



EXAMENUL NAȚIONAL DE DIETETICIAN AUTORIZAT

Decembrie 2025



I. NUTRIȚIA OMULUI SĂNĂTOS ȘI NUTRIȚIA PE GRUPE DE VÂRSTĂ

(1) Metabolismul energetic, calculul caloric, macro și micronutrienții;

(2) Necesarul hidric;

1. Metabolismul bazal (MB):

- A. Este reprezentat de necesarul energetic minim compatibil cu supraviețuirea;
- B. La persoanele sedentare, este răspunzător de aproximativ 60% din necesarul energetic total;
- C. Este, în general, mai mic cu până la 10% față de metabolismul de repaus;
- D. Este adesea determinat în practică;
- E. Poate fi determinat atât dimineața, cât și seara în condiții standard.

2. În legătură cu efectul termic al alimentelor (ETA) sunt adevărate următoarele afirmații:

- A. Reprezintă aproximativ 10% din totalul energetic;
- B. Se mai numește și termogeneza indusă de alimente sau acțiunea dinamică specifică a alimentelor;
- C. ETA se determină de obicei în practică;
- D. Hidrații de carbon și proteinele produc un efect termic similar;
- E. Grăsimile sunt mai ușor metabolizate și depozitate, având doar 4% efect termic.

3. Energia necesară activității fizice:

- A. Este cea mai puțin variabilă componentă a necesarului energetic total;
- B. Se exprimă în multipli de metabolism bazal, în funcție de intensitatea efortului depus;
- C. Include două compartimente: termogeneza sau energia asociată

exercițiului fizic voluntar și termogeneza non-exercițiu fizic;

- D. Termogeneza non-exercițiu fizic reprezintă marea majoritate a energiei totale necesare activității fizice, excepție făcând doar sportivii de elită;
- E. Nu este o componentă importantă în prevenția și controlul obezității.

4. Ecuația Harris-Benedict pentru determinarea ratei metabolice de repaus ia în considerare:

- A. Greutatea (kg);
- B. Înălțimea (cm);
- C. Vârsta (ani);
- D. Circumferința abdominală;
- E. Procentul de grăsime corporală.

5. Necesarul energetic:

- A. Este mai mare la vârstele tinere comparativ cu vârstele înaintate;
- B. Bărbații au un necesar caloric mai mare decât femeile, datorită masei musculare mai dezvoltate;
- C. Trebuie adaptat condiției organismului și activității fizice depuse;
- D. O estimare rapidă poate fi realizată considerând că metabolismul bazal este acoperit prin consumul de 1 kcal/kg corp/oră la care se adaugă consumul necesar activității fizice;
- E. Nu crește semnificativ în perioadele de sarcină și alăptare.

6. Nutrienții calorigeni:

- A. Sunt utilizați diferit în funcție de durată și tipul activității fizice;
- B. Pentru activități de scurtă durată (<20 min.), sunt utilizate în special rezervele adipoase;
- C. Deși nu este nutrient, alcoolul furnizează energie;
- D. Proporția dintre nutrienți este mai puțin importantă, dacă aportul caloric este echilibrat;
- E. Un gram de lipide furnizează 9 kcal.

7. Care din următoarele afirmații referitoare la hidrații de carbon (HC) sunt false?

- A. Denumirea lor se datorează structurii chimice în compoziția cărora, pe lângă C, intră și H, respectiv O, în raportul egal cu cel din structura apei (H_2O);
- B. Două molecule de monozaharide, prin condensare, formează o moleculă de dizaharid și una de apă;
- C. Galactoza este cea mai dulce dintre monozaharide;
- D. Fructoza se caracterizează printr-un grad redus de dulce, fiind indicată în alimentația diabeticilor;
- E. Glucoza, fructoza și galactoza sunt cele mai importante hexoze pentru nutriția umană.

8. Care dintre următoarele enunțuri referitoare la hidrații de carbon (HC) sunt adevărate?

- A. Fructoza are aceeași formulă chimică cu galactoza, dar structura este diferită;
- B. Fructoza se găsește în miere, fructe și în siropul de porumb;
- C. În organism, fructoza este convertită în glucoză;

- D. Siropul de fructoză predispune la insulinorezistență și diabet zaharat de tip 2;

- E. Galactoza este transformată la nivel intestinal în lactoză.

9. Care din următoarele afirmații cu privire la oligozaharidele alimentare sunt adevărate?

- A. Sunt formate din 3-8 molecule de fructoză;
- B. Sunt utilizate în preparatele speciale pentru copii și persoanele cu intoleranțe digestive;
- C. Unele oligozaharide naturale sunt nedigerabile, având rol prebiotic;
- D. Prin fermentația bacteriană se formează acizi grași cu lanț lung;
- E. Principalele surse vegetale de rafinoză și stachioză sunt leguminoasele: fasole, mazăre, soia.

10. Amidonul:

- A. Este un polizaharid de depozit al plantelor;
- B. Este format din molecule de glucoză;
- C. Cea mai bogată sursă alimentară o reprezintă cerealele;
- D. Amidonul rezistent este fermentat de microflora intestinală, rezultând acizi grași cu lanț scurt (acid butiric);
- E. Este complet digerat și absorbit la nivelul organismului.

11. Care din următoarele afirmații cu privire la rolul biologic al hidraților de carbon sunt adevărate?

- A. Glucidele reprezintă o importantă sursă de energie a organismului;
- B. Glucidele au rol în reglarea metabolismului proteic;
- C. Un aport crescut de glucide duce la producerea de corpi cetonici, care se acumulează și duc la cetoacidoză;
- D. Glucoza se constituie ca rezervă energetică la nivelul miocardului;
- E. Depozitele de glicogen din organism pot acoperi necesarul pentru 12 ore de efort moderat.

12. Îndulcitorii artificiali:

- A. Au calități nutritive și energetice semnificative;
- B. Satisfac dorința de dulce;
- C. Contribuie la controlul glicemiei;
- D. Favorizează apariția cariei dentare;
- E. Se recomandă consum moderat în cadrul unei diete echilibrate.

13. Lipidele îndeplinesc funcții importante în organism, printre care se numără:

- A. Furnizarea de energie către creier;
- B. Protejarea organelor interne de șocuri mecanice;
- C. Izolarea fibrelor nervoase (mielina);
- D. Reglarea transportului transmembranar al diferitelor molecule;
- E. Izolarea termică a organismului.

14. Care dintre următoarele afirmații referitoare la acizii grași sunt adevărate?

- A. Acidul palmitic are 18 atomi de carbon în structură;
- B. Acidul stearic este un acid gras mononesaturat;
- C. Acidul linoleic este un acid gras omega-3;

- D. Acidul arahidonic este un acid gras omega-6;
- E. Acidul lauric este un acid gras saturat.

15. Acidul alfa-linolenic:

- A. Este un acid gras esențial;
- B. Poate fi sintetizat în organism, în cantități limitate, din acid oleic;
- C. Constituie un precursor al acizilor eicosapentaenoic și docosaheptaenoic;
- D. Exerciță un efect anti-inflamator important;
- E. Este prezent, în cantități crescute, în semințele de in și uleiul de in.

16. Acizii grași trans:

- A. Sunt conținuți în produsele lactate;
- B. Sunt prezenți în margarină, alimente prăjite și produse de patiserie;
- C. Trebuie să asigure cel puțin 5% din aportul caloric;
- D. Cresc nivelul HDL-colesterolului;
- E. Favorizează inflamația sistemică.

17. Colesterolul:

- A. Este precursorul vitaminei K;
- B. Este precursorul estrogenului și testosteronului;
- C. Intră în structura membranelor celulare;
- D. Se sintetizează la nivel hepatic;
- E. Prin aport din surse alimentare (carne, ouă, lactate), are un impact mult mai mare asupra colesterolemiei, decât prin sinteză endogenă

18. Proteinele:

- A. Sunt substanțe formate din C, H, O, dar și N;
- B. Conțin aproximativ 6,25% N;

- C. Unitatea structurală a proteinelor este reprezentată de aminoacizi (AA);
- D. Anumiți AA pot să conțină S în moleculă;
- E. AA se combină între ei prin legături peptidice, formând lanțuri peptidice.
- 19. Care din următorii aminoacizi sunt considerați esențiali?**
- A. Fenilalanina;
- B. Alanina
- C. Acidul glutamic;
- D. Leucina;
- E. Serina.
- 20. Care din următoarele afirmații referitoare la proteine sunt adevărate?**
- A. În componența proteinelor alimentare se găsesc 20 aminoacizi diferiți;
- B. Proteinele de calitate superioară conțin toți aminoacizii esențiali în cantități și proporții necesare organismului;
- C. Alimentele de proveniență vegetală sunt mai bogate în aminoacizi esențiali, comparativ cu cele de proveniență animală;
- D. Calitatea proteinelor depinde de digestibilitatea acestora și de compoziția lor în aminoacizi;
- E. Stabilitatea structurii proteice nu este afectată de mediul acid.
- 21. Care din următoarele alimente au scorul de aminoacizi corectat în funcție de digestibilitatea proteinei (PDCAAS) de 1?**
- A. Oul;
- B. Soia;
- C. Orezul;
- D. Grâul;
- E. Porumbul.
- 22. Absorbția digestivă a calciului este favorizată de următorii factori:**
- A. Vitamina D (calcitriol);
- B. Fosfații din alimente;
- C. Mediul alcalin;
- D. Grăsimi alimentare;
- E. Dieta bogată în proteine.
- 23. Fosforul:**
- A. Este component al oaselor și dinților (hidroxiapatita);
- B. Este implicat în transportul acizilor grași prin intermediul fosfolipidelor;
- C. Este constituent al acizilor nucleici;
- D. Are o absorbție mai bună în prezența antiacidelor ce conțin aluminiu;
- E. Sursele alimentare sunt preponderent de origine vegetală, mai bogate în P fiind legumele și fructele.
- 24. Care din următoarele afirmații referitoare la potasiu sunt false?**
- A. Potasiul este mai puțin abundent în organism decât sodiul;
- B. Anumite diuretice pot determina eliminarea în exces al potasiului;
- C. Potasiul contribuie la menținerea presiunii osmotice;
- D. Hipopotasemia poate determina iritabilitate musculară și paralizie la nivelul miocardului;
- E. Aportul crescut de potasiu este corelat cu apariția de aritmii cardiace și hipertensiune.
- 25. Care din următoarele afirmații referitoare la sodiu sunt adevărate?**
- A. Sodiul este principalul cation din lichidul extracelular;
- B. Sodiul, împreună cu ionii de clor și bicarbonat, contribuie la menținerea echilibrului acido-bazic;

- C. Principala cale de excreție a sodiului este prin sudorație, sub controlul aldosteronului care stimulează excreția de sodiu;
- D. În condițiile unui aport crescut de sodiu, excreția este egală cu aportul;
- E. Ionii de sodiu participă la transmiterea impulsurilor electrochimice, având activitate neuromusculară.
- 26. Magneziul:**
- A. Se găsește în cantități însemnate în pește, carne;
- B. Intervine în procesul de contracție musculară alături de calciu;
- C. Este cofactor pentru peste 300 de enzime;
- D. Este un oligoelement care se găsește distribuit în oase, mușchi, țesuturi moi;
- E. Mg intracelular participă la reglarea fluxurilor de potasiu și în metabolismul calciului.
- 27. Care din următoarele afirmații referitoare la clor sunt false?**
- A. Clorul există în organismul uman sub formă ionică;
- B. Cea mai mare concentrație de clor din organismul uman se găsește în componența sucurilor digestive și a acidului clorhidric gastric;
- C. Diareea și vărsăturile pot genera deficit de clor;
- D. Excesul de clor determină apariția alcalozei hipocloremice;
- E. Menține echilibrul hidric și acido-bazic.
- 28. Care dintre următoarele afirmații referitoare la fier sunt adevărate?**
- A. Are rol important în transportul O_2 și în procesul respirator;
- B. Absorbția sa digestivă este inhibată de acidul clorhidric gastric;
- C. Cantitățile mari de calciu din dietă, pot reduce absorbția fierului;
- D. În sarcină și alăptare necesarul de fier este mai crescut;
- E. În prezent anemia feriprivă datorată carențelor nutriționale este foarte rar întâlnită.
- 29. Care dintre următoarele afirmații despre iod sunt adevărate?**
- A. Cea mai mare parte o iodului, în organismul uman, se găsește localizată la nivelul glandei tiroide;
- B. Pe lângă rolul în sinteza hormonilor tiroidieni, iodul are un efect puternic antioxidant, făcând parte din unele sisteme enzimatică alături de Zn;
- C. Se găsește în sare de masă iodată, pește și fructe de mare, fructe și legume cultivate pe soluri bogate în iod, carne;
- D. Iodul alimentar se absoarbe sub formă de iodură la nivelul intestinului gros, având o biodisponibilitate redusă;
- E. Deficitul de aport de iod până la vârsta de 3 ani determină apariția cretinismului.
- 30. *Care dintre următoarele afirmații cu privire la vitaminele liposolubile este falsă?**
- A. Rolurile biologice ale vitaminei A includ: menținerea integrității membranei conjunctivale și a corneei, creșterea oaselor și țesuturilor moi și susținerea funcției reproductive;

- B. Necesarul de vitamina E este mai crescut la fumători;
- C. Rolul biologic major al vitaminei K este cel antioxidant;
- D. Vitamina D are rol imunomodulator;
- E. Vitamina K stimulează sinteza de osteocalcină și alte proteine la nivel osos.

31. Care dintre următoarele afirmații cu privire la vitaminele din grupul B sunt false?

- A. Necesarul de niacină crește în perioada de creștere, sarcină, alăptare, reparare tisulară sau după intervenții chirurgicale;
- B. Tiamina intră în componența enzimelor celulare numite flavoproteine: flavin-mononucleotid (FMN) și flavin-adenin-dinucleotid (FAD) implicate în metabolismul energetic;
- C. Vitamina B12 participă la menținerea integrității tecii de mielină a nervilor;
- D. Vitamina B6 participă în sinteza de neurotransmițători;
- E. Necesarul de folat se dublează în perioada de sarcină.

32. Următoarele afirmații cu privire la vitamina K sunt adevărate:

- A. Formele naturale sunt filoquinona și menadione;
- B. Rolul biologic major este în procesul de coagulare;
- C. Modulează activitatea unor sfingolipide din creier;
- D. Filoquinona se găsește în numeroase legume, dar mai ales în cele cu frunze de culoare verde-închis;
- E. Vitamina K este sintetizată în organism de microflora intestinală.

33. Următoarele alimente sunt cunoscute ca surse valoroase de vitamina C:

- A. Citricele;
- B. Căpșunile;

- C. Carnea de pui;
- D. Leguminoasele;
- E. Laptele.

34. Care din următoarele afirmații referitoare la necesarul hidric al organismului uman sunt false?

- A. Necesarul zilnic de lichide, în condiții normale, în cazul adulților este în medie de 30-35 ml/kg corp;
- B. Deshidratarea cronică predispune la dezvoltarea litiazei renale;
- C. Aportul adecvat de lichide poate varia semnificativ în funcție de activitatea fizică;
- D. Aportul de lichide trebuie crescut în afecțiunile severe cardiace și hepatice;
- E. Cea mai mare parte a lichidelor din organismul uman se regăsește în spațiul extracelular.

