



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MIRËQENIES SOCIALE
ZËVENDËSMINISTRI

Nr. 310 Prot.

Tiranë, më 28.04.2026

URDHËR

Nr. 304, datë 28.04. 2026

“PËR MIRATIMIN E UDHËZUESIT TË PRAKTIKËS KLINIKE “PËR TRAJTIMIN HORMONAL TË PERSONAVE TRANSGJINORË”, NË SHËRBIMIN E ENDOKRINOLOGJISË NË QENDRËN SPITALORE UNIVERSITARE “NËNË TEREZA”

Mbështetur në nenin 102, pika 4, të Kushtetutës së Republikës së Shqipërisë, të Ligjit nr. 55/2022 “Për shërbimin spitalor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar, të Ligjit nr. 10 107, datë 30.3.2009 “Për kujdesin shëndetësor në Republikën e Shqipërisë”, të ndryshuar, të Vendimit nr. 36, datë 21.01.2026, të Këshillit të Ministrave “Për financimin e shërbimeve shëndetësore spitalore nga skema e detyrueshme e sigurimeve të kujdesit shëndetësor”, dhe të Urdhrit nr. 589, datë 04.12.2025 “Për caktimin e fushës së përgjegjësisë së Zëvendësministrave të Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale”, si dhe me qëllim trajtimin hormonal të personave transgjnorë,

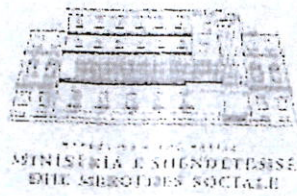
URDHËROJ:

1. Miratimin e Udhëzuesit të Praktikës Klinike “Për trajtimin hormonal të personave transgjnorë” dhe Fletën e pëlqimit të informuar, sipas tekstit bashkëlidhur.
2. Ngarkohen mjekët dhe personeli shëndetësor i shërbimit të Endokrinologjisë në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” për pajisjen, njohjen dhe zbatimin e këtij udhëzuesi.
3. Ngarkohet Drejtoria Qendrore e Operatorit të Shërbimeve të Kujdesit Shëndetësor për njohjen e personelit dhe referimin e personave që kërkojnë trajtim hormonal sipas Udhëzuesit të Praktikës Klinike “Për trajtimin hormonal të personave transgjnorë”.
4. Ngarkohet për zbatimin e këtij udhëzuesi Drejtoria e Përgjithshme e Zhvillimit të Shëndetësisë në Ministrinë e Shëndetësisë dhe Mirëqenies Sociale, Drejtoria e Përgjithshme e Fondit të Sigurimit të Detyrueshëm të Kujdesit Shëndetësor, Drejtoria e Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” dhe Drejtoria Qendrore e Operatorit të Kujdesit Shëndetësor.

Ky urdhër hyn në fuqi menjëherë.

ZËVENDËSMINISTRI

Eugena TOMINI



Udhëzues i Praktikës Klinike

për

Trajtimin Hormonal të Personave Transgjinerë

Protokollet, dozat dhe udhëzimet e monitorimit

Punuar: Shtator 2025

Rishikimi: Sipas nevojës

Përmbajtja

1. Shkurtesat e përdorura
2. Hyrje
3. Target grupi i Udhëzuesit
4. Përdoruesit e Udhëzuesit
5. Parimet për Përfshirjen në Trajtim
6. Trajtimi i të Rriturve Transgjnorë
7. Regjimet Hormonale për Meshkujt Transgjnorë (FTM)
8. Monitorimi Klinik për Meshkujt Transgjnorë
9. Regjimet Hormonale për Gratë Transgjnore (MTF)
10. Monitorimi Klinik për Gratë Transgjnore
11. Rreziqet Mjekësore të Terapisë Hormonale
12. Regjimët Hormonale të Përmbledhura
13. Monitorimi i personave transgjnorë në terapinë hormonale afirmuese gjinore
14. Konkluzion
15. Referencat

Grupi i Punës

Prof. Agron Ylli. Shef i Shërbimit të Endocrinologjisë në QSUNT

Dr. Marjeta Kermaj.

