migrene;
 - epilepsie;
 - tendinite.
- 25.** Magnetodiafluxul este o procedură care folosește câmpuri electromagnetice generate de:
- curenți de joasă frecvență (50 sau 100 Hz);
 - curenți de medie frecvență;
 - curenți de înaltă frecvență;
 - curenți de înaltă frecvență pulsatilă.

Anul II. Modulul 8: Elemente de reumatologie utilizate în recuperarea medicală

1. Obiectivul principal în îngrijirea pacientului cu artroză îl constituie:
 - a) păstrarea mobilității articulare;
 - b) menținerea greutății corporale;
 - c) reintegrarea socială a pacientului;
 - d) păstrarea unei igiene riguroase.

2. Cefaleea, amețelile, pot fi manifestări de dependență ale pacientului cu:
 - a) spondiloză lombară;
 - b) spondiloză dorsală;
 - c) spondiloză cervicală;
 - d) coxartroză.

3. Obiectivele îngrijirilor pacientului cu poliartrită reumatoidă sunt următoarele, cu excepția:
 - a) diminuarea durerilor articulare;
 - b) menținerea temperaturii corporale în limitele 36-37°C;
 - c) păstrarea mobilității;
 - d) ajutarea în satisfacerea nevoilor.

4. În educația pentru sănătate privind prevenirea reumatismului articular acut și complicațiilor sale se va avea în vedere:
 - a) tratarea corectă a anginelor streptococice; asanarea focarelor de infecție - amigdalieni, dentare;
 - b) evitarea ortostatismului prelungit;
 - c) evitarea temperaturilor mari;
 - d) evitarea unei alimentații bogate în proteine.

5. Examenul endoscopic articular poartă numele de:
 - a) endoscopie;
 - b) artroscopie;
 - c) sinovialoscopie,
 - d) arteroscopie.

6. Pentru cercetarea factorului reumatoid se recoltează:
 - a) sânge venos;
 - b) urină;
 - c) lichid sinovial;
 - d) lichid interstițiar.

7. Alimentația pacientului cu reumatism articular acut prezintă următoarele caracteristici:

- a) este lacto-făinoasă;
- b) este hiperproteică;
- c) este hidrozaharată pe perioada febrilă a bolii;
- d) se evită produsele lactate.

8. Durerile în reumatismul articular acut au următoarele caracteristici:

- a) sunt insuportabile;
- b) au caracter migrator afectând articulațiile mari;
- c) se instalează numai la mobilizare și afectează articulațiile mici de la mâini și picioare;
- d) apar doar la pacienții în vârstă de peste 60 de ani.

9. În timpul administrării cortizonului, în bolile reumatismale asistentul BFK va supraveghea în mod deosebit:

- a) alimentația și greutatea pacientului;
- b) respirația;
- c) scaunul, vărsăturile;
- d) INR-ul.

10. Pentru asigurarea repausului pacientului cu spondilită anchilozantă, asistentul pregătește:

- a) pat tare, neted;
- b) trei perne mari și o pernă cilindrică;
- c) ceai la îndemână;
- d) saltea antiescară.

11. Problemele pacientului cu spondilită anchilozantă, în fazele terminale sunt următoarele, cu excepția:

- a) alterarea mobilității;
- b) instalarea stării comatoase;
- c) reducerea autonomiei;
- d) durerea.

12. Pentru injecția intraarticulară cu medicație antiinflamatoare efectuată unui pacient cu artroza umărului, asistentul pregătește materialele următoare, cu excepția:

- a) seringă, ace, soluție medicamentoasă, soluții dezinfectante;
- b) eprubete sterile, pahar conic gradat;
- c) alcool sanitar;
- d) vată.

13. Simptomele clinice în perioada de stare a RAA sunt următoarele, cu excepția:

- a) poliartrita;
- b) cardita;

- c) afebrilitate;
 - d) noduli subcutanați.
- 14.** În RAA artrita afectează:
- a) articulațiile mici ale membrelor;
 - b) articulațiile mari ale membrelor;
 - c) toate articulațiile;
 - d) fals articulațiile.
- 15.** Coreea se caracterizează prin mișcări involuntare localizate în următoarele zone, cu excepția:
- a) fața;
 - b) limba;
 - c) abdomen;
 - d) extremități.
- 16.** Etiologia RAA este dată de:
- a) streptococ beta hemolitic grup A;
 - b) stafilococ aureus;
 - c) virusul sincițial respirator;
 - d) afectare imunologică.
- 17.** Artrita responsabilă de durere în poliartrita reumatoidă este:
- a) bilaterală și simetrică;
 - b) bilaterală și asimetrică;
 - c) unilaterală și simetrică;
 - d) unilaterală și asimetrică.
- 18.** Medicația AINS include următoarele medicamente, cu excepția:
- a) aspirina;
 - b) scobutil;
 - c) diclofenac;
 - d) ibuprofen.
- 19.** În spondilita anchilozantă, procesul inflamator debutează la nivelul articulațiilor:
- a) sacroiliace;
 - b) membrelor superioare;
 - c) mâinii;
 - d) membrelor inferioare.
- 20.** Artroza este localizată mai frecvent la următoarele nivele, cu excepția:
- a) coloana vertebrală;
 - b) genunchi;
 - c) șold;
 - d) cot.

21. În reumatismul degenerativ, la examenul fizic, se observă următoarele, cu excepția:
- a) deformarea articulației;
 - b) păstrarea mobilității articulare;
 - c) poziții vicioase;
 - d) cracmente.
22. Spondilita anchilozantă apare la:
- a) adulții tineri;
 - b) copii;
 - c) bătrâni;
 - d) oricine.
23. Cea mai comună manifestare a artritei reumatoide stabilite, este reprezentată de:
- a) miocardita;
 - b) vasculita;
 - c) redoarea matinală;
 - d) afectarea coloanei vertebrale.
24. Manifestările oculare cel mai frecvent întâlnite în artrita reumatoidă sunt reprezentate de:
- a) irită și uveita;
 - b) sclerită;
 - c) cataractă;
 - d) Scleromalacia perforans.
25. În tratamentul artritei reumatoide sunt utilizate următoarele preparate, cu excepția:
- a) antiinflamatoriilor steroidieni;
 - b) antiinflamatoriilor nesteroidieni;
 - c) imunosupresivelor;
 - d) antibioticelor.
26. Afectarea viscerală mai des întâlnită în artrita reumatoidă este:
- a) pericardita;
 - b) gastrita;
 - c) ulcerul gastric;
 - d) colecistita.
27. O manifestare precoce a spondilitei anchilozante se consideră:
- a) durerea lombosacrală;
 - b) durerea cervicală;
 - c) bolnavul are aspectul unei "marionete de lemn";
 - d) cifoza dorsală superioară.

- 28.** Cea mai frecventă manifestare extraarticulară la pacienții cu spondilită anchilozantă este:
- a) afectarea renală;
 - b) afectarea oculară;
 - c) afectarea cardiacă;
 - d) afectarea vasculară.
- 29.** Sacroileita bilaterală de diverse grade, confirmată radiologic, este criteriul esențial pentru:
- a) spondilită anchilozantă;
 - b) lupus eritematos sistemic;
 - c) artrită reumatoidă;
 - d) reumatism articular acut.
- 30.** Tratamentul cu corticosteroizi este contraindicat în:
- a) reumatismul articular acut;
 - b) astmul bronșic;
 - c) nefrita lupică;
 - d) ulcerul gastric în acutizare.
- 31.** Profilaxia reumatismului articular acut se face cu:
- a) benzatin benzilpenicilina G;
 - b) lincomicina;
 - c) trimetoprim;
 - d) norfloxacin (Nolicin).
- 32.** Tratamentul cu acidul acetilsalicilic este contraindicat în:
- a) ulcerația gastro-intestinală în faza acută;
 - b) angina pectorală;
 - c) artrita reumatoidă;
 - d) tromboflebită acută.
- 33.** Indicii de laborator care certifică etiologia streptococică în reumatismul articular acut sunt:
- a) albuminele serice;
 - b) titrul antistreptolizinei-O;
 - c) fibrinogenul;
 - d) gama-globulinele.
- 34.** Manifestările clinice ale reumatismului articular acut sunt:
- a) poliartrita;
 - b) cardita;
 - c) coree;
 - d) toate enumerate mai sus.

- 35.** Caractere ale artritei care sunt specifice pentru reumatismul articular:
- a) afectare simetrică;
 - b) caracter migrator;
 - c) caracter deformant;
 - d) caracter eroziv (radiologic).
- 36.** Următorii factori de risc sunt incriminați în etiologia artritei reumatoide, cu excepția:
- a) sexul feminin;
 - b) gena HLA-DR4 a complexului major de histocompatibilitate clasa a II-a;
 - c) hiperglicemia;
 - d) factori de mediu, cum ar fi clima și urbanizarea.
- 37.** Deformările caracteristice ale mâinii care apar în timpul evoluției artritei reumatoide sunt:
- a) deformare în “butonieră”;
 - b) deformare în forma de “M”;
 - c) deviație ulnară a degetelor;
 - d) toate de mai sus.
- 38.** Criteriile de diagnostic ale artritei reumatoide elaborate de către Colegiul American de Reumatologie (1987) sunt următoarele, cu excepția:
- a) existența anemiei hemolitice autoimune;
 - b) artrita simetrică: interesarea simultană a acelorași articulații bilaterală cu durată de cel puțin 6 săptămâni;
 - c) prezența nodulilor reumatoizi;
 - d) prezența factorului reumatoid.
- 39.** Cele mai frecvente localizări ale nodulilor reumatoizi sunt următoarele, cu excepția:
- a) cot;
 - b) pleură;
 - c) pericard;
 - d) urechi.
- 40.** Lombalgia din spondilita anchilozantă nu se caracterizează prin:
- a) debut sub 40 de ani;
 - b) durată mai mare de 3 luni;
 - c) redoare matinală;
 - d) ameliorare nocturnă.
- 41.** Printre criteriile diagnostice pentru spondilita anchilozantă se numără:
- a) limitarea mișcărilor coloanei lombare în plan sagital și frontal;
 - b) osteoporoza;
 - c) limitarea expansiunii cutiei toracice;
 - d) toate de mai sus.

42. Durerea inflamatorie de coloană în spondilita anchilozantă, se caracterizează prin:
- debut brusc;
 - este persistentă, se exacerbează în cursul nopții;
 - localizare în regiunea lombară superioară;
 - se accentuează la mișcare.
43. Din categoria bolilor reumatice inflamatorii cu evoluție cronică nu fac parte:
- poliartrita reumatoidă;
 - spondilita anchilozantă;
 - coxartroza;
 - artrita infecțioasă.
44. Dintre bolile reumatice degenerative fac parte următoarele, cu excepția:
- gonartroza;
 - spondilodiscartroza;
 - tendinita;
 - coxartroza.
45. Bolile reumatice ale țesuturilor moi sunt:
- periartrita scapulo humerală;
 - nevrita de încălcare;
 - sindrom de hiperlaxitate ligamentară;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
46. Simptome frecvente ale bolnavului în durerile reumatice:
- durerea, redoare matinală, tumefacție, scăderea forței musculare, imposibilitate funcțională;
 - vertij, fosfene, acufene;
 - voma, diaree, crampe;
 - nici un răspuns corect.
47. Examinarea clinică a tegumentelor la bolnavii cu boli reumatice poate arăta:
- leziuni psoriazice pe coate, glezne, mâini;
 - noduli subcutanați;
 - edem;
 - toate afirmațiile sunt adevărate.
48. Examinarea articulațiilor, cu excepția:
- tumefierea - vizual și palpatoriu (noduli, tofi, ganglioni);
 - deformare osteoarticulară (subluxații, distrucții ligamentare, contracturi musculare)
 - stabilitate articulară;
 - limitarea mișcărilor din cauze intraarticulare (distrugere de cartilaj articular, osteofite, sinovite exudative).

49. Flexia dorsală se apreciază prin:
- indicele Tomayer (N=0);
 - indicele Schober dorsal;
 - se măsoară cu centimetrul de croitorie;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
50. Examinarea pentru evidențierea afectării discovertebrale se face prin:
- Indicele Schober;
 - Semnul Menell;
 - Semnul Neri, Semnul Lasegue;
 - Metoda Knapp.
51. La articulația umărului în inspecție se pot remarca următoarele, cu excepția:
- hipotrofii, atrofii musculare prin imobilizare sau paralizie de plex brahial;
 - edem, inflamație a formațiunilor periarticulare;
 - umăr coborât, cu capul înclinat de partea bolnavă, brațul în unghi de 90° și susținut de membrul sănătos în luxație de umăr;
 - tumefacție și echimoze (posttraumatic);
52. La inspecție putem întâlni o atitudine vicioasă a șoldului cum ar fi:
- șold în flexum (apărut compensator în caz de hiperlordoză lombară), flexum mai mare de 90° și cu dureri marcate la nivelul triunghiului Scarpa constituie semnul Motte, semn de psoidă;
 - șold fixat în pat, în decubit dorsal, în adducție, rotație externă, flexum, este un semn de coxoză și apare la 90% din adulții de peste 50 de ani;
 - toate afirmații sunt adevărate;
 - discrepanțe între aspectul feselor (inflamații, tumori, abcese), modificări ale proeminențelor osoase (în special la nivelul trohanterului mare) sau hipotrofii musculare ce impun efectuarea unui bilanț muscular.
53. Inspecția genunchilor se face în decubit dorsal cu genunchii apropiați, printre pozițiile vicioase ce pot fi întâlnite sunt următoarele, cu excepția:
- flexumul de genunchi în: sechele poliomielitice, paralizii spastice, posttraumatic;
 - genunchi recurvatum: posttraumatic, sechele poliomielitice, hiperlaxitate capsulo-ligamentară congenitală;
 - genunchi equin (anomalie congenitală);
 - genunchi în var sau valg, prin modificarea orientării gambei față de coapsă, determinând fie o angulație laterală (genu varum), fie o angulație medială (genu valgum).
54. Testarea mobilității piciorului și gleznei se referă la următoarele mișcări, cu excepția:
- mișcările de flexie plantară și flexie dorsală,
 - eversie (ridicarea marginii laterale),

- c) inversie (ridicarea marginii mediale),
 - d) imobilitatea globală și individuală a degetelor.
- 55.** Explorările paraclinice în bolile reumatice sunt următoarele:
- a) toate răspunsurile sunt corecte;
 - b) artroscopia și biopsia sinovială;
 - c) rezonanța magnetică nucleară;
 - d) explorarea radio - izotopică (scintigrafia osteoarticulară);
- 56.** Calcificările evidențiate la examenul radiografic în bolile reumatice sunt următoarele, cu excepția:
- a) subcutanate, punctiforme sau în plaje în: sclerodermie, dermatomiozită, tofi gutoși;
 - b) noduli subcutanați reumatoizi;
 - c) ale capsulei articulare (depuneri de pirofosfat de calciu);
 - d) periarticulare.
- 57.** Obiectivele tratamentului fizical-kinetic în bolile reumatice sunt următoarele, cu excepția:
- a) combaterea sau reducerea durerii;
 - b) prevenirea, combaterea sau reducerea inflamației;
 - c) scăderea mobilității și stabilității articulare;
 - d) menținerea sau ameliorarea forței și rezistenței musculare;
- 58.** Termoterapia, sub forma aplicațiilor de căldură, are următoarele efecte în bolile reumatismale:
- a) antialgic-sedativ;
 - b) decontracturant-antispastic;
 - c) de activare circulatorie și ameliorare a metabolismului local;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte.
- 59.** Crioterapia este indicată ca terapie în afecțiunile reumatice în următoarele situații, cu excepția:
- a) etapele acute ale bolilor inflamatorii;
 - b) pe regiunea retroauriculară (din cauza traiectului superficial al nervului vag, cu reacții imprevizibile);
 - c) stadiile activate ale bolilor artrozice;
 - d) afecțiuni inflamatorii posttraumatice în care nu este suspectată asocierea hemoragiei.
- 60.** Metodele speciale de masaj aplicate în terapia bolilor reumatice sunt următoarele:
- a) masajul transversal profund (tehnica Cyriax);
 - b) metoda Knap;
 - c) metoda Vogler;
 - d) toate afirmațiile sunt corecte.

- 61.** În bolile reumatismale, galvanoterapia este indicată în :
- mialgii și neuromialgii cu diferite localizări;
 - supurațiile;
 - unele manifestări alergice (însoțite de urticarie);
 - neoplasmale cutanate.
- 62.** Metodele analgetice „convenționale” din domeniul frecvențelor joase folosite în bolile reumatice sunt următoarele:
- curenții diadinamici;
 - toate răspunsurile sunt corecte;
 - curenții Träbert, curenții stohastici;
 - stimularea nervoasă electrică transcutană (TENS), electropunctura.
- 63.** În cazul afecțiunilor reumatice degenerative cu diferite localizări, sunt indicați următorii factori naturali, cu excepția:
- apele minerale;
 - nămolurile;
 - climatul;
 - apele meteorice.
- 64.** Ca principii de tratament kinetic în bolile reumatice avem:
- precocitate,
 - progresivitate,
 - individualizare, complexitate;
 - toate afirmațiile sunt corecte.
- 65.** Mijloacele kinetice utilizate în tratamentul bolilor reumatismale se referă la următoarele, cu excepția:
- posturări, imobilizări,
 - mobilizări pasive, pasivo-active, autopasive,
 - mobilizări activo-pasive, active libere și active cu rezistență.
 - electrostimulare musculară.
- 66.** Osteoporoza este:
- boală sistemică a scheletului, caracterizată prin scăderea masei osoase și deteriorarea microstructurii țesutului osos, cu reducerea rezistenței osoase (fragilitate), crescând consecutiv riscul fracturilor produse la traumatisme minime sau chiar spontan.
 - toate afirmațiile sunt adevărate;
 - osteoporoza poate fi difuză sau localizată, dar din punct de vedere al suferinței reumatice ne interesează exclusiv osteoporoza difuză.
 - este cea mai comună boală osoasă la populația vârstnică și cea mai frecventă cauză de fracturi ce interesează: șoldul, vertebrele și antebratul.

67. Principalele segmente care pot suferi fracturi la bolnavul cu osteoporoză sunt următoarele, cu excepția:

- a) colul femural;
- b) extremitatea distală și proximală a radiusului;
- c) cutia craniană;
- d) vertebrele și coastele.

68. Tratamentul fizical-kinetic recomandat în tratarea osteoporozei este următorul, cu excepția:

- a) hidro-termoterapie;
- b) masoterapie;
- c) kinetoterapie;
- d) ultrasunetele.

69. Obiectivele programului kinetic în profilaxia osteoporozei sunt următoarele, cu excepția:

- a) ameliorarea durerii;
- b) reducerea contracturii musculaturii;
- c) scăderea forței musculare.
- d) păstrarea mobilității cu control postural;

70. Factorii favorizanți în apariția gutei sunt următorii, cu excepția:

- a) predispunere ereditară, factori alimentari, defecte genetice,
- b) hiperproducție de acid uric, hipoexcreție de urați, unele medicamente - aminofilina, cofeina, salicilații, pirazinamida, vitaminele B12 și C,
- c) citostaticele, diureticele, radioterapie.
- d) alimentație săracă în proteine (legume, fructe).

71. Semnele clinice ale artritei gutoase acută sunt următoarele, cu excepția:

- a) atacul inițial este monoarticular, în 90% de cazuri se afectează articulația metatarso-falangiană a halucelui, apoi urmează afectarea uneia din articulații talocrurală, calcaneană, genunchiul, mâna, falangele mâinii, cotul;
- b) atacul începe brusc, frecvent noaptea, poate fi prezentă febra, durerea este de intensitate mare;
- c) articulațiile afectate sunt reci, tumefiate nedureroase, pielea lucioasă, violacee;
- d) atacuri minime, care pot dura câteva ore și atacuri serioase cu durată de câteva săptămâni, pot fi induse de traume, alcoolizare, medicamente, stres subit, stări acute.

