Opis proceduri generale

001 Prelucrarea sanitara a pacientilor la internare.docx
002 Procedura de triaj epidemiologic.docx
003 Traseul pacientului.docx
004 Procedura ambulatoriu integrat.docx
005 Proceduri privind spitalizarea de zi.docx
006 Proceduri de triaj urgente.docx
007 Protocol pentru pacient agitatie psihomotorie.docx
008 Procedura conditii speciale instabilitate.docx
009 Procedura de eliberare medicatie din aparat urgenta.docx
010 Protocol resuscitarea cardiorespiratorie.docx
011 Protocol - Tratament in urgente.docx
012 Trusa de urgente.docx
013 Proceduri si investigații în angina pectorala.docx
016 Protocol de informare prelucrare date cu caracter personal.docx
017 Procedura de informare-consimtamant.docx
018 Procedura obtinere consimtamant-pacient fara discernamant.docx
025 Procedura recuperare post avc.docx
030 Procedura consulturi interdiscplinare.docx
031 Procedura consultatie cardiologica.docx
032 Procedura de consultaţie medicala.docx
033 Procedura de efectuare a EKG.docx
034 Protocol progresiv diagnostic.docx
035 Procedura privind limitele de competenta-alte boli.docx
036 Procedura informarea pacientului asupra refuz tratament.docx
037 Procedura de ingrijire si tratament paliativ.docx
038 Procedura de prescriere antibiotice.docx
039 Procedura de terapie a durerii.docx
040 Protocol alimentatie parenterala.docx
041 Procedura mobilizare a pacientului.docx
042 Procedura investigatii.docx
043 Procedura neinceperea procedurilor de resuscitare.docx
045 Set analize uzuale+pret crscut.docx
046 Regulament prescriere explorari funcționale pret crescut.docx
047 Procedura de prevenire sau ingrijire escare.docx
048 Procedura de calcul pentru asigurarea necesarului zilnic de calorii.docx
049 Protocol colaborare servicii la domiciliu.docx
050 Procedura de utilizare a concentratorului oxigen.doc
051 Protocol prescriere medicamente pret crescut.docx
052 Procedura de transfer si transmitere dosar pacient.docx
053 Procedura externarea pacientilor.docx
054 Procedura externare pacient decedat.docx
055 Procedura de scutire de autopsie.docx
056 Procedura transfer interclinic+pacient critic.docx
057 Proceduri urmarire pacient ambulatoriu.docx
058 Procedura transport ambulanta spitalului.docx
069 Procedura - Accesul pacientului la informatia medicala.docx
070 Protocol de informare prelucrare date cu caracter personal.docx
071 Procedura transmiterea FOCG membrii echipei multidisciplinare.docx
072 Procedura completare FOCG-FSZ.docx
073 Procedura de pastrare a FOCG.docx
074 Procedura de Gestiune a FOCG.docx
075 Procedura accesul la FOCG-persoane desemnate.docx
076 Procedura acces la FOCG, eliberare FOCG.docx
077 Regulament accesare FOCG arhiva.docx
078 Procedura acces in interes stiintiic la date arhivate.docx
079 Regulament de transmitere a datelor intre spitale.docx

080 Procedura de pastrare a confidentialitatii.docx
081 Procedura pastrarea confidentialitatii pac. HIV.docx
082 Proceduri acces si utilizare date pacienti.docx
083 Procedura Studii clinice.docx
084 Masuri Protejare date caracter personal.docx
085 Procedura privind pastrarea demnității si intimității-scop didactic.docx
090 Procedura de acces personal si vizitatori.docx
091 Proceduri de constituire si intrunire comisii medicale multidisciplinare.docx
092 Sistem de evaluare protocoale de ingrijiri, ghiduri terapeutice.docx
093 Procedura operationala comunicare interna-externa.docx
094 Procedura garzi la domiciliu.docx
095 Contentie procedura.docx
096 Procedura contravizita.docx
097 Procedura in caz de deces a pcientului internat.docx
098 Procedură program garda.docx
099 Comunicarea în situatii de criza sociala.docx
120 Tipul de informatii-pacient ce pot fi transmise telefonic.docx
140 Procedura de organizare radiologie.docx
141 Procedura ecografie.docx
142 Procedura conditii de mediu in radiologie.docx
143 Procedura de radioprotectie.docx
144 Procedura de securitate radiologica.docx
145 Regulament securitate gravida.docx
146 Procedura de pregatire pacient RX.docx
147 Procedura de circuit a pacientilor pt imagistica.docx
148 Procedura activitati radiologie.docx
149 Procedura Conditii de mediu si gestiune deseuri in radiologie.docx
150 Procedura asepsie.docx
151 Protocol curatenie saloane dupa externare.docx
152 Proceduri spalatorie.docx
153 Procedura generala de igenizare.docx
154 Protocul dezinfectie borcane probe alim..docx
155 Protocol dezinfectie ustensile oficiu.docx
156 Protocol de curatenie dezinfectie bloc alim.docx
157 Protocol curatenie oficii alimentare.docx
158 Procedura de curatenie a frigiderelor.docx
159 Procedura de curatenie a coridoarelor.docx
160 Procedura de curatare a grupurilor sanitare.docx
161 Procedura curatenie saloane.docx
162 Procedura privind pregatirea instrumentarului in vederea sterilizarii.docx
163 Protocol curatenie sali de tratament.docx
164 Protocol curatenie grupuri sanitare, ploscar.docx
165 Procedura igienizare lifturi-brancarde.docx
166 Protocol schimbare lenjerie.docx
167 Protocoale de curatenie si dezinfectie.docx
168 Procedura de schimbare barbotoare.docx
170 Tehnica igiena mainii.docx
171 Protocol utilizare lampa bactericida UV.docx
172 Procedura de instituire a carantinei.docx
173 Protocol de prev. si combatere vectori.docx
174 Plan de reducere a riscului infectios.docx
175 Protocoale de curatenie si dezinfectie.docx
180 Procedura interventie in cazul expunerii la produse biologice.docx
181 Procedura de colectare-reducere deseuri medicale.docx
182 Protocol curatenie echipamente.docx
183 Protocol sterilizare cu aer cald.docx
184 Procedura sterilizare cu abur sub presiune.docx
185 Protocol indicatori de sterilizare.docx

