

**TESTE GRILA BALNEOFIZIOKINETOTERAPIE SI RECUPERARE
LICENTA SEPTEMBRIE 2016**

1. Intensitatea curentului electric:

- a. reprezinta fluxul densitații pe unitatea de timp
- b. reprezinta fluxul densitații pe unitatea de suprafața
- c. se masoara în amperi
- d. se masoara în volți
- e. se masoara în amperi/m²

Corect: a, c

2. Structuri foarte bune conducatoare de curent din corpul omenesc sunt:

- a. soluțiile electrolitice
- b. sângele
- c. fanerele
- d. umorile
- e. aponevrozele

Corect: a, b, d

3. Rezistența electrica:

- a. în circuit continuu se masoara în ohmi
- b. în circuit continuu se masoara în volți
- c. în circuit alternativ poarta numele de impedanța
- d. este invers proporționala cu intensitatea curentului
- e. este direct proporționala cu intensitatea curentului

Corect: a, c, d

4.1 volt este:

- a. puterea egala cu unitatea aplicata la capetele unui conductor
- b. tensiunea egala cu unitatea aplicata la capetele unui conductor
- c. =1 amper x 1 hertz
- d. =1 amper x 1 ohm
- e. =1 watt x 1 joule

Corect: b, d

5. Transformarea energiei electrice în alte forme de energie:

- a. determina efecte calorice
- b. determina scaderea rezistenței
- c. determina efecte luminoase
- d. determina scaderea conductibilitații
- e. determina efecte electromagnetice

Corect: a, c, e

6. Soluțiile sunt:

- a. sisteme omogene solide, lichide sau gazoase
- b. constituite din cel puțin două substanțe
- c. constituite din substanțe care își pastrează individualitatea chimică
- d. formate dintr-un solvent și un dizolvant
- e. formate dintr-un solvent și un dizolvat

Corect: a, c, d, e

7. Care din următoarele afirmații sunt adevărate?

- a. un țesut este un conductor uniform
- b. cu cât un segment este situat mai departe de electrozi, intensitatea curentului ajuns la el este mai mică
- c. pe regiunea cuprinsă între electrozi, intensitatea curentului este egală
- d. cantitatea cea mai mare de curent trece prin zonele ce opun rezistența cea mai mică
- e. conductibilitatea electrică a unui țesut este direct proporțională cu conținutul lui în apă

Corect: b, d, e

8. Care sunt calitățile stimulului electric pentru a declanșa o excitație ?

- a. intensitate maxim suportabilă
- b. intensitatea să fie egală cu timpul
- c. să acționeze un anumit timp minim
- d. intensitate sub prag, timp de 1 minut
- e. intensitatea să depășească "pragul"

Corect: c, e

9. Stimularea membranei celulare permite următoarele:

- a. migrarea masivă a Na^+ dinspre exteriorul spre interiorul membranei
- b. creșterea foarte mare a permeabilității pentru K^+
- c. viteza de migrare transmembranară a Na^+ este de 7 ori mai mare decât cea a K^+
- d. reducerea potențialului de repaus la -65mV
- e. declanșarea potențialului de acțiune

Corect: a, c, d, e

10. Ce reprezintă reobaza ?

- a. intensitatea minimă necesară declanșării excitației
- b. permeabilitatea celulară
- c. intensitatea "prag"
- d. potențialul de acțiune al celulei
- e. pozitivitatea crescută din interiorul membranei

Corect: a, c

11. Ce este repolarizarea ?

- a. procesul de revenire la potențialul de membrană
- b. inactivarea mecanismului de transport al sodiului
- c. creșterea fluxului de ieșire a K^+ din celulă
- d. creșterea fluxului de intrare a K^+ în celulă

e. modificarea dureaza 19 ms

Corect: a, b, c

12. Stimularea electrica se produce astfel:

- a. la variații ale intensității curentului într-o perioada scurta de timp
- b. la variații ale intensității curentului într-o perioada lunga de timp
- c. la intensitate sub valoarea “prag“
- d. la intensitate peste valoarea “prag“
- e. la intensități mari ale curentului în timp prelungit

Corect: a, d

13. Ce semnificație are electrotonusul ?

- a. modificarile caracteristice ale proprietăților fizice ale țesuturilor determinate de sensul curentului
- b. modificarile caracteristice ale proprietăților fiziologice ale țesuturilor determinate de sensul curentului
- c. catelectrotonusul semnifica cresterea excitabilității tisulare (la catod)
- d. pragul de excitabilitate este mai coborât la catod
- e. excitația la catod este la deschiderea circuitului

Corect: a, b, c, d

14. Masurarea excitabilității unui nerv / muschi se face prin:

- a. închiderea unui curent continuu
- b. aplicarea unui stimul dreptunghiular
- c. aplicarea unui stimul subliminal
- d. aplicarea impulsurilor de curent “în treapta“
- e. aplicarea unui stimul triunghiular

Corect: a, b

15. Parametrii electrofiziologici uzuali sunt:

- a. temperatura
- b. reobaza
- c. timpul util
- d. cronaxia
- e. cronofagia

Corect: b, c, d

16. Condițiile esențiale de raspuns la stimularea electrica sunt:

- a. intensitatea curentului
- b. timpul util
- c. bruschețea curentului aplicat
- d. cresterea lenta a intensității
- e. impulsul sa fie triunghiular, trapezoidal sau exponențial

Corect: a, b, c

17. Acomodarea este:

- a. o proprietate a muschilor normal inervați
- b. oprită de un curent cu panta brusca
- c. absentă la muschii denervați
- d. proporțională cu forța
- e. măsurată cu coeficientul de acomodare

Corect: a, b, c, e

18. Frecvența stimulilor este importantă în producerea excitației electrice pentru ca:

- a. frecvența stimulilor este proporțională cu intensitatea
- b. există o perioadă de timp refractară la o nouă excitație
- c. musculatura netedă nu reacționează la impulsuri izolate
- d. musculatura netedă reacționează la sumația temporară a impulsurilor
- e. organele inervate de parasimpatic necesită o frecvență mai mare a excitațiilor

Corect: b, c, d, e

19. Creșterea excitabilității se produce :

- a. fiziologic, în perioada de revenire lentă la potențialul de repaus
- b. prin scăderea ionilor de calciu
- c. prin creșterea ionilor de calciu
- d. în spasmofilie
- e. prin substanțe anestezice.

Corect: a, b, d

20. Ce este conductibilitatea și cum se manifestă ?

- a. proprietatea membranei excitabile de a conduce unda de depolarizare
- b. în fibrele amielinice excitația se transmite din aproape în aproape
- c. în fibrele mielinizate excitația se transmite saltator
- d. sensul de propagare al excitației în axonii nemielinizați și mielinizați este bidirecțional
- e. sensul de propagare al excitației în axonii nemielinizați și mielinizați este unidirecțional

Corect: a, b, c, d

21. Curentul galvanic reprezintă:

- a. o deplasare de sarcini electrice de-a lungul unui conductor
- b. deplasarea electronilor de-a lungul unui conductor
- c. deplasarea ionilor de-a lungul unui conductor
- d. producerea de curent electric variabil
- e. producerea de curent electric continuu

Corect: a, b, c, e

22. Efectele fiziologice ale curentului galvanic

- 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 pozitiv, membranele celulare se hiperpolarizează
- e. la polul pozitiv, scade excitabilitatea

Corect: a, d, e

23. Acțiunea curentului galvanic asupra fibrelor nervoase motorii
- polul negativ produce o creștere a pragului de excitație
 - polul negativ este utilizat ca electrod activ
 - polul negativ produce o scădere a pragului de excitație
 - creșterea bruscă a intensității curentului determină o contracție musculară promptă
 - polul negativ produce scăderea excitabilității

Corect: b, c, d

24. Efectele terapeutice ale aplicării curentului galvanic
- vasoconstrictor
 - analgezic la polul pozitiv
 - hiperemie activă la nivelul circulației superficiale și profunde
 - analgezic la nivelul electrodului negativ
 - antialgic prin creșterea excitabilității nervoase la nivelul polului pozitiv

Corect: b, c

25. Modalități de aplicare a galvanizărilor
- cu ajutorul unor electrozi sub formă de plăci
 - baie galvanică parțială
 - baie galvanică generală
 - iontoforeza
 - nici una din cele de mai sus

Corect: a, b, c, d

26. Galvanizarea simplă în scop antialgic:
- electrodul activ este electrodul negativ
 - electrodul activ este electrodul pozitiv
 - electrodul activ este de dimensiuni mai reduse
 - electrodul activ este indiferent
 - electrodul activ este de dimensiuni mai mari

Corect: b, c

27. Baile galvanice
- temperatura apei va fi mai mare de 39°C
 - temperatura apei va fi 34-38°C
 - direcția curentului va fi numai ascendentă
 - durata sesiunilor va fi de 10-30 minute
 - ritmul sesiunilor la 3 zile

Corect: b, d

28. Avantajele aplicării iontoforezei
- este posibilă o acțiune locală reflexă la nivelul dermatomioamelor
 - cantitatea de substanță care patrunde este necontrolabilă
 - are efect local demonstrat și recunoscut
 - cantitatea de substanță care patrunde nu poate fi dozată

e. se cumuleaza cu efectul analgezic al curentului galvanic

Corect: a, c, e

29. Contraindicațiile galvanoterapiei

- a. artrite
- b. distonii neurovegetative
- c. nevralgii si nevrite diferite
- d. eczeme
- e. supurații

Corect: d, e

30. Curenții de joasa frecvența sunt:

- a. forme de curent continuu
- b. curenți cu impulsuri dreptunghiulare
- c. impulsuri triunghiulare
- d. curent galvanic
- e. impulsuri exponențiale

Corect: b, c, e

31. Tehnica de aplicare a curenților de joasa frecvența

- a. electrozii nu se plaseaza la nivelul inserțiilor musculare
- b. electrozii se plaseaza la nivelul zonei de trecere muschi-tendon
- c. electrodul pozitiv se plaseaza proximal de muschiul afectat
- d. electrodul pozitiv se plaseaza pe muschiul afectat la nivelul placii neuromotorii
- e. electrodul negativ se plaseaza pe muschiul afectat la nivelul placii neuromotorii

Corect: b, c, e

32. Electrostimularea selectiva a muschiului denervat se face cu:

- a. Curenți exponențiali de joasa frecvența
- b. Curenți de medie frecvența
- c. Impuls cu durata de 500 ms cu panta de crestere de 1000 m
- d. Impuls cu durata de 200 ms urmat de pauza de 600 ms
- e. Ultrasunet

Corect: a, d

33. Musculatura total denervata

- a. raspunde selectiv la stimularea prin impulsuri exponențiale de lunga durata
- b. raspunde neselectiv la stimularea prin impulsuri exponențiale de scurta durata
- c. raspunde la impulsuri de scurta durata
- d. nu raspunde selectiv la stimularea prin impulsuri exponențiale de scurta durata
- e. raspunde la impulsuri cu panta de crestere rapida

Corect: a

34. Tehnica de aplicare a electrostimularii pentru musculatura total denervata

- a. în tehnica bipolară electrodul negativ se aplica proximal, electrodul pozitiv distal
- b. în tehnica bipolară electrodul negativ se aplica distal, electrodul pozitiv proximal

- c. tehnica bipolară este indicată la denervările accentuate
- d. în tehnica monopolară, electrodul negativ se aplică pe mușchiul afectat
- e. nu se recomandă masajul sau curentul galvanic înainte de stimulare

Corect: b, c, d

35. Principiul de acțiune al terapiei musculaturii spastice:

- a. se induce un efect de inhibiție a motoneuronilor mușchilor spastici
- b. nu se produce relaxare
- c. se aplică două circuite de excitație separate, sincronizate
- d. se utilizează un electrod
- e. nu este indicată în tratamentul paraliziiilor spastice

Corect: a, c

36. Curenții diadinamici au efecte:

- a. contracții musculare în mușchii denervați
- b. analgetice
- c. hiperemiante
- d. dinamogene
- e. nu are efect excitomotor

Corect: b, c, d

37. Curenții Träbert:

- a. nu sunt indicați în lombalgii
- b. au efect analgetic și hiperemiant
- c. electrodul negativ se plasează pe locul dureros
- d. timpul de aplicare este de 30 minute
- e. au durată de 2 ms urmați de o pauză de 5 ms

Corect: b, c, e

38. TENS

- a. este un curent cu impulsuri dreptunghiulare de joasă frecvență
- b. polul pozitiv este activ
- c. polaritatea electrozilor nu are importanță
- d. plasarea electrozilor se face pe zona dureroasă
- e. aplicația poate dura mai multe ore

Corect: a, c, d, e

39. Sunt adevărate următoarele afirmații:

- a. curenții de medie frecvență nu prezintă acțiune vasoactivă
- b. curenții de medie frecvență produc contracții asupra musculaturii scheletice și mușchilor netezi
- c. singura formă de aplicare este cu un curent unic de medie frecvență
- d. curenții de medie frecvență produc analgezie
- e. curenții de medie frecvență produc contracții musculare dureroase

Corect: b, d

40. Efectele fiziologice ale curenților interferențiali

- a. excitomotor pe muschi sanatosi, normoinervați
- b. decontracturant
- c. vasoconstrictor
- d. analgetic
- e. excitomotor pe musculatura neteda

Corect: a, b, d, e

41. Contraindicații ale aplicării electroterapiei prin curenți interferențiali:

- a. procese inflamatorii articulare
- b. afecțiuni febrile de diferite etiologii
- c. tuberculoza activa
- d. neoplazii
- e. casexie

Corect: b, c, d, e

42. Tehnici de aplicare a curenților interferențiali

- a. tehnica interfero triplex
- b. tehnica statica
- c. tehnica cinetica
- d. tehnica mixta
- e. nici una din cele de mai sus

Corect: b, c

43. La aplicația de curenți interferențiali:

- a. la începutul sesiunii intensitatea se crește lent și la sfârșit se scade brusc
- b. la începutul sesiunii intensitatea se crește lent și la sfârșit se scade tot lent
- c. este necesară creșterea intensității pe parcursul procedurii
- d. nu este necesară creșterea intensității pe parcursul procedurii
- e. intensitatea se dozează pentru obținerea senzației de furnicatura

Corect: b, d, e

44. Procedul 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 variabilă
- d. prin interferență va rezulta un curent de joasă frecvență, între 1 și 100 Hz
- e. la locul interferenței direcția și intensitatea curentului se modifică repetitiv

Corect: a, c, e

45. Acțiunile fiziologice ale undelor scurte sunt:

- a. efecte calorice de profunzime fără a produce leziuni cutanate
- b. analgetic
- c. miorelaxant-antispastic
- d. activarea metabolismului
- e. nici una de mai sus

Corect a, b, c, d

46. Modalități de aplicare a undelor scurte

- a. metoda interfero - triplex
- b. metoda în câmp condensator
- c. metoda cu frecvențe modulate
- d. metoda în câmp inductor
- e. metoda în cuplaj indirect

Corect: b, d

47. În terapia cu unde scurte, electrozii pot fi poziționați:

- a. în același plan
- b. transversal
- c. longitudinal
- d. oblic
- e. în oricare din pozițiile de mai sus

Corect: b, c

48. Dozarea intensității câmpului de unde scurte. Notați afirmațiile adevărate:

- 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 acute
- e. numărul sesiunilor este fix

Corect: c, d

49. Sunt false următoarele afirmații:

- a. la metoda în câmp condensator se poate aplica tratamentul pe regiuni acoperite de vestimentație
- b. undele scurte se pot aplica la pacienți cu pacemaker, sau obiecte metalice
- c. se recomandă undele scurte la pacientele cu sarcină
- d. se evită zonele cu sensibilitate cutanată
- e. pacientul trebuie supravegheat permanent

Corect: b, c

50. Terapia cu înaltă frecvență pulsată are următoarele efecte:

- a. ameliorează osteoporoza
- b. accelerează vindecarea unor plăgi
- c. crește spasmele musculaturii netede
- d. previne și tratează cicatricile cheloide
- e. accentuează edemul tisular

Corect: a, b, d

51. Avantajele utilizării terapiei de înaltă frecvență pulsată

- a. produce efecte calorice locale, hipertermie
- b. se poate utiliza la pacienții cu pacemaker cardiac

- c. poate fi aplicat la orice vârstă, fără riscul de a provoca tulburări trofice
- d. poate fi tratată orice regiune a corpului
- e. nu produce nici o stare de disconfort

Corect: c, d, e

52. Sunt false următoarele afirmații privind tehnica terapiei cu unde scurte

- a. electrozii se aplică direct pe piele
- b. electrozii se aplică la 2-3 cm față de regiunea de tratat
- c. poziția electrozilor nu are importanță
- d. efectul de vârf se produce la nivelul suprafețelor plane
- e. electrozii au dimensiuni diferite, electrodul activ fiind de dimensiuni mai reduse

Corect: a, c, d.

53. Efectele fizico-chimice ale ultrasunetului sunt:

- a. efectul mecanic
- b. efectul termic
- c. efectul de cavitație
- d. efectul de difuziune
- e. efectul radioactiv

Corect: a, b, c, d

54. Acțiunea biologică a ultrasunetului determină:

- a. scăderea permeabilității membranelor celulare
- b. hiperemie tegumentară
- c. efecte fibrolitice
- d. creșterea metabolismului celular
- e. la doze mari, produc distrucții celulare și rupturi capilare

Corect: b, c, d, e

55. Efectele fiziologice ale ultrasunetului sunt:

- a. analgetice
- b. excito-motorii
- c. miorelaxante
- d. hiperemiante
- e. sedative

Corect: a, c, d

56. Modalități de aplicare a ultrasunetului:

- a. segmentare indirecte, pe zone paravertebrale corespunzătoare rădăcinilor nervoase medulare
- b. segmentare directe pe cale neurală
- c. aplicații reflexe pe dermatoamele corespunzătoare organelor interne
- d. aplicații reflexe la distanță pe ganglionii simpatici
- e. aplicații pe proeminențele osoase

Corect: a, b, c, d

57. Metodele de aplicare ale ultrasunetului sunt:

- a. prin câmp inductor
- b. cuplaj direct, utilizând o substanța de contact
- c. prin strat hidrofîl
- d. cuplaj direct utilizând substanțe medicamentoase
- e. cuplaj indirect prin intermediul apei

Corect: b, d, e

58. Alegeți formele de ultrasunet utilizate în terapie:

- a. în câmp inductor
- b. în regim continuu
- c. în câmp condensator
- d. în regim discontinuu
- e. toate raspunsurile sunt incorecte

Corect: b, d

59. Alegeți formularea corectă:

- a. nu este indicată succesiunea terapeutică masaj-ultrasunet sau ultrasunet-masaj
- b. pacienților prezentând stări febrile li se recomandă tratament cu ultrasunet paravertebral toracic
- c. aplicațiile cu ultrasunet pot precede sesiunile de kinetoterapie, datorită acțiunii analgetice și miorelaxante
- d. se poate recomanda terapia combinată ultrasunet-curenți de joasă frecvență
- e. este indicată aplicarea concomitentă a roentgenterapiei cu ultrasonoterapia pe aceleași regiuni

Corect: a, c, d

60. Intensitatea energiei ultrasonore, utilizată în practică, depinde de:

- a. regiunea de tratat
- b. profunzimea locului de tratat
- c. forma de cuplaj
- d. tensiunea de rețea
- e. starea generală a pacienților

Corect: a, b, c, e

61. Indicațiile ultrasonoterapiei sunt:

- a. reumatism degenerativ
- b. fracturi recente
- c. cicatrici cheloide
- d. TBC
- e. afecțiuni neurologice

Corect: a, b, c, e

62. Contraindicațiile ultrasonoterapiei sunt:

- a. stări inflamatorii
- b. neoplazii

- c. stare generala alterata
- d. boala artrozica
- e. tromboflebite

Corect: a, b, c, e

63. Capacitatea de miscare articulara se apreciaza prin:

- a. bilanț clinic
- b. istoricul bolii
- c. disponibilitațile de comunicare
- d. bilanț articular
- e. bilanț muscular

Corect: d

64. Odata cu bilanțul articular se pun în evidența:

- a. hipotrofii musculare
- b. laxitatea ligamentara care poate duce la hiperextensie (ex. genu recurvatum)
- c. contractura în flexie cu apariția unui flexum, care în stadiul ireductibil face imposibila extensia.
- d. laxitate complexa capsulo-ligamentara
- e. atrofii musculare

Corect: b, c, d

65. Bilanțul articular se realizeaza:

- a. prin testarea forței musculare a muschilor adiacenți unei articulații.
- b. cu ajutorul goniometrului.
- c. prin comparație cu mobilitatea normala contralaterala
- d. cu ajutorul artroscopului
- e. cu ajutorul firului cu plumb

Corect: b, c, e

66. În analiza mobilitații articulare se apreciaza:

- a. gradul maxim de mobilitate
- b. unghiul funcțional
- c. forța musculara
- d. spasticitatea
- e. abilitatea

Corect: a, b

67. Bilanțul muscular (testingul muscular manual) apreciaza:

- a. tonusul muscular
- b. gradul maxim de mobilitate
- c. forța musculara
- d. unghiul funcțional
- e. rezistența musculara

Corect: a, c, e

68. Bilanțul muscular (testingul muscular manual) are un sistem de cotare internațională. Sistemul are scala:

- a. 0-1
- b. 0-5
- c. 0-10
- d. 0-100
- e. 0-3

Corect: b

69. Care din următoarele tehnici aparțin imobilizării:

- a. poziția de corecție
- b. punerea în repaus
- c. posturile de facilitare
- d. contenția
- e. contracția izometrică

Corect: b, d

70. Tehnicile anakinetice apelează la:

- a. mobilizare pasivă
- b. imobilizare
- c. posturare
- d. contracție izometrică
- e. contracție izotona

Corect: b, c

71. Care din următoarele modalități tehnice aparțin mobilizărilor pasive:

- a. mobilizarea liberă
- b. contracția izometrică
- c. relaxarea musculară
- d. mobilizarea pasivă pură asistată
- e. mobilizarea auto-pasivă

Corect: d, e

72. Mobilizarea pasivo-activă aparține:

- a. tehnicilor anakinetice
- b. mobilizărilor active
- c. tehnici kinetice statice
- d. mobilizărilor pasive
- e. tehnicilor de facilitare

Corect: d

73. Contracția reflexă din cadrul mobilizărilor active reflexe este provocată prin:

- a. reflex de întindere (stretch-reflex)
- b. mișcarea voluntară cu modificarea lungimii mușchiului
- c. reflex de echilibru
- d. reflexe de poziție

e. creșterea tensiunii mușchiului

Corect: a, c, d

74. Mobilizarea activă liberă este o tehnică în cadrul:

- a. mobilizării active reflexe
- b. mobilizării pasive
- c. kineziei statice
- d. mobilizării active voluntare
- e. tehnicilor anakinetice

Corect: d

75. Care din următoarele modalități tehnice aparțin mobilizărilor active voluntare:

- a. mobilizarea activă liberă
- b. mobilizarea activo-pasivă
- c. mobilizarea pasivo-activă
- d. mobilizarea activă cu rezistență
- e. contracția izokinetică

Corect: a, b, d

76. Care din următoarele modalități tehnice aparțin mobilizărilor pasive:

- a. contracția izometrică
- b. relaxarea
- c. tracțiunile
- d. mobilizarea pasivo-activă
- e. mobilizarea pasivă pură asistată

Corect: c, d, e

77. Stretchingul are următoarele avantaje:

- a. scade flexibilitatea țesuturilor
- b. crește abilitatea de a învăța sau performa diferite mișcări
- c. determină relaxarea fizică și psihică
- d. determină o constientizare asupra propriului corp
- e. crește riscul de traumatisme ale aparatului locomotor prin munca sau sport

Corect: b, c, d

78. Care din următoarele reguli pentru stretching sunt adevărate?

- a. încălzirea prealabilă a țesutului
- b. aplicarea unor tehnici de relaxare
- c. poziționarea corectă a pacientului
- d. inițial se întinde doar o singură articulație, apoi se poate executa stretching peste 2 sau 3 articulații
- e. se începe cu articulațiile proximale și apoi cele distale

Corect: a, b, c, d

79. Ce tipuri de stretching pentru mușchi cunoașteți?

- a. izotonic

- b. balistic
- c. dinamic
- d. activ sau stato-activ
- e. static sau pasiv

Corect: b, c, d, e

80. Miscarile jocului articular sunt:

- a. rulare
- b. alunecare
- c. flexia
- d. compresie
- e. tracțiune

Corect: a, b, d, e

81. Efectele jocului articular sunt:

- a. asigura miscarile segmentelor în articulațiile periferice
- b. asigura o repartiție fiziologica a lichidului sinovial
- c. permite formarea de aderențe în articulație
- d. transmite impusuri aferente ale controlului proprioceptiv de la nivel articular
- e. efect antialgic

Corect: a, b, d, e

82. În timpul mobilizarilor vom ține seama de o serie de reguli:

- a. poziția pacientului sa fie comoda, relaxata
- b. poziția articulației care va fi mobilizata sa permita o cât mai buna relaxare locala
- c. kinetoterapeutul sa aiba o poziție comoda cu posibilitate de abordare usoara a pacientului
- d. mâna kinetoterapeutului care face mobilizarea nu va avea contact cu articulația
- e. segmentul articular care nu va fi mobilizat va trebui stabilizat printr-o curea, de catre un ajutor, sau de o mâna a kinetoterapeutului

Corect: a, b, c, e

83. Tehnica oscilației gradate. Alegeți gradele corecte:

- a. Gradul 1: amplitudini maxime ritmice la începutul excursiei de miscare
- b. Gradul 2: miscari mai ample care însa nu ating extremele valorilor de mobilitate
- c. Gradul 3: miscari ample spre excursia maxima, la nivelul rezistenței tisulare
- d. Gradul 4: la fel ca la gradul 3, dar cu mici oscilații
- e. Gradul 5: mici amplitudini la limita mobilității care forțeaza rezistența tisulara (stretching)

Corect: b, c, d, e

84. Tehnica manipularii. Alegeți cei 3 timpi corecți:

- a. punerea în poziție
- b. punerea în relaxare
- c. punerea în tensiune
- d. impulsul cortical
- e. impulsul manipulativ

Corect: a, c, e

85. Capacitatea de a manifesta valori mari de forță în cea mai mică unitate de timp se numește:

- a. forța maximă relativă
- b. forța maximă absolută
- c. forța explozivă
- d. forța dinamică
- e. forța de rotație

Corect: c

86. Mărimea forței musculare depinde de mai mulți parametri, dintre care:

- a. diametrul de secțiune al mușchiului
- b. numărul unităților motorii în acțiune
- c. frecvența impulsurilor nervoase
- d. tipul articulației
- e. aranjamentul fibrelor musculare

Corect: a, b, c, e

87. Dezavantajele contracțiilor izometrice sunt:

- a. măresc munca ventriculului stâng, tensiunea arterială, frecvența cardiacă
- b. ameliorează suplețea țesuturilor periarticulare
- c. tonifică în special fibrele musculare activate la unghiul la care s-a produs izometria
- d. antrenează mușchi pentru o contracție mai lentă
- e. nu ameliorează coordonarea pentru mișcări mai complexe

Corect: a, c, d, e

88. Avantajele contracțiilor izometrice:

- a. sunt foarte eficiente
- b. reduc edemul prin efect de pompă
- c. tehnica este simplă
- d. durata exercițiilor este scurtă
- e. soliciți articulațiile

Corect: a, b, c, d

89. Pentru a crește forța musculară se execută:

- a. exerciții izometrice
- b. tehnici de facilitare proprioceptivă neuromusculară pentru a crește direct forța musculară
- c. posturile declanșatoare de reflexe tonice
- d. exerciții dinamice cu rezistență
- e. coordonările paliative