72. Tratament ambulator al pacienților bolnavi de gută necesită următoarele:

- a) diminuarea disconfortului și dureri cauzate de atacul de gută prin aplicarea locală a unei comprese calde, dacă acest lucru nu ajută se poate încerca aplicare locală a unei pungi cu gheață;
- b) repaus al articulației până la terminarea atacului (peste 24 de ore după dispariția durerii) prin ridicare segmentului afectat;
- c) administrarea de antiinflamatorii nonsteroidiene (AINS), cu evitarea

- aspirinei care poate înrăutăți simptomatologia;
- d) toate afirmațiile sunt corecte.
- 73.** Reumatismul articular acut denumit și reumatism Bouillaud nu este:
- boală inflamatoare acută;
 - determinată de infecția faringo - amigdaliană cu streptococ beta hemolitic grupa A;
 - boală reumatismală degenerativă;
 - boală care poate afecta inima, articulațiile, sistemul nervos central, pielea, țesutul subcutanat și se poate manifesta prin apariția izolată sau în asociere a unei poliartrite migratorii cu cardită și sau coree.
- 74.** La nivel anatomo - patologic RAA se caracterizează prin:
- leziuni inflamatoare exsudative și proliferative prezente, în special, la nivelul inimii, articulațiilor și vaselor sanguine.
 - leziuni inflamatoare exsudative întâlnite, mai ales, la începutul bolii care constau în tumefacția și fragmentarea fibrelor de collagen, edem mucoid al substanței fundamentale a țesutului conjunctiv, infiltrație celulară și degenerare fibrinoidă;
 - leziuni exsudative dominante la nivelul articulațiilor, seroaselor, vaselor sanguine și valvelor cardiace.
 - toate afirmațiile sunt adevărate.
- 75.** Manifestările majore ale RAA sunt următoarele, cu excepția:
- cardită;
 - astenie intestinală;
 - poliartrită, noduli subcutanați;
 - coree, eritem marginat.
- 76.** Poliartrita reumatoidă:
- este o boală cronică caracterizată prin inflamații nespecifice, de obicei simetrice ale articulațiilor periferice,
 - toate afirmațiile sunt adevărate;
 - are ca potențial distrucția progresivă a structurilor articulare și periarticulare cu sau fără manifestări generale;
 - poate apare la orice vârstă, mai ales între 20 și 60 de ani, cu vârfuri la 35 și 45 de ani, are predominanță feminină.
- 77.** În sindromul articular al bolnavilor cu poliartrita reumatoidă, durerea nu se manifestă astfel:
- continuu, exacerbată matinal;
 - prin mobilizarea metacarpofalangienelor, interfalangienelor proximale II și III, pumni, coate;
 - pe tendoane, ligamente calcificate;
 - sunt prinse articulațiile temporomandibularele și rahisul cervical.

- 78.** Tumefacțiile în poliartrita reumatoidă:
- apar prin proliferare sinovială, îngroșare capsulară și edem al părților moi.
 - degetele iau aspect fuziform, pumnul devine caracteristic în ”spate de cămilă“;
 - articulațiile mari sunt globuloase;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 79.** Deformările și anchilozele în P.R. au următoarele caracteristici, cu excepția:
- se apreciază ca 2/3 din bolnavi prezintă după cinci ani de evoluție a bolii deviație cubitală a degetelor prin slăbirea mijloacelor de contenție articulară;
 - nu sunt prezenți noduli subcutanați osoși;
 - deformările apar prin extinderea procesului inflamator la nivelul cartilajului și osului;
 - dacă se adaugă și contractura grupelor musculare flexoare, se creează toate condițiile pentru instalarea anchilozei.
- 80.** Deformările articulare întâlnite în poliartrita reumatoidă sunt:
- mână ”în spate de cămilă“,
 - degetele în ”M“, în ”Z“, în ”butoniera“,
 - hallux valgus, piciorul plat valg, flexum de cot;
 - toate afirmațiile sunt corecte.
- 81.** În poliartrita reumatoidă nu există manifestări extraarticulare pe:
- sistemul circulator, respirator, renal;
 - sistemul nervos periferic, olfactiv;
 - mușchi;
 - tegument: noduli subcutanați pe proeminențele osoase.
- 82.** Formele clinice ale poliartritei reumatoide sunt:
- malignă, seronegativă;
 - toate răspunsurile sunt corecte;
 - Sindromul Felty;
 - juvenilă, vârstnicului.
- 83.** Obiectivele tratamentului în poliartrita reumatoidă sunt următoarele, cu excepția:
- combaterea durerii și a inflamației, prevenirea/corectarea deformațiilor și anchilozelor;
 - menținerea/creșterea mobilității articulare, menținerea/creșterea forței și rezistenței musculare;
 - readaptarea la gestica uzuală profesională și casnică, reinsertie socială;
 - prevenirea hipertrofiei musculare.
- 84.** În stadiul cronic sau de sechele de poliartrită reumatoidă, tratamentul fizical kinetic constă în:

- a) posturări fiziologice, kinetoterapie cu exerciții active și pasive;
 - b) orteze la nevoie, măsuri ambientale: redimensionarea obiectelor casnice;
 - c) toate afirmațiile sunt corecte;
 - d) terapie ocupațională.
- 85.** Obiectivele kinetoterapiei în recuperarea mâinii reumatoide urmăresc prevenirea și corijarea deformațiilor deja existente ținând seama de următoarele situații, cu excepția:
- a) afectarea precoce a articulațiilor metacarpofalangiene de către sinoviala proliferantă;
 - b) simetria ligamentelor: cel radial mai oblic, cel cubital mai vertical;
 - c) raportul de forță flexori-extensori în favoarea flexorilor;
 - d) solicitarea mai mare a mâinii în flexie în majoritatea gesturilor uzuale.
- 86.** Obiectivele recuperării ortostatismului și a mersului în poliartrita reumatoidă prin kinetoterapie sunt următoarele:
- a) reducerea flexumului de genunchi;
 - b) asigurarea stabilității genunchiului prin tonifiere musculară;
 - c) întreținerea mobilității articulare;
 - d) toate afirmațiile sunt corecte.
- 87.** Nu este o formă clinică frecventă a reumatismului abarticular:
- a) periartrita scapulohumerală (PSH), periartrita coxofemurală;
 - b) reumatismul articular acut;
 - c) epicondilita;
 - d) miozeloza, tenosinovitele mâinii și piciorului.
- 88.** Mijloacele de tratament care influențează simptomatologia algică și suprimă factorii iritativi prin proceduri de electroterapie sunt următoarele, cu excepția:
- a) curent galvanic;
 - b) curenți de medie frecvență;
 - c) ultrasunet;
 - d) vibroterapie.
- 89.** Cura balneară se poate face în toate afecțiunile abarticulare, cu excepția celor acute. Stațiunile recomandate sunt următoarele, cu excepția:
- a) Amara;
 - b) Felix;
 - c) Turda;
 - d) Herculane.

- 90.** Din punct de vedere anatomo-clinic periartrita scapulo-humerală are următoarele forme, cu excepția:
- umăr nedureros simplu;
 - umăr acut hiperalgic;
 - umăr mixt;
 - umăr blocat, pseudoparalitic.
- 91.** Obiectivele tratamentului fizical - kinetic în PSH sunt următoarele, cu excepția:
- combaterea durerii și a redorii articulare;
 - blocarea articulației scapulo-humerale;
 - recuperarea mobilității controlate și a forței musculare;
 - recăștigarea funcționalității globale a membrului superior în totalitate.
- 92.** Tratamentul fizical în umărul dureros simplu constă în următoarele, cu excepția:
- repaus articular;
 - aplicații fierbinți locale;
 - medicație antialgică și antiinflamatorie nesteroidiană;
 - electroterapie cu curenți de joasă frecvență (CDD), curent galvanic și medie frecvență.
- 93.** La umărul blocat tratamentul se adresează în primul rând refacerii mobilității articulare și combaterii retracțiilor musculare, constând în:
- termoterapie locală, Solux, kinetoterapie la sală;
 - împachetare cu parafină, nămol cald;
 - hidrokinetoterapie, înot terapeutic în bazine cu apă termală sau sărată;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 94.** Artrozele nu sunt:
- boli degenerative ale articulațiilor mobile;
 - caracterizate prin deteriorarea cartilajului articular;
 - boli inflamatorii ale țesutului periarticular;
 - caracterizate de apariția de țesut osos de neoformație la nivelul suprafețelor articulare.
- 95.** Lezarea directă a cartilajului în boala artrozică are loc din cauza:
- unor traumatisme, infecții, reumatisme inflamatorii (poliartrita reumatoidă);
 - hemartroză, ischemie osoasă (osteonecroza aseptică), distrofie osoasă (boala Paget);
 - toate afirmațiile sunt corecte;
 - boli endocrine (hipotiroidia, acromegalia, boala Cushing), afecțiuni neurologice (tabes).
- 96.** Obiectivele de tratament în boala artrozică sunt următoarele, cu excepția:
- combaterea durerii, ameliorarea circulației locale;
 - menținerea mobilității articulare;

- c) scăderea tonusului muscular;
 - d) prevenirea deteriorării în continuare a cartilajului articular.
- 97.** Tratamentul fizical kinetic în boala artrozică include:
- a) termoterapia: aplicații de nămol, parafina, infraroșii, unde scurte, băi calde generale;
 - b) toate răspunsurile sunt corecte;
 - c) electroterapia: CDD, ultrasunet, curenți interferențiali, curent galvanic;
 - d) kinetoterapia: exerciții active și pasive, exerciții rezistive, hidrokinetoterapie.
- 98.** Tratamentul igieno-postural în coxatroza nu include:
- a) creșterea în greutate;
 - b) evitarea mersului îndelungat și ortostatismului prelungit;
 - c) mersul cu sprijin în baston, mersul pe bicicleta;
 - d) decubit ventral pe pat tare o jumătate de oră pe zi, corectarea diferențelor de lungime ale membrilor inferioare prin încălțăminte ortopedică.
- 99.** Obiectivele kinetoterapiei în gonartroză sunt următoarele:
- a) combaterea durerii și a inflamației;
 - b) evitarea deformărilor și a posturilor vicioase, recuperarea mersului;
 - c) toate afirmațiile sunt adevărate;
 - d) menținerea/refacerea forței musculare, a stabilității și a mobilității articulare.
- 100.** Spondilita anchilozantă (SA) are următoarele caracteristici, cu excepția:
- a) se manifestă ca o artrita cronică, de obicei progresivă;
 - b) afectează articulațiile sacro-iliace, articulațiile coloanei vertebrale și țesuturile moi adiacente;
 - c) forma ”periferică“, cu prinderea articulațiilor mobile ale membrilor, este tot mai frecventă;
 - d) boala reumatică degenerativă.
- 101.** Tabloul clinic al spondilitei anchilozante include următoarele sindroame care pot fi prezente încă de la debut:
- a) sindromul pelvirahidian;
 - b) sindromul articular periferic, sindromul extraarticular;
 - c) sindromul entezopatic;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte.
- 102.** Sindromul pelvirahidian se manifestă prin următoarele simptome, cu excepția:
- a) rahialgii;
 - b) febră;
 - c) dureri fesiere;
 - d) dureri toracice.

103. Obiectivele de tratament în spondilita anchilozantă sunt următoarele:

- a) corectarea/menținerea aliniamentului corect al corpului;
- b) refacerea/menținerea supleții articulare și a tonusului muscular paravertebral;
- c) combaterea durerii și a inflamației, menținerea amplitudini mișcărilor respiratorii;
- d) toate afirmațiile sunt corecte.

104. Tratament fizical-kinetic în spondilita anchilozantă se realizează prin:

- a) kinetoterapia, hidrotermoterapia, masajul;
- b) electroterapia;
- c) toate răspunsurile sunt corecte;
- d) cura balneară în stațiuni cu ape termale, iodurate, sulfuroase, clorurate-sodice.

Anul III. Modulul 1. Elemente de neurologie și psihiatrie utilizate în recuperarea medicală

- 1.** Recuperarea în neurologie necesită:
 - a) atât aptitudini în neurologie, cât și în recuperarea medicală;
 - b) cunoștințe solide de neurologie;
 - c) cunoștințe de neuropsihiatrie;
 - d) cunoștințe de psihologie.

- 2.** Afecțiunile care dau cel mai mare grad de invaliditate la populația adultă sunt:
 - a) afecțiunile cardiace cronice;
 - b) afecțiunile neurologice;
 - c) bolile de metabolism, în special DZ;
 - d) bolile maligne.

- 3.** Afirmăția adevărată referitoare la recuperarea în afecțiunile neurologice este:
 - a) recuperarea începe după externare;
 - b) recuperarea este extrem de utilă în stadiul acut al bolii;
 - c) recuperarea este un proces de durată, care începe din stadiul acut al bolii și continuă și după externarea pacientului;
 - d) recuperarea nu este necesară în cazul unui tratament corect aplicat.

- 4.** Procesul de recuperare în neurologie se bazează mai mult pe:
 - a) precizarea foarte corectă a diagnosticului;
 - b) starea de confort a pacientului;
 - c) managementul dizabilității și diminuarea handicapului;
 - d) toate aceste elemente sunt importante.

- 5.** Prima verigă a procesului de recuperare a pacienților cu afecțiuni neurologice este:
 - a) strategia de recuperare;
 - b) alcătuirea unei echipe pluridisciplinare;
 - c) precizarea diagnosticului;
 - d) eventualele limitări ale procesului de recuperare.

- 6.** Procedurile recuperatorii în neurologie au ca principal scop:
 - a) împiedicarea instalării impotentei funcționale, parezelor și paraliziiilor;
 - b) menținerea unui grad de autonomie și întârzierea complicațiilor cu risc vital;
 - c) menținerea stării de conștiență a pacientului;
 - d) inducția prin medicație psihotropă a amneziei, senzațiilor de durere și disconfort.

7. Următoarea afirmație referitoare la stabilirea unei scheme individualizate de tratament este adevărată:
- răspunsul la tratament se poate evalua după o primă ședință;
 - este necesară o perioadă de minimum o săptămână pentru evaluarea răspunsului la tratament;
 - orice medicație adjuvantă trebuie suspendată în perioada în care pacientul este supus kinetoterapiei;
 - diagnosticul corect stabilit prin examen neurologic amănunțit, tratamentul medicamentos și kinetoterapia sunt obligatorii pentru o recuperare eficientă.
8. Kinetoterapia este extrem de eficientă în următoarele afecțiuni ale sistemului nervos central:
- neurinoame;
 - miastenia;
 - infarctul cerebral ischemic și hemoragiile cerebrale;
 - radiculopatii prin hernia ale discurilor intravertebrale, sindromul de tunel carpian.
9. Programele de recuperare a pacienților neurologici cuprind următoarele activități (alegeți varianta completă):
- exerciții fizice terapeutice și proceduri conform schemei prestabilite;
 - diverse nivele de exerciții fizice terapeutice monitorizate, sfaturi nutriționale, sprijin emoțional, educarea schimbării stilului de viață;
 - suport emoțional și educație pentru un mod sănătos de viață;
 - psihoterapie pentru adaptarea la noul status de viață și dezavantajele sale (invaliditate).
10. Evaluarea pacientului supus recuperării neurologice se face:
- la începutul programului;
 - la sfârșitul programului;
 - nu este necesară, pacientul având deja un diagnostic prestabilit;
 - pe toată durata programului de recuperare, fiind de real folos echipei medicale.
11. Afirmația adevărată referitoare la activitatea fizică a pacientului supus unei scheme de recuperare este:
- pacientul trebuie să depună aceeași activitate fizică ca înainte de a se îmbolnăvi;
 - activitatea fizică trebuie evitată pe toată durata procedurilor;
 - activitatea fizică va fi adaptată fiecărei afecțiuni în parte, exercițiile fizice prescrise adaptându-se restantului funcțional;
 - activitatea fizică este la liberul arbitru al fiecărui pacient.
12. Afirmația falsă referitoare la tratamentul de recuperare în afecțiunile neurologice este:
- tratamentul garantează vindecarea;
 - vindecarea unei afecțiuni ține de diagnostic și stadiul de evoluție a bolii;
 - vindecarea afecțiunii neurologice depinde de particularitățile pacientului (grad de implicare, motivație, vârsta, condiție fizică);
 - vindecarea unei afecțiuni neurologice depinde de patologia asociată.

- 13.** În privința comunicării cu pacientul, următoarea atitudine este cea mai greșită:
- a) avertizarea asupra unor eventuale complicații;
 - b) garantarea vindecării;
 - c) avertizare asupra aspectului depistării bolii într-un stadiu tardiv;
 - d) explicația faptului că vindecarea nu va fi niciodată completă datorită prezenței sechelelor.
- 14.** În recuperarea neurologică este foarte important ca pacientul să conștientizeze că:
- a) va reveni treptat la același stil de viață;
 - b) boala neurologică este întotdeauna o afecțiune majoră, cu evoluție cronică;
 - c) ajustarea modului de viață la boală este extrem de important;
 - d) va fi permanent dependent de prezența anturajului.
- 15.** Arcul reflex elementar este alcătuit din:
- a) cerebel, nucleii bazali și talamus;
 - b) receptori, măduva spinării și efectori;
 - c) receptori, cale aferentă, centrul nervoși, cale eferentă, organ efector muscular;
 - d) axoni groși mielinici și subțiri amielinici.
- 16.** Următorul tip de simptomatologie caracterizează atacul ischemic tranzitoriu:
- a) debut acut, fenomene de focar, hemiplegie flască;
 - b) durata de doar câteva minute, cu deficit motor, parestezii, cefalee, vertij;
 - c) debut brutal, fără fenomene premonitorii, emboli grăsoși la examenul fundului de ochi;
 - d) cefalee bruscă de tip hemicranie însoțită de grețuri și vărsături.
- 17.** Inundația ventriculară din hemoragia cerebrală se prezintă cu:
- a) cefalee intense, vărsături, vertij, redoarea cefei;
 - b) sindroame alterne;
 - c) devierea conjugată a capului și globilor ocular spre hemisfera lezată;
 - d) semne hemiplegice bilaterale, redoarea cefei și fenomene neurovegetative agravate.
- 18.** Sindromul de HIC (hipertensiune intracraniană) se manifestă clinic prin:
- a) creșterea TA sistolice, cu scăderea TA diastolice;
 - b) apariția frecventă a formei paroxistice a amețelii, vertijul;
 - c) cefalee intense, vărsături specifice în jet, fără greață, bradicardie, modificări ale FO (fundului de ochi);
 - d) creșterea valorilor TA diastolice, mai ales dimineața la ridicarea din pat, cu dificultăți în menținerea echilibrului.
- 19.** Terapia ocupațională se desfășoară:
- a) în mod solitar (muzica sau lectura);
 - b) în grup;
 - c) în modalități de ergoterapie, socioterapie, eventual în asocieră cu psihoterapia;
 - d) în oricare dintre modalitățile enumerate.