186 Procedura determinare aeromicroflora reziduala.docx
187 Procedura de precautiuni prevenire IN.docx
188 Procedura operationala comunicare IN.docx
189 Metodologia supraveghere IN -sistem sentinela - rezistenta microbiana.docx
190 Procedura de control a meniurilor si hranei.docx
200x Procedura de luare a bunurilor in gestiune.docx
201x Procedura de control gestiune intrari iesiri stocuri.docx
202x Procedura de control gestiune intrari iesiri imobilizari.docx
203x Procedura controlul gestiunii.docx
205x Protocol predare obiecte personale-garderoba.docx
206x Procedura de rambursare cheltuiala pacient.docx
207x Procedura casare mijloace fixe si obiecte.docx
208x Procedura de aprovizionare mat. san. sectii.docx
209x Sistem de evaluare parteneriate.docx
210 Procedura - punere in aplicare a deciziei Colegiului Medicilor-Asistenților.docx
220 Procedura operationala arhivare.docx
221 Procedura de circuit a documentelor.docx
222 Achizitii.docx
223 Prevenirea scurgerilor de informatii.docx
224 Procedura Intretinere cladiri.docx
228 Procedura intretinere instalatiile electrice.docx
229 Protocol de Interventie rapida deteriorare echipamente.docx
230 Masuri pentru riscuri utilizare aparate medicale.docx
231 Procedura prevenirea riscurilor.docx
232 Procedura intretinere instalatii sanitare.docx
233 Procedura protectia personalului ce manipuleaza substante volatile si a celor periculoase.docx
234 Procedura in caz de dezastre.docx
236 Procedura de evacuarea pacientiilor la incendiu.docx
237 Protocol curatenie ECG, Ecograf.docx
240 Protocoale pe tipuri de transport.docx
300 Procedura situatii criza-management conflicte.docx
301 Procedura petitii.docx
303 Metodologie distribuire-colectare chestionare pacienti si angajati.docx
304 Procedura de analiza a satisfactiei personalului- pacientului.docx
305 Procedura de conciliere.docx
306 Procedura comisie arbitraj.docx
350 Procedura-operationala cercetare disciplinara.docx
351 Procedura integrare noi angajati.docx
352 Sistem de de organizare schimbare a turelor.docx
353 Procedura de promovare in grade sau trepte.docx
354 Procedura acces date personale angajat.docx
355 Procedura completare dosar personal.docx
356 Procedura intocmirea statului de plata.docx
357 Procedura acte angajare.docx
358 Procedura evaluarea posturilor.docx
359 Procedura intocmire fise post.docx
360 Procedura acordare CO.docx
409 Procedura de lucru privind accesul mass-media.docx

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA PRIVIND PRELUCRAREA SANITARA A PACIENTILOR LA INTERNARE**	**01** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediției** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele și Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

DEFINITIE:

· Igienizarea pacienților înainte de a ajunge în salon(daca starea lor de sănătate permite acest lucru)

MATERIALE NECESARE:

· Apa potabila calda și rece
· Săpun lichid
· Foarfeca, pieptene,alcool sanitar
· Prosop,
· Lenjerie de corp
· Huse pentru hainele personale ale pacienților
· Umerașe, saci menajeri
· Insecticid pulbere și crema pentru a realiza deparazitarea , la nevoie
· Mănuși de latex ,nesterile
· Masca de protecție faciala
· Soluție dezinfectanta pentru dezinfecția suprafețelor ce au venit în contact cu pacientul în timpul igienizării

TEHNICA DE LUCRU:

· Infirmiera împreuna cu brancardierul ,ambii echipați corespunzător (halat de protecție,mănuși de latex nesterile,masca de protecție faciala)
· După consultul medical,triajul epidemiologic și întocmirea FO ,pacientul este condus către “unitatea de igienizare”
· Daca pacientul prezintă pediculoza(păduchi de corp ,păduchi de cap) se impune inițial deparazitare, apoi îmbăierea acestuia
· Deparazitarea presupune(tundere, pieptănarea cu un pieptăn des ,aplicarea unui insecticid corespunzător)
· Se realizează deparazitarea atât a pacientului cat și a hainelor sale personale