Q.S.U.T. NENE TEREZA
SHEF I SHËRBIMIT TË
ENDOCRINOLOGJISË
PROF. DR. AGRON YLLI

Dr. Marjeta Kermaj

1. Shkurtesat e Përdorura

- FTM: Femër në Mashkull
- MTF: Mashkull në Femër
- IM: Intramuskular
- SC / SQ: Subkutan
- BMD: Densiteti Mineral i Kockave
- E2: Estradiol
- LH: Hormoni Luteinizues
- FSH: Hormoni Folikulo stimulues

2. Hyrje:

Njerëzit transgjnorë dhe të ndryshëm gjnorë përfaqësojnë një grupim individesh të konsiderueshëm dhe në rritje në mbare botën. Është vlerësuar se mbi 1 milion njerëz vetëm në SHBA janë transgjnorë ose të ndryshëm gjnorë. Me ndërgjegjësim dhe pranim më të madh social, një numër në rritje i individëve transgjnorë kerkojne trajtim me hormone që pohojnë gjininë. Trajtimi mjekësor mund të përfshijë vlerësimin e sjelljes, terapinë hormonale dhe kirurgjinë. Këto trajtime janë të vendosura mirë në udhëzimet përkatëse të shoqatave profesionale ndërkombëtare, duke përfshirë Shoqatat Endokrine të bashkë-sponsorizuara nga Shoqata Amerikane e Endokrinologjisë Klinike (AAACE) dhe Shoqata Botërore Profesionale për Shëndetin Transgjnor (WPATH). Udhëzimet aktuale të Shoqatës Endokrine/AAACE rekomandojnë terapinë hormonale.

Trajtimi hormonal nuk rekomandohet për personat me disforizim gjnor/inkongruent para pubertetit. Mund të ketë arsye bindëse për të filluar trajtimin e hormoneve seksuale para moshës 16 vjeç, megjithëse ka përvojë minimale të publikuar për trajtimin e moshës 13,5 deri në 14 vjeç. Për personat e rritur me disforikë/mospërputhje gjnore, klinikistët (së bashku) duhet të kenë ekspertizë në kriteret diagnostike specifike për transgjnor, shëndetin mendor, kujdesin parësor, trajtimin hormonal dhe kirurgjinë, sipas nevojës së pacientit. Sugjerohet mbajtja e niveleve fiziologjike të hormoneve të përshtatshme për gjininë dhe monitorimin për rreziqet dhe komplikimet e njohura. Kur nevojiten doza të larta të steroideve seksuale për të bllokuar steroidet seksuale endogjene dhe/ose në moshë të madhe, mjekët mund të konsiderojnë heqjen kirurgjikale të gonadave natale së bashku me reduktimin e trajtimit me steroid seksual. Klinikistët duhet të monitorojnë si meshkujt transgjnorë (femër në mashkull) ashtu edhe femrat transgjnore (mashkull të femra) për rrezikun e kancerit të organeve riprodhuese kur heqja kirurgjikale është jo e plotë. Për më tepër, mjekët duhet të monitorojnë vazhdimisht efektet negative të steroideve seksuale. Për operacionet që konfirmojnë gjininë tek të rriturit, mjeku kurues duhet të bashkëpunojë dhe të konfirmojë kriteret për trajtimin e përdorur nga mjeku referues. Klinikistët duhet të shmangin dëmtimin e individëve (nëpërmjet trajtimit hormonal) që kanë kushte të tjera përveç disforisë gjnore/mospërputhjes gjnore dhe që mund të mos përfitojnë nga ndryshimet fizike që lidhen me këtë trajtim. Në vend të termit transeksualizëm, sistemi aktual i klasifikimit i Shoqatës Amerikane të Psikiatrisë përdor termin disfori gjnore në diagnostikimin e personave që nuk janë të kënaqur me gjininë e tyre të caktuar. Versioni aktual i ICD-10 i Organizatës Botërore të Shëndetësisë ende përdor termin transeksualizëm kur diagnostikon adoleshentët dhe të rriturit. Megjithatë, për ICD-11, Organizata Botërore e Shëndetësisë ka propozuar përdorimin e termit "mospërputhje gjnore".

3. Target grupi dhe përdoruesit e Udhëzuesit

Të rriturit transgjinorë dhe të ndryshëm gjinorë me identitet gjinor të vazhdueshëm (zakonisht për të cilin ata kanë qenë të vetëdijshëm për të paktën 6 muaj) që nuk përputhet me seksin e regjistruar në lindje, të cilët kërkojnë trajtim, që kanë aftësi për të marrë vendime mjekësore dhe në të cilët mund të adresohen probleme të shëndetit mendor. Përdorues të këtij udhëzuesi janë ekipi i mjekëve specialistë endokrinologë, multidisiplinarë e të tjerë sipas nevojës.