Corect: a, c, d

90. Exercițiile izometrice practicate pentru creșterea forței musculare sunt:

- a. exerciții unice scurte izometrice zilnice
- b. exercițiul maximal scurt
- c. exerciții repetitive scurte izometrice zilnice

- d. exerciții rezistive regresive
- e. exercițiul maximal cu repetiție

Corect: a, c

91. Exercițiile unice scurte izometrice zilnice constau în:

- a. o contracție de 6 secunde pe zi
- b. 20 de contracții a 6 secunde cu o pauza de 20 de secunde între ele – o sesiune pe zi
- c. grupaj de 3 contracții a 6 secunde, cu o pauza de 30-60 de secunde între contracții
- d. o contracție de 12 secunde pe zi
- e. o contracție de 10 secunde pe zi

Corect: a

92. Dintre exercițiile dinamice cu rezistența fac parte:

- a. exercițiul maximal scurt
- b. exercițiul maximal cu repetiție
- c. exercițiile rezistive regresive
- d. exercițiile repetitive scurte izometrice
- e. grupajul de 3 contracții a 6 secunde

Corect: a, b, c

93. Exercițiul maximal cu repetiție :

- a. se urmărește prin creșterea progresivă a greutăților
- b. se testează acea greutate care poate fi ridicată de 10 ori
- c. la 5-7 zile se retestează noua rezistență pentru 10 RM
- d. se execută 4 seturi de 10 RM pe zi de trei ori pe săptămână
- e. se numește tehnica Oxford

Corect: a, b, c, d

94. Tehnica De Lorme-Watkins are în structura următoarele seturi de exerciții:

- a. setul I: 10 ridicări cu $\frac{1}{2}$ 10 RM
- b. setul II: 10 ridicări cu $\frac{3}{4}$ 10RM
- c. setul III: 10 ridicări cu 10 RM
- d. setul IV: 5 ridicări cu $\frac{1}{2}$ 10 RM
- e. setul V : 5 ridicări cu $\frac{1}{2}$ 10 RM

Corect: a, b, c

95. În cazul tehnicii de Lorme-Watkins

- a. între seturi se intercalează o pauză de 2-4 minute
- b. între seturi se intercalează o pauză de 10 minute
- c. cele 3 seturi se execută o dată pe zi, de 4 ori pe săptămână
- d. în ziua a 5-a se retestează 10 RM
- e. seturile se execută de 5 ori pe zi

Corect: a, c, d

96. Din câte seturi de exerciții este compusă schema tehnicii Oxford?

- a. 2 seturi

- b. 3 seturi
- c. 5 seturi
- d. 4 seturi
- e. 5 seturi

Corect: d

97. În cazul exercițiilor regresive:

- a. muschiul obosește treptat
- b. progresia este asigurată prin retestarea 10RM la 5-7 zile
- c. numărul de repetări într-o repriză depinde de greutate
- d. schimbarea frecvenței a greutăților face ca tehnica să nu fie agreată de pacient și de kinetoterapeut
- e. se obține o performanță aproape maximă pentru starea fiziologică a mușchiului în momentul respectiv

Corect: a, b, d, e

98. Schema tehnicii Oxford este compusă din:

- a. setul I: 10 ridicări cu 10 RM
- b. setul II: 10 ridicări cu 90% 10 RM
- c. setul III: 10 ridicări cu 80% 10 RM
- d. setul IV: 10 ridicări cu 70% 10 RM
- e. setul V: 10 ridicări cu 5 RM

Corect: a, b, c, d

99. Schema exercițiilor cu 10 rm (repetiții minime) este:

- a. seria I: de 10 ridicări cu 2 x 10 rm
- b. seria II: de 10 ridicări cu 1,5 x 10 rm
- c. seria III: de 10 ridicări cu 10 rm
- d. seria IV: de 5 ridicări cu 2 x 5 rm
- e. seria V : de 5 ridicări cu 2 x 5 rm

Corect: a, b, c

100. Exercițiile dinamice cu rezistență sunt indicate pentru :

- a. hipertrofia musculară
- b. hipotrofia musculară
- c. ameliorarea mobilității articulare
- d. creșterea rezistenței musculare
- e. scăderea rezistenței musculare

Corect: a, c, d

101. Exercițiile dinamice cu rezistență presupun:

- a. viteza mișcărilor nu are importanță
- b. durata exercițiilor nu reprezintă un parametru de dozare
- c. urmărirea atentă, zilnică a semnelor de oboseală musculară
- d. durata exercițiilor este un parametru de dozare
- e. la începutul exercițiilor se testează forța grupului muscular simetric

Corect: c, d, e

102. În situațiile deficitelor mari de forță musculară este necesar să se apeleze și la:

- a. posturi declansatoare de reflexe tonice
- b. întinderea prelungită la mușchii posturali extensori slabi
- c. tehnici de facilitare pentru întărirea musculaturii
- d. elemente facilitatorii de creștere a răspunsului motor
- e. nu se utilizează tehnici de facilitare pentru întărirea musculaturii

Corect: a, c, d

103. Rezistența musculară depinde de:

- a. forța musculară
- b. valoarea circulației musculare
- c. integritatea metabolismului muscular
- d. starea generală a organismului
- e. pH-ul sângelui

Corect: a, b, c, d

104. Testarea rezistenței mușchiului se face:

- a. testarea se face cu greutăți între 60-70% din forța maximă
- b. prin testarea capacității de menținere a unei contracții
- c. testarea se face cu greutăți între 15%-40% din forța maximă cronometrându-se timpul menținerii contracției
- d. testarea se face cu greutăți între 50%-60% din forța maximă
- e. calculând numărul de repetări posibile la încărcare și la un ritm de metronom precizat

Corect: b, c, e

105. Pentru a realiza creșterea rezistenței musculare:

- a. scadem durata exercițiilor
- b. creștem durata exercițiului
- c. utilizăm terapia ocupațională
- d. se lucrează la intensități mai joase de efort dar prelungite în timp
- e. se lucrează la intensități mari de efort

Corect: b, c, d

106. Bolnavii care beneficiază de antrenamentul la efort sunt:

- a. bolnavii cardiovasculari, mai ales coronarieni după infarctul de miocard
- b. bolnavii respiratori
- c. sechelarii unor afecțiuni ale aparatului locomotor
- d. sedentarii
- e. bolnavi cu bloc atrio-ventricular de gradul III

Corect: a, b, c, d

107. Metodele antrenamentului la efort utilizează:

- a. electroterapia
- b. mersul

- c. urcatul scarilor si pantelor
- d. terapia ocupaționala
- e. crioterapia

Corect: b, c, d

108. Cea mai moderna exprimare a intensității unui efort se face prin:

- a. urcatul scarilor
- b. alergare
- c. echivalentul metabolic
- d. covorul rulant
- e. bicicleta ergometrica

Corect: c

109. Suportabilitatea efortului se urmareste pe baza semnelor clinice care apar:

- a. tahicardia
- b. durerile precordiale
- c. cefalee
- d. transpirații reci
- e. oboseala

Corect: a, b, d

110. Intensitatea efortului la cardiaci si pulmonari se recomanda a fi:

- a. 30-40% din consumul maxim de oxigen
- b. 40-50% din consumul maxim de oxigen
- c. 20-30% din consumul maxim de oxigen
- d. 60-80% din consumul maxim de oxigen
- e. 60-80% din capacitatea funcționala testata a pacientului

Corect: d, e

111. Durata efortului în cazul antrenamentului la efort este de:

a. 3 minute de efort urmate de o pauza de 30-180 secunde, ciclu care se repeta la 30-60 minute

- b. 5 minute de efort
- c. 10 minute de efort
- d. 15 minute de efort
- e. 7 minute de efort

Corect: a

112. Frecventa sedințelor de efort la pacienții cardio pulmonari este de:

- a. 1 pe saptamâna
- b. 2, 2-3 pe saptamâna
- c. 5 pe saptamâna
- d. 6 pe saptamâna
- e. 10 pe saptamâna

Corect: b

113. Metodica unei sesiuni de antrenament la efort împarte programul în:

- a. prima parte 6-15 minute încălzire
- b. partea a doua alcătuită din exercițiul propriu-zis de efort
- c. partea a treia marchează trecerea la starea de repaus, durează 20 minute
- d. partea a treia marchează trecerea la starea de repaus, durează 5-10 minute
- e. partea a treia durează 25 minute

Corect: a, b, d

114. Antrenamentul la efort are ca efecte:

- a. crește rezistența vasculară periferică
- b. scade amplitudinea denivelării segmentului ST la efort
- c. scade nivelul catecolaminelor serice și al lipidelor serice
- d. crește extracția de O₂ la nivelul țesuturilor
- e. crește amplitudinea denivelării segmentului ST la efort

Corect: b, c, d

115. Antrenamentul pentru refacerea coordonării se face după anumite reguli:

- a. exercițiile de coordonare trebuie să se execute de câteva ori pe zi, fără întreruperi, până ce coordonarea este obținută
- b. orice contracție a mușchilor care nu este necesară unei activități date trebuie evitată
- c. se vor utiliza explicații verbale, înregistrări cinematice, desene
- d. antrenamentul se oprește la orice semn de oboseală sau plictiseală
- e. este necesară o forță mare pentru o mișcare de precizie

Corect: a, b, c, d

116. Controlul și coordonarea respirației are următoarele componente:

- a. controlul ritmului respirator
- b. controlul volumului curent
- c. raportul între timpii respiratori
- d. controlul fluxului de aer
- e. raportul gazelor din aerul inspirat

Corect: a, b, c, d

117. În programele de recuperare ale bolnavilor cardiovasculari, efortul lor este cel mai mult limitat de:

- a. medicația specifică afecțiunii
- b. pragul angios restant
- c. valorile crescute ale TA
- d. valorile crescute ale frecvenței cardiace
- e. valorile crescute ale frecvenței respiratorii

Corect: b

118. În perioada de la 8-12 săptămâni postinfarct, nivelul de solicitare al exercițiilor fizice corelat cu frecvența cardiacă este de:

- a. 30% din frecvența maximă
- b. 50% din frecvența maximă

- c. 70%-80% din frecvența maximă
- d. 100% din frecvența maximă
- e. 90% din frecvența maximă

Corect: c

119. Obiectivele terapeutice ale pacienților coronarieni se pot realiza:

- a. medicamentos
- b. chirurgical
- c. antrenament fizic
- d. drenajul de postură
- e. reeducarea tusei

Corect: a, b, c

120. Obiectivele fazei a II-a și a III-a a programului de recuperare a coronarienilor sunt:

- a. reantrenarea la efort
- b. readaptarea la viața cotidiană
- c. readaptarea socio-profesională
- d. nici una din variantele de mai sus
- e. pensionarea pacienților

Corect: a, b, c

121. Imobilizarea prelungită la pat a pacienților coronarieni este urmată de multiple complicații:

- a. deconținționarea cardio-vasculară
- b. staza venoasă și bronșică
- c. tulburări trofice
- d. ameliorarea fracției de ejeție
- e. decompensări psihice

Corect: a, b, c, e

122. Se consideră infarct miocardic necomplicat în următoarele situații:

- a. infarctul miocardic cu hipotensiune arterială
- b. infarctul miocardic fără durere cardiacă persistentă sau recurentă
- c. infarctul miocardic fără disritmii semnificative
- d. infarctul miocardic fără insuficiența cardiacă
- e. infarct miocardic cu anevrism ventricular

Corect: b, c, d

123. Parametrii urmăriți în recuperarea după infarctul miocardic acut necomplicat sunt:

- a. frecvența cardiacă
- b. EKG
- c. tensiune arterială
- d. monitorizarea holter
- e. toți parametrii de mai sus

Corect: a, c

124. În testarea de efort la cicloergometru, creșterea progresivă a intensității efortului la fiecare treaptă de efort este de:

- a. 10W
- b. 25-30W
- c. 40W
- d. 50W
- e. 20W

Corect: b

125. Criteriile de terminare a testului de efort sunt:

- a. durerea anginoasă suportabilă
- b. extrasistolia ventriculară agravată la efort (peste 25% din bătăi)
- c. tahicardiile ectopice supraventriculare sau fibrilația ventriculară
- d. tulburările de conducere atrio-ventriculare sau intraventriculare
- e. creșterea TA peste 230/130mmHg

Corect: b, c, d, e

126. Ritmul minim de antrenament la pacientul coronarian în faza a II-a a infarctului miocardic acut este de:

- a. 5 sesiuni/săptămână
- b. 2 sesiuni/săptămână
- c. 3 sesiuni/săptămână
- d. 4 sesiuni/săptămână
- e. zilnic

Corect: c

127. Complicațiile posibile ale testării la efort sunt:

- a. infarctul miocardic acut, oprirea cardiacă, decesul
- b. hipotensiunea
- c. insuficiența respiratorie
- d. insuficiența circulatorie cerebrală acută
- e. insuficiența cardiacă congestivă

Corect: a, b, d, e

128. Contraindicații testării la efort sunt.

- a. infarctul miocardic acut în primele 6 zile de evoluție
- b. angina pectorală de efort
- c. insuficiența ventriculară stângă simptomatică severă
- d. hipertensiunea arterială (TAS 170 mmHg sau TAD 100 mmHg)
- e. stenoza aortică severă

Corect: a, c, e

129. Antrenamentul aerobic se realizează printr-un program de exerciții:

- a. cu o anumită durată
- b. cu o anumită frecvență
- c. aplicate consecvent

- d. de intensități întâmplătoare
- e. la temperatura de 37°

Corect: a, b, c

130. Efectele adaptative la nivelul organismului sunt prezente:

- a. în timpul efortului prin exercițiu fizic
- b. în repaus
- c. în cazul adaptării la altitudini diferite
- d. în cazul exercițiilor anaerobe
- e. în somn

Corect: a, b

131. Modificarile adaptative apar la nivelul:

- a. organismului ca întreg
- b. aparatului cardio-vascular
- c. analizatorilor
- d. aparatului respirator
- e. fanerelor

Corect: a, b, d

132. Dintre factorii care condiționează răspunsurile adaptative individuale la antrenamentul aerobic, fac excepție:

- a. vârsta
- b. sexul
- c. coeficientul de inteligență
- d. nivelul de fitness inițial
- e. abilitățile individuale

Corect: c

133. Efectele adaptative la nivelul mușchilor se manifestă prin:

- a. creșterea consumului de glicogen muscular
- b. aport crescut de oxigen local
- c. hipertrofie musculară
- d. hipotrofie musculară
- e. hipotonie musculară

Corect: b, c

134. Creșterea VO₂ max prin kinetoprofilaxie în regim aerobic este:

- a. mai mare la tineri
- b. mai mare la vârstnici
- c. aceeași pentru toate categoriile de vârstă
- d. aceeași pentru indivizii cu aceeași greutate și înălțime
- e. independentă de alimentație

Corect: a

135. Adaptările cardio-vasculare în repaus înregistrează următoarele modificări ale

parametrilor:

- a. scaderea frecvenței cardiace
- b. scaderea volumului sanguin circulant
- c. scaderea valorilor tensionale
- d. creșterea volumului bataie cardiac
- e. scaderea volumului bataie cardiac

Corect: a, c, d

136. Adaptările cardio-vasculare manifestate în timpul efortului fizic se caracterizează prin:

- a. creșterea consumului de oxigen miocardic
- b. scaderea volumului bataie cardiac
- c. creșterea debitului cardiac corespunzător cerințelor efortului
- d. scaderea consumului de oxigen la nivelul miocardului
- e. creșterea consumului de oxigen la nivelul miocardului

Corect: c, d

137. Modificările adaptative sanguine prin antrenament aerobic nu sunt reprezentate de:

- a. creșterea valorilor colesterolului
- b. scaderea valorilor trigliceridelor
- c. scaderea cantității de hemoglobină
- d. scaderea hematocritului
- e. scaderea trombocitelor

Corect: a, c, d, e

138. Antrenamentul aerobic este indicat la pacienții cu afecțiuni coronariene deoarece prin modificările adaptative sanguine:

- a. scade riscul trombotic
- b. crește riscul trombotic
- c. crește fibrinoliza
- d. previne apariția ischemiilor coronariene
- e. scade fibrinoliza

Corect: a, c, d

139. Modificările adaptative respiratorii aparute în antrenamentul aerobic sunt reprezentate de:

- a. creșterea frecvenței respiratorii în mod special
- b. creșterea volumelor respiratorii
- c. scaderea volumelor respiratorii
- d. scaderea capacității de difuziune alveolo-capilară
- e. creșterea travaliului respirator

Corect: b

140. Efectele adaptative la nivel psihic prin antrenament aerobic:

- a. nu apar decât la pacienții cu tulburări emoționale
- b. sunt prezente la orice pacient
- c. sunt utile în managementul stresului

- d. sunt utile pentru cresterea performanțelor cognitive
- e. stimuleaza atenția

Corect: b, c, d, e

141. Efectele adaptative obținute prin antrenamentul aerobic în kinetoprofilaxia primara sunt:

- a. ireversibile
- b. reversibile
- c. dureaza maxim o saptamâna
- d. menținute numai daca se menține permanent un anumit grad de antrenament
- e. menținute numai daca se executa sporadic exerciții aerobice

Corect: b, d

142. Antrenamentul aerobic se realizeaza prin urmatoarele tipuri de activități fizice:

- a. orice exercițiu fizic care se face cu consum energetic în prezența oxigenului
- b. orice exercițiu fizic care se face cu consum energetic în absența oxigenului
- c. numai activități sportive specifice
- d. activități cotidiene
- e. orice activitate sportiva

Corect: a, d

143. Antrenamentul aerobic în kinetoprofilaxie exclude urmatoarele tipuri de activități:

- a. Mersul cu ritm rapid
- b. Efortul la covor rulant
- c. Pedalarea la bicicleta ergometrica sau simpla
- d. Exerciții cu greutați
- e. Baschet de performanța

Corect: e

144. Parametrii care caracterizeaza antrenamentul aerobic sunt urmatorii:

- a. intensitatea
- b. durata
- c. frecvența
- d. variația
- e. temperatura

Corect: a, b, c, d

145. Factorii care condiționeaza alegerea exercițiilor aerobice sunt:

- a. abilitățile individuale
- b. musculatura vizata
- c. preferința terapeutului
- d. temperatura corporala
- e. presiunea atmosferica

Corect: a, b

146. Notați semnificațiile adevarate în legatura cu numarul de seturi pentru exercițiile aerobice:

- a. se începe cu un set pentru fiecare exercițiu
- b. se crește din 3 în 3
- c. se crește progresiv, până la maxim 6 seturi
- d. se crește din 5 în 5
- e. se crește din 10 în 10

Corect: a, c

147. Ordinea aplicării exercițiilor aerobice începe cu:

- a. grupele musculare mici
- b. grupele musculare mari
- c. cu membrele superioare
- d. cu membrele inferioare
- e. cu hemicorpul drept

Corect: b, c

148. Variația programului aerobic semnifică modificarea:

- a. poziționării segmentelor mobilizate
- b. raportului durată exercițiilor/durată intervalelor de repaus
- c. tipului de exercițiu
- d. orelor la care se realizează antrenamentul
- e. numărului de participanți la antrenament

Corect: a, b, c

149. Conform principiului încărcării, intensitatea antrenamentului aerobic trebuie să fie:

- a. la același nivel cu activitățile cotidiene
- b. peste pragul stimulului de antrenament
- c. crescută progresiv
- d. scăzută progresiv
- e. crescută brusc ca să poată produce creșterea forței musculare

Corect: b, c

150. De obicei raportul intensitate/durată, utilizat în antrenamentul aerobic, este:

- a. direct proporțional
- b. invers proporțional
- c. aleator
- d. dependent de greutatea pacientului
- e. dependent de înălțimea pacientului

Corect: b

151. Exercițiul aerobic muscular poate fi:

- a. static
- b. dinamic
- c. izokinetic
- d. izometric
- e. izomorf

Corect: a, b, c, d

152. Specificați care dintre tipurile de antrenament aerobic nu se folosește singur, deoarece nu determină creșterea VO₂ max:

- a. de duranță
- b. de flexibilitate
- c. de forță
- d. submaximal
- e. supramaximal

Corect: b

153. Structura unui antrenament aerobic în kinetoprofilaxie cuprinde următoarele perioade, cu excepția:

- a. adaptarea la microclimat
- b. adaptarea la macroclimat
- c. încălzirea
- d. exercițiile
- e. răcirea

Corect: a, b

154. Selectați enunțurile afirmative despre efectele perioadei de încălzire a antrenamentului aerobic:

- a. crește fluxul sanguin muscular
- b. previne lezarea aparatului neuro-mio-artrokinetic
- c. previne tulburările de ritm cardiac și de irigație coronariană
- d. crește performanța musculară
- e. scade performanța musculară

Corect: a, b, c, d

155. Tipurile de antrenament aerobic pot fi:

- a. antrenament continuu
- b. antrenament cu intervale
- c. antrenament continuu cu intervale
- d. antrenament cu circuit
- e. antrenament în circuit cu intervale

Corect: a, b, d, e

156. Din grupa afecțiunilor reumatismale degenerative fac parte:

- a. Gonartroza
- b. Periartrita scapulo-humerală
- c. Tendinitele
- d. Periartrita coxo-femurală
- e. Miozitele

Răspuns: a

157. Alegeți răspunsul fals:

- a. PR este o afecțiune reumatismală inflamatorie, cu evoluție cronică progresivă

- b. PR afectează cu predilecție articulațiile mici (mâini, picioare)
- c. PR evoluează către deformare și anchiloza articulară
- d. În PR redoarea matinală durează cel puțin o oră
- e. În stadiul III al PR se instalează anchiloza fibroasă sau osoasă

Raspuns: e

158. Alegeți răspunsul fals. Caracterele comune ale spondilartritelor seronegative sunt următoarele:

- a. Prezența factorului reumatoid
- b. Absența nodulilor subcutanați
- c. Prezența artritelor periferice
- d. Afectarea articulațiilor sacroiliace și a coloanei vertebrale
- e. Afectarea tegumentelor și mucoaselor

Raspuns: a

159. Obiectivele kinetoterapiei în spondilita anchilozantă sunt cele enumerate cu o singură excepție:

- a. Menținerea / corectarea posturilor și aliniamentului corpului
- b. Menținerea / ameliorarea mobilității articulare și tonusului muscular
- c. Prevenirea pozițiilor vicioase
- d. Prevenirea disfuncției ventilatorii restrictive
- e. Redimensionarea obiectivelor casnice

Raspuns: e

160. Obiectivele tratamentului în boala artrozică sunt următoarele, cu excepția:

- a. Combaterea durerii
- b. Reeducarea respiratorie
- c. Recuperarea mobilității articulare și a tonusului muscular
- d. Prevenirea deteriorării în continuare a cartilajului articular
- e. Ameliorarea circulației locale

Raspuns: b

161. Clinica gonartrozei este caracterizată de următoarele elemente, cu excepția unuia singur:

- a. Subfebrilitate
- b. Redoare de inactivitate
- c. Senzație de instabilitate la nivelul genunchiului
- d. Chist Baker
- e. Tulburări de statică la nivelul genunchiului

Raspuns: a

162. O singură afirmație cu privire la spondiloza cervicală din cele enumerate mai jos este falsă. Care?

- a. Este contraindicat masajul la nivel paravertebral cervical
- b. Electroterapia include galvanizări, CDD, curenți de medie frecvență și înaltă frecvență
- c. Împachetarile cu parafina „pelerina” au efect benefic
- d. Exercițiile urmăresc refacerea tonusului musculaturii extensoare

e. Tratatamentul chirurgical este indicat în formele cu tulburari neurologice severe si progresive

Raspuns: a

163. Alegeți raspunsul fals. Discopatia lombara de faza IV se manifesta astfel:

- a. 60-70% din pacienți sunt asimptomatici
- b. Lombalgie cronica mecanica, meteorodependenta
- c. Lumbago acut cu pseudosciatica, dupa ridicare de greutați
- d. Sciatica vârstnicului cu Lasseque pozitiv
- e. Sindrom de coada de cal

Raspuns: d

164. Alegeți raspunsul fals. Reumatismul abarticular cuprinde urmatoarele entități clinice:

- a. Gonartroza
- b. Periartrita scapulo-humerala
- c. Periartrita coxofemurala
- d. Algoneurodistrofia
- e. Maladia Dupuytren

Raspuns: a

165. Alegeți raspunsurile corecte. La inspectia tegumentelor pacienților cu sindrom reumatoid se pot evidenția:

- a. Leziuni eritemato-scuamoase în psoriazis
- b. Noduli reumatoizi în spondilita anchilozanta
- c. Noduli Bouchard si Heberden în boala artrozica
- d. Tofi gutosi în poliartrita reumatoida
- e. Eritem facial „în fluture” în lupusul eritematos diseminat

Raspuns: a, c, e

166. Mobilitatea coloanei cervicale este evaluata prin:

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

Raspuns: b, d, e

167. Poliartrita reumatoida este caracterizata de urmatoarele deformari articulare:

- a. Deviația cubitala a degetelor si mâinii
- b. Police în „Z”
- c. Flexum de cot
- d. Genu recurvatum
- e. Genu flexum

Raspuns: a, b, c, e

168. În poliartrita reumatoida, posturarea mâinii cu ajutorul ortezelor se realizeaza astfel:

- a. Pumn în extensie 10-20°
- b. Deviația cubitală a mâinii și degetelor
- c. Flexie ușoară a metacarpofalangienelor
- d. Police în abducție și opoziție
- e. Interfalangiene proximale în extensie

Raspuns: a, c, d

169. Alegeți răspunsurile corecte. În poliartrita reumatoidă:

- a. Se evita pozițiile sau activitățile ce solicită flexorii degetelor
- b. Se recomandă purtarea de susținători plantari
- c. Se evita poziția sezândă pe scaune sau fotolii joase
- d. Se recomandă exercițiile care antrenează prehensiunea de forță
- e. Cura balneară se adresează tuturor formelor de poliartrita reumatoidă

Raspuns: a, b, c

170. În poliartrita reumatoidă se pune accent pe tonifierea:

- a. Extensorilor degetelor
- b. Flexorului superficial al degetelor
- c. Flexorilor antebrațului
- d. Flexorilor coapsei și gambei
- e. Musculaturii intrinseci a mâinii

Raspuns: a, b, e

171. Sindromul Reiter:

- a. Este artrita reactivă
- b. Este caracterizat de triada: conjunctivă, artrită, uretrită
- c. Nu este însoțit de manifestări generale
- d. Sunt contraindicate procedurile de electroterapie și termoterapie
- e. Poate evolua către spondilită anchilozantă

Raspuns: a, b, e

172. Care din următoarele afirmații cu privire la artrita psoriazică sunt adevărate:

- a. Manifestările cutanate constau în placi eritemato-scuamoase pe coate, genunchi, trunchi
- b. Este însoțită de manifestările extraarticulare: oculare, cardiace, respiratorii
- c. În majoritatea cazurilor apar manifestările articulare și apoi cele cutanate
- d. Cea mai frecventă formă este artrita mutilantă
- e. Unul dintre obiectivele de tratament este prevenirea deformatărilor și anchilozelor articulare

Raspuns: a, b, e

173. Care din următoarele afirmații sunt adevărate:

- a. În spondilită anchilozantă cura balneară este indicată în special în stațiunile de pe litoralul Marii Negre
- b. Spondilită anchilozantă afectează cu preponderență sexul feminin
- c. Caracteristice spondilită anchilozantă sunt lombosacralgiile în a doua jumătate a nopții, cu iradiere în bascula

- d. Tabloul clinic al spondilita anchilozanta include si disfunctia ventilatorie restrictiva
- e. În stadiile avansate ale spondilita anchilozanta se poate instala „poziția de schior”

Raspuns: a, c, d, e

174. În timpul activitațiilor cotidiene spondiliticului trebuie sa pastreze anumite posturi:

- a. Decubit dorsal pe pat tare, cu perna sub cap
- b. Sezând pe scaun cu spatar înalt si pastrarea contactului permanent al spatelui cu spatarul
- c. Masa de lucru la nivelul pieptului, cu antebrațele pe masa
- d. Evitarea sederii prelungite în fotoliu
- e. În ortostatism pastrarea distanței maxime xifoid-pube

Raspuns: b, c, d, e

175. În spondilita anchilozanta menținerea sau cresterea tonusului muscular se realizeaza în special la nivelul anumitor grupe musculare:

- a. Ischiogambieri
- b. Iliopsoas
- c. Adductorii coapsei
- d. Erectorii capului si trunchiului
- e. Muschii abdominali

Raspuns: b, d, e

176. Alegeți raspunsurile corecte privitoare la programul de kinetoterapie din spondilita anchilozanta:

- a. Se începe cât mai precoce si are continuitate absoluta
- b. Ocupa primul loc în ierarhia formelor de tratament fizical
- c. Pune accent pe exercițiile de flexie la nivelul coloanei vertebrale si centurilor
- d. Cuprinde exerciții pentru reeducarea respirației toracice si abdominale
- e. Kinetoterapia este adaptata stadiului evolutiv

Raspuns: a, b, d, e

177. Care dintre urmatorii factori favorizeaza deteriorarea cartilajului articular:

- a. Menopauza
- b. Obezitatea
- c. Vârsta peste 50 ani
- d. Sexul feminin
- e. Rasa neagra

Raspuns: a, b, c

178. Tabloul clinic al coxartrozei cuprinde:

- a. Durere la nivelul genunchiului
- b. Redoare de inactivitate
- c. Durere la nivelul peritrohanterian, fesier, inghinal, pe fața anterioara a coapsei
- d. Mers schiopatat
- e. Parestezii pe fața anterioara a coapsei

Raspuns: a, b, c, d

179. Igiena ortopedica a soldului consta în:

- a. Mers si ortostatism prelungit
- b. Greutate corporala ideala
- c. Mers pe teren accidentat
- d. Mers cu sprijin în baston
- e. Evitarea urcarii si coborârii scarilor

Raspuns: b, d, e

180. Indicațiile curei balneare în coxartroza sunt reprezentate de:

- a. Formele acute
- b. Formele subacute
- c. Coxartroza la debut
- d. Coxartroza operata
- e. Forme cu redoare strânsa si atitudine vicioasa ireductibila

Raspuns: c, d

181. Igiena ortopedica a genunchiului consta în:

- a. Evitarea tocurilor înalte
- b. Evitarea traumatismelor directe
- c. Repaus prelungit
- d. Medicație antialgica
- e. Descarcarea de greutate a genunchiului

Raspuns: a, b, e

182. Procedurilor de electroterapie antialgica în gonartroza includ:

- a. Comprese reci cu sulfat de magneziu
- b. Împachetari cu parafina
- c. Curenți de joasa frecvența
- d. Curenți de medie frecvența
- e. Biostimulare laser

Raspuns: c, d, e

183. Kinetoterapia în gonartroza consta în:

- a. Posturari în flexie a genunchiului
- b. Tonifierea cvadricepsului, a tricepsului sural
- c. Mobilizari articulare pentru refacerea extensiei complete
- d. Exerciții în lanț kinetic închis
- e. Exerciții pentru coordonare

Raspuns: b, c, d, e

184. Spondilodiscartroza cervicala are manifestari clinice polimorfe:

- a. Cervicalgie iradiata occipital, în vertex, în umeri
- b. Nevralgie cervico-brahiala
- c. Sindrom Barré-Lieou
- d. Puncte dureroase la nivelul umarului
- e. Vertij, fosfene, acufene

Raspuns: a, b, c, e

185. Obiectivele de tratament recuperator în spondilodiscartroza lombara sunt urmatoarele:

- a. Reeducarea respiratorie
- b. Combaterea durerii
- c. Corectarea dezechilibrului muscular între agonisti si antagonisti
- d. Restabilirea controlului adecvat al miscarii
- e. Profilaxia recidivelor

Raspuns: b, c, d, e

186. Tratamentul fizical al spondilodiscartrozei lombare cuprinde:

- a. Masaj sedativ lombosacrofesier
- b. Bai galvanice, 4 celulare
- c. Curenți diadinamici în special în lumbago musculo-ligamentar
- d. Împachetari cu parafina lombar în formele acute
- e. Bai simple la 36-37° în cazul radiculopatiilor reziduale

Raspuns: a, c, e

187. Kinetoterapia din perioada acuta a discopatiei lombare urmareste:

- a. Asuplizarea trunchiului inferior
- b. Relaxarea musculaturii lombare contracturate
- c. Relaxare generala
- d. Scaderea iritației radiculare
- e. Cresterea tonusului vagal

Raspuns: b, c, d, e

188. „Scoala spatelui” consta în:

- a. Constientizarea poziției neutre a coloanei lombare si bazinului
- b. Înzavorârea coloanei lombare
- c. Menținerea forței musculare agonisti si antagonisti
- d. Programul Williams fazele I si II
- e. Relaxarea musculaturii lombare contracturate

Raspuns: a, b, c

189. Tratamentul chirurgical în hernia de disc lombara este indicat în cazul:

- a. Durerilor care nu cedeaza la tratament conservator
- b. Recidivelor frecvente
- c. Manevrei Lassèque pozitiva la valori mici
- d. Apariției sau agravarii unui deficit motor
- e. Apariției sindromului de „coada de cal,,

Raspuns: a, b, d, e

190. PSH (umarul dureros simplu) se caracterizeaza prin:

- a. Durere de intensitate mare
- b. Limitarea mare a mobilității pasive
- c. Substratul anatomopatologic este capsulita retractila

- d. Aspect radiologic normal
 - e. Evoluție favorabilă la aplicarea curenților de joasă frecvență
- Raspuns: d, e*

191. PSH (umarul pseudoparalitic) se caracterizeaza prin:

- a. Durere de intensitate mare
- b. Mobilitate activa absenta
- c. Mobilitate pasiva normala
- d. Absența tulburarilor de sensibilitate
- e. Modificari ale reflexelor osteotendinoase

192. Care dintre urmatoarele definiții caracterizeaza noțiunea de orteza:

- a. mijloc / dispozitiv extern folosit pentru modificarea caracteristicilor structurale si functionale ale sistemului neuro - mioartrokinetic, cu menținerea sau refacerea funcției segmentului la care este aplicata
- b. aparat sau dispozitiv de substituție artificiala folosit pentru înlocuirea diferitelor segmente absente sau organe ale corpului
- c. dispozitiv adaugat corpului unei persoane pentru a susține, a poziționa, a imobiliza, a corecta diformități, a asista forța musculara, a modifica tonusul muscular sau a promova miscarea unor segmente
- d. modalitate fizica pentru cresterea forței si rezistenței musculare
- e. una dintre cele mai importante exerciții din kinetoterapia pasiva

Corect: a, c

193. Ortezele au rol multiplu în recuperarea medicala, dar nu asigura:

- a. imobilizarea sau susținerea unei articulații sau unui segment al corpului, asigurând astfel prevenirea / corectarea deformatiilor si menținerea articulației într-o poziție cât mai funcționala
- b. îmbunătățirea funcției articulare în condițiile unei asistari corespunzatoare a mobilității la acel nivel, cu posibilitatea aplicării unei tracțiuni
- c. controlul unei miscari direcționate
- d. durerea si presiunea în segmentul respectiv prin transferul de forța de la o zona topografica la alta
- e. protecție a structurilor segmentului respectiv (muschi, ligamente, oase, nervi, vase) pe toata perioada programului de recuperare

Corect: d

194. Oricare dintre ortezele folosite în practica medicala trebuie sa prezinta urmatoarele calități:

- a. grele, cu durabilitate scazuta
- b. confortabile, tolerate corespunzator
- c. acceptabile din punct de vedere cosmetic, mai ales pentru cele folosite la extremitatea distala a membrului superior
- d. usor de întreținut si de curățat; simple, în sensul facilitații (usurinței) montării / demontării (“pus / scos”) corecte
- e. utile, sa serveasca în realitate scopului propus, ajustabile diferitelor faze evolutive ale suferinței respective

Corect: b, c, d, e

195. Oricare dintre protezele folosite în practica medicala trebuie sa prezinta urmatoarele calitați:

- a. confectionata din material dur, rezistent
- b. acceptabila din punct de vedere cosmetic, fara determinarea modificarilor trofice la nivelul bontului
- c. sa posede relief adaptat segmentului protezat si caracteristicilor bontului cu care trebuie sa se articuleze
- d. usor de întreținut, de aplicat la nivelul bontului
- e. sa nu se modifice în raport cu evoluția afecțiunilor asociate

Corect: b, c, d

196. Ortezele se confectioneaza din urmatoarele materiale, cu o exceptie:

- a. metalul (oțel calit - inoxidabil, aliaj de aluminiu)
- b. plasticul
- c. pielea
- d. hârtia
- e. fibrele sintetice, materiale plastifiabile

Corect: d

197. Fiecare orteza este prezentata în detaliu, prin intermediul mai multor fotografii (din diferite unghiuri) si însoțita de o fisa tehnica, care cuprinde urmatoarele elemente:

- a. numele si tipul ortezii-statica sau dinamica, temporara sau definitiva
- b. indicațiile sale terapeutice, obiectivele montarii sale la un anumit segment
- c. descrierea materialului din care este confectionata, durata în care se poate realiza, dificultatea de execuție
- d. alte mențiuni sau remarci cu privire la orteza respectiva
- e. date despre pacientul la care urmeaza a fi aplicata

Corect: a, b, c, d

198. Aspectele motivaționale care permit încadrarea ortezelor în orteze statice sunt:

- a. menținerea tonusului si forței musculare
- b. corectarea deformatiilor din afecțiunile neurologice prin deficitul muscular
- c. prevenirea si corectarea contracturilor musculare
- d. stretching-ul pasiv
- e. stabilizarea articulara analitica si globala, mai precis în lanț cinematic

Corect: c, d, e

199. Aspectele motivaționale care permit încadrarea ortezelor în orteze dinamice sunt:

- a. imobilizarea, limitare activității articulare
- b. prevenirea deformatiilor secundare dezechilibrelor musculare
- c. stimularea senzoriala, în principal proprioceptiva
- d. menținerea schemelor de miscare
- e. posturarea corecta si pastrarea aliniamentului articular

Corect: b, c, d

200. Principalele condiții patologice care presupun în cadrul asistenței medicale complexe și ortezarea sunt:

- a. leziunile de neuron motor central sau periferic
- b. suferințe ortopedico-traumatice diverse
- c. afecțiuni reumatismale
- d. complicațiile după arsuri
- e. afectări tegumentare grave, cu edem fluctuant

Corect: a, b, c, d

201. Principalele condiții patologice care presupun în cadrul asistenței medicale complexe și protezarea sunt:

- a. Amputațiile membrelor inferioare
- b. Traumatismele
- c. Tumorile benigne
- d. Malformațiile dobândite
- e. Osteosarcomele

Corect: a, b, e

202. Selectarea protezei optime pentru pacientul cu amputație de membru se realizează în baza

unor criterii, cu excepția:

- a. nivelul amputației membrului respectiv
- b. starea aparatelor cardiovasculare și respirator ale pacientului, precum și statusul cognitiv și motivația personală
- c. activitățile-vocaționale și nevocaționale-pe care pacientul le anticipează
- d. existența sau nu a antecedentelor heredo-colaterale de amputație
- e. resursele financiare și tehnice de care dispune persoana în cauză

Corect: d

203. La nivelul membrului superior, ortezele sunt indicate pentru refacerea funcționalității normale, prin:

- a. asistarea sau suportul musculaturii deficitare (cu forța scăzută); substituirea musculaturii paralizate
- b. protejarea zonelor algice și / sau deformate de solicitări importante
- c. corectarea / minimalizarea deformatelor sau tulburărilor de aliniament existente, cu asigurarea unui aliniament corect al axelor biomecanice
- d. prevenirea mobilității pe direcții corecte, controlate, asigurând conservarea energiei și prevenirea mișcărilor anormale
- e. imposibilitatea montării altor dispozitive asistate, supravegheate

Corect: a, b, c

204. Principalele criterii în funcție de care se clasifică ortezele sunt:

- a. Clasic (gruparea în două mari categorii-stactice și dinamice)
- b. Anatomic (în funcție de segmentul ce urmează a fi ortezat)
- c. Clinico-funcțional

- d. Materialul din care sunt confecționate
- e. Denumirea firmei producătoare

Corect: a, b, c

205. Cele mai importante afecțiuni reumatismale cu localizare la nivelul centurii scapulare care beneficiază de ortezare a umarului sunt:

- a. Capsulita adezivă sau umarul „înghețat”
- b. Suferința articulației acromioclaviculare
- c. Boli inflamator-imune
- d. Reumatismul abarticular
- e. Sindrom postcombustional

Corect: c, d

206. Rolul ortezei statice de tipul stabilizatorului pentru abducția umarului este complex, incluzând:

- a. mobilizarea brațului și umarului, practic a întregului membru superior
- b. prevenirea contracturii mușchilor adductori ai umarului
- c. reducere a dezechilibrelor biomecanice la nivelul centurii scapulare, a consecințelor acestora (subluxația umarului, retracțiile musculare)
- d. prevenirea stretchingului mușchilor rotatori interni simultan cu asuplizarea mușchiului deltoid și a “coafei rotatorilor”
- e. asistarea și stimularea mușchilor membrului superior în raport cu derularea recuperării, când există o paralizie de plex brahial

Corect: b, c, e

207. Orteza complexă pentru membrul superior în care este inclusă și orteza dinamică pentru umăr are rol multiplu pentru:

- a. asistarea mișcărilor la nivelul centurii scapulare și brațului astfel încât funcționalitatea mâinii și pumnului să fie cât mai aproape de cea fiziologică
- b. prevenirea contracturii musculaturii membrului superior
- c. conservarea funcțiilor neafectate ale membrului superior, avându-se în vedere că funcția principală este prehensiunea alături de mișcarea de pronosupinație a extremității distale
- d. reducerea aspectelor dinamice ale funcționalității membrului superior,
- e. înlăturarea riscului traumatismelor secundare mișcărilor anormale, a tracțiunii pe radacinile nervoase

Corect: a, b, e

208. Unul dintre aspectele de mai jos nu caracterizează orteza dinamică pentru balansul / mobilizarea antebrățului (BFO = balanced forearm orthoses):

- a. indicată la pacientul cu suferință neurologică, fără o bună stabilitate și un control motor schițat al trunchiului
- b. deosebit de utilă când există posibilitatea suspendării esarfei, prin intermediul a două benzi sau curele, deasupra capului pacientului
- c. poate fi montată la scaunul cu roțile, cu care se mobilizează pacientul neurologic (tetraplegic, distrofie neuromusculară severă)

d. articulată cu orteza, se aplică un dispozitiv sub forma de jgheab pe mânerul scaunului, ceea ce permite ca printr-un efort muscular minim la nivelul centurii scapulo-humerale și trunchiului, pacientul poate să-și mobilizeze, în plan orizontal, brațul, să-și flecteze cotul și să ajungă cu mâna la gura

e. tip aparte de orteza dinamică pentru membru superior

Corect: a

209. Ortezarea umărului la pacientul hemiplegic permite:

a. în perioada flasca a hemiplegiei, orteza de repaus asigură poziționarea corectă a umărului, cu brațul în abducție de 45° și ușor anteflectat

b. în etapele de recuperare, orteza dinamică asigură derularea kinetoterapiei corespunzătoare (tehnicile de facilitare neuroproprioceptive, exerciții de redresare și echilibru, de antrenare a simetriei corporale etc.)

c. derularea stretching-ului rapid pentru corectarea spasticității

d. derularea stretching-ului lent necesar asuplării structurilor țesutului moale din regiunea mâinii

e. promovarea contracturilor generate de dezechilibrele tonusului muscular și la nivelul centurii scapulo-humerale

Corect: a, b

210. Orteza helicoidală a membrului superior este:

a. o orteza funcțională statică

b. indicată când paralizia de plex brahial este definitivă, severă și nu există posibilitatea altor atitudini terapeutice (ortopedico-chirurgicale)

c. indicată la pacienții cu paralizie de plex brahial cu sau fără conservarea unei mâini funcționale

d. orteza care-i permite pacientului să-și utilizeze optim restanțul funcțional muscular

e. orteza care necesită o purtare permanentă, independent de programul de recuperare sau de intervențiile chirurgicale ulterioare

Corect: b, c, d

211. Ortezarea umărului instabil, la pacienții cu luxație sau subluxație a umărului, presupune:

a. respectarea poziției funcționale, timp de 7-10 zile

b. obținerea stării antalgice

c. prevenirea redorii articulare, care predispozează la dezvoltarea sindromului dureros cronic

d. inițierea programului de recuperare pentru refacerea mobilității articulare (prin intermediul exercițiilor globale de mobilizare pe abducție-flexie- rotație externă) și a controlului motor al umărului

e. toate aspecte cuprinse la punctele a, b, c, d

Corect: e

212. Ortezarea umărului la pacientul cu poliartrita reumatoidă presupune:

a. orteza des utilizată este cea care asigură rotația externă și abducția umărului, fiind necesară mai ales la pacienții cu ambii umeri afectați sau / și cu tendința la redoare marcată

b. orteza des utilizată este cea care asigură rotația internă și adducția umărului, fiind necesară mai ales la pacienții cu ambii umeri afectați sau / și cu tendința la redoare marcată

- c. menținerea brațului în poziție funcțională, cu evitarea poziției “protectoare” din perioadele dintre sedințele kinetice
 - d. asigurarea igienei corespunzătoare a regiunii axilare, evitându-se astfel posibilele infecții, cu impact negativ asupra evoluției bolii
 - e. asistarea unora dintre exercițiile kinetice
- Corect: a, c, d, e*

213. Un umar endoprotezat, trebuie să aibă, imediat postoperator:

- a. o mișcare de abducție de 90° și o rotație externă de cel puțin 20°
- b. o mișcare de abducție de 60° și o rotație externă de cel puțin 10°
- c. o mișcare de abducție de 30° și o rotație externă de cel puțin 20°
- d. o mișcare de abducție de 60° și o rotație externă de cel puțin 20°
- e. o mișcare de abducție de 90° și o rotație externă de cel puțin 60°

Corect: a

214. Principalele indicații pentru endoprotezarea parțială a umărului sunt:

- a. incongruența glenohumerală cronică dureroasă la pacientul cu poliartrita reumatoidă
- b. fracturi complexe cervicocefalice recente
- c. leziuni capitale vechi postfractura
- d. leziuni capitale vechi la pacientul cu boala reumatismală inflamator-imună
- e. osteonecroza avasculară a capului humeral

Corect: b, c, d, e

215. Criteriile care sunt luate în considerare pentru artroplastia de umăr sunt:

- a. distrucția suprafețelor osoase articulare de către procesul patologic inflamator-imun
- b. durere permanentă la nivelul umărului cu impact funcțional semnificativ (perturbarea ADL-urilor), necontrolate prin măsuri terapeutice conservatoare
- c. algoneurodistrofia unipolară a umărului
- d. afectarea bilaterală a umerilor, pacientul aflându-se în stadiu avansat al bolii, cu disfuncție și handicap multiplu, de cele mai multe ori fără o acuză algică semnificativă
- e. distrucția suprafețelor osoase articulare de către procesul patologic inflamator-imun

Corect: b, c, d, e

216. Sunt descrise următoarele contraindicații pentru endoprotezarea umărului:

- a. procesul infecțios localizat la nivelul structurilor articulare și periarticulare ale umărului
- b. paralizia completă a mușchilor deltoid și / sau a coafei rotatorilor
- c. radiculopatiile cervicale, cu manifestări complexe (mai ales deficit de forță musculară pentru mușchii deltoid și mușchii spinali, cu expresie electromiografică)
- d. prezența complianței pacientului
- e. asocierea suferinței reumatismale degenerative la nivelul genunchilor

Corect: a, b, c

217. Principiile reeducării kinetice postoperatorii în cazul unui pacient cu umăr endoprotezat sunt următoarele:

- a. programul kinetic este parte componentă a programului de reabilitare complex, etapizat, fiind fundamentat pe gesturi blânde, simple și respectând principiul indolorității

- b. durata unei sesiuni kinetice este variabila, de 5-10-15-20 minute
- c. frecvența sesiunilor kinetice în cursul unei zile este de 5 ori, chiar de mai multe ori dacă starea pacientului o permite
- d. exercițiile de tip stretching pasiv și decoaptare (tracțiuni-glisare) sunt indicate folosesc în programul kinetic
- e. programul kinetic se derulează doar în condiții de spitalizare

Corect: a, b, c

218. Luxațiile cotului, fracturile diafizei humerale, ruptura ligamentului colateral ulnar, înjurările cotului la sportivi beneficiază de ortezare și reprezintă suferințe de tip:

- a. neurologic
- b. reumastimale inflamatorii
- c. reumatismale degenerative
- d. postcombustionale
- e. ortopedico-traumatice

Corect: e

219. Ortezele statice pentru cot și umăr sunt indicate pentru imobilizarea articulară și corectă poziționare a membrului superior (refacerea aliniamentului dacă este necesar), cu scopul multiplu:

- a. de a promova durerea
- b. de a menține deformațiile structurilor periarticulare și articulare
- c. de a controla mobilitatea activă (să o îmbunătățească atât pe flexie, cât și pe extensie, când este necesar, sau din contra să limiteze tendința la hipermobilitate, prin asigurarea stabilității articulare corespunzătoare)
- d. de a suplini deficitul musculo-ligamentar, cu protejarea de înjurările variate (cu precădere de stresul articular) și gradarea forței exercitate pe braț și antebraț
- e. de a furniza condițiile optime pentru refacerea tegumentului

Corect: c, d, e

220. Artroliza într-o redoare de cot se aplică avându-se în vedere următoarele obiective:

- a. obținerea doliității
- b. obținerea unei amplitudini funcționale maxime (pentru flexie o amplitudine cuprinsă între 300-1200, sector care reprezintă funcționalitatea utilă)
- c. refacerea mișcărilor de flexie și pronție, esențiale în funcționalitatea membrului superior.
- d. obținerea unei amplitudini de mișcare la nivelul cotului cât mai aproape de cea fiziologică, în limita sectorului de funcționalitate, în 3-6 luni postoperator
- e. obținerea unei amplitudini de mișcare la nivelul cotului cât mai aproape de cea fiziologică, în limita sectorului de funcționalitate, în 6-9 luni postoperator

Corect: b, c, d

221. Complicațiile postoperatorii ale endoprotezării cotului sunt:

- a. indoliitatea
- b. afectarea (de tip neuropraxie) a nervului ulnar
- c. redoarea sau instabilitatea de cot
- d. cicatrizarea tardivă și necorespunzătoare a plăgii postoperatorii

e. decimentarea, ruptura endoprotezei sau disocierea părților componente

Corect: b, c, d, e

222. Oricare dintre membrii echipei recuperatorii trebuie să țină seama de următoarele aspecte în derularea programului de reabilitare la pacientul cu endoproteza de cot:

a. repausul imediat al cotului endoprotezat trebuie să fie unul decliv, pentru reducerea cât mai lentă a edemului postoperator

b. mișcarea activă a cotului este practic permisă imediat ce edemul și durerea postoperatorie încep să se remită

c. regula de bază este progresivitatea și blândețea, fiind proscrie mobilizarea intempestivă și flexia peste 90° în primele 21 zile, pentru a permite vindecarea tricipitală

d. în perioadele de repaus dintre terapia fizică, cotul va fi suspendat în poziții alternative de flexie 90° și extensie maximală, timp de 4 săptămâni; după această perioadă, pacientul poate începe activitatea fizică uzuală, zilnică, adaptându-se progresiv la ea în funcție de toleranța cotului operat

e. se indică cât mai multe mișcări pasive, cu tracțiuni în axul membrului superior

Corect: b, c, d

223. Dintre principiile generale care trebuie respectate în ortezarea mâinii face excepție:

a. orteza trebuie să corespundă cât mai fix conturului mâinii și antebrațului

b. lungimea ortezei să fie suficient de lungă (există și excepții), prelungindu-se de cele mai multe ori până în 1/3 proximală a antebrațului

c. lățimea ortezei la nivelul antebrațului trebuie să fie suficientă pentru asigurarea stabilității sale

d. orteza să asigure o extensie de minim 15°–30° la nivelul gâtului mâinii, cu particularizare în funcție de scopul ortezei

e. arcurile anatomice ale mâinii nu sunt absolut respectate de forma ortezei iar degetele sunt plasate rareori în poziție funcțională

Corect: e

224. Terapeutul care execută orteza pentru complexul mâinii trebuie:

a. să cunoască noțiunile fundamentale de anatomie și biomecanică ale mâinii (! Semnificația gestuală a unghiurilor funcționale) precum și noțiunile semiologice minime corelate cu suferința respectivă

b. să cunoască mecanismele de deformare și de corectare pentru aspectele patologice care sunt posibile la nivelul complexului mâinii

c. să dovedească discernământ în alegerea programului kinetic și să posede noțiuni de terapie ocupațională

d. să nu explice pacientului rolul aplicării etapizate a educației gestuale cu ajutorul ortezelor în cadrul programului kinetic general

e. să adapteze / schime tiparul ortezei în funcție de dinamica suferinței

Corect: a, b, c, e

225. Orteza în paralizie / pareză de nerv radial prezintă următoarele aspecte definitorii:

a. combate tendința la retracție a tendoanelor mușchilor flexori

b. combate tendința la retracție a tendoanelor mușchilor extensori

c. asigurarea utilizării convenabile a mâinii, prin susținerea activității aparatului extensor al mâinii

d. este indicată o orteza cu suport dorsal pentru gâtul mâinii și accesorii care să controleze extensia la nivelul articulațiilor metacarpofalangiene

e. dacă mușchii extensori ai pumnului sunt indemni sau refacți, este necesară o orteza statică pentru extensia în articulațiile metacarpofalangiene, plasată tot pe fața dorsală a mâinii

Corect: a, c, d

226. Orteza în paraliză / pareză de nerv cubital prezintă următoarele aspecte definitorii:

a. are rol de substituție pentru mușchii lombricali

b. corectează hiperextensia în articulația metacarpofalangiană la nivelul ultimelor două degete (stoparea extensiei tuturor articulațiilor metacarpofalangiene în pareză musculară intrinsecă a mâinii)

c. este indicată orteza de tip bară lombricală, pentru degetele IV, V, prin intermediul căreia se blochează dorsal articulațiile metacarpofalangiene, fixată cu o bandă adezivă la nivel palmar

d. deficitul de adducție al policelui este ușor controlabil

e. corectează hiperflexia în articulația metacarpofalangiană la nivelul ultimelor două degete (stoparea extensiei tuturor articulațiilor metacarpofalangiene în pareză musculară intrinsecă a mâinii)

Corect: a, b, c

227. Orteza în paraliză / pareză de nerv median prezintă următoarele aspecte definitorii, cu excepția:

a. asistă flexia dorsală a pumnului și opoziția policelui

b. asistă extensia degetelor

c. sunt folosite orteze statice (sub formă de bară în C) și orteze dinamice pentru police

d. când deficitul motor este minim, pacientul preferă să folosească orteza doar în mișcările de finețe, mai ales atunci când pensele laterale polici-digitale sunt posibile

e. pentru deformările degetelor II și III sunt indicate ortezele statice de tipul benzilor adezive sau suporturilor externe

