

MEDICINA GENERALA

SPECIALITATEA: MEDICINA GENERALA

1. Bronsita acuta este:

- a. o inflamatie acuta a mucoasei bronsice interesind de obicei bronhiile mari si mijlocii si frecvent traheea;
- b. sindrom clinic caracterizat prin tuse, cresterea secretiei bronsice;
- c. afectiune caracterizata prin dilatarea bronhiilor mici si mijlocii si infectarea lor.

2. Bronsita acuta poate fi provocata de:

- a. factori infectiosi;
- b. factori alergici;
- c. aer viciat prin scaderea de O₂ sau excesul de CO₂.

3. Cele mai importante cauze favorizante ale bronsitei acute sunt:

- a. frigul, fumul, praful, umiditatea, excesul de tutun, eforturile vocale;
- b. frigul, umiditatea, alcoolismul, insuficienta cardiaca;
- c. scaderea rezistentei organismului, frig, deformari toracice, denutritie.

4. Simptomatologia bronsitei cronice este caracterizata de:

- a. faza de coriza, faza de cruditate, faza de coctiune;
- b. tuse si sectie bronsica, cel putin 3 luni pe an;
- c. frison unic, junghi toracic, febra.

5. Faza de cruditate in bronsita acuta este caracterizata prin:

- a. tuse uscata, spasmodica;
- b. durere vie retrosternala;
- c. tuse insotita de expectoratie mucoasa.

6. Faza de coctiune in bronsita acuta este caracterizata prin:

- a. usoara ascensiune termica, jena la deglutitie;
- b. tuse uscata spasmodica;
- c. tuse insotita de expectoratie, mucoasa sau mucopurulentă.

7. Tratamentul simptomatic al bronsitei acute in faza de cruditate este reprezentat de :

- a. calmante ale tusei, antipiretice, analgetice;
- b. dezinfectante nazo faringiene;
- c. expectorante.

8. In faza de coctiune a bronsitei acute tratamentul simptomatic consta in :

- a. corticoterapie;
- b. siropuri expectorante;
- c. bauturi calde.

9. Tratatamentul bronșitelor cronice constă în:
- combaterea focarelor septice, sinusale și rinofaringiene;
 - corticoterapie;
 - combaterea componentei alergice, antibioterapie.
10. Ca tratament calmant al tusei în bronșita acută se folosește:
- Codenal, Tusarmag;
 - Berotec, Ventalin;
 - Bromhexin, Bisolvan.
11. Bronșita acută poate fi provocată de următorii factori infecțioși, cu excepția:
- haemophilus influenzae;
 - streptococci, stafilococi, pneumococi;
 - bacilul Koch.
12. Bronșita acută nu poate fi provocată de următorii factori:
- factori iritanți;
 - factori alergici;
 - factori imunologici.
13. Bronșita acută se întâlnește frecvent în următoarele boli, cu excepția:
- tuberculoza pulmonară;
 - viroza respiratorie;
 - cancer bronho-pulmonar.
14. Următoarele substanțe iritante nu pot determina apariția unei bronșite acute:
- azot;
 - fum de tutun;
 - clor și amoniac.
15. Aspectul clinic de rinobronșita evoluează în :
- 2 faze;
 - 3 faze;
 - 4 faze.
16. Catarul rinofaringian din bronșita acută durează:
- 1-3 zile;
 - 6-8 zile;
 - 2-4 zile.

MEDICINA GENERALA

17. Componenta alergica din bronsita acuta se trateaza cu urmatoarele medicamente, cu exceptia:

- a. Nilfan;
- b. Feniramin;
- c. Miofilin.

18. Bronsita cronica este definita ca :

- a. sindrom clinic caracterizat prin tuse permanenta sau intermitenta, insotita de cresterea secretiilor bronsice;
- b. inflamatie acuta a mucoasei bronsice;
- c. afectiune cronica caracterizata prin dilatarea bronhiilor mici si mijlocii.

19. Caracteristic bronsitei cronice este:

- a. tuse 3 luni pe an, timp de 2 ani de la aparitie;
- b. tuse, la inceput uscata, chinuitoare, urmata de expectoratie mucopurulenta abundenta;
- c. tuse uscata, chinuitoare, cu expectoratie viscoasa, albicioasa.

20. Bronsita cronica apare mai frecvent la:

- a. femei peste 40 ani;
- b. barbati peste 40 ani;
- c. barbati peste 50 ani.

21. Bronsita cronica este provocata de :

- a. factori iritanti, factori alergici;
- b. factori infectiosi;
- c. inhalarea unor pulberi minerale sau organice.

22. Simptomele principale in bronsita cronica sunt:

- a. tusea;
- b. expectoratia mucopurulenta;
- c. febra.

23. Care dintre urmatorii germeni sunt raspunzatori de acutizarile din bronsita cronica:

- a. streptococ;
- b. Haemophilus influenzae;
- c. Klebsiella.

24. Factorii iritanti in bronsita cronica sunt reprezentati de:

- a. tabagism, alcoolism;
- b. pulberi minerale sau organice;
- c. frig, umezeala, curenti de aer.

25. In bronșita cronică expectorația este de obicei:
- a. mucopurulentă;
 - b. viscoasă, albicioasă;
 - c. roșie ruginie.
26. Bronșita cronică afectează:
- a. bronhiile mici;
 - b. bronhiile mari, mijlocii;
 - c. bronhiile mici și mijlocii.
27. Bronșita cronică cu afectarea bronhiolelor este dominată de :
- a. tuse violentă;
 - b. dispnee;
 - c. expectorație purulentă.
28. Infecția din bronșita cronică:
- a. poate fi microbiană sau virală;
 - b. se grefează de obicei pe o mucoasă bronșică nealterată de iritația cronică;
 - c. poate fi determinată de pneumococ.
29. Alergia din bronșita cronică:
- a. acționează prin sensibilizare la pneumoalergeni;
 - b. nu acționează prin sensibilizare la alergeni microbieni;
 - c. nu este un factor cauzal.
30. Tusea din bronșita cronică are următoarele caracteristici, cu excepția:
- a. apare la început dimineata și ulterior permanent;
 - b. se accentuează în anotimpul rece ;
 - c. nu este însoțită de expectorație mucopurulentă;
31. In bronșita cronică:
- a. bolnavul este de obicei afebril;
 - b. dispneea nu crește progresiv;
 - c. cianoza apare precoce.
32. In bronșita cronică, ascultător se decelează:
- a. raluri ronflante și sibilante;
 - b. raluri subcrepitante;
 - c. raluri crepitante și ronflante.

MEDICINA GENERALA

33. Explorarea functionala in bronsita cronica evidentiaza:
- a. starea generala este buna;
 - b. toracele nu este de aspect normal;
 - c. persista febra.
34. Explorarea functionala in bronsita cronica evidentiaza:
- a. cresterea VEMS;
 - b. semne de disfunctie ventilatorie obstructive;
 - c. cresterea debitului ventilator maxim pe minut.
35. Primele semne care anunta insuficienta respiratorie din bronsita cronica sunt:
- a. agitatie, transpiratiile profuze, anxietate, bradicardie, scaderea TA;
 - b. somnolenta, transpiratiile profuze, tahicardia si scaderea TA;
 - c. agitatie, transpiratiile profuze, anxietatea, tahicardia, cresterea TA.
36. Intr-un stadiu avansat din bronsita cronica se evidentiaza tabloul clinic de BPOC, care arata ca:
- a. procesul este difuz, extins si la bronhiiolele distale;
 - b. procesul este extins si la bronhiile mari si mijlocii;
 - c. procesul nu este extins si la bronhiiolele distale.
37. Explorarea functionala in bronsita cronica evidentiaza:
- a. scaderea debitului ventilator maxim pe minut, scaderea VEMS;
 - b. semne de disfunctie ventilatorie restrictive;
 - c. cresterea debitului ventilator maxim pe minut, cresterea VEMS.
38. In bronsita cronica fiecare puseu infectios accentueaza fenomenele obstructive prin:
- a. scaderea secretiei de mucus, relaxare bronsica;
 - b. hipersecretie de mucus, spasm bronsic si decompensare cardiorespiratorie;
 - c. spasm bronsic si scaderea secretiei de mucus.
39. In bronsita cronica, semnele care arata instalarea BPOC sunt urmatoarele, cu exceptia:
- a. agitatie si polipnee;
 - b. somnolenta si transpiratii profuze;
 - c. dispnee, eventual cianoza.
40. Astmul bronsic se defineste ca un sindrom clinic caracterizat prin:
- a. reducerea generalizata, variabila si reversibila a calibrului bronhiilor;
 - b. crize paroxistice de dispnee expiratorie si raluri sibilante;
 - c. dispnee inspiratorie severa survenita brusc, polipnee zgomotoasa,

raluri subcrepitante.

41. Bronhostenoza din astmul bronsic se datoreaza:
 - a. edemului mucoasei bronsice;
 - b. hipersecretiei bronsice;
 - c. unui agent patogen.
42. Diagnosticul de astm bronsic se pune pe baza urmatoarelor criterii:
 - a. dispnee paroxistica expiratorie si frecvent vespero-nocturna;
 - b. perturbari ale volumelor plamatice si ale debitului expirator (in special scaderea VEMS);
 - c. persistenta crizelor sub influenta corticoizilor si simpaticomimeticelor.
43. Factorii determinanti ai astmului bronsic sunt:
 - a. alergeni alimentari, medicamentosi, pulberi, praf;
 - b. toxici (gaze sufocante: clor, benzen, CO₂);
 - c. infectiosi (bronsite, sinuzite).
44. Conceptul de bronhopneumonie cronica obstructiva nespecifica cuprinde:
 - a. astmul bronsic, bronsita cronica si emfizemul pulmonar;
 - b. astmul bronsic, bronsita cronica si edemul pulmonar acut;
 - c. insuficienta respiratorie, astmul bronsic, pneumotoraxul.
45. Complicatiile bronsitei cronice sunt:
 - a. obstructive si alergice;
 - b. infectioase;
 - c. respiratorii.
46. Astmul bronsic este:
 - a. o boala;
 - b. un concept;
 - c. un sindrom.
47. Etiopatogenia astmului se bazeaza pe :
 - a. un teren atopic care presupune o reactivitate deosebita la antigene;
 - b. o hipersensibilitate bronsica fata de doze minime de mediatori chimici;
 - c. factori iatrogeni (hipervolemie prin supraincercarea sistemului vascular).
48. Criza de astm bronsic se caracterizeaza prin:
 - a. dispnee paroxistica bradipneica cu expiratie fortata, suieratoare;
 - b. tuse si expectoratie mucoasa filanta, eliberatoare;

MEDICINA GENERALA

- c. tuse uscata (in prima faza) urmata de sputa spumoasa, aerata, rozata.
49. Semnele clinice caracteristice pacientului in criza de astm sunt:
- a. pozitie sezanda, capul pe spate si sprijinit in maini, ochii injectati, narile dilatate, jugulare turgescnte;
 - b. pozitie sezanda, toracele impins inainte, polipnee cu expir prelungit si tiraj, cianoza, transpiratii profuse;
 - c. pozitie sezanda cu gambele atarnand, polipnee zgomotoasa, sete de aer, turgescenta jugularelor.
50. In astmul bronsic se descriu urmatoarele forme clinice:
- a. astmul bronsic pur si astmul bronsic complicat;
 - b. astmul bronsic extrinsic si astmul bronsic intrinsic;
 - c. astmul cardiac, bronsita astmatiforma, dispneea faringiana, dispneea nevrotica.
51. In cazul unui prim acces de astm bronsic se intervine cu:
- a. simpaticomimetice;
 - b. antispastice;
 - c. bronhodilatatoare.
52. Astmul cu dispnee continua se trateaza cu:
- a. bronhodilatatoare;
 - b. corticoterapie in doze minime;
 - c. miofilin.
53. In starea de rau astmatic se intervine de urgenta cu:
- a. hemisuccinat de hidroclortizon 25-100 mg i.v urmat de 200-400 mg/24 ore in perfuzii cu solutii de glucoza;
 - b. oxigenoterapie;
 - c. traheotomie, respiratie asistata.
54. In tratamentul astmului bronsic de electie sunt:
- a. opiaceele, tranchilizantele si neurolepticele;
 - b. corticoterapia;
 - c. antitusive.
55. Astmul bronsic se complica cu:
- a. infectii bronhopulmonare;
 - b. edem pulmonar acut;
 - c. emfizem pulmonar.