35. Care din următoarele metode estimează consumului de energie în activitatea fizică:

- A. Metoda apei dublu marcate ($^2\text{H}_2^{18}\text{O}$)
- B. Accelerometre (uniaxiale și triaxiale)
- C. Monitorizarea frecvenței respiratorii
- D. Calorimetrie indirectă
- E. Chestionare alimentare

36. Care din următoarele afirmații despre echivalenții metabolici (METs) sunt adevărate?

- A. Reprezintă intensitatea activității ca multiplu al valorii rate metabolice de repaus
- B. Se exprimă ca subdiviziune a ratei metabolice de repaus
- C. Un MET corespunde metabolizării în stare de repaus de 3,5 ml O₂/kg/min la adulți

- D. Un MET este exprimat ca 3,5 kcal/kg/h
E. Consumul energetic al adultului poate fi estimat înmulțind greutatea corporală cu valoarea MET și cu durata activității fizice.
- 37. *Despre calorimetria indirectă este adevărată următoarea afirmație:**
- A. Implică monitorizarea cantității de căldură produsă de un subiect;
 - B. Implică determinarea, cu un spirometru, a consumului de oxigen și a producției de CO₂ a organismului într-un interval de timp dat;
 - C. Poate fi aplicată unui subiect doar în stare de repaus;
 - D. Datele obținute permit calcularea coeficientului cardiac;
 - E. Se calculează după ce a fost administrată o cantitate de apă marcată cu deuterium oxid.
- 38. Care dintre următoarele afirmații despre efectele glandelor endocrine asupra ratei metabolismului bazal (RMB) sunt adevărate?**
- A. La femei există variații în funcție de ciclul menstrual
 - B. În hipotiroidie, RMB crește aproape de două ori peste valorile normale
 - C. Stimularea sistemului nervos simpatic crește activitatea celulară cu eliberare de adrenalină care scade metabolismul bazal
 - D. Când există deficit de tiroxină, metabolismul bazal scade cu 30-50%
 - E. Tiroxina și noradrenalina sunt principalii reglatori ai metabolismului
- 39. *La bărbați, coeficientul de activitate fizică necesar calculării consumului energetic zilnic pentru activitate fizică moderată este:**
- A. 1,55
 - B. 1,56
 - C. 1,64
 - D. 1,78
 - E. 2,10
- 40. *Care afirmație despre glucide nu este adevărată:**
- A. Glucidele se găsesc în plante sub formă simplă sau polimerizată
 - B. 10 % din glucidele comestibile sunt absorbite sub formă de glucoză
 - C. Glucidele nedigerabile ajung în colon unde sunt metabolizate de bacterii
 - D. Un gram de glucoză furnizează 4 kcal
 - E. Glucidele nedigerabile au un rol important în prevenirea și controlul unor afecțiuni
- 41. Care din proprietățile fiziologice ale fibrelor alimentare sunt adevărate:**
- A. Stimularea masticăției, fluxului salivar și secreției de suc gastric
 - B. Creșterea volumului bolului fecal
 - C. Grăbirea absorbției integrale a grăsimilor alimentare prin legarea de acizii biliari
 - D. Asigurarea substratului pentru fermentația colonică
 - E. Producerea de acizi grași cu lanț lung cu rol în reacțiile imune
- 42. *Una din următoarele afirmații despre amidon nu este adevărată:**
- A. Plantele stochează glucidele sub formă de amidon
 - B. Plantele comestibile produc două tipuri de amidon: amiloza și amilopectina
 - C. Celulele plantelor stochează granule de amidon de mărimi și forme variabile în pereții celulozici
 - D. Granulele de amidon sunt solubile în apă rece
 - E. Prin fierbere, se rup pereții celulari, iar amidonul devine accesibil proceselor de digestie enzimatică

43. Care dintre următoarele afirmații despre glicogen este adevărată?

- A. Glicogenul este o sursă de energie pe termen lung.
- B. Ficatul stochează aproximativ 100 de grame de glicogen.
- C. Glicogenul este stocat în primul rând în ficat, dar apare și în mușchiul inimii.
- D. Glicogenul găsit în mușchii scheletici este catabolizat pentru a fi utilizat oriunde în organism.
- E. Procesul de formare a glicogenului în ficat se numește gluconeogeneza

44. Despre celuloză sunt adevărate următoarele afirmații:

- A. Este formată din molecule de glucoză într-o formă liniară
- B. Legăturile dintre molecule sunt rezistente la acțiunea enzimelor care scindează amidonul
- C. Nu se întâlnește în teci de cereale sau semințe
- D. Se găsește în pulpa și coaja fructelor și legumelor
- E. Este forma de depozit a glucozei la om și anima

45. *Care din următoarele afirmații despre funcțiile aminoacizilor este falsă?

- A. Triptofanul este precursorul glutaminei.
- B. Metionina intervine în sinteza colinei și carnitinei și al unor compuși cu sulf.
- C. Fenilalanina este precursorul tirozinei,
- D. Glicina este utilizată în sinteza nucleului porfirinic al hemoglobinei
- E. Acidul glutamic este precursorul acid gama-aminobutiric.

46. *Despre structura proteinelor este falsă următoarea afirmație:

- A. Proteinele fibroase conțin câteva lanțuri polipeptidice helicoidale legate într-o structură liniară rigidă
- B. Proteinele fibroase au solubilitate crescută și rezistență mecanică mică
- C. Proteinele globulare se găsesc în fluidele organismului
- D. Proteine globulare sunt cazeina din lapte, albumina din ou
- E. Proteinele fibroase sunt elemente structurale (colagen, keratină)

47. Acizii grași cu lanț scurt (acetat, butirat și propionat) absorbiți de mucoasa intestinului au următoarele roluri:

- A. Scad absorbția de apă și sodiu;
- B. Scad proliferarea colonocitelor;
- C. Cresc fluxul sanguin colonic;
- D. Stimulează sistemul nervos autonom;
- E. Cresc producția de hormoni gastrointestinali

48. Despre proteine sunt adevărate următoarele afirmații:

- A. Proteinele din alimentație sunt necesare pentru sinteza proteinelor tisulare
- B. Ca surse de energie, proteinele sunt echivalente cu lipidele
- C. Proteinele sunt implicate în funcția sistemului imunitar sub formă de anticorpi
- D. Proteinele pot fi sursa energetică pentru mușchiul în activitate
- E. Proteinele contribuie la homeostazie prin menținerea unor gradienti osmotici între compartimentele lichidiene ale organismului

49. *Care din următoarele afirmații despre trigliceridele cu lanț mediu este falsă

- A. Sunt rapid hidrolizate în tubul digestiv și se absorb direct în circulația portală.
- B. Șuntează circulația limfatică și apar în circulația sanguină la 20 de minute după ingestie.
- C. Sunt oxidate hepatic.
- D. Asigură 8,25 kcal/g.
- E. Se administrează în curele de slăbire

50. *Care din următoarele molecule nu fac parte din grupa sterolilor:

- A. Colesterolul
- B. Ergosterolul
- C. Sărurile biliare
- D. Biotina
- E. Vitamina D

51. Despre acizii grași polinesaturați sunt valabile următoarele afirmații:

- A. Conțin 2 sau mai multe duble legături
- B. Acidul linoleic este convertit enzimatic în acid gama-linolenic și acid arahidonic, ambii cu rol în dezvoltarea precoce a creierului
- C. Acidul docosahexaenoic joacă un rol major în funcția retiniană
- D. Acidul arahidonic oprește creșterea țesutului muscular scheletic prin conversia în prostaglandine
- E. Cel mai important acid ω -3 este acidul linoleic

52. *Despre colesterol este adevărat că:

- A. Nu este un component esențial al membranelor celulare
- B. Concentrații mari se găsesc doar în glandele suprarenale
- C. Are rol în biosinteza a numeroși steroizi
- D. Este întâlnit atât în țesutul animal, cât și în plante

E. Este sintetizat și depozitat în vezicula biliară

53. *Substanțe cu comportament asemănător vitaminelor, dar care nu îndeplinesc toate criteriile pentru a fi incluse în această clasă sunt următoarele, cu o excepție:

- A. Colina
- B. Carnitina
- C. Mioglobina
- D. Ubichinonele
- E. Bioflavonoidele

54. Care dintre următoarele afirmații despre vitamina B2 sunt adevărate?

- A. Se mai numește tiamină
- B. Se mai numește riboflavină
- C. Se găsește atât în alimente de origine vegetală, cât și de origine animală
- D. Aproape jumătate din vitamină se pierde în procesul de obținere a făinii
- E. Este rezistentă la lumină

55. Despre acidul folic sunt adevărate următoarele afirmații

- A. Acidul tetrahidrofolic este forma activă a vitaminei
- B. Acidul folic se absoarbe în principal la nivelul jejunului prin transport activ
- C. Aproape jumătate din cantitatea de folat este stocată la nivel adipocitelor
- D. Acidul folic intervine atât în metabolismul bazelor purinice, cât și al celor pirimidinice
- E. Împreună cu acidul pantothenic duce la creșterea nivelului seric de homocisteină

56. *Care dintre următoarele afirmații despre vitamina B12 este falsă?

- A. Se mai numește și cobalamină

- B. Pierderile de vitamină din cursul preparării alimentelor sunt de aproximativ 70%
- C. Ciupercile sunt o sursă bogată de vitamina B12
- D. Vitamina B12 poate fi inactivată prin pasteurizarea laptelui
- E. Deficitul de vitamina B12 nu este cauzat în principal de aport

57. *Despre vitamina C este adevărată următoarea afirmație:

- A. Absorbția fierului este semnificativ scăzută în prezența vitaminei C
- B. Acidul ascorbic poate funcționa ca un antioxidant general, oferind protecție față de stresul oxidativ
- C. Administrarea unor doze mari de vitamină C pe parcursul gripei reduce intensitatea simptomelor și/sau previne apariția lor
- D. Sursa principală de vitamină C sunt cerealele integrale
- E. Bicarbonatul de sodiu adăugat în apa de fiert, în scopul preservării culorii legumelor, conservă vitamina C

58. Care dintre următoarele afirmații despre vitamina D₃ sunt adevărate?

- A. Se găsește atât în alimente de origine animală, cât și în alimente de origine vegetală,
- B. Cea mai bogată sursă este uleiul de ficat de pește (cod)
- C. Se găsește în cantități mici în frișcă /unt
- D. Se găsește în gălbenușul de ou
- E. Laptele este o sursă bogată în vitamina D₃

59. Care dintre următoarele afirmații despre vitamina E sunt adevărate?

- A. Este o vitamină hidrosolubilă

- B. Tocoferolii sunt sintetizați de plante
- C. Cele mai bune surse de vitamina E sunt uleiurile vegetale
- D. Vitamina E se pierde prin fierbere
- E. Vitamina E are acțiune antioxidantă

60. *Care din următoarele afirmații despre piridoxină este falsă:

- A. Se mai numește și vitamina B6
- B. Piridoxina din spanac are biodisponibilitate mai mare decât piridoxina din carnea de pui
- C. Carența de piridoxină apare destul de rar
- D. Deficitul de piridoxină poate să apară în cursul tratamentului cu izoniazidă
- E. Are rol în sinteza hemoglobinei

61. Care din următorii factori favorizează absorbția de calciu:

- A. Vitamina D, în forma sa activă de 1,25-dihidroxi-vitaminei D₃ (calcitriol),
- B. Aciditatea gastrică;
- C. Prezența proteinelor, a lactozei, a acidului lactic, citric;
- D. Prezența acidului oxalic și acidului fitic;
- E. Aportul crescut de fosfor

62. *Despre rația zilnică recomandată de fier este adevărat că:

- A. Aportul zilnic de fier este de 12-16 mg/zi pentru bărbați adulți și femei în postmenopauză
- B. Rația de fier de 40 mg/zi este recomandată femeilor de vârstă fertilă, pentru a înlocui pierderile din timpul menstruației
- C. Pe timpul sarcinii se recomandă un aport mai mic de fier

D. Un alt mod de exprimare a necesarului de fier este de 10 mg/1000 kcal

E. Necesarul adolescenților (14-18 ani): este același pentru băieți și pentru fete.

63. Următoarele afirmații despre potasiu sunt adevărate:

A. Este cationul major al spațiului intracelular

B. Potasiul este larg distribuit în alimentele naturale

C. Prelucrarea alimentelor are ca rezultat scăderea concentrației de sodiu și creșterea potasiului

D. Potasiul intervine în metabolismul glucidic

E. Hipopotasemia are întotdeauna o cauză nutrițională.

64. Care dintre următoarele afirmații despre fosfor sunt adevărate?

A. Fosforul se află pe locul al II-lea în ceea ce privește abundența în țesuturile umane

B. 20% din fosfor provine din lapte, carne, pește și ouă

C. 80% din fosfor provine din cereale și legume

D. Fosforul se găsește în cantități mari în nuci, cereale integrale, fasole boabe

E. O cauză a hipofosfatemiei este malnutriția protein-calorică

65. Care dintre următoarele afirmații despre magneziu sunt adevărate?

A. Împreună cu calciul și fosforul intră în structura țesutului osos

B. Leguminoasele uscate sunt surse de magneziu

C. Deficitul de magneziu apare în alimentație parenterală prelungită

D. Peștele și carnea sunt surse bogate în magneziu

E. Dietele bogate în alimente rafinate sunt de obicei cu un conținut mare de magneziu

66. *Care dintre următoarele afirmații despre absorbția zincului este adevărată?

A. Consumul unei mese bogate în proteine favorizează absorbția zincului prin formarea de chelați de zinc-aminoacizi, o formă de zinc mai ușor absorbită.

B. Absorbția de zinc este mai mică în timpul sarcinii și alăptării.

C. Atât fitații, cât și taninurile cresc absorbția zincului.

D. Consumul de proteine din soia inhibă absorbția zincului.

E. Bolile inflamatorii intestinale nu influențează absorbția zincului.

67. *Care dintre următoarele alimente conține cea mai mare cantitate de colesterol?

A. Unt

B. Gălbenuș de ou

C. Brânzeturi grase

D. Creier

E. Lapte integral

68. *Care din următoarele alimente nu conține caroten ?

A. Spanac

B. Lobodă

C. Morcovi

D. Năut

E. Cartofi dulci

69. Despre efectul termogenetic al alimentelor sunt adevărate următoarele afirmații:

A. Reprezintă un consum energetic ce apare ca răspuns la stimuli precum: ingesta de alimente, expunerea la variații de temperatură

B. Efectul termogenetic al alimentelor reprezintă aproximativ 30% din totalul consumului energetic zilnic

- C. Efectul termogenetic al alimentelor reprezintă cantitatea de energie consumată pentru digestia, transportul și metabolismul deseurilor alimentare
- D. Efectul termic al alimentelor este influențat de cantitatea și calitatea macronutrienților, gastrotehnia,
- E. Efectul termogenetic al alimentelor depinde de ritmul nictemeral

70. *Care din următoarele glucide nu este un polizaharid:

- A. Amidon
- B. Maltuloza
- C. Inulina
- D. Celuloza
- E. Glicogen

71. Despre glicogen sunt adevărate următoarele afirmații:

- A. Este depozitul tisular al glucozei la animale și om
- B. Din punct de vedere chimic este un monozaharid
- C. Este numit “amidon animal”
- D. Are o structură similară amilopectinei
- E. Glicogenul din alimentele animale este transformat în acid butyric pentru a fi utilizat

72. *Care din următoarele afirmații despre monozaharide nu este adevărată?

- A. Monozaharidele pot fi hidrolizate în forme mai simple.
- B. Monozaharidele se găsesc adesea libere în natură
- C. Monozaharidele prin combinații, formează dizaharidele și polizaharidele
- D. Principalele monozaharide care apar libere în hrană sunt glucoza și fructoza
- E. După numărul atomilor de carbon se împart în: trioze (3C), tetroze (4 C), pentoze (5 C), hexoze (6 C)

73. Fibrele alimentare solubile au următoarele caracteristici:

- A. Se dizolvă în apă,
- B. Sunt celulozice
- C. Leagă carcinogeni
- D. Leagă acizi biliari → excreția lor - ↓ colesterolul plasmatic
- E. Accelerează digestia și absorbția intestinală a glucidelor

74. *Care din următoarele definiții ale Indicelui glicemic este corectă?