Corect: b

228. În leziunile de nervi periferici ale membrului superior, cu expresie clinico-funcțională la nivelul complexului mâinii, ortezarea se aplică pentru:

a. prevenirea deformărilor determinate de asinergismul muscular

b. refacerea amplitudinii maxime de mișcare pasivă pentru sectorul afectat și restabilirea/ menținerea amplitudinii maxime de mișcare activă, a forțelor musculare optime în teritoriile neafectate

c. poziționarea complexului mâinii astfel încât să poată fi utilizată optim

d. substituirea parametrilor musculari din teritoriile nervoase interesate

e. inhibarea parametrilor musculari din teritoriile nervoase interesate

Corect: a, b, c, d

229. La pacientul cu mână reumatoidă, ortezele de repaus asigură:

a. limitarea durerii în contextul combaterii procesului inflamator prin repaus articular

b. prevenirea / corectarea deviațiilor articulare, a dezvoltării pozițiilor vicioase, a deformațiilor la nivelul pumnului, degetelor

c. menținerea în poziție neutră de lucru a mâinii

d. menținerea durerii

e. prevenirea poziției neutre de lucru a mâinii

Corect: a, b, c

230. Stabilizatorii digitali, stabilizatorii policelui, stabilizatori pentru deget-mâna-pumn / gâtul mâinii, orteze pentru reducerea hipertoniilor, orteze de tip mână fac parte din categoria de orteze:

a. statice, de repaus sau de protecție

b. dinamice

c. funcționale

d. de substituție

e. susținători instrumentali

Corect: a

231. Gâtul mâinii în ușoară flexie, asociată deseori cu înclinarea ulnare moderată și semipronație, policele în extensie-adducție moderată, degetele II ® V în poziție indiferentă (ușoară flexie în articulațiile metacarpofalangiene și interfalangiene), mușchii regiunii tenare sunt în repaus când poziția policelui este de 40° antepulsie și 20° abducție definesc:

a. poziția funcțională a complexului mâinii

b. poziția funcțională a antebrațului distal

c. poziția antalgică a complexului mâinii

d. poziția antalgică a antebrațului

e. poziția de repaus nocturnă

Corect: c

232. Contraindicațiile pentru endoprotezare la nivelul complexului mâinii includ următoarele aspecte:

a. statusul noninfecțios articular sau cu altă localizare

b. afecțiuni neurologice diverse, cu impact clinic-funcțional la nivelul complexului mâinii

c. absența structurilor osoase (insuficiența capitalului osos) și a stabilității ligamentare corespunzătoare pentru consolidarea endoprotezei

d. pacientul tânăr / copil la care sunt prezente cartilajele de creștere (endoprotezare este posibilă numai după închiderea cartilajelor de creștere)

e. pacientul cooperant

Corect: b, c, d

233. Ortezele pentru membrul inferior sunt indicate pentru:

a. asistarea mersului și controlul mișcării

b. reducerea durerii și a încărcării articulare prin greutatea corpului

c. maximizarea efectelor deformațiilor articulare existente

d. minimalizarea efectelor deformațiilor articulare existente

e. creșterea încărcării articulare prin greutatea corpului

Corect: a, b, d

234. Ortezele pentru membrul inferior trebuie sa fie centrate astfel:

- a. orteza de glezna centrata la nivelul maleolei mediale
- b. orteza de genunchi la nivelul proeminenței condil femural medial
- c. orteza de sold astfel încât sa permita pacientului o flexie de 90° la nivelul soldului
- d. orteza de genunchi la nivelul proeminenței condil femural lateral
- e. orteza de glezna centrata la nivelul maleolei laterale

Corect: a, b, c

235. Rolul ortezelor de picior este în funcție de tipul de orteza. Astfel:

- a. Orteza statica menține segmentul de corp disfuncțional într-o anumita poziție
- b. Orteza dinamica inhiba miscarea segmentului de corp, asigurând o funcționalitate optima
- c. Orteza biomecanica sau funcționala are rol multiplu (controlul miscarilor excesive, plasarea piciorului în neutralitate subtalara în faza de sprijin a mersului, absorbția socului la atacul cu talonul)
- d. Ortezele acomodatice asigura amortizarea socurilor, distribuirea uniforma a presiunilor
- e. Ortezele acomodatice asigura solicitarea reliefulor osoase si accentuarea frecării suprafețelor plantare

Corect: a, c, d

236. Endoproteza cefalica la nivelul soldului este indicata la pacientul cu:

- a. fractura de acetabul
- b. fractura de col femural
- c. osteonecroza aseptica de cap femural
- d. pseudartroza postfractura de cap femural
- e. fractura intertrohanteriana

Corect: b, c, d

237. Proteza totala de sold este indicata în marile degradari anatomo-funcționale ale soldului, dintre care mai importante sunt:

- a. Coxartroze secundare sau primitive decompensate
- b. Sechele posttraumatice si artrodeza de necesitate la vârste tinere
- c. Reumatismul cronic inflamator
- d. Procesul infecțios local
- e. Periartrita coxofemurala

Corect: a, b, c

238. Avantajul endoprotezării soldului cu proteza totala cimentata se exprima prin:

- a. Fixarea biologica prin contactul intim biologic la interfața implant-os
- b. Fixare definitiva de la început
- c. Posibilitatea de a relua mersul cu încărcare, la câteva zile postoperator
- d. Reluarea tardiva a mersului cu încărcare
- e. Refacerea părților moi ale soldului

Corect: b, c, e

239. Asezarea si ridicarea de pe scaun la pacientul cu endoproteza de sold comporta urmatoarele aspecte definitorii:

a. scaunul folosit de pacient se recomanda a fi cu înalțime cât mai mica, astfel încât flexia la nivelul genunchiului si soldului sa fie peste 90°

b. la asezare, pacientul se îndeparteaza cât poate de mult cu calcâiele de scaun, se lasa cât mai repede cu greutatea mai mult pe membrul inferior afectat pe scaun

c. la ridicarea de pe scaun, apropie calcâiele, cu membrul inferior operat cât mai aproape de scaun, deplaseaza sezutul la marginea scaunului si se ridica cu sprijin cât mai mult în membrul inferior neprotezat

d. la asezare, pacientul se apropie cât poate de mult cu calcâiele de scaun, se lasa pe scaun cât mai usor cu greutatea mai mult pe membrul inferior sanatos

e. la ridicarea de pe scaun, apropie calcâiele, cu membrul inferior sanatos cât mai aproape de scaun, deplaseaza sezutul la marginea scaunului si se ridica cu sprijin cât mai mult în membrul inferior neprotezat

Corect: d, e

240. În cadrul programului kinetic performat la un pacient cu endoproteza de sold se deruleaza exerciții pentru grupele musculare:

a. fesiere

b. cvadricipitale

c. paravertebrali

d. ale membrelor superioare

e. sternocleidomastoidieni

Corect: a, b, c, d

241. Obiectivele programului de recuperare aplicat la un pacient cu artroplastie totala sold sunt:

a. cresterea forței musculare

b. menținerea atitudinilor preoperatorii ale membrului inferior

c. menținerea mobilității articulare si evitarea instalarii atitudinilor vicioase

d. recuperarea completa a genunchiului

e. evitarea sau tratarea sechelelor tromboflebitei postoperatorii si prevenirea edemului

Corect: a, c, d, e

242. Postoperator, la pacientul cu artroplastie totala cimentata de sold sunt indicate mobilizarile asistate la nivelul soldului operat din ziua a 5-a, pentru:

a. flexie si adducție

b. flexie si abducție

c. extensie si rotație

d. rotație

e. extensie si adducție

Corect: b

243. Pacientul cu artroplastie totala necimentata la nivelul soldului nu are voie sa:

a. încarce membrul inferior operat si nu are voie sa sofeze înainte de 6-8 saptamâni

- b. solícite mult grupele musculare abductoare ale soldului
- c. solícite prin exces de forța sau amplitudine de miscare endoproteza
- d. mearga cu sprijin în cadru, apoi în baston
- e. faca kinetoterapie în programul de recuperare

Corect: a, b, c

244. Care dintre urmatoarele aspecte nu reprezinta indicație pentru artroplastia parțiala de genunchi:

- a. distrugere articulara moderata
- b. dureri persistente
- c. aparat ligamentar distrus
- d. deviații axiale peste 20°
- e. pacient cu vârsta peste 60 ani

Corect: c, d

245. În programul de recuperare postoperator într-o artroplastie parțiala de genunchi contractia izometrica a muschiului cvadriceps se inițiază:

- a. Din a treia zi postoperator
- b. Din a patra zi postoperator
- c. Chiar din ziua operației
- d. La 3-4 saptamâni postoperator
- e. Este contraindicata

Corect: c

246. Reluarea mersului la pacientul cu artroplastie genunchi cu endoproteza parțiala nu se face în modul urmator:

a. 5-6 sedințe de mobilizare activa a genunchiului, aflat în gips bivalv în extensie, din ziua 3-a sau 4-a; mersul în cârje fara sprijin la 2 saptamâni; încarcare egala cu membrele inferioare la 3-4 saptamâni, cu sprijin în cârja sau baston; mersul normal cu sprijin total în membrul inferior operat, cu indicația folosirii bastonului totusi, la 3 luni postoperator

b. mersul în cârje cu sprijin la 2 saptamâni; încarcare inegala cu membrele inferioare la 4 saptamâni, cu sprijin în cârja sau baston; mersul normal cu sprijin total în membrul inferior operat la 4 luni postoperator

c. mersul în cârje cu sprijin la 4 saptamâni; încarcare inegala cu membrele inferioare la 5 saptamâni, cu sprijin în cârja sau baston; mersul normal cu sprijin total în membrul inferior operat la 3 luni postoperator

d. mersul în cârje cu sprijin la 3 saptamâni; încarcare egala cu membrele inferioare la 5 saptamâni, cu sprijin în cârja sau baston; mersul normal cu sprijin total în membrul inferior operat la 4 luni postoperator

e. încarcare egala cu membrele inferioare la 4 saptamâni, cu sprijin în cârja sau baston; mersul normal cu sprijin total în membrul inferior operat la 4 luni postoperator

Corect: b, c, d, e

247. Indicațiile mai importante pentru artroplastia totala de genunchi sunt:

- a. gonartroza decompensata care intereseaza toate structurile genunchiului
- b. deviațiile axiale importante, peste 20°

- c. flexumul ireductibil
- d. instabilitatea marcata, intens dureroasa
- e. persoane sub 50 ani, cu modificari de aliniament la nivelul genunchiului

Corect: a, b, c

248. Pentru care dintre grupele musculare sunt indicate exercițiile de tip izometric în programul kinetic preoperator la pacientul cu endoproteza de genunchi:

- a. fesier mare
- b. cvadriiceps
- c. triceps sural
- d. ischiogambieri
- e. tibial anterior

Corect: b, c

249. Din saptamâna a 6 –a postoperator la pacientul cu artroplastie de genunchi sunt permise:

- a. alergarea
- b. ridicare si purtare de greutați mari
- c. sofatul
- d. exerciții în lanț cinematic închis pentru coordonare si control motor al membrului inferior
- e. pedalare la cicloergometru

Corect: c, d, e

250. Metodele si mijloacele programului de recuperare la pacientul cu artroplastie de glezna sunt astfel alese încât asigura:

- a. combaterea durerii, tulburarilor trofice, complicațiilor posibile
- b. refacerea funcționalității gleznei si consolidarea regiunii piciorului
- c. o schema de mers cât mai normala, cu evitarea schiopatatului
- d. menținerea statusului clinico-funcțional inițial
- e. o schema de mers antalgica

Corect: a, b, c

251. Încălțamintea indicata la pacientul cu hallux valgus se caracterizeaza prin:

- a. caputa moale, larga si rotunjita cu decupaj
- b. pelota laterala în dreptul articulației metatarsofalangiene a halucelui
- c. toc înalt
- d. pelota metatarsiana sau sesamoida
- e. susținator al arcului longitudinal lateral

Corect: a, b, d

252. Ortezele pentru glezna-picior se grupeaza în doua mari categorii, în funcție de articulația care solidarizeaza între ele cele doua componente (gambiera si podala):

- a. Orteze fixe, rigide, din material plastice
- b. Orteze hibride, dinamice, din metal
- c. Orteze funcționale
- d. Orteze mobile
- e. Orteze de repaus

Corect: a, b

253. Principalele indicații ale ortezelor genunchi-glezna-picior sunt:

- a. Deformări primare ale genunchiului cu modificări secundare ale complexului gleznă-picior
- b. Genu recurvatum, peste 25°
- c. Instabilitate anterioară a genunchiului
- d. Contracturi severe în flexie ale genunchiului
- e. Hipotrofie mușchi cvadriceps

Corect: a, b, c, d

254. Ortezarea membrului inferior afectat la pacientul hemiplegic în stadiu flasc cuprinde două modalități prin care se obțin stimularea tonusului muscular și antrenamentul proprioceptiv:

- a. Orteza mobilă, fixată în poziție neutră sau câteva grade de flexie plantară
- b. Orteza mobilă cu stop pe flexie plantară și asistarea dorsiflexiei pe un anumit sector
- c. Orteza dinamică
- d. Orteza cu arc de mișcare limitat
- e. Orteza adaptată

Corect: a, b

255. La piciorul spastic se indică ortezele de reducere a tonusului care se caracterizează prin:

- a. Favorizează poziția de recurvatum la nivelul genunchiului
- b. Sisteme cu trei puncte de presiune
- c. Corectează biomecanic varul calcanean și supinația antepiciorului, cu refacerea rularii plantei pe sol în schema de mers
- d. Permit mișcarea liberă a soldului și genunchiului
- e. Asigură un sector important de mișcare a complexului gleznă-picior

Corect: b, c, d

256. Dispozitivele externe folosite pentru a susține sau corecta postura și aliniamentul coloanei vertebrale definesc:

- a. Ortezele de genunchi-gamba-picior
- b. Ortezele complexului mâinii
- c. Ortezele spinale
- d. Ortezele de umăr
- e. Ortezele gleznă-picior

Corect: c

257. Ortezele cervicale, cu rol preponderent de menținere a memoriei kinestezice și de relaxare a țesuturilor moi din regiunea cervicală, se grupează în:

- a. Orteze cervicale propriu-zise (colarul ușor și colarul rigid)
- b. Orteze cervicocefalice (colarul Philadelphia)
- c. Orteze cervicotoracice (orteză tip SOMI, orteză halo)
- d. Orteze toracolombare
- e. Orteze toracolombosacrate

Corect: a, b, c

258. Orteza William se caracterizeaza prin:

- a. Este o orteza spinala simpla, dinamica
- b. Este o orteza dinamica pentru membru superior
- c. Controleaza extensia si inflexiunile laterale ale coloanei dorso-lombare
- d. Este alcatuita dintr-o banda elastica la nivel abdominal, doua benzi rigide (pelvina si toracica) unite prin doua benzi laterale si prin benzi mai subțiri, oblice
- e. Este indicata la pacientul cu spondiloliza, spondilolisteza

Corect: a

259. Programele de recuperare la pacientul cu suferința neurologica trebuie instituite precoce pentru:

- a. Menținerea statusului clinico-funcțional existent al pacientului
- b. Prevenirea dezvoltării sechelelor funcționale neurologice
- c. Combaterea modificărilor somatice secundare – deformari, deviații, redoare articulara
- d. Combaterea modificărilor somatice secundare – degenerescențe și fibroza musculara, escare de decubit
- e. Refacerea mobilității articulare

Corect: b, c, d

460. Metodele și mijloacele specifice folosite în programul de recuperare performant la pacientul neurologic fac parte din:

- a. Electroterapie și termoterapie (terapie fizicală)
- b. Kinetoterapie specifică, masaj și terapie ocupațională (ergoterapie)
- c. Psihoterapie și alte categorii terapeutice (ortezare)
- d. Modalitățile chirurgicale
- e. Farmacoterapie

Corect: a, b, c

261. În patologia neurologica, alegerea și adaptarea unui program de recuperare la un pacient spastic presupune evaluarea spasticității prin analizarea următoarelor aspecte:

- a. Datele biografice ale pacientului
- b. Capacitatea funcțională
- c. Dinamica funcției cardiovasculare
- d. Dinamica testelor neuropsihologice
- e. Stimularea deaferențării

Corect: b, d, e

262. Bilanțul muscular (testarea musculară manuală) la pacientul spastic nu se apreciază:

- a. Analitic, pentru fiecare grup muscular
- b. În conformitate cu cotația de la 1 la 5
- c. Grosier, prin capacitatea de a realiza gesturi din viața cotidiană
- d. Pe ambele hemisfere
- e. În diferite momente ale zilei

Corect: a, b, d, e

263. Modularea spasticității și stimularea sa controlată se poate realiza prin:

- a. Controlul la stimuli nociceptivi
- b. Schimbarile posturale si utilizarea de posturi inhibitorii
- c. Stretching-ul lent pentru musculatura spastica si stimularea vibratorie pe tendoanelor muschilor antagonisti celor spastici
- d. Stimularea electrica funcționala
- e. Miscari rezistive, rapide

Corect: a, b, c, d

264. Obiectivele programului de recuperare la pacientul cu hernie de disc lombara operata comune cu programele kinetico-educational pentru persoanele cu afectarea coloanei vertebrale lombare sunt reprezentate prin:

a. Constientizarea poziției corecte a coloanei vertebrale lombare si a bazinului, menținerea permanenta a posturii corijate, neutre a coloanei lombare, indiferent de poziția corpului sau de activitățile desfasurate

b. Constientizarea poziției corecte a coloanei vertebrale lombare si a bazinului, menținerea intermitenta a posturii corijate, neutre a coloanei lombare, indiferent de poziția corpului sau de activitățile desfasurate

c. Zavorârea (înlacatarea) coloanei lombare

d. Menținerea forței musculare a muschilor paravertebrali inferiori si a fesierilor

e. Menținerea forței musculare a muschilor ischiogambieri

Corect: a, c, d

265. Programul de kinetoterapie inclus în recuperare pacientului cu patologie discala lombara, conflict disco-radicular, trebuie sa cuprinda:

a. Relaxarea musculaturii contracturate

b. Asuplizarea trunchiului inferior

c. Asuplizarea trunchiului superior

d. Asuplizarea muschilor centurii scapulare

e. Relaxarea musculaturii hipotone

Corect: a, b

266. Care sunt obiectivele tratamentului fizical-kinetic în cazul recuperarii paraliziiilor de nervi periferici, pentru prevenirea complicațiilor:

a. Conservarea unui țesut cutanat si subcutanat trofic, fara aderențe, edeme

b. Cicatrici cât mai suple

c. Profilaxia retracțiilor capsulo-ligamentare

d. Conservarea amplitudinii de miscare în limite normale la toate articulațiile

e. Conservarea tonusului muscular si a forței de contracție în grupele agoniste

Corect: a, b, c, d

267. Electrostimularea selectiva a muschiului denervat se face cu:

a. Curenți excitomotori exponențiali de joasa frecvența

b. Curenți excitomotori de medie frecvența

c. Impuls de 1000 ms cu panta de crestere $> 500 - 700$ ms

d. Impuls urmat de pauza în raport de 1/ 4

e. Parametrii orientativi

Corect: a, d, e

268. În recuperarea neurologica sunt preferate tehnicile:

- a. Kinetoterapie manuala
- b. Tehnici de facilitare a contracției musculare voluntare si care se bazeaza pe iradierea influxului nervos
- c. Autoantrenament muscular
- d. Exerciții izometrice si izodinamice
- e. De relaxare extrinseca

Corect: a, b, c, d

269. Disfuncția neurologica tranzitorie la un pacient cu traumatism cranio-cerebral presupune o reluare a funcțiilor cerebrale în:

- a. Câteva ore sau zile
- b. Câteva zile
- c. Câteva saptamâni
- d. Câteva luni
- e. 1 an

Corect: a

270. Criteriile majore de prognostic la un pacient care a suferit un traumatism cranio-cerebral sunt:

- a. Sexul pacientului
- b. Vârsta pacientului
- c. Mediul de proveniența al pacientului
- d. Durata si profunzimea comei
- e. Durata anamnezei posttraumatice

Corect: a, d, e

271. Limitarea spasticității în programul de recuperare la un pacient care a suferit un traumatism cranio-cerebral constituie un obiectiv foarte important si se realizeaza prin intermediul urmatoarelor metode si mijloace fizicale, cu o excepție:

- a. Kinetice – tehnici de facilitare, exerciții ale musculaturii antagoniste
- b. Masajul
- c. Electroterapia
- d. Termoterapia
- e. Medicație

Corect: e

272. Exercițiile de mers la un pacient care a suferit un traumatism cranio-cerebral sunt incluse în programul de recuperare atunci când:

- a. Se poate ridica în sezând dar nu are stabilitate
- b. Poate menține decubitul dorsal, fara capacitatea de realizare a transferurilor
- c. Are nevoie de un scaun special pentru menținerea rectitudinii coloanei
- d. Se realizeaza un bun echilibru în balans vertical
- e. Nu prezinta tulburari de vorbire

Corect: d

273. În traumatismele vertebro-medulare zonele afectate cu predilecție sunt centrele traumatice sau zonele de tranziție anatomo-funcționale ale coloanei vertebrale localizate:

- a. cervical C1-C2
- b. cervical C5-C6
- c. toracal T2 – T10
- d. toracal T11-T12
- e. lombar L1-L4

Corect: a, b, d

274. Obiectivele fundamentale ale programului de asistență medicală la un pacient care a suferit un traumatism vertebro-medular sunt următoarele, cu o excepție:

- a. Stabilizarea focarului de fractură
- b. Refacerea integrității pachetelor vasculo-nervoase
- c. Refacerea integrității părților moi de tip capsulo-ligamentar și musculo-tendinos
- d. Instituirea progresivă a programului de recuperare
- e. Inițierea rapidă a kinetoterapiei

Corect: e

275. Elementele clinico-disfuncționale care sunt asociate durerii în cadrul tabloului clinic la pacientul care a suferit un traumatism vertebro-medular sunt următoarele:

- a. Contractura musculară paravertebrală
- b. Redoare marcată cu tendința la blocaj segmentar sau global vertebral
- c. Modificare axelor coloanei vertebrale cu atitudini particulare
- d. Dispneea la eforturi minime
- e. Impotența funcțională

Corect: a, b, c, e

276. Pacientul cu tetraplegie posttraumatică are șanse de supraviețuire dacă nivelul traumatismului vertebro-medular se situează:

- a. La nivelul vertebrei C1
- b. Sub nivelul vertebrei C2
- c. Sub nivelul vertebrei C3
- d. Sub nivelul vertebrei C4
- e. Sub nivelul vertebrei C5

Corect: d, e

277. Următoarele entități patologice sunt incluse în sindroamele neurologice posttraumatice parțiale:

- a. Sindromul Brown – Sequester
- b. Sindromul de coadă de cal
- c. Sindromul de compresie cervicală centro-medulară
- d. Sindromul radiculo-medular acut
- e. Sindromul de fibre lungi

Corect: a, c, d

278. Pacientul care a suferit un traumatism vertebro-medular la nivelul vertebrei C5 prezinta urmatoarele elemente clinico - disfuncționale si posibilitați de recuperare:

- a. Toate funcțiile afectate inițial
- b. Deplasare cu scaunul rulant electric
- c. Refacerea gestualității de hranire
- d. Dependenta totala pentru igiena personala, îmbracare, toaleta, scris, sofata, transferuri
- e. Independenta totala pentru igiena personala, îmbracare, toaleta, scris, sofata, transferuri

Corect: a, b, c, d

279. Pacientul care a suferit un traumatism vertebro-medular la nivelul toracal T7 – T12 prezinta urmatoarele elemente clinico - disfuncționale si posibilitați de recuperare:

- a. pacientul poate obtine o independenta completa pentru funcțiile sfincteriene
- b. pacientul devine independent pentru transferuri, îmbracat si sofata
- c. pacientul este independent pentru mers neortezat
- d. pacientul este independent complet, pentru deplasare, în scaun rulant
- e. pacientul ramâne total dependent fizic

Corect: a, b, d

280. Pacientul care a suferit un traumatism vertebro-medular la nivelul lombo-sacrat L5, S1, S2 prezinta urmatoarele elemente clinico - disfuncționale si posibilitați de recuperare:

- a. obtine independenta funcțiilor sfincteriene
- b. recupereaza mersul biped cu orteze de glezna si cârje canadiene
- c. pentru independenta sa este absolut necesar scaunul rulant
- d. gesturile de autoîngrijire nu pot fi reluate
- e. este afectata poziția ortostatica

Corect: a, b, e

281. Programul de recuperare la pacientul care a suferit o entorsa cervicala benigna include:

- a. Imobilizarea într-un colan câteva zile
- b. Termoterapie si masaj decontracturant pentru contractura musculara
- c. Manipulari vertebrale si prudenta în aplicarea tracțiunilor vertebrale
- d. Mobilizare fara rezistența si tonifierea musculaturii statice
- e. Mobilizare contra rezistenței manuale imediat dupa traumatism

Corect: a, b, c, d

282. Programul de recuperare la pacientul care a suferit o entorsa cervicala severa include:

- a. Mobilizare cervicala inițiala
- b. Inițial, aplicare de colan – minerva
- c. Program kinetic pentru musculatura paravertebrala, mai ales cervicala si dorsal (contractii statice globale si metode de facilitare proprioceptiva)
- d. Program kinetic de solicitare musculara cu mobilizare cervicala minima dupa scoaterea imobilizarii
- e. Exerciții rezistive pentru toate grupele musculare ale gâtului

Corect: b, c, d

283. Programul de recuperare la pacientul care a suferit o fractura vertebrala stabila include mai multe aspecte, cu o excepție:

- a. exerciții de mobilizare automata a segmentului
- b. întreținerea și creșterea forței musculaturii paravertebrale
- c. se poate aplica masaj decontracturant anterior programului kinetic
- d. recuperarea amplitudinii rahisului începe după 3 luni de la traumatism
- e. recuperarea amplitudinii rahisului se inițiază imediat după producerea traumatismului

Corect: e

284. Evaluarea complexa care precede alcatuirea unui program de recuperare la pacientul hemiplegic nu include:

- a. Aprecierea funcțiilor vitale, ale activității mintale și a capacității de comunicare
- b. Aprecierea abilității motorii și a controlului motor în diverse situații posturale
- c. Aprecierea sensibilității exteroceptive și proprioceptive, a percepției imaginii corpului
- d. Aprecierea amplitudinii de mișcare și a activităților cotidiene, cu integrarea familială, socială și ocupațională a pacientului
- e. Aprecierea funcției hepatice

Corect: e

285. Pacientul hemiplegic, pe baza evaluării funcționale, este încadrat în trei stadii:

- a. Inițial
- b. Mediu (de flascăitate)
- c. Mediu (de spasticitate)
- d. Avansat (de refacere)
- e. Avansat (de spasticitate intensă)

Corect: a, c, d

286. În programul de recuperare performant la pacientul hemiplegic, combaterea spasticității se face prin utilizarea:

- a. Posturilor statice reflex – inhibitorii
- b. Mișcărilor cu efort care augmentează reflexele tonice
- c. Schemelor stereotipe de mișcare
- d. Schemelor de mișcare reflex – inhibitorii care facilitează mișcările active automate și voluntare
- e. Schemelor de mișcare reflex – inhibitorii care inhibă mișcările active automate și voluntare

Corect: d

287. Cauzele mai des întâlnite la pacientul cu accident vascular cerebral sunt:

- a. Tromboza cerebrală
- b. Hemoragia intracerebrală sau subarahnoidiană
- c. Trombembolismul
- d. Tumora intracraniană
- e. Meningita virală

Corect: a, b, c

288. La pacientul care a suferit un accident vascular cerebral drept tabloul clinico-funcțional cuprinde:

- a. Hemiplegie stânga
- b. Probleme vizuale și de integrare spațială
- c. Abolirea disponibilităților relaționale normale
- d. Afectarea vorbirii și limbajului (afazia)
- e. Afectarea înțelegerii materialului verbal, cititul, scrisul