- 20.** Afirmatia falsă referitoare la terapia ocupațională este:
- terapia ocupațională este efectuată de către o echipă pluridisciplinară;
 - terapia ocupațională este un proces de durată;
 - terapia ocupațională poate fi efectuată strict de către kinetoterapeut, care poate fi și terapeut ocupațional;
 - rezultatele terapiei ocupaționale depind foarte mult de cooperarea pacientului.
- 21.** La pacienții cu tulburări psihotice de scurtă durată, psihoterapia este mai eficientă:
- în timpul episodului acut;
 - după depășirea episodului acut, pe toată durata tratamentului medicamentos;
 - niciodată în același timp cu tratamentul medicamentos;
 - este contraindicată, percepția și gândirea pacientului fiind profund perturbate.
- 22.** Recuperarea la pacientul cu schizofrenie urmărește:
- redarea persoanei bolnave comunității din care face parte, adoptând același stil de viață, comportamente și obiceiuri dinainte de îmbolnăvire;
 - remiterea simptomelor aferente bolii;
 - integrarea într-un grup de pacienți cu aceeași patologie, sub urmărire medicală și psihologică permanentă;
 - psihoterapie în vederea evitării unui episod acut.
- 23.** Afirmatia adevărată referitoare la schizofrenie este:
- schizofrenia reprezintă o tulburare incurabilă;
 - izolarea este absolut necesară, pacienții cu schizofrenie reprezentând un pericol pentru societate;
 - tratamentul este de cele mai multe ori ineficient, procentul de recidivă a episoadelor acute fiind foarte mare;
 - afirmația conform căreia schizofrenia este o tulburare în care nu se înregistrează evoluții favorabile este doar un mit.
- 24.** Următorul principiu de tratament este cel mai nou în terapia schizofreniei:
- terapia medicamentoasă cu doze progresiv descrescânde;
 - psihoterapia de grup;
 - antrenamentul abilităților sociale;
 - psihoterapia individuală.
- 25.** Ținând cont de degradarea lent progresivă a funcțiilor cognitive și motorii la pacientul cu Alzheimer, ședințele de kinetoterapie sunt recomandate:
- minimum de două ori/săptămână;
 - minimum de două ori/lună;
 - obligatoriu o ședință lunar;
 - kinetoterapia nu este recomandată, evoluția este la fel de gravă.

- 26.** În timpul efectuării kinetoterapiei la pacienții cu Alzheimer se urmăresc obligatoriu, ca parametru de risc vital:
- tonusul muscular și postura;
 - tulburările de tranzit intestinal (constipație, diaree);
 - Hb (hemoglobina) și Ht (hematocrit);
 - pulsul și TA.
- 27.** Programul corect de recuperare a pacientului cu Parkinson presupune următoarele principii de tratament:
- kinetoterapie și psihoterapie;
 - kinetoterapie, terapie ocupațională, ergoterapie;
 - kinetoterapie, masaj, fizioterapie;
 - kinetoterapie și magnetoterapie.
- 28.** Semnele cardinale pentru diagnosticul bolii Parkinson sunt:
- tremurătura cu ritm rapid și mersul stepat;
 - tulburările de vorbire și dezorientarea temporo-spațială;
 - afazia și adiadococcinezia;
 - akinezia, rigiditatea plastică și tremurătura lentă de repaos.
- 29.** Afirmarea falsă referitoare la tratamentul în boala Parkinson este:
- pacienții la care boala debutează la vârste înaintate răspund mai bine la tratament;
 - pacienții la care boala debutează la vârste tinere răspund mai bine la tratament;
 - tulburările motorii și simptomele psihice se instalează rapid progresiv la pacienții cu vârste înaintate;
 - formele tremorigene au un prognostic mai bun decât formele akineto-hipertone.
- 30.** Metodele cele mai eficiente de tratament nemedicamentos în tulburările bipolare sunt:
- terapia de ajutor propriu și urmarea unui jurnal individual de recuperare;
 - inducerea repetată a stărilor de hipnoză;
 - psihoterapia;
 - terapia cognitivă comportamentală, terapia familială și psihoeducația.
- 31.** Indicațiile de spitalizare ale pacientului cu tulburări bipolare sunt:
- instalarea bruscă a cefaleei occipitale intense, însoțite de grețuri și vărsături, cu creșterea valorilor TA și pulsului;
 - aparitia somnambulismului, dromomaniei, piromaniei, tulburărilor cognitive;
 - periculozitatea față de sine, periculozitatea față de anturaj, incapacitatea totală de funcționare, lipsa totală de control;
 - instalarea atacurilor de panică.
- 32.** Pentru recurența depresiei din sindromul maniaco-depresiv este mai eficientă:
- psihanaliza, cu recunoașterea cauzei declanșatoare și reducerea emoțiilor negative;
 - educarea pacientului pentru recunoașterea episoadelor prodromale înainte de recurență și menținerea factorilor care conduc la remisiune;

- c) terapia cognitivă comportamentală, terapia familială și psihoeducația;
- d) terapia interpersonală și terapia de ritm social.

33. Statusul epileptic reprezintă:

- a) criză de epilepsie minoră, de scurtă durată, uneori insesizabilă, care poate apare și la subiecții sănătoși și care nu necesită tratament;
- b) formă de epilepsie care se vindecă spontan în adolescență;
- c) cea mai gravă formă de epilepsie, constând în crize repetitive, care poate duce la deces dacă nu se intervine în urgență;
- d) același lucru cu diagnosticul de epilepsie, formula fiind utilizată în completarea foii de observație.

34. Importanța psihoterapiei la pacientul epileptic constă în faptul că:

- a) poate conștientiza pacientul asupra factorilor declanșatori și evita astfel criza;
- b) poate duce la conștientizarea și acceptarea bolii de către pacient;
- c) poate contribui la reinsertia socială a pacientului;
- d) toate aceste afirmații sunt adevărate.

35. Sindromul de neuron motor periferic este situat:

- a) în coarcele anterioare ale măduvei spinării;
- b) în coarcele posterioare ale măduvei spinării;
- c) în canalul central;
- d) nici o variantă corectă.

36. Neuronul periferic din măduva spinării face legătura între:

- a) mușchi și tendoane;
- b) SNC și mușchi;
- c) emisferile cerebrale și artere;
- d) SNP și inimă.

37. Paraplegia este:

- a) pierderea motilității voluntare;
- b) paralizia celor două membre inferioare;
- c) afectarea unui membru;
- d) paralizia membrului stâng.

38. Cauzele comelor sunt:

- a) hemoragie, embolie, encefalită, meningită;
- b) intoxicații cu morfina, somnifere;
- c) traumatisme și tumori;
- d) toate variantele sunt corecte.

39. Hernia de disc este localizată la:

- a) nivelul L4-L5 și L5-S1;
- b) nivelul L1-L2;
- c) nivelul C1-C5;

- d) nici o variantă corectă.
- 40.** Paralizia nervului cubital are aspect de:
- mână „în gheară”;
 - picioar plat;
 - picioar rotat intern;
 - gheară mediană.
- 41.** Aspectul clinic al nervului sciatic popliteu intern este:
- picioar plat;
 - picioar în valgus și degete în ciocan;
 - efectuează adducția și abducția degetelor;
 - stă pe vârfuri.
- 42.** Nervul sciatic este cel mai frecvent afectat prin:
- purtarea cârjelor cu sprijin axilar;
 - consumul cronic de alcool;
 - hernierea unui disc intervertebral lombar;
 - diabet zaharat.
- 43.** În afectarea nervului radial, pacientul va avea ca atitudine particulară:
- mâna în “gât de lebăda”;
 - mâna “simiană”;
 - mâna în “limba de clopot”;
 - mâna în grijă.
- 44.** Cauzele leziunilor trunchiului nervului sciatic nu includ:
- fracturile bazinului;
 - hematomul fesier;
 - injecțiile intramusculare;
 - tratamentul recuperator.
- 45.** În paralizia nervului sciatic popliteu extern sunt afectate grupele musculare care realizează:
- flexia dorsală și extensia degetelor;
 - flexia plantară și inversia piciorului;
 - supinația piciorului;
 - pronația piciorului.
- 46.** AVC hemoragice pot avea drept cauze, cu excepția:
- HTA;
 - malformații arterio-venoase craniene;
 - traumatisme cranio-cerebrale;
 - trombo-embolismul.

- 47.** Paralizia unei jumătăți de corp se numește:
- a) hemiplegie;
 - b) paraplegie;
 - c) monoplegie;
 - d) tetrapareza.
- 48.** Sindromul radicular lombar nu cuprinde:
- a) durere lombară;
 - b) pareze pe traiectul nervilor cu rădăcini lombare;
 - c) tulburări de sensibilitate la nivelul membrului inferior;
 - d) tulburări trofice la nivelul membrului inferior.
- 49.** Semnele clinice în hernia de disc cervicală nu includ:
- a) durere cervicală;
 - b) parestezii în braț și antebrăț;
 - c) deficite motorii la nivelul membrului superior;
 - d) parestezii la nivelul feței.
- 50.** Paranoia:
- a) este caracterizată prin delir cronic sistematizat;
 - b) este caracterizată prin halucinații și pseudohalucinații;
 - c) este caracterizată prin tulburări afective de tip depresiv;
 - d) se însoțește de tulburări de vorbire.
- 51.** Bolnavii nevrotici:
- a) nu au conștiința bolii lor;
 - b) vin singuri să ceară ajutorul medicilor;
 - c) prezintă tentative de pierdere în greutate prin diete severe;
 - d) au tulburări severe de memorie.
- 52.** Psihastenia se caracterizează prin următoarele manifestări, cu excepția:
- a) obsesii și fobii;
 - b) tulburări de memorie;
 - c) tulburări ale atenției;
 - d) cefalee, insomnie și astenie.
- 53.** În perioada de stare al maniacalului, tabloul psihic este dominat de:
- a) tulburări afective;
 - b) tulburări de memorie;
 - c) tulburări de gândire;
 - d) tulburări de vorbire.
- 54.** Unitatea morfofuncțională a sistemului nervos este:
- a) neuronul;
 - b) nevroglia;

- c) nervul;
 - d) nefronul.
- 55.** Arcul reflex are următoarele componente, cu excepția:
- a) receptor;
 - b) cale aferentă și cale eferentă;
 - c) neuron;
 - d) centru nervos.
- 56.** Nervii spinali:
- a) sunt în număr de 31 perechi;
 - b) conectează encefalul la măduva spinării;
 - c) au 3 rădăcini;
 - d) sunt în număr de 31.
- 57.** Neuronul motor periferic:
- a) reprezintă porțiunea terminală a căii motorii;
 - b) se întinde de la scoarța cerebrală la măduva spinării;
 - c) reprezintă prima porțiune a căii motorului;
 - d) reprezintă neuronul din afara căii motorii.
- 58.** Paralizia de plex brahial:
- a) paralizia interesează tot membru superior (excepție mișcarea de ridicare a umărului);
 - b) paralizia interesează numai mișcarea de ridicare a umărului;
 - c) nu prezintă tulburări trofice și vegetative;
 - d) paralizia interesează membrele superioare.
- 59.** Pierderea parțială a funcției motorii și senzitive a jumătății laterale a corpului reprezintă:
- a) hemiplegie;
 - b) tetraplegie;
 - c) hemipareză;
 - d) paraplegie.
- 60.** Ataxia este o tulburare de coordonare:
- a) cerebrală;
 - b) cerebeloasă;
 - c) la nivelul trunchiului cerebral;
 - d) la nivel senzitiv.
- 61.** Arcul reflex elementar este alcătuit din:
- a) cerebel, nucleii bazali, talamus;
 - b) receptori, măduva spinării, efectori;
 - c) receptori, calea aferentă, centrii nervoși, calea eferentă, organul efector muscular;
 - d) axoni groși mielinici și subșiruri amielinici.

- 62.** Atacul ischemic tranzitoriu se caracterizează simptomatologic prin:
- debut acut cu fenomene de focar, hemiplegie flască;
 - durata de câteva minute cu deficit motor, parestezii, cefalee, vertij;
 - debut brutal fără fenomene premonitorii, emboli grăsoși la examenul fundului de ochi;
 - cefalee brusc instalată de tip hemicranie însoțită de grețuri și vărsături.
- 63.** Sindromul de HIC se manifestă clinic prin:
- creșterea TA sistolice cu scăderea TA diastolice;
 - aparitia frecventă a formei paroxistice a amețelii, vertijul;
 - cefalee intensă, vărsături în jet, bradicardie, modificări FO;
 - creșterea TA diastolice mai ales dimineața la ridicarea din pat, cu dificultăți în menținerea echilibrului.
- 64.** Cauzele AVC pot fi următoarele, cu excepția:
- HTA;
 - traumatisme craniene;
 - ateroscleroză;
 - amnezie.
- 65.** Boala Parkinson se caracterizează prin:
- bradikinezie;
 - tremor;
 - hipertonie musculară;
 - toate.
- 66.** Pledează pentru criza de epilepsie:
- mușcarea limbii lateral;
 - marca traumatică;
 - stereotipia crizelor;
 - toate.
- 67.** Asistarea crizei de epilepsie include următoarele activități, cu excepția:
- poziționare decubit lateral;
 - imobilizare pacient;
 - nu se pun obiecte în gură;
 - nu se încearcă deschiderea gurii.
- 68.** În nevralgia de nerv sciatic, în caz de afectare a rădăcinii L5, durerea va iradia astfel:
- regiunea lombară, fesă, fața postero-externă coapsă, fața externă genunchi, fața antero-externă gambă, fața dorsală picior până în degetul mare;
 - regiunea lombară, fesă, fața posterioară coapsă, genunchi, gambă, fața plantară picior până în degetul V;
 - fața antero-internă a coapsei și deficit motor al flexiei;
 - sindrom parestezic la nivelul feței anterioare a gambei.

69. Simptomele clinice în nevralgia esențială de trigemen sunt următoarele, cu excepția:
- a) durere de intensitate maximă, în salve de câteva minute ce se termină brusc;
 - b) durere continuă de intensitate mică pe care apar dureri violente, difuze;
 - c) tentativă de suicid;
 - d) scădere în greutate.
70. Semnele de leziune de neuron motor periferic sunt următoarele, cu excepția:
- a) atrofie musculară;
 - b) ROT scăzute;
 - c) hipertonie musculară;
 - d) deficitul motor la mușchii flexori și extensori este egal.
71. Traumatismele, cea mai frecventă cauză a paraliziei de plex brahial, acționează prin mecanismul de:
- a) compresie;
 - b) întindere;
 - c) tracțiune;
 - d) presiune.
72. Etiologia leziunilor trunchiului sciatic este complexă, incluzând:
- a) fracturile bazinului;
 - b) injecțiilor intramusculare;
 - c) chirurgia șoldului;
 - d) toate variantele.
73. Hernia de disc este cel mai frecvent localizată la nivelul:
- a) L4-L5 și L5-S1;
 - b) L1-L2;
 - c) C1-C2;
 - d) nici o variantă.
74. Nervul sciatic este cel mai frecvent afectat prin:
- a) purtarea cârjelor cu sprijin axilar;
 - b) consum cronic de alcool;
 - c) hernierea unui disc intervertebral;
 - d) diabet zaharat.
75. Pareza reprezintă:
- a) scăderea forței musculare;
 - b) creșterea forței musculare;
 - c) absența forței musculare;
 - d) paralizia unei jumătăți de corp.

- 76.** Hipoestezia reprezintă:
- creșterea receptivității față de diverși excitanți;
 - scăderea receptivității față de diverși excitanți;
 - perceperea simultană pe o cale senzorială diferită a unui stimul receptat la nivelul unui analizator;
 - simțuri exagerate.
- 77.** Agnozia reprezintă:
- incapacitatea recunoașterii obiectelor;
 - perceperea eronată a stimulilor externi;
 - perturbări localizate ale conștiinței corpului;
 - asocieri de simțuri.
- 78.** Scăderea atenției se numește:
- hipomnezie;
 - hipotimie;
 - hipoprosexie;
 - hipoatenție.
- 79.** Logoreea reprezintă:
- creșterea anormală a ritmului și debitului verbal;
 - scăderea anormală a ritmului și debitului verbal;
 - lipsa activității verbale;
 - activitate intensă.
- 80.** Pierderea memoriei se numește:
- agnozie;
 - amnezie;
 - amenoree;
 - dismenoree.
- 81.** Hipotimia reprezintă:
- scăderea tensiunii afective exprimată prin reducerea mimicii și reactivității comportamentale;
 - creșterea tensiunii afective sub forma depresivă sau euforică;
 - indiferența afectivă;
 - teama fără obiect manifestată prin neliniște sau agitație psihomotorie.
- 82.** Următoarele tulburări ale afectivității sunt de ordin cantitativ, cu excepția:
- hipertimia;
 - apatia;
 - paratimia;
 - anxietatea.

- 83.** Tulburările de percepție includ următoarele forme, cu excepția:
- iluzii;
 - agnozii;
 - halucinații;
 - fobii.
- 84.** Instinctele sunt reprezentate de:
- orientare alimentară;
 - autoagresivitatea;
 - sitiofobia;
 - nimfomania.
- 85.** Tulburările instinctuale includ:
- impotența;
 - bulimia;
 - sitiofobia;
 - toate variantele.
- 86.** Tipul de personalitate paranoid include următoarele aspecte:
- simț crescut al propriei persoane, neîncredere în ceilalți, revendicativ și încăpățânat, delir de persecuție;
 - persoană introspectă, înclinată spre fantezie, glacială, detașată de ceilalți;
 - nepăsător, acționează impulsiv, repetă încălcarea legii;
 - nu-și controlează emoțiile și prezintă bruște descărcări de mânie.
- 87.** Tipul de personalitate schizoid include următoarele aspecte:
- simț crescut al propriei persoane, neîncredere în ceilalți, revendicativ și încăpățânat, delir de persecuție;
 - persoană introspectă înclinată spre fantezie, glacială, detașată de ceilalți;
 - nepăsător, acționează impulsiv, repetă încălcarea legii;
 - nu-și controlează emoțiile și prezintă bruște descărcări de mânie.
- 88.** Tipul de personalitate antisocial include următoarele aspecte:
- simț crescut al propriei persoane, neîncredere în ceilalți, revendicativ și încăpățânat, delir de persecuție;
 - persoană introspectă înclinată spre fantezie, glacială, detașată de ceilalți;
 - nepăsător, acționează impulsiv, repetă încălcarea legii;
 - nu-și controlează emoțiile și prezintă bruște descărcări de mânie.
- 89.** Tipul de personalitate impulsiv include următoarele aspecte:
- simț crescut al propriei persoane, neîncredere în ceilalți, revendicativ și încăpățânat, delir de persecuție;
 - persoană introspectă înclinată spre fantezie, glacială, detașată de ceilalți;
 - nepăsător, acționează impulsiv, repetă încălcarea legii;
 - nu-și controlează emoțiile și prezintă bruște descărcări de mânie.

90. Recuperarea la pacientul cu schizofrenie urmărește:

- a) redarea persoanei bolnave comunității, adoptând același stil de viață, comportamente, obiceiuri;
- b) remiterea simptomelor aferente bolii;
- c) integrarea într-un grup de pacienți cu aceeași patologie sub urmărire medicală și psihologică permanentă;
- d) psihoterapie în vederea evitării unui episod acut.

91. Paranoia:

- a) este caracterizată prin delir cronic sistematizat;
- b) este caracterizată prin halucinații și pseudohalucinații;
- c) este caracterizată prin tulburări afective de tip depresiv;
- d) se însoțește de tulburări de vorbire.

92. Pacienții nevrotici:

- a) nu au conștiința bolii lor;
- b) vin singuri la medic;
- c) prezintă tentative de pierdere în greutate prin diete severe;
- d) au tulburări severe de memorie.

93. Psihastenia se caracterizează prin:

- a) obsesii și fobii;
- b) tulburări de memorie;
- c) tulburări de atenție;
- d) cefalee, insomnie, atenție

Anul III - Modulul 2: Elemente de pediatrie utilizate în recuperarea medicală

1. Astmul bronșic este:
 - a) boală acută a căilor respiratorii;
 - b) boală inflamatorie cronică a căilor respiratorii inferioare;
 - c) inflamație la nivel toracal;
 - d) o boală cauzată de streptococ.