56. Educatia sanitara pe care asistenta medicala trebuie sa o faca pacientului cu astm bronic cuprinde:
- propaganda antitabagica;
 - evitarea expunerii la noxele respiratorii;
 - respectarea igienei bucale si a tegumentelor.
57. Insuficienta respiratorie acuta este :
- incapacitatea plaminilor de a face fata schimburilor fiziologice de gaze;
 - prezenta unei colectii gazoase in cavitatea pleurala;
 - inundarea brutala a alveolelor de catre un transudat sangvinolent necoagulat din capilarele pulmonare .
58. In cadrul insuficientei respiratorii acute apare :
- hipoxie;
 - hipercapnie;
 - sindrom asfixic.
59. Insuficienta respiratorie acuta de origine cardiaca este determinata de :
- infarctul miocardic;
 - astmul cardiac;
 - BPOC.
60. In etiologia insuficientei respiratorii acute intervine:
- o singura cauza;
 - neaparut sa se nasca din parinti cu IRA;
 - o cauza multifactoriala .
61. Cauzele de origine bronhopulmonara a insuficientei respiratorii acute sunt reprezentate de :
- stenoze functionale si organice ale cailor aeriene superioare;
 - edem pulmonar acut ;
 - alterarea functiei centrului respirator .
62. Dispneea din insuficienta respiratorie acuta se caracterizeaza prin :
- bradipnee inspiratorie sau expiratorie;
 - polipnee;
 - tahipnee.
63. Cianoza din insuficienta respiratorie acuta poate lipsi in :
- anemii, stari de soc hipovolemic;
 - intoxicatii cu CO, cianuri ;
 - intoxicatii cu barbiturice.

MEDICINA GENERALA

64. In insuficienta respiratorie acuta ralurile bronsice crepitante sunt asemanatoare cu :
- tiuitul vintului ;
 - zgomotul ce se aude cand se sufla intr-un tub de sticla plin cu apa;
 - zgomotul ce se aude cand frecam intre degete o suvita de par .
65. Miscarile respiratorii din insuficienta respiratorie acuta pot fi:
- rare si ample ;
 - frecvente si superficiale ;
 - nu apar modificari ale amplitudinii miscarilor respiratorii.
66. Ce rol joaca tahicardia in cadrul insuficientei respiratorii acute :
- apare ca fenomen compensator;
 - este primul semn ce apare ;
 - nu are semnificatie in IRA.
67. Care sunt semnele clinice ce depind de cauza care a determinat insuficienta respiratorie acuta:
- hipersalivatie;
 - uscaciunea gurii;
 - hipersonoritate .
68. Cum trebuie asezat bolnavul cu insuficienta respiratorie acuta pentru impiedicarea caderii inapoi a limbii :
- in decubit dorsal, cu capul in hiperextensie;
 - in decubit ventral;
 - in decubit lateral cu capul mai jos fata de trunchi.
69. In orice forma de insuficienta respiratorie acuta grava fara etiopatogeneza se aplica unele masuri terapeutice. Dintre acestea distingem :
- pozitionarea pacientului in pozitie semisezanda sau sezanda ;
 - curatarea orofaringelui cu ajutorul degetelor infasurate in tifon;
 - intubatie orofaringiana cu canula Guedel .
70. La un pacient cu insuficienta respiratorie acuta, la administrarea oxigenului , asistenta medicala trebuie :
- sa verifice debitul oxigenului ;
 - sa asigure umidificarea oxigenului (2/3 apa si 1/3 alcool etilic);
 - sa stimuleze medicamentos absorbtia oxigenului .
71. Tratamentul in insuficienta respiratorie acuta se face cu :
- morfina;
 - miofilin 2 – 3 fiole in 24 ore, in caz de spasm bronsic ;

c. HHC (100-300mg iv in perfuzie).

72. Pneumonia acuta pneumococica este o afectiune pulmonara acuta:
- a. frecventa la batrani, indivizi tarati si cu multe focare diseminate in ambii plamani;
 - b. provocata de pneumococ, care afecteaza un lob, debuteaza acut si are evolutie ciclica;
 - c. datorata unor virusuri, caracterizate prin infiltrate pulmonare inflamatoare;
73. Clinic si etiologic, pneumonia acuta pneumococica face parte din categoria:
- a. pneumoniilor atipice;
 - b. pneumoniilor bacteriene;
 - c. pneumoniilor de alta natura;
74. In pneumonia acuta pneumococica, debutul:
- a. este brutal cu frison unic, intens, generalizat;
 - b. cu junghi toracic submamelonar sau posterior;
 - c. este caracterizat prin afebrilitate.
75. Perioada de stare in pneumonia acuta pneumococica se caracterizeaza prin:
- a. dispnee, tuse uscata la inceput apoi cu expectoratie rosie-ruginie, aderenta, vascoasa;
 - b. fata vultuoasa, buze cianotice, herpes in jurul buzelor;
 - c. raluri subcrepitante diseminate in ambii plamani;
76. Ca forma clinica, pneumonia batranilor se caracterizeaza prin:
- a. semne discrete, febra redusa, apatie, inapetenta;
 - b. aspect subacut, crestere moderata a temperaturii, expectoratie mucopurulenta sau hemoptoica;
 - c. spute hemoptoice, cianoza si dispnee intense, lucopenie.
77. Pneumonia acuta pneumococica are printre formele clinice:
- a. pneumonia stafilococica;
 - b. pneumonia cu bacilli Friedlander;
 - c. congestiile pulmonare;
78. Antibioticul de electie in pneumonie este:
- a. ampicilina;
 - b. streptomicina;
 - c. penicilina;

MEDICINA GENERALA

79. Congestia pulmonara, ca forma clinica cea mai intalnita de pneumonie acuta pneumococica, se caracterizeaza prin:
- debut mai putin brutal, temperatura moderata si sindrom de condensare uneori absent;
 - participare pleurala;
 - junghi abdominal si varsaturi;
80. Pneumococul, agentul patogen implicat in pneumonia acuta pneumococica:
- se gaseste frecvent la persoanele sanatoase in cavitatea bucala si faringe;
 - se gaseste la bolnavi in sputa si la nivelul plamanului;
 - actioneaza separat sau in asociatie cu alti germeni saprofiti (stafilococ, streptococ, hemofil, pneumococ).
81. Complicatiile pneumoniei acute pneumococice sunt:
- pleureziile;
 - edemul pulmonar;
 - cancerul pulmonar.
82. Cauzele favorizante aparitiei pneumoniei sunt:
- anfectii virotice ale cailor aeriene;
 - unele boli cronice (insuficienta cardiaca, ciroza, diabetul zaharat);
 - praful, polenul.
83. Pneumonia acuta pneumococica, in primele faze, se caracterizeaza:
- printr-un stadiu de congestie alveolara;
 - printr-o "hepatizatie rosie", cu alveolele pline de exudat de fibrina, leucocite, hematii;
 - "hepatizare cenusie".
84. Localizarea predilecta in pneumonia acuta pneumococica este:
- in lobii inferiori si plamanul drept;
 - bronhiile mici si mijlocii, indeosebi de la bazele plamanilor, mai frecvent la partea stanga;
 - inflamatie alveolara, in special leziuni interstitiale
85. Examenul radiologic in pneumonia acuta pneumococica arata:
- umbre multiple, cu contururi difuze de dimensiuni reduse, in cele doua campuri pulmonare;
 - image caracteristica hidroaerica sau o cavitate fara lichid;

- c. o opacitate cu topografie lobara sau segmentara, uneori triunghiulara, cu varful in hil.

86. Corticopleurita reprezinta:

- a. o metoda de tratament a pneumoniei acute;
- b. o forma clinica a pneumoniei acute;
- c. combina semne de pneumonie si pleurita.

87. Contaminarea cu bacilul Koch se face:

- a. pe cale aeriana;
- b. pe cale digestiva;
- c. prin contact sexual.

88. Patrunderea bacilului Koch in organism produce:

- a. sancru de inoculare;
- b. reactie pozitiva la tuberculina;
- c. nu produce nici o leziune.

89. Examenul bacteriologic al bacilului Koch:

- a. se face utilizand coloratia ZIEHL- NIELSEN;
- b. evidentiaza BK in coloratie galben pe fond verde;
- c. evidentiaza BK sub forma de bastonase fine.

90. Bacilul Koch este sensibil la :

- a. uscaciune, frig;
- b. raze ultraviolete;
- c. la fierbere.

91. Factorii care contribuie la aparitia tuberculozei sunt:

- a. caracterul contaminarii;
- b. antibioterapia;
- c. corticoterapia.

92. Tuberculoza primara se defineste ca:

- a. infectie totdeauna endogena;
- b. aparitia complexului primar;
- c. prognostic benign.

93. Leziunile provocate de tuberculoza sunt de tip:

- a. exsudativ;
- b. productiv;
- c. malign.

MEDICINA GENERALA

94. Primoinfectia TBC se defineste ca:
- a. debut cu leziuni nodulare apicale;
 - b. ansamblu de modificari clinice si anatomice la primul contact cu bacilul Koch;
 - c. prezenta complexului primar.
95. Sindromul de impregnare bacilara se manifesta prin:
- a. astenie, amenoree, subfebrilitate;
 - b. reactie cutanata la tuberculina;
 - c. inapetenta, pierderi ponderale.
96. Complicatiile primoinfectiei sunt:
- a. perforatii ganglio-bronsice;
 - b. bronho-pneumonii cazeoase;
 - c. pneumonie fibrocavitara.
97. Tuberculoza miliara se caracterizeaza prin :
- a. debut brusc, cu febra 39⁰ Celsius;
 - b. aparitia nodulilor miliari egal dispusi in ambii plamani;
 - c. diseminare pe cale sanguina a bacilului Koch.
98. Adenopatia traheo-bronsica este:
- a. forma aparte a tuberculozei;
 - b. nu apare in absenta sancrului de inoculare;
 - c. evolutie tacuta, adesea fiind descoperita radiologic.
99. Expectoratia in tuberculoza secundara este:
- a. mucopurulenta;
 - b. cu aspect floconos;
 - c. redusa in perioada de stare.
100. Formele clinice ale tuberculozei sunt:
- a. tuberculoza fibroasa;
 - b. tuberculoza infiltrativa;
 - c. tuberculoza cariochinetica.
101. Cardiopatia ischemica este:
- a. boala a arterelor coronariene;
 - b. boala de nod sinusal;
 - c. sindrom ischemic.
102. Cardiopatia ischemica este cunoscuta si sub numele de:

- a. ischemie miocardica de origine aterosclerotica;
- b. endocardita bacteriana;
- c. ischemie periferica.

103. Clasificarea cardiopatiei ischemice recomandata de OMS:

- a. forma ischemica ;
- b. forma dureroasa;
- d. forma nedureroasa.

104. Formele nedureroase (asimptomatice clinic) de cardiopatie ischemica prezinta :

- a. modificari EKG ;
- b. manifestari clinice (insuficienta cardiaca, aritmii si blocuri, moarte subita);
- c. manifestari simptomatice.

105. Forma dureroasa a cardiopatiei ischemice cuprinde :

- a. angina pectorala de efort ;
- b. insuficienta cardiaca stanga ;
- c. sindromul intermediar si infarctul miocardic.

106. Factori de risc in cardiopatia ischemica sunt:

- a. hipercolesterolemia, HTA, DZ, obezitatea, dieta hiperglucidica;
- b. hipercolesterolemia, HTA, DZ, obezitatea, dieta hiperlipidica;
- c. fumatul, stresurile emotionale, hipotiroidismul.

107. Cardiopatia ischemica are ca substrat lezional si alte cauze in afara aterosclerozei:

- a. anginele pectorale si dislipidemiile ;
- c. coronariile, emboliile sau anomaliiile congenitale ale arterelor coronare;
- c. infarctul miocardic.

108. Cardiopatia ischemica afecteaza mult mai frecvent barbatii decat femeile cu maxim de incidenta intre :

- a. 45-50 de ani ;
- b. 50-55 de ani ;
- c. 45-55 de ani.