4. Parimet për Përfshirjen në Trajtim

Terapia hormonale që afirmon gjininë është një ndërhyrje mjekësore që bazohet në vlerësimin gjithëpërfshirës të pacientit nga një ekip profesionistësh. Për t'u përfshirë në këtë trajtim, individët duhet të përmbushin disa kriterë bazë të rekomanduara nga shoqatat ndërkombëtare si Endocrine Society, WPATH dhe AACE.

Këto përfshijnë:

- Identitet gjinor i vazhdueshëm për të paktën 6 muaj që nuk përputhet me seksin e regjistruar në lindje.
- Aftësi për të marrë vendime të informuara mjekësore.
- Probleme të shëndetit mendor të adresueshme, nëse ekzistojnë.
- Miratim i pëlqimit të informuar për trajtime pjesërisht të pakthyeshme.

5. Trajtimi i të Rriturve Transgjinorë

Shoqata Botërore Profesionale për Shëndetin Transgjinor këshillon që trajtimi mjekësor duhet të bëhet vetëm pasi të jetë ndërmarrë një vlerësim i plotë psikosocial nga një klinikist me përvojë në këtë fushë. Pëlqimi i informuar duhet të merret nga pacienti. Trajtimi standard tek të rriturit bazohet në një trajtim hormonal që afirmon gjininë. Ky është testosteroni për kalimin femër në mashkull dhe estrogjen, i plotësuar nga një anti-androgjen, për kalimin mashkull në femër. Në të dyja gjinitë, ndryshimet fillojnë të shfaqen në muajt e parë të trajtimit dhe zakonisht arrijnë maksimumin pas tre deri në pesë vjet. Fillimi i trajtimit pas pubertetit do të ndryshojë ose regresojë shumë karakteristika seksuale parësore dhe dytësore, por padyshim që disa do të vazhdojnë deri në atë masë sa që disa individë mund të kërkojnë edhe operacione të ricaktimit.

6. Regjimet Hormonale për Meshkujt Transgjinorë (FTM) (nga femra në meshkuj, FTM)

1. Orale

Testosterone undecanoate* 160–240 mg/ditë (Testosterone undecanoate. Tb 40 mg)

2. Parenteralisht (i.m. ose nënlëkurë)

Testosterone enanthate ose cypionate 50-200 mg / javë ose 100-200 mg / 2 javë. (1 ampule Testosterone enantate 250 mg/1 ml ose 250 mg/2 ml, 1 ampule testosterone cypionate 100 mg/1 ml ose 100 mg/2 ml ose 250 mg/1 ml).

Testosterone undecanoate 1000 mg/12 javë. (1 ampule testosterone undecanoate 1000 mg/4 ml)

3. Transdermale

Testosterone 1% xhel 2.5 – 10 g/ditë (1 tubet testosterone 1% (50 mg/5 g) gel.

Patch testosteroni 2,5 – 7,5 mg/ditë (Testosterone 1 patch 2 mg ose 4 mg).

i.m., intramuskular.

7. Monitorimi Klinik për Meshkujt Transgjinorë (FTM) në terapinë hormonale

Monitoroni për efekte virilizuese dhe negative çdo 3 muaj për vitin e parë dhe më pas çdo 6-12 muaj.

Monitoroni testosteronin në serum në vizitat pasuese me një objektiv praktik në intervalin mashkullor (300 – 1000 ng/dl). Nivelet maksimale për pacientët që marrin testosterone parenteral mund të maten 24 – 48 orë pas injektimit. Nivelet e ulëta mund të maten menjëherë para injektimit.

Monitoroni profilin e hematokritit dhe lipideve përpara se të filloni hormonet dhe në vizitat pasuese.

Ekzaminimi i densitetit mineral kockor (BMD) para fillimit të hormoneve për pacientët në rrezik për osteoporozë. Përndryshe, shqyrtimi mund të fillojë në moshën 60 vjeç ose më herët nëse nivelet e hormoneve seksuale janë vazhdimisht të ulëta.

Pacientët me FTM me qafën e mitrës ose gjoksin duhet të ekzaminohen siç duhet.

8. Regjimet Hormonale për Gratë Transgjinore (MTF) (meshkuj në gra, MTF)

1-Anti-androgjen

Spirolactone 100 – 200 mg/ditë (deri në 400 mg). (1 Tabletë 25 mg ose 50 mg ose 100 mg).