2. Astmul bronșic la copil este cauzată de:
 - a) hiperreactivitate bronșică;
 - b) abces;
 - c) insuficiență circulatorie cerebrală cronică;
 - d) migrene.

3. Factorii declanșatori ai crizei de astm sunt:
 - a) senzația de arsură în piept;
 - b) lipsă de sete;
 - c) infecții respiratorii virale;
 - d) aerofobie.

4. Laringita acută este:
 - a) o inflamație acută a amigdalelor;
 - b) provocată de lipsa vitaminelor din alimentație;
 - c) o inflamație a bronhiilor;
 - d) o inflamație acută a mucoasei laringiene.

5. La copil laringele este:
 - a) mai sus decât la adult;
 - b) în dreptul vertebrei C4;
 - c) mai jos decât la adult;
 - d) între trahee și esofag.

6. La nou născut, laringele este:
 - a) în dreptul vertebrei C2;
 - b) în dreptul vertebrei C1;
 - c) în dreptul vertebrei C5;
 - d) în dreptul vertebrei C7.

7. Pașii kinetoterapiei în astmul bronșic sunt:
- accentuarea bronhospasmului;
 - reeducarea funcțiilor digestive;
 - relaxarea și posturarea;
 - recuperarea funcțiilor de înghițire.
8. Curburile fiziologice ale coloanei sunt:
- hipercifoză;
 - hiperlordoză;
 - hiperscolioză;
 - lordoză.
9. Cifoza poate fi:
- suplă sau rigidă;
 - convexă;
 - în plan frontal;
 - în plan transversal.
10. Printre cauzele lordozei se numără:
- miopia;
 - leziuni ale coloanei;
 - defecte congenitale;
 - diferite trauma;
11. Tipul de mers în scolioză este:
- mersul talonat;
 - mersul legănat;
 - mersul ebrionar;
 - mersul șoldit.
12. Tratamentul recuperator în scolioză constă în:
- kinetoterapie și corsete;
 - melopatie;
 - hidrotermoterapie;
 - acupunctură.
13. Perioada de copil mic este:
- 0 - 1 lună;
 - 1 lună - 1an;
 - 5 - 10 luni;
 - 1 - 3 ani.
14. Dentiția de lapte apare în:
- a doua copilărie;
 - prima copilărie;

- c) a treia copilărie;
 - d) perioada prenatală.
- 15.** Fătul la termen are vârsta gestațională cuprinsă între:
- a) 37 - 42 săptămâni;
 - b) 20 - 30 săptămâni;
 - c) 50 - 60 săptămâni;
 - d) 10 - 15 săptămâni.
- 16.** Prematurul este nou născutul cu greutatea:
- a) sub 2.500 g;
 - b) peste 4.500 g;
 - c) 3.500 g;
 - d) 5.000 g.
- 17.** Primul scaun al copilului se numește:
- a) vernix caseosa;
 - b) lanugo;
 - c) meconiu;
 - d) lumbago.
- 18.** Fătul este legat de corpul mamei prin:
- a) placentă;
 - b) uter;
 - c) cordon ombilical;
 - d) lohii.
- 19.** Craniul copilului prezintă:
- a) 2 fontanele;
 - b) 1 fontanele;
 - c) 3 fontanele;
 - d) 4 fontanele.
- 20.** Nou născutul supraponderal are:
- a) 2.500 g;
 - b) 1.500 g;
 - c) 3.500 g;
 - d) peste 4.500 g.
- 21.** Afecțiunile copilului care necesită recuperare sunt următoarele, cu excepția:
- a) displazia de șold;
 - b) spina bifidă;
 - c) diareea;
 - d) tulburări de creștere.

- 22.** Obiectivele kinetoterapiei în paralizia infantilă sunt următoarele, cu excepția:
- corectarea poziției vicioase;
 - prevenirea contracturilor;
 - combaterea hipertoniilor musculare;
 - reeducarea psihică.
- 23.** Afirmație greșită referitoare la principiile recuperării în reumatismul articular este:
- înlăturarea prealabilă a focarului infecțios;
 - tratamentul balnear se indică de la începutul puseului acut;
 - în perioada de stare se pot face ultraviolete în doze eritem;
 - în cazul leziunilor cardiace se aplică ionoforeza cu clorură de calciu.
- 24.** Procedurile care pot fi utilizate în displazia de șold sunt următoarele, cu excepția:
- inhalatiile;
 - baia kinetoterapeutică;
 - masajul;
 - împachetările cu parafină.
- 25.** Fototerapia la copii nu este indicată în următoarea afecțiune:
- rinofaringite;
 - rahitism;
 - enterocolite spastice;
 - primoinfecție tuberculoasă.
- 26.** Procedura care nu poate fi utilizată în tratamentul rinofaringitelor acute la copii este:
- unde scurte;
 - aerosoli;
 - ultrasunete;
 - inhalatii.
- 27.** Procedurile utilizate în reumatismul articular acut sunt următoarele, cu excepția:
- terapie cu curenți de înaltă frecvență;
 - împachetare cu nămol la bolnavii febrile;
 - comprese reci;
 - spălări complete.
- 28.** În tratamentul astmului bronșic la copii se pot efectua următoarele proceduri, cu excepția:
- terapie cu unde scurte;
 - aerosoli;
 - baie Hauffe;
 - împachetarea cu nămol.
- 29.** În bronșitele cronice la copii se indică următoarele proceduri:
- fricțiuni complete;
 - băi de lumină superioare;

- c) comprese stimulante Priessnitz;
 - d) toate variantele sunt corecte.
- 30.** În tulburările de ritm la copil este indicată următoarea procedură:
- a) comprese reci precordiale;
 - b) ultrasunete;
 - c) împachetări umede;
 - d) terapia cu impuls.
- 31.** Afirmatia adevărată este următoarea:
- a) creșterea staturo-ponderală este influențată de factori hormonal;
 - b) nanismul hipofizar apare datorită unei alimentații carentate;
 - c) alimentația necorespunzătoare este singura responsabilă de perturbarea creșterii staturo-ponderale;
 - d) hormonii tiroidieni nu influențează creșterea și dezvoltarea.
- 32.** Afirmatia falsă este următoarea:
- a) rahitismul carențial apare imediat după naștere;
 - b) rahitismul carențial este determinat de deficitul de vitamina D;
 - c) profilaxia rahitismului carențial se face din timpul sarcinii;
 - d) rahitismul carențial este o boala metabolică.
- 33.** Afirmatia adevărată este următoarea:
- a) reumatismul articular acut este consecința unei infecții streptococice;
 - b) reumatismul articular acut este consecința unei infecții stafilococice;
 - c) reumatismul articular acut apare o singura dată în viață;
 - d) eritemul nodos este o manifestare a reumatismului articular acut.
- 34.** Varianta falsă este următoarea:
- a) artrita din RAA are caracter migrator;
 - b) artrita din RAA apare la mai multe articulații deodată;
 - c) artrita este localizată la articulațiile mari;
 - d) simptomatologia articulară poate lipsi.
- 35.** În artrita juvenilă cronică se întâlnesc următoarele manifestări, cu excepția:
- a) redoare matinală;
 - b) durere variabilă;
 - c) întârziere a creșterii;
 - d) coree Sydenham.
- 36.** Afirmatia falsă referitoare la tratamentul artritei juvenile cronice este:
- a) antiinflamatorii nesteroidiene;
 - b) antiinflamatorii steroidiene;
 - c) antibiotic;
 - d) imunosupresoare.

- 37.** Afirmația falsă referitoare la scolioza funcțională este:
- a) dispare în clinostatism;
 - b) se însoțește de gibozitate costală;
 - c) nu există rotație a corpurilor vertebrale;
 - d) apare datorită poziției defectuoase a corpului.
- 38.** În osteomielita acută se fac următoarele investigații, cu excepția:
- a) radiografie simplă standard;
 - b) electromiograma;
 - c) scintigrafie osoasă;
 - d) R.M.N.
- 39.** Afirmația adevărată este:
- a) glomerulonefrita acută poststreptococică (GNA) este o boală de complexe imune circulante;
 - b) debutul în GNA este lent;
 - c) GNA se caracterizează prin proteinurie masivă;
 - d) în tratamentul GNA poststreptococice se contraindică antibioticele.
- 40.** Afirmația falsă referitoare la sindromul nefrotic pur este:
- a) sindromul nefrotic pur este corticosensibil;
 - b) în sindromul nefrotic pur proteinuria este selectivă;
 - c) în sindromul nefrotic pur titrul complementului seric este mult scăzut;
 - d) debutul sindromului nefrotic pur este insidios.
- 41.** Afirmația falsă este:
- a) pneumonia virală se însoțește întotdeauna de stare toxică;
 - b) tratamentul pneumoniei virale este simptomatic;
 - c) imaginea radiologică de opacitate este caracteristică pneumoniilor bacteriene;
 - d) în pneumoniile bacteriene tratamentul de elecție este antibioticul.
- 42.** Afirmația falsă referitoare la astmul bronșic este:
- a) apare pe un teren alergic;
 - b) apare numai la copil;
 - c) copiii cu astm bronșic au hiperreactivitate bronșică;
 - d) în criza de astm se administrează bronhodilatatoare.
- 43.** Criteriile majore de diagnostic Jones în reumatismul articular acut sunt următoarele, cu excepția:
- a) cardita;
 - b) poliartrita;
 - c) eritem nodos;
 - d) coree.

- 44.** Cauzele declanșării crizei de astm sunt următoarele, cu excepția:
- expunere la alergeni;
 - efort fizic;
 - infecții virale;
 - diaree acută.
- 45.** Afirmarea adevărată referitoare la tetrapareza spastică este:
- paralizia interesează ambele mâini;
 - paralizia interesează ambele picioare;
 - sunt interesate toate membrele;
 - interesează membrul superior și inferior de aceeași parte.
- 46.** Afirmarea falsă referitoare la convulsiile febrile simple ale copilului este:
- apar la $T \geq 38,5^{\circ}\text{C}$;
 - durata este de 15 minute;
 - fără deficit postcritic;
 - fără suferințe neurologice anterioare crize.
- 47.** Tratamentul de urgență a crizei convulsive febrile constă în următoarele activități, cu excepția:
- plasarea copilului în decubit lateral;
 - administrare de antitermice;
 - administrare de diazepam;
 - administrare de antibiotic.
- 48.** Afirmarea falsă este:
- tetralogia Fallot este o malformație cianogenă;
 - tetralogia Fallot cuprinde 4 defecte;
 - intensitatea cianozei în tetralogia Fallot depinde de mărimea defectului septal ventricular;
 - intensitatea cianozei depinde de severitatea stenozei pulmonare.
- 49.** Afirmarea falsă este:
- imaginea radiologică de „inimă în sabot” este caracteristică tetralogiei Fallot;
 - cianoza permanentă este caracteristică malformațiilor de cord cu shunt stg. - Dr.
 - cianoza permanentă este caracteristică malformațiilor de cord cu shunt dr. -stg.
 - DSV este o malformație de cord cu cianoză pasageră.
- 50.** Afirmarea falsă este:
- germenii entero-invazivi produc diaree cu scaune cu puroi și sânge;
 - giardia este un parazit care poate produce diaree cronică;
 - persistența pliului cutanat abdominal este semn de deshidratare;
 - salmonella este un germene entero-toxigen.

Anul III - Modulul 3: Elemente de recuperare socio-profesională

1. Definițiile OMS (Organizația Mondială a Sănătății) elaborate în 1980 cu privire la disfuncție, invaliditate și handicap sunt:
 - a) deficiența corespunde unei pierderi de substanță, unei alterări a funcției exteriorizează, o stare patologică.
 - b) toate răspunsurile sunt corecte;
 - c) incapacitatea (rezultatul deficienței) corespunde reducerii parțiale sau totale a resurselor de prestare a unei activități, de locomoție, de comunicare, comportamentală etc.
 - d) handicapul (dezavantajul social) corespunde prejudiciului pe care deficiența sau incapacitatea îl creează subiectului și reflectă consecințele sociale, economice pe care le suportă bolnavul.

2. Factori non-medicali care influențează negativ întoarcerea la locul de muncă sunt:
 - a) venituri insuficiente;
 - b) statut social precar;
 - c) condiții bune la locul de muncă;
 - d) nici un răspuns nu este corect.

3. Factorii medicali care influențează negativ întoarcerea la locul de muncă sunt:
 - a) anxietatea;
 - b) depresia;
 - c) toate răspunsurile sunt corecte;
 - d) simptomatologie cauzată/agravată de efort.

4. Șansele ca un pacient cu vârsta sub 65 de ani, angajat în momentul producerii evenimentelor cardio-vasculare și fără complicații majore să se întoarcă la locul de muncă în primele 2-3 luni sunt exprimate într-un procent de:
 - a) 80%;
 - b) 5%;
 - c) 0%;
 - d) 35%.

5. Anumite tulburări de percepție destul de des întâlnite în cazul pacienților cu AVC (accident vascular cerebral) pot îngreuna recuperarea pacientului:
 - a) lărgirea câmpului vizual;
 - b) reflexe și simțuri accentuate la nivelul membrilor afectate;
 - c) fără dificultăți de vorbire;
 - d) dificultăți de concentrare, confuzii, amnezie retrogradă și anterogradă.

- 6.** Principiile recuperării educaționale și profesionale pentru copii sunt următoarele:
- copilul nu este un adult în miniatură;
 - toate răspunsurile sunt corecte;
 - educația reprezintă echivalentul recuperării socio-profesionale la adult;
 - jocul ajută copilul să-și dezvolte abilitățile de comunicare, de exprimare, de însușire a rolurilor.
- 7.** Recuperarea socio-profesională a persoanelor cu dizabilități respiratorii se adresează pacienților cu:
- status post-poliomielită;
 - distrofie musculară Duchenne;
 - traume ale măduvei spinării;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
- 8.** Recuperarea socio-profesională în scleroza multiplă se referă la:
- scleroza multiplă este una dintre cele mai comune boli ale sistemului nervos central;
 - scleroza multiplă este una dintre cele mai comune boli ale sistemului nervos periferic;
 - toate răspunsurile sunt corecte;
 - pacienții cu scleroză multiplă își pot păstra locul de muncă, dar își consumă toată energia fiind candidați la pensionare pe caz de boală.
- 9.** Recuperarea reprezintă:
- o activitate complexă medicală educațională și socio-profesională;
 - o restabilire;
 - o activitate strict educațională;
 - o reeducarea funcțională.
- 10.** Recuperarea medicală este indicată în:
- afecțiuni locomotorii și cardio-vasculare;
 - HTA;
 - bolii ulceroase;
 - colite grave.
- 11.** Deficiența, reprezintă:
- orice pierdere/anormalitate a unei funcții psihice, fiziologice, anatomice;
 - incapacitatea unei activități;
 - reeducare psihică;
 - apariția recidivelor.
- 12.** Recuperarea profesională începe:
- în momentul când ajunge acasă;
 - pe perioada spitalizării;
 - în momentul începerii serviciului;
 - când pacientul părăsește secția de spital.

- 13.** Recuperarea socială este axată pe:
- rezolvarea problemelor cotidiene;
 - rezolvarea problemelor la serviciu;
 - rezolvarea problemelor în familie;
 - adaptarea noii vieți.
- 14.** Rolul balneofiziokinetoterapeutului este următorul:
- nu-și dă interesul în recuperarea pacientului;
 - nu utilizează toate tehnicile de recuperare funcțională;
 - nu se preocupă de aspectul educativ-informațional;
 - asistă pacientul în desfășurarea recuperării funcționale.
- 15.** Recuperarea intensivă are o durată de:
- o oră;
 - cinci ore;
 - minim trei ore/zi;
 - zece minute.
- 16.** Face parte din prima etapă a recuperării:
- recuperarea medical;
 - recuperarea profesională;
 - recuperarea social;
 - echipa de recuperare.
- 17.** Recuperarea medicală este indicată în:
- afecțiuni cașectice;
 - afecțiuni cardio-vasculare;
 - afecțiuni dermatologice;
 - inhibarea secreției de lichid cefalorahidian.
- 18.** Recuperarea socială este “a treia” etapă a recuperării fiind reprezentată de:
- reîntoarcerea pacientului la locul de muncă;
 - nu este nevoie de readaptare socială, cotidiană;
 - poate să se descurce singur, atât în interiorul, cât și exteriorul locuinței;
 - în această etapă pot participa atât tehnicieni specializați, cât și personalul medico-sanitar
- 19.** Recuperarea socio-profesională reprezintă:
- restabilirea capacităților vitale;
 - restabilirea capacităților funcționale;
 - restabilirea capacităților mentale;
 - restabilirea capacităților sportive.
- 20.** Afirmarea falsă referitoare la obiectivele recuperării socio-profesionale este:
- are drept scop reeducarea funcțională;
 - este o activitate multidisciplinară;

- c) tratamentul este același indiferent de pacient;
 - d) sunt implicați și aparținătorii pacientului.
- 21.** Metodele balneofizioterapeutice utilizate în recuperarea socio-profesională sunt următoarele, cu excepția:
- a) electroterapia;
 - b) apiterapia;
 - c) kinetoterapia;
 - d) hidrotermoterapia.
- 22.** Recuperarea sechelelor de poliomielită cuprinde următoarele obiective:
- a) prevenirea deformărilor trunchiului și membrilor;
 - b) recuperarea funcțiilor postural;
 - c) recuperarea funcțiilor locomotorii;
 - d) toate variantele sunt corecte.
- 23.** Recuperarea funcțională în reumatism cuprinde următoarele activități, cu excepția:
- a) restabilirea funcțiilor mentale;
 - b) oprirea în evoluție a procesului inflamator;
 - c) prevenirea anchilozelor;
 - d) combaterea redorii articulare.
- 24.** Scopul refacerii capacității funcționale a bolnavului cuprind următoarele activități, cu excepția:
- a) tratarea afecțiunii de bază;
 - b) imobilizarea pacientului;
 - c) reducerea dizabilității;
 - d) ameliorarea durerii.
- 25.** Recuperarea este:
- a) a treia medicină, care subliniază medicina terapeutică și profilactică;
 - b) a doua medicină care subliniază medicina ocupațională;
 - c) asistența terapeutică;
 - d) nici una.

Anul III. Modulul 4. Recuperarea medicală pe afecțiuni

1. Nu este un obiectiv al curelor balneare în afecțiuni digestive următorul:
 - a) nu influențează secreția și aciditatea gastrică;
 - b) influențează fenomenele algice;
 - c) influențarea distoniei neuro-vegetative;
 - d) educarea bolnavului în privința respectării unei diete adecvate afecțiunilor sale.

2. Este un obiectiv a curelor balneare în afecțiuni digestive următorul:
 - a) creșterea fenomenelor algice;
 - b) influențarea pozitivă a secreției și acidității gastrice;
 - c) scăderea peristaltismului intestinal;
 - d) relaxarea musculaturii scheletice.

3. Afecțiunea digestivă care nu beneficiază de cură balneară este:
 - a) ulcerul gastric și duodenal;
 - b) ulcerul gastric perforat;
 - c) colonul iritabil;
 - d) sechele după colecistectomii.

4. Afecțiunile digestive care beneficiază de cură balneară sunt:
 - a) colonul iritabil;
 - b) ulcerul gastric și duodenal;
 - c) diskinezii biliare;
 - d) toate variantele sunt corecte.

5. Factorii terapeutici principali din stațiunile cu profil digestiv sunt:
 - a) toate variantele sunt corecte;
 - b) apele minerale;
 - c) regimul igienico-dietetic;
 - d) climatul.