- deparazitarea se continua și pe secție la un interval de 2 zile
- după igienizare pacientul se îmbracă în lenjeria de spital
- hainele personale ale pacienților sunt puse pe umeraș ,intr-o husa și depozitate la garderoba (fiecare husa are atașata cate o eticheta cu numele și prenumele pacientului și articolele pe care acesta le deține)
- excepție fac cele foarte murdare sau care necesita deparazitare care mai întâi sunt puse intr-un sac și duse la spălătorie pentru a fi supuse procesului de spălare, uscare și calcare
- obiectele de valoare(bani, verigheta)se preiau pe baza de proces verbal de către asistenta șefa din secția unde a fost repartizat pacientul
- pacientul după ce a fost îmbrăcat în lenjeria de spital este însoțit de infirmiera pana la patul repartizat din secția respective
- deplasarea pan ape secție se poate face cu sau fără căruciorul mobil,dar obligatoriu cu liftul

RESPONSABILI:
- infirmiera
- brancardier

VERIFICA:
- asistenta șefa

CONTROLEAZA:
- medic CPCIN

PARTICULARITATI:
- daca starea de sănătate a pacientului nu permite igienizarea aceasta se amână pana la stabilizarea acestuia
- mobilizarea pacientului se va realiza ținând cont de recomandarea medicului curant
- igienizarea se va realiza parțial fără mobilizarea în exces a pacientului

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**TRIAJ EPIDEMIOLOGIC AL PACIENTILOR**	**02** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/1**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

DEFINITIE:

Izolarea pacientilor cu afectiuni acute respiratorii,digestive si cutanate ce pot constitui sursa de infectie pentru ceilalti internati dar si pentru personalul medico-sanitar

MATERIALE NECESARE:

- Registru de triaj epidemiologic
- Manusi de latex nesterile
- Masca de protectie faciala

TEHNICA DE LUCRU:

- Este componenta importanta in procedura de internare a pacientilor
- Este realizat de medicul care consulta/interneaza pacientul
- Medicul este cel care decide internarea ,aminarea sau transferul la o sectie de boli infectioase in functie de afectiunea de baza si manifestarile clinice suprapuse acesteia
- Daca in urma triajului epidemiologic sunt identificate simptome ce pot constitui sursa de infectie in declansarea unei epidemii se impune izolare

RESPONSABILI:

- Asistentii de salon
- MEDICII CURANTI

CONTROLEAZA

- DIRECTOR MEDICAL
- MEDIC CPCIN

PARTICULARITATI:

- afectiune acuta indiferent de localizare poate avea urmari grave pe un organism tarat si in conditii de spitalizare, de aici importanta acestui triaj epidemiologic

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedură are drept scop descrierea traseului parcurs de pacient de la internarea pana la externarea acestuia in cadrul spitalului, atat in internarea continua, cat si in internarea de zi..

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secţiile si compartimentele de cu paturi ale spitalului si in compartimentul de internare de zi.

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Reglementarea modului miscare a pacientului in cadrul spitalului.

Evitarea contaminarii sau contactarii unor afectiuni intraspitalicesti, dar si raspandirea acestora.

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

Legea nr.46/2003, privind drepturile paicnetului

Ordinul MS nr.914, privind obtinerea autorizatiei de functionare

Legea nr.95/2006, privind reforma in sanatate

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = medic curant, asistenta medicala

6.2 Echipa de proces = medicul curant + asistenta de salon + medicul sef de sectie + asistenta sefa de sectie

7. DESCRIEREA PROCESULUI

Funcţionarea unui spital, reprezintă din punct de vedere sanitaro-epidemic, asigurarea tuturor spaţiilor necesare activităţii medicale şi gospodăreşti, îmbinate în circuite funcţionale separate pentru diferitele activităţi.

Acesta include spatiile destinate serviciului de internare, spitalizare si externare.

Serviciul de internari cuprinde ambulatoriul de specialitate cu cabinetele de consultatii si spatiul necesar prelucrarii sanitare: magazia de rufe curate, spatiul pentru colectarea lenjeriei utilizate si garderoba pentru depozitarea echipamentului bolnavilor. Echipamentul bolnavului se introduce in huse de protectie.

Serviciul de prelucrare sanitara ar trebui sa mai cuprinda si cabine de baie, materiale dezinfectante si dezinsectizante, iar in spatiul de dezechipare sa se faca controlul sanitar al persoanelor la care se apreciaza ca este cazul, luandu-se masuri de prelucrare sanitara la nevoie.

Acest mod de organizare a unui serviciu de internari are la baza criteriul epidemiologic de evitare la maximum a contaminarii mediului din interiorul acestui serviciu, a difuzarii germenilor si de evitare a producerii unor IN.

Serviciul de spitalizare propriu-zis: saloanele sunt separate pentru cazurile septice si aseptice in sectiile de chirurgie si obstetrica, iar in sectia de pediatrie exista saloane distincte pentru afectiunile respiratorii si digestive pe grupe de varsta: sugari, prescolari si scolari. Organizarea saloanelor respecta normele sanitaro-antiepidemice de spatiu, luminozitate si aerisire, de instalatii sanitare.