109. Manifestari clinice ale cardiopatiei ischemice apar si in cazul unor coronare normale prin :

- a. scaderea TA;
- b. scaderea debitului cardiac;

MEDICINA GENERALA

- c. marirea nevoilor metabolice.
- 110. Infarcul miocardic este provocat de:
 - a. necroza ischemica a unei portiuni din miocard, prin obstructiunea brusca a unei artere coronare;
 - b. necroza ischemica in miocard prin obstructiunea brusca a unei vene coronare;
 - c. dislipidemie cu hipercolesterolemie.
- 111. Principala cauza determinanta a infarctului miocardic :
 - a. hipercolesterolemia;
 - b. ateroscleroza ;
 - c. AVC ischemic.
- 112. Combaterea durerii in IMA se face cu :
 - a. algocalmin;
 - b. mialgin;
 - c. nitroglicerina.
- 113. In IMA repausul va fi:
 - a. absolut in primele ore si zile (2-3) ;
 - b. partiala, deoarece nu toate formele de IMA au evolutie imprevizibila ;
 - c. insotit de administrarea de sedative .
- 114. In IMA simptomul cel mai caracteristic este :
 - a. dispneea;
 - b. febra;
 - c. durerea.
- 115. Perioada de stare in infarctul miocardic acut dureaza 4-5 saptamini si se caracterizeaza prin :
 - a. ameliorarea starii generale;
 - b. disparitia febrei, asteniei si normalizarea TA ;
 - c. mobilizarea bolnavului.
- 116. Semne clinice esentiale in IMA:
 - a. durerea;
 - b. hipotensiunea;
 - c. hipertensiunea.
- 117. Angorul pectoral este:
 - a. ateroscleroza coronariana ;
 - b. sindrom clinic ce tradeaza o suferinta miocardica, determinata de un

- dezechilibru între necesitatea de oxigen a mușchiului inimii și aportul coronarian ;
- c. sindrom clinic ce tradează o suferință coronariană.

118. Cauza determinantă a angorului pectoral include :

- a. diabetul zaharat;
- b. ateroscleroza coronariană și cardiopatii valvulare;
- c. coronarită reumatismală, coronarită rickettsiană, tromboangită obliterantă.

119. Simptomatologia caracteristică a angorului pectoral este reprezentată de:

- a. sufocare nocturnă și la eforturi mici ;
- b. durerea cu caracter constrictiv ca "o gheară", arsura sau sufocare;
- c. durere variabilă ca intensitate, de la durere sau disconfort, la dureri atroce.

120. Precizarea diagnosticului în angorul pectoral se face pe baza :

- a. simptomatologiei clinice ;
- b. EKG ;
- c. coronarografie-metoda de excepție.

121. Criza anginoasă este însoțită de :

- a. palpitații, varsături, dispnee, transpirații ;
- b. palpitații, transpirații, paloare ;
- c. lipotimie, lipsa de aer, eructații.

122. Sediul durerii în angorul pectoral :

- a. regiunea retrosternală mijlocie și inferioară ;
- b. regiunea precordială;
- c. regiunea gâtului, cu iradiere în mandibulă.

123. Durerea din angorul pectoral, bolnavul o poate indica:

- a. cu vârful unui deget;
- b. cu întreaga palmă ;
- c. cu ambele palme.

124. Durata durerii anginoase se încadrează între :

- a. de 2-3 min, mai rar până la 10-15 min ;
- b. de 2-3 min, mai rar până la 15-20 min ;
- c. de 4-5 min, mai rar până la 10-15 min.

125. În majoritatea cazurilor, criza anginoasă se instalează concomitent cu :

- a. efortul fizic, digestiv, emoțional, etc ;

MEDICINA GENERALA

- b. frigul este un factor precipitant al durerii ;
- c. caldura excesiva si expunerile solare.

126. Testul clinic de diferentiere a durerii din angorul pectoral fata de cea din infarct si sindromul intermediar, consta in :

- a. disparitia durerii dupa 2-3 min. in repaus la pat ;
- b. disparitia durerii dupa administrare de mialgin ;
- c. disparitia durerii la administrarea de nitroglicerina in 2-3 min.

127. In afara formei clasice de angor pectoral se descriu diverse forme ca:

- a. angina de efort;
- b. angina pectorala Prinzmetal (spontana sau cu orar fix);
- c. angina pectorala instabila (sindrom intermediar).

128. Cauze favorizante in angorul pectoral :

- a. hipotensiunea arteriala;
- b. crizele asmatoforme, dispneea;
- d. DZ, HTA ischemica, tulburarile de ritm, administrarea unor medicamente, bolile aparatului digestiv, tabagismul.

129. Criza dureroasa in angorul pectoral apare de obicei dupa:

- a. efort, emotii, mese copioase;
- b. efort fizic, expuneri solare;
- c. efort fizic, frig, cafea in exces, alcool.

130. Angorul pectoral apare pe fondul unei insuficiente coronariene cronice datorita:

- a. valvulopatiilor;
- b. edemelor pulmonare repetate;
- c. coronarelor stenozate.

131. In spital se vor elucida problemele de diagnostic diferential si diagnostic etiologic in cazul angorului pectoral prin :

- a. EKG si examen echocardiografic ;
- b. EKG si radiografie pulmonara ;
- c. EKG si transaminaze, glicemie, leucocite, VSH, radioscopie toracica.

132. Insuficienta cardiaca este un sindrom clinic care rezulta din imposibilitatea de a expulza :

- a. intreaga cantitate de sange primita si de a mentine un debit sanguin corespunzator nevoilor organismului, in conditiile unei umpleri venoase satisfacatoare ;
- b. cantitatea de aer primita si de a mentine un debit sanguin

- corespunzator nevoilor organismului ;
- c. cantitatea de sange primita si de a mentine un debit corespunzator nevoilor organismului, in conditiile unei umpleri arteriale satisfacatoare.
- 133.Scaderea debitului cardiac in insuficienta cardiaca duce la :
- a. lipsa singelui in organe si tesuturi ;
 - b. existenta, in exces, a singelui in organe si tesuturi ;
 - c. lipsa O₂ in tesuturi si organe.
- 134.Clasificarea insuficientei cardiace dupa localizare este:
- a. insuficienta cardiaca stanga, dreapta, globala;
 - b. insuficienta cardiaca globala, unilaterala;
 - c. insuficienta cardiaca bilaterala, globala.
- 135.Insuficienta cardiaca are :
- a. IV stadii;
 - b. III stadii ;
 - c. V stadii.
- 136.Cauze determinante ale insuficientei cardiace sunt :
- a. cauze mecanice ce afecteaza miocardul ;
 - b. cauze mecanice ce afecteaza dinamica cardiaca si ulterior miocardul ;
 - c. procesele inflamatorii si metabolice.
- 137.Factori precipitanti in insuficienta cardiaca:
- a. aportul mare de lichide ;
 - b. efortul fizic ;
 - c. aportul mare de sodiu.
- 138.Principala consecinta a scaderii fortei de contractie in insuficienta cardiaca :
- a. scaderea debitului de umplere venoasa ;
 - b. scaderea volemiei ;
 - c. scaderea debitului cardiac.
- 139.Insuficienta cardiaca este decompensata cind semnele clinice apar :
- a. la efort;
 - b. in timpul unui efort de intensitate mica ;
 - c. la solicitari obisnuite si chiar in repaus.
- 140.Insuficienta cardiaca este compensata cind:
- a. inima este capabila sa faca fata solicitarilor obisnuite ;

MEDICINA GENERALA

- b. inima nu este capabila sa faca fata solicitarilor obisnuite ;
 - c. inima este capabila sa faca fata eforturilor mari.
141. Simptomele functionale in insuficienta cardiaca cronica stanga sunt:
- a. durerea si transpiratia ;
 - b. dispneea;
 - c. tusea.
142. Semne fizice in insuficienta cardiaca dreapta acuta:
- a. turgescenta jugularelor si ritm de galop ;
 - b. hepatomegalie;
 - c. edeme declive.
143. In insuficienta cardiaca tratamentul urmareste :
- a. reducerea muncii inimii prin activitate normala;
 - b. reducerea muncii inimii prin repaus;
 - c. controlul retentiei hidrosaline prin restrictia aportului de sare.
144. Tratamentul in insuficienta cardiaca consta in:
- a. administrare de cortizon ;
 - b. administrare de diuretice ;
 - c. cresterea eficientei inimii cu preparate digitalice.
145. In cazul administrarii i.v. a furosemidului in insuficienta cardiaca, efectul incepe in:
- a. 10 min. de la administrare ;
 - b. 12-15 min. de la administrare ;
 - c. 3-15 min. de la administrare.
146. Mentionati cele mai folosite tonicardice din tratamentul insuficientei cardiace :
- a. digitala ;
 - b. strofantina ;
 - c. furosemidul.
147. HTA este:
- a. sindrom clinic caracterizat prin scaderea presiunii sistolice si a celei diastolice, peste valori normale;
 - b. sindrom clinic caracterizat prin cresterea presiunii singelui in artere;
 - c. sindrom clinic caracterizat prin cresterea presiunii sistolice si a celei diastolice, peste valori normale.
148. In functie de cauza determinanta, HTA se clasifica in:

- a. HTA medie;
- b. HTA esentiala;
- c. HTA secundara.

149. In stadiul al III -lea, HTA se caracterizeaza prin aparitia complicatiilor:

- a. complicatii cardiace, coronariene;
- b. complicatii cerebrale si renale ;
- c. complicatii abdominale.

150. Modificari fundamentale locale ce stau la baza hipertensiunii sunt :

- a. vasoconstrictia arteriala ;
- b. cresterea continutului peretelui arteriolar in apa si sare ;
- c. vasodilatatia arteriala.

151. In forma maligna, HTA are evolutie rapida, etapele fiind parcurse in :

- a. 5-10 ani ;
- b. 1-5 ani ;
- c. 1-3 ani.

152. Stadiul prehipertensiv poate fi afirmat pe baza :

- a. ascendentei ereditare hipertensive ;
- b. aparitia unor puseuri tensionale trecatoare ;
- c. fara ascendenta ereditara.

153. In HTA benigna, complicatiile se datoreaza :

- a. trombozei cerebrale ;
- b. infarctului de mezenter ;
- c. infarctului miocardic.

154. In HTA maligna se intilnesc frecvent :

- a. diabetul zaharat ;
- b. encefalopatia hipertensiva si hemoragia cerebrala ;
- c. insuficienta cardiaca si insuficienta renala.

155. Semne cerebrale in HTA maligna sunt:

- a. tulburari de comportament ;
- b. cefalee occipitala, tulburari de memorie ;
- c. oboseala, astenie, insomnie.

156. Stopul cardio-respirator este determinat de :

- a. pierderea constientei;
- b. oprirea respiratiei;
- c. oprirea respiratiei si oprirea inimii .

MEDICINA GENERALA

157. Stopul cardio-respirator corespunde cu:

- a. moartea clinica;
- b. moartea biologica;
- c. nici un raspuns nu este corect.

158. In cazul unui stop respirator fara oprirea inimii, reanimarea respiratorie poate avea succes in urmatorul interval de timp:

- a. 1-5 minute;
- b. 2-7 minute;
- c. 3-10 sau chiar 12 minute.

159. Etapele stopului cardio-respirator au urmatoarea succesiune:

- a. stopul respirator este inevitabil urmat de stop cardiac in 20-30 secunde;
- b. stopul cardiac este inevitabil urmat de stop respirator in 20-30 secunde;
- c. stopul respirator si stopul cardiac apar in acelasi timp.

160. Moartea biologica se caracterizeaza prin :

- a. oprirea reversibila a respiratiei si a circulatiei;
- b. leziuni ireversibile in creier si in alte organe ;
- c. midriaza fixa, corneea opaca si aparitia petelor cadaverice.

161. In cazul unui stop cardio-respirator putem intalni urmatoarele semne clinice:

- a. oprirea miscarilor respiratorii, toracice si abdominale;
- b. incetarea batailor inimii, absenta pulsului la artera carotida;
- c. mioza cu globi oculari mobili.

162. Eliberarea cailor aeriene este suficienta pentru ca victima sa-si reia respiratia:

- a. deseori;
- b. intotdeauna;
- c. niciodata.