Cyproterone acetatea 50-100 mg/ditë (1 tablete 10 mg, 50 mg dhe 100 mg).

Agonistët GnRH 3.75 mg nënlëkuror çdo muaj. Ekzistojne disa opsione 1-Leuprorelina Acetate (Depot) ne disa forme doza 3.75 mg në 1 mL (çlirim gradual për 1 muaj) ose 11.25 mg në 3 mL (çlirim gradual për 3 muaj) ose 22.5 mg në 3 mL (çlirim gradual për 6 muaj). 2-

Goserelin Acetate (Depot) ne disa forme doza 3.6 mg në 1 mL (çlirim gradual për 1 muaj) ose 10.8 mg në 3 mL (çlirim gradual për 3 muaj) ose 21.6 mg në 6 mL (çlirim gradual për 6 muaj).
3- Triptoreline (Depot) ne disa forme doza 3.75 mg në 1 mL (çlirim gradual për 1 muaj) ose 11.25 mg në 3 mL (çlirim gradual për 3 muaj) ose 22.5 mg në 3 mL (çlirim gradual për 6 muaj).

2-Estrogjeni oral

Estrogjene të konjuguara nga goja 2,5-7,5 mg/ditë. psh Estrogjeni i konjuguar ekziston ne disa forme doza si 0.3 mg ose 0.45 mg ose 0.625 mg ose 0.9 mg ose 1.25 mg.

Oral 17-beta estradiol 2–6 mg/ditë (1 tablete 1 mg ose 2 mg ose 4 mg).

3-Estrogjeni parenteral

Estradiol valerate 5–20 mg i.m./2 javë (1 ampule 10 mg/ml ose 20 mg/ml ose 40 mg/ml) ose cypionate 2–10 mg i.m./javë (1 ampule 10 mg/ml ose 50 mg/ml).

4-Estrogjen transdermal

Patch estradiolit 0,1–0,4 mg/2X javë (forme dozat Estradiol 0.025 mg/24h ose Estradiol 0.05 mg/24h ose Estradiol 0.075 mg/24h (patch transdermal) ose Estradiol 0.1 mg/24h) zakonisht nje patch transdermal mbahet per 2 deri 3 dite.

(i.m., Intramuskular; MTF, mashkull në femër. a Nuk disponohet në SHBA).

10. Monitorimi Klinik për Gratë Transgjimore (MTF) në terapinë hormonale:

Monitoroni për feminizimin dhe efektet anësore çdo 3 muaj për vitin e parë dhe më pas çdo 6-12 muaj.

Monitoroni testosteronin dhe estradiolin në serum në vizitat pasuese me një objektiv praktik në intervalin femëror (testosteroni 30 – 100 ng/dl; E2 <200 pg/ml).

Monitoroni prolaktinën dhe trigliceridet përpara se të filloni hormonet dhe në vizitat pasuese.

Monitoroni nivelet e kaliumit nëse pacienti po merr spironolactone.

Ekzaminimi i BMD para fillimit të hormoneve për pacientët në rrezik për osteoporozë. Përndryshe, filloni skrinimin në moshën ≤ 60 vjeç nëse nivelet e hormoneve seksuale janë vazhdimisht të ulëta.

Pacientët me MTF duhet të kontrollohen në mënyrë të përshtatshme për kancerin e gjirit dhe prostatës.

11. Rreziqet Mjekësore të Terapisë Hormonale

Femra transgjimore: estrogjeni

Rrezikshumë i lartë i pasojave negative:

- Sëmundja tromboembolike

Rreziku i moderuar i pasojave negative:

- Makroprolaktinoma
- Kanceri i gjirit
- Sëmundje e arteries koronare
- Sëmundje cerebrovaskulare
- Kolelitiaza
- Hipertriglicridemia

Mashkulli transgjisor: testosterone

Rrezik shumë i lartë i pasojave negative:

- Eritrocitoza (hematokrit > 50%)

Rreziku i moderuar i pasojave negative:

- Mosfunksionim i rëndë i mëlçisë (transaminazave > trefishi i kufirit të sipërm të normales)
- Sëmundjet e arteries koronare
- Sëmundje cerebrovaskulare
- Hipertensioni
- Kanceri i gjirit ose i mitrës

12. Regjimet Hormonale të Përmbledhura

A. Femra transgjimore

Estrogjeni

Orale

Estradiol 2,0-6,0 mg/d

Transdermale

Patch transdermal estradiol 0.025-0.2 mg/d

(Patch i ri vendoset çdo 3-5 ditë)