6. Nu reprezintă un factor terapeutic principal din stațiunile cu profil digestiv următorul factor:
 - a) kinetoterapia;
 - b) electroterapia;
 - c) apele minerale;
 - d) talasoterapia.

7. Cura balneară în afecțiuni digestive nu este contraindicată în:
- ulcer gastric și duodenal complicat;
 - dischinezie biliară;
 - litiază biliară;
 - rectocolită ulcero-hemoragică.
8. Afecțiunile aparatului urinar care beneficiază de tratament balnear sunt:
- litiază reno-vezicală operată;
 - litiaze renale cu calculi care nu depășesc 08 - 10 mm în diametru;
 - pielonefrită cronică;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
9. Afecțiunile aparatului urinar care nu beneficiază de tratament balnear sunt:
- litiază reno-vezicală;
 - litiaze renale cu calculi care depășesc 10 mm în diametru;
 - pielonefrită cronică;
 - litiaze renale cu calculi care nu depășesc 08 -10 mm în diametru.
10. Curele balneare în afecțiuni ale aparatului urinar nu au ca obiectiv:
- asigurarea unui debit urinar scăzut;
 - stimulare peristaltici bazineto-uretrale și favorizarea drenajului urinar;
 - influențarea simptomatologiei algice;
 - influențarea pH-ului urinar.
11. În afecțiunile reno-vezicale, nu este un mijloc de tratament balnear:
- crenoterapia;
 - crioterapia;
 - electroterapia;
 - termoterapia.
12. Tratamentul balnear este contraindicat în următoarele afecțiuni ale aparatului urinar:
- litiază renală cu calculi peste 1 cm;
 - litiază cu hematurie repetată;
 - pielonefrită cu insuficiență renală;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
13. Tratamentul balnear nu este contraindicat în următoarele afecțiuni ale aparatului urinar:
- hidronefroză caliceală;
 - glomerulonefrită;
 - pielonefrită cronică;
 - pielonefrită asociată cu hipertensiune arterială.

- 14.** Pentru tratarea afecțiunilor tractului urinar sunt indicate următoarele stațiuni:
- a) Olănești;
 - b) Borsec;
 - c) Călimănești;
 - d) toate variantele sunt corecte.
- 15.** Cura balneară în afecțiuni respiratorii nu se efectuează în scop:
- a) profilactic;
 - b) paleativ;
 - c) terapeutic;
 - d) recuperator.
- 16.** Beneficiază de cura balneară în scop profilactic în special în stațiunile de pe litoral, următoarele categorii de persoane, cu excepția:
- a) muncitorii care lucrează în noxe;
 - b) indivizii cu repetate pneumonii bacteriene și virotice în antecedente;
 - c) cei cu tumori maligne;
 - d) persoane ce pot dezvolta în timp tulburări ventilatorii.
- 17.** Cura balneară nu este indicată în următoarele afecțiuni respiratorii:
- a) astmul alergic;
 - b) bronșită cronică;
 - c) TBC;
 - d) traheobronșitele trenante.
- 18.** Obiectivele de tratament în boli ale aparatului respirator sunt:
- a) influențarea procesului inflamator al mucoasei căilor respiratorii;
 - b) facilitarea eliminării secrețiilor;
 - c) ameliorarea vitalității cililor vibrațiali;
 - d) toate variantele sunt corecte.
- 19.** Nu este un factor care poate acționa asupra unui bolnav cu afecțiune respiratorie într-o stațiune balneară:
- a) climatul;
 - b) aerosolii;
 - c) nisipul;
 - d) inhalațiile cu ape minerale.
- 20.** Ape sulfuroase cu efect antiinflamator și antiseptic pe mucoasele căilor respiratorii se găsesc în următoarea stațiune:
- a) Eforie Nord;
 - b) Techirgiol;
 - c) Moneasa;
 - d) Pucioasa.

- 21.** Ape sulfuroase cu efect antiinflamator și antiseptic pe mucoasele căilor respiratorii se găsesc în următoarele stațiuni, cu excepția:
- a) Pucioasa;
 - b) Herculane;
 - c) Olimp;
 - d) Călimănești.
- 22.** Prin kinetoterapia respiratorie se urmărește:
- a) prevenirea disfuncțiilor respiratorii;
 - b) ameliorarea simptomatologiei algice;
 - c) îmbunătățirea flexibilității articulațiilor care participă la actul respirator;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte.
- 23.** Prin kinetoterapia respiratorie nu se urmărește:
- a) corectarea pozițiilor vicioase;
 - b) limitarea efortului;
 - c) prevenirea complicațiilor bolilor respiratorii;
 - d) prevenirea disfuncției ventilatorii.
- 24.** Tratamentul balnear-recuperator nu este contraindicat în următoarele afecțiuni respiratorii:
- a) cord pulmonar cronic;
 - b) TBC;
 - c) astm alergic;
 - d) micoze pulmonare.
- 25.** Stațiunile de profil pentru tratamentul bolilor respiratorii sunt următoarele:
- a) Slănic Moldova;
 - b) litoralul Marii Negre;
 - c) Căciulata;
 - d) toate variantele sunt corecte.
- 26.** Următoarele sunt condiții agravante pentru bolile aparatului respirator:
- a) sedentarismul;
 - b) fumatul;
 - c) atmosfera poluantă;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte.
- 27.** Nu este o măsură de ordin fizical în dezobstrucția bronșică:
- a) tratamentul cu corticoizi;
 - b) aerosoloterapie;
 - c) tusea controlată;
 - d) gimnastica respiratorie.

28. Obiectivele recuperării bolnavilor cu sindrom obstructiv sunt următoarele, cu excepția:

- a) corectarea condițiilor de habitat;
- b) creșterea costului ventilației și relaxarea musculaturii respiratorii;
- c) reinsertie socio-profesională;
- d) reantrenare la efort.

29. Bolile neurologice care beneficiază de tratament recuperator sunt următoarele, cu excepția:

- a) hemipareze;
- b) monopareze;
- c) tumori maligne ale encefalului;
- d) tetrapareze.

30. În general, asistența medicală a bolnavilor cu hemiplegie are următoarele obiective, cu excepția:

- a) prezervarea vieții;
- b) accentuarea deficitului motor;
- c) prevenirea recidivelor;
- d) ameliorarea deficitului funcțional.

31. Afirmatia falsă referitoare la clasificarea hemiplegiilor în raport cu cauza pe care le declanșează este:

- a) hemiplegie de cauză vasculară;
- b) hemiplegie prin traumatism cranio-cerebral;
- c) hemiplegie de cauză necunoscută;
- d) hemiplegie prin compresiune intracraniană.

32. Metoda de recuperare medicală cea mai folosită în cazul bolnavilor hemiplegici este:

- a) metoda antigravitațională;
- b) metoda exercițiului fizic analitic;
- c) metoda întinderilor musculaturii și posturării;
- d) metoda globală pe diagonală Kabat.

33. Clasificarea gradului lezional în paraplegie are:

- a) 3 elemente;
- b) 8 elemente;
- c) 5 elemente;
- d) 4 elemente.

34. În paraplegia cu leziune incompletă cu funcția motorie prezentă, dar cu tonus muscular scăzut, forța musculară are o valoare de:

- a) forța 5;
- b) forța sub 3;
- c) forță 0;
- d) forță 4.

- 35.** Nu este un obiectiv de tratament în perioada de șoc medular-stadiul 1:
- prevenirea escarelor;
 - prevenirea tromboflebitelor;
 - mersul cu cârje;
 - prevenirea pozițiilor vicioase ale membrelor inferioare prin posturare corectă.
- 36.** Stadiul 3 din programul de recuperare a paraplegicului cuprinde:
- perioada de șoc medular;
 - pacientul poate sta în fotoliu rulant fiind pregătită pentru ortostatism;
 - se începe kinetoterapia la pat, având ca principal obiectiv realizarea poziției șezând;
 - reeducarea ortostatismului și mersului.
- 37.** Nu este o indicație a tratamentului recuperator în patologia cardiacă cu scop profilactic următoarea afirmație:
- persoane cu antecedente familiale încărcate;
 - pacienți obezi cu afecțiuni circulatorii în faze incipiente;
 - arteriopatii funcționale;
 - pacienții cu afecțiuni arteriale funcționale.
- 38.** Următoarea afirmație nu este o indicație a tratamentului recuperator în patologia cardiacă cu scop recuperator:
- bolnavi cu infarct miocardic acut în antecedente;
 - valvulopatii operate;
 - pacienți cu cardiopatie ischemică nedureroasă;
 - arteriopatii obstructive periferice.
- 39.** Tratamentul recuperator în patologia cardio-vasculară este contraindicat în următoarele afecțiuni, cu excepția:
- cardiopatia ischemică cronică dureroasă;
 - insuficiență cardiacă;
 - pacienți obezi cu afecțiuni circulatorii în faze incipiente;
 - arteriopatiei periferice cu tulburări trofice.
- 40.** Stațiunile recomandate pentru pacienții cu afecțiuni cardio-vasculare este:
- Techirgiol, Mangalia;
 - Borsec, Covasna, Tușnad;
 - Poiana Brașov, Durău;
 - Eforie Sud, Eforie Nord.
- 41.** Următorul obiectiv nu corespunde tratamentului recuperator în cardiopatia ischemică cronică:
- scoaterea bolnavului din mediu stresant;
 - imprimarea unui regim de viață cu asigurarea ritmicității biologice;

- c) scăderea perfuziei coronariene;
 - d) creșterea randamentului cardiac.
- 42.** Mijlocele de tratament în cardiopatia ischemică cronică sunt următoarele, cu excepția:
- a) kinetoterapie;
 - b) mofetele;
 - c) talasoterapie;
 - d) electroterapie cu curenți galvanici.
- 43.** Testul pentru dozarea efortului la bolnavii cardio-vasculari se numește:
- a) testare musculară;
 - b) testarea efortului aerob;
 - c) testarea la efort cu EKG;
 - d) testarea goniometrică.
- 44.** Reacția la efort este considerată necorespunzătoare dacă:
- a) nu apare durere precordială;
 - b) apare dispnee de efort;
 - c) frecvența cardiacă crește progresiv cu 10-30 bătăi pe minut fără a depăși 110 bătăi/min;
 - d) TA nu se modifică în plus sau în minus cu peste 20 de mmHg.
- 45.** Nu constituie un avantaj al mobilizării precoce a pacientului cu infarct de miocard acut:
- a) prevenirea maladiei tromboembolice prin stază venoasă;
 - b) prevenirea infecțiilor bronho-pulmonare prin stază bronșică;
 - c) prevenirea tulburărilor trofice;
 - d) influențarea psihică negativă prin mobilizare.
- 46.** Nu este o sechelă a entorselor:
- a) laxitatea articulară
 - b) atrofi musculară;
 - c) fractura osoasă;
 - d) algoneurodistrofie.
- 47.** Sechelă posibilă a fracturilor osoase posttraumatice este:
- a) pseudoartroza;
 - b) calusul vicios;
 - c) osteoporoza de imobilizare;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte.
- 48.** Fracturile pot fi:
- a) simple;
 - b) cominutive;
 - c) deschise;
 - d) toate răspunsurile sunt corecte.

49. O articulație stabilă înseamnă:

- a) o articulație indoloră;
- b) o articulație fixată de o musculatură puternică;
- c) o articulație protejată de o capsulă și ligamente întegre;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

50. Entorsa de gradul III reprezintă:

- a) ligament normal;
- b) întindere ușoară a ligamentului;
- c) rupere parțială a ligamentului;
- d) rupere completă a ligamentului.

Anul III. Modulul 5: Kinetoterapia

1. Kinetoterapia se mai numește:
 - a) terapie cu oxigen;
 - b) terapie prin curenți terapeutici;
 - c) terapie prin mișcare;
 - d) terapie cu nămol.

2. Metodologia kinetoterapiei include în prezent următoarele forme diferite de folosire a forței mecanice, cu excepția:
 - a) forței mecanice imprimată de recuperator;
 - b) forței hidrostatice;
 - c) forței magnetice;
 - d) scripetoterapiei.

3. Obiectivele generale ale kinetoterapiei sunt următoarele, cu excepția:
 - a) relaxarea;
 - b) scăderea mobilității;
 - c) creșterea forței musculare;
 - d) creșterea coordonării.

4. Este un obiectiv al kinetoterapiei:
 - a) scăderea forței musculare;
 - b) antrenarea la efort;
 - c) scăderea mobilității;
 - d) scăderea sensibilității.

5. Recuperarea mobilității articulare se realizează, în mod special, prin:
 - a) exerciții de tonifiere;
 - b) exerciții de relaxare;
 - c) exerciții de stretching;
 - d) exerciții de respirație.

6. Recuperarea forței musculare se realizează, în special, prin:
 - a) exerciții de relaxare;
 - b) exerciții de tonifiere;
 - c) exerciții de stimulare cutanată;
 - d) exerciții de întindere musculară.

7. Obiectivele generale ale kinetoterapiei:
- a) toate răspunsurile sunt corecte;
 - b) relaxarea;
 - c) tonifierea musculară;
 - d) reeducarea sensibilității.
8. În kinetoterapie, relaxarea se poate obține, în special, prin:
- a) contracții izotonice;
 - b) scripetoterapie;
 - c) masaj;
 - d) tehnici de manipulare.
9. În kinetoterapie, relaxarea musculară se poate obține prin:
- a) masaj;
 - b) tehnici izometrice;
 - c) toate variantele sunt corecte;
 - d) presoterapie cu priză largă.
10. Tonifierea musculaturii se realizează prin:
- a) masaj stimulativ;
 - b) contracții izotonice;
 - c) hidrokinetoterapie;
 - d) toate variantele sunt corecte.
11. Con tracția musculară izotonică este o tehnică:
- a) de relaxare;
 - b) de stimulare tegumentară
 - c) de tonifiere musculară;
 - d) de creștere a coordonării musculare.
12. Con tracția musculară izometrică este o tehnică folosită pentru:
- a) creșterea sensibilității musculare;
 - b) creșterea vascularizației în mușchi;
 - c) alungirea mușchiului;
 - d) facilitare neurologică.
13. Con tracția musculară izometrică este contraindicată în:
- a) antrenamentul de forță;
 - b) creșterea mobilității articulare;
 - c) patologia cardiacă severă;
 - d) cazul imobilizării în aparat gipsat.
14. În con tracția musculară izometrică:
- a) mușchiul se scurtează;
 - b) mușchiul se alungește;

- c) mușchiul rămâne la aceeași lungime, dar crește tonusul;
- d) mușchiul rămâne la aceeași lungime, dar scade tonusul.

15. În contracția musculară izotonică concentrică:

- a) mușchiul rămâne la aceeași lungime;
- b) mușchiul se scurtează și are același tonus;
- c) mușchiul se alungește și are același tonus;
- d) mușchiul se alungește.

16. În contracția musculară izotonică excentrică:

- a) mușchiul se scurtează;
- b) mușchiul se alungește și scade tonusul;
- c) mușchiul se alungește și are același tonus pe toată cursa de mișcare;
- d) mușchiul se scurtează și are același tonus.

17. Stabilitatea unei articulații se poate obține prin:

- a) contracții izometrice;
- b) masaj;
- c) presoterapie;
- d) manipulări osteo-articulare.

18. Stabilitatea unei articulații se poate obține prin:

- a) tehnici speciale de stabilizare;
- b) contracții izometrice;
- c) toate răspunsurile sunt corecte;
- d) contracții izotonice.

19. Presiunea în ax pe o articulație are ca scop:

- a) creșterea mobilității;
- b) creșterea vascularizației;
- c) creșterea stabilității;
- d) scăderea presiunii din interiorul articulației.

20. Tracțiunea în ax pe o articulație are ca scop:

- a) creșterea mobilității articulare;
- b) creșterea elasticității capsulei articulare;
- c) scăderea presiunii din interiorul articulației;
- d) toate variantele sunt corecte.

21. Relaxarea musculară se obține:

- a) contracții izotonice excentrice;
- b) masaj stimulat;
- c) tehnici de echilibru;
- d) nici un răspuns corect.

- 22.** Presoterapia cu priză largă are efect:
- a) relaxare musculară;
 - b) stimulare musculară;
 - c) îmbunătățirea circulației locale;
 - d) creșterea tonusului;
- 23.** Corectarea posturii și aliniamentului corpului se poate obține prin:
- a) masaj;
 - b) posturări;
 - c) toate răspunsurile sunt corecte;
 - d) gimnastica medicală de corecție.
- 24.** Posturările sunt folosite în kinetoterapie, în special, cu scop de:
- a) stimulare musculară;
 - b) corectare a posturilor deficitare;
 - c) relaxare musculară;
 - d) echilibru.
- 25.** Posturările sunt folosite în kinetoterapie cu scop de:
- a) stimulare a circulației venoase periferice;
 - b) corectare a pozițiilor deficitare;
 - c) toate variantele sunt corecte;
 - d) stimulare a excreției bronșice.
- 26.** Stimularea excreției bronșice prin kinetoterapie se poate realiza prin:
- a) tehnici vibrante pe zona toracică;
 - b) exerciții fizice;
 - c) hidrokinetoterapie;
 - d) scripetoterapie.
- 27.** Creșterea mobilității articulare se obține prin:
- a) exerciții de întindere musculară prelungită;
 - b) manipulări articulare;
 - c) tracțiuni axiale;
 - d) toate variantele sunt corecte.
- 28.** Creșterea forței musculare se realizează prin următoarele tehnici, cu excepția:
- a) exerciții de tonifiere;
 - b) scripetoterapie;
 - c) stretching;
 - d) hidrokinetoterapie.
- 29.** Pentru a asigura stabilitatea articulațiilor intervertebrale, kinetoterapeutul trebuie să antreneze în regim de stabilitate musculatura:
- a) cvadriicepsului;
 - b) paravertebrală;

- c) abdominală;
 - d) pectorală.
- 30.** Creșterea rezistenței musculare se realizează prin:
- a) exerciții de stimulare;
 - b) exerciții cu îngreunare moderată efectuate timp îndelungat;
 - c) exerciții cu greutate mari efectuate rapid;
 - d) exerciții de mobilitate.
- 31.** Coordonarea se poate obține prin:
- a) exerciții de forță;
 - b) exerciții speciale cu rol de creștere a coordonării;
 - c) exerciții de mobilitate;
 - d) exerciții de echilibru.
- 32.** În kinetoterapie se antrenează echilibrul folosindu-se:
- a) scripetele;
 - b) masa de masaj;
 - c) plăci de echilibru;
 - d) spalierul.
- 33.** Antrenarea la efort în kinetoterapie se realizează prin:
- a) exerciții globale efectuate timp îndelungat;
 - b) exerciții la aparate de forță;
 - c) exerciții efectuate pe masa de terapie;
 - d) exerciții de întindere musculară.
- 34.** Antrenarea la efort depinde de:
- a) funcția cardiacă;
 - b) funcția respiratorie;
 - c) antrenamentul muscular;
 - d) toate variantele sunt corecte.
- 35.** Scopul reeducării respiratorii în kinetoterapie are următoarele roluri:
- a) creșterea elasticității cutiei toracice;
 - b) creșterea forței musculaturii respiratorii;
 - c) toate variantele sunt corecte;
 - d) corectarea deficiențelor de statică vertebrală.
- 36.** Creșterea forței musculaturii respiratorii se realizează prin:
- a) exerciții de forță;
 - b) exerciții de respirație controlată;
 - c) exerciții analitice;
 - d) exerciții de mobilitate.