163. Semnele obstruarii cailor aeriene sunt:

- a. absenta miscarilor respiratorii normale, dispnee zgomotoasa;
- b. lipsa curentului de aer la nas sau gura ;
- c. torace si abdomen imobile.

164. In cadrul manevrelor de resuscitare a stopului cardio-respirator, pipele orofaringiene, cat si cele nazofaringiene se pot introduce:

- a. numai la bolnavii constienti;
- b. numai la bolnavii inconstienti;

c. indiferent de starea de constienta a bolnavului.

165. Introducerea pipelor oro- si nazofaringiene pot declansa la bolnavii constienti:

- a. dispnee;
- b. reflexe periculoase de tuse, varsaturi;
- c. balans intre torace si abdomen.

166. La inceputul reanimarii oricarui stop cardio-respirator:

- a. se aplica o singura lovitura usoara cu pumnul, de la o inaltime de 20-32 cm, in mijlocul regiunii presternale;
- b. se efectueaza masajul cardiac extern combinat cu respiratie artificiala;
- c. intubatie oro-traheala.

167. Compresiunea din masajul cardiac extern se face:

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

168. Frecventa compresiunilor in masajul cardiac extern este de :

- a. 60-70/min, la adulti;
- b. 80-100/min, la copii mici;
- c. peste 120/min la adulti, pentru reluarea functiei respiratorii cat mai repede.

169. Eficienta respiratiei artificiale si a masajului cardiac extern se apreciaza prin:

- a. aparitia pulsului la vasele mari;
- b. disparitia midriazei si recolorarea tegumentului;
- c. disparitia miozei .

170. Contraindicatiile masajului cardiac extern sunt:

- a. leziuni grave ale peretelui toracic cu fracturi costale, embolie gazoasa masiva;
- b. hemoragie masiva intrapericardica si tamponada inimii;
- c. malformatii ale oaselor cutiei toracice.

171. Edemul pulmonar acut apare prin inundarea brutala a alveolelor:

- a. de transudat sanguinolent necoagulabil;
- b. datorata ruperii capilarelor pulmonare;
- c. provocata de cresterea presiunii sangelui alveolocapilar.

172. Edemul pulmonar acut se clasifica dupa etiologie:

MEDICINA GENERALA

- a. de natura anafilactica;
 - b. de natura cardiogena;
 - c. de natura lezionala.
173. Edemul pulmonar acut este declansat de :
- a. insuficienta vebtriculara stanga;
 - b. hipertensiune arteriala;
 - c. preinfarctul miocardic .
174. Edemul pulmonar acut lezional este provocat de :
- a. gaze sufocante toxice;
 - b. cauze neurologice;
 - c. tulburari de ritm cardiac paroxistice.
175. Manifestarile clinice in edemul pulmonar acut sunt:
- a. dispnee intensa, severa, brusca;
 - b. expir greu, zgomotos;
 - c. respiratie polipneica zgomotoasa.
176. Conduita de urgenta in edemul pulmonar acut cuprinde:
- a. se aspira secretiile si se curata orofaringele;
 - b. se aplica garouri la radacina a trei membre;
 - c. oxigenoterapie intermitenta pe sonda endotraheala.
177. Tratamentul in edemul pulmonar acut cu TA crescuta este:
- a. digitalice;
 - b. diuretice;
 - c. dopamina.
178. In tratamentul edemului pulmonar acut cu TA scazuta sunt contraindicate:
- a. morfina;
 - b. hipotensoare;
 - c. dopamina.
179. Tratamentul in edemul pulmonar acut toxic cuprinde :
- a. scoaterea pacientului din mediu nociv;
 - b. oxigenoterapie pe sonda endotraheala;
 - c. ventilatie artificiala.
180. Tratamentul in edemul pulmonar acut bacterian este:
- a. morfina, corticoterapie;
 - b. antibiotice, tonicardice;
 - c. oxigenoterapie.

181. Tratamentul in edemul pulmonar acut neurologic este:
- a. sangerare 300-500 ml ;
 - b. diureza osmotica;
 - c. anticoagulante.
182. Tratamentul in edemul pulmonar acut la inecati cu apa de mare este:
- a. sangerare 300-500 ml;
 - b. dextran 70;
 - c. oxigenoterapie.
183. Tratamentul edemului pulmonar acut la bolnavii uremici este:
- a. oxigenoterapie;
 - b. aerosoli antispumanti;
 - c. morfina.
184. Clasificarea EPA lezional este:
- a. de cauze toxice;
 - b. de cauze uremice;
 - c. cardiogen.
185. Edemul pulmonar acut de cauza toxica este provocat de :
- a. intoxicatii cu CO;
 - b. intoxicatii organo-fosforice;
 - c. intoxicatii cu plumb.
186. Edemul pulmonar acut infectios este provocat de :
- a. gripa;
 - b. infectii pulmonare;
 - c. SIDA.
187. Edemul pulmonar acut de deglutitie apare la :
- a. comatosi;
 - b. paraplegici;
 - c. copii mici.
188. Edemul pulmonar acut iatrogen este provocat de :
- a. perfuzii;
 - b. transfuzii;
 - c. alimentatie neadecvata.
189. In ce forma de EPA este contraindicata morfina:
- a. EPA cardiogen;

MEDICINA GENERALA

- b. EPA uremic;
 - c. EPA infectios.
190. Oxigenoterapia in EPA este:
- a. contraindicata, deoarece creste presiunea in alveole;
 - b. se practica pe respiratie asistata;
 - c. se administreaza numai dupa umidificare .
191. Ulcerul gastro-duodenal este boala caracterizata prin aparitia unei ulceratii:
- a. pe stomac si portiunea superioara a duodenului ;
 - b. pe partea inferioara a esofagului sau ansa anastomotica a stomacului operat ;
 - c. pe stomac si portiunea inferioara a duodenului .
192. Durerea in ulcerul gastroduodenal se caracterizeaza prin:
- a. periodicitate;
 - b. ritmicitate;
 - c. continuitate ;
193. Ulcerul gastro-intestinal se manifesta prin:
- a. varsaturi postprandiale cu continut alimentar ;
 - b. pofta de mancare scazuta;
 - c. pirozis.
194. Examenele efectuate pentru stabilirea diagnosticului de ulcer gastro-intestinal sunt:
- a. examen radiologic;
 - b. gastroscopie ;
 - c. ecografie .
195. Ulcerul duodenal se caracterizeaza prin:
- a. durere nocturna;
 - b. durere postprandiala;
 - c. foame dureroasa .
196. Ulcerul gastro-duodenal este mai frecvent la:
- a. barbati ;
 - b. femei;
 - c. varsta de 20-50 ani .
197. Conditiiile necesare pentru aparitia ulcerului gastroduodenal sunt reprezentate de :
- a. slabirea factorilor de aparare;

- b. intarirea factorilor agresivi;
 - c. scaderea secretiei peptice .
198. Autodigerarea mucoasei sub actiunea sucului gastric, cauza a ulcerului gastroduodenal, sta la baza teoriei :
- a. mecanice ;
 - b. clorhidroptice;
 - c. inflamatorii .
199. Durerea in ulcerul gastroduodenal poate fi calmata de :
- a. ingestia de alimente;
 - b. ingestia de substante alcaline (bicarbonat de sodiu);
 - c. inhibitori de antireceptori H₂.
200. Senzatia de „foame dureroasa” apare in :
- a. ulcerul duodenal;
 - b. ulcerul micii curburi ;
 - c. ulcerul juxtacardial.
201. Diagnosticul de certitudine al ulcerului gastro-duodenal perforat se sprijina pe:
- a. antecedente ulceroase;
 - b. caracterul durerii si fenomenele digestive;
 - c. disparitia matitatii hepatice, punctia abdominala pozitiva si prezenta pneumotoraxului.
202. Diagnosticul prezumtiv clinic de perforatie ulceroasa se sprijina pe:
- a. caracterul durerii, semnele de peritonita si antecedentele ulceroase;
 - b. caracterul durerii si fenomenele digestive;
 - c. starea generala a bolnavului si prezenta fenomenelor digestive.
203. Cea mai frecventa forma a perforatiei ulcerului gastro-duodenal este:
- a. in organele din vecinatate;
 - b. perforatia acoperita;
 - c. in peritoneul liber.
204. Perforatia acoperita a ulcerului gastro-duodenal poate fi gasita in urmatoarele situatii:
- a. cand orificiul de perforatie este mic si suplu;
 - b. cand orificiul de perforatie se face pe un ulcer netratat;
 - c. cand orificiul de perforatie se deschide in stomacul plin.

MEDICINA GENERALA

205. Prezenta contracturii abdominale pe toata aria abdomenului, formand asazisul "abdomen de lemn", se intalneste in:

- a. ocluzia intestinala;
- b. apendicita acuta;
- c. ulcerul duodenal perforat.

206. Daca un bolnav se prezinta in urgenta, avand o durere violenta in epigastriu, ca o "lovitura de pumnal", cu iradiere in hipocondrul drept, paloare, lipotimie, accelerarea pulsului, imobilitatea respiratiei in etajul abdominal superior, ne gandim la:

- a. pancreatita acuta;
- b. apendicita acuta perforata;
- c. ulcer gastro-duodenal perforat.

207. Hepatita virala A, E se transmite pe cale :

- a. parenterala;
- b. digestiva;
- c. respiratorie.

208. Hepatita virala B, C si D se transmite pe cale :

- a. digestiva;
- b. parenterala;
- c. sexuala .

209. Hepatitele acute virale sunt boli infectioase, fiind obligatorii:

- a. declarare nominala ;
- b. izolare in spital;
- c. declarare numerica, lunar.

210. Purtatorii cronici de virus hepatitic sunt in :

- a. hepatita A;
- b. hepatita B;
- c. hepatita C.

211. Transmiterea neiatrogena a virusului hepatitei B se face prin :

- a. manechiura, tatuaj, barbierit, circumcizie;
- b. contact intim, sarut;
- c. digestiv.

212. Incubatia in hepatita A este de :

- a. 1 saptamana;
- b. 2-6 saptamani;
- c. 6 luni.

213. Incubatia in hepatita B este:
- 10 zile;
 - 2 saptamani;
 - 45 zile – 6 luni.
214. Litiaza biliara este o afectiune provocata de :
- dezvoltarea unor calculi biliari in vezicula ;
 - dezvoltarea de calculi in caile biliare extra sau intrahepatice ;
 - formare de calculi in canalul Wirsung.
215. Litiaza biliara este mai des intilnita la:
- barbati decat la femei;
 - femei decat la barbati;
 - tineri sub 30 de ani.
216. Factorii favorizanti ai litiazei biliare sunt ;
- sedentarismul ;
 - abuzul de grasimi si proteine ;
 - abuzul de antibiotice cu eliminare biliara .
217. Staza in litiaza biliara se realizeaza prin :
- obstructii cistice sau oddiene ;
 - sarcina ;
 - tumori ale organelor de vecinatate .
218. Forma latentă a litiazei biliare se manifesta prin :
- senzatie de plenitudine in hipocondrul drept;
 - jena dureroasa in hipocondrul drept;
 - agitatie, transpiratii si extremitati reci.
219. Examenle de laborator in litiaza biliara arata :
- hiperbilirubinemie ;
 - hipercalcemie ;
 - hipocolesterolemie.
220. Examenle radiologice care deosebesc litiaza veziculara sunt :
- colecistografia;
 - cistografia ;
 - duodenocolecistografia .
221. Complicatiile litiazei biliare ce pot apare la nivelul cailor biliare sunt:
- piocolecist ;

MEDICINA GENERALA

- b. hepatita cronica colostatica;
 - c. angiocolita acuta .
222. Masurile profilactice in litiaza biliara sunt reprezentate de :
- a. evitarea abuzurilor alimentare ;
 - b. evitarea ortostatismului prelungit;
 - c. tratarea corecta a tulburarilor endocrine .
223. Dieta unui pacient cu litiaza biliara consta in :
- a. reducerea consumului de grasimi;
 - b. evitarea consumului de alimente si lichide prea reci;
 - c. regim hipoglucidic.
224. Tratamentul medicamentos in litiaza biliara consta in :
- a. administrarea de antispastice, coleretice;
 - b. administrarea obligatorie de antibiotice ;
 - c. administrarea de laxative in caz de constipatie persistenta.
225. In litiaza biliara tratamentul hidromineral :
- a. este recomandat imediat dupa ultima colica;
 - b. se recomanda la 1 luna de la ultima colica ;
 - c. nu este recomandat.
226. Diagnosticul diferential al litiazei biliare se face cu:
- a. ocluzia intestinala;
 - b. colecistita cronica necalculoasa;
 - c. duodenite si gastrite cronice .
227. Complicatiile litiazei biliare la nivelul ficatului pot fi reprezentate de :
- a. hepatita cronica colostatica;
 - b. hepatita supurata difuza;
 - c. ileus biliar .
228. La nivelul tubului digestiv litiaza biliara poate da urmatoarele complicatii :
- a. pancreatita acuta hemoragica;
 - b. ileus biliar;
 - c. tulburari functionale la nivelul pilorului .
229. Colica biliara se manifesta prin:
- a. durere acuta violenta in hipocondrul drept;
 - b. durere violenta in epigastriu;
 - c. durere in omoplatul drept si umarul drept.