Corect: a, b, c

289. Parametrii care se verifică în cadrul bilanțului clinico-funcțional la pacientul hemiplegic sunt:

- a. Toleranța la exerciții, la efortul fizic (adaptarea cardio-respiratorie)
- b. Deficitul motor (inclusiv modificările fiziopatologice de tipul spasticitate, contractura, retractura, sincinezii etc.) și controlul postural, al mersului
- c. Motivația corelată cu starea emoțională, posibilitățile de comunicare, nivelul de integrare corticală și de memorizare
- d. Deficitul senzitiv (sensibilitatea, tulburări de auz și văz, integrare corticală)
- e. Toți parametrii cuprinși la punctele de mai sus trebuie verificați

Corect: e

290. Cele mai importante complicații descrise la un pacient cu accident vascular cerebral aflat în faza precoce sunt:

- a. Staza de decubit
- b. Retenția sau incontinența de urină (infecții de tract urinar) și / sau materii fecale
- c. Tromboza venoasă profundă
- d. Atelectazia pulmonară / pneumonia
- e. Sindromul umăr – mână

Corect: a, b, c, d

291. Cele mai importante complicații descrise la un pacient cu accident vascular cerebral aflat în faza tardivă sunt:

- a. Spasticitatea, contractura musculară
- b. Durerea de tip central
- c. Sindromul umăr – mână
- d. Tulburările de focar (epilepsia)
- e. Tromboza venoasă profundă

Corect: a, b, c, d

292. Mobilizarile pasive realizate în programul de recuperare la pacientul hemiplegic aflat în faza precoce au mai multe roluri:

- a. Combaterea spasticității
- b. Întreținerea schemei de mișcare
- c. Prevenirea redorilor articulare
- d. Combaterea contracturilor musculare
- e. Refacerea forței musculare

Corect: b, c, d

293. Îngrijirea respiratorie a pacientului hemiplegic aflat în faza precoce presupune:

- a. Aplicarea exercițiilor din metoda Bobath
- b. Performarea diagonalelor Kabat pentru membre inferioare
- c. Drenajul postural respirator
- d. Masajul și tapotajul toracal
- e. Kinetoterapia respiratorie

Corect: c, d, e

294. Recuperarea funcțională a membrului superior la hemiplegic în faza precoce, perioada flasca cuprinde următoarele aspecte:

- a. Posturarea corectă a membrului superior – braț în abducție 45° – 60°, cot în ușoară flexie, pumn în extensie, degete II – V în ușoară flexie și police în abducție
- b. Posturarea corectă a membrului superior – braț în extensie 45° – 60°, cot în ușoară flexie, pumn în extensie, degete II – V în ușoară flexie și police în abducție
- c. Posturarea corectă a membrului superior – braț în abducție 45° – 60°, cot în ușoară flexie, pumn în flexie, degete II – V în ușoară flexie și police în abducție
- d. Mobilizarea pasivă a tuturor articulațiilor, priza fiind aplicată la extremitatea segmentului de mobilizat
- e. Stimulări tactile și proprioceptive, stimulare senzitiv-senzorială pentru modularea răspunsurilor motorii

Corect: a, d, e

295. Recuperarea funcțională a membrului superior la hemiplegic în faza post-acută, perioada flasca cuprinde următoarele aspecte:

- a. Exerciții de redresare și echilibru, prin împingeri ușoare ale trunchiului
- b. Exerciții de antrenare a simetriei corpului
- c. Ameliorarea și controlul spasticității, cu corectarea reflexelor tonice anormale prin folosirea punctelor cheie și a tehnicilor de facilitare Kabat
- d. Exerciții de întreținere a mobilității articulare
- e. Mobilizare pasivă a tuturor articulațiilor membrului superior

Corect: a, b, c, d

296. În recuperarea mâinii la pacientul hemiplegic se speră doar la:

- a. Priza și un sprijin grosier (după Wynn Parry)
- b. Controlul mișcărilor de finețe
- c. Refacerea prehensiunii în toate aspectele sale
- d. Refacerea doar a prizei de forță
- e. Refacerea abilității și funcționalității mâinii

Corect: a

297. Kinetoterapia pasivă este performată de la început în orice program de recuperare la pacientul hemiplegic și cuprinde următoarele aspecte cu referire la membrul superior – complexul mâinii:

- a. Posturare corectă, indiferent poziția generală a pacientului

b. Mobilizare pasiva blânda, de 2 ori / zi, în toate articulațiile, în amplitudine maxima, cu stretching lent la capatul excursiei maxime

c. Mobilizare auto-pasiva, cu favorizarea „integrării senzoriale” a mâinii afectate

d. Exerciții active rezistive

e. Exerciții din metodele de facilitare proprioceptive

Corect: a, b, c

298. Kinetoterapia activa pentru recuperarea mâinii la pacientul hemiplegic se începe imediat ce pacientul participa efectiv la derularea programului si este fundamentata pe:

a. Exerciții active cu rezistența maxima

b. Exerciții cu bastonul

c. Exerciții de facilitare si inhibiție neuromusculara

d. Exerciții desprinse din metodele Bobath si Kabat

e. Exerciții de tip stretching rapid

Corect: c, d

299. În kinetoterapia activa pentru recuperarea mâinii la pacientul hemiplegic se are în vedere:

a. Realizarea extensiei simultane a pumnului si degetelor pentru a se obține o prehensiune corecta

b. Realizarea extensiei pumnului simultan cu flexia degetelor pentru a se obține o prehensiune corecta

c. Realizarea flexiei pumnului simultan cu flexia degetelor pentru a se obține o prehensiune corecta.

d. Realizarea flexiei pumnului simultan cu extensia degetelor pentru a se obține o prehensiune corecta

e. Realizarea independenta a extensiei pumnului si degetelor pentru a se obține o prehensiune corecta

Corect: a

300. Obiectivele programului de recuperare a membrului inferior si mersului la pacientul hemiplegic sunt:

a. Prevenirea starii de coma

b. Monitorizarea valorilor tensiunii arteriale

c. Corectarea sincineziilor pentru ameliorarea mersului

d. Echilibrarea comenzilor pe grupele musculare agonist – antagonist

e. Refacerea unei prehensiuni cât mai aproape de cea fiziologica

Corect: c, d

301. Stadiile standardizate de recuperare ale mersului la pacientul hemiplegic sunt:

a. stadiul I -ortostatism între bare paralele

b. stadiul II- mers între bare paralele

c. stadiul III -mers fara bare paralele

d. stadiul IV- urcat – coborât scarile

e. stadiul V- alergarea

Corect: a, b, c, d

302. Stadiul inițial al hemiplegiei se caracterizează prin:

- a. hipotonie musculară urmată de debutul hipertoniilor
- b. reflexe tonice și spinale dominante
- c. control voluntar normal pe partea afectată
- d. dificultăți de utilizare și a părții sanatoase
- e. pierderea „conștienței” asupra părții afectate

Corect: a, b, d, e

303. Obiectivele programului de recuperare aplicat la pacientul hemiplegic aflat în stadiul inițial nu includ:

- a. Ameliorarea funcțiilor vitale
- b. Creșterea „conștientizării” schemei corporale
- c. Ameliorarea controlului asupra trunchiului și centurilor
- d. Creșterea tonusului muscular
- e. Creșterea abilității de a încrucișa linia mediană a corpului cu membrele afectate

Corect: d

304. Componentele kinetice ale programului de recuperare aplicat la pacientul hemiplegic aflat în stadiul inițial sunt:

- a. Postura în pat
- b. Mobilizările pasive
- c. Exercițiile terapeutice pentru controlul trunchiului, controlul extremităților
- d. Mișcări pasive și active tip Bobath
- e. Exerciții rezistive

Corect: a, b, c, d

305. Stadiul mediu (de spasticitate) al hemiplegiei se caracterizează prin:

- a. Tonus muscular crescut
- b. Mișcare sinergică completă și inițierea schemelor de mișcare și în afara sinergismelor
- c. Controlul suficient al mișcării, fără a se putea executa mișcări în posturi mai dificile
- d. Tonus muscular crescut pentru mușchii flexori la membrul inferior și mușchii extensori la membrul superior
- e. Mișcarea fiecărei articulații este dificilă, cu posibilitatea derulării sale optime în cadrul unui lanț kinetic

Corect: a, b, e

306. Obiectivele kinetoterapiei performate în cadrul programului de recuperare aplicat la pacientul hemiplegic aflat în stadiul mediu nu includ:

- a. Promovarea activității antagoniștilor prin inhibarea musculaturii spastice și facilitarea mișcărilor antagoniștilor
- b. Promovarea unor scheme complexe de mișcare
- c. Promovarea unor scheme simple de mișcare
- d. Promovarea controlului musculaturii proximale în timpul unor activități de performanță crescută
- e. Promovarea începutului controlului motor al articulațiilor intermediare (cot, genunchi)

Corect. C

307. Posturile recomandate în recuperarea pacientului hemiplegic aflat în stadiul mediu sunt:

- a. Decubit lateral și decubit dorsal
- b. Decubit cu genunchii flexați și poziția „de pod”
- c. Sezând și sezând în picioare cu sprijin pe mâini
- d. Decubit ventral
- e. Patrupedie

Corect: a, b, c

308. Pentru controlul trunchiului și al extremității inferioare se recomandă în recuperarea pacientului hemiplegic aflat în stadiul mediu următoarele tehnici kinetice derulare din decubit lateral:

- a. Izometria alternantă
- b. Stabilizarea ritmică
- c. Mișcarea activă cu relaxare – opunere
- d. Inversarea lentă
- e. Inversarea lentă cu opunere

Corect: c, d, e

309. Obiectivele kinetoterapiei performate în cadrul programului de recuperare aplicat la pacientul hemiplegic aflat în stadiul de refacere includ:

- a. Promovarea abilităților extremităților pentru a merge cât mai corect, pentru a utiliza mâna în activitățile zilnice uzuale
- b. Ameliorarea controlului motor concentric
- c. Ameliorarea vitezei de mișcare
- d. Ameliorarea automatismului mișcărilor
- e. Promovarea controlului musculaturii proximale în timpul unor activități de performanță crescută

Corect: a, c, d

310. Kinetoterapia din cadrul programului de recuperare aplicat la pacientul hemiplegic aflat în stadiul de refacere cuprinde următoarele procedee specifice pentru redobândirea mișcării de rotație în sens invers a trunchiului în timpul mersului:

- a. Inițierea ritmică
- b. Inversarea antagonistilor
- c. Stabilizarea ritmică
- d. Izometria alternantă
- e. Conracții repetate

Corect: a, b

311. După Bobath, obiectivele fundamentale ale programului kinetic de recuperare aplicat la pacientul hemiplegic aflat în stadiul de refacere sunt:

- a. Promovarea individualității mișcării articulare, independent unele de altele
- b. Promovarea individualității mișcării articulare, independent de posturi
- c. Antrenarea coordonării pentru mers

- d. Recâstigarea abilității mâinii
- e. Promovarea controlului musculaturii proximale în timpul unor activități de performanță crescută

Corect: a, b, c, d

312. Dificultatea la mers la pacientul cu paraplegie prin lezarea neuronului motor central este dată de spasticitatea care determină 2 forme clinice de paraplegie:

- a. În flexie, severă sub raport funcțional
- b. În extensie, mai funcțională
- c. Paraplegia asociată cu tulburări sfincteriene
- d. Paraplegia asociată cu tulburări de sensibilitate
- e. Paraplegia asociată cu tulburări genitale

Corect: a, b

313. Prezența spasticității la pacientul paraplegic este salutară din mai multe motive:

- a. fixează postura membrilor inferioare în extensie permițând stabilitatea genunchilor în ortostatism
- b. fixează în flexie membru inferior pe bazin
- c. ajută expulsia urinară
- d. inhibă expulsia urinară
- e. menține densitatea osoasă prin forța musculară aplicată pe os

Corect: a, c, e

314. În alcătuirea programelor de recuperare la pacientul paraplegic se ține seama mai puțin de etiologie dar important este starea celor 3 mari sindroame descrise:

- a. Paralizia
- b. Tulburările de sensibilitate
- c. Tulburările sfincteriene
- d. Tulburările de memorie
- e. Dificultățile de comunicare

Corect: a, b, c

315. Stadiile care se descriu în planul de recuperare performat la un pacient paraplegic sunt:

- a. Stadiul I – perioada de soc medular
- b. Stadiul II – perioada de independență la pat
- c. Stadiul III – perioada de independență în scaunul cu roțile
- d. Stadiul IV – perioada de reeducare a mersului
- e. Stadiul V – perioada de reluare a independenței

Corect: a, b, c, d

316. Reeducarea paraplegicului la pat presupune:

- a. Poziționarea corectă a pacientului cu evitarea escarelor și a retracturilor care favorizează pozițiile vicioase; asistarea tulburărilor sfincteriene
- b. Mobilizările (pasive, active) și creșterea forței musculare pentru membrele superioare și trunchi
- c. Gimnastica respiratorie

d. Autoposturarea în pat și antrenarea pacientului de a-si modifica singur, fara ajutor poziția în pat

e. Ridicarea cât mai precoce în ortostatism

Corect: a, b, c, d

317. Reeducarea paraplegicului din sezând presupune:

a. Program kinetic derulat din sezând alungit (mobilizari pasive și active)

b. Program kinetic derulat din sezând scurtat (mobilizari active și pasive)

c. Instalarea în scaunul cu roțile și derularea programelor de terapie ocupațională

d. Ridicare în ortostatism

e. Menținerea forței musculare inițiale pentru membrele superioare și trunchi

Corect: a, b, c

318. Realizarea unui ortostatism chiar limitat și doar protezat se obține după ce pacientul reușește să:

a. Mențină poziția sezând, cu diferite modalități de destabilizare și revenire

b. Numere coerent până la 100

c. Mențină poziția de patrupedie, cu diferite modalități de destabilizare și revenire, și să deruleze exerciții de târâre

d. Aiba un bun control vasomotor în verticalitate

e. Se familiarizeze cu ortezele de verticalitate în formele de paraplegie flasca

Corect: c, d, e

319. Criteriul Guttman care dacă este îndeplinit permite ridicarea în ortostatism și mersul paraplegicului se exprimă astfel:

a. Pacientul poate să se mențină în echilibru din stând în sezând scurtat, cu brațele întinse înainte și cu ochii închiși

b. Pacientul poate să se mențină în echilibru din stând în sezând lungit, cu brațele întinse înainte și cu ochii închiși

c. Pacientul poate să se mențină în echilibru din stând în sezând scurtat, cu brațele întinse înainte și cu ochii deschiși

d. Pacientul poate să se mențină în echilibru din stând în sezând lungit, cu brațele întinse înainte și cu ochii deschiși

e. Pacientul poate să se mențină în echilibru din stând în genunchi, cu brațele întinse înainte și cu ochii deschiși

Corect: a

320. Ambulația la pacientul paraplegic care posedă cele 2 cârje absolut necesare se derulează într-unul din cele 3 tipuri fundamentale:

a. Mers cu cârje prin pași alternanți (în 4 timpi)

b. Mers cu cârje prin pași târsâiți (în 4 timpi sau în 2 timpi)

c. Mers cu cârje prin pași simultani (în 2 timpi)

d. Mers cu cârje prin pendulare (balans)

e. Mers cu cârje prin pași alternanți (în 3 timpi)

Corect: a, b, d

321. Mersul în cârje poate fi inițiat la pacientul paraplegic atunci când:

- a. Muschii coborâtori ai umarului pot ridica o greutate de cel puțin 15 kg
- b. Muschii adductori ai umarului pot ridica o greutate de cel puțin 15 kg
- c. Muschii coborâtori ai umarului pot ridica o greutate de cel puțin 20 kg
- d. Muschii adductori ai umarului pot ridica o greutate de cel puțin 20 kg
- e. Muschii abductori ai umarului pot ridica o greutate de cel puțin 15 kg

Corect: a, b

322. Parkinsonismul este un sindrom clinic caracterizat prin 4 semne fundamentale:

- a. tremor în repaus
- b. bradikinezie / hipokinezie – akinezie
- c. rigiditate
- d. instabilitate posturală
- e. hipertonie de tip piramidal

Corect: a, b, c, d

323. Mersul pacientului cu parkinsonism este tipic:

- a. mersul se face cu saltarea pasului, dansant
- b. imposibilitatea rotației corpului și a pasirii laterale (nu există mobilitate controlată, având loc revenirea la scheme primitive de mișcare, într-un singur plan)
- c. doar din genunchi flexați cu târsăitul pasilor
- d. membrele superioare își mențin balansul
- e. caracteristicile pasului sunt puțin modificate

Corect: a, b, c

324. Terapeutul fizical care participa la alcatuirea și aplicarea asistenței de recuperare la un pacient cu parkinsonism își orientează programul kinetic pentru realizarea următoarelor scopuri:

- a. reducerea rigidității prin controlul mecanismului stretch reflexului la toate nivele
- b. prevenirea derulării reacțiilor normale
- c. ajutarea pacientului să aibă o cât mai completă experiență pentru reacțiile normale
- d. promovarea mișcărilor componente ale schemelor normale, pe o amplitudine cât mai mare și cu o asistare redusă, chiar derularea lor independentă
- e. promovarea mișcărilor componente ale schemelor normale, pe o amplitudine cât mai mare și cu o asistare redusă, chiar derularea lor independentă

Corect: a, c, d

325. La pacientul cu sindrom parkinsonian, obiectivele asistenței medicale complexe sunt:

- a. ameliorarea mobilității, cu reducerea rigidității și corectarea posturilor vicioase (menținerea ortostatismului, mersului, transferurilor, autoservirii cu membrele superioare)
- b. ameliorarea coordonării și recuperarea mimicii
- c. ameliorarea respirației
- d. continuarea la domiciliu a programului de asistență medicală
- e. întreruperea la domiciliu a programului de asistență medicală

Corect: a, b, c, d

326. Pentru ameliorarea mobilității, cu reducerea rigidității și corectarea posturilor vicioase la pacientul parkinsonian, în cadrul programului kinetic, ordinea derulării exercițiilor este:

- a. din punct de vedere al tipului de mișcare - analitic, segmentar, plurisegmentar, global
 - b. din punct de vedere al topografiei – coloana vertebrală, membre inferioare, membre superioare
 - c. din punct de vedere al tipului de mișcare - plurisegmentar, global, analitic, segmentar
 - d. din punct de vedere al topografiei – membre superioare, coloana vertebrală, membre inferioare
 - e. indiferentă
- Corect: a, b*

327. Programul kinetic aplicat la pacientul parkinsonian pentru ameliorarea coordonării cuprinde:

- a. rotația trunchiului asociată la pașii de mers, cu mișcări ale brațelor în ritmuri variabile
 - b. menținerea fixă a trunchiului, fără mișcări ale brațelor
 - c. mers cu pași variate, cu dezechilibrări voite (mers pe vârfuri, mers cu "aruncarea" unui braț înainte sau în abducție, "culegerea" unor obiecte mici de pe jos în timpul mersului etc.)
 - d. exerciții de aruncat la țintă cu mingea, jocul de popice, menținerea în echilibru pe mână a unui obiect
 - e. terapie ocupațională cât mai multe ore pe zi (activități casnice, jocuri)
- Corect: a, c, d, e*

328. Pentru corectarea faciesului inexpressiv la pacientul parkinsonian sunt indicate:

- a. exerciții de mimică, precoce, de 2 – 3 ori / zi, în fața oglinzii
 - b. exerciții analitice: exerciții izolate ale frunții, sprâncenelor, pleoapelor, obrazilor, gurii
 - c. exerciții globale, de expresie: râs, plâns, mirare, furie, veselie
 - d. exerciții active rezistive
 - e. exerciții din metoda Kabat
- Corect: a, b, c*

329. În perioada de "on" în care se poate conta pe participarea activă a bolnavului:

- a. Kinetoterapia nu este esențială
 - b. Kinetoterapia se aplică atât mușchilor cât și coloanei vertebrale
 - c. Se acordă o atenție specială coloanei vertebralei cervicale
 - d. Kinetoterapia trebuie să se adreseze mușchilor respiratori
 - e. Se utilizează tehnici active și pasive
- Corect: b, c, e*

330. În perioada "off" la pacientul parkinsonian se descriu următoarele aspecte:

- a. Akinezia domină tabloul clinic
- b. Pacientul trebuie învățat să descompună fiecare gest motor complex în secvențele sale elementare
- c. Pacientul nu trebuie mobilizat
- d. Mișcările elementare sunt repetate de nenumărate ori până când bolnavul învață să le inițieze voluntar
- e. Kinetoterapia nu este esențială

Corect: a, b, d

331. Scleroza multipla (scleroza în placi, leuconevraxita) este o afecțiune care aparține unui grup de boli demielinizante, caracterizata prin:

- a. distrugerea tecii de mielina cu o relativa conservare a celorlalte elemente nervoase
- b. distribuția leziunilor variabila, sub forma de focare sau difuz
- c. afecteaza mai ales persoane tinere, mai ales femeii în decada III-a de viața
- d. afecteaza mai ales persoanele de sex masculin
- e. distrugerea tecii de mielina si a celorlalte elemente nervoase

Corect: a, b, c

332. Obiectivele pe care terapeutul fizical le are în vedere în alcatuirea programului fizical dinm componența asistenței medicale complexe la un pacient cu scleroza multipla nu includ:

- a. inducerea activității motorii voluntare cu combaterea simultana a spasticității, slabiciunii musculare si oboselii musculare
- b. ameliorarea feedback-ului senzorial
- c. ameliorarea coordonarii si a balansului, cu promovarea unei scheme corecte de mers
- d. ameliorarea disfuncției cerebeloase
- e. conservarea disfagiei si menținerea disfuncțiilor cognitive

Corect: e

333. În cadrul programului de recuperare la pacientul cu scleroza multipla se va ține seama de urmatoarele aspecte:

- a. tratamentul se va institui tardiv
- b. tratamentul va fi continuu pe toata durata bolii
- c. tratamentul va fi adaptat tuturor sindroamelor prezentate de bolnav
- d. se vor recomanda cure balneare în stațiunile de profil
- e. se va evita apariția oboselii

Corect: b, c, e

334. Recuperarea medicala în scleroza multipla va urmari:

- a. sa scada dificultățile mersului
- b. sa reduca spasticitatea
- c. sa limiteze efectele ataxie
- d. sa realizeze independența totala a pacientului
- e. sa fie aplicata în puseu evolutiv

Corect: a, b, c

335. Lezarea nervilor periferici determina urmatoarele sindroame clinice de baza:

- a. Sindrom piramidal
- b. Sindrom motor
- c. Sindrom cerebelos
- d. Sindrom senzitiv
- e. Sindrom vasculotrofic

Corect: b, d, e

336. Evitarea apariției deformatiilor și a atitudinilor vicioase, unul dintre obiectivele de recuperare ale sindromului motor la pacientul cu afecțiune a neuronului motor periferic se realizează prin tehnici de elecție de tipul:

- a. Mobilizări pasive
- b. Mobilizări active
- c. Posturări
- d. Tehnici de facilitare neuromotorie
- e. Terapie ocupațională

Corect: c

337. Evitarea atrofiei mușchilor paralizați, unul dintre obiectivele de recuperare ale sindromului motor la pacientul cu afecțiune a neuronului motor periferic se realizează prin:

- a. Stimulări electrice
- b. Manevre kinetice de tipul mobilizări pasive, tehnici de facilitare, stretch-reflex
- c. Exerciții rezistive
- d. Exerciții izometrice
- e. Terapie ocupațională

Corect: a, b

338. Reeducarea sensibilității la pacientul cu afecțiune a neuronului motor periferic are ca obiective:

- a. Refacerea stereognoziei
- b. Corectarea spasticității
- c. Corectarea deficitului de mobilitate
- d. Refacerea forței musculare
- e. Refacerea localizării senzației

Corect: a, e

339. Lezarea motoneuronilor periferici sau a axonilor lor la diferite niveluri determină o serie de tulburări, cu o excepție:

- a. Tulburări de grade diferite a mobilității active și dispariția motilității automate (involuntare) și a celei reflexe
- b. Tulburări musculare – hipotonie musculară, atrofie musculară, fibrilații și fasciculații musculare
- c. Abolirea reflexelor osteotendinoase cu păstrarea celor ideomusculare
- d. Degenerescența walleriană a nervului
- e. Hipertonie musculară asociată cu exagerarea reflexelor osteotendinoase

Corect: e

340. Paralizia totală a nervului radial determină următoarele aspecte clinico-funcționale:

- a. Imposibilitatea extensiei degetelor, pumnului, antebrățului („mâna cazută”)
- b. Imposibilitatea flexiei degetelor, pumnului, antebrățului
- c. Imposibilitatea supinației (parțială)
- d. Deficit de prehensiune
- e. Menținerea prehensiunii normale

Corect: a, c, d

341. Teritoriul senzitiv al nervului radial cuprinde:

- a. pielea feței posterioare a brațului
- b. pielea feței posterioare a antebrățului
- c. pielea feței anterioare a brațului
- d. pielea feței posterioare a mâinii și a tabacherei anatomice
- e. pielea feței anterioare a antebrățului

Corect: a, b, d

342. „Miscările truate” pe care le poate prezenta mâna cu paralizie de nerv radial sunt următoarele, cu o excepție:

- a. după flexia puternică a pumnului și mâinii, relaxarea poate da impresia extensiei pumnului
- b. extensia în metacarpofalangiene se poate realiza datorită mușchilor interososi
- c. extensia în metacarpofalangiene se poate realiza datorită mușchilor lombricali
- d. extensia degetelor cu flectarea în metacarpofalangiene
- e. extensia ultimei falange a policelui dacă aceasta este abductă și puțin flectată

Corect: c

343. Reinervarea mușchilor extensori ai pumnului începe cu:

- a. mușchiul cubital posterior
- b. mușchiul extensor radial al carpului
- c. mușchiul extensor propriu al degetului II
- d. mușchiul extensor comun al degetelor
- e. mușchiul extensor lung al policelui

Corect : b

344. În paralizia nervului radial deviațiile care apar sunt:

- a. antebrățul flectat
- b. degetele în extensie ușoară
- c. poziția „în gât de lebădă” (mâna pronată și „căzută”)
- d. policele adduct și ușor flectat
- e. degete în ușoară flexie

Corect: a, c, d, e

345. Reeducarea motorie a mușchilor paralizați în cadrul paraliziei nervului radial cuprinde:

- a. mișcări pasive
- b. tehnici de facilitare motorie
- c. mobilizarea întregului membru superior pe schemele D1F și D2E
- d. exerciții analitice în ordinea triceps și anconeu, scurtul supinator, lungul supinator, cubitalul posterior, primul și al doilea radial, mușchii extensori
- e. exerciții de tip contralateral pentru promovarea extensorilor cotului, pumnului, degetelor

Corect: a, b, e

346. Refacerea abilității de mișcare a mâinii în paralizia nervului radial :

- a. este prima etapă a oricărei reeducări motorii și senzitive

- b. este etapa finala a oricarei reeducari motorii si senzitive
- c. utilizeaza exerciții proximo-distale si disto-proximale
- d. utilizeaza terapia ocupaționala
- e. nu utilizeaza terapia ocupaționala

Corect: b, c, d

347. Tabloul clinic al mâinii la pacientul cu paralizie de nerv radial cuprinde urmatoarele aspecte cu o excepție:

- a. Mâna de predicator
- b. Mâna în gât de lebada
- c. Extensia activa si înclinarea radiala a pumnului sunt imposibile
- d. Extensia activa a degetelor în totalitate este imposibila
- e. Deficit variabil de forța musculara pentru grupele musculare inervate de nervul radial

Corect: a

348. Kinetoterapia mâinii în faza de paralizie la pacientul cu interesarea nervului radial se limiteaza la mobilizarea pasiva în amplitudine maxima permisa cu tensionari la capatul excursiei de miscare iar poziția de lucru este urmatoarea:

- a. Antebraț în semipronație, mâna sprijinita cu marginea cubitala pe masa
- b. Antebraț extins, cu mâna sprijinita cu marginea cubitala pe masa
- c. Antebraț în semipronație, mâna sprijinita cu marginea radiala pe masa
- d. Antebraț în pronatie, mâna sprijinita cu fața palmara pe masa
- e. Antebraț în supinație, mâna sprijinita cu fața dorsala pe masa