Parenteral

Estradiol valerate ose cypionate 5-30 mg IM çdo 2 javë

2-10 mg IM çdojavë

Anti-androgjenet

Spirolakton 100-300 mg/d

Cyproteroneacetateb 25-50 mg/d

Agonist GnRH 3.75 mg SQ (SC) çdo muaj

11,25 mg SQ (SC) 3-mujore

B. Meshkujt transgjnorë

Testosteroni

Testosteroni parenteral

Testosterone enanthate ose cypionate 100-200 mg SQ (IM) çdo 2 javë ose SQ (SC) 50% në javë

Testosterone undekanoatek 1000 mg çdo 12 javë

Testosteron itransdermal

Xhel testosteroni 1.6% d 50-100 mg/d

Patch transdermale e testosteronit 2,5-7,5 mg/d

Meshkujt transgjnorë: Ndryshimet fizike që priten të ndodhin gjatë 1 derinë 6 muajt e parë të terapisë me testostosterone përfshijnë ndërprerjen e menstruacioneve, rritjen e dëshirës seksuale, rritjen e qimeve të fytyrës dhe trupit, rritjen e yndyrshmërisë së lëkurës, rritjen e muskujve dhe rishpërndarjen e masës dhjamore. Ndryshimet që ndodhin brenda vitit të parë të terapisë me testostosterone përfshijnë thellimin e zërit, klitoromegalinë dhe rënien e flokëve të modelit mashkullor (në disa raste)

Efektet maskulinizuese te meshkujt transgjnorë. Maksimumi i fillimit të efektit

Lëkura yndyrore/akne 1-6 muajderi 1-2 vjet
Rritja e qimeve në fytyrë/trup 6-12 muajderi 4-5 vjet
Rënia e flokëve të kokës 6-12 muaj —panjohur
Rritje e masës/forcës së muskujve 6-12 muajderi 2-5 vjet
Rishpërndarja e yndyrës 1-6 muajderi 2-5 vjet
Ndërprerja e menstruacioneve 1-6 muaj - b
Zgjerimi i klitorit 1-6 muajderi 1-2 vjet
Atrofi vaginale 1-6 muajderi 1-2 vjet
Thellimi i zërit 6-12 muajderi 1-2 vjet

Femrat transgjimore: Ndryshimet fizike që mund të ndodhin tek femrat transgjimore në 3 deri në 12 muajt e parë të terapisë me estrogjen dhe antiandrogjen përfshijnë uljen e dëshirës seksuale, uljen e ereksioneve spontane, uljen e qimeve të fytyrës dhe trupit (zakonisht të lehta), uljen e yndyrës së lëkurës, rritjen e rritjes së indeve të gjirit dhe rishpërndarja e masës yndyrore. Zhvillimi i gjirit në për gjithësi është maksimal në 2 vjet pas fillimit të hormoneve. Për një periudhë të gjatë kohore, gjëndra e prostatës dhe testikujt do të pësojnë atrofi.

Efektet feminizuese tek femrat transgjimore. Maksimumi i fillimit të efektit:

Rishpërndarja e yndyrës trupore 3-6 muaj deri 2-3 vjet
Ulje e masës dhe forcës së muskujve 3-6 muaj deri 1-2 vjet
Zbutje e lëkurës/ulje yndyrore 3-6 muaj deri E panjohur
Ulje e dëshirës seksuale 1-3 muaj deri 3-6 muaj
Ulje e ereksioneve spontane 1-3 muaj deri 3-6 muaj

Disfunksioni seksual mashkullor. Variable

Rritja e gjirit- 3-6 muajderi 2-3 vjet
Zvogëlimi i vëllimit të testikutit- 3-6 muaj deri 2-3 vjet
Ulje e prodhimit të spermës- E panjohurderi >3 vjet
Ulje e rritjes terminale të flokëve- 6-12 muajderi > 3 vjet
Flokët e kokës -Variable - b

Ndryshimet e zerit -Asnje - c

Heqja e plote e qimeve seksuale mashkullore kërkon elektrolize ose trajtim me laze rose te dyja. b- humbja familjare e flokëve të kokës, mund të ndodhë nëse estrogenet ndërpriten. c- trajtimi nga specialistët e të folurit është më efektiv).