230. Cauzele declansarii colicii biliare sunt :
- a. prezenta calculilor in caile biliare intra si extrahepatice;
 - b. calculi in rinichiul drept;
 - c. calculi in vezicula biliara.
231. Alte cauze de declansare a colicii biliare pot fi reprezentate de :
- a. inflamatiia acuta a peretelui vezicii biliare;
 - b. parazitoza intestinala;
 - c. diskinezia biliara.
232. Simptomatologia colicii biliare este reprezentata de :
- a. durere in hipocondrul drept sau epigastriu ;
 - b. greturi, varsaturi cu continut alimentar sau bilios;
 - c. tulburari majore de tranzit intestinal.
233. In colica biliara pentru calmarea durerii se administreaza :
- a. morfina;
 - b. nitroglicerina;
 - c. scobutil compus.
234. Pentru reducerea inflamatiei si combaterea infectiei, in colica biliara este indicat :
- a. administrarea de antibiotice;
 - b. aplicarea pernei electrice in regiunea hipocondrului drept;
 - c. aplicarea unei pungi cu gheata pe hipocondrul drept.
235. In colica biliara interventia chirurgicala este obligatorie, cu exceptia :
- a. la debutul colicii;
 - b. in peritonita biliara;
 - c. dupa 24-36 de ore de la debut, cand fenomenele nu cedeaza .
236. Ciroza hepatica este:
- a. suferinta acuta a ficatului;
 - b. disfunctie hepatocitara;
 - c. suferinta cronica cu evolutie progresiva.
237. Cauzele declansarii cirozei hepatice sunt:
- a. infectioase;
 - b. consum excesiv de alcool;
 - c. cauze dismetabolice.
238. Ciroza hepatica apare preponderent :
- a. intre 45 - 60 ani ;

MEDICINA GENERALA

- b. la femei ;
 - c. la barbati.
239. Debutul cirozei hepatice se manifesta prin:
- a. sindrom asteno-nevrotic;
 - b. fenomene hemoragipare;
 - c. sindrom meningian.
240. Bolnavul diagnosticat cu ciroza hepatica prezinta:
- a. icter;
 - b. facies vultuos ;
 - c. ascita.
241. Edemele unui bolnav cu ciroza hepatica :
- a. sunt albe, moi;
 - b. sunt cianotice numai periferic;
 - c. insotesc ascita.
242. Pacientul cu ciroza hepatica prezinta:
- a. stelute vasculare si eritroza ;
 - b. hipertensiune portala ;
 - c. scaderea TA.
243. Formele clinice ale cirozei hepatice sunt :
- a. ciroza ascitogena;
 - b. ciroza hipersplenomegalica;
 - c. ciroza biliara terciara .
244. In tratamentul igienico-dietetic al cirozei hepatice, in functie de gravitate, este obligatoriu :
- a. repaus la pat;
 - b. interzicerea sosurilor, condimentelor, prajelilor ;
 - c. regimul hiperlipidic.
245. La un bolnav cu ciroza hepatica care se exteriorizeaza prin hematemeza sau melena, se efectueaza:
- a. administrare hemostatice ;
 - b. aplicarea sondei Blackmore;
 - c. administrarea citostaticelor .
246. Insuficienta renala acuta se caracterizeaza prin:
- a. deteriorarea rapida a functiei renale de excretie, cu hiperazotemie si oligurie sau anurie;

- a. prezenta in urina a unor coloizi protectori care sa impiedice cristalizarea;
 - b. conditii fizico-chimice care favorizeaza cristalizarea (oligurie, staza urinara);
 - c. prezenta in urina, in exces, a unor substante care pot cristaliza (acid uric, acid oxalic, fosfati, calciu).
278. Manifestarea caracteristica in simptomatologia clinica a litiazei urinare este:
- a. mictiuni frecvente si dureroase;
 - b. colica nefretica;
 - c. neliniste, agitatie.
279. Diagnosticul pozitiv clinic in litiaza renala se bazeaza pe :
- a. polakiurie, usturimi la mictiune, febra, frison;
 - b. durere cu caracter de colica nefretica, hematurie si uneori eliminarea calculului;
 - c. durere lombara asociata cu manifestari reflexe: varsaturi, constipatie, balonari abdominale.
280. Evolutia in litiaza renala depinde de urmatoorii factori:
- a. compozitia calculului, regimul alimentar;
 - b. numarul si marimea calculilor, obstructia cailor urinare;
 - c. aparitia infectiei.
281. Cele mai frecvente complicatii ale litiazei renale sunt:
- a. anuria, infectia urinara;
 - b. hidronefroza;
 - c. malformatia cailor urinare.
282. Tratamentul colicii nefretice in litiaza renala consta in:
- a. antispastice (Papaverina, Scobutil), analgezice (Aminofenazona, Algocalmin);
 - b. opiacee (Mialgin, Morfina), si infiltratii paravertebrale cu Novocaina;
 - c. substante cu actiune litica asupra calculilor (Cystenal, Renogal).
283. Medicatie indicata in litiaza urica este:
- a. acidifianta urinara (acid fosfaric);
 - b. alcalinizanta urinara (bicarbonat de sodiu);
 - c. diurocard sau acid mandelic.
284. Alimentele ce se vor evita in litiaza oxalica sunt :
- a. cele sarace in acizi nucleici (carne, icre);

MEDICINA GENERALA

- b. laptele;
 - c. fasole, cafea, ciocolata.
285. Indicațiile tratamentului chirurgical în litiaza renală sunt:
- a. la apariția infecției urinare sau când calculii ureterali nu se elimină mult timp;
 - b. atunci când este afectată funcția renală și tratamentul medical nu da rezultate;
 - c. la producerea unei recidive.
286. Litiaza renală se definește ca fiind:
- a. afecțiunea caracterizată prin formarea unor calculi în bazinet și în caile urinare;
 - b. afecțiunea caracterizată prin formarea unor calculi în bazinet și în caile biliare;
 - c. afecțiunea caracterizată prin formarea unor calculi în bazinet și vezica urinară.
287. În tratamentul litiazei renale se va ține seama obligatoriu de:
- a. manifestarea acută;
 - b. boala de bază;
 - c. numărul calculilor renali.
288. Caracteristicile durerii în colica renală sunt:
- a. localizare lombară, bilaterală, cu iradiere anterioară în tot abdomenul;
 - b. localizare lombară unilaterală cu iradiere de-a lungul ureterului spre organele genitale externe, rădăcina coapsei;
 - c. localizare suprapubică cu iradiere în tot abdomenul inferior.
289. Conduita de urgență la pacientul în stare de colică renală constă în administrarea de:
- a. ceaiuri diuretice și ape minerale 2000 – 3000 ml/24 ore;
 - b. analgezice antispastice, la indicația medicului;
 - c. antiinflamatoare.
290. Poziția antalgică în colica renală este:
- a. culcat în decubit lateral cu membrul inferior flectat;
 - b. decubit dorsal;
 - c. decubit ventral.
291. Hematuria reprezintă:
- a. eliminarea de urină cu sânge;

- b. mictiuni frecvente si dureroase;
 - c. mictiuni frecvente.
292. Manifestarea clinica caracteristica litiazei renale este:
- a. infectia urinara;
 - b. insuficienta renala;
 - c. colica renala.
293. Sediul durerii in colica renala se afla in:
- a. regiunea lombara;
 - b. regiunea toracala;
 - c. regiunea suprapubiana.
294. Prin tenesme vezicale se intelege:
- a. nevoia imperioasa de mictiune;
 - b. mictiuni frecvente;
 - c. mictiuni nocturne.
295. In colica renala, principalele semne sunt :
- a. durere, disurie, hematurie, meteorism ;
 - b. hipertensiune, poliurie, durere, anxietate;
 - c. durere, neliniste, tenesme vezicale, varsaturi, uneori febra moderata .
296. In colica renala, dintre tulburarile mecanismelor eliminarii urinii pot apare :
- a. polakiuria;
 - b. izostenuria;
 - c. hipostenuria.
297. In colica renala, tratamentul de urgenta este:
- a. repaus la pat, calmarea durerii;
 - b. sonda uretro-vezicala, combaterea durerii;
 - c. repaus la pat, ingerarea de lichide din abundenta.
298. Colica renala este :
- a. un sindrom dureros acut, paroxistic, de obicei apiretic;
 - b. un sindrom provocat de spasmul cailor urinare excretoare superioare, insotit de agitatie si iradiere uretero-vezico-genitale;
 - c. imposibilitatea evacuarii vezicii urinare .
299. Durerea lombara cu iradiere in organele genitale externe este caracteristica:
- a. insuficientei renale acute ;
 - b. insuficientei renale cronice;
 - c. colicii renale.

MEDICINA GENERALA

300. Principalele cauze ale colicii renale sunt reprezentate de :
- litiaza reno-ureterala, inflamatiei urogenitale ;
 - numai litiaza reno- ureterala ;
 - tumorile renale si ale organelor de vecinatate .
301. Interventiile asistentei medicale pentru calmarea durerii in colica renala, sunt :
- aplicatii locale de caldura pe zona de maxima durere;
 - aplicarea alternativa de comprese reci si calde in regiunea lombara;
 - administrarea de analgezice-antispastice la indicatia medicului .
302. In colica renala examinarile de urgenta sunt :
- examen complet de urina ;
 - radiografie renala pe gol;
 - urografie .
303. Diabetul zaharat este o boala cronica caracterizata prin perturbarea metabolismului :
- glucidic;
 - mineral;
 - glucidic, lipidic, protidic, mineral .
304. Diabetul zaharat se datoreste :
- insuficientei secretiei absolute a insulinei;
 - insuficientei secretiei relative a insulinei;
 - insuficientei secretiei absolute sau relative a insulinei .
305. Cum motivam la un bolnav cu diabet zaharat ca are componenta ereditara ?
- ca este un bolnav tanar;
 - ca este un bolnav in varsta;
 - printre rudele bolnavului s-au aflat sau se afla bolnavi de diabet zaharat.
306. Cum intervine alimentatia in etiologia diabetului zaharat ?
- consumand exagerat zahar si dulciuri concentrate inainte de masa;
 - consumand grasimi animale in cantitate mare inca din copilarie;
 - supraalimentatie, indiferent de natura alimentelor.
307. In etiologia diabetului zaharat intervine :
- o singura cauza;
 - neaparat sa se nasca din parinti diabetici;
 - este o interventie multifactoriala.