Pentru consultul interdisciplinar care necesita deplasarea bolnavului, bolnavul va fi insotit.

Cresterea numarului de internari peste capacitatea unei sectii determina o aglomerare de bolnavi, de personal medico-sanitar insuficient, favorizand contaminarea mediului din salon.

Este asigurat spatiul necesar pentru activitatile aferente ingrijirii bolnavului: sala de tratament, oficiu alimentar si sala de mese, boxe pentru depozitarea de lenjerie curata sau murdara, material de intretinere, substante dezinfectante.

Circuitul bolnavului in internarea continua

STRUCTURA:

- serviciul de internare
- spitalizare (sectia cu patruri)
- Externare (boxe pentru imbracarea bolnavului la externare)

SERVICIU DE INTERNARE:

- Unitatea de intocmire a datelor(spatiu de asteptare,cabinet,grup sanitar separat pe sexe)
- cabinet de consultatii
- unitatea de igienizare care include serviciu de prelucrare sanitara al bolnavului, garderoba Echipamentul bolnavului se introduce in huse de protectie.

Serviciul de prelucrare sanitara:

- cabina de dus
- boxa pentru efectele curate de spital
- trusa de deparazitare a bolnavului(foarfeca ,pieptan,substante deparazitare)
- dezinfectant pentru dezinfectia mecanica si chimica a cabinelor de dus dupa fiecare bolnav si a pavimentului

Acest mod de organizare a unui serviciu de internari are la baza criteriul epidemiologic de evitare a contaminarii mediului din interiorul acestui serviciu, a difuzarii germenilor si de evitare a producerii unor IN.

SPITALIZARE (SECTIA CU PATRURI)

- Organizarea saloanelor trebuie sa respecte normele sanitaro-antiepidemice de spatiu, luminozitate si aerisire, de instalatii sanitare. Cresterea numarului de internari peste capacitatea unei sectii determina o aglomerare de bolnavi, de personal medico-sanitar insuficient, favorizand contaminarea mediului din salon.

- spatiul necesar pentru activitatile aferente ingrijirii bolnavului: sala de tratament, oficiu alimentar si sala de mese, boxe pentru depozitarea de lenjerie curata sau murada, material de intretinere, substante dezinfectante.

Acesta include spatiile destinate serviciului de internare, spitalizare si externarii.

Serviciul de internari cuprinde ambulatoriul de specialitate cu cabinetele de consultatii si spatial necesar prelucrarii sanitare: magazia de rufe curate, spatial pentru colectarea lenjeriei utilizate si garderoba pentru depozitarea echipamentului bolnavilor. Echipamentul bolnavului se introduce in huse de protectie.

Serviciul de prelucrare sanitara ar trebui sa mai cuprinda si cabine de baie, iar in spatial de dezechipare sase faca controlul sanitary al persoanelor la care se apreciaza ca este cazul, luandu-se masuri de prelucrare sanitara la nevoie. Serviciul de prelucrare sanitara ar trebui sa aiba in dotarea sa material dezinfectante si dezinsectizante, efectuand obligatoriu dezinfectia mecanica si chimica a cabinelor de baie dupa fiecare bolnav.acest mod de organizare a unui serviciu de internari are la baza criteriul epidemiologic de evitare ma maximum a contaminarii mediului din interiorul acestui serviciu, a difuzarii germenilor si de evitare a producerii unor IN.

Serviciul de spitalizare propriu-zis: saloanele sunt separate pentru cazurile septic si aseptic in sectiile de chirurgie si obstretica. Organizarea saloanelor respecta normele sanitaro-antiepidemice de spatiu, luminozitate si aerisire, de instalatii sanitare. Cresterea numarului de internari peste capacitatea unei sectii determina o aglomerare de bolnavi, de personal medico-sanitar insufficient, favorizand contaminarea mediului din salon.

De asemenea, este asigurat spatiul necesar pentru activitatile aferente ingrijirii bolnavului: sala de tratament, oficiu alimentar si sala de mese, boxe pentru depozitarea de lenjerie curata sau murada, material de intretinere, substante dezinfectante.

Blocul operator / Sala de nasteri, constituie o unitate complet separata de restul spatiului de spitalizare pentru a se evita riscul unei contaminari in interiorul acestuia. Atat in sectia de chirurgie, cat si de obstetrica-ginecologie, blocul operator are centru de sterilizare propriu.

Din sectia cu pacturi pacientul este insotit permanent in cadrul spitalului conform procedurii, in vederea investigatiilor de laborator sau imagistice, in urma carora se va definitiva diagnostilul paicnetului.