Faza 2 (afirmimi i gjinisë). Trajtimi me hormone që konfirmon gjininë përfshin futjen e estrogenit ose testosteronit për të zhvilluar karakteristikat sekondare seksuale të gjinisë së preferuar dhe për të minimizuar ato të gjinisë së lindjes. Koha varet nga pjekuria njohëse e adoleshentit dhe aftësia e tij për të pranuar efektet potencialisht të pakthyeshme të trajtimit. Vlerësimi i kësaj është kompleks dhe kërkon bashkëpunimin e plotë të adoleshentit, familjes së tij dhe ekipit të trajtimit. Duhet gjithashtu të merren parasysh ndikimet e mundshme të vonesës së trajtimit në shëndetin dhe funksionimin social të fëmijës.

Meshkujt transgjnorë: Çështjet kryesore përfshijnë mbajtjen e niveleve të testosteronit në intervalin fiziologjik normal mashkullor dhe shmangien e ngjarjeve negative që rezultojnë nga terapia e tepërt e testosteronit, veçanërisht eritrocitoza, apnea e gjumit, hipertensioni, shtimi i tepërt i peshës, mbajtja e kripës, ndryshimet e lipideve dhe aknet e tepërta ose cistike.

Monitorimi i personave transgjnorë në terapinë hormonale afirmuese gjinore:

Meshkuj transgjnorë

1. Vlerësoni pacientin çdo 3 muaj në vitin e parë dhe më pas një deri në dy herë në vit për të monitoruar për shenjat e dubura të virilizimit dhe zhvillimin e reaksioneve anësore.
2. Matni testosteronin në serum çdo 3 muaj derisa nivelet të jenë në intervalin normal fiziologjik mashkullor:
 - a. Për injeksionet e testosteronit enanthate/cypionate, niveli i testosteronit duhet të matet në mes të injeksioneve. Niveli i synuar është 400–700 ng/dL deri në 400 ng/dL. Përndryshe, matni nivelet maksimale dhe të ulëta për të siguruar që nivelet të mbeten në intervalin normal të meshkujve.
 - b. Për testosteronin undecanoate parenteral, testosteroni duhet të matet pak para injektimit të mëposhtëm. Nëse niveli është <400 ng/dL, rregulloni intervalin e dozimit.
 - c. Për testosteronin transdermal, niveli i testosteronit mund të matet jo më shpejt se pas 1 javë aplikimi ditor (të paktën 2 orë pas aplikimit).
3. Matni hematokritin ose hemoglobinën në fillim dhe çdo 3 muaj për vitin e parë dhe më pas një deri në dy herë në vit. Monitoroni peshën, presionin e gjakut dhe lipidet në intervale të rregullta.

4. Ekzaminimi për osteoporozën duhet të bëhet tek ata që ndalojnë trajtimin me testosteronë, nuk janë në përputhje me terapinë hormonale ose që zhvillojnë rreziqe për humbjen e kockave.
5. Nëse indi i qafës së mitrës është i pranishëm, monitorimi siç rekomandohet nga Kolegji Amerikan i Obstetërve dhe Gjinekologëve.
6. Ovariectomia mund të konsiderohet pas përfundimit të tranzicionit hormonal.
7. Kryeni ekzaminime vjetore nën dhe periareolare të gjirit nëse kryhet mastektomia. Nëse mastektomia nuk kryhet, atëherë merrni parasysh mamografitë siç rekomandohet nga Shoqata Amerikane e Kancerit.

Femrat transgjimore: Çështjet kryesore përfshijnë shmangien e dozave suprafiziologjike ose niveleve të estrogjenit në gjak që mund të çojnë në rritjen e rrezikut për sëmundje tromboembolike, mosfunksionim të mëlçisë dhe hipertension. Klinikistët duhet të monitorojnë nivelet e estradiolit në serum duke përdorur laboratorë që marrin pjesë në kontrollin e jashtëm të cilësisë, pasi matjet e estradiolit në gjak mund të jenë shumë sfiduese .

13. Monitorimi i personave transgjimorë në terapinë hormonale afirmuese gjimore:

Femër transgjimore

1. Vlerësoni pacientin çdo 3 muaj në vitin e parë dhe më pas një deri në dy herë në vit për të monitoruar për shenjat e dhura të feminizimit dhe për zhvillimin e reaksioneve anësore.
2. Matni testosteronin dhe estradiolin në serum çdo 3 muaj.
 - a. Nivelet e testosteronit në serum duhet të jenë <50 ng/dL.
 - b. Estradioli i serumit nuk duhet të kalojë kufirin fiziologjik të pikut: 100-200 pg/mL.
3. Për individët që marrin spironolactone, elektrolitet e serumit, veçanërisht kaliumi, duhet të monitorohen çdo 3 muaj në vitin e parë dhe çdo vit më pas.
4. Rekomandohet kontrolli rutinë i kancerit, si tek individët jotransgjimorë (të gjitha indet janë të pranishme).
5. Merrni parasysh tëstimin e BMD në bazë. Tek individët me rrezik të ulët, kontrolli për osteoporozën duhet të bëhet në moshën 60 vjeç ose në ata që nuk janë në përputhje me terapinë hormonale.