308. Diabetul zaharat insulinodependent poate debuta uneori prin :
- a. coma diabetica;
 - b. colica renala;
 - c. slabire progresiva.
309. Diabetul zaharat insulinodependent apare :
- a. numai la copil;
 - b. numai la adolescent;
 - c. la copil, la adolescent, la varstnici.
310. Bolnavul cu diabet zaharat are :
- a. polidipsie, poliurie;
 - b. tuse cu expectoratie muco-purulenta;
 - c. polifagie.
311. Investigatiile de laborator in diabetul zaharat arata :
- a. hiperglicemie;
 - b. transaminaze crescute;
 - c. glicozurie.
312. Ce diferenta este intre diabetul zaharat si diabetul insipid ?
- a. in diabetul zaharat avem hiperglicemie;
 - b. in diabetul insipid densitatea urinei este scazuta;
 - c. in diabetul zaharat densitatea urinei este scazuta .
313. Ce deosebire este intre diabetul zaharat si diabetul renal ?
- a. in diabetul zaharat exista hiperglicemie;
 - b. in diabetul renal proba hiperglicemiei provocate este normala;
 - c. in diabetul renal poliuria este nocturna.
314. In ce conditii putem incadra un bolnav in prediabet ?
- a. ambii parinti sunt diabetici;
 - b. mamele care nasc copii cu o greutate peste 4,5kg;
 - c. unul dintre parinti are ciroza hepatica.
315. In diabetul zaharat iatrogen sunt incriminate :
- a. antibioticoterapia prelungita;
 - b. tratamentul cu tiazidice (Nefrix);
 - c. corticoterapie.
316. Complicatiile acute ale diabetului zaharat sunt :
- a. coma diabetica acidocetozica;

MEDICINA GENERALA

- b. enterocolita acuta;
 - c. coma hipoglicemica.
317. Complicatiile cronice ale diabetului zaharat sunt :
- a. ciroza hepatica;
 - b. glomeruloscleroza diabetica;
 - c. retinopatia diabetica.
318. Faza prodromala a comei diabetice este exteriorizata clinic prin:
- a. polidipsie, poliurie;
 - b. senzatie de foame;
 - c. polipnee cu halena acetonica.
319. Tratamentul de urgenta in coma diabetica consta in administrarea de insulina in doza de :
- a. 20 ui I.V. si 20 ui S.C.;
 - b. 20 ui S.C.;
 - c. 20 ui I.V.
320. Starea clinica a unui pacient in coma hipoglicemica se caracterizeaza alaturi de alte manifestari si prin:
- a. tegumente uscate, hiperemice;
 - b. pupile dilatate ;
 - c. tensiune arteriala normala sau crescuta.
321. In mod obisnuit, la un pacient diabetic, glucoza administrata in PEV se tamponeaza cu 1 ui insulina la 2 grame glucoza. Deci un flacon de 500 ml de glucoza 5% va fi tamponat cu :
- a. 24,5 ui insulina;
 - b. 12,5 ui insulina;
 - c. 10 ui insulina.
322. Administrarea insulinei la un bolnav diabetic se face in general dupa urmatoarea schema:
- a. de 3 ori pe zi, dupa caz si doza, cu 15 min. inaintea meselor principale;
 - b. de 2 ori pe zi, la 15 min. dupa mesele principale;
 - c. de 3 ori pe zi, la 15 min. dupa micul dejun si cu 15 min. inaintea meselor de pranz si de seara.
323. In cadrul examenului fizic general, mirosul are valoare importanta in stabilirea unui diagnostic. Astfel, in coma diabetica, mirosul este de:
- a. usturoi;
 - b. fructe coapte, acetona;

- c. amoniac.
324. In coma diabetica, simptomele evolueaza cu:
- a. agitatie psiho-motorie si dezorientare psihica;
 - b. astenie, somnolenta pana la coma;
 - c. pierderea cunostintei.
325. Faza prodromala a comei hipoglicemice este exteriorizata clinic prin:
- a. anxietate;
 - b. transpiratii;
 - c. anorexie totala.
326. Conduita de urgenta in coma diabetica impune si recoltarea urmatoarelor probe de laborator:
- a. glicemie;
 - b. ionograma;
 - c. fibrinogen.
327. In cazul in care diferentierea intre coma diabetica si cea hipoglicemica este greu de facut, diagnosticul se poate stabili prin administrarea a:
- a. 20-30 ml glucoza hipotona(5%);
 - b. 20-30 ml glucoza hipertona(20-40%);
 - c. 10 ui insulina .
328. In coma hipoglicemica debutul este:
- a. lent (mai multe zile);
 - b. brusc, sau la cateva ore dupa administrarea de insulina;
 - c. brusc, imediat dupa administrarea de insulina.
329. Coma diabetica poate fi declansata de:
- a. corticoterapie;
 - b. antibioterapie;
 - c. oprirea sau diminuarea nejustificata a tratamentului cu insulina.
330. Conduita de urgenta abordata in spital la un pacient in coma diabetica, vizeaza:
- a. combaterea alcalozei;
 - b. combaterea acidozei;
 - c. hidratarea.
331. Fenomenele digestive intalnite in coma diabetica sunt urmatoarele:
- a. senzatie de foame;
 - b. greturi;

MEDICINA GENERALA

- c. varsaturi.
332. Coma hipoglicemica are tablou caracteristic de coma:
- a. "uscata" (tegumente si mucoase uscate) si "calma";
 - b. "umedă" (tegumente acoperite de transpiratii profuze);
 - c. hipertona (convulsii, hiperreflexie osteo-tendinoasa, hipertonia globilor oculari, Babinski pozitiv bilateral).
333. Socul este definit ca:
- a. grava tulburare functionala a intregului organism;
 - b. suferinta grava a creierului cu conservarea partiala a functiilor vitale;
 - c. reactie organica post-agresiva decompensata.
334. Obiectivul principal al tratamentului in soc este:
- a. combaterea insuficientei cardiovasculare;
 - b. restabilirea perfuziei organice a tesuturilor;
 - c. combaterea hipoxiei cerebrale.
335. Clasificarea etiologica a socului este urmatoarea:
- a. hipovolemic, cardiogen, toxico-septic, anafilactic, neurogen;
 - b. cardiogen, hemoragic, septicemic, toxic, anafilactic, psihogen;
 - c. hipovolemic, cardiogen, neurogen, infectios, anafilactic.
336. Care dintre urmatoarele semne nu fac parte din tabloul clinic al socului:
- a. bradipnee superficiala;
 - b. hipertermia;
 - c. facies palid, buze uscate si cianotice.
337. Socul traumatic compensat asimptomatic si nemanifest clinic este caracterizat prin:
- a. echilibru biologic care impiedica aparitia socului decompensat;
 - b. faza imediat postagresiva;
 - c. perioada in care nu se face tratament antisoc.
338. Conduita de urgenta in socul traumatic cuprinde :
- a. inlaturarea factorului socogen;
 - b. combaterea durerii;
 - c. evaluarea rapida a leziunilor.
339. Pretratamentul socului se aplica:
- a. la locul accidentului si pe timpul transportului ;
 - b. numai in unitati U.P.U si T.I. ;
 - c. imediat dupa agresiune, cand nu se manifesta semne de gravitate;

c. hipovolemic.

483. Hemoconcentratia din arsuri:

- a. este influentata de suprafata arsa;
- b. este prezenta in prima perioada;
- c. se accentueaza daca bolnavul prezinta hemoragii digestive.

484. Evolutia unei arsuri:

- a. nu depinde de varsta si echilibrul psihic al bolnavului;
- b. este influentata de calitatea si promptitudinea tratamentului aplicat;
- c. este in functie de locul unde se produce arsura.

485. In calcularea suprafetei arse, toracele posterior reprezinta:

- a. 9%;
- b. 18%;
- c. 36%.

486. Prognosticul vital al bolnavului ars se calculeaza in functie de:

- a. marimea suprafetei arse;
- b. profunzimea arsurii;
- c. inaltimea si greutatea arsului.

487. Faza de soc postcombustional:

- a. se considera primele trei zile de la arsura;
- b. poate aparea edemul pulmonar acut;
- c. se caracterizeaza prin hipoxie, oligoanurie, varsaturi, hemoragie digestiva.

488. Complicatiile arsurii prin erori de tratament sunt, cu exceptia:

- a. edem pulmonar acut;
- b. complicatii hepatice;
- c. insuficienta renala acuta.

489. In acordarea primului ajutor in arsura:

- a. se badijoneaza cu alcool dublu rafinat;
- b. se unge cu substante grase;
- c. nu se acopera cu pulberi.

490. Stingerea arsului cuprins de flacari se face:

- a. prin rostogolire prin nisip;
- b. prin stropire cu apa;
- c. prin acoperirea cu o patura.

MEDICINA GENERALA

491. Tratatamentul arsurilor incepe cu:

- a. calmarea durerii prin aplicare de albastru de metilen;
- b. administrarea de ATPA si sedative;
- c. recoltarea probelor de laborator.

492. Prelucrarea chirurgicala a unei arsuri consta in:

- a. indepartarea flictenelor;
- b. badijonare cu alcool 70%;
- c. aplicarea unui pansament umed.

493. Care dintre urmatoarele zone nu se panseaza in caz de arsura:

- a. fata;
- b. zonele de flexie;
- c. regiunile perineale.

494. Traheostomia trebuie practicata la bolnavul cu :

- a. arsuri circulare ale trunchiului;
- b. arsuri profunde ale fetei si gatului;
- c. arsuri, dupa explozii in spatii inchise.

495. Tratatamentul arsurilor chimice prin acizi se face cu:

- a. spalaturi abundente cu apa sterila, ser fiziologic;
- b. badijonare cu alcool sanitar si violet de gentiana;
- c. neutralizarea acizilor cu amoniac 1% sau bicarbonat de sodiu.

496. Arsura produsa de acizi se caracterizeaza prin:

- a. escara alba, moale, hidratata;
- b. escara galben-bruna, mai mult sau mai putin dureroasa;
- c. flictena cu continut sanguinolent.

497. Cantitatea de lichide ce trebuie administrata in caz de arsuri se calculeaza:

- a. un ml solutie pentru fiecare procent suprafata arsa X greutatea corporala;
- b. nu este influentata de evolutia clinica;
- c. nu tine seama de examenul de laborator.

498. Hemoragiile pot fi clasificate in functie de:

- a. felul vasului lezat si cantitatea de sange pierduta;
- b. locul unde se dezvoltă si se evidentieaza hemoragia;
- c. felul hemostazei.

499. In hemoragiile arteriale, sangele are urmatoarele caracteristici:

- a. culoare rosu inchis;

- b. culoare rosu deschis;
 - c. tsneste sincron cu sistola si cu o forta concordanta cu TA .
500. Cantitatea de sange pierdut intr-un timp scurt este mai mare in:
- a. hemoragia venoasa;
 - b. hemoragia venoasa si capilara;
 - c. hemoragia arteriala.
501. In cazul hemoragiei venoase, sangele are urmatoarele caracteristici:
- a. tasneste sincron cu sistola cardiaca;
 - b. culoare rosu inchis;
 - c. sangerare difuza greu de stapanit.
502. Corpul unui barbat cu greutatea de 80 kg contine urmatoarea cantitate de sange:
- a. 6 l;
 - b. 7l;
 - c. 5 l.
503. Se considera o hemoragie mica atunci cand:
- a. hemoragia este numai capilara;
 - b. se pierde numai 1/3 din cantitatea de sange din organism;
 - c. se pierde o cantitate neinsemnata de sange.
504. Consideram o hemoragie mare atunci cind:
- a. se pierde 1/3 din cantitatea de sange din organism;
 - b. se pierde 1/3 – 1/2 din cantitatea de sange din organism;
 - c. se pierde mai mult de 1/2 din cantitatea de sange din organism.
505. Gravitatea unei hemoragii este data:
- a. numai de cantitatea de sange pierduta;
 - b. de raportul dintre cantitatea de sange pierduta, greutatea corporala a individului si viteza cu care se produce pierderea de sange;
 - c. numai de viteza cu care se produce pierderea de sange.
506. In cazul hemoragiilor de mai jos, cea mai grava este:
- a. pierderea de 1l sange la un adult de 90 kg;
 - b. pierderea de 400 ml sange la un copil de 10 kg;
 - c. toate sunt de aceeasi gravitate.
507. In functie de locul unde se dezvolta, hemoragia poate fi clasificata astfel:
- a. hemoragie capilara, intratisulara, exteriorizata;
 - b. hemoragie externa, arteriala, intratisulara;

MEDICINA GENERALA

c. palpare.

695 Radiografia abdomenului in cazul unui traumatism abdominal pune in evidenta:

- a. aerul patruns in cavitatea peritoneala;
- b. prezenta unui corp strain metalic in cavitatea abdominala;
- c. locul si marimea plagii abdominale.

696. Bolnavul care a suferit un traumatism abdominal va fi asezat corect in pozitia:

- a. de decubit dorsal cu membrele pelviene usor flectate (sub genunchi se aseaza o patura rulata sau o perna);
- b. de decubit lateral drept sau stang, de partea traumatismului;
- c. semisezanda, cu genunchii flectati, pentru a asigura compresiunea abdomenului.