SCHEMA CIRCUIT BOLNAVILOR IN INTERNAREA CONTINUA:

COMPARTIMENT INTERNARI è UNITATE DE IGIENIZARE (PRELUCRARE SANITARA) è GARDEROBA è LIFT è SECTII CU PATURI è AMBULATORIU / LABORATOARE / RADIOLOGIE / EXPLORARI /BLOC OPERATOR è SECTII CU PATURI è GARDEROBA è EXTERNARE

Circuitul pacientului in internarea de zi

COMPARTIMENT INTERNARI è UNITATE / COMPARTIMENT INTERNARE DE ZI è GARDEROBA (echipament de unica folosinta) è COMPARTIMENT INTERNARE DE ZI è AMBULATORIU / LABORATOARE / RADIOLOGIE / EXPLORARI /BLOC OPERATOR è COMPARTIMENT INTERNARE DE ZI è EXTERNARE

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA:** **ACTIVITATEA IN AMBULATORIU INTEGRAT**	**04** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/3**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte Consiliu Medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Procedura are ca scop reglementarea activităților din cadrul Ambulatoriului integrat al ***Spitalului .***

Asigură continuitatea activităţii, inclusiv în condiţiile de fluctuaţie a personalului.

Sprijină auditul şi/ sau alte organisme abilitate în acţiuni de auditare şi/sau control, iar pe manager, în luarea deciziei.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura este aplicată de către personalul angajat in cadrul ambulatoriului integrat al ***Spitalului .***

3. DEFINIŢII ŞI ABREVIERI

Definiţii:

Ambulatoriul integrat al spitalului - reprezintă structura sanitara organizata in cadrul unitarilor sanitare cu paturi, prin care se asigura asistenta medicala ambulatorie si care are in structura, cabinete medicale de specialitate care au corespondent in specialitățile secțiilor si compartimentelor cu paturi, precum si cabinete medicale in alte specialități, după caz, pentru a asigura o asistenta medicala complexa.

4.DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- SR EN ISO 19011: 2002 – Ghid pt. auditarea sistemelor de management al calităţii şi/sau de mediu
- SR EN ISO 9000:2006 – „Sisteme de Management al Calităţii. Principii esenţiale şi vocabular.”
- SR EN ISO 9001:2008 – „Sisteme de management al calităţii. Cerinţe.”
- SR CEN/TS 15224:2009 **-** ”Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2000”
- Ordin 946/2005 – pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzând standardele de management /control intern la entitățile publice și pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial.

- Ordin nr. 1389/2006 privind modificarea si completarea Ordinului ministrului finanțelor publice nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzând standardele de management/control intern la entitățile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial
- Ordinul 1649/2011 privind modificarea si completarea Ordinului ministrului finanțelor publice nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzând standardele de management/control intern la entitățile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial
- Legea nr.95/2006 privind reforma în sănătate
- Ordinul asistenţilor medicali şi moaşelor din Romania.
- Ordin numărul 39/2008 privind reorganizarea ambulatoriului de specialitate al spitalului
- Ordin numărul 1288/2006 pentru aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, utilizat in sistemul asigurărilor sociale de sănătate, si a Instrucțiunilor privind utilizarea si modul de completare a biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice
- Ordin numărul 7/2011 privind modificarea anexei nr. 2 la Ordinul ministrului sanatatii publice si al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.288/489/2006 pentru aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru investigații paraclinice, utilizat in sistemul asigurărilor sociale de sănătate, si a Instrucțiunilor privind utilizarea si modul de completare a biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice
- Ordin numărul 840/2007 pentru modificarea si completarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfecția si sterilizarea in unitățile sanitare, aprobate prin Ordinul ministrului sanatatii publice nr. 261/2007
- Ordin numărul 916/2006 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si control al infecțiilor nosocomiale in unitățile sanitare
- Ordin numărul 204/2007 pentru aprobarea Metodologiei privind eliberarea scutirilor medicale de la orele de educație fizica si sport pentru elevi si studenți si a Baremului medical cuprinzând afecțiunile pentru care se acorda scutirile medicale de la orele de educație fizica si sport

5. RESPONSABILITĂŢI

Manager

- aprobă prezenta procedură

Asistent sef coordonator ambulatoriu integrat

- pune în aplicare prevederile prezentei proceduri.
-

6.DESCRIEREA POCEDURII

Generalităţi

Ambulatoriul integrat al spitalului face parte din structura Spitalului activitatea medicilor desfăşurându-se în sistem integrat şi utilizând în comun platoul tehnic, cu respectarea legislaţiei în vigoare de prevenire a infecţiilor nosocomiale, în vederea creşterii accesibilităţii pacienţilor la servicii medicale diverse şi complete.

Serviciile medicale ambulatorii vor fi înregistrate şi raportate distinct.

Medicii de specialitate încadraţi în spital vor desfăşura activitate în sistem integrat, spital - ambulatoriul integrat, în cadrul programului normal de lucru, asigurând asistenţa medicală spitalicească continuă, în regim de spitalizare de zi şi ambulatorie. Activitatea integrată se poate desfăşura zilnic, săptămânal sau lunar, în conformitate cu modul de organizare a activităţii de către comitetul director, de comun acord cu şefii de secţii, în vederea creşterii accesibilităţii pacientului la servicii medicale corespunzătoare şi a asigurării continuităţii în acordarea îngrijirilor de sănătate. Programul astfel stabilit va fi comunicat casei de asigurări de sănătate.

Programarea nominală a medicilor din secţiile de specialitate pe parcursul unei zile, săptămâni, luni, în funcţie de organizarea activităţii, este propusă de şeful secţiei, avizată de directorul medical şi aprobată de managerul spitalului

Resurse necesare

Resurse umane

- Conform schemei de personal si contractelor de munca cu timp parțial.