Corect: a

349. Kinetoterapia mâinii în faza de refacere la pacientul cu interesarea nervului radial se deruleaza analitic pentru urmatoarele grupe musculare:

- a. Brahioradialul
- b. Extensorii mâinii (primul si al doilea radial) si cubitalul posterior
- c. Extensorul comun al degetelor si extensorii policelui (lung si scurt)
- d. Abductorul lung al policelui
- e. Flexorii degetelor (superficial si profund)

Corect: a, b, c, d

350. Tabloul clinic al mâinii la pacientul cu paralizie de nerv cubital cuprinde urmatoarele aspecte:

- a. Atitudine spontana tipica – grifa cubitala
- b. Imposibilitatea de a efectua abducția – adducția degetelor
- c. Deficit muscular variabil al interosilor palmari si dorsali
- d. Deficit muscular variabil al lombricalilor
- e. Tulburari de sensibilitate în tabachera anatomica

Corect: a, b, c, d

351. Kinetoterapia activa analitica la pacientul cu paralizie de nerv cubital presupune exerciții pentru tonifierea urmatoarelor grupe musculare, cu o excepție:

- a. Cubitalul anterior, flexorul comun profund al degetelor

- b. Muschii din regiunea hipotenara
- c. Muschii interososi si lombricali
- d. Muschiul adductor al policelui
- e. Muschii extensori ai degetelor

Corect: e

352. „Miscarile truate” pe care le poate executa „mâna cubitala” sunt:

- a. extensia interfalangienelor devine posibila prin acțiunea extensorului comun
- b. desi abducția degetelor este abolita, extensorul comun poate face o usoara abducție când metacarpofalangienele sunt extinse
- c. adducția policelui este „trucata” de acțiunea lungului extensor si prin flectarea primei falange
- d. abducția degetelor este pastrata
- e. extensia interfalangienelor este imposibila

Corect: a, b, c

353. Prevenirea instalarii redorilor articulare la nivelul articulațiilor metacarpofalangiene si interfalangiene a degetelor IV si V se obține prin:

- a. Mobilizari active
- b. Mobilizari pasive
- c. Mobilizari autopasive
- d. Mobilizari active cu orteze
- e. Exerciții izometrice

Corect: b, c, d

354. Semnele reinervarii musculaturii paretice din teritoriul nervului cubital sunt:

- a. opozabilitatea police – deget (II – V)
- b. degetul V poate fi abduș
- c. miscarile de abducție - adducție ale degetelor devin posibile
- d. flectarea metacarpofalangienelor cu extensia interfalangienelor
- e. degetul V nu poate fi abduș

Corect: a, b, c, d

355. Tabloul clinic al mâinii la pacientul cu paralizie de nerv median cuprinde urmatoarele aspecte:

- a. Stergerea reliefului eminentei tenare si poziționarea policelui în același plan cu celelalte degete în repausul mâinii
- b. La formarea pumnului, flexia pumnului este posibila dar cu forța redusa iar indexul ramâne extins si degetul III se flecteaza moderat
- c. Opozabilitatea policelui este imposibila
- d. Deficit de forța musculara pentru grupele musculare flexoare si pronatoare ale antebratului si mâinii
- e. Absența oricaror tulburari trofice

Corect: a, b, c, d

356. Disfuncționalitatea cea mai invalidanta a mâinii – atât motorie cât și senzitivă – este determinată de mononeuropatia tronculară de:

- a. Radial
- b. Cubital
- c. Circumflex
- d. Median
- e. Crural

Corect: d

357. Kinetoterapia activă analitică la pacientul cu paralizie de nerv median presupune exerciții pentru tonifierea următoarelor grupe musculare:

- a. Flexorii mâinii și pumnului
- b. Mușchii policelui – scurtul abductor, scurtul flexor, opozantul
- c. Extensorii mâinii și pumnului
- d. Mușchii interososi
- e. Mușchii lombricali

Corect: a, b

358. Paralizia musculaturii inervate de nervul median determină următoarele aspecte:

- a. aspectul de „mâna simiană”
- b. „gheara medianului” la încercarea de a închide mâna
- c. policele nu acoperă indexul, ci rămâne extins la încercarea de a închide mâna
- d. scădere diametrului transversal al mâinii
- e. policele acoperă indexul

Corect: a, b, c

358. Importanțe tulburări vasomotorii și trofice, cu apariția sindromului cauzalgic se descriu în paralizia de nerv:

- a. Radial
- b. Median
- c. Cubital
- d. Sciatic popliteu extern
- e. Sciatic popliteu intern

Corect: b, e

359. Recuperarea paraliziei nervului median urmărește:

- a. ameliorarea deficitului motor
- b. ameliorarea deficitului senzitiv
- c. ameliorarea tulburărilor vasculotrofice
- d. creșterea rezistenței generale
- e. refacerea prehensiunii

Corect: a, b, c, e

359. Semnele kinetice care sugerează refacerea nervului median sunt:

- a. posibilitatea de rotație a policelui

- b. posibilitatea de a menține interfalangienele extinse și metacarpofalangienele flectate la 90°, cu usoară rezistență
- c. posibilitatea de a menține metacarpofalangienele extinse
- d. posibilitatea de a menține interfalangienele flectate și metacarpofalangienele flectate la 90°, cu usoară rezistență
- e. posibilitatea de a extinde policele

Corect: a, b

360. Sensibilitatea globală în cazul paraliziei nervului median revine la normal după:

- a. 1 an
- b. 5 luni
- c. 3 luni
- d. 4 luni
- e. 2 luni

Corect: a

361. Traumatismele – cea mai frecventă cauză a paraliziei de plex brahial – acționează prin mecanismul de:

- a. Compresie
- b. Întindere
- c. Tracțiune
- d. Presiune
- e. Rulare

Corect: c

362. Tipul mijlociu (Remak) ca urmare a lezării trunchiului mijlociu al plexului brahial se evidențiază prin paralizii:

- a. Muschiului triceps
- b. Muschilor patrat și rotund pronator
- c. Muschiului mic pectoral
- d. Muschiului brahial
- e. Muschiului deltoid

Corect: a, b

363. Pentru prevenirea redorilor articulare și a pozițiilor disfuncționale în paralizii plexului brahial se recurge la:

- a. posturări prin orteze pentru umăr – cot - mână
- b. purtarea unei esarfe sub cot pentru a evita subluxația capului humeral
- c. mobilizări active
- d. mobilizări autopasive cu sau fără scripetoterapie
- e. evitarea purtării unei esarfe sub cot

Corect: a, b, d

364. Prevenirea și tratarea fenomenelor vasculotrofice în cazul paraliziei de plex brahial va folosi:

- a. posturarea antideclivă pentru combaterea edemului

- b. mobilizari pasive repetate de 5-6 ori pe zi
 - c. contractii izometrice si mobilizari active ale musculaturii ramase indemne sau partial paralizate
 - d. contractii izotonice
 - e. gimnastica generala si exercitii de respiratie
- Corect: a, b, c, e*

365. Recastigarea functionalitatii si abilitatii membrului superior in paralizia plexului brahial se realizeaza prin:

- a. reeducarea prizelor
- b. reeducarea pozitionarii mainii pentru executarea unor activitati
- c. reeducarea activitatii combinate a celor doua maini
- d. orteze dinamice
- e. utilizarea electroterapiei si termoterapiei

Corect: a, b, c

366. Programul kinetic de recuperare performat la pacientul cu paralizie de nerv crural cuprinde:

- a. Prevenirea diformitatii de tip genu recurvatum si a contracturilor lombare
- b. Pregatirea compensarilor pana la recastigarea fortei musculare pierdute
- c. Menținerea tonusului in musculatura denervata si reeducarea fortei musculare
- d. Reeducarea functionala a genunchiului
- e. Menținerea pozitiei de genu recurvatum

Corect: a, b, c, d

367. Pregatirea compensarilor, pana la recastigarea fortei musculare pierdute in paralizia nervului crural se face prin:

- a. tonifierea musculaturii membrelor superioare
- b. tonifierea musculaturii trunchiului (abdominalilor si dorsalilor)
- c. tonifierea fesierilor mari si a tricepsului sural
- d. tonifierea muschiului croitor
- e. tonifierea muschilor ischiogambieri

Corect: a, b, c

368. In paralizia nervului sciatic popliteu extern sunt afectate grupele musculare care realizeaza:

- a. Flexia dorsala si eversia piciorului
- b. Flexia plantara si inversia piciorului
- c. Extensia degetelor
- d. Flexia degetelor
- e. Pronatia piciorului

Corect: a, c

369. Prevenirea devierilor piciorului „in echin”, cum se intampla in cazul paraliziei nervului sciatic popliteu extern, presupune:

- a. menținerea pozitiei in unghi drept a piciorului printr-o atela (orteza)

- b. purtarea unei atele (orteze) mai ales noaptea
- c. încălțarea piciorului în cursul zilei cu o gheata cu carâmb dur
- d. se contraindica susținătorii plantari
- e. evitarea purtării de orteze în cursul nopții

Corect: a, b, c

370. Reeducarea motorie a muschilor paralizați în leziunile nervilor periferici se realizeaza prin intermediul urmatoarelor modalități fizical-kinetice:

- a. Termoterapie
- b. Masaj
- c. Electroterapie (baie galvanica, stimulari electrice)
- d. Reeducare kinetica propriu-zisa
- e. Vitaminoterapie grup B

Corect: a, b, c, d

371. Deficitul complet de forță a cvadricepsului nu împiedica mersul:

- a. mersul pe teren plat
- b. mersul pe plan înclinat
- c. mersul pe scari
- d. mersul pe bicicleta
- e. „mersul piticului”

Corect: a

372. Programul de recuperare a leziunii traumatice a nervului crural trebuie sa insiste pe:

- a. Tonifierea fesierului mijlociu
- b. Tonifierea marelui fesier
- c. Tonifierea adductorilor coapsei
- d. Refacerea forței si rezistenței cvadricepsului dupa reinervarea lui
- e. Tonifierea tricepsului sural

Corect: b, d, e

373. Etiologia leziunilor trunchiului sciatic este complexa, incluzând:

- a. Fracturile bazinului
- b. Hematomul fesier
- c. Injecțiilor intramusculare
- d. Chirurgia soldului
- e. Tratamentul recuperator

Corect: a, b, c, d

374 Lezarea nervului sciatic popliteu extern se face prin:

- a. Traumatism direct al regiunii poplitee
- b. Traumatism direct al marginii externe a 1/3 corpul gambei
- c. Compresiune
- d. Fractura
- e. Injecție intramusculara

Corect: a, b, c, d

375. Manifestarea paraliziei nervului sciatic popliteu extern include urmatoarele aspecte motorii:

- a. Imposibilitatea eversiei piciorului
- b. Imposibilitatea inversiei piciorului
- c. Stepajul piciorului
- d. Grafia degetelor
- e. Mers pe calcâi/vârful degetelor, dificil sau absent

Corect: c, d, e

376. Manifestarea paraliziei nervului sciatic popliteu extern include urmatoarele aspecte senzitive:

- a. Hipoestezia plantei
- b. Hipoestezia gleznei
- c. Hipoestezia feței dorsale a piciorului
- d. Anestezia feței dorsale a piciorului
- e. Cauzalgie

Corect: c, d

377. Tratamentul fizical-kinetic al paraliziei nervului sciatic popliteu extern implica:

- a. Mobilizari precoce pasive manuale
- b. Precocitatea tratamentului datorata tendinței de a dezvolta redoare
- c. Ortezarea nu e necesara
- d. Electrostimularea analitica a musculaturii dorsiflexoare si eversoare nu e necesara
- e. O durata de 9-12 luni

Corect: a, b, e

378. Nervul tibial posterior deriva din nervul sciatic popliteu intern si inerveaza:

- a. Muschii flexori ai degetelor
- b. Muschiul gambier posterior
- c. Muschii intrinseci ai degetelor
- d. Muschii anteriori ai gambei
- e. Muschii laterali ai gambei

Corect: a, b, c

379. Forța musculară, element caracteristic muschiului exprimat prin contracția musculară, este condiționată de următorii factori musculari:

- a. Mecanica muschiului-lungime, schimbare în lungime, puterea muschiului
- b. Arhitectura muschiului-aranjamentul fibrei musculare, aranjamentul întregului muschi
- c. Numarul recutarilor unitaților motorii
- d. Inserțiile musculare
- e. Ritmul de descarcare a potențialelor de acțiune sosite la muschi

Corect: a, b, d

380. Evaluarea obiectivă cantitativă a forței musculare se realizează prin următoarele modalități:

- a. Examen clinico-funcțional
- b. Masurarea suprafeței de secțiune musculară
- c. Manometrie
- d. Testare musculară manuală
- e. Examen electromiografic

Corect: b, c, e

381. Care din următoarele aspecte nu condiționează rezistența musculară:

- a. Amplitudinea de mișcare
- b. Forța musculară
- c. Circulația musculară
- d. Integritatea metabolismului muscular
- e. Factorii nervosi

Corect: a

382. Energia necesară pentru întreaga activitate musculară se extrage din:

- a. Glucoza
- b. Aminoacizi
- c. Acizi grași liberi
- d. Lipide
- e. Enzime mitocondriale și sarcoplasmice

Corect: a, c, d

383. Care dintre următoarele afirmații sunt adevărate pentru valoarea forței musculare:

- a. Valoarea forței musculare este independentă de lungimea mușchiului
- b. Forța musculară variază cu variația de lungime a mușchiului
- c. Valoarea minimă a forței musculare este realizată la mijlocul lungimii mușchiului
- d. La mijlocul lungimii mușchiului, forța musculară este dată de două componente (musculară și matriceala conjunctivală)
- e. Valoarea maximă a forței musculare este realizată la mijlocul lungimii mușchiului

Corect: b, d, e

384. Trăvialiul muscular este maxim când:

- a. Forța musculară este egală cu 1/2 din forța maximă
- b. Forța musculară este egală cu 1/3 din forța maximă
- c. Forța musculară este egală cu 1/4 din forța maximă
- d. Velocitatea este egală cu 1/3 din viteza maximă
- e. Velocitatea este egală cu 1/4 din viteza maximă

Corect: b, e

385. Substratul creșterii forței musculare, obiectiv fundamental în kinetoterapie, este reprezentat numai prin:

- a. Substrat morfologic
- b. Substrat funcțional-sumație spațială
- c. Substrat funcțional-sumație temporală
- d. Substrat funcțional-sincronizare crescută

e. Substrat morfologic, sumatie spațiala, temporală (sincronizare crescută)

Corect: e

386. În programul kinetic se contraindica sau necesita precauții aplicarea exercițiului rezistiv în următoarele situații:

- a. Procesul inflamator articular și / sau muscular
- b. Status algic intens preexistent sau întreținut / apărut în cursul exercițiului cu persistența unui interval de 24 ore după exercițiu
- c. Manevra Valsalva sau derularea pe inspirație a exercițiului la pacienții cu patologie cardiovasculară
- d. Oboseala musculară locală și generală
- e. Nici unul dintre aspectele menționate la punctele anterioare

Corect: a, b, c, d

387. Condițiile minime care trebuie realizate într-un exercițiu rezistiv fundamentat pe contracție izometrică pentru creșterea și menținerea forței musculare sunt:

- a. Intensitatea să corespundă unui minim de 35% din tensiunea musculară maximă
- b. Durata să fie cuprinsă între 30-60 secunde
- c. Ritmicitatea contracției izometrice - se preferă tipul exercițiu repetitiv scurt izometric zilnic (ERSIZ)
- d. Lungimea mușchiului la care se realizează contracție trebuie adaptată
- e. Concentrația volițională nu are importanță

Corect: a, c, d

388. Condițiile minime care trebuie realizate într-un exercițiu rezistiv fundamentat pe contracție izotona pentru creșterea și menținerea forței musculare nu includ:

- a. Contractia dinamică crește forța musculară dacă raportul dintre capacitatea mușchiului și valoarea rezistenței este adecvat
- b. Uzual se folosește o rezistență moderată (35-40% din cea maximă) care crește progresiv
- c. Ritmicitatea contracției izotone
- d. Viteza derulării exercițiului se află în relație directă cu rezistența
- e. Coordonarea musculară este necesară

Corect: d

389. Principalele dezavantaje ale exercițiilor izotone cu rezistență sunt:

- a. Solicita articulația
- b. Determină dureri articulare și musculare
- c. Afectează osul patologic
- d. Pot declanșa sinovite traumatice
- e. Crește nu doar forța musculară dinamică dar și pe cea izometrică

Corect: a, b, c, d

390. În situațiile deficitelor mari de forță musculară (valoare 0,1 sau 2 la testul muscular manual) este necesar să se apeleze la:

- a. posturi declansatoare de reflexe tonice
- b. întinderea prelungită la mușchii posturali extensori slabi

- c. tehnici de facilitare pentru întărirea musculaturii
- d. elemente facilitatorii de crestere a raspunsului motor
- e. se contraindica tehnici de facilitare pentru întărirea musculaturii

Corect: a, c, d

391. Miscarea activa asistata este utilizata în cazurile cu forța musculara:

- a. -2 la testing muscular manual
- b. 2 la testing muscular manual
- c. -3 la testing muscular manual
- d. 3 la testing muscular manual
- e. +3 la testing muscular manual

Corect: b, c, d

392. Miscarea activa cu rezistența se aplica în antrenarea muschilor cu forța musculara:

- a. +2 la testing muscular manual
- b. +3 la testing muscular manual
- c. -5 la testing muscular manual
- d. -4, 4, +4 la testing muscular manual
- e. 2 la testing muscular manual

Corect: b, c, d

393. Aspectele importante ale antrenarii muschilor sanatosi prin electrostimulare muscular isometrica (ESMI) sunt:

- a. Cresterea de forța musculara se face prin valori de forța isometrica mai joase decât valorile contracției voluntare isometrice
- b. ESMI activeaza preferențial unitați motorii mici
- c. Dupa 5 saptamâni de activare creste forța musculara cu 15% pe muschiul contralateral celui stimulat
- d. Creste oboseala musculara
- e. Aplicata cu succes la pacienții care nu reusesc sa realizeze contracții voluntare suficiente

Corect: a, c, e

394. Rezistența generala a organismului se defineste prin:

- a. Abilitatea organismului de a continua timp îndelungat o activitate fizica aerobica, cu apariția oboselii
- b. Capacitatea organismului de a efectua activități fizice complexe, cu intensitate redusa, pe o perioada de timp mai mare
- c. Abilitatea organismului de a continua timp îndelungat o activitate fizica aerobica, fara apariția oboselii
- d. Masura a fitness-ului exprimat prin consumul maxim de oxigen
- e. Abilitatea organismului de a continua timp îndelungat o activitate fizica anaerobica, fara apariția oboselii

Corect: b, c, d

395. In cadrul reantrenarii la efort este necesar sa se țina seama de:

- a. mijloacele de antrenare fizica care se pot aplica pacientului

- b. statusul clinico-funcțional al subiectului
- c. nivelul de efort al pacientului
- d. starea psihică a pacientului
- e. vârsta pacientului

Corect: a, b, c

396. Ca metode ale antrenamentului la efort nu se utilizează:

- a. mersul pe jos
- b. termoterapia
- c. jogging-ul
- d. înotul
- e. ciclismul

Corect: b

397. Parametrii care sunt necesari a fi precizați pentru exercițiile fizice din componența unui antrenament pentru rezistența generală a organismului sunt:

- a. Intensitate
- b. Frecvența / ritm
- c. Durata
- d. Modalitatea de execuție, tipul de contracție musculară
- e. Mențiuni speciale sau particulare, totdeauna

Corect: a, b, c, d

398. Structura antrenamentului aerobic pentru forță include un set de exerciții care nu se caracterizează prin:

- a. Mai multe tipuri de mișcări legate între ele care se repetă până la obținerea senzației de oboseală
- b. Setul de exerciții este alcătuit din repetarea a 8-10 exerciții
- c. Rezistența (încărcarea) (1 RM) care va declanșa oboseala după cele 8-10 repetiții se stabilește prin tatonare
- d. Este indicată intensitate înaltă (1-6 RM încărcare)
- e. Este indicată intensitate ușoară (18-30 RM)

Corect: e

399. Principalele componente ale antrenamentului aerobic pentru durabilitate sunt:

- a. Perioada de încălzire („warm-up”) cu durată de 5-10 minute
- b. Perioada de încălzire („warm-up”) cu durată de 15-20 minute
- c. Perioada derulării exercițiilor propriu-zise (contracții izometrice, izotonice, stretching) cu durată de 20-30 minute
- d. Perioada de revenire („cool - down”) cu durată de 5-8 minute
- e. Perioada de revenire („cool - down”) cu durată de 10-15 minute

Corect: a, c, d

400. Stabilirea intensității exercițiului fizic din antrenamentul la efort se face în raport cu ritmul cardiac (RC) care se calculează după mai multe formule, mai des utilizate fiind:

- a. $RC_{max} = 220 - \text{vârsta}$ (în ani)

- b. RC max. = 200 - vârsta (în ani)
- c. RC max. = 215 - vârsta (în ani) x 0,66
- d. (RC max.-RC repaus) x 85% + RC repaus = RC ținta
- e. RC max. = 210 - vârsta (în ani)

Corect: a, c, d

401. Programul de antrenare aerobica pentru anduranța respecta urmatorii parametri:

- a. Intensitate medie sau chiar sub medie (în jur de 40% din intensitate maxima)
- b. Durata sesiunii ajunge până la 2 ore
- c. Sesiunea se poate repeta de 2-3 ori / săptămâna
- d. Durata sesiunii ajunge până la 1 ora
- e. Sesiunea se poate repeta de 4-5 ori / săptămâna

Corect: a, d, e

402. Cele mai indicate exerciții din componența antrenamentului pentru anduranța sunt reprezentate prin:

- a. Exerciții rezistive maximale
- b. Exerciții rezistive submaximale, continue, ritmice, izotone, care implica grupe muscular restrânse
- c. Exerciții rezistive submaximale, continue, ritmice, izotone, care implica grupe muscular extinse
- d. Exerciții rezistive submaximale, continue, aritmice, izotone, care implica grupe musculare restrânse
- e. Exerciții rezistive maximale, continue, ritmice, izotone, care implica grupe muscular restrânse

Corect: c

403. Efectele antrenamentului la efort sunt complexe, cu o excepție:

- a. ameliorarea condiției psihice
- b. scaderea indicelui tensiune-timp
- c. creșterea suprafeței alveolo-capilare de schimb
- d. apariția unor modificari favorabile în sistemul coagulare - fibrinoliza
- e. creșterea indicelui tensiune - timp

Corect: e

404. Refacerea forței și rezistenței musculare la nivelul centurii scapulare presupune:

- a. Un status de duritate la nivelul umărului
- b. Existența unei amplitudini de mișcare optime, funcționale
- c. Exercițiile rezistive se derulează inițial analitic, apoi global
- d. Poziția de start pentru exerciții este cu încărcare gravitațională pentru trenul superior
- e. Ulterior refacerii forței musculare se efectuează exerciții în lanț cinematic deschis și închis pentru refacerea stabilității, mișcării controlate și abilității

Corect: b, c, d, e

405. Refacerea forței și rezistenței musculare la nivelul cotului presupune:

- a. În testarea musculară manuală se ține seama că forța mușchilor flexori este mai mare în

pronație decât în supinație și când brațul este vertical, ascendent

- b. Programul se derulează în două etape
- c. Mobilitatea cotului este esențială în program, fiind dobândită prin mobilizări active
- d. Se lucrează mai ales grupele musculare flexoare și pronatoare
- e. Exercițiile desprinse din programele de terapie ocupațională nu sunt indicate

Corect: a, b, c, d

406. Refacerea forței și rezistenței musculare la nivelul centurii pelvine presupune:

- a. Tonifierea musculaturii hipotone (muschii fesier mijlociu, cvadriceps, fesier mare)
- b. Tonifierea musculaturii hipotone (muschii adductori, rotatori externi, iliopsoas)
- c. Asuplizarea musculaturii cu tendința la retractura (muschii adductori, rotatori externi, iliopsoas)
- d. Asuplizarea musculaturii cu tendința la retractura (muschii fesier mijlociu, cvadriceps, fesier mare)
- e. Restabilirea echilibrului funcțional al grupelor musculare periarticulare antagoniste

Corect: a, c, e

407. Exercițiile izometrice pentru mușchiul cvadriceps sunt esențiale în refacerea forței și rezistenței musculare deoarece:

- a. Sunt ușor de performat
- b. Determină o forță de reacție minimă în articulația genunchiului
- c. Sunt activați și mușchii biceps femural, fesier mijlociu
- d. Nu sunt activați alți mușchi
- e. Asigură o încoordonare motorie cu un impact funcțional important

Corect: a, b, c

408. Principalele grupe musculare care trebuie tonificate pentru refacerea echilibrului muscular al piciorului sunt:

- a. Mușchiul triceps sural
- b. Mușchiul cvadriceps
- c. Mușchii tibiali
- d. Mușchii peronieri
- e. Mușchii ischiogambieri

Corect: a, c, d

409. Antrenamentul pliometric presupune:

- a. Schema de antrenare a mobilității articulare
- b. Schema de antrenare a forței musculare prin contracții secvențiale excentrice - concentrice
- c. Schema de antrenare a forței musculare prin contracții secvențiale excentrice-concentrice - izometrice
- d. Rapiditatea de dezvoltare a forței la nivelul mușchilor extensori ai genunchilor
- e. Lentoarea de dezvoltare a forței la nivelul mușchilor extensori ai genunchilor

Corect: b, d

410. Avantajele exercițiilor pliometrice sunt:

a. Forța musculară obținută este superioară celorlalte modalități dinamice de refacere a forței musculare

b. Se obține o sincronizare a unităților motorii ale mușchiului

c. Este favorizată coordonarea musculară

d. Nu există risc al leziunilor structurilor tendinoase

e. Nu necesită prudență în derulare

Corect: a, b, c

411. Care dintre definițiile următoare sunt adevărate pentru terapia ocupațională:

a. Forma de tratament care folosește activități și metode specifice, pentru a dezvolta, ameliora sau reface capacitatea de a desfășura activitățile necesare vieții individului, de a compensa disfuncții și de a diminua deficiențe fizice

b. Profesie care ajută o persoană cu incapacitate să își câștige potențialul maxim pentru independență și productivitate în propria viață

c. Îndruma indivizii să se ajute singuri, să facă ce trebuie cu ce pot

d. Artă practică de a promova dependența funcțională prin utilizarea activităților cotidiene fără a modifica echipamentul sau mediul, când este necesar

e. Nu folosește activități pentru creșterea și restaurarea stării fizice și psihice a unei persoane la nivel disfuncțional al vieții cotidiene

Corect: a, b, c

412. Subordonarea unui obiectiv funcțional lucrativ pentru acțiunea terapiei ocupaționale se realizează prin următoarele trei direcții de lucru:

a. Impunerea anumitor activități individului

b. Adaptarea activităților astfel încât individul "să facă" ce ar trebui "cu ce poate"

c. Adaptarea mediului înconjurător la deficitul funcțional al pacientului

d. Plasarea individului într-un anumit mediu înconjurător, preexistent

e. Adaptarea manierei unui individ de a realiza o sarcină, un scop lucrativ

Corect: b, c, e

413. Principiul de bază, specificul terapiei ocupaționale este:

a. Mobilizarea atenției pacientului pe o activitate fizică și manuală, care este atrăgătoare psihologic și care îl soliciată din punct de vedere somatic, psihic sau mental

b. Stimularea și dirijarea activităților

c. Creșterea și menținerea forței musculare

d. Refacerea și menținerea amplitudinii de mișcare

e. Redobândirea controlului muscular

Corect: a

414. Una dintre metode nu reprezintă o metodă de evaluare în terapia ocupațională:

a. Observația

b. Orarul zilnic

c. Interviu

d. Documentul medical

e. Alcatuirea planului terapeutic

Corect: e

415. Cele enumerate mai jos reprezintă activități ocupaționale, cu o excepție:

- a. Autoîngrijirea zilnică
- b. Activitățile educaționale
- c. Jocul și sportul
- d. Hobby-uri diverse
- e. Refacerea balansului