- A. Este o clasificare a alimentelor care conțin carbohidrați și proteine
- B. Ierarhizează alimentele în funcție de efectul lor asupra glicemiei a jeun și prandiale
- C. Este calculat prin raportul dintre aria de sub curbă a creșterii glicemice la 50 g de glucide testate / suprafața curbei glicemice la 50 g glucoză
- D. Alimentele cu index glicemic mic cresc rapid glicemia
- E. Alimentele cu index glicemic mare inhibă secreția de insulină

75. Înlocuirea alimentelor cu index glicemic crescut cu alimente cu index glicemic mic oferă următoarele beneficii:

- A. Cresc senzația de sațietate;
- B. Scad aportul de hrană, contribuind la controlul ponderal;
- C. Scad sensibilitatea la insulină;
- D. Scad riscul cardiovascular;
- E. Hidratează;

76. Calitatea proteinelor poate fi evaluată după următoarele metode:

- A. Valoarea biologică
- B. Utilizarea netă a proteinelor

- C. Valoarea energetică a proteinelor
D. Scorul fizic
E. Scorul de aminoacizi corectat cu digestibilitatea proteinelor.
- 77. Despre vitamine sunt adevărate următoarele:**
- A. O vitamină poate substitui o altă vitamină;
 - B. Vitaminele funcționează cel mai bine atunci când sunt prezente în cantitățile și proporțiile adecvate;
 - C. Suplimentele ce conțin una sau mai multe vitamine pot să înlocuiască fructele și legumele;
 - D. Pentru că sunt substanțe organice, sunt vulnerabile la distrucția prin căldură, lumină, agenți chimici;
 - E. Când vitaminele provin dintr-o dietă echilibrată, este mai puțin probabil ca vreo vitamină să fie în exces și să interfere cu absorbția sau funcția altei vitamine.
- 78. Simptomele și semnele deficitului de vitamină B1 sunt la nivelul următoarelor sisteme și organe:**
- A. Tractului gastrointestinal: – anorexie, constipație, atonie gastrică, secreție inadecvată de HCl;
 - B. Sistemului nervos: – polinevrite, paralizie; apatie, confuzie
 - C. Sistemului cardiovascular: – insuficiență cardiacă, edeme la nivelul membrelor inferioare
 - D. Sistemul urinar: – poliurie, polachiurie, disurie
 - E. Sistemul respirator – crize de bronhospasm
- 79. *Recomandarea corectă a aportului de apă la adulți este de:**
- A. 0,2 ml apă pentru o kcal
 - B. 0,5 ml apă pentru o kcal
 - C. 1 ml apă pentru o kcal
 - D. 1,5 ml apă pentru o kcal
 - E. 2,5 ml apă pentru o kcal
- 80. *Care din următoarele volume de apă eliminate zilnic nu este corect**
- A. 1400 ml prin urină
 - B. 100 ml prin fecale
 - C. 100 ml prin transpirație
 - D. 300 ml prin perspirație insensibilă (transepidermal)
 - E. 500 ml prin tractul respirator
- 81. Care din următoarele afirmații cu privire la necesarul de apă sunt adevărate:**
- A. Necesarul este de 150 ml/kgcorp la nou-născuți
 - B. La copii necesarul este mai mare datorită capacității reduse a rinichilor de a limita diureza
 - C. Femeile gravide nu au un necesar zilnic de apă mai mare
 - D. Necesarul este crescut și în cazul celor care execută efort fizic de intensitate crescută
 - E. Necesarul de apă nu este influențat de mărimea corporală
- 82. 10 g de proteine se găsesc în următoarele cantități de alimente**
- A. 60 g pește
 - B. 50 g carne
 - C. 50 g pâine
 - D. 500 ml lapte integral
 - E. 100 g cereale gătite
- 83. *Care din uleiurile următoare nu este mononesaturat?**
- A. Uleiul de susan
 - B. Uleiul de măsline,
 - C. Uleiul de avocado,
 - D. Uleiul de palmier,
 - E. Uleiul de rapiță.

(3) Grupele alimentare și distribuirea alimentelor în meniu;

84. Care dintre următoarele enunțuri referitoare la cereale sunt false?

- A.** Sunt cea mai importantă sursă de energie și glucide, acoperind între 30 și 50% din necesarul caloric zilnic;
- B.** Proteinele din cereale au o valoare biologică mai mică decât proteinele animale, pentru că sunt mult mai sărace în lizină și alți aminoacizi;
- C.** Cerealele integrale sunt sursă adecvată de vitamine A, D și C;

- D.** Cerealele sunt în general sărace în lipide, care se concentrează în special în endospermul amilaceu;
- E.** Proporția de fibre din făină este invers proporțională cu gradul de extracție al făinii.

85. Care dintre următoarele enunțuri referitoare la cereale sunt adevărate?

- A.** 100 g cereale integrale aduc 335-380 kcal;

- B. Glutenul este componenta proteică majoră din grâu, secară și porumb;
- C. Lipidele din cereale sunt reprezentate în principal de glicolipide;
- D. Glucidele din cereale sunt reprezentate majoritar de monozaharide și amidon;
- E. Cerealele nu reprezintă o sursă adecvată de vitamina B12.

86. Următoarele enunțuri referitoare la cereale și derivatele din cereale sunt corecte:

- A. Făina de grâu tare se folosește pentru producerea pastelor făinoase și pentru prepararea biscuiților;
- B. Făina albă are același grad de extracție ca făina semi-albă;
- C. Orezul brun are o cantitate mai mare de proteine, minerale, vitamine și fibre, comparativ cu orezul alb;
- D. Făina albă este mai săracă în micronutrienți, comparativ cu făina integrală;
- E. Îndepărtarea tărâțelor și germenului scurtează durata de conservare a făinii.

87. Leguminoasele uscate:

- A. Sunt semințe uscate ale plantelor din familia *Fabaceae*, bogate în hidrați de carbon și fibre;
- B. Conțin lizină, fiind complementare astfel cu cerealele din punct de vedere al aportului de aminoacizi esențiali;
- C. Conțin oligozaharide în cantități mari, constituenți responsabili de aportul caloric crescut;
- D. Sunt alimente bogate în proteine și sărace în fier și zinc;
- E. Își cresc calitatea nutrițională prin germinare și fermentare, în sensul creșterii conținutului de vitamine.

88. *Cu privire la ou, se poate face următoarea afirmație:

- A. Conținutul de colesterol este redus;
- B. Glucidele sunt prezente în proporții scăzute;
- C. Mineralele sunt abundente în albuș;
- D. Lipidele din ou variază în funcție de specie;
- E. Oul de găină conține 1,2% lipide.

89. Următoarele enunțuri referitoare la lapte sunt corecte:

- A. Laptele are un conținut mare de apă și cantități mici de nutrienți, astfel că are o capacitate mare de hidratare, dar valoarea sa nutritivă este scăzută;
- B. Proteinele din lapte au o valoare nutritivă ridicată și coeficient de utilizare digestivă crescut;
- C. Lipidele lactate conțin proporții crescute de acizi grași saturați și sunt lipsite de acizi grași mononesaturați;
- D. Principalele minerale ale laptelui sunt calciul și fosforul, ușor absorbabile;
- E. Laptele degresat conține toate vitaminele în concentrații optime.

90. Care dintre următoarele enunțuri referitoare la derivatele lactate sunt adevărate?

- A. Smântâna are un conținut mai mare de calciu și vitamina A, comparativ cu laptele;
- B. Conținutul de lactoză din urdă este similar celui din lapte;
- C. Iaurtul conține toți nutrienții din lapte, dar mai puțin lactoză;
- D. Brânzeturile sunt sursă adecvată de calciu, având un conținut de lipide variabil;
- E. În urma separării coagulului din zer, lactalbumina și lactoglobulina vor fi

reținute în zer, iar cazeina și grăsimile, în coagul.

91. Care dintre următoarele enunțuri referitoare la carne și pește sunt adevărate?

- A. Carnea, peștele și preparatele din acestea sunt principalele surse de proteine de calitate superioară;
- B. Carnea conține toate vitaminele din grupul B;
- C. Conținutul de grăsime al cărnii este nesemnificativ;
- D. Carnea este sursă bună de minerale, aducând fosfor, potasiu și magneziu, iar peștele este bogat în iod și fluor;
- E. Carnea este sursă importantă de glucide, mai ales sub formă de glicogen, dar și sub alte forme.

92. Următoarele enunțuri referitoare la pește sunt corecte:

- A. Peștele reprezintă o sursă bogată de acizi grași polinesaturați omega-3;
- B. Peștele este o sursă bună de vitamine din grupul B: B2, B6, B12 și acid folic;
- C. Peștele conține un procent crescut de proteine și glucide, în timp ce conținutul de lipide este variabil (0,5-15%);
- D. Carnea de pește, dar și oasele moi care se consumă odată cu carnea, sunt bogate în calciu;
- E. O sursă importantă de vitamina D este reprezentată de uleiurile acumulate în ficatul peștelui alb.

93. Următoarele enunțuri referitoare la ou sunt corecte:

- A. Albușul constituie aproximativ 40% din ou și conține proteine precum ovovitelină;

- B. Ovalbumina din albuș este o proteină cu o înaltă valoare biologică și conține multă lizină, triptofan și metionină;
- C. Oul conține cantități mai mici de ovomucoid, ovomucină, lizozim și avidină;
- D. Albușul are un conținut crescut de apă și conține fier, lecitină și colesterol;
- E. Proteina etalon, a cărei valoare biologică este egală cu 100%, este ovovitelină.

94. Legumele:

- A. Conțin cantități mari de apă, iar glucide în proporții variabile;
- B. Conțin cantități mici de proteine și neglijabile de lipide;
- C. Conțin cantități mici de fibre alimentare insolubile, cele solubile fiind absente;
- D. Sunt sursă de vitamine, în special vitamina C, caroteni, vitamine din grupul B;
- E. Alături de fibrele alimentare și vitaminele cu efect antioxidant, flavonoidele și glucozinolații din legume aduc protecție împotriva cancerului.

95. Fructele sunt alimente importante pentru o alimentație echilibrată deoarece:

- A. Sunt sursă importantă de proteine;
- B. Sunt sursă adecvată de fibre alimentare;
- C. Sunt cea mai importantă sursă de vitamina C, alături de legume;
- D. Conțin un procent mare de apă, de regulă nu conțin lipide și au o valoare calorică redusă, dată de conținutul de glucide cu moleculă mică;
- E. Conțin cantități mari de minerale, principalul cation fiind sodiul.

96. Care dintre următoarele enunțuri referitoare la grăsimile alimentare sunt adevărate?

- A. Deși furnizează multe calorii, aduc vitamine și minerale doar în cantități mici, sau deloc;
- B. Asigură acizii grași esențiali și contribuie la absorbția vitaminelor hidrosolubile;
- C. Cele de origine animală sunt bogate în colesterol, iar cele vegetale sunt bogate în grăsimi saturate;
- D. Untul conține și vitaminele liposolubile ale laptelui;
- E. Uleiurile de floarea soarelui și de soia conțin cantități reduse de acizi grași polinesaturați esențiali.

97. Care dintre următoarele enunțuri referitoare la zahăr și produse zaharoase sunt adevărate?

- A. Termenul de *mixturi complexe* se referă la produse precum ciocolata, halvaua, halvița și au cea mai mare valoare nutritivă din această grupă de alimente;
- B. Zahărul și produsele zaharoase sunt produse care conțin cantități mari de zahăr sau alte substanțe dulci;
- C. Această categorie de alimente aduce multe calorii, dar puține vitamine și minerale;
- D. Tendința actuală este de a se consuma cantități prea mari din aceste produse,

aducând riscul de apariție a obezității, diabetului zaharat sau a cariei dentare;

- E. Produsele zaharoase sunt o grupă de alimente care nu conțin lipide.

98. Care dintre următoarele enunțuri referitoare la băuturile alcoolice și nealcoolice sunt false?

- A. Spre deosebire de băuturile alcoolice, ceaiul și cafeaua nu au conținut caloric;
- B. Băuturile alcoolice se obțin prin fermentarea alcoolică a glucozei și fructozei din fructe sau cereale;
- C. Băuturile alcoolice distilate sunt băuturile în care alcoolul format rămâne în lichidul din care a rezultat;
- D. Băuturile alcoolice furnizează calorii, dar aduc și principii nutritive;
- E. Băuturile răcoritoare aduc calorii, dar aduc și glucide cu moleculă mică, vitamine și minerale.

99. Condimentele:

- A. Contribuie la stimularea apetitului și a digestiei;
- B. Pot fi substanțe de origine vegetală, minerală sau obținute prin sinteză;
- C. Conțin toți macronutrienții, contribuind la aportul total al acestora;
- D. În stare proaspătă, conțin cantități importante de vitamina C și β -caroten;
- E. Sunt bogate în fier și magneziu, dar nu conțin calciu.

(4) Nutriția copilului, adolescentului, adultului, vârstnicului

- 100. Indicați răspunsurile corecte privind necesarul de proteine la copilul cu vârsta între 1-3 ani:**
- A. 45-50% din necesarul caloric (10 g/kg/zi, 160-200 g/24 ore);
 - B. Trebuie să acopere 15% din necesarul caloric (3 g/kg/zi, 35-50 g/24 ore);
 - C. Între 60-66% să fie proteine de origine animală (lapte, brânză de vaci, ouă, carne - de pasăre, vită, pește, creier, ficat);
 - D. 10% grăsimi animale (unt, smântână, margarină, uleiuri vegetale, frișcă);
 - E. 10% din necesarul caloric.
- 101. Copilul mic este la risc de a dezvolta anemie feriprivă (una dintre cele mai frecvente carențe nutriționale), care odată instalată poate antrena:**
- A. Tulburări de comportament;
 - B. Rezistență scăzută la infecții;
 - C. Inapetență;
 - D. Rezistență crescută la infecții;
 - E. Afecțiuni inflamatorii intestinale.
- 102. Regulile de alimentație a copilului preșcolar includ:**
- A. Dieta trebuie să cuprindă o varietate largă de alimente din grupele de bază: pâine, cereale, orez și paste făinoase, legume, fructe, lapte, brânză și iaurt, carne, pui, pește și ouă;
 - B. Cantitatea de mâncare trebuie să fie adecvată vârstei copilului;
 - C. Copilul va fi învățat să mănânce singur;
 - D. Masa trebuie să se servească înainte de a-i fi foarte foame copilului, de a fi obosit sau iritat;
 - E. Masa copilului va fi totdeauna supravegheată de un adult (să nu apară accidente).
- 103. Recunoașteți mai jos simptomele ce apar în cazul reacțiilor mediate de IgE din alergiile alimentare:**
- A. Diaree;
 - B. Urticarie sau edem angioneurotic;
 - C. Eriteme;
 - D. Vărsături;
 - E. Simptome care se produc rapid, în 1-2 ore de la ingerare.
- 104. Recunoașteți afirmațiile adevărate în ceea ce privește necesarul alimentar la adolescenți:**
- A. Necesarul energetic al adolescenților este mai mare decât la adult și variază în funcție de sex, vârstă, compoziție corporală și grad de activitate fizică;
 - B. Vitaminele și mineralele din legume și lactate nu sunt importante, pentru susținerea dezvoltării fizice, intelectuale și imunitare;
 - C. Din cauza procentului mai mare de grăsime corporală, fetele sunt mai expuse riscului de a deveni supraponderale în adolescență;
 - D. Anemia nu scade imunitatea și performanța intelectuală;
 - E. Calciul este foarte important în creștere.
- 105. Recunoașteți acțiunea osteoclastelor (celule osoase) implicate în procesele de remodelare osoasă:**
- A. Sunt responsabile pentru sinteza și depunerea de noi proteine din collagen și alte substanțe în structura osului;
 - B. Stimulează activitatea acizilor care dizolvă complexe minerale din os și activitatea enzimelor (colagenazele) care dizolvă collagenul din os;
 - C. Sunt responsabile de distrugerea substanțelor din os;

- D. În copilărie pe măsură ce oasele cresc și se întăresc, activitatea osteoclastelor este mai accentuată;
- E. La adulții maturi activitatea osteoclastelor este mai avansată și apare o pierdere lentă a masei osoase.