Resurse materiale

- calculatoare
- spaţiu adecvat de lucru
- echipamente medicale
- medicamente.

Resurse financiare

- remuneraţia per persoană conform contractului de muncă semnat de către angajat.

Mod de lucru

Activitatea ambulatoriului integrat al Spitalului constă în:

a stabilirea diagnosticului şi tratamentului pacienţilor care au venit cu bilet de trimitere către o unitate spitalicească de la medicul de familie sau de la un medic specialist din ambulatoriu, aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, şi care nu au necesitat internare în regim continuu sau de spitalizare de zi;

b monitorizarea şi controlul pacienţilor care au fost internaţi în spital şi care au venit la controalele programate la solicitarea medicului curant sau cu bilet de trimitere de la medicul de familie sau de la un medic specialist din ambulatoriu, aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, pentru afecţiunile pentru care au fost internaţi;

c consultaţii interdisciplinare pentru pacienţii internaţi în unitate sau pentru cei internaţi în alte spitale, în baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective; acestea se vor acorda prioritar;

d stabilirea diagnosticului şi tratamentului pacienţilor care au venit cu bilet de trimitere de la medicul de familie sau de la un medic specialist din ambulatoriu, pentru specialităţile unice în localitatea respectivă, şi care nu necesită internare în regim continuu sau de spitalizare de zi.

Serviciile menţionate mai sus vor fi evidenţiate distinct de către ambulatoriul integrat al spitalului şi vor fi contractate şi raportate în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate.

Ambulatoriul integrat al spitalului este coordonat de către directorul medical, care răspunde pentru activitatea medicală desfăşurată în cadrul acestuia.

7. EVIDENŢE ŞI ÎNREGISTRĂRI

- nu este cazul

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabileste modul de lucru privind internarea pacientilor in regim de "internare de zi".

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in compartimentul d einternare de zi al spitalului.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = medic de garda
4.2 Echipa de proces = medic curant + director medical

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

1. Pot beneficia de "spitalizare de zi" doar pacienţii asiguraţi.
2. Este obligatoriu biletul de trimitere pentru spitalizarea de zi.
3. Pentru spitalizarea de zi este necesară trecerea pe la Biroul de Internări, formalităţile efectuându-se de fiecare secţie în parte. Fiecare secţie va avea un Registru pentru spitalizarea de zi în care vor înregistra pacienţii.
4. Pentru fiecare pacient se va completa "Fişa pentru spitalizare de zi".

Precizări :

a) Pentru a obţine numărul de înregistrare:

b) "Registrul de spitalizare de zi" care reprezintă registrul unic de înregistrare pe spital, unde se va introduce CNP-ul pacientului şi se va obţine numărul de înregistrare ce se va trece în "Fişa de spitalizare de zi" Pentru accesarea "Registrului de spitalizare de zi" cu următoarele date :

- secţia
- parola

c) La diagnosticele principale şi secundare se va trece în căsuţe codul conform cu Clasificarea Internaţională a Maladiilor C.I.M. 10 – OMS.

d) Pe pagina a 2-a la "Investigaţii şi proceduri" acestea vor fi codificate conform Clasificării australiene a procedurilor.

5. La sfârşitul fiecărei luni, va fi trimis la Serviciul de Statistică un Centralizator "Evidenţa după CNP a beneficiarilor de servicii medicale spitaliceşti efectuate în regim de spitalizare de zi" (model ataşat) – precizări :

a) Rubrica "0" – se va trece tipul de serviciu efectuat din lista serviciilor aprobate pentru fiecare secţie. Important !! : Un serviciu cuprinde toate investigaţiile şi procedurile efectuate unui caz în cadrul spitalizării de zi.

Exemple : serviciul "Colonoscopie" cuprinde atât tehnica în sine – colonoscopia cât şi anestezia şi alte explorări paraclinice efectuate; serviciul "Tumori epicraniene – explorare şi operaţie" cuprinde toate explorările, intervenţia chirurgicală şi anestezia, etc.

b) Rubrica "1" – se va trece numărul de înregistrare a Fişei de spitalizarare de zi obţinut conform recomandărilor de la punctul 4 a.

c) La rubrica "4" se va trece cifra "1".

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

Personalul de la triaj:

1. Trebuie sa aibă acces rapid si sa poată vizualiza in permanenta recepția si sala de așteptare.
2. Saluta pacientul si familia. Are o atitudine deschisa.
3. Face o scurta evaluare vizuala.
4. Documentează evaluarea.
5. Triază pacienții utilizând ghiduri.
6. Organizează transportul pacienților spre spatiile de tratament.
7. Informează asistenta din sala de tratament sau medicul, după caz.
8. Informează pacientul si familia acestuia despre eventualele întârzieri si timpul estimativ de așteptare.
9. Reevaluează pacienții care așteaptă .
10. Informează pacienții sa semnaleze orice modificare a simptomatologiei.