Corect: e

416. Pacientul care va urma un program de terapie ocupațională trebuie să fie evaluat complet, evaluare ce cuprinde:

- a. Evaluarea tegumentului
- b. Evaluarea aparat neuro-mio-artrokinetic
- c. Evaluarea funcțională (generală, adaptată la viața personală, profesională)
- d. Bilanțul posibilităților de adaptare
- e. Nici unul dintre aspectele cuprinse la punctele a, b, c, d

Corect: a, b, c, d

417. Categoriile de pacienți care beneficiază de metodele terapiei ocupaționale sunt:

- a. Limitate
- b. Doar pacienții cu afecțiuni locomotorii
- c. Pacienții neurologici
- d. Pacienții cu afecțiuni senzoriale
- e. Foarte multe categorii de pacienți

Corect: c, d, e

418. Programele de terapie ocupațională oferă:

- a. Evaluarea clinică a pacientului
- b. Evaluarea complexă a stării pacientului și aplicarea unei asistențe specifice
- c. Dezvoltă, ameliorează, susține sau reface abilitățile fizice pentru viața cotidiană, pentru munca sau activități productive, de vacanță
- d. Menține constante performanțele cognitive, senzitivo-senzoriale, psiho-sociale
- e. Identifică și facilitează angajarea pacientului în ocupații sanatoase, lipsite de risc

Corect: b, c, e

419. Principalele tehnici de bază utilizate în terapia ocupațională sunt:

- a. Olaritul
- b. Prelucrarea lemnului și fierului
- c. Împletitul nuielelor, rafiei, papurei etc.
- d. Țesutul la război, gherghet
- e. Marochinaria

Corect: a, b, c, d

420. Tehnicile de exprimare utilizate în terapia ocupațională cuprind:

- a. Preocupări cu caracter artistic
- b. Preocupări cu rol de comunicare

- c. Jocurile distractive
- d. Bucatarie-cofetarie
- e. Cartonajul si tipografia

Corect: a, b

421. În terapia ocupațională modernă există următoarele tipuri de metode de lucru:

- a. Metode sportive
- b. Metode esențiale
- c. Metode neesențiale
- d. Metode facultative
- e. Metode ajutatoare

Corect: b, c, e

422. În alegerea activităților semnificative (esențiale), care au un scop final, se ține seama de mai multe condiții:

- a. Sa se justifice pentru un anumit pacient, sa fie acceptata
- b. Sa nu solicite o participare activa fizica si mintala
- c. Sa realizeze recuperare deficitelor prezentate de pacient
- d. Sa dezvolte abilitați care sa mareasca performanța de viața
- e. Sa promoveze dependența pacientului, indiferent starea sa funcționala

Corect: a, c, d

423. Modalitățile de gradare în cadrul activităților esențiale pentru amplitudine de mișcare sunt:

- a. Distanțarea obiectelor de manipulat
- b. Marimea obiectelor si sculelor (pentru prehensiune)
- c. Schimbarea planului de lucru
- d. Lucrul cu mansete de plumb din ce în ce mai grele
- e. Poziționarea echipamentului

Corect: a, b, e

424. Scopurile metodelor neesențiale folosite în programul de terapie ocupațională sunt:

- a. A antrena forța si rezistența musculara
- b. A reface amplitudinea de mișcare
- c. A crea scheme practice de mișcare
- d. A antrena abilitați sensoriomotorii
- e. A dezvolta capacitați perceptuale si cognitive

Corect: c, d, e

425. Gestualitățile din ADL-uri (activități neesențiale) deseori folosite în programul de terapie ocupațională sunt:

- a. Ridicat-asezat de pe scaun
- b. Intrat-iesit din baie (cada de baie)
- c. Spalat-barbierit-pieptanat-sters cu prosopul
- d. Elemente din gestică mâncatului, îmbracatului
- e. Împingerea cu piciorul pe podea a unor obiecte

Corect: a, b, c, d

426. Categoriile de metode ajutatoare din componența programului de terapie ocupațională sunt:

- a. Activitățile de tip ADL
- b. Activitățile de tip I-ADL
- c. Exercițiile terapeutice
- d. Fizioterapia
- e. Ortezarea

Corect: c, d, e

427. Nivelele de probleme care alcatuiesc planul terapeutic într-un program de terapie ocupațională prezintă următoarea succesiune logică:

- a. Determinarea „scopului final” identificarea „ariei de performanță” identificarea deficitelor din „componenta de performanță” prin evaluare
- b. Determinarea „scopului final” identificarea deficitelor din „componenta de performanță” prin evaluare identificarea „ariei de performanță”
- c. Identificarea „ariei de performanță” determinarea „scopului final” identificarea deficitelor din „componenta de performanță” prin evaluare
- d. Identificarea „ariei de performanță” identificarea deficitelor din „componenta de performanță” prin evaluare determinarea „scopului final”
- e. Identificarea deficitelor din „componenta de performanță” prin evaluare determinarea „scopului final” identificarea „ariei de performanță”

Corect: a

428. În metodologia de lucru în terapia ocupațională se descriu următoarele „componente de performanță”:

- a. Activități de tip ADL
- b. Componenta senzomotorie
- c. Componenta cognitivă
- d. Componenta psihosocială
- e. Componenta profesională

Corect: b, c, d

429. Care dintre următoarele aspecte se încadrează în componenta senzomotorie:

- a. Memorie
- b. Atenție
- c. Self-control
- d. Toleranța la efort
- e. Control motor

Corect: d, e

430. ADL-urile, definite ca abilități de bază legate de activitățile obișnuite zilnice ale omului, se grupează în următoarele categorii:

- a. De autoîngrijire
- b. De mobilitate

- c. De forță
- d. De comunicare
- e. De manipulare

Corect: a, b, d, e

431. I-ADL-urile reprezintă o categorie aparte a ADL-urilor deoarece:

- a. Sunt mai elaborate
- b. Necesită o participare mai mare a proceselor cognitive
- c. Fac referire la abilitățile tehnice, sociale, complexe de mediu
- d. Caracterizează individul independent
- e. Reprezintă un mijloc de evaluare exclusiv în terapia ocupațională

Corect: a, b, c, d

432. I-ADL-urile includ:

- a. Activitatea casnică
- b. Deprinderi pentru conviețuirea în comunitate
- c. Autoîngrijirea sănătății
- d. Măsuri de securitate și manipularea obiectelor din mediu
- e. Alimentarea și toaleta

Corect: a, b, c, d

433. Importanța analizării ADL-urilor în terapia ocupațională rezidă în următoarele aspecte:

- a. Contribuie la precizarea diagnosticului pozitiv de boală
- b. Nu exprimă nivelul de performanță al unui individ
- c. Arată nivelul de performanță al individului, ca o linie de pornire de la care pot fi măsurate progresele sau regresele
- d. Reprezintă un ghid pentru modificările care trebuie făcute în activitatea de rutină a individului
- e. Contribuie la precizarea diagnosticului funcțional și a prognosticului, cu exprimarea nivelului de incapacitate

Corect: c, d, e

434. Programul pentru refacerea ADL-urilor în cadrul terapiei ocupaționale este complex, făcând referire la următoarele aspecte:

- a. Executare pentru antrenare a diverselor ADL-uri deficitare
- b. Obisnuirea pacientului cu mijloace ajutătoare pentru realizarea ADL-urilor
- c. Modificări în mediul ambiant al pacientului
- d. Deprinderea acelor ADL-uri care nu sunt deficitare, cu neglijarea acestora din urmă
- e. Menținerea constantă a mediului ambiant, fără modificări ale sale

Corect: a, b, c

435. Secvența activităților în antrenamentul gradat pentru autoîngrijire din cadrul antrenamentului pentru ADL este următoarea:

- a. Alimentație, pieptanat, continența sfincteriană, transferurile, toaleta personală, dezbrăcatul, îmbrăcatul, baia sau dusul
- b. Alimentație, transferurile, toaleta personală, dezbrăcatul, îmbrăcatul, pieptanat,

continența sfincteriana, baia sau dusul

c. Alimentație, pieptanat, continența sfincteriana, dezbracatul, îmbracatul, transferurile, toaleta personala, baia sau dusul

d. Alimentație, pieptanat, îmbracatul, continența sfincteriana, transferurile, toaleta personala, dezbracatul, baia sau dusul

e. Alimentație, baia sau dusul, pieptanat, continența sfincteriana, transferurile, toaleta personala, dezbracatul, îmbracatul

Corect: a

436. Dintre adaptările locuinței care permit facilitarea îmbaiatului la un pacient cu limitare de forță și mobilitate, care urmează un program de terapie ocupațională, fac parte:

a. Bara fixă de sprijin pe pereții de lângă cada de baie

b. Taburete plasate în interiorul cazii de baie

c. Covorase cu ventuze pentru prevenirea alunecării, plasate în interiorul și lângă cada de baie

d. Robinete cu filet

e. Dus fix cu furtun rigid și capăt cu mâner

Corect: a, b, c

437. Terapia ocupațională este performată la pacientul vârstnic după evaluarea completă a acestuia și încadrarea sa într-una din următoarele 3 categorii:

a. Persoana vârstnică sanatoasă, cu incapacitate funcțională fizică și psihologică determinate de sindromul de dezadaptare

b. Persoana vârstnică sanatoasă, fără incapacitate funcțională fizică și psihologică determinată de sindromul de dezadaptare

c. Persoana vârstnică relativ activă cu independența conservată, care face boala cu caracter disfuncțional

d. Persoana vârstnică relativ activă cu independența conservată, care face boala fără caracter disfuncțional

e. Persoana vârstnică care prezintă o încărcătură disfuncțională cumulativă

Corect: a, c, e

438. Corectarea deficitului de transfer se face prin învățarea pacientului cu una dintre următoarele tehnici de transfer adecvate pentru deficitul lor funcțional:

a. Transferul independent, din sezând în ortostatism, din scaunul cu roțile pe un scaun obișnuit, din scaunul cu roțile în pat

b. Transferurile asistate de una sau două persoane

c. Transferurile prin liftare, cu sau fără scripeți

d. Transferul coordonat verbal de o persoană

e. Transferul prin liftare cu orteze

Corect: a, b, c

439. Obiectivele generale ale programului de terapie ocupațională la un pacient cu sechele posttraumatice nu includ:

a. Obținerea cât mai rapidă a independenței funcționale

b. Recuperarea mobilității în contextul unghiurilor funcționale

c. Creșterea statusului algo-disfuncțional

- d. Readaptarea pacientului la activitatea anterioara
- e. Cresterea indicelui de calitate a vieții

Corect: c

440. Derularea programului de terapie ocupaționala la un pacient cu sechele posttraumatice se face prin ameliorarea gestualității cotidiene în diverse secțiuni, cu excepția:

- a. Mediul menajer cotidian
- b. Aspectele de toaleta
- c. Activitățile domestice
- d. Activitățile atelier și gradinarit
- e. Sala de operații

Corect: e

441. Programul de terapie ocupaționala la pacientul neurologic se derulează etapizat și urmărește:

- a. Refacerea independenței maxime
- b. Recuperarea specifică
- c. Pregătirea pentru revenirea în mediul familial și profesional
- d. Menținerea cât mai mult posibil a dependenței pacientului de alte persoane
- e. Pregătirea pentru scoaterea pacientului din mediul său de viață anterior

Corect: a, b, c

442. În cadrul unui program de terapie ocupaționala la un pacient neurologic nu se urmărește:

- a. Îmbracarea și toaleta zilnică
- b. Transferurile și deplasările
- c. Posibilitățile de alimentare
- d. Monitorizarea valorilor tensiunii arteriale
- e. Capacitatea de comunicare

Corect: d

443. Cele mai importante categorii de aparatură tehnică ajutoare din terapia ocupaționala sunt:

- a. Ortezele
- b. Protezele
- c. Medicamentele
- d. Furculița, cuțitul, lingura adaptate
- e. Mijloacele tehnice ajutoare pentru îmbrăcat

Corect: a, b, d, e

444. La pacientul protezat pentru amputație de membru superior, programul de terapie ocupaționala urmărește:

- a. Utilizarea cât mai puțin a membrului superior protezat în activitățile cotidiene
- b. Scoaterea din mediul profesional a pacientului, cu recomandarea repausului
- c. Exerciții de apropiere a obiectelor
- d. Programe care să asigure prehensiunea activă și pasivă, menținerea prin presiune pe obiect
- e. Exerciții de desprindere de obiect

Corect: c, d, e

445. Diagonala D1 flexie pentru extremitatea superioara (flexia, adducția, rotație externă umăr) din cadrul metodei Kabat se regăsește în următoarele activități funcționale:

- a. Mâna la gura în timpul alimentației
- b. Lovitura de tenis (forehand)
- c. Pieptanatul parului pe o parte a capului, cu mâna opusă
- d. Rostogolirea din decubit dorsal în decubit ventral
- e. Toate activitățile de la punctele a, b, c, d

Corect: e

446. Diagonala D1 extensie pentru extremitatea superioara (extensia, abducția, rotație internă umăr) din cadrul metodei Kabat se regăsește în următoarele activități funcționale:

- a. Pieptanatul parului pe o parte a capului, cu mâna opusă
- b. Lovitura de tenis (backhand)
- c. Deschiderea usii la mașina dinăuntru
- d. Rostogolirea din decubit ventral în decubit dorsal
- e. Mâna la față când se șterge cu prosopul

Corect: b, c, d

447. Diagonala D2 flexie pentru extremitatea superioara (flexia, abducția, rotație externă umăr) din cadrul metodei Kabat nu se regăsește în următoarele activități funcționale:

- a. Pieptanatul parului pe o parte a capului, cu mâna de aceeași parte
- b. Pieptanatul parului pe o parte a capului, cu mâna opusă
- c. Ridicarea rachetei la serviciu, în cadrul jocului de tenis
- d. Înotul pe spate
- e. Rostogolirea din decubit ventral în decubit dorsal

Corect: b, e

448. Diagonala D2 extensie pentru extremitatea superioara (extensia, adducția, rotație internă umăr) din cadrul metodei Kabat se regăsește în următoarele activități funcționale:

- a. Aruncarea la baseball
- b. Încheierea nasturilor laterali cu mâna de partea opusă
- c. Lovirea mingii la serviciu (în jocul de tenis)
- d. Ridicarea rachetei la serviciu, în cadrul jocului de tenis
- e. Înotul pe spate

Corect: a, b, c

449. Modalitățile de a încorpora membrul superior la pacientul hemiplegic în activitatea funcțională, într-un program de terapie ocupațională, sunt:

- a. Activitățile bilaterale
- b. Posturarea antalgică, antideclivă
- c. Ghidarea membrului superior paralizat de către terapeut
- d. Ghidarea prin mișcări brutale a membrului în diferitele activități
- e. Încărcarea pe membrul superior plegic în timpul desfășurării activității

Corect: a, c, e

450. Activitățile terapeutice promovate în programul de terapie ocupațională pentru recuperarea membrului superior la pacientul hemiplegic sunt:

- a. Cladirea conurilor
- b. Aranjarea unui mozaic de cuburi
- c. Adunarea unor boabe de fasole
- d. Tricotatul
- e. Pedalarea la cicloergometru

Corect: a, b, c

451. Mijloacele prin care se realizează obiectivele terapiei neuroevolutive aplicate în îngrijirea permanentă a pacientului hemiplegic sunt:

- a. Rearanjarea locuinței
- b. Abordarea pacientului
- c. Antrenamentul pentru ADL
- d. Poziționarea în pat
- e. Toate mijloacele precizate anterior

Corect: e

452. Ordinea valorii terapeutice a pozițiilor de baza din cadrul programului recuperator al pacientului hemiplegic este următoarea:

- a. Decubit lateral de partea paralizată decubit lateral de partea sănătoasă decubit dorsal
- b. Decubit lateral de partea paralizată decubit dorsal decubit lateral de partea sănătoasă
- c. Decubit lateral de partea sănătoasă decubit lateral de partea paralizată decubit dorsal
- d. Decubit lateral de partea sănătoasă decubit dorsal decubit lateral de partea paralizată
- e. Decubit dorsal □□ decubit lateral de partea paralizată □□ decubit lateral de partea sănătoasă

Corect: a

453. Măsurătorile necesare pentru prescrierea scaunului rulant sunt următoarele:

- a. Înălțimea brațelor
- b. Înălțimea spatelui
- c. Adâncimea sezutului
- d. Înălțimea pacientului
- e. Circumferința (talie) pacientului

Corect: a, b, c

454. Aspectele care trebuie luate în considerare pentru ca pacientul să își poată propulsa singur scaunul rulant sunt:

- a. Existența unei mobilități adecvate la nivelul coloanei vertebrale
- b. Existența unei forțe suficiente de prehensiune bilaterală
- c. Forța musculară la nivelul brațelor
- d. Forța musculară la nivelul coapselor și gambelor

e. Rezistența fizică la efort, suficientă pentru a permite manevrarea independentă a scaunului rulant

Corect: b, c, e

455. Poziționarea și aliniamentul corect în scaunul rulant au următoarele obiective:

- a. Prevenirea diformităților
- b. Creșterea tonusului muscular
- c. Evitarea escarelor
- d. Promovarea funcției
- e. Menținerea unei funcții respiratorii optime

Corect: a, c, d, e

456. Tehnicile comune de transfer pentru pacientul aflat în scaun rulant, componente ale programului de terapie ocupațională, sunt în număr de 4 cu o excepție, și anume:

- a. Transfer prin pivotare din poziție ortostatică
- b. Transferul cu ajutorul scândurii de alunecare
- c. Transfer prin pivotare cu genunchii flexați
- d. Transfer dependent de 4 persoane
- e. Transfer dependent de 2 persoane

Corect: d

457. Care dintre următoarele aspecte sunt adevărate pentru transferul asistat de 2 persoane la pacientul aflat în scaun rulant:

- a. Se utilizează la pacienții cu afecțiuni reumatismale inflamatorii
- b. Permite un control mai bun asupra extremităților superioare
- c. Un terapeut se plasează în față iar celălalt în spatele pacientului
- d. Se utilizează la pacienții neurologici
- e. Permite un control mai bun asupra feselor și trunchiului

Corect: c, d, e

458. Îmbracarea la pacientul hemiplegic sau cu amputație de membru superior, în cadrul unui program de terapie ocupațională, presupune următoarele aspecte:

- a. Hainele se plasează la îndemâna pacientului
- b. Pacientul se află în poziție sezândă, sigură, pentru a preveni manifestările tulburărilor de echilibru
- c. Se începe îmbracatul cu brațul și piciorul afectate, iar dezbracatul cu brațul și piciorul neafectate

d. Există mai multe metode de îmbracare / dezbracare pentru camasile cu nasturi

e. Se recomandă obiecte de îmbracaminte cu cât mai multe accesorii

Corect: a, b, c, d

459. Îmbracarea pantalonilor la pacientul hemiplegic, în cadrul unui program de terapie ocupațională, presupune următoarele aspecte:

- a. Dacă îmbracarea se face cu pacientul plasat în scaunul rulant, acesta va sprijini picioarele pe sol și nu pe suportul scaunului
- b. Măsură pantalonilor să fie mai mare cu un număr și suficient de largi jos

- c. Pantalonii se îmbraca dupa ce au fost puse sosetele, dar înainte de a se încălța
- d. Se îmbraca inițial membrul inferior sanatos, apoi cel afectat
- e. Pentru a evita caderea pantalonilor la trecerea peste sold se recomanda ca mâna afectata sa fie ținuta pe lângă trunchi

Corect: a, b, c

460. Succesiunea care trebuie respectata la îmbracarea pacientului cu paraplegie, aflat în scaun rulant este urmatoarea:

- a. Sosete, camasa sau rochie, lenjerie de corp, pantaloni sau indispensabili, pantofi
- b. Sosete, lenjerie de corp, pantaloni sau indispensabili, pantofi, camasa sau rochie
- c. Sosete, pantofi, lenjerie de corp, pantaloni sau indispensabili, camasa sau rochie
- d. Sosete, pantaloni sau indispensabili, pantofi, lenjerie de corp, camasa sau rochie
- e. Sosete, pantaloni sau indispensabili, pantofi, camasa sau rochie, lenjerie de corp

Corect: b

461. Etapele unui program de terapie ocupaționala performat la un pacient paraplegic sunt urmatoarele:

- a. Obținerea autonomiei si performarea activitațiilor în pat
- b. Performarea activitațiilor în poziție sezânda
- c. Performarea activitațiilor în poziție verticala
- d. Recuperarea independenței pacientului
- e. Deplasarea permanenta si derularea activitațiilor numai în scaunul rulant

Corect: a, b, c, d

462. Etapele unui program de terapie ocupaționala performat la un pacient tetraplegic sunt urmatoarele:

- a. Refacerea unei independențe maxime pentru alimentare, comunicare, toaleta, îmbracare, transferuri, deplasari
- b. Recuperarea specifica în funcție de nivelul lezional
- c. Pregatirea pentru reinsertia sociala si profesionala
- d. Performarea activitațiilor în poziție verticala
- e. Deplasarea permanenta si derularea activitațiilor numai în scaunul rulant

Corect: a, b, c

463. Criteriile minime pentru îmbracare la pacientul cu tetraplegie sunt:

- a. Existența unei forțe musculare de valoare -3 sau 3 la muschii deltoid, trapez mijlociu si superior, rotatorii umarului, romboizi, biceps, supinatori, extensori radiali ai carpului
- b. Existența unei forțe musculare de valoare 3 sau 4 la muschii deltoid, trapez mijlociu si superior, rotatorii umarului, romboizi, biceps, supinatori, extensori radiali ai carpului
- c. O amplitudine articulara de 0°-90° abducție si flexia umar, 0°-80° rotația interna umar, 0°-30° rotația externa umar, 15°-140° flexia cotului
- d. Imposibilitatea balansului din sezând în pat sau în carucior
- e. Prehensiunea cu degetele cu ajutorul unei prize realizate prin tenodesis sau cu ajutorul ortezei de mâna cu balama

Corect: b, c, e

464. Activitățile de igienă și toaleta personală la pacientul hemiplegic, în cadrul unui program de terapie ocupațională, presupune următoarele aspecte:

- a. Se recomandă mașina de barbierit electrică
- b. Scaun special în cabina de dus
- c. Covor care alunecă
- d. Burete fără mâner lung, săpun normal
- e. Bare de sprijin fixate la marginea cazii

Corect: a, b, e

465. La pacientul cu traumatism vertebro-medular cu nivel lezional la nivel C3-C4 se descriu următoarele capacități / limite funcționale:

- a. Dependența totală în sfera ADL-uri
- b. Pacientul poate utiliza scaunul electric comandat cu barbia sau pneumatic
- c. Este necesară asistarea respiratorie temporară sau permanentă
- d. Sunt posibile activități comandate cu ajutorul gurii (întoarcerea paginilor, dactilografieri, jocuri)
- e. Pacientul necesită supraveghere și îngrijire atentă în permanență

Corect: b, c, d, e

466. La pacientul cu traumatism vertebro-medular cu nivel lezional la nivel T10-L2 se descriu următoarele capacități / limite funcționale:

- a. Independența pentru majoritatea activităților
- b. Independența în autoîngrijire, igienă, sport
- c. Independența în activități profesionale și casnice
- d. Ambulație posibilă, cu dificultăți, folosind orteze și mijloace ajutoare de mers
- e. Este posibilă ambulația independentă cu orteze scurte de picior și cârje

Corect: b, c, d

467. Activitățile ocupaționale indicate la pacientul cu poliartrita reumatoidă sunt:

- a. Rezistive
- b. Promovează mobilizarea articulației pe un anumit sector de mișcare
- c. Atractive
- d. Astfel alese încât țin seama de toate articulațiile afectate
- e. Nonprotective pentru articulații

Corect: c, d

468. Principiile care stau la baza terapiei ocupaționale în reumatismele inflamatorii sunt:

- a. protecția articulară
- b. principiul conservării energiei
- c. evitarea oricărei activități
- d. simplificarea activităților
- e. principiul progresivității

Corect: a, b, d

469. Principiile de protecție articulară care trebuie respectate la pacientul cu poliartrita reumatoidă care urmează un program de terapie ocupațională sunt:

- a. Menținerea forței musculare și a amplitudinii de mișcare (în cursul ADL-urilor toate articulațiile trebuie mobilizate pe amplitudinea maximă)
- b. Evitarea pozițiilor și a penselor care favorizează deformările articulare
- c. Folosirea fiecărei articulații în planul sau anatomic cel mai stabil și mai funcțional
- d. Utilizarea articulațiilor celor mai puternice pentru diferite activități
- e. Folosirea și menținerea articulațiilor în poziții fixe prelungite

Corect: a, b, c, d

470. În cadrul evaluării la pacientul cu durere lombară pentru aplicarea unui program de terapie ocupațională trebuie observate următoarele activități:

- a. Îmbrăcatul, toaleta, autoîngrijirea
- b. Mobilitatea în scaun
- c. Transferurile
- d. Spălatul vaselor și pregătirea mâncării
- e. Ridicarea și transportul obiectelor foarte ușoare

Corect: a, c, d

471. La un pacient cu traumatism la nivelul umărului, programul de terapie ocupațională din cadrul asistenței medicale de recuperare se caracterizează prin:

- a. Activități care se derulează în condiții de indolorență
- b. Activități care se derulează din suspendare, aparatele de imobilizare asigurând mâinii o mobilizare facilă
- c. Activitățile recomandate pentru pacienți sunt cele casnice
- d. Activitățile recomandate pentru pacienți sunt de tipul olarilor, tâmplărie, împletit năuș, țesut
- e. Nu trebuie respectat aspectul funcțional

Corect: a, b, c, d

472. Principalele aspecte kinetice de care trebuie ținut seama într-un program de terapie ocupațională aplicat la un pacient care a suferit leziuni traumatiche la nivelul mâinii sunt:

- a. Obținerea unei amplitudini de mișcare și a unei prehensiuni adecvate în condițiile unei forțe musculare optime pentru grupele musculare flexoare și extensoare ale mâinii
- b. Limitarea participării mușchilor interosoși, cu rol în stabilizarea regiunii metacarpofalangiene
- c. Stimularea comenzii centrale prin promovarea mișcărilor spontane uzuale
- d. Deplasări articulare maxime de la început, imediat posttraumatic
- e. Promovarea prehensiunii de forță

Corect: a, b, c

473. Activitatea aleasă în programul de terapie ocupațională la pacientul cu traumatisme la nivelul membrelor inferioare respectă următoarele indicații:

- a. În cursul derulării sale se evită atitudinile vicioase ale trunchiului și membrelor
- b. În cursul derulării sale se evită poziția de rotație când pacientul este așezat
- c. Se preferă activitățile de tip țesut, macramă, cartonaj
- d. Se indică folosirea unor mijloace ajutătoare de tip microcontacte
- e. Activitatea poate solicita cu încărcare oricare dintre segmentele membrelor inferioare

Corect: a, b, c, d

474. Sechelele osoase posttraumatice cuprind:

- a. edemul posttraumatic, plaga granulata, plaga grefata, cicatricea patologica
- b. pseudartroza, calusul vicios, osificarea subperiostala, osteoporoza de imobilizare, osteonecroza aseptica, algoneurodistrofia
- c. redoare articulara, hipotrofie musculara, osteoporoza de imobilizare, scaderea capacitații cardio-pulmonare
- d. rupturi musculare, rupturi de tendon, hematom muscular, contracturi musculare, atrofie musculara
- e. osteoporoza generalizata, redoare articulara, denervari parțiale, tulburari circulatorii