- 37.** Antrenarea la efort nu se realizează prin:
- a) exerciții la bicicleta staționară;
 - b) alergare;
 - c) exerciții de forță la aparate;
 - d) mers alert.
- 38.** Periajul, stimularea cu rece/cald și presiunea au rol de:
- a) reeducare a forței;
 - b) reeducare respiratorie;
 - c) reeducare a sensibilității;
 - d) reeducare a mobilității.
- 39.** Testingul articular în kinetoterapie se realizează cu ajutorul:
- a) metrului;
 - b) goniometrului;
 - c) firului cu plumb;
 - d) testingului muscular.
- 40.** Testingul muscular are valori cuprinse între:
- a) 0 – 3;
 - b) 1 – 5;
 - c) 0 – 5;
 - d) 0 – 10.
- 41.** Nu este o mișcare activă următoarea:
- a) active simple;
 - b) active ajutate;
 - c) manipulări;
 - d) active rezistive.
- 42.** Nu este o mișcare pasivă:
- a) pasive simple sau autopasive;
 - b) active ajutate;
 - c) pasive forțate;
 - d) manipulările.
- 43.** Mișcările pasive nu se realizează cu ajutorul:
- a) forței kinetoterapeutului;
 - b) scripetului;
 - c) forței gravitaționale;
 - d) posturări cu greutate adăugate.
- 44.** Nu este o tehnică de facilitare neuroproprioceptivă fundamentală următoarea:
- a) prizele mâinilor;
 - b) comenzile și comunicarea;

- c) inversarea lentă;
- d) întinderea.

45. Nu este o tehnică FNP cu caracter general următoarea:

- a) inversarea lentă IL;
- b) inversarea lentă cu opunere ILO;
- c) contracție repetată CR;
- d) stabilizare ritmică SR.

46. Are rol de relaxare musculară următoarea tehnică:

- a) inversarea lentă IL;
- b) contracția repetată CR;
- c) rotația ritmică RR;
- d) izometria alternantă IZA.

47. Pentru a asigura „înlăcătarea” genunchiului, kinetoterapeutul trebuie să tonifice în regim de stabilitate mușchiul:

- a) gastrocnemian;
- b) ischiogambier;
- c) tensor al fasciei lata;
- d) cvadriceps.

48. Pentru tonifierea corectă a musculaturii abdominale, coapsele trebuie să fie:

- a) în abducție;
- b) întinse;
- c) în flexie la 90°;
- d) încrucișate.

49. Con tracția izotonică în zona alungită are ca scop:

- a) creșterea abilității musculare;
- b) creșterea mobilității musculare;
- c) creșterea stabilității articulare;
- d) relaxare musculară.

50. Con tracția „negativă” reprezintă:

- a) con tracția izometrică în zona alungită;
- b) con tracția izotonică excentrică;
- c) con tracția izotonică concentrică;
- d) con tracția izometrică în zona scurtată.

Anul III. Modulul 6. Balneoclimatologia

1. Balneologia (din franceză *balnéologie*) este o ramură a medicinei care studiază acțiunea profilactică și curativă:

- a) a curenților terapeutici;
- b) a masajului;
- c) a apelor minerale/termale și nămolurilor;
- d) a tehnicilor manuale.

2. Climatoterapia studiază influența următorilor factorilor fizici ai mediului extern asupra organismului uman:

- a) apele minerale;
- b) apele termale;
- c) aerul, lumina solară, pământ;
- d) oxigenul.

3. Caracteristicile geografice ale României imprimă țării noastre caracterele unui climat:

- a) oceanic;
- b) temperat continental;
- c) ecuatorial;
- d) mediteranean.

4. Indicii bioclimatici de stres sunt:

- a) stresul bioclimatic pulmonar anual;
- b) stresul psihic;
- c) stresul muscular;
- d) stresul ocular.

5. Bioclima de stepă are o altitudine de:

- a) sub 35 metri;
- b) peste 200 metri;
- c) peste 2000 metri;
- d) sub 200 metri.

6. Bioclima de litoral maritim are o altitudine de maxim:

- a) 200 m;
- b) 300 m;
- c) 35 m;
- d) 10 m.

7. Bioclimatul de stepă nu are asupra organismului următorul efect:
- confort termic moderat sau scăzut vara;
 - stresul cutanat și cel pulmonar ca și suma acestora, stresul bioclimatic sunt scăzute;
 - solicitare intensă a mecanismelor de termoreglare (termoliza);
 - solicitare crescută a sistemului endocrine.
8. Este indicată trimiterea pacienților în stațiunile din bioclimatul de stepă în următoarele afecțiuni, cu excepția:
- rahitism;
 - ginecopatii;
 - afecțiuni neurologice centrale;
 - reumatisme degenerative.
9. Bioclimatul de stepă este contraindicat în următoarele afecțiuni, cu excepția:
- afecțiuni neurologice centrale;
 - tumori benigne cu posibilitatea de malignizare;
 - osteoporoză;
 - tuberculoză pulmonară.
10. Următoarele stațiuni sunt din bioclima de stepă, cu excepția:
- Predeal;
 - Amara;
 - Băile Felix;
 - Buziaș.
11. Bioclimatul maritim este indicat în următoarele afecțiuni, cu excepția:
- rahitism;
 - osteoporoza;
 - tuberculoza pulmonară;
 - dermatite.
12. Bioclimatul maritim este indicat în următoarele afecțiuni:
- tuberculoza pulmonară;
 - tumori benigne cu risc de malignizare;
 - ginecopatii cronice;
 - afecțiuni neurologice central.
13. Metodele specifice de tratament pe litoral sunt următoarele, cu excepția:
- aerosoloterapie;
 - talasoterapie;
 - salinoterapie;
 - cura naturistă.

- 14.** Nu este o stațiune din bioclima de litoral marin următoarea:
- a) Mangalia;
 - b) Eforie Sud;
 - c) Eforie Nord;
 - d) Băile Felix.
- 15.** Este o stațiune din bioclima de litoral marin:
- a) Vatra Dornei;
 - b) Borsec;
 - c) Techirghiol;
 - d) 1 Mai.
- 16.** Bioclima sedativ indiferentă are următoarele efecte, cu excepția:
- a) confort termic crescut;
 - b) stres pulmonar, cutanat și global crescut;
 - c) solicitare slabă a sistemului nervos central și vegetativ;
 - d) solicitare minimă a sistemului endocrin.
- 17.** Bioclima sedativ indiferentă este indicată în următoarele afecțiuni, cu excepția:
- a) cure pentru odihnă;
 - b) stări de convalescență;
 - c) traumatisme ale țesutului osos;
 - d) afecțiuni cardio-vasculare.
- 18.** Nu este o stațiune din bioclimatul sedativ indiferent:
- a) Slănic Moldova;
 - b) Slănic Prahova;
 - c) Vatra Dornei;
 - d) Olănești.
- 19.** Nu este un element al bioclimei tonice stimulente:
- a) umiditate scăzută;
 - b) precipitații în cantități mari;
 - a) temperaturi medii anuale scăzute;
 - b) viteză a vântului crescută în funcție de altitudine.
- 20.** Bioclima tonică stimulentă nu este indicată cu scop de terapeutic în:
- a) anemii post hemoragice;
 - b) astm bronșic alergic;
 - c) infarct de miocard;
 - d) tuberculoză pulmonară.
- 21.** Bioclima tonică stimulentă nu este contraindicată în:
- a) afecțiuni cardio-vasculare și respiratorii decompensate;
 - b) astm bronșic alergic;

- c) afecțiuni însoțite de meteorosensibilitate;
 - d) pacienți vârstnici cu ateroscleroză.
- 22.** Nu este o stațiune din zona montană:
- a) Paltiniș;
 - b) Olănești;
 - c) Stâna de Vale;
 - d) Poiana Brașov.
- 23.** Terapia în salină a bolilor aparatului respirator s-a impus în ultimii ani datorită creșterii frecvenței de apariție a acestor boli din cauza manifestării următorilor factori, cu excepția:
- a) industrializare excesivă;
 - b) lipsa poluării mediului;
 - c) stres psihic;
 - d) înmulțirii îmbolnăvirilor
- 24.** Microclimatul de salină are următorii parametri, cu excepția:
- a) temperatură constantă;
 - b) umiditate relativă cu valori de 60-70%;
 - c) curenți de aer cu viteză crescută;
 - d) presiune constantă.
- 25.** Nu este un efect al terapiei de salină:
- a) creșterea tusei și dispneei;
 - b) răirirea până la dispariție a crizelor de astm bronșic;
 - c) ameliorarea stării generale ale bolnavilor;
 - d) reechilibrare neurovegetativă.
- 26.** Terapia de salină nu este indicată în:
- a) astm bronșic;
 - b) cord pulmonar cronic;
 - c) bronșite cronice
 - d) rinite.
- 27.** Terapia de salină nu este contraindicată în:
- a) TBC;
 - b) rinosinuzite alergice;
 - c) cord pulmonar cronic;
 - d) neoplazii pulmonare.
- 28.** Nu este o salină utilizată în scop terapeutic:
- a) Praid;
 - b) Târg Ocna;
 - c) Turda;
 - d) Slănic Moldova.

29. Calitățile terapeutice ale gazului mofetic sunt determinate de compoziția chimică și de următorii parametri climatici, cu excepția:

- a) temperatură;
- b) umiditate;
- c) culoare;
- d) dioxid de carbon.

30. Din punct de vedere al alimentării cu dioxid de carbon, mofetele se diferențiază în următoarele categorii, cu excepția:

- a) mofete pe sursă;
- b) mofete alimentate din surse naturale;
- c) mofete de aburi;
- d) mofete alimentate cu dioxid de carbon industrial

31. Mofetele sunt gaze rezultate din emanațiile postvulcanice existente în zona de curbură a arcului Carpatic din care se utilizează ca factor terapeutic bioxidul de carbon existent în proporție de:

- a) 20 - 30%;
- b) 50 - 60%;
- c) 95 - 98%;
- d) 30 - 50%.

32. Gazul mofetarian are o acțiune vasodilatorie, în mod special, pe vasele sanguine numite:

- a) vene;
- b) artere;
- c) venule;
- d) capilare.

33. Pe baza criteriilor de formare în condiții naturale și a compoziției chimice, peloidele se clasifică în următoarele categorii cu excepția:

- a) sapropelice;
- b) de turbă;
- c) carbogazoase;
- d) minerale.

34. Nămolurile terapeutice se mai numesc:

- a) mangan;
- b) peloide;
- c) roci;
- d) mâl.

- 35.** Următoarea sursă de nămol sapropelic nu este din nămol fosilic:
- a) Techirghiol;
 - b) Ocnele Sibiului;
 - c) Ocnele Mari;
 - d) Sovata.
- 36.** Următoarea sursă de nămol sapropelic nu face parte din nămoluri de limane și de lacuri continentale:
- a) Techirghiol;
 - b) Agigea;
 - c) Amara;
 - d) Sovata.
- 37.** Nu este o proprietate fizică a nămolurilor terapeutice:
- a) granulația;
 - b) greutate specifică;
 - c) elasticitatea;
 - d) hidropexia.
- 38.** Peloidele de turbă s-au format în:
- a) lacuri și limane;
 - b) mlaștini;
 - c) bazine artificiale;
 - d) lac pe masiv de sare.
- 39.** Nu este un efect al terapiei cu peloizi:
- a) efect bacteriostatic și bactericid;
 - b) efecte imunologice;
 - c) stimulare a lanțului diencefalo-hipofizo-suprarenalian;
 - d) efect bronhoconstrictor.
- 40.** Nu este o procedură a terapiei cu peloid:
- a) cataplasma;
 - b) onțiunea;
 - c) dușul;
 - d) împachetarea.
- 41.** Împachetările cu nămol se fac la o temperatură de:
- a) 20°C;
 - b) 40 - 50°C;
 - c) 38 - 46°C;
 - d) 18°C.
- 42.** Tratamentul cu peloid nu este contraindicat în:
- a) afecțiuni endocrine;
 - b) boli ale aparatului respirator;

- c) boală ulceroasă;
- d) boli cardio-vasculare.

43. Apele minerale sunt ape care îndeplinesc una din următoarele condiții, cu excepția:

- a) mineralizare totală de peste 1 g/l;
- b) temperatură la izvor de minim 40 grade C;
- c) prezența unor gaze dizolvate în concentrații stabilite;
- d) existența unei acțiuni terapeutice verificată și demonstrată științific.

44. După Ph, apele minerale se clasifică în:

- a) oligominerale;
- b) alcaline/acide;
- c) izotone;
- d) izoterme.

45. După proveniență, apelor minerale se clasifică în următoarele categorii, cu excepția:

- a) termale;
- b) vadoase;
- c) veterice;
- d) juvenile.

46. În cura externă, apele minerale acționează datorită următorilor factori:

- a) mecanici, electrici;
- b) chimici, electrochimici;
- c) mecanici, chimici, termici;
- d) termici.

47. Cura internă cu ape minerale mai poartă denumirea de:

- a) hidroterapei;
- b) aerosoloterapie;
- c) crioterapie;
- d) crenoterapie.

48. După temperatură, apele minerale pot fi termale. Acestea au o temperatură de:

- a) 20°C;
- b) 30°C;
- c) 32 - 38°C;
- d) peste 38°C.

49. Apele hipotone au o mineralizare totală de:

- a) sub 1 g/l;
- b) 1-8 g/l;
- c) peste 8g/l;
- d) peste 10 g/l.

50. Terapia cu nămol este contraindicată în:

- a) afecțiuni reumatice degenerative;
- b) afecțiuni reumatice abarticulare;
- c) boala ulceroasă;
- d) ginecopatii cronice.

Anul III. Modulul 7. Pneumoterapia

1. În funcție de zona aerată, tipurile respiratorii întâlnite sunt în număr de:
 - a) 1;
 - b) 2;
 - c) 3;
 - d) 4.

2. Tipul respirator abdominal se mai numește:
 - a) mijlociu sau lateral;
 - b) diafragmatic sau bazal;
 - c) total;
 - d) clavicular.

3. Respirația abdominală se realizează cu ajutorul mușchiului:
 - a) intercostal intern;
 - b) diafragm;
 - c) intercostali externi;
 - d) transvers abdominal.

4. Respirația diafragmatică este specifică:
 - a) sportivilor de performanță;
 - b) femeilor;
 - c) bărbaților;
 - d) copiilor.

5. La o coborâre a diafragmului cu 2 cm se realizează o creștere a volumului cutiei toracice la adultul normal cu:
 - a) 1500 ml;
 - b) 500 ml;
 - c) 50 ml;
 - d) 5000 ml.

6. În cazul respirației diafragmatice, inspirația este un proces:
 - a) pasiv, expirația este un proces activ;
 - b) activ, expirația este un proces pasiv;
 - c) activ, expirația este un proces activ;
 - d) pasiv, expirația este un proces pasiv.

7. Pentru mobilizarea generală a diafragmului poziția adecvată este:
- în picioare;
 - decubit dorsal cu genunchi flectați;
 - decubit ventral;
 - decubit dorsal cu genunchi întinși și brațele sus.
8. Avantajele respirației abdominale sunt următoarele:
- stimulează activitatea inimii;
 - contribuie la scăderea tensiunii arteriale;
 - stimulează digestia;
 - toate răspunsurile sunt corecte.
9. Respirația costal inferioară se întâlnește de obicei:
- la bărbați;
 - la femei;
 - la sportivi;
 - la sedentari.
10. Apneea reprezintă:
- o tulburare respiratorie;
 - o oprire voluntară a respirației;
 - imposibilitatea de a efectua o expirație completă;
 - un inspir incorect.
11. În respirația de tip costal inferior, aerul pătrunde pe nas și se dirijează:
- în zonele mijlocii ale plămânilor;
 - spre vârful plămânilor;
 - spre baza plămânilor;
 - în tot plămânul.
12. Pentru a antrena respirația costală inferioară, poziția corpului este:
- decubit dorsal cu brațele ridicate deasupra capului;
 - decubit ventral;
 - stând depărtat cu fața la oglindă, mâinile sprijinite pe ultimele coaste, degetele inelar și cel mic pe abdomen sub rebordul costal;
 - stând depărtat cu fața la oglindă și cu brațele sus cu mâinile la ceafă.
13. Respirația costal superioară (claviculară) este specifică:
- bărbaților;
 - femeilor;
 - sedentariilor;
 - sportivilor.

14. În respirația costal superioară, cutia toracică este ridicată de către coastele superioare, umeri și clavicule ventilând în special:

- a) vârful plămânilor;
- b) partea de jos al plămânilor;
- c) tot plămânul;
- d) mijlocul plămânului.

15. Pentru a antrena respirația claviculară, corpul se postуреază în:

- a) decubit dorsal cu genunchi întinși;
- b) stând depărtat cu fața la oglindă, mâinile sprijinite pe ultimele coaste, degetele inelar și cel mic pe abdomen sub rebordul costal;
- c) stând depărtat, brațele pe lângă corp, palmele lipite de coapse, privirea în oglindă;
- d) decubit ventral.

16. Respirația corectă sau completă reprezintă:

- a) respirație abdominal și costal inferioară;
- b) costal inferioară și costal superioară;
- c) reunirea în cadrul unui singur act respirator a celor trei tipuri respiratorii;
- d) inspir forțat urmat de expir forțat.

17. Prin efectuarea respirației complete se realizează:

- a) o activarea a circulației sanguine;
- b) se stimulează glandele cu secreție internă;
- c) se conturează o rezistență crescută a organismului;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

18. Elementul care nu corespunde clasificării aero poluanților este:

- a) particulele minerale și organice;
- b) ionii pozitivi;
- c) corpi toxici;
- d) bacteria și viruși.

19. Nu este un principiu de apărare locală pulmonară:

- a) apărarea mecanică mucociliară;
- b) apărarea chimică;
- c) apărarea macrofagică;
- d) apărarea antiinfecțioasă.

20. Sistemul macrofagic deosebit de important ca mecanism de apărare suferă alterări sub acțiunea unor factori locali și generali. Aceștia sunt:

- a) hipoxia;
- b) procesele inflamatorii pulmonare;
- c) poluarea;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

21. Nu este un simptom funcțional care să exprime suferință a aparatului respirator:

- a) durere toracică;
- b) apnee;
- c) tuse;
- d) expectorație.

22. Greutatea de a respira care se traduce subiectiv prin senzația de sufocare sau lipsă de aer se mai numește:

- a) apnee;
- b) dispnee;
- c) tahipnee;
- d) bradipnee.

23. Rărirea mișcărilor respiratorii se mai numește:

- a) tahipnee;
- b) bradipnee;
- c) apnee;
- d) dispnee.

24. Tusea are următorul număr de timpi:

- a) 2 timpi;
- b) 3 timpi;
- c) 4 timpi;
- d) 5 timpi.

25. Nu este o metodă de investigare clinică a aparatului respirator:

- a) inspecția;
- b) palparea;
- c) tapotarea;
- d) ascultația.

26. La dispneea de grad III apare:

- a) la urcatul scărilor;
- b) la mersul pe terenul plat, în ritmul impus de o persoană sănătoasă;
- c) la mersul pe teren plat, în ritm propriu;
- d) la activitățile uzuale.

27. Nu este un test de evaluare clinic-funcțional al aparatului respirator:

- a) testul cititului;
- b) testul televizorului;
- c) testul scărilor;
- d) testul lumânării.

- 28.** Capacitatea vitală se determină prin:
- a) un inspir forțat urmat de un expir forțat;
 - b) un inspir forțat;
 - c) un expir forțat;
 - d) un inspir urmat de expir.
- 29.** Volumul curent de aer la o persoană adultă normal are o valoare de:
- a) 500 ml;
 - b) 1000ml;
 - c) 1500 ml;
 - d) 3500 ml.
- 30.** Capacitatea vitală a unui adult sănătos este de:
- a) 2000 ml;
 - b) 3500 ml;
 - c) 1500 ml;
 - d) 500 ml.