Abilitățile personalului de triaj

1. abilitați de comunicare (trebuie sa interacționeze cu pacientul, familia, politia, echipajele de ambulanta, vizitatori)
2. trebuie sa aibă tact, răbdare, înțelegere si discreție
3. abilități organizatorice
4. capacitate de a acționa in situații critice.
5. Experiența, competenta si gândire clinica

Stabilirea corecta a categoriilor de triaj se bazează pe :

- § Cunoștințe practice acumulate prin experiența si training
- § Identificarea corecta a semnelor si simptomelor
- § Utilizarea de ghiduri si protocoale

Când asistenta de la triaj a identificat mai mult de 3 pacienți urgenți este responsabilitatea ei sa asigure accesul cat mai rapid la evaluarea acestora de către medic si tratament

Triajul este un proces dinamic: starea pacientului se poate îmbunătății sau deteriora in timpul așteptării.

Procesul de triaj:

- § Toți pacienții trebuie evaluați (cel puțin vizual) in decurs de 10 min de la sosire
- § Evaluarea completa a pacienților nu trebuie efectuata in zona de triaj decât daca nu mai sunt alți pacienți care așteaptă sa fie văzuți. Trebuie înregistrate numai informațiile necesare pentru a stabili o categorie de triaj
- § O evaluare rapida se efectuează atunci când sunt mai mult de 2 pacienți in zona de triaj. După ce s-a realizat o minima evaluare a tuturor pacienților, categoriile 4 si 5 care au fost trimise in sala de așteptare trebuiesc evaluate mai 'detaliat'
- § Prioritate pentru asistenta medicala se poate schimba ca urmare a unei evaluări mai detaliate sau pe măsura ce semnele si simptomele pacienților se modifica. Trebuiesc consemnate datele de la triajul inițial precum si orice alte modificări ulterioare
- § Pacienții din categoriile 1 si 2 trebuiesc imediat transferați in zona de tratament.

Evaluare: subiectiva/ date obiective

- § interviu de 2-5 min
- § evaluare sumara (asistenta din zona de tratament trebuie sa continue evaluarea)
- § obținerea unui minim de informații necesar pentru stabilirea stării pacientului si necesității îngrijirii medicale imediate

Semne vitale

- § se evaluează numai daca sunt necesare pentru încadrarea intr-o categorie sau daca timpul o permite: altfel, aceasta este responsabilitatea personalului din zona de tratament
- § orice pacient care se prezintă in UPU si este încadrat in categoria 1 sau 2 trebuie direcționat imediat spre zona de tratament; este responsabilitatea personalului din zona de tratament sa facă o evaluare completa a acestor pacienți, inclusive semne vitale

Scala de durere

- § trebuie aplicata tuturor pacienților cu durere
- § se utilizează si pentru a încadra pacienții cu aceleași acuze in categorii diferite de triaj
- § scala de durere nu este foarte exacta, dar permite pacienților sa comunice intensitatea durerii din perspectiva lor
- § cu cat este mai intensa durerea (8-10/10) cu atât personalul medical trebuie sa fie mai preocupat sa identifice sau sa excludă patologii severe si sa asigure tratamentul antalgic optim
- § deoarece percepția durerii este subiectiva si poate fi influențata de vârsta sau diferențe culturale, nu trebuie excluse patologiile importante când durerea nu este descrisa ca fiind severa

Responsabilitățile personalului de triaj

- § stabilirea prioritarilor
- § planificarea intervențiilor sau explorărilor necesare (utilizarea de gheata, imobilizare, EKG**…)**
- § plasarea pacientului in zona de tratament si furnizarea de informații asistentei si medicului din aceasta zona
- § reevaluarea pacienților din sala de așteptare conform categoriei de triaj
- § consemnarea datelor obținute la evaluarea pacientului/ categoriei de triaj/semnelor vitale atunci când este cazul/ alergii/ medicație/ reevaluare

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROTOCOL PRIVIND METODELE APLICABILE PACIENȚILOR PREZENTÂND AGITAȚIE PSIHOMOTORIE ACCENTUATĂ	07	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabilește modul de intervenție in cazul unor pacienți aflați in agitație psihomotorie accentuata.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică la camera de garda / UPU / CPU a spitalului si in secțiile cu paturi.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

- Responsabil de proces = medic de garda + asistent medical
- Echipa de proces = Medic de garda + alți medici de specialitate

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Definiții:

Agitația psiho-motorie este un conglomerat de comportamente dezordonate, zgomotoase, variabile ca intensitate la același bolnav, cat si de la o afecțiune psihica la alta.
Aceasta tulburare se poate întâlni in toata patologia psihiatrica.