Corect: b

475. Dupa intervenții chirurgicale asupra coloanei lombo-sacrate, adresate structurilor osteoarticulare,

fara fixarea acestora (laminectomii etc.), etapa de reluare progresiva a miscarilor segmentului lombo-sacrat dureaza:

- a. 10-20 zile
- b. 20-40 zile
- c. 30-60 zile
- d. 60-90 zile
- e. 90-120 zile

Corect: c

476. În faza I a recuperarii umarului cu artroplastie sunt contraindicate:

- a. exercițiile pasive
- b. exercițiile autopasive
- c. exercițiile izometrice
- d. exercițiile de tip Codman
- e. mobilizarile active

Corect: e

477. Dupa intervenția chirurgicala pentru ruptura tendonului distal al bicepsului tratamentul recuperator dureaza:

- a. 1-3 saptamâni
- b. 4-6 saptamâni
- c. 6-8 saptamâni
- d. 8-12 saptamâni
- e. mai mult de 16 saptamâni

Corect: d

478. În cazul deviațiilor axiale posttraumatice ale genunchiului se recomanda:

- a. scadere ponderala, tonifierea stabilizatorilor genunchiului
- b. scadere ponderala, cresterea stabilitații pasive si active a genunchiului, încălțaminte ortopedica corectoare, kinetoterapie
- c. corecții ortopedice, kinetoterapie pasiva, termoterapie, reflexoterapie
- d. imobilizare în aparat gipsat, urmata de recuperarea mersului

e. asigurarea stabilității pasive și active a genunchiului, reeducarea mersului

Corect: b

479. În recuperarea sechelelor cutanate posttraumatice, menținerea funcționalității și troficității segmentului se realizează prin:

- a. ultrasunete, căldura moderată locală, radioterapie
- b. diapulse, ultraviolete, curenți diadinamici, imobilizarea segmentului
- c. mobilizări pasive și active, contracții izometrice
- d. masaj pentru circulația veno-limfatică, hidrokinetoterapie
- e. îngrijirea și supravegherea chirurgicală a plăgii

Corect: c, d

480. Pentru recuperarea forței segmentelor neafectate de paralizie (în cadrul sechelelor posttraumatice ale nervilor periferici) se recomandă:

- a. exerciții cu rezistență
- b. exerciții izometrice
- c. electroterapie excitomotorie
- d. masaj profund
- e. curenți de medie frecvență

Corect: a, b

481. Atrofia musculară se poate produce prin:

- a. denervare
- b. imobilizare
- c. ischemia musculară
- d. ruptura fibrelor musculare
- e. ruptura de tendon muscular

Corect: a, b

482. În perioada de imobilizare la pat pentru sechele generale posttraumatice, kinetoterapia va cuprinde:

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

Corect: b, e

483. Obiectivele recuperării sechelelor articulare posttraumatice sunt:

- a. combaterea durerii și inflamației
- b. refacerea mobilității și stabilității
- c. evaluarea deficitului motor și senzitiv
- d. refacerea abilităților
- e. recomandări privind tratamentul balneo-climatic

Corect: a, b, d

484. Pentru refacerea stabilității în recuperarea sechelelor articulare posttraumatice, articulația trebuie să fie:

- a. indolora, chiar în condiții de musculatură slabă
- b. fixată de o musculatură puternică
- c. indolora și protejată de capsule și ligamente întregi
- d. stabilizată prin orteze
- e. dureroasă, dar cu capsule și ligamente întregi

Corect: b, c

485. În osificările subperiostale posttraumatice nu sunt recomandate:

- a. mobilizarile active
- b. imobilizarea completă (cu excepția fracturilor)
- c. diapulse
- d. mobilizarile și întinderile pasive
- e. recuperarea mobilității articulare

Corect: b, d

486. Tratamentul recuperator al algoneurodistrofiei de stadiu I cuprinde: a. repaus, comprese reci cu sulfat de magneziu

- b. Sollux cu filtru albastru, terapie ocupațională
- c. reflexoterapie cu ultrasunete
- d. diapulse, magnetodiaflux local
- e. aplicații locale de parafină

Corect: a, c, d

487. Dacă reducerea mobilității articulare este determinată de retractura musculară, refacerea flexibilității musculare (în cazul sechelelor posttraumatice musculare) se poate realiza prin:

- a. repaus tendinos, medicație antialgică, terapie fizică antalgică
- b. masaj, căldură, tracțiuni
- c. manipulări facilitate
- d. ultrasunete în doze mari
- e. ionogalvanizări sclerolitice

Corect: b, c, d

488. În recuperarea sechelelor posttraumatice, dintre formele de hidrotermoterapie sunt utilizate și pentru efectul produs prin mecanism reflex:

- a. băile generale la 38,5°C
- b. băile alternante la temperaturi mai mici de 38°C
- c. împachetarile cu parafină
- d. aplicațiile locale de rece
- e. băile cu bule

Corect: c, d

489. Avantajele contracțiilor izometrice utilizate în refacerea forței de contracție sunt:

- a. eficiența crescută, tehnica simplă
- b. nu ameliorează suplețea articulară, nu creează feed-back

- c. nu dau dureri articulare si oboseala
- d. necesita timp scurt de executie
- e. determina cresterea diametrului muschiului

Corect: a, c, d, e

490. Tratamentul recuperator al hematomului muscular în faza granulomatoasa se realizeaza prin:

- a. punerea în repaus a muschiului, bandaj compresiv, crioterapie
- b. electroterapie antalgica si excitomotorie, kinetoterapie cu rezistența
- c. combaterea edemului si stazei venoase din zona lezata
- d. masaj, caldura, antiinflamatoare pe cale generala
- e. electroterapie antalgica si excitomotorie, reluarea funcției musculare fara rezistența

Corect: a, c, e

491. Recuperarea sindromului motor din cadrul sechelelor posttraumatice ale nervilor periferici are ca obiective:

- a. evitarea apariției deformatiilor si atitudinilor vicioase
- b. evitarea atrofiei muschilor paralizați si cresterea funcției fibrelor musculare restante sanatoase
- c. combaterea si prevenirea durerii
- d. refacerea imaginii kinestezice si recâstigarea coordonarii miscarilor
- e. recuperarea mobilității si forței segmentelor neafectate de paralizie

Corect: a, b, d, e

492. Pentru evitarea atrofiei muschilor paralizați (în cadrul sechelelor posttraumatice ale nervilor periferici) se poate recurge la:

- a. caldura
- b. electrostimularea muschiului denervat
- c. atele de postura
- d. curenți de medie frecvența
- e. mobilizari active si active cu rezistența

Corect: b, d

493. Recuperarea sindromului vasculotrofic din cadrul sechelelor posttraumatice ale nervilor periferici poate beneficia de:

- a. bai calde cu vârtejuri de apa
- b. aplicații locale reci
- c. împachetari locale sau generale cu parafina
- d. hidroterapie alternanta la temperaturi mai mici de 38°C
- e. mofete parțiale

Corect: a, d, e

494. În cadrul tratamentului recuperator al sechelelor generale posttraumatice, în perioada de imobilizare la pat se recomanda:

- a. posturi de facilitare a circulației veno-limfatice si pentru drenaj bronsic
- b. masaj si gimnastica vasculara

- c. kinetoterapie respiratorie si aerosoloterapie
- d. climatoterapie si tratament balnear
- e. curenți de medie frecvența si electrostimulari

Corect: a, b, c, e

495. Mijloace fizicale folosite în managementul durerii în cadrul tratamentului recuperator al sechelelor posttraumatice sunt:

- a. aplicații calde si reci, imobilizari
- b. TENS, stimulare nervoasa periferica
- c. Masaj
- d. exerciții corectoare, stretching
- e. medicație antialgica si antiinflamatorie

Corect: a, b, c, d

496. Forme de terapie fizicala utilizate în recuperarea sechelelor posttraumatice, care pot acționa prin mecanism reflex sunt:

- a. ionogalvanizarile, ultrasunetele, kinetoterapia pasiva
- b. ionogalvanizarile, ultrasunetele, masajul
- c. fototerapia, hidrotermoterapia
- d. curenți de înalta frecvența, diapulse
- e. fototerapia, termoterapia, climatoterapia

Corect: b, c, d

497. Enumerați forme de terapie miorelaxanta utilizate în recuperarea sechelelor posttraumatice:

- a. masajul, caldura prelungita
- b. întinderea, manipularile facilitate
- c. aplicațiile generale si locale reci
- d. undele scurte, kinetoterapia activa cu rezistența
- e. ultrasunetele

Corect: a, b, e

498. Examenul bolnavului cu sechele posttraumatice ale coloanei vertebrale, efectuat de catre terapeut, trebuie sa cuprinda:

- a. evaluarea respiratorie si cardiovasculara
- b. evaluarea respiratorie, a amplitudinii tuturor articulațiilor implicate, a forței musculare
- c. aprecierea gradului de spasticitate
- d. aprecierea prezenței edemelor
- e. testarea biologica si radiologica

Corect: a, b, c, d

499. Tratamentul recuperator al bolnavului posttraumatic cu fractura-luxație de coloana cervicala în perioada de purtare a Minervei, cuprinde:

- a. exerciții de echilibrare
- b. mobilizari ale membrelor superioare
- c. izometrie pentru menținerea tonusului dorso-lombar

- d. gimnastica respiratorie abdominala
 - e. reprofesionalizare pentru asigurarea independenței bolnavului
- Corect: a, b, c, d*

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

- a. electroterapie de înalta frecvență
- b. termoterapie locala sau generala
- c. terapie respiratorie
- d. miscari pasive
- e. miscari active

Corect: c, d, e

501. Pentru prevenirea escarelor la pacienții cu leziuni posttraumatice medulare se vor recomanda:

- a. întoarcerea pacientului la fiecare 3 ore
- b. inspectarea tegumentului de catre pacient
- c. protejarea împotriva caldurii excesive
- d. evitarea traumatismelor prilejuite de transferuri si ridicari
- e. electroterapie antialgica si vasculoactiva, masaj decontracturant

Corect: a, b, c, d

502. Mijloace de reeducare micționala la bolnavii cu leziuni posttraumatice ale coloanei vertebrale sunt:

- a. masajul superficial, electroterapia de joasa frecvență, psihoterapia
- b. termoterapie locala, hidrokinetoterapia, curenții de medie frecvență
- c. curenți de joasa frecvență pentru stimulare transvezico-pelvina
- d. curenți de medie frecvență si câmpuri magnetice de joasa frecvență
- e. crenoterapia cu ape sulfuroase hipotone

Corect: c, d, e

503. Etapele de recuperare a bolnavilor cu fracturi-luxații de coloana dorso-lombara conform metodei Magnus, sunt:

- a. imobilizarea constientizata a coloanei
- b. decubit pe pat tare
- c. verticalizarea
- d. recuperarea
- e. reeducarea mersului

Corect: b, c, d

504. Metodele prin care se realizeaza rearmonizarea mecanica a umarului posttraumatic sunt:

- a. posturi
- b. mobilizari pasive cu tracțiuni
- c. exerciții active
- d. electroterapie antalgica
- e. electroterapie excitomotorie

Corect: a, b, c

505. Din saptamâna 8-9 dupa artroplastia parțiala de umar, tratamentul recuperator (faza III) cuprinde:

- a. exerciții de tip Codman si rotații autopasive
- b. hiperextensii autopasive, rotații active
- c. mobilizari ale cotului, scripetoterapie
- d. exerciții de tip stretching
- e. exerciții active cu rezistența

Corect: d, e

506. În faza IV a recuperarii umarului posttraumatic, kinetoterapia cuprinde:

- a. manevre de decoaptare capsulo-ligamentara, exerciții de facilitare proprioceptiva
- b. exerciții autopasive la scripete si exerciții active pentru cresterea mobilitații
- c. exerciții cu rezistența pentru cresterea forței musculare, exerciții de coordonare
- d. exerciții izometrice executate pe principii ale facilitarii proprioceptive
- e. kinetoterapie respiratorie de tip costal superior si de tip abdominal

Corect: a, b, c

507. Definiți cauze posibile ale limitarii de mobilitate a cotului posttraumatic:

- a. organizarea colagenica consecutiva edemului, calusul vicios
- b. leziuni de vase si nervi
- c. retractii musculo-tendo-ligamentare, cicatrici retractile
- d. artrita posttraumatica
- e. osteomul periarticular, fragmente osoase intraarticulare

Corect: a, c, d, e

508. Pentru recâstigarea mobilitații cotului posttraumatic dupa suspendarea imobilizarii se recurge la urmatoarele mijloace:

- a. terapie fizicala antialgica, masaj, electroterapie excitomotorie
- b. miscari pasive cu ajutorul scripetilor, reglate de durere
- c. mobilizari pasive, cu purtarea de greutate în mâna
- d. miscari active analitice, de reeducare globala a cotului si de facilitare neuro-musculara proprioceptiva
- e. exerciții de tip Codman si întinderi pasive

Corect: b, d

509. Faza III a programului recuperator la bolnavii cu artroplastie de cot cuprinde:

- a. ortezare discontinua
- b. exerciții active si pasive la nivelul cotului
- c. ortezare continua
- d. numai mobilizari active
- e. doar mobilizari pasive

Corect: a, b

510. În faza I a reeducării mâinii după intervenții chirurgicale pentru leziuni ale tendoanelor flexorilor degetelor, posturarea optimă a complexului mâinii presupune:

- a. 40° flexie pentru gâtul mâinii
- b. 45° flexie în articulațiile metacarpofalangiene
- c. 90° flexie în articulațiile interfalangiene proximale
- d. flexie completă în articulațiile interfalangiene distale
- e. flexie 90° a cotului

Corect: a, b, c, d

511. Terapia ocupațională în recuperarea mâinii posttraumatice vizează:

- a. redobândirea abilităților în scopul asigurării independenței bolnavului
- b. recuperarea mobilității articulare la nivel axial și periferic
- c. refacerea forței și a rezistenței musculare
- d. evaluarea necesității unor facilitări de muncă prin realizarea unor adaptări la restantul funcțional
- e. dezvoltarea unor noi vocații profesionale

Corect: a, d, e

512. În sechelele posttraumatice ale mâinii, întinderile sunt indicate în:

- a. fracturi intraarticulare la nivelul articulațiilor metacarpofalangiene
- b. aderențe ale țesuturilor moi și ale tendoanelor
- c. redoare articulară prin retracții capsuloligamentare
- d. cicatrici și grefoane postoperatorii
- e. hipercorecții ale unor deformări pentru care se aplică atele seriata

Corect: b, c, d, e

513. Recuperarea pacienților cu fractura de sold presupune, alături de posturări pentru evitarea deviațiilor și de mobilizări precoce:

- a. prevenirea edemului, tromboflebitelor, tulburărilor trofice
- b. aplicarea de diapulse pentru grabirea consolidării focarului de fractură
- c. atenție pentru reeducarea genunchiului și cvadricepsului
- d. reeducarea membrului superior în lanț kinetic închis
- e. reeducarea coloanei vertebrale cervico-dorsale

Corect: a, b, c

514. Obiectivele recuperării soldului posttraumatic sunt:

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

Corect: a, b, c

515. Metodele de recuperare a stabilității pasive a genunchiului posttraumatic sunt:

- a. tonifierea musculaturii stabilizatoare a genunchiului
- b. creșterea rezistenței ligamentare

- c. respectarea regulilor de igiena a genunchiului
- d. ortezarea genunchiului
- e. artroplastia genunchiului

Corect: a, b, c, d

516. După îndepărtarea gipsului utilizat pentru imobilizarea genunchiului în cazul rupturii aparatului extensor cvadricipital, se va recurge la:

- a. exerciții de mobilizare a genunchiului, cu accent pe mobilizarile active
- b. tonifierea cvadricepsului prin izometrie și exerciții rezistive cu încărcare progresivă
- c. mobilizări pasive în poziții extreme
- d. ortezarea genunchiului și exerciții izometrice
- e. masaj profund și mobilizări pasive controlate de durere

Corect: a, b

517. Recuperarea echilibrului muscular al piciorului posttraumatic presupune:

- a. recuperarea mobilității și forței musculare
- b. tonifiere musculară analitică
- c. exerciții de coordonare, de refacere a feed-back-ului senzitivo-motor
- d. metode fizicale de combatere a durerii și retracțiilor tendinoase
- e. recuperarea exclusivă a forței și rezistenței musculare

Corect: b, c

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

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

Corect: a, b, d, e

519. Recuperarea funcțională după intervențiile chirurgicale practicate pentru rupturi ale tendonului achilean presupune după îndepărtarea aparatului gipsat:

- a. electroterapie antalgică, masaj decontracturant, kinetoterapie activă a piciorului și gleznei
- b. posturi antideclive, baie cu vârtējuri, diapulse, masaj
- c. hidrokinetoterapie pentru remobilizarea articulației gleznei
- d. tratamentul edemului (posturi antideclive, bandaje elastice, baie cu vârtējuri, diapulse, masaj), tonifierea tricepsului sural
- e. remobilizarea gleznei prin hidrokinetoterapie, întinderea tricepsului și tendonului acestuia (când a apărut retracția)

Corect: d, e

520. Selectați care sunt efectele locale ale masajului:

- a. Decontracturant;
- b. Rezorbtiv;
- c. Creșterea temperaturii centrale a corpului;
- d) Scăderea temperaturii centrale a corpului;

e. Hiperemiant.

Raspuns corect: a,b,e.

521. Asupra tegumentului masajul produce urmatoarele efecte:

- a) Scaderea secretiei glandelor sudoripare;
- b) Descuamarea;
- c) Inhibarea cresterii celulelor tinere;
- d) Vasodilatatia active;
- e) Vasoconstrictia active.

Raspuns corect: b,d.

522. Care afirmatii sunt adevarate privind efectele masajului asupra muschilor:

- a) Creste contractilitatea;
- b) Scade conductibilitatea;
- c) Creste performanta muscular;
- d) Scade performanta muscular;
- e) Stimuleaza refacerea postefort.

Raspuns corect: a,b,d.

523. Care afirmatii sunt adevarate privind efectele masajului la nivelul circulator:

- a) La nivelul circulatiei capilare inhiba vasomotricitatea;
- b) La nivel venos creste viteza de circulatie;
- c) La nivel venos scade usor presiunea venoasa;
- d) Cresterea fluxului sanguin la nivel arteriolar;
- e) Scaderea fluxului sanguin la nivel arteriolar.

Raspuns corect: b,d.

524. Care sunt contraindicatii temporare pentru masaj:

- a) Procese inflamatorii acute;
- b) Procese inflamatorii cronice;
- c) Tromboflebita;
- d) Neoplazii;
- e) Boli acute ale organelor interne.

Raspuns corect: a,c,e.

525. Selectați care sunt efectele generale ale masajului:

- a. cresterea metabolismului bazal
- b. scaderea metabolismului bazal
- c. ameliorarea starii generale
- d. hiperemie
- e. cresterea fluxului urinar

Corect: a, c, e

526. Dupa modul de actiune al tipului de masaj folosit, efectele pot fi:

- a. directe
- b. indirecte

- c. reflexogene
- d. numai reflexe
- e. toate raspunsurile de mai sus

Corect: a, b, c

527. Asupra țesutului celular subcutanat masajul produce următoarele efecte:

- a. scade afluxul de sânge
- b. stimulează refacerea elasticității țesutului conjunctiv
- c. îmbunătățește schimburile nutritive și eliminarea reziduurilor
- d. scade masa de țesut gras
- e. crește masa de țesut muscular

Corect: b, c, d

528. Care afirmații sunt adevărate privind efectele masajului la nivelul tendoanelor?

- a. stimulează creșterea supleții acestora
- b. stimulează propriocepția
- c. determină staza sanguină și limfatică cu scop nutritiv
- d. stimulează circulația locală
- e. inhibă circulația locală

Corect: a, b, d

529. Care afirmații sunt adevărate privind efectele fiziologice ale masajului?

- a. decontracturant
- b. stimulant muscular
- c. analgetic
- d. inhibarea circulației
- e. stimularea eliminării reziduurilor

Corect: a, b, c, e

530. Care afirmație nu este adevărată pentru netezire?

- a. efect relaxant
- b. efect stimulant
- c. se aplică numai la sfârșitul altor manevre de masaj
- d. se aplică la începutul sesiunii de masaj
- e. se aplică intercalată între alte manevre

Corect: c

531. Netezirea prezintă următoarele variante tehnice:

- a. cu regiunea tenară
- b. cu fața dorsală a degetelor, ușor flectate
- c. cu fața dorsală a mâinii
- d. cu pumnul închis

e. cu cotul

Corect: a, b, c

532. Fricțiunea – care afirmații sunt adevărate:

- a. vizează țesutul subcutanat
- b. vizează țesuturile moi periarticulare
- c. vizează țesutul muscular în special
- d. vizează osul
- e. are efecte reflexogene

Corect: a, b, e

533. Fricțiunea prezintă următoarele variante tehnice:

- a. cu vârful policelui sau al indexului
- b. cu rădăcina mâinii
- c. prin lovirea ritmică a țesuturilor
- d. prin rularea tegumentului
- e. intensitatea depinde de unghiul de aplicare

Corect: a, b, e

534. Care afirmații sunt adevărate pentru framântat?

- a. se adresează în special mușchilor
- b. constă într-o comprimare gradată a țesuturilor
- c. se realizează prin ridicarea, torsiunea și presarea țesuturilor pe planurile subiacente
- d. crește schimburile nutritive și eliminarea toxinelor
- e. ameliorează mobilitatea articulară

Corect: a, c, d

535. Framântatul prezintă următoarele variante tehnice:

- a. cută plimbata
- b. circular
- c. masajul rindea
- d. ciupituri
- e. pieptanatul

Corect: a, b, c, d

536. Care afirmații sunt adevărate pentru batere?

- a. constă din presiunea ritmică
- b. constă din lovirea ritmică a țesuturilor superficiale sau profunde
- c. determină hiperemie locală
- d. are efect reflex
- e. nu are efect reflex

Corect: b, c, d

537. Care sunt variantele tehnice ale baterii?

- a. percutatul
- b. tocatul

- c. tocatul tangențial
- d. batatoritul
- e. mangaluirea

Corect: a, b, c, d

538. Vibrațiile se caracterizează prin:

- a. imprimarea unor mișcări oscilatorii ritmice asupra țesuturilor
- b. se pot realiza manual
- c. se realizează numai cu aparate vibratorii
- d. stimulează circulația și propriocepția locală
- e. se pot face cu vârful unui deget sau cu trei degete reunite

Corect: a,b,d,e

539. Efortul fizic se caracterizează prin:

- a. Volum;
- b. Intensitate;
- c. Durată;
- d. Frecvență;
- e. Complexitate;

Corect: a,b,c,d,e

540. Organismul uman se caracterizează prin biotipurile :

- a. Extrovert;
- b. Introvert;
- c. Ambivert;
- d. Ergotrop;
- e. Trofotrop;

Corect: a,b,c,d,e

541. După natura sursei de energie deosebim :

- a. Eforturi anaerobe;
- b. Eforturi anaerobe lactacide;
- c. Eforturi aerobe;
- d. Eforturi neuropsihice;
- e. Eforturi mixte;

Corect: a,b,c,e

542. Efortul modifică constantele sângelui :

- a. După efort moderat numărul hematiilor crește;
- b. Efortul intens produce leucocitoză;
- c. Efortul moderat produce trombocitoză;
- d. Temperatura sângelui crește în efort;
- e. Efortul intens scade pH-ul sângelui;

Corect: a,b,c,d,e

543. Cresterea nevoilor tisulare de O₂ este asigurata prin :

- a. Cresterea transportului de O₂;
- b. Cresterea utilizarii O₂;
- c. Cresterea debitului cardiac;
- d. Cresterea debitului sistolic si frecventei cardiac;
- e. Cresterea diferentei arterio-venoase;

Corect: a,b,c,d,e

544. Cresterea volumului cardiac se produce dupa:

- a. Exercitii statice;
- b. Exercitii aerobe de durata;
- c. Exercitii de sala;
- d. Inot fond;
- e. Ski fond;

Corect: b,d,e

545. Lantul respirator generator de energie (fosforilare oxidativa) este rezultatul armoniei functionale a:

- a. Fazei pulmonare(aportoare de O₂)
- b. Fazei transportoare de O₂(inima+sange)
- c. Fazei utilizatoare de O₂(tisulare)
- d. Fazei hepatice
- e. Fazei diafragmatice;

Corect: a,b,c,d

546. Disfunctiile ventilatorii pot fi :

- a. Obstructive;
- b. Restrictive;
- c. Mixte;
- d. Cifoscoliotice;
- e. Spondilitice;

Corect: a,b,c,d,e

547. Contractia musculara izometrica se caracterizeaza prin :

- a. Cresterea atoniei de O₂;
- b. Acumulare de cataboliti acizi;
- c. Hipertrofie muscular;
- d. Blocarea toracelui la contractii izolate;

e. Cresterea excitabilitatii corticale;

Corect: a,b,c,e

548.Tonusul muscular este:

a. Un fenomen reflex;

b. Receptorii se numesc interoceptori;

c. Persista dupa intreruperea arcului reflex;

d. Creste in somn;

e. Se masoara electromiografic;

Corect: a

549.Cifoza patologica poate fi:

a. Postraumatica;

b. De natura Tbc;

c. De natura distrofica;

d. De natura paralitica'

e. De natura habitual;

Corect: a,b,c,d,

550.Scoliozele dupa evolutie se clasifica in:

a. Scoliozele sugarului (0-1 an);

b. Scolioza infantile (1-3 ani);

c. Scolioza juvenila(4-7ani);

d. Scolioza juvenila(8-10 ani);

e. Scolioza juvenila(11-14 ani);

Corect: a,b,c,d,e

551.Contractura musculara poate fi:

a. antalgica;

b. algica;

c. analgica;

d. dismetabolica;

e. dislipidemica;

Corect: a,b,c

552. Efectele stretching-ului sunt:

a. relaxarea muscular;

b. cresterea bunei dispozitii;

c. prevenirea leziunilor tendino-musculare;

d. cresterea densitatii osoase;

e. scaderea numarului de hematii;

Corect: a,b,c

553. Forta muscular se determina:

- a. Cu ajutorul testing-ului muscular;
- b. Instrumental – cu dinamometrul;
- c. Electromiografic;
- d. Evaluarea suprafetei de sectiune muscular cu ajutorul RMN-ului;
- e. Cu ajutorul caliperometrului;

Corect: a,b,c,d,

554. Cresterea consumului de oxygen necesita:

- a. Efort aerob cu intensitate de 20% din VO₂ maxim;
- b. Frecventa antrenamentelor de 3-5 /saptamana;
- c. Durata efortului de cel putin 10 minute si optim de 30;
- d. Exercitii statice izolate;
- e. Mobilizari monoarticulare;

Corect: b,c,

555. Limitarea amplitudinii de miscare articulare se produce datorita:

- a. tesutului moale;
- b. articulatiei;
- c. ambelor;
- d. dislipidemie;
- e. glicemie;

Corect: a,b,c

556. Tehnica De Lorme Watkins este:

- a. exercitii cu rezistenta progresiva;
- b. tehnica pentru dezvoltarea fortei musculare;
- c. tehnica pentru dezvoltarea rezistentei musculare;
- d. metoda dinamica de lucru;
- e. metoda statica kinetica;

Corect: a,b,c,d,

557. Consumul de O₂ depinde de urmatoorii factori:

- a. pulmonari;
- b. cardiovasculari;
- c. tisulari;
- d. limfatici;
- e. ososi;

Corect: a,b,c

558. Proba Astrand semnifica:

- a. testarea directa a consumului de O₂;
- b. testarea indirect a consumului de O₂;
- c. evaluarea capacitatii de efort aerobe;
- d. evaluarea fitnesului aerob;
- e. evaluarea rezistentei anaerobe;

Corect: b,c,d,