106. Care sunt recomandările nutriționale în sindromul premenstrual?

- A. Reducerea zaharurilor și stimulentele din meniu, respectiv de consumat fructele în cantitate mică dar frecvent (controlează oboseala și nervozitatea);
- B. Vitamina B6, Zinc și Magneziu;
- C. Aport scăzut de Calciu și Fier;
- D. Consum crescut de băuturi carbogazoase și dulci și aport redus de lapte;
- E. Consum scăzut de semințe și cereale.

107. Care sunt simptomele specifice andropauzei?

- A. Scăderea procesului de îmbătrânire;
- B. Depresie și nervozitate;
- C. Vărsături;
- D. Bufeuri;
- E. Transpirații.

108. *În formele ușoare ale insuficiențelor renale cu retenție azotată se recomandă:

- A. Un regim hipoproteic sever, din care se elimină toate produsele animale;
- B. Un regim hipoproteic moderat, în contextul căruia se suprimă toate produsele de carne, ficat, rinichi, creier, pește;
- C. Un regim hiperproteic;
- D. Consumul scăzut de legume, fructe, grăsimi animale și vegetale, făinoase și zaharoase;
- E. Un regim hipolipidic.

109.*În cursul insuficienței corticosuprarenaliene, în diareele prelungite, după vărsăturile abundente și în unele hipotensiuni ortostatice sunt indicate:

- A. Acidifierea urinei;
- B. Regimurile hiposodate;
- C. Regimurile hipersodate (5 g NaCl pe zi);
- D. Regimurile hipoproteice;
- E. Regimuri hiperlipidice.

110. Alegeți afirmațiile adevărate cu privire la tratamentul de bază în cazul obezității ușoare:

- A. Este necesar un tratament agresiv, o dietă cu aport caloric foarte scăzut;
- B. Constă într-un aport redus de calorii: 1000-1200 kcal pentru femei și 1500 kcal pentru bărbați, 12% din proteine, 58% din glucide și 30% din lipide;
- C. Scăderea aportului caloric sub 1000 kcal este contraindicată, mai ales pentru că implică un insuficient aport de minerale și vitamine;
- D. Singurul tratament eficient este cel chirurgical;
- E. Dieta trebuie însoțită de o mobilizare a obezului prin exerciții motorii, gimnastică.

111. Tratamentul de bază în diabetul zaharat urmărește:

- A. Normalizarea glicemiei (70-160 mg/dl) sau a hemoglobinei glicozilate;
- B. Normalizarea greutateii corporale;
- C. Efectuarea unui by-pass jejuno-ileal;
- D. Dispariția glicozuriei;
- E. Excluderea din alimentație a produselor ce conțin purine și acid oxalic.

112. Care sunt afirmații adevărate în ceea ce privește recomandările nutriționale la seniori:

- A. Glucidele constituie sursa de energie care poate fi cel mai repede folosită de organism și reprezintă 50-55% din aportul energetic;
- B. Aportul de lipide va constitui 30-35% din aportul caloric total;
- C. Persoanele în vârstă au nevoie de un aport zilnic de maxim 0,8 g proteine/kgc;
- D. Alimentația trebuie să conțină și acid arahidonic (carne și ouă) și acid eicosapentanoic (pește gras);
- E. Cea mai mare parte din aportul de glucide să fie formată din glucide complexe.

113. Tratatamentul sindromului de malnutriție include:

- A. Creștere ponderală de 1,5-2 kg pe săptămână;
- B. Administrarea unei alimentații corecte și combaterea cauzei care a dus la malnutriție;
- C. În formele avansate, realimentarea trebuie făcută cu multă grijă și gradat: inițial, cantitățile de alimente să nu depășească 100-200 ml apoi se sporește zilnic aportul alimentar până la 5000 kcal/zi;
- D. Un aport redus de calorii: 1000-1200 kcal pentru femei și 1500 kcal pentru bărbați;
- E. Limitarea proteinelor, grăsimilor și vitaminelor.

114. Recunoașteți câteva simptome ale malnutriției:

- A. Scade excreția de uree;
- B. Hipertensiune arterială;
- C. Scăderea numărului și eficienței celulelor T, o deficiență a producerii de limfokine și a activității citotoxice;

- D. Pielea se subțiază, își pierde elasticitatea, devine uscată, palidă, cu pete brune;
- E. Se constată grade diferite de anemie feriprivă și/sau o anemie megalocitară.

115. Prin ce se caracterizează alimentația parenterală:

- A. Presupune injectarea lentă a unor soluții gata preparate;
- B. Trebuie folosită numai excepțional, când susținerea enterală nu poate fi realizată;
- C. Se face prin sondă nazală;
- D. Se face prin perfuzii intravenoase (prin cateter);
- E. Trebuie monitorizată pentru a se evita apariția unor dezechilibre hidroelectrolitice.

116. Recunoașteți măsurile dietetice prevenționale pentru seniori:

- A. De evitat grăsimile saturate care duc la creșterea colesterolului total, LDL-colesterol și a riscului de ateroscleroză;
- B. Alimentele din dietă să fie echilibrate cantitativ și calitativ pentru a asigura toate nutriențele necesare organismului, inclusiv fibre și alte substanțe biologice active;
- C. Se recomandă consumul de alimente tip junk-food, bogate în calorii, grăsimi, sare, zahăr, cafeină;
- D. Se recomandă consumul de alimente procesate termic, cele conservate prin sărare, afumare, frigere directă pe grătar;
- E. Se va evita consumul de alimente îndulcite cu zahăr.

117. Care sunt substanțele din dietă care asigură buna funcționare a creierului?

- A. Acidul folic;
- B. Vitamina B12;
- C. Coenzima Q10;
- D. Vitamina B6;
- E. Zincul.

118. Alegerile alimentare și obiceiurile culinare ale seniorilor sunt influențate de mai mulți factori precum:

- A. Creșterea poftei de mâncare;
- B. Singurătatea și izolarea;
- C. Lipsa educației nutriționale;
- D. Scăderea abilităților fizice (cumpărături, gătit);
- E. Venituri financiare modeste.

119. Produsele alimentare cu aport important de acizi grași omega 3 sunt:

- A. Peștele de apă sărată;
- B. Uleiul de in;
- C. Algele marine;
- D. Roșiile;
- E. Fructele de pădure.

(5) Nutriția în sarcină și lactație

120. *În timpul sarcinii, necesarul de elemente nutritive...

- A. Crește sensibil;
- B. Crește foarte mult;
- C. Rămâne același ca în perioada de pre-sarcină;
- D. Crește moderat;
- E. Crește cu o pondere de 20%.

121. Care dintre următoarele stări manifeste în sarcină, pot determina malformații la naștere, prematuritate și/sau amenoree?

- A. Malnutriția;
- B. Stresul;
- C. Obezitatea;

- D. Infecția cu HPV;
- E. Anemia macrocitară.

122. *La gravidele obeze, pe lângă monitorizarea clinică și nutrițională, este recomandată și:

- A. Intervenția cu un regim ușor hipocaloric;
- B. Consilierea psihologică;
- C. Activitatea fizică avizată de un specialist în domeniu;
- D. Dozarea constantă a glicemiei;
- E. Dozarea constantă a hemoglobinei.

123. Recomandarea de suplimentare cu vitamina D și vitamina B12 este

întâlnită la următoarele categorii de gravide considerate cu risc:

- A. Gravidele subponderale;
 - B. Gravidele cu greutate normală;
 - C. Gravidele cu alimentație vegetariană;
 - D. Gravidele adolescente;
 - E. Gravidele cu alimentație vegană.
- 124. *Referitor la siguranța alimentelor în sarcină, cum se numește infecția care se manifestă prin febră, dureri abdominale și diaree, fiind determinată de o bacterie prezentă în ou și care poate fi distrusă prin fierbere:**
- A. Listerioză;
 - B. Salmoneloză;
 - C. Toxoplasmoză;
 - D. Campylobacterioză;
 - E. Noroviroză.
- 125. *Care dintre formele vitaminei A nu este considerată toxică, fiind recomandată în sarcină:**
- A. Retinolul;
 - B. Carotenul;
 - C. B-carotenul;
 - D. A-carotenul;
 - E. Colecalciferolul.
- 126. *În timpul sarcinii, consumul în doze mari al unei substanțe stimulante din lista de mai jos, poate determina complicații obstetricale:**
- A. Cafeina (ceai, cafea, băuturi răcoritoare);
 - B. Nicotina;
 - C. Băuturile alcoolice, în special berea;
 - D. Taurina;
 - E. Codeina.
- 127. Printre recomandările dietetice specifice perioadei de graviditate, se numără și:**

- A. Creșterea aportului de lichide cu cel puțin 8 pahare/zi;
 - B. Aportul de pâine îmbogățită;
 - C. Limitarea aportului de produse lactate;
 - D. Limitarea aportului de legume tip crucifere;
 - E. Consumul de produse lactate.
- 128. *Consumul de alimente cu conținut proteic crescut, în timpul sarcinii, poate determina uneori (rar):**
- A. Hiperalbuminemie;
 - B. Alergie alimentară provocată de digestia parțială a proteinelor;
 - C. Deshidratare;
 - D. Inflamație;
 - E. Toxemie gravidică.
- 129. *În sarcină, se exclud din alimentație alimentele conservate prin sărare, alături de alte alimente bogate în NaCl, precum:**
- A. Laptele de vacă;
 - B. Apa minerală;
 - C. Varza crudă;
 - D. Castraveții;
 - E. Roșiile.
- 130. *Un indicator al malnutriției materne îl reprezintă:**
- A. Concentrațiile mari ale corpiilor cetonici;
 - B. Valorile ridicate ale albuminei;
 - C. Valorile scăzute ale hemoglobinei;
 - D. Prezența anemiei;
 - E. Senzația de slăbiciune.

131. *Toxemia gravidică, prematuritatea, sângerările, sau riscul crescut de avort spontan pot apare la gravidele cu deficit de...

- A. Vitamină D;
- B. Zinc;
- C. Fier;
- D. Calciu;
- E. Sodiu.

132. Aportul de Ca în sarcină previne sau vindecă:

- A. Osteoporoza;
- B. Anemia;
- C. Preeclampsia;
- D. Eclampsia;
- E. Hiperalbuminemia.

133. Referitor la aportul de fibre în sarcină, alegeți afirmațiile adevărate:

- A. Aportul de fibre trebuie să ajungă la 28 g/zi;
- B. Aportul de fibre trebuie să depășească 28 g/zi;
- C. Alimentele cu fibre celulozice sunt rădăcinoasele și leguminoasele;
- D. Aportul de fibre solubile să depășească 30 g/zi;
- E. Aportul de fibre insolubile să nu depășească 27 g/zi.

134. Lipidele participă direct la constituirea membranelor celulare și a prostaglandinelor fiind însoțite de:

- A. Vitamine hidrosolubile;
- B. Vitamine liposolubile;
- C. Minerale;
- D. Fibre liposolubile;
- E. Glucoză.

II. NUTRIȚIA COMUNITARĂ

(1) Procesul de îngrijire nutrițională - evaluarea nutrițională

135. Scopurile evaluării nutriționale sunt:

- A. Identificarea persoanelor care necesită susținere nutrițională personalizată;
- B. Refacerea stării de nutriție;
- C. Menținerea stării de nutriție;
- D. Adaptarea tratamentului medical;
- E. Monitorizarea eficienței măsurilor nutriționale.

136. Evaluarea nutrițională se realizează prin:

- A. Istoric medical, social, alimentar;
- B. Date antropometrice;
- C. Examen clinic;
- D. Date biochimice;
- E. Istoric financiar.

137. Greutatea și talia la copii sunt estimate:

- A. Pe baza sexului copilului;

- B. În funcție de vârstă;
- C. Sub formă de percentile;
- D. Pe baza curbei de creștere;
- E. Doar pe baza raportului dintre greutate și pătratul înălțimii.

138. Elaborarea planului nutrițional personalizat implică:

- A. Stabilirea unui diagnostic medical;
- B. Stabilirea scopurilor terapeutice;
- C. Stabilirea tipului de intervenție;
- D. Evaluarea rezultatelor;
- E. Educația.
- F.

139. *Valorile crescute ale albuminei pot fi asociate:

- A. Deshidratării;
- B. Malnutriției;
- C. Malabsorbției;
- D. Hiperhidratării;
- E. Proteinuriei.

140. Limitele utilizării indicelui de masă corporală (IMC) sunt:

- A. Reflectă doar distribuția masei grase;
- B. Nu se aplică la atleți;
- C. Nu este eficient la copii;
- D. Nu se folosește pe perioada sarcinii;
- E. Apreciază masa osoasă.

141. Avantajele măsurării greutății corporale sunt:

- A. Este o metodă simplă și accesibilă;
- B. Permite depistarea rapidă a unei greutăți anormale;
- C. Este identică cu greutatea auto-raportată;

- D. Reprezintă greutatea ideală;
- E. Se exprimă în kg.

142. Avantajele măsurării pliurilor cutanate sunt:

- A. Sunt puțin costisitoare;
- B. Pot fi efectuate la patul bolnavului;
- C. Nu necesită experiența evaluatorului;
- D. Înlocuiesc evaluarea pe baza parametrilor biochimici;
- E. Completează indicii antropometrici influențați de prezenta edemelor și/sau a ascitei.

143. Printre datele de laborator urmărite în evaluarea nutrițională se regăsesc:

- A. Rezonanța magnetică nucleară;
- B. Indicele de masă corporală;
- C. Modificări la nivelul conjunctivelor oculare;
- D. Transferinemia;
- E. Proteina de legare a retinolului.

144. *Valorile crescute ale circumferinței abdominale pot fi legate de:

- A. Hipoinsulinemie;
- B. Insulinorezistență;
- C. Toleranță crescută la glucoză;
- D. Hipotensiune;
- E. Hipotrigliceridemie.

(2) Metodele de intervenție comunitară prevențională

145. *Ce reprezintă intervenția nutrițională în colectivități/comunități?

- A.** Procesul de identificare, planificare și asigurare a necesarului nutrițional pentru comunitate, cu scopul îmbunătățirii calității vieții;
- B.** Procesul de identificare planificare și asigurare a necesarului nutrițional pentru comunitate, cu scopul de menținere a sănătății populației;
- C.** Procesul de identificare planificare și asigurare a necesarului nutrițional pentru comunitate, cu scopul de prevenție a bolilor cardiovasculare;
- D.** Procesul de identificare planificare și asigurare a necesarului nutrițional pentru comunitate, cu scopul de menținere a stării de sănătate actuală a comunității;
- E.** Procesul de identificare planificare și asigurare a necesarului nutrițional

pentru comunitate, cu scopul de prevenție a diabetului zaharat.

146. Scopul intervenției comunitare nutriționale include:

- A.** Educația nutrițională și de sănătate la grupe populaționale cu risc;
- B.** Educația pentru sănătate la grupe populaționale cu morbiditate ridicată, boli cardiovasculare, prevenție diabet;
- C.** Evaluarea factorilor de risc ce induc modificări ale stării de sănătate;
- D.** Evaluarea factorilor de risc ce nu induc modificări ale stării de sănătate;
- E.** Programe de planificare, evaluare și promovare a sănătății la nivel de individ.