Anul III. Modulul 8. Terapie ocupațională

1. Obiectivele principale ale terapiei ocupaționale și ergoterapiei în aceste domenii medicale urmăresc:

- a) înlăturarea tulburărilor funcționale pasagere datorate unor afecțiuni simple sau complexe, în care este necesară reeducarea gestuală sau recuperarea unui deficit motor;
- b) reeducarea mijloacelor de exprimare (vorbire, atitudine, comportament);
- c) restabilirea independenței bolnavului sub aspect psihosomatic.
- d) toate afirmațiile sunt corecte.

2. Factori fiziologici care au influență asupra capacității de muncă sunt următorii, cu excepția:

- a) starea sănătății;
- b) consumul energetic; exercițiul și antrenamentul;
- c) vârsta, sexul;
- d) personalitatea.

3. Factori psihologici care au influență asupra omului și a capacității lui de muncă sunt:

- a) personalitatea, temperamental;
- b) aptitudinile de muncă, relațiile interpersonale;
- c) toate afirmațiile sunt corecte;
- d) interesul (motivația), emotivitatea.

4. Factori fizici și mediul de muncă care influențează în procesul muncii activitatea omului sunt următorii, cu excepția:

- a) iluminatul, cromatică;
- b) zgomotul, vibrațiile;
- c) muzica, microclimatul;
- d) nivelul profesional și cultural.

5. Condițiile sociale care influențează activitatea omului în procesul muncii sunt următoarele, cu excepția:

- a) regimul de muncă;
- b) organizarea activității;
- c) noxele;
- d) condițiile igienico-sanitare.

6. Scopul readaptării sociale ale persoanei cu handicap este orientat spre:

- a) obținerea și păstrarea unui loc de muncă;
- b) progresul profesional;

- c) ușurarea inserției sau semiinserției în societate.
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

7. Efectele terapiei ocupaționale sunt următoarele, cu excepția:

- a) fizice;
- b) psihice;
- c) psiho-sociale;
- d) mecanice.

8. Efectele terapiei ocupaționale din punct de vedere fizic sunt următoarele, cu excepția:

- a) crește forța musculară;
- b) rezistența la oboseală;
- c) se dezvoltă coordonarea motorie și viteza mișcării;
- d) se dezvoltă inițiativa.

9. Efectele terapiei ocupaționale din punct de vedere intelectual sunt următoarele, cu excepția:

- a) se constată o influență normalizatoare, se micșorează emotivitatea;
- b) nu se eliberează energia potențială;
- c) se dezvoltă atenția, încrederea în sine;
- d) se educă obiceiul de a lucra și posibilitatea expresiei personale, se dezvoltă inițiativa;

10. Efectele terapiei ocupaționale, din punct de vedere economic, sunt următoarele:

- a) se descoperă vocații personale;
- b) se crează obișnuințe industriale, care ajută eventual pacienții;
- c) să participe material la întreținerea lor în instituțiile sanatoriale.
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

11. Dispozitivele tehnice auxiliare care asigură autonomia persoanelor cu handicap ca și mijloc de deplasare sunt următoarele, cu excepția:

- a) bastoane, cârje;
- b) fotolii rulante, triciclete, biciclete;
- c) automobile speciale, dispozitive de acces în mijlocele de transport în comun;
- d) mijloace audio-vizuale.

12. Dispozitivele folosite în activitatea curentă de fiecare zi sunt următoarele:

- a) autoservire, servirea mesei;
- b) la îmbrăcare-dezbrăcare;
- c) toate afirmațiile sunt corecte;
- d) la spălare, toaletă, culcare.

13. Dispozitive tehnice și mijloace profesionale auxiliare adaptate pot fi următoarele, cu excepția:

- a) instrumente de lucru adaptate ca formă, greutate, mod de acționare,
- b) pentru ușurarea prehensiunii și folosirii,
- c) sisteme de comandă și de plasare la distanță a unor obiecte;
- d) sportul și dansul.

14. Recuperarea aspectului fizic constă în ameliorarea sau recuperarea integrală a unei funcții deficitare, mișcarea fiind elementul principal care vizează următoarele aspecte, cu excepția:

- a) posibilitatea de a deplasa segmentul;
- b) amplitudinea;
- c) necoordonarea mișcărilor;
- d) rezistența la efort;

15. Recuperarea aspectului psihic:

- a) executarea unor acțiuni sau angrenarea în activități, implică libera opțiune a bolnavului,
- b) aptitudinile și starea lui mintală de asemenea se adaptează capacității și posibilității sale psihice și fizice de moment;
- c) solicitarea acestora în direcția captării interesului și cooperării la propria vindecare;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

16. Recuperarea aspectului profesional:

- a) uneori se apelează la alte activități, diferite, urmând ca pe parcurs obiectivul de bază să devină reluarea activității profesionale anterioare, acolo unde este posibil.
- b) se urmărește parcurgerea progresivă, naturală și liberă a etapelor de readaptare la munca pacientului, folosirea gestualității specifice acesteia.
- c) toate afirmațiile sunt corecte;
- d) când recuperarea nu mai poate fi realizată, se impune reorientarea profesională, în limita posibilităților sale psihotehnice.

17. Afirmația falsă referitoare la recuperarea aspectului social este:

- a) reinsertia socială a pacienților poate fi facilitată prin recuperarea unor elemente și gesturi de autoservire specifice vieții de zi cu zi (igiena corporală, servirea mesei);
- b) adaptările nu sunt necesare la domiciliu fiindcă nu trebuie să faciliteze acțiunile bolnavului respectiv în vederea creșterii autonomiei acestuia;
- c) stimularea și pregătirea gestualității în vederea protejării sau de adaptare la activitățile menajere, sunt elemente decisive pentru reintegrarea familială și socială;
- d) terapeutul ocupațional are rol important de pregătire propriu-zisă a bolnavului, dar și de consiliere a membrilor familiei în care aceștia se reîntorc.

18. Terapia ocupațională, pentru sustragerea bolnavului din starea nevrotică sau psihotică, pune la dispoziția sa:

- a) preocupări dirijate care să determine o descărcare afectivă, resocializarea și dezalienarea acestuia;
- b) activități ușoare, simple și reconfortante desfășurate în cluburi, cenacluri;
- c) toate afirmațiile sunt adevărate;
- d) reuniuni literar-muzicale, play, hobby terapia.

19. La copiii cu mari handicapuri motorii se urmărește în cadrul ședințelor de terapie ocupațională:

- a) educarea gestuală;
- b) câștigarea unei independențe pentru activitățile zilnice;
- c) în situațiile cu prognostic funcțional și vital sumbru, eforturile terapeutice se concentrează asupra păstrării vieții și scopului de a o face suportabilă;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

20. În cazul adolescentului cu handicap motor terapia ocupațională:

- a) va căuta să-i ofere o activitate socio-culturală, intelectuală, rațională;
- b) în situația în care se redobândește o suficientă independență, se procedează la instruirea cu scop socio-profesional;
- c) toate afirmațiile sunt adevărate;
- d) activitate remunerată, fie la domiciliu, în atelier protejat sau într-un loc de muncă amenajat special care să-i permită desfășurarea unei activități pe măsura posibilităților proprii.

21. Principiile care trebuie respectate în munca de terapie ocupațională și cu copiii deficienți sunt următoarele, cu excepția:

- a) intervenția cât mai precoce este posibilă (datorită repercusiunilor pe care le au privațiunile specifice copilului handicapat sub aspectul performanțelor fizice și psihice, a stării senzoriale și perceptivă);
- b) solicitarea să fie pe măsura posibilităților copilului (să-i respecte ritmul, stereotipul dinamic propriu, să obțină adeziunea copilului la activitatea propusă, să nu-l obosească);
- c) în timpul activităților terapeutice trebuie să vorbească cu copilul, să-l îndemne, să-l stimuleze, iar subiectul discuțiilor să fie adaptat vârstei și posibilităților lui de înțelegere;
- d) activitățile manuale trebuie să aibă loc după alte activități intelectuale sau fizice.

22. În situația bolnavilor paraplegici și tetraplegici, terapia ocupațională încearcă realizarea următoarelor obiective, cu excepția:

- a) reducerea deficitului motor rezultat din leziunea sau întreruperea căilor medulare, cu ajutorul mișcărilor și gesturilor reeducative;
- b) acolo unde deficitul motor este irecuperabil, se recurge la compensarea mișcărilor pierdute prin folosirea aptitudinilor restante, la o adaptare fizică

- și psihologică la cerințele vieții de zi cu zi;
- c) dobândirea independenței la acești bolnavi este primul scop al terapiei ocupaționale;
- d) eforturile sunt minime, atât din partea pacientului, cât și a terapeuților implicați în recuperarea lui.

23. Recuperarea hemiplegicului vascular este în concordanță cu:

- a) gravitatea handicapului motor,
- b) localizarea leziunii, natura;
- c) vechimea bolii, vârsta și sexul bolnavului;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

24. Reeducarea handicapului motor cerebral se realizează:

- a) într-un centru de recuperare, la ea contribuind o echipă de specialiști printr-o muncă specializată, de lungă durată;
- b) orice câștig pe plan motor, spațial, corporal, sunt fructificate,
- c) devenind gesturi ce tind să confere bolnavului din ce în ce mai multă independență;
- d) toate afirmațiile sunt corecte

25. Recuperarea prin terapie ocupațională prezintă o importanță deosebită în cazul traumatismelor membrilor superioare la care se urmăresc următoarele obiective, cu excepția:

- a) redobândirea forței,
- b) redobândirea prehensiunii și coordonării,
- c) redobândirea abilității, preciziei.
- d) scăderea mobilității.

26. Principalele obiective ale terapiei ocupaționale în afecțiunile osteo-articulare, reumatismale și traumatice sunt:

- a) toate afirmațiile sunt adevărate;
- b) tonifierea musculaturii și obținerea unei stări generale bune;
- c) prevenirea deformațiilor, anchilozelor, atrofiilor musculare;
- d) readaptarea sau reorientarea profesională.

27. Aspectul esențial în recuperarea bolnavului traumatic și reumatic este următorul, cu excepția:

- a) câștigarea amplitudinii mișcărilor;
- b) obținerea adeziunii sale de a contribui activ la recâștigarea utilității pentru el și pentru cei din jur;
- c) atrofia musculară;
- d) câștigarea forței musculare;

28. Dintre ocupațiile și activitățile folosite în terapia ocupațională pentru recuperarea mâinii reumatice în poliartrita reumatoidă sunt următoarele:

- a) diferite jocuri cu mingea de tenis, pe care bolnavul o prinde în mână

- efectuând diverse mișcări de extensie, flexie, rotație;
- b) cititul și răsfoitul unor albume (manevrând cu degetele filele acestora ține policele în abducție maximă);
- c) cusutul, brodatul, împletitul; modelarea plastilinei, a lutului;
- d) toate afirmațiile sunt corecte.

29. Mișcări folosite în cadrul terapiei ocupaționale pentru recuperarea articulației cotului și umărului cu excepția:

- a) jocuri și activități care antrenează concomitent mâna, cotul și umărul;
- b) înșurubarea și deșurubarea unor becuri, siguranțe, robinete;
- c) folosirea mașinii de cusut cu pedală.
- d) jocul cu mingea (lovirea de sol și de perete a mingii și reprinderea ei);

30. În recuperarea artrozelor mâinii, terapia ocupațională recomandă următoarele gesturi și mișcări:

- a) strângerea repetată a unor obiecte elastice în mână (mingi, jucării gonflabile);
- b) toate răspunsurile sunt corecte;
- c) modelarea unor materiale semi moi (antrenează numeroase grupe musculare și diferite tipuri de prehensiune);
- d) manevrarea unor obiecte mici (mărgele, bile, construcții din bețe de chibrit, împletituri din fire, broderii, desen, pictură, cântat la pian, fluiet, etc.).

31. Pentru afecțiunile reumatice ale piciorului, terapia ocupațională până la un punct, folosește aceleași mijloace ca și kinetoterapia, cu excepția:

- a) bicicletei ergometrică;
- b) exercițiului de apucare a unui prosop cu degetele piciorului;
- c) călcatului rufelor;
- d) lansarea unei bile de pe picior prin extensia degetelor și dorsiflexia acestora;

32. Principiile care stau la baza terapiei ocupaționale în cadrul afecțiunilor respiratorii sunt următoarele, cu excepția:

- a) programele de recuperare a rezistenței la efort să se aplice numai în faza stabilă a bolii;
- b) terapeutului în activitățile care vizează rezistența la efort nu trebuie să evite oboseala;
- c) educația sanitară a acestor bolnavi este necesară, în sensul convingerii de a renunța la fumat, a prevenirii și tratării precoce a episoadelor infecțioase, combaterii exceselor ponderale, a informării bolnavului cu privire la stadiul bolii sale, a cooperării pentru recuperarea sa prin respectarea prescripțiilor medicale;
- d) necesitatea supravegherii permanente a bolnavului pentru prevenirea unor incidente și pentru a regla permanent efortul, pentru a-l aprecia sub aspectul posibilităților și al calității activității prestate, în scopul includerii

în cadrul unei grupe de lucru;

33. Obiectivele ergoterapiei la bolnavii cu afecțiuni ale aparatului respirator vizează următoarele aspecte:

- a) reeducarea funcțională;
- b) psihoterapia;
- c) pre orientarea profesională;
- d) toate afirmațiile sunt corecte.

34. Întregul complex de măsuri care vizează recuperarea vârstnicului urmărește prevenirea degradării sale fizice, psihice și sociale, să-i redea independența funcțională, demnitatea umană, să împiedice izolarea acestuia. Terapia ocupațională vizează:

- a) recuperarea motricității (completează terapia globală și kinetoterapia);
- b) reluarea activităților de zi cu zi pentru redobândirea autonomiei;
- c) psihoterapie specială (gero psihologie) care conduce la o colaborare activă a vârstnicului în vederea acceptării unei activități rentabile sub aspect material dar care totodată combate apatia și deprimarea;
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

35. Obiectivele terapiei ocupaționale la vârstnici pot fi considerate următoarele, cu excepția:

- a) prevenirea și întârzierea proceselor de îmbătrânire;
- b) reantrenarea prin mijloace diverse, în condiții fiziologice, a funcțiilor diminuate sau pierdute;
- c) scăderea capacității de adaptare la noi situații;
- d) preîntâmpinarea desocializării (aspect legat de pensionare, scăderea performanțelor fizice și intelectuale cât și de bolile care survin);

36. Dintre activitățile recomandate în funcție de starea și posibilitățile fizice ale fiecărui vârstnic se recomandă următoarele, cu excepția:

- a) activități sportive de masa – fotbal;
- b) activități la pat - croșetatul, cusutul, confecționarea unor obiecte de artizanat;
- c) munca în sere de flori, în curți, grădini, parcuri;
- d) participarea la activități artistice, culturale, frecventarea cluburilor, cinematografelor, vizitarea muzeelor, sărbătorirea unor evenimente.

37. Terapeutul ocupațional în munca desfășurată cu persoanele în vârstă trebuie să urmărească:

- a) acordarea considerației și respectul cuvenit pentru ceea ce a făcut în viață persoana respectivă, ascultându-l cu răbdare;
- b) comportarea adecvată (autoritară sau mai puțin autoritară) a terapeutului față de bătrân, în așa fel încât să nu-i lezeze personalitatea dar nici să nu ducă la refuzarea tratamentului;
- c) toate răspunsurile sunt corecte;

d) abordarea unei atitudini optimiste care să însuflească pacientului vârstnic speranța de viitor, curaj, interes pentru activitățile propuse.

38. Terapia ocupațională recreativă - cuprinde o serie de activități atractive, mai mult sau mai puțin complexe, clasificate în următoarele categorii, cu excepția:

- a) tehnici de exprimare (desen, pictură, scris, sculptură, mânuirea păpușilor);
- b) tehnici sportive (diferite jocuri sau părți ale jocurilor sportive);
- c) tehnici recreative (jocuri distractive adaptate posibilităților persoanelor cu handicap - fotbal, popice, șah, țintar);
- d) gestică.

39. Terapia ocupațională funcțională este o formă de ergoterapie dirijată în care se urmărește executarea anumitor mișcări în cadrul unor activități de muncă sau ocupație, cum ar fi:

- a) tehnici de bază (gestualitatea în prelucrarea materiei prime - lut, lemn, fibre naturale,
- b) în activități ca olăritul, tâmplăria, țesutul);
- c) tehnici complementare - totalitatea activităților lucrative umane (ex. marochinărie, tipografie, dactilografie, cartonaj, etc.);
- d) toate răspunsurile sunt corecte.

40. Terapia ocupațională profesională este practică în următoarele instituții, cu excepția:

- a) în centre de recuperare special utilizate,
- b) spitale cu profil ergoterapeutic;
- c) școli normale;
- d) școli profesionale speciale (atelier școală).