697. Care dintre afectiuni evolueaza catre o stare de soc grav.

- a. sarcina extrauterina;
- b. infarctul intestinal;
- c. torsiunile de organe.

698. Care dintre afectiuni evolueaza catre o hemoragie interna:

- a. sarcina extrauterina rupta;
- b. pancreatita necrotica;
- c. ruptura de varice esofagiene.

699. Plastronul apendicular este:

- a. apendicita gangrenoasa;
- b. peritonita plastica;
- c. tumora apendiculara.

700. De obicei durerea in apendicita acuta :

- a. apare in fosa iliaca dreapta;
- b. este accentuata de miscarea membrului inferior drept;
- c. apare in etajul abdominal superior.

701. In evolutia unei apendicite acute, peritonita acuta poate aparea:

- a. inaintea declansarii simpomatologiei apendiculare;
- b. odata cu peritonita plastica localizata;
- c. in primele 24-48 ore de la debutul crizei apendiculare.

702. Aspectul anatomo- patologic al unei apendicite acute flegmonoase este:

- a. apendice marit de volum, cu aspect de "limba de clopot";
- b. apendice de culoare neagra- verzuie si aspect de "frunza vesteda";
- c. apendice congestionat.

703. In cazul unui plastron apendicular se impune :

- a. puna cu gheata;
- b. apendicectomie;
- c. antibioterapie, urmarirea evolutiei.

704. Semnele functionale in ulcerul perforat sunt :

- a. durere violenta in epigastru, transpiratii reci;
- b. accelerarea pulsului, imobilitate respiratorie in etajul abdominal superior;
- c. disparitia matitatii hepatice.

705. Prin termenul de "abdomen de lemn" intelegem:

- a. disparitia matitatii hepatice;
- b. contractura pe toata aria abdominala;
- c. durere violenta in epigastru.

706. Care este cea mai frecventa forma de perforatie a ulcerului:

- a. perforatia in peritoneul liber;
- b. perforatia in peritoneul inchistat;
- c. perforatia acoperita.

707. In colecistita acuta durerea are urmatoarele caractere:

- a. apare in hipocondrul drept;
- b. iradiaza in omoplat si umarul drept;
- c. apare in epigastru.

708. Diagnosticul de certitudine al ulcerului perforat se pune pe:

- a. disparitia matitatii hepatice;
- b. pneumoperitoneu evidentiat radiologic;
- c. contractura abdominala .

709. In cazul plagilor penetrante cu evisceratie posttraumatica vor fi luate urmatoarele masuri:

- a. nu vor fi executate manevre de reducere a anselor in interior;

- a. meteorism abdominal, greturi, varsaturi;
- b. contractura musculara;
- c. durere "in bara", stare de soc.

734. Examenle de laborator in pancreatita acuta arata:

- a. amilazemie si amilazurie crescute;
- b. leucopenie;
- c. hiperglicemie.

735. Intr-o pancreatita acuta este indicata interventia chirurgicala in urmatoarele situatii:

- a. cand pancreatita acuta se datoreaza unui vechi proces litiazic biliar, se intervine chirurgical pentru tratarea litiazei biliare;
- b. in caz de dubiu, cand se oscileaza intre diagnosticul de pancreatita acuta si alta afectiune acuta abdominala;
- c. cand bolnavul se prezinta la medic imediat dupa debut si procesul acut nu evolueaza;

736. In pancreatita acuta este caracteristica:

- a. durerea abdominala cu localizare in etajul superior "in bara", cu iradiere in spate ;
- b. durerea este continua si de intensitate mare;
- c. durerea este violenta, abdomenul devine rigid, "de lemn".

737. Pentru calmarea durerii din pancreatita acuta internata in spital, se poate administra mialgin, dar pentru anulara efectului spastic al acestuia se mai adauga:

- a. atropina, papaverina, nitroglicerina;
- b. atropina, xilina, papaverina;
- c. scobutil, piafen.

738. In pancreatita acuta administrarea de mialgin sau morfina poate da:

- a. spasmul sfincterului Oddi;
- b. mascarea procesului inflamator acut;
- c. tulburari de tranzit.

739. Persoanele predispuse la imbolnavirea de pancreatita acuta sunt:

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

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

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

MEDICINA GENERALA

741. Tulburările în evacuarea secreției pancreatice în duoden, prin dereglări funcționale ale sfincterului Oddi duc la:

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

742. Pancreatita acută hemoragică se caracterizează printr-o:

- a. sangerare subcapsulară masivă și ruperea capsulei sub presiunea hematomului;
- b. sangerare peritoneală;
- c. sangerare provocată sub presiunea hematomului splenic.

743. Un abdomen acut chirurgical cu sediul durerii juxtagastrian arată o perforație a:

- a. stomacului și duodenului;
- b. uterului;
- c. intestinului mezenterial și colonului.

744. La un pacient cu pancreatită acută, internat în spital, atitudinea de urgență constă în:

- a. recoltare de sânge pentru probe de laborator de urgență, sondă de aspirație gastrică, calmarea durerii, gheață, perfuzie ;
- b. completarea investigațiilor și pregătire în vederea intervenției chirurgicale;
- c. administrarea de calmante per oral, regim alimentar, repaos la pat.

745. Forma acută a hemoragiei digestive superioare se exteriorizează prin:

- a. hematemeza;
- b. hemoragie ocultă;
- c. melena.

746. Care dintre examenele de laborator permit aprecierea gravității hemoragiei digestive superioare:

- a. hemoglobina ;
- b. proteinemia;
- c. hematocritul.

747. In perforatia carui organ din cavitatea abdominala nu apare radiologic pneumoperitoneul:

- a. stomacului;
- b. colonului;
- c. veziculei biliare.

748. In cazul unui abdomen acut chirurgical, cu semne de peritonita instalate, interventia chirurgicala este obligatoriu sa se practice in:

- a. 10-12 ore de la instalarea semnelor de peritonita;
- b. 5-6 ore de la instalarea semnelor de peritonita;
- c. 8-10 ore de la instalarea semnelor de peritonita.

749. Pacientul imobilizat poate prezenta:

- a. atrofie musculara;
- b. ataxie;
- c. mioclonie.

750. Escarele sunt:

- a. leziuni superficiale ale tesuturilor prin irigarea insuficienta datorita comprimarii lor mai indelungate;
- b. leziuni profunde ale tesuturilor prin irigarea insuficienta datorita comprimarii lor mai indelungate;
- c. leziuni superficiale intre proeminentele osoase .

751. Pentru evitarea escarelor de decubit se indica urmatoarele, cu exceptia:

- a. asigurarea igienei tegumentelor si a lenjeriei de pat si de corp;
- b. schimbarea pozitiei pacientului la interval de cateva zile;
- c. efectuarea de exercitii active si pasive (dupa caz).

752. Regiunile predispuse escarelor in decubit dorsal sunt:

- a. regiunea trohanteriana, interna si externa a genunchilor;
- b. regiunea occipitala, scapulara, sacrata, calcaneana ;
- c. regiunea ischiatica.

753. Ulceratia necrotica din cadrul escarei poate ajunge pana la :

- a. vase;
- b. muschi;
- c. os.

754. Printre factorii cei mai favorizanti ai aparitiei escarelor sunt:

- a. obezitatea;
- b. incontinenta de urina si fecale;
- c. caldura si transpiratiile abundente.

MEDICINA GENERALA

755. Pentru prevenirea escarelor:

- a. se asigura alimentatie si hidratare adecvata;
- b. se face toaleta pacientului;
- c. se efectueaza pansamente bio-oclizive.

756. In administrarea medicamentelor, asistenta medicala:

- a. respecta intocmai medicamentele prescrise;
- b. poate inlocui cu un alt medicament cu efect asemanator;
- c. utilizeaza preparate identice care circula sub diferite denumiri.

757. Asistenta medicala trebuie sa faca identificarea medicamentelor administrate:

- a. la preluarea acestora;
- b. inainte de administrare;
- c. la externarea pacientului.

758. Nerespectarea cailor de administrare a medicamentelor:

- a. nu influenteaza intensitatea efectului medicamentelor;
- b. are efecte nedorite;
- c. duce la complicatii locale la locul injectiilor.

759. Asistenta medicala noteaza in condica de predare:

- a. medicamentul, doza prescrisa;
- b. un alt medicament inlocuitor;
- c. doza ce insumeaza necesarul pe 24 de ore.

760. Prelungirea intervalului de administrare a medicamentelor:

- a. favorizeaza eliminarea relativ rapida a medicamentelor;
- b. duce la scaderea nivelului util al medicamentelor in sange;
- c. determina fenomene cumulative.

761. Asistenta medicala:

- a. este nevoita sa trezeasca bolnavul pentru administrarea medicamentelor simptomatice;
- b. trezeste bolnavul pentru administrarea medicamentelor etiologice;
- c. stabileste orarul de administrare respectind somnul pacientului.

762. Asocierea mai multor medicamente in aceeași seringă:

- a. menajeaza bolnavul de intepături;
- b. duce la transformarea, precipitarea, degradarea acestora;
- c. priveste in mod direct medicul.

763. Asistenta medicala:

- a. administreaza imediat fiolele deschise;
- b. ofera supozitoarele pacientului pentru administrare;
- c. respecta ordinea succesiva de administrare a medicamentelor.

764. Cind administreaza tratamentul, asistenta medicala:

- a. lasa la pacient intreaga doza zilnica;
- b. administreaza personal supozitoarele, picaturile pentru ochi si nas;
- c. administreaza intai tabletele, solutiile si picaturile, apoi injectiile.

765. Asistenta medicala are grija:

- a. sa informeze pacientul despre timpul in care se va instala efectul medicamentelor;
- b. sa atraga atentia asupra efectelor secundare ale medicamentelor;
- c. sa corecteze dozele prescrise.

766. Calea de administrare a medicamentelor se alege in functie de :

- a. scopul urmarit;
- b. toleranta bolnavului la medicamente;
- c. preferinta bolnavului.

767. Efectele medicamentelor administrate pe cale bucala pot fi :

- a. locale;
- b. generale;
- c. imediate.

768. Medicamentele se administreaza pe cale rectala in caz de :

- a. intoleranta digestiv;
- b. bolnavul refuza inghitirea medicamentelor ;
- c. diaree .

769. Alegerea caii de administrare a injectiilor depinde de :

- a. rapiditatea necesara instalarii efectului prescris;
- b. compatibilitatea tesuturilor organismului cu substanta injectata;
- c. greutatea pacientului.

770. Caile de administrare a medicamentelor pe cale parenterala sunt :

- a. subcutanata;
- b. intravenoasa;
- c. intrarectala.

771. Regulele generale de pregatire si administrare a injectiilor prevad:

- a. injectarea imediata a continutului seringii;

MEDICINA GENERALA

- b. verificarea solutiei injectabile;
- c. pregatirea cu 30 min. inainte de administrare.

772. Accidentele survenite la administrarea injectiilor intramusculare sunt:

- a. atingerea nervului sciatic si a ramurilor sale;
- b. atingerea nervului trigemen si a ramurilor sale;
- c. patrunderea cu acul intr-un vas sanguin.

773. Accidentele survenite in urma injectiei intravenoase sunt:

- a. flebalgia;
- b. supuratie aseptica;
- c. tumefierea brusca a tesutului perivenos, hematom.

774. Injectia cu oxigen se administreaza in caz de :

- a. astupare vremelnica a cailor respiratorii;
- b. inundarea alveolelor pulmonare cu exudate ;
- c. stop cardiorespirator .

775. Caile de administrare a injectiei cu oxigen pot fi :

- a. subcutanata;
- b. intravenoasa;
- c. intradermica .

776. La stabilirea antibioticului ce urmeaza a fi administrat trebuie sa se tina seama de anumite reguli:

- a. alegerea unui singur antibiotic, cel mai activ si mai putin toxic, pe baza antibiogramei;
- b. antibioticul folosit sa expuna cel mai putin la aparitia rezistentei microbiene;
- c. asocierea a doua antibiotice pe baza antibiogramei in scopul acoperirii unui spectru cat mai larg de germeni.