14. Konkluzion

Terapia hormonale që afirmon gjininë në pacientët transgjimorë ndjek parime të njëllojshme me trajtimin e grave në postmenopauzë dhe burrave hipogonadalë. Është i sigurt nëse monitorohet në mënyrë të përshtatshme dhe jepet me vëmendje ndaj kujdesit holistik të pacientit. Kujdesi i

specializuar aktualisht është i kufizuar dhe kryesisht i përqendruar në qendrat metropolitane. Një mjek i përgjithshëm mbështetës me njohuri në këtë fushë është i paçmuar për kujdesin e vazhdueshëm të pacientëve transgjinerë.

15.Referencat

1. Practical Guidelines for Transgender Hormone Treatment, 2013 Progress on the road to better medical care for transgender patients. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity* 20(6): 553-558.
2. Clinical practice guidelines for transsexual, transgender and gender diverse minors *Annals of Pediatrics (English Edition)* Volume 96, Issue 4, April 2022, Pages 349.e1-349.e11
3. Prescribing for transgender patients 2019 Feb; 42(1): 10–13. Published online 2019 Feb 1. doi: ,PMCID: PMC6370611, PMID:
4. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Volume 102, Issue 11, 1 November 2017, Pages 386-3903, Published: 13 September 2017.
5. AACE Position Statement: Transgender and Gender Diverse Patients and the Endocrine Community March 7, 2022

FLETË PËLQIMI I INFORMUAR

Për trajtimin hormonal tek personat transgjinorë.

1. Qëllimi i trajtimit

Trajtimi hormonal përdoret për të induktuar karakteristika fizike që përputhen me identitetin gjinor të pacientit. Terapia realizohet sipas udhëzuesve klinikë ndërkombëtarë dhe kërkon monitorim të rregullt mjekësor nga mjeku endokrinolog.

2. Ndryshimet e pritshme nga terapia hormonale

Pacienti është informuar se trajtimi hormonal mund të shkaktojë ndryshime fizike progresive, përfshirë: ndryshime në shpërndarjen e yndyrës trupore, zhvillim gjoksi ose ndryshime të qimeve trupore, ndryshime të zërit dhe karakteristikave seksuale sekondare sipas llojit të terapisë. Disa ndryshime janë të kthyeshme, ndërsa të tjera janë pjesërisht ose plotësisht të pakthyeshme.

3. Rreziqet dhe efektet anësore të mundshme

Pacienti është informuar për rreziqet potenciale, përfshirë por pa u kufizuar në: rritje të rrezikut tromboembolik, ndryshime metabolike dhe kardiovaskulare, çrregullime të funksionit hepatic, ndryshime të humorit ose libido-s, si dhe efekte të tjera individuale që kërkojnë monitorim periodik laboratorik dhe klinik.

4. Fertiliteti

Pacienti është informuar se terapia hormonale mund të ndikojë negativisht ose në mënyrë të përhershme në fertilitet. Janë diskutuar opsionet e ruajtjes së fertilitetit përpara fillimit të trajtimit.