147. *Metodele de evaluare a statusului nutritional și clinic sunt:

- A. Intervenția prin programe de planificare, evaluare și promovare a sănătății în comunități;
- B. Metodele de identificare a grupelor populaționale cu risc prin metode antropometrice, clinice și biochimice;
- C. Instrumentele folosite de nutriționiști pentru a căuta care sunt și cum pot fi influențate modificările comportamentale care pot îmbunătăți starea de nutriție a populației;
- D. Identificarea grupelor populaționale de risc și studii directe de evaluare prin metode antropometrice;
- E. Intervențiile chirurgicale.

148. Care sunt etapele de lucru pentru educația populației prin programe de promovare a sănătății nutriționale?

- A. Colectare de informații și date nutriționale și de sănătate din comunitatea vizată (profil statistic, demografic și social);
- B. Identificarea necesităților populației la risc;

- C. Implementarea unui plan comunitar care implică autorități locale și resurse financiare externe;
- D. Analiza datelor și stabilirea priorităților pentru sănătate din colectivitate și factorii de risc comportamental vizați;
- E. Identificarea necesităților grupurilor cu boli cronice.

149. *Un program nutrițional reprezintă:

- A. Instrumentul de influențare a comportamentului alimentar, folosit de către nutriționiști;
- B. Acțiunea autorităților de rezolvare a unei probleme comunitare;
- C. Un model alimentar;
- D. Starea de sănătate a populației;
- E. Evaluarea nutrițională continuă.

III. NUTRIȚIA CLINICĂ

- (1) Nutriția în bolile metabolice (diabetul zaharat, obezitatea, dislipidemiile, hiperuricemiile);**
- (2) Nutriția în bolile cardiovasculare (hipertensiunea arterială, boala aterosclerotică, insuficiența cardiacă);**
- (3) Nutriția în bolile digestive (boala de reflux gastro-esofagian, gastritele, boala ulceroasă, bolile hepatice, bolile pancreatice, bolile inflamatorii intestinale, sindromul de intestin iritabil);**
- (4) Nutriția în bolile renale (nefropatiile glomerulare, nefropatiile tubulo-interstițiale cronice, infecțiile tractului urinar, insuficiența renală).**

150. Pentru ameliorarea simptomelor în boala de reflux gastroesofagian, se recomandă:

- A.** Evitarea consumului alimentelor cu conținut crescut în grăsimi;
- B.** Consumul alimentelor acide deoarece sunt alcalinizate la nivelul stomacului;

- C.** Evitarea consumului alimentelor foarte picante;
- D.** Evitarea consumului de roșii, suc de roșii, citrice;
- E.** Evitarea consumului de alcool.

151. *În cazul bolii de reflux gastroesofagian:

- A. Primul pas în managementul simptomelor este reprezentat de tratamentul medicamentos;
- B. Cafeaua poate crește presiunea sfîcterului esofagian inferior;
- C. Băuturile carbogazoase cresc distensia gastrică, care determină relaxări tranzitorii ale sfîcterului esofagian inferior;
- D. Vinul și berea inhibă secreția gastrică acidă;
- E. Scăderea în greutate nu ameliorează simptomelor.

152. Despre infecția cu *H. pylori* sunt adevărate următoarele afirmații:

- A. Infecția cu *H. pylori* este responsabilă pentru majoritatea cazurilor de inflamație cronică a mucoasei gastrice și ulcer peptic, cancer gastric și gastrită atrofică;
- B. Ceaiul verde și germenii de brocoli pot inhiba dezvoltarea *H. pylori*;
- C. Acizii grași omega-3 stimulează dezvoltarea *H. pylori*;
- D. Administrarea acidului docosahexaenoic (DHA) se asociază cu o creștere a inflamației asociate infecției cu *H. pylori*;
- E. Nu există nicio asociere între infecția cu *H. pylori* și cancerul gastric.

153. În tratamentul nutrițional al ulcerului peptic se recomandă următoarele, cu excepția:

- A. Scăderea consumului de brocoli și alte legume crucifere;
- B. Scăderea consumului de alcool;
- C. Scăderea consumului de cafea;
- D. Scăderea aportului de acizi grași omega-3 și omega-6;

- E. Consumul de alimente preparat termic, necondimentate, ușor digerabile.

154. La pacienții cu gastrită atrofică următoarele afirmații sunt adevărate:

- A. Malabsorbția vitaminei B12 poate fi cauzată de creșterea acidității gastrice;
- B. Alimentele bogate în proteine pot tampona temporar aciditatea gastrică, însă ulterior stimulează secreția de gastrină și pepsină;
- C. Scăderea secreției gastrice acide afectează absorbția fierului și a calciului;
- D. Eradicarea *H. pylori* se asociază cu îmbunătățirea absorbției fierului și cu un nivel crescut al feritinei;
- E. Creșterea secreției gastrice acide crește biodisponibilitatea unor nutrienți.

155. Cu privire la tratamentul nutrițional al ulcerului peptic sunt adevărate următoarele:

- A. Consumul unor cantități mari de alcool poate interfera cu tratamentul ulcerului peptic;
- B. Berea și vinul cresc semnificativ secreția gastrică acidă;
- C. Cafeaua poate scădea presiunea de la nivelul sfîcterului esofagian inferior;
- D. O dietă fără deficiențe nutriționale poate grăbi vindecarea ulcerului;
- E. Cafeaua inhibă secreția gastrică acidă.

156. Următoarele alimente pot cauza creșterea producției de gaze la nivel intestinal:

- A. Fasolea;
- B. Varza;
- C. Merele;
- D. Ciupercile;
- E. Fructele oleaginoase.

157. În caz de constipație, se recomandă:

- A. Un aport corespunzător de lichide;
- B. Un aport corespunzător de fibre solubile și insolubile (14 g/1000 kcal);
- C. Creșterea aportului de cereale și de pâine integrală la 6 până la 11 porții/zi;
- D. Creșterea aportului de lichide;
- E. Limitarea consumului de legume, fructe, nuci și semințe <5 porții/zi.

158. Referitor la intervenția nutrițională în caz de diaree, sunt adevărate următoarele afirmații:

- A. Trebuie să țină cont de condiția patologică care a determinat diareea;
- B. Alcoolii de zahăr, lactoza, fructoza și cantitățile mari de zaharoză pot înrăutăți diareea osmotică;
- C. Se recomandă excluderea totală a alimentelor care conțin fibre;
- D. Deshidratarea și depleția electrolitică asociată diareei cronice necesită corectare;
- E. Aportul moderat de compuși prebiotici și de fibre solubile, cum ar fi pectina, încetinesc tranzitul de-a lungul tractului digestiv.

159. Următoarele afirmații referitoare la obstrucția intestinală sunt false:

- A. Se recomandă ca pacienții predispuși la obstrucție intestinală să consume alimente foarte bogate în fibre;
- B. În cazul unei obstrucții intestinale parțiale, ar putea fi tolerată o alimentație săracă în fibre și lichide, în funcție de localizarea obstrucției;
- C. În cazul obstrucției intestinale parțiale, pacientul nu poate consuma lichide;
- D. Pacienții cu obstrucție intestinală totală pot necesita intervenție chirurgicală;

E. În cazul obstrucției intestinale totale, poate fi necesară nutriția parenterală.

160. *Referitor la intoleranța la lactoză sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Simptomele pot fi ameliorate prin reducerea consumului alimentelor care conțin lactoză;
- B. Untul conține aproximativ 10 g lactoză/porție;
- C. Mulți adulți cu intoleranță la cantități moderate de lapte pot tolera 12g sau mai mult de lactoză din lapte;
- D. Introducerea treptată în alimentație a zaharurilor fermentabile poate îmbunătăți toleranța la lactoză, prin modificarea compoziției microbiotei;
- E. Produsele fermentate din lapte sunt mai bine tolerate, având un conținut mai redus de lactoză.

161. Următoarele afirmații referitoare la fructoză sunt adevărate:

- A. Fructoza există în alimente ca dizaharid în structura lactozei;
- B. Intestinul subțire are capacitate nelimitată de absorbție a fructozei;
- C. Perele, merele și mango conțin cantități mari de fructoză;
- D. Fructele deshidratate conțin, în general, cantități mici de fructoză;
- E. Intestinul subțire are capacitate limitată de absorbție a fructozei, comparativ cu abilitatea de a absorbi rapid și complet glucoza.

162. Următoarea informație referitoare la boala Crohn este adevărată:

- A. Afectează doar colonul;
- B. 15-25% dintre cazuri afectează ileonul distal și colonul;
- C. 50-60% dintre cazuri afectează doar intestinul subțire sau doar colonul;

- D. Afectarea intestinală poate ajunge până la obstrucția parțială sau completă a lumenului intestinal;
- E. Este o boală funcțională intestinală și nu una inflamatorie.

163. Referitor la colita ulcerativă sunt adevărate informațiile:

- A. Este limitată doar la intestinul gros și rect;
- B. Afectarea intestinală este continuă, fiind limitată, în mod normal, doar la mucoasă;
- C. Litiaza biliară reprezintă manifestarea extraintestinală frecventă;
- D. Megacolonul toxic reprezintă o complicație asociată colitei ulcerative;
- E. Este o boală funcțională intestinală și nu una inflamatorie.

164. În cazul bolilor inflamatorii intestinale:

- A. Alimentația este un factor care poate cauza declanșarea unui puseu al bolii;
- B. Malnutriția poate afecta funcția și eficiența barierei imune intestinale;
- C. Vitamina D poate afecta intensitatea răspunsului inflamator;
- D. Intoleranțele alimentare apar mai frecvent în cazul persoanelor cu boală inflamatorie intestinală;
- E. Alergiile și intoleranțele alimentare explică în totalitate manifestările bolilor inflamatorii intestinale.

165. Următoarele afirmații cu privire la bolile inflamatorii intestinale sunt false:

- A. Terapia nutrițională în cazul pacienților cu boală inflamatorie intestinală are ca obiectiv primar restabilirea și menținerea statusului nutrițional;
- B. Alimentația și unii nutrienți specifici au rol în limitarea exacerbarii simptomelor;

- C. Pacienții cu boală inflamatorie intestinală nu prezintă risc de malnutriție;
- D. Necesarul energetic al pacienților cu boală inflamatorie intestinală este întotdeauna crescut;
- E. Pacienții cu boală inflamatorie intestinală pot avea pusee intermitente ale afecțiunii, caracterizate prin obstrucții parțiale, greață, diaree, durere abdominală, balonare și diaree.

166. *Referitor la bolile inflamatorii intestinale sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Necesarul proteic poate fi crescut, în funcție de severitatea și de stadiul afecțiunii;
- B. Inflamația și tratamentul cu corticosteroizi induc o balanță pozitivă a azotului și cauzează pierderea masei slabe corporale;
- C. Pentru a menține o balanță pozitivă a azotului, se recomandă un aport de proteină de 1,3-1,5 g/kgc/zi;
- D. Poate fi necesară suplimentarea cu vitaminele B₆, B₁₂, acid folic și fier;
- E. Diareea poate agrava pierderile de zinc, potasiu și seleniu.

167. Următoarele afirmații sunt corecte:

- A. Pacienții cu boală inflamatorie intestinală au un risc crescut de osteopenie și osteoporoză;
- B. În boala Crohn, suplimentarea cu acizi grași omega-3 reduce semnificativ activitatea afecțiunii;
- C. În cursul exacerbărilor acute și severe ale bolii inflamatorii intestinale, alimentația este individualizată, incluzând, de obicei, o scădere a aportului de fibre;
- D. În cazul pacienților cu boală inflamatorie intestinală care tolerează lactoza,

lactatele pot constitui o sursă importantă de proteine, calciu și vitamina D;

- E. Toți pacienții cu boală inflamatorie intestinală trebuie să evite consumul alimentelor care conțin lactoză, acestea putând cauza diaree osmotică.

168. Referitor la dieta „low FODMAP”, sunt adevărate afirmațiile, cu excepția:

- A. A dovedit eficiență în managementul simptomelor gastrointestinale la pacienții cu sindromul intestinului iritabil;
- B. Este bogată în polioli și sărac în mono-, di- și oligozaharide fermentabile;
- C. Eficiența dietei a fost în cazul a până la 70% dintre pacienții diagnosticați cu sindromul intestinului iritabil;
- D. Eficiența dietei „low FODMAP” nu a fost demonstrată în cazul copiilor;
- E. Dieta „low FODMAP” poate determina deficiențe nutriționale: folați, vitamina B₁, B₆, B₁₂.

169. Referitor la diverticulită sunt adevărate informațiile:

- A. Nu există asociere între consumul de nuci, porumb, popcorn și sângerările din boala diverticulară;
- B. Consumul de nuci și de popcorn are un efect protector în cazul diverticulitei;
- C. În timpul unui episod acut de diverticulită sau în caz de sângerare diverticulară alimentația orală poate continua;
- D. Cazurile complicate de diverticulită pot necesita repaus intestinal și nutriție parenterală;

- E. După un episod acut de diverticulită, reluarea alimentației orale impune creșterea treptată a aportului de fibre.

170. Referitor la terapia nutrițională în SIBO (suprapopularea bacteriană a intestinului subțire), sunt adevărate afirmațiile:

- A. Terapia nutrițională în SIBO urmărește ameliorarea simptomelor;
- B. Terapia nutrițională în SIBO are drept scop corectarea deficiențelor nutriționale;
- C. Dieta „low FODMAP” nu este eficientă, nefiind indicată în acest caz;
- D. Pacienții pot avea deficit de vitamina B₁₂;
- E. Deficiențele de vitamine A, D și E pot apărea în cazul în care este prezentă malabsorbția grăsimilor.

171. Cu privire la consumul cronic de etanol, următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. Etanolul este metabolizat inițial la nivelul ficatului de alcool dehidrogenază;
- B. În cazul persoanelor cu alcoolism, afectarea digestiei și absorbției sunt asociate insuficienței pancreatice și alterărilor morfologice și funcționale ale mucoasei intestinale;
- C. Consumul acut și cronic de alcool crește sinteza proteică;
- D. Consumul unor cantități crescute de alcool reprezintă o sursă energetică eficientă;
- E. Deficitul de vitamine B, C, D, E și K este frecvent în cazul alcoolismului.

172. *Sunt adevărate afirmațiile, cu excepția:

- A. Regimul alimentar în caz de ascită include restricția sodiului alimentar la 2g/zi;
- B. Aportul adecvat de proteine este important în ascită pentru a înlocui pierderile din paracenteza repetată;

- C. Aportul de sodiu poate fi redus chiar și sub 2g/zi;
- D. Restricția lichidiană se recomandă indiferent de severitatea ascitei sau edemelor;
- E. Restricția exagerată de sodiu poate determina un aport energetic și de proteine insuficiente.

173. *Referitor la ciroză, sunt corecte afirmațiile, cu excepția:

- A. Pentru a preveni supraalimentarea, în stabilirea necesarului caloric ar trebui utilizate greutatea ideală sau greutatea corporală uscată;
- B. În general, necesarul energetic al pacienților cu ciroză în stadiu terminal și fără ascită este aproximativ 20-40% din rata metabolismului bazal;
- C. Insuficiența hepatică reduce sinteza de glucoză și utilizarea periferică a acesteia;
- D. În ciroză, organismul preferă lipidele ca substrat energetic, lipoliza fiind crescută;
- E. În cirozele necomplicate, cu sau fără encefalopatie, necesarul proteic variază de la 1 la 1,5 g/kg greutate ideală/zi.