BAREM DE CORECTARE

An I Modulul 2

1	a	11	b	21	c	31	c	41	c
2	b	12	c	22	c	32	c	42	c
3	c	13	b	23	a	33	d	43	a
4	c	14	c	24	c	34	a	44	a
5	b	15	d	25	a	35	b	45	b
6	c	16	d	26	b	36	a	46	d
7	a	17	b	27	d	37	c	47	a
8	d	18	d	28	d	38	b	48	c
9	b	19	a	29	c	39	b	49	a
10	b	20	d	30	d	40	b	50	b
								51	b

An I Modulul 4

1	c	13	b	25	b	37	b	49	c
2	a	14	c	26	b	38	c	50	b
3	c	15	b	27	c	39	a	51	
4	d	16	c	28	c	40	a	52	
5	c	17	b	29	c	41	b	53	
6	b	18	b	30	a	42	b	54	
7	b	19	d	31	c	43	c	55	
8	c	20	a	32	c	44	b	56	
9	d	21	c	33	c	45	b	57	
10	b	22	c	34	d	46	a	58	
11	c	23	c	35	d	47	a	59	
12	b	24	d	36	c	48	c	60	

An I modulul 6

1	a	9	b	17	a	25	c	33	d
2	a	10	b	18	c	26	a	34	b
3	b	11	d	19	d	27	a	35	d
4	d	12	d	20	c	28	d	36	b
5	a	13	c	21	a	29	b	37	a
6	c	14	b	22	c	30	a	38	c
7	c	15	d	23	b	31	d	39	b
8	d	16	d	24	a	32	c	40	b

An I Modulul 7

1	d	8	b	15	a	22	b	29	d
2	b	9	a	16	a	23	c	30	d
3	a	10	c	17	b	24	b	31	d
4	b	11	a	18	a	25	a	32	b
5	c	12	a	19	a	26	a		
6	b	13	c	20	c	27	c		
7	a	14	b	21	a	28	c		

An II Modulul 2

1	d	29	c	57	d	85	c	113	a
2	b	30	d	58	d	86	b	114	c
3	c	31	b	59	a	87	a	115	d
4	a	32	d	60	b	88	b	116	b
5	b	33	b	61	a	89	d	117	d
6	b	34	a	62	d	90	c	118	c
7	a	35	b	63	a	91	c	119	a
8	a	36	c	64	d	92	d	120	c
9	a	37	a	65	a	93	d	121	d
10	d	38	c	66	d	94	c	122	b
11	c	39	a	67	b	95	d	123	a
12	b	40	a	68	b	96	d	124	d
13	c	41	b	69	b	97	c	125	d
14	b	42	b	70	c	98	d	126	b
15	d	43	c	71	d	99	c	127	d
16	c	44	a	72	c	100	a	128	c
17	a	45	a	73	b	101	d	129	c
18	a	46	a	74	c	102	d	130	c
19	c	47	d	75	b	103	d	131	d
20	d	48	c	76	c	104	d	132	d
21	b	49	d	77	d	105	d	133	d
22	c	50	b	78	b	106	c	134	c
23	c	51	d	79	a	107	d	135	c
24	b	52	a	80	b	108	d	136	d
25	c	53	b	81	d	109	d	137	c
26	b	54	c	82	c	110	d	138	d
27	a	55	a	83	c	111	c	139	d
28	a	56	a	84	c	112	d	140	c

An II Modulul 3

1	b	21	d	41	b	61	c	81	a
2	d	22	a	42	b	62	b	82	b
3	c	23	d	43	a	63	d	83	d
4	c	24	b	44	b	64	b	84	c
5	c	25	c	45	c	65	c	85	a
6	b	26	b	46	a	66	a	86	d
7	d	27	a	47	a	67	d	87	c
8	b	28	a	48	c	68	b	88	a
9	c	29	b	49	a	69	c	89	d
10	c	30	d	50	a	70	b	90	a
11	b	31	d	51	b	71	a	91	d
12	a	32	a	52	a	72	c	92	b
13	d	33	a	53	c	73	b	93	a
14	b	34	c	54	d	74	d	94	c
15	d	35	c	55	c	75	b	95	d
16	b	36	d	56	b	76	c	96	a
17	d	37	b	57	c	77	c		
18	c	38	d	58	a	78	c		
19	a	39	a	59	c	79	d		
20	c	40	d	60	a	80	a		

An II Modulul 4

1	d	8	b	15	a	22	d	29	c
2	d	9	b	16	d	23	c	30	d
3	d	10	d	17	c	24	a	31	b
4	c	11	c	18	d	25	c	32	a
5	d	12	d	19	b	26	b	33	b
6	b	13	d	20	a	27	c	34	c
7	d	14	d	21	a	28	b	35	c

An II Modulul 5

1	c	15	c	29	b	43	b	57	a
2	c	16	d	30	c	44	a	58	b
3	c	17	a	31	c	45	d	59	d
4	c	18	b	32	d	46	b	60	a
5	d	19	a	33	b	47	d	61	d
6	a	20	c	34	d	48	a	62	c
7	d	21	c	35	c	49	d	63	c
8	c	22	d	36	d	50	b	64	d

9	c	23	b	37	c	51	b	65	c
10	a	24	d	38	d	52	d	66	d
11	c	25	d	39	d	53	b	67	b
12	a	26	d	40	d	54	d		
13	a	27	c	41	d	55	a		
14	c	28	b	42	c	56	b		

An II Modulul 6

1	b	26	c	51	a	76	a	101	d
2	d	27	d	52	a	77	a	102	a
3	c	28	b	53	c	78	d	103	c
4	d	29	a	54	a	79	d	104	d
5	c	30	c	55	b	80	b	105	a
6	d	31	b	56	b	81	b	106	b
7	a	32	d	57	c	82	a	107	b
8	b	33	d	58	a	83	d	108	a
9	d	34	b	59	b	84	d	109	a
10	b	35	c	60	a	85	b	110	c
11	a	36	c	61	c	86	c	111	d
12	c	37	a	62	b	87	b	112	b
13	b	38	d	63	a	88	a	113	a
14	a	39	c	64	b	89	b	114	c
15	d	40	d	65	c	90	c	115	d
16	d	41	b	66	c	91	a	116	b
17	b	42	d	67	a	92	d	117	c
18	d	43	a	68	c	93	b	118	d
19	d	44	c	69	d	94	c	119	c
20	c	45	d	70	d	95	d	120	c
21	d	46	b	71	d	96	b	121	b
22	b	47	c	72	a	97	b	122	c
23	b	48	d	73	c	98	c	123	a
24	c	49	b	74	d	99	b		
25	d	50	c	75	c	100	d		

An II Modulul 7

1	c	6	c	11	b	16	a	21	c
2	c	7	c	12	b	17	a	22	d
3	a	8	d	13	b	18	a	23	c
4	d	9	a	14	d	19	c	24	c
5	d	10	c	15	c	20	b	25	a

An II Modulul 8

1	a	16	a	31	a	46	a	61	a	76	b	91	b
2	c	17	a	32	a	47	d	62	b	77	c	92	b
3	b	18	b	33	b	48	c	63	d	78	d	93	d
4	a	19	a	34	d	49	d	64	d	79	b	94	c
5	b	20	d	35	b	50	c	65	d	80	d	95	c
6	a	21	b	36	c	51	b	66	b	81	c	96	c
7	c	22	a	37	d	52	c	67	c	82	b	97	b
8	b	23	c	38	a	53	c	68	d	83	d	98	a
9	a	24	b	39	d	54	d	69	c	84	c	99	c
10	a	25	d	40	d	55	a	70	d	85	b	100	d
11	b	26	a	41	d	56	b	71	c	86	d	101	d
12	b	27	a	42	b	57	c	72	d	87	b	102	b
13	c	28	b	43	c	58	d	73	c	88	d	103	d
14	b	29	a	44	c	59	b	74	d	89	c	104	c
15	c	30	d	45	d	60	d	75	b	90	a		

An III Modulul 1

1	a	21	b	41	b	61	c	81	a
2	b	22	a	42	c	62	b	82	c
3	c	23	d	43	a	63	c	83	d
4	c	24	c	44	d	64	d	84	a
5	c	25	a	45	b	65	d	85	d
6	b	26	d	46	d	66	d	86	a
7	d	27	c	47	a	67	b	87	b
8	c	28	d	48	a	68	b	88	c
9	b	29	a	49	d	69	c	89	d
10	d	30	d	50	a	70	c	90	a
11	c	31	c	51	b	71	c	91	a
12	a	32	d	52	a	72	d	92	b
13	b	33	c	53	a	73	a	93	d
14	c	34	d	54	a	74	c		
15	c	35	a	55	c	75	a		
16	b	36	b	56	a	76	a		
17	d	37	b	57	a	77	a		
18	c	38	d	58	a	78	c		
19	d	39	a	59	a	79	a		
20	c	40	a	60	a	80	b		

An III Modulul 2

1	b	11	d	21	c	31	a	41	a
2	a	12	a	22	d	32	a	42	b
3	c	13	d	23	b	33	a	43	c
4	d	14	b	24	a	34	b	44	d
5	a	15	a	25	d	35	d	45	c
6	b	16	a	26	c	36	c	46	b
7	c	17	c	27	b	37	b	47	d
8	d	18	c	28	d	38	b	48	c
9	a	19	a	29	d	39	a	49	b
10	c	20	d	30	a	40	c	50	d

An III Modulul 3

1	b	6	b	11	a	16	a	21	b
2	d	7	d	12	d	17	d	22	d
3	c	8	d	13	a	18	c	23	a
4	a	9	a	14	d	19	b	24	b
5	d	10	a	15	c	20	c	25	a

An III Modulul 4

1	a	11	b	21	c	31	c	41	c
2	b	12	d	22	d	32	d	42	c
3	b	13	c	23	b	33	c	43	c
4	d	14	d	24	c	34	b	44	b
5	a	15	b	25	d	35	c	45	d
6	d	16	c	26	d	36	b	46	c
7	b	17	c	27	a	37	c	47	d
8	d	18	d	28	b	38	c	48	d
9	b	19	c	29	c	39	c	49	d
10	a	20	d	30	b	40	b	50	c

An III Modulul 5

1	c	11	c	21	d	31	b	41	c
2	c	12	c	22	a	32	c	42	b
3	b	13	c	23	c	33	a	43	c
4	b	14	c	24	b	34	d	44	c
5	c	15	b	25	c	35	c	45	d
6	b	16	c	26	a	36	b	46	c
7	a	17	a	27	d	37	c	47	d
8	c	18	c	28	c	38	c	48	c
9	c	19	c	29	b	39	b	49	a
10	d	20	d	30	b	40	c	50	b

An III Modulul 6

1	c	11	c	21	b	31	c	41	c
2	c	12	c	22	b	32	d	42	a
3	b	13	c	23	b	33	c	43	b
4	a	14	d	24	c	34	b	44	b
5	d	15	c	25	a	35	a	45	a
6	c	16	b	26	b	36	d	46	c
7	b	17	c	27	b	37	c	47	d
8	c	18	c	28	d	38	b	48	c
9	c	19	a	29	c	39	d	49	b
10	a	20	c	30	c	40	c	50	c

An III Modulul 7

1	c	7	b	13	b	19	b	25	c
2	b	8	d	14	a	20	d	26	c
3	b	9	c	15	d	21	b	27	c
4	c	10	b	16	c	22	b	28	a
5	b	11	a	17	d	23	b	29	a
6	b	12	c	18	b	24	b	30	b

An III Modulul 8

1	d	9	b	17	b	25	d	33	d
2	d	10	d	18	c	26	a	34	d
3	c	11	d	19	d	27	c	35	c
4	d	12	c	20	c	28	d	36	a
5	c	13	d	21	d	29	c	37	c
6	d	14	c	22	d	30	b	38	d
7	d	15	d	23	d	31	c	39	d
8	d	16	c	24	a	32	b	40	c

Bibliografie:

- Albu, A., Albu, C., Petcu, I., *Asistența în familie a persoanei cu deficiență funcțională. Tehnici de îngrijire și manevrare a bolnavului*, Ed. Polirom, Iași, 2001;
- Albu, C., Rascrachi, I., Albu, A., Rascarachi, G., *Știți să respirați corect?*, 2011;
- Alexa, O., Stratan, L., *Noțiuni de bază în ortopedie-traumatologie*, Ed. Litografia U.M.F., Iași, 1999;
- Antonescu, D., Obrașcu, C. Ovezza, A., *Corectarea coloanei vertebrale*, Editura Medicală, București, 1993;
- Arseni, C., *Tratat de neurology, vol. IV*, Ed. Medicală, București, 1982;
- Baciuc, C., *Aparatul locomotor*, Ed. Medicală, București, 1981;
- Baciuc, C., *Anatomia funcțională și biomecanica aparatului locomotor*, Ed. Sport-Turism, București, 1977;
- Baciuc, C., *Kinetoterapia pre și postoperatorie*, Ed. Medicală, București, 1978;
- Baciuc, C., *Semiologia clinică a aparatului locomotor*, Ed. Medicală, București, 1975;
- Baciuc, C., *Semiologia clinică a aparatului locomotor*, Ed. Medicală, București, 1975;
- Baciuc, I., *Fiziologie*, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1977;
- Baciuc, I., *Fiziologie*, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1997;
- Badiu, G., Teodorescu, I., Exarcu, I., *Fiziologia și fiziopatologia sistemului nervos*, Ed. Medicală, București, 1978;
- Benga, I., *Introducere în neurologia pediatrică*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1994;
- Bighea, Adrian, *Terapie fizică și reabilitarea în practica medicală*, Editura Medicală Universitară, Craiova, 2005;
- Bighea, *Electroterapie*, Capitol în *Medicină fizică, balneoclimatologie și recuperare*, sub red. Roxana Popescu, Ed. Medicală Universitară Craiova, 2005;
- Borgi, R., Plas, F., *Traumatologie et rééducation-Biomecanique, principes thérapeutiques*, Ed. MASSON, Paris, 1982;
- BTL, *Ghid de electroterapie*, București, 2000;
- Buiac, D., *Mers+alergare=sănătate*, Ed. Sport-Turism, București, 1978;
- Cintează Delia, *Recuperare medicală – Termoterapie*, Ed. LIBRA VOX, 2003;
- Clement, B., *Programe de gimnastică medicală*, București, Editura Stadion, 1974;
- Cordun, M., *Kinetologie medicală*, București, Editura AXA, 1999;
- Crăciun, M., *Kinetoprofilaxia*, Note de curs. Bacău;
- Dovtrelox, J-P., Maseglia M., Robert P., *Le muscle – Musculation, stretching de l'entretien à la performance, Collection sport et Connaissance*, Ed. Amphora, 1999.
- Duațu, St., *Explorarea funcțională pulmonară*, Editura Medicală, București;
- Duma, E., *Deficiențe de dezvoltare fizică*, Ed. Ergonaut, Cluj-Napoca;
- Dumitru, Ghe., *Suferințele musculare ale sportivilor*, Ed. Monograf, Constanța, 1994;
- Epuran, M., Cordun, M., Mârza, D., Moțet, D., Ocheană, G., Stănescu, M., *Asistență, consiliere și intervenții psihomedicale în sport și kinetoterapie*, Ed. Humanitas, București, 2006;

- Epuran, M., Cordon, M., Mârza, D., Moțet, D., Ocheană, G., Stănescu, M., *Asistență, consiliere și intervenții psihomedicale în sport și kinezoterapie*, Ed. Humanitas, București, 2006.
- Flora, D., *Tehnici de bază în kinezoterapie*, Ed. Universității din Oradea, 2002.
- Geormăneanu, M., *Patologie indusă prenatal*, Ed. Medicală, București, 1978.
- Ionescu Ruxandra, *Esențialul în reumatologie*, Ed. Medicală AMALTEIA, 2006;
- Kinesitherapie Scientifique, *Analyse de la marche & kinezitherapie*, n° 485, Fevrier, 2008.
- Kiss I., *Fiziokinetoterapia și recuperarea medicală în afecțiunile aparatului locomotor*, Editura Medicală, București, 2004;
- Kiss I., *Fizioterapie și recuperarea medicală*, Editura Medicală, București, 2002;
- Kiss I., *Tratamentul fizical-kinetic și recuperarea medicală în sindromul algo-funcțional lombo-sacrat*, Editura Medicală, București, 2004;
- Krausz L., Krausz L.T., *Fiziokinetoterapie - pe baze fiziopatologice*, Editura Medicală, Universitară Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, 2004;
- Lozincă, I., *Recuperarea kinezoterapeutică a pacienților de pe secția de chirurgie pulmonară*, Editura Universității din Oradea, 2005;
- Marcu, V., Matei, C. & colab., *Facilitarea neuroproprioceptivă în asistența kinetică*, Editura Universității din Oradea, 2005;
- Mogoș V., *Apa, agent terapeutic*, Editura Sport Turism, București, 1990;
- Neiger, H., Gosselin, P., *Les étirements musculaires analytiques manuels – Techniques passives*, Ed. Maloine, 1998;
- Nica Adriana Sarah, *Recuperare medicală*, Ed. Universitară “Carol Davila”, 2004;
- Ochiană, G., *Kinezoterapia în afecțiuni respiratorii*, Ed. Pim, Iași, 2008;
- Ochiană, G., *Ludoterapia în recuperarea disabilităților psiho-neuro-motorii ale copiilor*, Ed. Performantica, Iași, 2006.
- Organizația Mondială a Sănătății, *Clasificare internațională a funcționării, dizabilității și sănătății*, Ed. MarkLink, București, 2004;
- Papilian, V., *Anatomia omului*, Volumul I - Ediția a X-a revizuită de prof. Albu, I., Ed. Bic ALL, București, 2001;
- Pásztai, Z., *Kinezoterapia în neuropediatrie*, Ed. Ariona, Oradea, 2004;
- Pásztai, Z., *Kinezoterapia în recuperarea funcțională posttraumatică a aparatului locomotor*, Ed. Univ. Oradea, Oradea, 2001;
- Păun Radu, *Tratat de medicină internă, Reumatologie*, vol I, vol II, Editura Medicală, București, 1999;
- Plas, F., Hagron, E., *Kinezoterapie activă*, Ed. Polirom, Iași, 2001;
- Popescu Roxana, Patru Simona, *Hidrotermoterapie și balneologie*, Editura Medicală Universitară, Craiova, 2003;
- Popescu Roxana, *Medicină fizică, balneoclimatologie și recuperare*, Editura Medicală Universitară, Craiova, 2005;
- Raveica, G., *Anatomia aparatului locomotor și elemente de anatomie topografică*, Ed. Edusoft, Bacău, 2006;
- Raveica, G., *Biomecanică - Curs pentru studenții specializării kinezoterapie*, 2005;

- Raveica, G., *Kinetoterapia în afecțiuni ortopedico-traumatice. Curs pentru studenții specializării kinetoterapie*, 2005;
- Raveica, G., Nicolescu, M., Berceanu, M., Ojoga, F., Rădulescu, R., Mihăiță, I., *Tratamentul ortopedico-chirurgical și kinetoterapia în afecțiunile aparatului locomotor*, Ed Alma Mater, Bacău, 2000;
- Raveica, G., *Principii de biomecanică în kinetoterapie - Biomecanica mersului*, Ed. Pim, Iași, 2006;
- Rădulescu A., *Electoterapie*, Editura Medicală, București, 1993;
- Rădulescu A., *Fizioterapie – proceduri de hidrotermoterapie crioterapie masajul medical clasic masajul segmentar*, Editura Medicală, București, 2002;
- Rădulescu Andrei, *Electroterapie*, Editura Medicală, București, 2002;
- Rădulescu, M., S., *Sociologia sănătății și a bolii*, Ed. Nemira, București, 2002;
- Robănescu, N., *Readaptarea copilului handicapat fizic*, Ed. Medicală, București, 1976;
- Robănescu, N., *Reeducarea neuro-motorie*, Ed. Medicală, București, 2001;
- Sbeghe, T., *Kinetologia profilactică, terapeutică și de recuperare*, Ed. Medicală, București, 1987;
- Sbeghe, T., *Bazele teoretice și practice ale kinetoterapiei*, Ed. Medicală, București, 1999;
- Sbeghe, T., *Kinesiologie-știința mișcării*, Ed. Medicală, București, 2002;
- Sbeghe, T., *Recuperarea medicală a sechelelor posttraumatice ale membrilor*, Ed. Medicală, București, 1981;
- Sbeghe, T., *Recuperarea medicală la domiciliul bolnavului*, Ed. Medicală, București, 1996.
- Șerbescu, C., *Kinetoprofilaxie primară. Biologia condiției fizice*, Ed. Universității din Oradea, 2000;
- Teleki Nicolae, Munteanu Laviniu, Constantin Stoicescu, Elena Teodoreanu, Ludovic Grigore, *Cura balneoclimatică în România*, Editura Sport Turism, București, 1984;
- Teodorescu, I., *Fiziologia și fiziopatologia respirației*, Editura Medicală, București
- www.bioptron.ro/?m=407;
- www.dralinpopescu.ro/2010/terapia-laser.html.

CUPRINS

Anul I: Modulul 2. Noțiuni de fizică	3
Anul I. Modulul 4: Tehnici de îngrijire în nursing	11
Anul I. Modulul 6: Semiologie și medicină internă	19
Anul I. Modulul 7: Chirurgie, ortopedie, traumatologie și nursing specific	25
Anul II. Modulul 1: Urgențe medico-chirurgicale	30
Anul II - Modulul 2. Obiective și tehnici în kinetoterapie	35
Anul II. Modulul 3: Hidrotermoterapia	56
Anul 2. Modulul 4. Biomecanică articulară și bilanț muscular	70
Anul II. Modulul 5: Masoterapia	76
Anul II. Modulul 6: Terapia cu curenți de joasă, medie și înaltă frecvență	87
Anul II. Modulul 7. Fototerapia și terapia prin câmp magnetic	106
Anul II. Modulul 8: Elemente de reumatologie utilizate în recuperarea medicală	110
Anul III. Modulul 1. Elemente de neurologie și psihiatrie utilizate în recuperarea medicală	127
Anul III - Modulul 2: Elemente de pediatrie utilizate în recuperarea medicală	141
Anul III - Modulul 3: Elemente de recuperare socio-profesională	148
Anul III. Modulul 4. Recuperarea medicală pe afecțiuni	152
Anul III. Modulul 5: Kinetoterapia	160
Anul III. Modulul 6. Balneoclimatologia	167
Anul III. Modulul 7. Pneumoterapia	175
Anul III. Modulul 8. Terapie ocupațională	180
Barem de corectare	188
Bibliografie	195