5. Alternativat dhe e drejta për ndërprerje

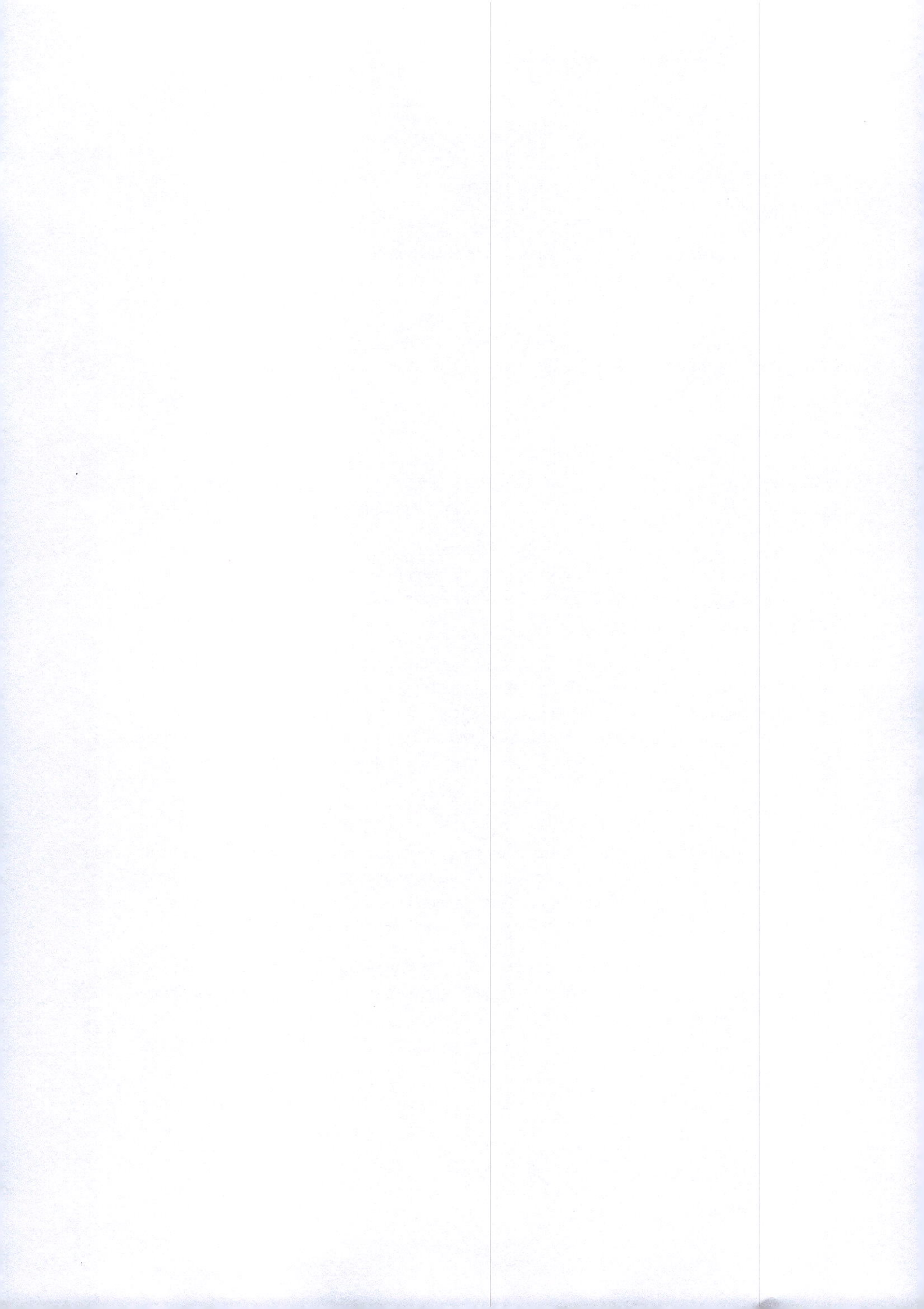
Pacienti është informuar se trajtimi është vullnetar dhe mund të refuzohet ose ndërpritet në çdo moment. Ndërprerja e trajtimit mund të mos rikthejë plotësisht disa ndryshime fizike.

6. Vlerësimi multidisiplinar

Trajtimi realizohet në kuadër të një vlerësimi multidisiplinar, sipas rekomandimeve të specialistëve përkatës të shëndetit mendor dhe udhëzuesve klinikë ndërkombëtarë.

7. Deklarata e pëlqimit

Deklaroj se kam marrë informacion të mjaftueshëm mbi përfitimet, rreziqet dhe alternativat e trajtimit hormonal, kam pasur mundësi të bëj pyetje dhe kam marrë përgjigje të kuptueshme. Pranoj të filloj trajtimin hormonal sipas rekomandimit mjekësor.



Pacienti: _____ Data: _____

Mjeku Endokrinolog: _____

Referenca

1. Coleman E, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 (WPATH SOC-8). International Journal of Transgender Health, 2022.
2. Hembree WC, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab, 2017.
3. T'Sjoen G, Arcelus J, Gooren L, Klink DT, Tangpricha V. Endocrinology of transgender medicine. Endocrine Reviews. 2019;40(1):97–117. doi: 10.1210/er.2018-00011