174. Secundar deficiențelor micronutrienților din ciroza hepatică în stadiu terminal, pot fi prezente următoarele:

- A. Anemie megaloblastică secundar deficitelor de acid folic și de vitamina B₁₂;
- B. Neuropatie ca urmare a deficitelor de piridoxină, tiamină sau vitamina B₁₂;
- C. Confuzia, ataxia și tulburări oculare ca urmare a unui deficit de tiamină;
- D. Deficit de fier, ce necesită suplimentare la persoanele cu hemocromatoză;
- E. Afectarea adaptării la întuneric secundar deficitului de vitamina A.

175. *Referitor la pancreatită, sunt adevărate afirmațiile, cu excepția:

- A. Malabsorbția vitaminelor liposolubile apare la pacienții cu steatoree importantă;
- B. Aportul crescut de antioxidanți din fructe și legume previn reacutizările;
- C. Pancreatita cronică este caracterizată cu pusee recurente de durere epigastrică, durerea fiind precipitată de consumul alimentelor;
- D. Pacienții cu pancreatită cronică au un risc crescut de a dezvolta malnutriție protein calorică;
- E. Chiar și la o diminuare a funcției pancreatice de aproximativ 90%, producția și secreția de enzime pancreatice este suficientă pentru o bună digestie și absorbție a nutrienților consumați.

176. *Următoarele afirmații sunt adevărate, cu excepția:

- A. Chilomicronii transportă lipidele alimentare și colesterolul de la ficat către țesuturile periferice;
- B. Particulele VLDL sunt sintetizate la nivelul ficatului pentru a transporta trigliceridele endogene și colesterolul;
- C. Particulele VLDL sunt reprezentate în proporție de 60% de trigliceride;
- D. Particulele LDL reprezintă principalul transportator al colesterolului din sânge;
- E. Particulele HDL conțin mai multe proteine comparativ cu particulele LDL.

177. Referitor la particulele HDL sunt corecte afirmațiile:

- A. Au rol metabolic de rezervor de apolipoproteine;
- B. Apo A-I, principala apolipoproteină din HDL, are rol antiinflamator și antioxidant;

- C. Un nivel crescut al particulelor HDL se asociază cu un nivel crescut al chilomicronilor;
- D. Atât apo C, cât și apo E de pe HDL sunt transferate chilomicronilor;
- E. Apo E poate stimula apetitul.

178. Pacienților diagnosticați cu hipertensiune arterială li se recomandă:

- A. Reducerea consumului de sodiu <1000 mg/zi;
- B. Scădere în greutate în cazul adulților supraponderali sau obezi;
- C. Adoptarea unui patern alimentar sănătos, cum ar fi dieta DASH;
- D. Limitarea aportului de dulciuri și carne roșie;
- E. Scădere ponderală >5% din greutate va determina reducerea valorilor tensionale.

179. Următoarele afirmații sunt adevărate:

- A. Calciul potențează contracția și relaxarea vasculară prin modificarea 1,25-dihidroxi vitaminei D3 și a nivelului hormonilor paratiroidieni;
- B. În dieta DASH, consumul zilnic a 2-3 porții de lactate cu un conținut redus de grăsimi, necesar obținerii aportul minim de calciu (800 mg), determină o scădere a presiunii arteriale sistolice de 4 mmHg și a presiunii arteriale diastolice de 2mmHg, la adulții hipertensivi;
- C. Vitamina D îmbunătățește funcția endotelială;
- D. Suplimentarea cu vitamina D este eficientă în scăderea presiunii arteriale;

- E. Magneziul este un inhibitor puternic al contracției musculaturii netede vasculare.

180. *Sunt adevărate următoarele afirmații, cu excepția:

- A. Pentru controlul hipertensiunii este de preferat suplimentarea cu magneziu decât preluarea acestui mineral din alimentație;
- B. Dieta DASH include alimente bogate în magneziu, cum ar fi vegetalele cu frunze verzi, nucile, cerealele integrale;
- C. Cantitățile de fructe și legume recomandate în dieta DASH permit asigurarea aportului zilnic recomandat de potasiu de aproximativ 4,7 g;
- D. Persoanele sedentare au un risc crescut cu 30-50% de hipertensiune;
- E. Consumul excesiv de alcool este responsabil pentru 5-7% dintre cazurile de hipertensiune.

181. Referitor la terapia nutrițională în cazul pacienților cu hipertensiune, sunt adevărate afirmațiile:

- A. Pentru fiecare scădere ponderală de 1 kg are loc o scădere atât a tensiunii arteriale sistolice, cât și a celei diastolice de 1 mmHg;
- B. O reducere moderată a aportului caloric se asociază cu o scădere semnificativă a tensiunii arteriale sistolice și diastolice și a nivelului LDL-colesterolului seric;
- C. Reducerea moderată a aportului caloric nu are impact asupra tensiunii arteriale;
- D. Dietele hipocalorice care includ un patern alimentar DASH hiposodat produc o scădere mai importantă a tensiunii arteriale comparativ cu dietele hipocalorice care includ doar alimente cu un conținut redus în grăsimi;

- E. Pacienții cu hipertensiune arterială, cu o greutate corporală mai mare de 115% din greutatea ideală trebuie să urmeze un program individualizat de scădere ponderală care să includă atât scăderea aportului caloric, cât și activitate fizică.

182. Referitor la alimentația recomandată în cazul pacienților cu hipertensiune, sunt adevărate următoarele afirmații:

- A. În dieta DASH, persoanele cu intoleranță la lactoză ar putea necesita suplimentarea cu lactază;
- B. Întrucât dieta DASH este bogată în fibre, aportul de fructe, legume și cereale integrale trebuie să fie crescut treptat;
- C. Este dificil de obținut aderența la o alimentație cu mai puțin de 2g sodiu zilnic;
- D. În dieta DASH se recomandă consumul alimentelor care sunt surse bune de calciu și de magneziu;
- E. În dieta DASH se recomandă consumul lactatelor integrale

183. Referitor la screening-ul nutrițional în cazul pacienților cu insuficiență cardiacă, sunt adevărate afirmațiile:

- A. În cazul vârstnicilor cu insuficiență cardiacă, screeningul nutrițional poate preveni progresia afecțiunii;
- B. În cazul vârstnicilor cu insuficiență cardiacă, screeningul nutrițional nu influențează managementul afecțiunii;
- C. Educația nutrițională este o componentă importantă a terapiei medicale nutriționale;
- D. Primul pas este determinarea greutății corporale;
- E. Alterarea balanței hidrice a organismului îngreunează determinarea greutății corporale.

184. Cu privire la insuficiența cardiacă, următoarele afirmații sunt adevărate:

- A. Peste jumătate dintre pacienții cu insuficiență cardiacă suferă de malnutriție;
- B. În cazul pacienților cu exces ponderal, restricția calorică trebuie să fie atent monitorizată pentru a evita catabolismul proteic excesiv și rapid;
- C. Pentru dislipidemie sau ateroscleroză, se recomandă o alimentație săracă în colesterol și grăsimi saturate și de tip trans și bogată în fibre, cereale integrale, fructe și legume.
- D. Pentru dislipidemie sau ateroscleroză, se recomandă o alimentație săracă în grăsimi mononesaturate;
- E. În cazul pacienților cu hipertensiune arterială se recomandă dieta DASH.

185. Următoarea afirmație referitoare la insuficiența cardiacă este falsă:

- A. Aportul excesiv de sodiu se asociază cu retenție de fluide și edem;
- B. Se recomandă o restricție a aportului sodiu de 2 g/zi;
- C. Complanța pacienților la un regim alimentar cu o restricție a sodiului de 2g/zi este slabă;
- D. Aportul de alcool în exces scade tensiunea arterială;
- E. Brânzeturile și sosul de soia conțin, în general, o cantitate mare de sodiu.

186. Referitor la sindromul intestinului iritabil sunt corecte afirmațiile, cu excepția:

- A. Afecțiuni psihice, ca depresia și anxietate, pot apărea în cazul pacienților

diagnosticați cu sindromul intestinului iritabil;

- B.** Stresul poate exacerba simptomele în sindromul intestinului iritabil;
- C.** Este demonstrat faptul că stresul este o cauză a sindromului intestinului iritabil;
- D.** Obiectivele terapiei nutriționale sunt reprezentate de asigurarea unui aport nutrițional adecvat și explicarea rolului potențial al alimentelor în managementul simptomelor;
- E.** Prima linie de tratament este reprezentată de implementarea dietei „low FODMAP”.

187. Sunt factori de risc pentru pancreatită:

- A.** Consumul de alcool;
- B.** Fumatul;
- C.** Scăderea ponderală;
- D.** Alimentația;
- E.** Unele medicamente.

188. În cazul pancreatitei acute severe:

- A.** Nevoile metabolice ale organismului sunt similare celor din sepsis;
- B.** Aminoacizii eliberați de la nivel muscular sunt utilizați în glicoliză;
- C.** Aminoacizii eliberați de la nivel muscular sunt utilizați în gluconeogeneză;
- D.** Pot apărea complicații, cum ar fi necroza pancreatică;
- E.** La nivelul organismului apare un status hipometabolic.

189. În cazul gastroparezei:

- A.** Pot fi utile mesele mai puțin voluminoase, mai dese;
- B.** Fibrele, în special pectina, pot încetini golirea gastrică;

- C.** Un nivel al glicemiei de peste 200 mg/dL poate accelera motilitatea gastrică;
- D.** Consumul unui volum mare de alimente cauzează distensie gastrică și creșterea sațietății;
- E.** Consumul de grăsimi trebuie restricționat la toți pacienții cu gastropareză.

190. Cauzele de malnutriție în boala hepatică sunt:

- A.** Diete restrictive;
- B.** Sațietate precoce;
- C.** Aportul caloric crescut;
- D.** Greața și vărsăturile;
- E.** Malabsorbția.

191. Cu privire la managementul nutrițional al gastritelor, următoarele afirmații sunt false:

- A.** Proteinele inhibă secreția de acid clorhidric;
- B.** Proteinele inhibă secreția de gastrină;
- C.** Proteinele tamponează temporar secrețiile gastrice;
- D.** Proteinele stimulează secreția de pepsină;
- E.** Proteinele inhibă secreția de pepsină.

192. *Despre alimentele din categoria FODMAP sunt adevărate următoarele, cu excepția:

- A.** Pot determina flatulență la persoanele sensibile;
- B.** Conțin glucide cu lanț lung de atomi de carbon;
- C.** Sunt fermentate rapid de bacteriile din intestinul subțire;
- D.** Pot determina diaree la persoanele sensibile;
- E.** Sunt fermentate rapid de bacteriile din intestinul gros.

193. Cu privire la managementul pacienților cu insuficiență renală

acută, următoarele afirmații sunt adevărate:

- A. Aportul energetic este de 30-40 kcal/kg;
- B. Cantitatea de lichide administrată se calculează adăugând 500 ml la pierderile din ziua precedentă (vărsături, diaree, diureză);
- C. Aportul de proteine recomandat la pacienții fără dializă este de 0,5 – 0,8g/kg;
- D. Aportul de proteine recomandat la pacienții cu dializă este de 1-2 g/kg;
- E. În perioada stabilă, aportul de proteine recomandat este de 1,5 – 2,5 g/kg.

194. *Tratamentul nutrițional în boala cronică de rinichi cuprinde următoarele, cu excepția:

- A. Limitarea la una – două produse lactate pe zi conduce la un aport de fosfați de sub 1000 mg/zi;
- B. Aportul energetic este de 35 kcal/zi;
- C. Restricția de potasiu se impune la o diureză de sub 1 L/zi;
- D. La pacienții cu rata de filtrare glomerulară sub 55 mL/min, aportul de proteine este de 0,6 g/kg/zi, 60% dintre proteine fiind cu valoare biologică înaltă
- E. La pacienții cu rata de filtrare glomerulară peste 55 mL/min, aportul de proteine este de 0,6 g/kg/zi, 60% dintre proteine fiind cu valoare biologică înaltă.

195. *La pacienții adulți cu diabet zaharat care prezintă suprapondere sau obezitate se recomandă o scădere inițială a greutateii corporale cu:

- A. < 5% din greutate;

- B. > 5-7% din greutate;
- C. > 20-25% din greutate;
- D. > 45-50% din greutate;
- E. Nu se recomandă scăderea ponderală.

196. Care dintre următoarele măsuri ce vizează stilul de viață sunt recomandate pacienților cu diabet zaharat pentru ameliorarea profilului lipidic?

- A. Scăderea ponderală;
- B. Creșterea aportului de grăsimi saturate;
- C. Reducerea aportului de grăsimi trans;
- D. Creșterea aportului de acizi grași omega-3;
- E. Reducerea aportului de fibre alimentare solubile și fitosteroli.

197. Efectuarea activității fizice are următoarele efecte la pacienții cu diabet zaharat:

- A. Creșterea ponderală;
- B. Creșterea sensibilității la insulină;
- C. Ameliorarea profilului lipidic;
- D. Reducerea riscului de apariție a evenimentelor cardiovasculare;
- E. Ameliorarea condiției fizice și creșterea tonusului general al organismului.

198. Care dintre următoarele afirmații referitoare la optimizarea stilului de viață în cazul pacienților cu diabet zaharat sunt adevărate?

- A. La pacienții tratați cu insulină, este recomandată estimarea cantității de glucide consumate la mese;
- B. Se recomandă efectuarea zilnică a cel puțin 150 minute de activitate fizică moderată;
- C. Se recomandă ca activitatea fizică să fie împărțită în cel puțin 3 zile, fără să existe mai mult de 2 zile consecutive de inactivitate;

- D. Recomandarea privind activitatea fizică va fi individualizată în funcție de particularitățile pacientului;
- E. Se recomandă, în mod obligatoriu, renunțarea la fumat.

199. *Principala sursă de acizi grași polinesaturați omega-3 este reprezentată de:

- A. Uleiul de pește oceanic;
- B. Carnea provenită de la vite pășunate;
- C. Ouăle;
- D. Soia;
- E. Carnea de pasăre hrănită cu cereale.

200. Care dintre următoarele recomandări privind aportul de lipide în dislipidemii sunt adevărate?

- A. Un aport total de lipide între 30% și 40% din aportul caloric total;
- B. Un aport de acizi grași trans între 10% și 20% din aportul caloric total;
- C. Un aport de colesterol total <300 mg/zi;
- D. Acizii grași mononesaturați și polinesaturați să reprezinte sursele principale de grăsimi alimentare;
- E. Un aport de acizi grași trans <1% din aportul caloric total.

201. Care dintre următoarele afirmații privitoare la consumul de alcool sunt adevărate?

- A. Prin arderea unui gram de alcool pur se eliberează 7 kcal;
- B. Se recomandă, pe cât posibil, reducerea consumului de alcool în caz de hipertrigliceridemie;
- C. Se interzice consumul de alcool în caz de hipertrigliceridemie;

- D. Limita maximă admisă pentru consumul de alcool la femeile adulte sănătoase este de 10 g alcool pur/zi;
- E. Aportul de alcool pur la bărbatul adult sănătos nu trebuie să se depășească 140 g/săptămână.

202. Recomandările privitoare la consumul de glucide în dislipidemii sunt:

- A. Aportul de glucide poate varia între 40% și 45% din totalul energetic;
- B. Aportul de glucide poate varia între 55% și 60% din totalul energetic;
- C. Aportul de glucide simple nu trebuie să depășească 10% din totalul energetic;
- D. Tipul de glucide nu este important atâta timp cât se respectă procentul total din necesarul energetic;
- E. Consumul zilnic de fibre alimentare se recomandă a fi între 30 și 45 grame.

203. Măsurile dietetice în hiperuricemie constau în:

- A. Reducerea aportului de cereale rafinate;
- B. O alimentație săracă în purine;
- C. O alimentație bogată în purine;
- D. Încurajarea postului pentru ameliorarea simptomatologiei;
- E. Interzicerea consumului de alcool.