777. Stabilirea diagnosticului de alergie la un antibiotic se bazeaza pe:

- a. terenul alergic;
- b. calea de administrare ;
- c. manifestarile aparute la testele de provocare (cutanate si serologice).

778. Calea subcutanata nu se utilizeaza pentru administrarea antibioticelor din cauza:

- a. resorbtiei rapide din acest tesut;
- b. resorbtiei neregulate din tesutul subcutanat;
- c. toxicitatii antibioticelor .

779. Cu ocazia administrării antibioticului, asistenta medicală trebuie să cunoască :

- a. doza totală pe zi de antibiotic ce trebuie administrată unui pacient;
- b. durata tratamentului ;
- c. cantitatea exactă a unei doze.

780. Întrucât antibioticele distrug de obicei și flora intestinală care sintetizează unele vitamine, administrarea per orală a antibioticului cu spectru larg se va face împreună cu:

- a. vitamina A;
- b. vitamina C;
- c. vitamine din grupul B.

781. Personalul care manevrează antibiotice poate să se sensibilizeze față de aceste substanțe, fiind expus la:

- a. dermite profesionale;
- b. șoc anafilactic;
- c. urticării.

782. Gentamicina, Kanamicina au acțiune:

- a. ototoxica;
- b. nefrotoxica;
- c. diuretica.

783. Cantitățile de antibiotice și chimioterapice se exprimă întotdeauna în:

- a. unități, grame sau submultipli ai acestora;
- b. număr de tablete sau capsule;
- c. mililitri de soluție.

784. În cazul în care sunt indicate asociații de antibiotice, este bine ca:

- a. fiecare substanță să fie administrată separat;
- b. administrarea să se facă per os;
- c. între administrările de antibiotice să existe un interval de cel puțin 2-3 ore.

785. Un nivel constant ideal de antibiotic în sânge se poate obține:

- a. prin perfuzie rapidă, permanentă;
- b. prin perfuzie lentă, permanentă;
- c. prin perfuzii la intervale de 6 ore.

786. Administrarea antibioticului trebuie să fie precedată de:

- a. identificarea germenului patogen cauzator al bolii;
- b. determinarea sensibilității germenului patogen la antibiotic;

MEDICINA GENERALA

c. administrarea medicamentelor cu efect antipiretic si antiemetic.

787. Antibioticele sunt substante obtinute:

- a. prin sinteza chimica;
- b. din culturi de celule vii, mai ales din ciuperci;
- c. prin selectarea tulpinilor de germeni foarte rezistenti .

788. Antibioticele sunt medicamente cu efect:

- a. bactericid;
- b. de stimulare a imunitatii;
- c. bacteriostatic.

789. Un antibiotic sau chimioterapic are efect bactericid daca:

- a. distruge microbii;
- b. inhiba numai inmultirea lor;
- c. distruge microbii si inhiba inmultirea lor .

790. Intervalul dintre doua administrari de doze de antibiotic trebuie sa fie:

- a. egal cu timpul necesar pentru dezvoltarea unei generatii microbiene;
- b. mai mic decat perioada de dezvoltare a unei generatii microbiene;
- c. mai mare decat perioada de dezvoltare a unei generatii microbiene.

791. Contraindicatiile corticoterapiei sunt:

- a. ulcer gastric sau duodenal;
- b. hipertensiune arteriala severa;
- c. hipotensiune arteriala.

792. Hidrocortizonul intrebuintat sub forma de hemisuccinat de hidrocortizon fiole de 25 mg, are indicatie in urgentele :

- a. soc;
- b. coma diabetica;
- c. stare de rau astmatic.

793. Hormonul corticotrop sau adrenocorticotrop hipofizar (ACTH) stimuleaza secretia :

- a. cortizonului;
- b. cortizonului si a altor hormoni ai glandelor suprarenale.
- c. hormonilor glandelor suprarenale cu exceptia cortizonului.

794. Administrarea hormonilor corticosuprarenali este indicata in:

- a. osteoporoza;
- b. afectiuni reumatice;
- c. afectiuni alergice.

795. In caz de insuficienta hepatica, tratamentul cu cortizon se face cu:

- a. hidrocortizon;
- b. prednisolon ;
- c. cortizon acetat.

796. Calcularea dilutiilor atat pentru ACTH, cat si pentru preparatele de cortizon se face:

- a. in functie de durata tratamentului;
- b. la fel ca in cazul antibioticelor;
- c. tinand cont de cantitatea de ACTH exprimata in unitati cuprinsa in fiecare ml. de solutie .

797. Toleranta organismului fata de ACTH se testeaza prin:

- a. metoda reactiei subcutanate;
- b. metoda reactiei intracutanate;
- c. proba Thorn .

798. ACTH se administreaza in primele zile:

- a. in doze progresive, pentru ca stimularea scoartei suprarenale sa nu se faca brusc;
- b. in doze egale, pentru a obtine o stimulare constanta a scoartei suprarenale;
- c. in doze mai mari de la inceput, scazand apoi cantitatile pana la doza minima de intretinere .

799. Cortizonul se administreaza:

- a. la inceput in doze mai mari, scazand apoi cantitatea pana la doza minima de intretinere;
- b. in primele zile in doze progresive, apoi in doze egale pana la sfarsitul tratamentului;
- c. in doze egale, pentru a obtine o stimulare constanta a scoartei suprarenale.

800. ACTH si cortizonul:

- a. retin sodiul in organism ;
- b. spoliaza organismul de potasiu, marind eliminarea lui;
- c. retin potasiul si spoliaza organismul de sodiu.

801. In mod obisnuit, la un pacient diabetic, glucoza administrata in PEV se tampononeaza cu 1 ui insulina la 2 grame glucoza. Deci un flacon de 500 ml de glucoza 5% va fi tamponat cu :

- a. 24,5 ui insulina;

MEDICINA GENERALA

- b. 12,5 ui insulina;
 - c. 10 ui insulina .
802. Administrarea insulinei la un pacient diabetic se face in general:
- a. de 3 ori pe zi, dupa caz si doza, cu 15 min. inaintea meselor principale;
 - b. de 2 ori pe zi, la 15 min. dupa mesele principale;
 - c. de 3 ori pe zi, la 15 min. dupa micul dejun si cu 15 min. inaintea meselor de pranz si de seara.
803. Insulina este inactivata de:
- a. alcool, fie si in cantitati infime;
 - b. tinctura de iod;
 - c. rivanol.
804. Locul injectiei precum si dopul de cauciuc al flaconului de insulina, dupa curatire si degresare chimica, vor fi spalate cu :
- a. solutie rivanol;
 - b. solutie cloramina 1/°°;
 - c. apa sterila.
805. Insulina administrata subcutanat isi incepe activitatea hipoglicemianta:
- a. in 20-30 min. de la injectare;
 - b. in 1 ora de la injectare ;
 - c. in momentul injectarii.
806. Insulina administrata intravenos isi incepe activitatea hipoglicemianta :
- a. imediat dupa injectare;
 - b. la 10 min. de la injectare;
 - c. la 15 min. de la injectare .
807. Accidentele dupa administrarea de insulina sunt:
- a. infectii locale (flegmoane) datorita lipsei de asepsie;
 - b. lipodistrofia hipertrofica sau atrofica;
 - c. eritem la locul injectarii.
808. Locurile de electie pentru administrarea subcutanata a insulinei sunt:
- a. fata anterioara si latero-externa a coapselor;
 - b. jumatarea superioara a abdomenului;
 - c. fetele anterioare si laterale ale bratelor.
809. Insulinele pure, numite monocomponente, spre deosebire de insulina romaneasca, prezinta avantajele:
- a. nu dau rezistenta;

- b. nu dau reactii alergice;
- c. pot fi administrate in doza unica.

810. Daca un bolnav diabetic elimina prin urina 20 gr. glucoza in 24 ore, el va avea nevoie de :

- a. 20 ui insulina obisnuita;
- b. 10 ui insulina obisnuita;
- c. 50 ui insulina obisnuita.

811. Tratamentul cu insulina la bolnavii varstnici, cu complicatii renale , este condus :

- a. numai dupa valorile glicemiei;
- b. in functie de glicozurie;
- c. in functie de diureza .

812. La copii si adolescenti se contraindica tratamentul cu:

- a. insulina cu actiune rapida care se administreaza in doze repartizate pe 24 ore;
- b. insulina cu actiune medie;
- c. insulina cu actiune lenta care administreaza intr-o singura priza pe zi.

813. Injectiile subcutanate cu insulina se fac:

- a. de obicei in acelasi loc;
- b. in locuri de electie care se schimba periodic, dupa o schema pe care si-o va face bolnavul;
- c. in locuri indicate de catre medic .

814. Flacoanele de insulina se pastreaza tot timpul:

- a. la frigider;
- b. la loc uscat;
- c. la intuneric, la temperatura camerei;

815. Inainte de administrarea insulinei pe calea subcutanata trebuie respectate urmatoarele reguli de asepsie:

- a. spalare pe maini cu apa si sapun;
- b. sterilizarea zonei de electie cu alcool, stergerea aceteia cu un tampon de vata fiert in apa si apoi uscarea regiunii de injectare;
- c. sterilizarea dopului de cauciuc de la flaconul de insulina cu alcool.

816. Asistenta medicala semnaleaza complicatiile datorate repausului la pat ca fiind:

- a. procese tromboembolice;
- b. infectii bronhopulmonare;

MEDICINA GENERALA

c. fractura, entorsa.

817.Retentia acuta de urina se produce frecvent la :

- a. bolnavii imobilizati;
- b. la vechii prostatici;
- c. bolnavii tineri.

818.Evitarea escarelor se face prin:

- a. schimbarea frecventa a lenjeriei;
- b. schimbarea de pozitie la 10 ore;
- c. schimbare de pozitie la 2-3ore.

819.Supravegherea membrelor pelviene comporta:

- a. mobilizarea de mai multe ori pe zi a diferitelor articulatii ;
- b. lipsa mobilizarii;
- c. masaje locale pentru evitarea flebitelor.

820.Complicatiile infectiilor bronhopulmonare apar la:

- a. bolnavii casectici;
- b. bolnavii cu staza pulmonara pronuntata;
- c. bolnavii cu eroziune corneeană.

821.Medicamentele care se prezinta sub forma de TIZANE sunt:

- a. preparate prin infuzie in apa fierbinte;
- b. potiuni in solutii zaharate;
- c. preparate pe baza de solvent- alcool.

822.Reactiile adverse idiozincrazice sunt:

- a. reactii imunologice;
- b. independente de doza;
- c. reactii de intoleranta.

823.Medicamentele pentru care este necesara supravegherea biologica sunt:

- a. anticonceptionalele orale;
- b. analgetice in doze medii;
- c. anticoagulantele.

824.Insuficienta cardiaca poate apare dupa administrarea de:

- a. chinina;
- b. betablocante;
- c. ergotamina.

825.Nefropatia tubulara apare dupa administrarea :

- a. indelungata de aminoglicozidice;
- b. paracetamol;
- c. vincristina.

826. Eliminarea medicamentelor din organism se face prin:

- a. singe venos;
- b. aerul expirat ;
- c. urina .

827. Ce reprezinta doza maxima:

- a. cea mai mare doza suportata de organism, fara sa apara fenomene toxice;
- b. doza care determina fenomene toxice;
- c. doza ce se administreaza in 24 ore .

828. Regulile de administrare ale medicamentelor precizeaza ca:

- a. se respecta intocmai medicamentul prescris ;
- b. se respecta calea, dozajul si orarul de administrare;
- c. apar si fenomenele secundare mentionate .

829. Intoleranta la medicamente poate provoca :

- a. anemii;
- b. febra;
- c. soc anafilactic.

830. La administrarea medicamentelor asistenta medicala trebuie sa cunoasca :

- a. indicatiile si contraindicatiile ;
- b. fenomenele de intoleranta .
- c. epicriza.

831. Dupa gradul de toxicitate medicamentele se clasifica astfel:

- a. toxice;
- b. stupefiante;
- c. oficinale;

832. Se cunosc urmatoarele incompatibilitati medicamentoase:

- a. de prescriere;
- b. de asociere;
- c. de administrare.

833. Efectul chimioterapiei impiedica:

- a. cresterea tumorilor maligne;
- b. extinderea tumorilor maligne;