204. Care dintre următoarele atitudini sunt corecte în hiperuricemie?

- A. Reducerea aportului de proteine sub 0,5 g/kgcorp/zi în atacul acut de gută;
- B. Menținerea unei diete normoproteice în atacul acut de gută;
- C. Menținerea unei diete normoproteice în perioada intercritică;
- D. Alegerea ouălor și a lactatelor ca principală sursă de proteine;

E. Alegerea cărnii ca principală sursă de proteine.

205. Persoanelor cu hiperuricemie li se recomandă:

- A. Creșterea aportului de legume și de fructe;
- B. Aport crescut de lichide;
- C. Scăderea aportului de lichide;
- D. Limitarea consumului de iaurt;
- E. Creșterea consumului de sardine.

206. Din categoria alimentelor cu conținut crescut de purine (peste 150 mg/100 g aliment) și care trebuie evitate în caz de hiperuricemie fac parte:

- A. Carnea de vânat;
- B. Organele de animale (ficat, creier);
- C. Legumele verzi;
- D. Iaurtul;
- E. Sparanghelul.

207. Care sunt cele trei cerințe principale ale dietei în obezitate?

- A. Să acopere nevoile nutriționale ale pacienților;
- B. Să realizeze o scădere ponderală cât mai rapidă;
- C. Să fie adaptată obiceiurilor sociale și etnice ale pacientului;
- D. Să fie bazată pe criterii raționale;
- E. Să realizeze o scădere ponderală cât mai marcată.

208. Regimul alimentar în obezitate ar trebui să fie:

- A. Individualizat;
- B. Hipocaloric;
- C. Hiperglucidic;
- D. Hipercaloric;

E. Normoproteic.

209. Alimentele care trebuie evitate în alimentația unei persoane cu obezitate sunt:

- A. Acizii grași trans;
- B. Făinoasele;
- C. Dulciurile;
- D. Fructele;
- E. Legumele verzi.

210. Care dintre următoarele afirmații referitoare la dieta în sindromul metabolic sunt adevărate?

- A. Se recomandă creșterea aportului de proteine vegetale;
- B. Se recomandă creșterea cantității de glucide simple;
- C. Se recomandă limitarea aportul de alimente cu indice glicemic crescut;
- D. Se recomandă un aport de acizi grași trans <5% din necesarul caloric zilnic;
- E. Se recomandă reducerea consumului de alcool.

211. Care dintre următoarele sunt complicații ale realimentației inadecvate din cadrul managementului denutriției?

- A. Diaree;
- B. Insuficiență cardiacă congestivă;
- C. Tulburări electrolitice;
- D. Embolie pulmonară;
- E. Accident vascular cerebral.

212. Care dintre următoarele afirmații referitoare la nutriția parenterală ca mijloc de tratament al denutriției sunt adevărate?

- A. Nutriția parenterală este superioară celei enterale;

- B. Nutriția parenterală totală nu va fi aplicată dacă nu este necesar;
- C. Nutriția parenterală este lipsită de complicații;
- D. Nutriția parenterală prin abord venos central poate fi însoțită de complicații cum ar fi pneumotoraxul;
- E. Nutriția enterală este superioară celei parenterale.

213. În care dintre următoarele cazuri de denutriție se pretează realimentarea prin sondă digestivă (nazo-gastrică)?

- A. Pacient cu deglutiție inefficientă;
- B. Pacient conștient, cooperant, în plină stare de sănătate;
- C. Pacient anorexic;
- D. Pacient cu starea de conștientă alterată;
- E. Pacient cu pancreatită acută.

214. Factorii determinanți ai efectelor tratamentului în denutriție sunt reprezentați de:

- A. Severitatea denutriției;
- B. Existența unor tulburări neuro-psihice;
- C. Patologia ce stă la baza denutriției;
- D. Voința persoanei denutrite;
- E. Sistemul de suport al persoanei denutrite.

215. Care dintre următoarele afirmații privind tratamentul denutriției sunt adevărate?

- A. Nutriția parenterală este inferioară nutriției enterale;
- B. La cei cu toleranță digestivă păstrată se preferă nutriția enterală;
- C. Nutriția pe sondă digestivă este rezervată celor cu evacuare gastrică afectată;
- D. Jejunostoma percutană poate fi utilizată la persoanele cu atonie gastrică;

- E. Nutriția parenterală totală reprezintă un procedeu lipsit de complicații.

216. Care dintre următoarele afirmații referitoare la tratamentul hipoglicemiilor funcționale sunt adevărate?

- A. Se indică fragmentarea alimentației în mai multe mese (cel puțin 5-6 mese/zi);
- B. Se indică un aport crescut de glucide concentrate cu absorbție rapidă;
- C. Se indică una, maximum două mese pe zi, foarte bogate cantitativ și cu un conținut mare de glucide;
- D. Tratamentul urmărește reducerea stimulării secreției de insulină;
- E. Mesele trebuie să fie moderate cantitativ cu un conținut de glucide ușor diminuat.

217. Care dintre următoarele sunt caracteristici recomandate ale dietei în boala cronică de rinichi diabetică?

- A. Hipocalorică;
- B. Hipoglucidică;
- C. Hipercalorică;
- D. Normoglucidică;
- E. Normolipidică.

218. Care dintre următoarele recomandări nutriționale sunt adecvate pentru pacientul cu boală cronică de rinichi diabetică?

- A. Aportul caloric trebuie să fie redus pentru a încuraja scăderea ponderală;
- B. Aportul proteic trebuie să fie crescut, de 1,5-2 g/kgc/zi, între 20 și 30% din rația calorică zilnică;
- C. Aport de fibre să fie similar cu cel al populației generale;
- D. Aportul de fructe și legume se va face dintre cele cu conținut scăzut de potasiu;

- E. Aportul de glucidele simple nu trebuie să depășească 10% din rația calorică zilnică.
- 219. *Care este aportul recomandat de proteine pentru pacienții cu boală cronică de rinichi diabetică în afara programului de hemodializă?**
- A. 2 g/kgc/zi;
 - B. 0,5 g/kgc/zi;
 - C. 1,2 g/kgc/zi;
 - D. 0,8 g/kgc/zi;
 - E. 1,5 g/kgc/zi.
- 220. *Care este aportul recomandat de proteine pentru pacienții cu boală cronică de rinichi diabetică în cadrul programului de hemodializă?**
- A. 2 g/kgc/zi;
 - B. 1,2 g/kgc/zi;
 - C. 0,5 g/kgc/zi;
 - D. 0,8 g/kgc/zi;
 - E. 1,5 g/kgc/zi.
- 221. Care sunt beneficiile dietei hipoproteice în gestionarea bolii cronice de rinichi?**
- A. Creșterea aportului de sulfați și fosfați;
 - B. Încetinirea progresiei declinului funcției renale;
 - C. Scăderea simptomelor uremice și ale azotemiei;
 - D. Reducerea încărcării cu valențe acide, cu ameliorarea acidozei metabolice;
 - E. Prelungirea timpului până la inițierea dializei.
- 222. Care sunt riscurile dietei hipoproteice în gestionarea bolii cronice de rinichi?**
- A. Denutriție protein-calorică;
 - B. Sarcopenie;
 - C. Fragilitate;
 - D. Hiperuremie;
 - E. Creșterea parametrilor de retenție azotată.
- 223. Care dintre următoarele afirmații referitoare la sarcopenie sunt adevărate?**
- A. Este definită ca scăderea masei mușchilor scheletici;
 - B. Este mai comună la grupa de vârstă 20-30 de ani;
 - C. Este asociată cu îmbătrânirea;
 - D. Este mai comună în cazul pacienților cu boală cronică de rinichi;
 - E. Este definită ca scăderea masei mușchilor netezi.
- 224. *Care este aportul caloric adecvat pentru pacientul cu boală cronică de rinichi diabetică în afara activității fizice?**
- A. 20-25 kcal/kg corp;
 - B. 30-35 kcal/kg corp;
 - C. 40-45 kcal/kg corp;
 - D. 15-20 kcal/kg corp;
 - E. 10-15 kcal/kg corp;
- 225. Care dintre următoarele alimente au conținut crescut de fosfați?**
- A. Pâinea albă;
 - B. Pâinea integrală;
 - C. Carnea de vânat;
 - D. Băuturile răcoritoare acidulate;
 - E. Brânza cedar.
- 226. *Care este aportul recomandat de lichide la pacientul cu boală cronică de rinichi în program de hemodializă?**

- A. Restricție hidrică completă în toate cazurile;
- B. 1500-3000 ml de lichide pe zi;
- C. 1-1,5 ml de lichide pe kilogram corp pe zi;
- D. 2000-4000 ml de lichide pe zi;
- E. Diureza + 500-1000 ml de lichide pe zi.

227. Care dintre următoarele recomandări sunt adecvate pentru pacientul cu boală cronică de rinichi diabetică în program de hemodializă?

- A. Glucidele vor asigura 55-60% din rația calorică;
- B. Apa în care au fiert legumele se va arunca pentru a limita aportul de potasiu;
- C. Apa în care au fiert legumele se va folosi în continuare la gătit pentru a suplimenta aportul de potasiu;
- D. Se va evita consumul de alimente procesate pentru a scădea aportul de fosfați;
- E. Se recomandă 3 mese și 2-3 gustări pe zi.

228. Care dintre următoarele afirmații referitoare la dieta în diabetul zaharat sunt adevărate?

- A. Nu există un tipar alimentar potrivit tuturor pacienților cu diabet zaharat;
- B. Recomandările nutriționale și planificarea meselor trebuie să fie individualizate;
- C. Terapia medical-nutrițională poate contribui la reducerea HbA1c cu până la 2%;
- D. În cazul pacienților care urmează un tratament farmacologic antidiabetic, nu este necesară terapia medical-nutrițională;
- E. Este recomandată utilizarea, pe scară largă, a suplimentelor nutriționale de

tipul vitaminelor, mineralelor sau condimentelor pentru ameliorarea controlului glicemic.

229. Obiectivele terapiei medical-nutriționale la adulții cu diabet zaharat includ:

- A. Recomandarea unor cantități de macronutrienți și micronutrienți, fără a se lua în considerare dezvoltarea unor tipare de alimentație echilibrată;
- B. Menținerea plăcerii de a mânca;
- C. Individualizarea recomandărilor nutriționale în funcție de preferințele personale și culturale ale pacienților;
- D. Individualizarea recomandărilor nutriționale în funcție de nivelul de educație pentru sănătate, motivația și capacitatea pacienților de a-și modifica stilul de viață;
- E. Promovarea și sprijinirea consumului de alimente dense nutrițional, în porții adecvate.

230. *În cazul pacienților cu diabet zaharat, aportul de sodiu ar trebui să fie:

- A. <1000 mg/zi;
- B. <2300 mg/zi;
- C. <3800 mg/zi;
- D. <5000 mg/zi;
- E. <6300 mg/zi.

231. *Se recomandă ca persoanele cu diabet zaharat și cele aflate la risc de a dezvolta diabet zaharat să consume o cantitate de fibre de cel puțin:

- A. 1 g fibre/1000 kcal;
- B. 7 g fibre/1000 kcal;
- C. 14 g fibre/1000 kcal;
- D. 34 g fibre/1000 kcal;

E. 78 g fibre/1000 kcal.

232. Care dintre următoarele afirmații referitoare la consumul de glucide în diabetul zaharat sunt adevărate?

- A. Reducerea aportului total de glucide a fost asociată cu ameliorarea controlului glicemic;
- B. Aportul de glucide ar trebui să provină, în principal, din alimente bogate în nutrienți și în fibre și minim procesate;
- C. Aportul de glucide ar trebui să provină, în principal, din legume, leguminoase, fructe, cereale integrale și lactate;
- D. Recomandarea de a reduce aportul de alimente cu zahăr adăugat – inclusiv sucurile îndulcite cu zahăr – se adresează doar pacienților cu diabet zaharat, nu și celor aflați la risc de a dezvolta diabet zaharat;
- E. Este recomandată reducerea consumului băuturilor cu îndulcitori non-nutritivi și consumul preferențial de apă.

233. Care dintre următoarele afirmații referitoare la consumul de proteine în diabetul zaharat sunt adevărate?

- A. La pacienții cu diabet zaharat tip 2, ingestia de proteine pare să fie asociată cu o creștere a răspunsului insulinic;
- B. Sursele de glucide bogate și în proteine sunt recomandate în prevenția și tratamentul hipoglicemiei la pacienții cu diabet zaharat tip 2;
- C. Recomandarea uzuală pentru aportul de proteine la pacienții cu diabet zaharat este de 1,5-2 g/kg corp/zi;
- D. Nu este recomandată reducerea aportului de proteine la <0,8 g/kg corp/zi;

E. Recomandările privind aportul de proteine trebuie individualizate în funcție de particularitățile pacientului.

234. Care dintre următoarele afirmații referitoare la consumul de lipide în diabetul zaharat sunt adevărate?

- A. Cantitatea lipidelor consumate este mai importantă decât tipul lipidelor consumate din punctul de vedere al beneficiilor cardiovasculare;
- B. Dieta mediteraneană este asociată cu ameliorarea controlului glicemic și a profilului lipidic;
- C. Consumul alimentelor bogate în acizi grași omega-3 precum peștele gras, nucile și semințele este recomandat pentru prevenția și tratamentul bolilor cardiovasculare;
- D. Este recomandată creșterea aportului de acizi grași mono- și polinesaturați și reducerea aportului de acizi grași saturați;
- E. Recomandările privind aportul de lipide trebuie individualizate în funcție de particularitățile pacientului.

235. Care dintre următoarele afirmații referitoare la consumul de alcool în diabetul zaharat sunt adevărate?

- A. Aportul moderat de alcool are un impact negativ major, pe termen lung, asupra controlului glicemic;
- B. Riscurile asociate consumului de alcool la pacienții tratați cu insulină sau secretagoge includ hipoglicemia;
- C. Riscurile asociate consumului de alcool la pacienții tratați cu insulină sau secretagoge includ hiperglicemia;
- D. Este recomandată monitorizarea frecventă a valorilor glicemice după consumul de alcool;

- E. Este permis consumul unei porții (în cazul femeilor) și a două porții (în cazul bărbaților) de alcool pe zi.

236. Care sunt caracteristicile comune ale tiparelor de alimentație (dietelor) recomandate în diabetul zaharat?

- A. Consumul crescut de legume fără amidon;
- B. Aportul de glucide <25% din aportul energetic;
- C. Recomandarea alimentelor integrale în detrimentul celor procesate intens;
- D. Reducerea consumului de zahăr;
- E. Reducerea consumului de cereale rafinate.

237. Care sunt recomandările privind efectuarea activității fizice la pacienții cu diabet zaharat?

- A. Se recomandă efectuarea a 150 minute pe săptămână de exerciții fizice de rezistență;
- B. Se recomandă evitarea sedentarismului, cu întreruperea perioadelor de inactivitate la fiecare 30 minute;
- C. Se recomandă efectuarea de exerciții fizice de flexibilitate și echilibru de 2-3 ori pe săptămână, la pacienții vârstnici cu diabet zaharat;
- D. Sunt recomandate activitățile non-sedentare de tipul mersului pe jos,

activităților în gospodărie, grădinăritului și dansatului;

- E. În ceea ce privește activitatea fizică aerobă, în cazul pacienților tineri, cu o condiție fizică bună, pot fi suficiente minimum 75 minute pe săptămână de activitate fizică intensă.

238. Care dintre următoarele afirmații referitoare la controlul greutateii corporale la pacienții cu diabet zaharat sunt adevărate?

- A. Scăderea ponderală este recomandată în cazul pacienților cu diabet zaharat tip 2 sau prediabet, chiar dacă aceștia sunt normoponderali sau subponderali;
- B. Pentru scăderea ponderală se recomandă un plan nutrițional hipocaloric asociat unei creșteri a nivelului activității fizice;
- C. Dietele care și-au dovedit siguranța și eficacitatea, cel puțin pe termen scurt, în scăderea ponderală la pacienții cu diabet zaharat includ, printre altele, dieta mediteraneană și dieta low-carb;
- D. Progresia prediabetului către diabet zaharat tip 2 poate fi prevenită prin scădere ponderală;
- E. Pentru controlul ponderal este importantă inducerea unui deficit caloric, fără să se țină cont de tipul alimentelor consumate.

IV. NUTRIȚIE ONCOLOGICĂ

239. *Care dintre următoarele reprezintă factori metabolici implicați în etiologia malnutriției la pacientul oncologic:

- A. Modificări metabolice induse de citokine, peptide și hormoni;
- B. Astenia și oboseala accentuate;
- C. Malabsorbția și fistulele digestive;
- D. Factori psihologici, precum depresia;
- E. Mucozita și grețurile post-terapie.

240. *Anorexia la pacientul oncologic este definită ca:

- A. Malabsorbție, obstrucție, fistule, dismotilitate;
- B. Pierderea dorinței de a mânca rezultată din modificări ale mirosului, gustului, apetitului, sațietate precoce, grețurile și vărsăturile;
- C. Scădere ponderală;
- D. Durerea, grețurile, vărsăturile, astenia, mucozita, enterita;
- E. Cașexie neoplazică.

241. *Pierderea ponderală critică este definită ca:

- A. Pierdere continuă de masă musculară cu sau fără pierdere de țesut adipos;
- B. Pierdere ponderală de cel puțin 5% în ultimele 6 luni;
- C. Pierdere ponderală de >2% la un pacient cu un indice de masă corporală (IMC) de < 20 kg/m²;
- D. Pierderea a mai mult de 10% din greutatea inițială în decurs de 6 luni;
- E. Scăderea involuntară cu 5% din greutatea corporală într-un interval de 12 luni.

242. *Despre anorexia-cașexia primară la pacienții oncologici este adevărat:

- A. Nu este determinat direct de modificările metabolice și neuroendocrine neoplazice;
- B. Este determinat de efectele secundare ale terapiei cancerului;
- C. Pacienții la care se suspectează acest sindrom sunt în general subponderali, deși alimentația poate fi corespunzătoare;
- D. Acest sindrom este determinat de efectele secundare ale chimioterapiei cu impact asupra stării de nutriție;
- E. Acest sindrom răspunde la o supraalimentație pe termen scurt.

243. *Efectele secundare ale radioterapiei cu impact asupra stării de nutriție includ următoarele, cu o excepție:

- A. Odinofagia;
- B. Disfagia;
- C. Xerostomia;
- D. Esofagită;
- E. Constipație.

244. *SGA (Subjective Global Assessment) reprezintă:

- A. Un chestionar sau scală analog vizuală/numerică 0-10 pentru evaluarea apetitului;
- B. metodă de a evalua grosimea pliului cutanat;
- C. Un test de imunocompetență bazat pe numărul de limfocite periferice;
- D. Un chestionar standardizat în privința aportului de alimente și simptome subiective precum: modificări ponderale, simptome gastrointestinale, edeme, ascita și statusul de performanță;
- E. metodă validată de a evalua deficitul nutrițional (coilonikia în anemia

feriprivă, cheiloza în deficitul de acid folic, etc).

245. *Obiectivele terapiei nutriționale în cancer se pot realiza prin următoarele, cu o excepție:

- A. Prevenirea și tratamentul efectelor secundare ale tratamentelor oncologice susceptibile să determine malnutriție;
- B. Prevenirea sau combaterea pierderii ponderale;
- C. Creșterea complianței și minimalizarea disconfortului datorat alimentației;
- D. Ameliorarea eficacității terapiei anticanceroase;
- E. Asigurarea unui necesar caloric zilnic de 35 kcal/kg/zi pentru anabolism.

246. *Despre nutriția parenterală este adevărat:

- A. Trebuie limitată doar la pacienții cu malnutriție severă sau la cei la care, postchirurgical trebuie evitată ingestia orală pe o perioadă mai mare de 10 zile;
- B. Menține funcțională mucoasa intestinală;
- C. Menține activitatea enzimatică normală la nivelul vilozităților intestinale;
- D. Păstrează funcția de barieră imună a mucoasei intestinale;
- E. Menține echilibrul mediului bacterian intestinal.

247. *Contraindicațiile nutriției enterale sunt:

- A. Pacienții cu neoplasme curabile, dar care necesită un tratament agresiv care

perturbă temporar tubul digestiv (ex. rezecție intestinală extinsă);

- B. pacientul cu un neoplasm vindecat, dar cu probleme nutriționale reziduale (ex. fistule entero-cutanate);
- C. pacientul cu disfuncții severe gastrointestinale, ocluzie mecanică, fistule intestinale;
- D. pacienții cu malabsorbția severă, vărsături, obstrucție esofagiană de cauze benigne, disfagie severă care nu este controlată prin dietă;
- E. pacienții cu diaree severă sau stomatită cronică asociate chimioterapiei, care conduc la pierdere ponderală.

248. *Despre nutriția parenterală totală (NPT) la pacientul oncologic este fals:

- A. presupune administrarea nutriției pe calea unui cateter venos central ca singură cale practicabilă care poate asigura necesarul energetic zilnic pe termen scurt (2-3 săptămâni);
- B. poate fi benefică la pacienții cu cancer când răspunsul la tratament este favorabil, iar tractul gastro-intestinal nu permite administrarea orală a suportului nutrițional;
- C. Utilizarea NPT trebuie limitată doar la pacienții cu malnutriție severă sau la cei la care, postchirurgical trebuie evitată ingestia orală pe o perioadă mai mare de 10 zile;
- D. NPT este utilizată pentru administrarea suportului nutrițional când alimentația orală nu mai este adecvată, dar funcția gastro-intestinală este normal;
- E. NPT nu influențează boala neoplazică și nu crește supraviețuirea în stadiile terminale.

V. LEGISLAȚIE

249. Despre exercitarea profesiei de dietetician este adevărată următoarea afirmație:

- A. Pentru a exercita profesia de dietetician cu liberă practică, acesta trebuie să devină membru al CDR;
- B. Autorizația de liberă practică se eliberează de către instituțiile de învățământ superior care au program de licență acreditat în specializarea nutriție și dietetică;
- C. Pot exercita profesia de dietetician doar persoanele care dețin o diplomă de masterat în domeniul nutriției și dieteticii (120 de credite);
- D. Autorizația de liberă practică se eliberează și se reînnoiește obligatoriu de către CDR, la un interval de minimum 3 ani;
- E. Exercițarea profesiei de dietetician nu se realizează în forme autonome.

250. Membrii Colegiului Dieteticienilor din România au următoarele obligații, cu excepția:

- A. Să respecte limitele de competență prevăzute de lege, norme, statut și alte reglementări;
- B. Să fie asigurați pentru răspundere civilă profesională;
- C. Să realizeze numărul minim de credite de educație medicală continuă;
- D. Să nu producă prejudicii materiale sau morale Colegiului Dieteticienilor din România, organelor de conducere și membrilor acestuia;
- E. Să dețină o diplomă de masterat în domeniul nutriției și dieteticii (120 de credite).

251. Înscrierea în Colegiul Dieteticienilor din România se face la Colegiul Teritorial:

- A. În a cărui rază urmează să își desfășoare activitatea solicitantul;
- B. În a cărui rază își are domiciliul sau reședința solicitantul;
- C. În care solicitantul a susținut examenul național de dietetician autorizat, indiferent de domiciliu, reședința sau județul în care urmează să își desfășoare activitatea;
- D. În a cărui rază se află instituția de învățământ superior absolvită, indiferent de domiciliu, reședința sau județul în care urmează să își desfășoare activitatea solicitantul;
- E. Dintr-un alt județ, atunci când nu există un colegiu în județul pe teritoriul căruia solicitantul urmează să își desfășoare activitatea profesională;

252. Sesizările împotriva dieteticienilor:

- A. Se depun doar personal, la sediul central al Colegiului Dieteticienilor din România;
- B. Decizia de respingere a sesizării ca inadmisibilă sau tardivă se emite de președintele Colegiului Dieteticienilor din România;
- C. În cazul persoanelor lipsite de capacitate de exercițiu, sesizarea depusă prin reprezentantul legal va fi respinsă prin decizie a consiliului teritorial;
- D. Se depun personal, prin mandatar ori pot fi trimise prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire;
- E. Pot fi făcute doar de persoana vătămată.

253. Sancțiunile disciplinare pe care organele de conducere ale Colegiului Dieteticienilor din România le pot aplica sunt următoarele, cu excepția:

- A. Muștrarea;
- B. Avertismentul;
- C. Suspendarea calității de membru al Colegiului Dieteticienilor din România fără retragerea dreptului de exercitare a profesiei pe perioada respectivă;
- D. Suspendarea calității de membru al Colegiului Dieteticienilor din România și informarea Ministerului Sănătății și a angajatorului cu privire la retragerea dreptului de exercitare a profesiei pe perioada respectivă;
- E. Retragera calității de membru al Colegiului Dieteticienilor din România și informarea Ministerului Sănătății și a angajatorului cu privire la retragerea dreptului de exercitare a profesiei.

254. Referitor la persoanele care pot beneficia de servicii de nutriție și dietetică oferite de dieteticieni sunt adevărate următoarele afirmații:

- A. Includ atât persoane sănătoase, cât și bolnave;
- B. Toate persoanele au acces liber la consilierea și terapia dietetică, conform reglementărilor legislative;
- C. Interesul și drepturile pacienților/beneficiarilor de servicii de nutriție și dietetică stau la baza deciziilor profesionale ale dieteticianului, în limitele competenței profesionale a acestuia;
- D. Beneficiază de confidențialitatea datelor privind starea lor de sănătate;
- E. Niciuna dintre variantele de mai sus.

255. Referitor la soluționarea cazurilor de malpraxis, sunt adevărate afirmațiile:

- A. Analizarea și soluționarea cazurilor de malpraxis se fac de către CDR;
- B. Analizarea și soluționarea cazurilor de malpraxis se face de către Colegiul Medicilor din România sau de Colegiul Farmaciștilor din România;
- C. Membrii CDR au obligația de a răspunde pentru cazurile de malpraxis pe care le-au produs;
- D. Membrii CDR au obligația de a fi asigurați pentru răspundere civilă profesională;
- E. Toate variantele de mai sus.

256. Prin titlu oficial de calificare în nutriție și dietetică, se înțelege:

- A. Diploma de licență în specializarea nutriție și dietetică, eliberată de o instituție de învățământ superior, acreditată în România, pe domeniul sănătate, cu o durată de minimum 3 ani;
- B. Diplomă de studii într-un domeniu legat de sănătatea umană;
- C. Diplomă de licență în specializarea nutriție și dietetică obținută în străinătate și recunoscută sau echivalată în România;
- D. Diplomă de masterat în domeniul sănătate;
- E. Diplomă de absolvire a unui curs de nutriție acreditat.

257. Atribuțiile Colegiului Dieteticienilor din România sunt:

- A. Eliberarea diplomelor de calificare în domeniul nutriției și dieteticii pe teritoriul României;
- B. Asigură respectarea cadrului legal și organizatoric pentru exercitarea profesiei de dietetician;
- C. Instituie un cadru de promovare și dezvoltare a competenței profesionale;
- D. Reprezintă interesele membrilor săi în fața autorităților publice și administrative;
- E. Asigură încadrarea în muncă a tuturor dieteticienilor.

258. Perioada de practică în nutriție și dietetică (stagiul):

- A. Se desfășoară după absolvirea studiilor în specializarea nutriție și dietetică;
- B. Este echivalentă practicii din perioada facultății;
- C. Se desfășoară în instituții publice sau private, inclusiv forme independente de exercitare a profesiei;
- D. Se desfășoară sub supraveghere, pentru dieteticienii licențiați;
- E. Se desfășoară numai sub formă de voluntariat, pentru dieteticienii licențiați.

259. Colegiul Dieteticienilor din România:

- A. Nu poate controla exercitarea profesiei de dietetician, aceasta fiind o profesie liberală;
- B. Inițiază proceduri de cercetare disciplinară în caz de malpraxis;
- C. Stabilește programele analitice și disciplinele de studiu parcurse de dieteticieni în procesul de formare profesională;
- D. Conferă titlul de calificare profesională dieteticienilor;
- E. Poate verifica prescripțiile și indicațiile de dietetică și nutriție emise de dieteticieni.

Grile din normele de aplicare

260. Care dintre următoarele fac parte dintre atribuțiile Colegiul Dieteticienilor din România?

- A. Verificarea, din oficiu sau pe baza sesizărilor beneficiarilor de servicii, a prescripțiilor și indicațiilor de dietetică și nutriție emise de dieteticieni;
- B. Inițierea procedurilor de cercetare disciplinară a dieteticienilor, dacă sunt constatate elemente de malpraxis;
- C. Avizarea formărilor profesionale în nutriție și dietetică;
- D. Colaborarea cu toate instituțiile de învățământ superior de stat și particulare acreditate, care organizează programe de studii universitare în nutriție și dietetică;
- E. Organizarea de programe de studiu de licență de nutriție și dietetică.

261. Care dintre următoarele afirmații referitoare la perioada de practică (stagiul), desfășurată după absolvirea studiilor în specializarea nutriție și dietetică, sunt adevărate?

- A. Numărul total de ore de practică trebuie să fie de cel puțin 1000 de ore;
- B. Perioada de practică (stagiul) va fi organizată de Colegiul Dieteticienilor din România în colaborare cu instituțiile de învățământ superior de stat și particulare acreditate;
- C. Programa perioadei de practică (a stagiului) va fi stabilită de către fiecare absolvent în parte;
- D. Absolvirea perioadei de practică (a stagiului) va fi atestată printr-o adeverință eliberată de angajator;
- E. Absolvirea perioadei de practică (a stagiului) va fi atestată printr-o declarație redactată de absolvent.

262. Care dintre următoarele afirmații despre profesia de dietetician sunt adevărate?

- A.** Profesia de dietetician este o profesie liberală, în domeniul sănătății umane;
- B.** Profesia de dietetician oferă servicii conexe actului medical;
- C.** Profesia de dietetician are ca principal scop asigurarea unei nutriții pentru scădere în greutate;
- D.** Profesia de dietetician urmărește să asigure o stare bună de sănătate;
- E.** Dieteticianul trebuie să dovedească disponibilitate, competență, corectitudine.

263. Care dintre următoarele reprezintă condiții pentru obținerea statutului de dietetician autorizat în România?

- A.** Ca persoana să posede un titlu oficial de calificare în nutriție și dietetică, obținut prin diploma de licență în specializarea nutriție și dietetică, eliberată de o instituție de învățământ superior, acreditată în România, pe domeniul sănătate, cu o durată de minimum 3 ani (180 de credite);
- B.** Ca persoana să aibă calitatea de membru al Colegiul Dieteticienilor din România;
- C.** Ca persoana să aibă calitatea de membru al Colegiului Medicilor din România;
- D.** Ca persoana să posede o diploma de absolvire a unui curs de formare profesională organizat de o instituție care nu este de o instituție de învățământ superior, curs care să aibă o durată de cel puțin 4 săptămâni;
- E.** Ca persoana să dețină o autorizație de liberă practică, eliberată de Colegiul Dieteticienilor din România.

Vă dorim mult succes în profesie!