Cauze

Agitația psiho-motorie poate fi prezenta in:

- intoxicații cu monoxid de carbon, eter, betadona, droguri, medicamente (amfetamine, antidepresive triciclice, hidrazida) sau in ***delirium tremens***
- infecții (delirul din stările toxico - infecțioase, in encefalite, meningo-encefalite, abces cerebral, tromboflebita sinusului cavernos)
- soc chirurgical (prin reacție emoționala sau organica nespecifica, prin impregnarea etilica brusc decompensata de sevraj)
- epilepsie

- accesul maniacal
- stări demențiale
- PGP
- schizofrenie
- deliruri cronice

Semne si simptome

Printre manifestările agitației psiho-motorii se număra:

- vivacitate crescuta
- nerăbdare
- ton ridicat al vocii
- debit verbal crescut
- surescitare ideativa
- exacerbarea memoriei si a ideației
- mobilitatea afectelor
- miscari, mimica, gesturi bruște, necontrolate

ATITUDINEA IN FATA PACIENTULUI AFLAT IN AGITATIE PSIHOMOTORIE ACCENTUATA

Tratament

Tratamentul se poateincepe, dupa caz, cu diazepam 2 fiole intramuscular, repetate la nevoie la 2 ore, la care se poate asocial clorpromazina (Plegomazin, Prozin) 2-3 fiole intramuscular. Un efect rapid de linistire il are lorazepamul (Lorans, Lorivan) benzodiazepina cu actiune rapida, 1-2 fiole (1-2 mg) intramuscular sau per os (1-2 tablete de 1 mg).

In general se prefera administrarea gradata a medicatiei, pentru ca, de cele mai multe ori, necesitatea interventiei terapeutice primeaza in fata stabilirii diagnosticului etiologic, ceea ce obliga medicul sa actioneze terapeutic in "orb".

In aceasta situatie, pot sa apara raspunsuri mai mult sau mai putin neasteptate din partea unui bolnav relativ necunoscut din punct de vedere etiologic, in sensul in care neurolepticele pot genera reactii neplacute la o agitate psiho-organica (hipotensiunea fiind cel mai des intalnita) la doze la care un pacient maniacal sau schizofren abia daca reactioneaza.

Cand simptomatologia este halucinator-deliranta sau in starile confuzionale, haloperidolul in doze de 1-2 fiole intramuscular este util, singur sau in combinatie cu celelalte medicatii tranchilizante enuntate

- Se programeaza consultatie interdisciplinara la psihiatrie
- Se inregistreaza diagnosticul stabilit de psihiatru
- Se introduce tratamentul in FOCG
- Se elibereaza la externare Scrisoare medicala cu episodul psihotic pentru medicul de familie
- Se elaboreaza un plan de urmarire si monitorizare a pacientului in regim ambulatoriu, conform procedurii

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA INTERNARE PACIENT CE PREZINTA PERICOL PUBLIC	08	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP: Prezenta procedura are drept scop identificarea pacientilor ce pot prezenta pericol public si stabilirea actiunilor care trebuiesc intreprinse.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate sectiile ale spitalului.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

3.1 Ordinul nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
3.2 Legea nr.95/2006, privind reforma in sanatate
3.3 Contractul Cadru si normele de aplicare (anual)

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = medicul de garda
4.2 Echipa de proces = director medical + medic sef sectie + medicul de garda + asistent igiena

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Tipuri de pacienti ce pot prezenta pericol public:

1. Pacienti cu boli infecto-contagioase
2. Pacienti cu boli psihice sau sub influenta substanțe psiho-active

Criterii de internare:

· Spitalul nu are in structura sectie de boli infectioase
· Medicii si personalul spitalului se pot confrunta cu astfel de cazuri in doua situatii:

1. Prezentarea la camera de garda personal sau insotit (ambulanta, apartinatori) a unei urgente care in urma consultatiei se dovedeste a fi boala infecto-contagioasa;

REZOLVAREA SITUATIEI: medicul de garda decide indrumarea pacientului / apartinatorilor care spitalul cel mai apropiat de profil si i-a legatura cu acest spital pentru informare despre caz.

2. Intr-o sectie a spitalului se diagnosticheaza un caz de boala infectioasa aparut in cursul spitalizarii); se pune diagnosticul de boala infectioasa sau infectie nozocomiala, dupa situatie.

REZOLVAREA SITUATIEI: medicul curant informeaza seful de sectie, solicita consult medic epidemiolog si i-a masura de izolare a pacientului bolnav. Ulterior pacinetul echilibrat se transfera catre un serviciu de specialitate.

Alta situatie:

Internarea pacientilor adusi de politie, violenti, cu Cod Penal 113, 114, se efectueaza conform legislatiei in vigoare, urmand instructiunile spitalului si in saloanele care sunt destinate acestor pacienti si unde exista supraveghere permanenta.

6. ANEXE / INSCRISURI

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE ELIBERARE MEDICAȚIE DIN APARATUL DE URGENȚĂ**	**009** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/1**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

SCOP: rezolvarea problemelor pacientului apărute acut

Etapele procedurii:

1- Pacientul solicită asistență cauzată de un disconfort apărut în cursul internării
2- As. de salon anunță medicul curant sau medicul de gardă
3- Medicul consultă pacientul, consemnează în FOCG simptomele și/sau diagnosticul și prescrie medicația
4- Asistenta administrează tratamentul recomandat după care descarcă medicamentele pe condica de aparat
5- Pentru cazurile supra-acute: asistenta poate administra medicație conform urgențelor medicale (vezi manual de urgențe pentru cadrele medii), timp în care medicul este anunțat de altă asistentă, după care se derulează etapele de mai sus.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA RESUSCITAREA CARDIORESPIRATORIE** **BLS: SUPORTUL VITAL DE BAZĂ (BASIC LIFE SUPPORT)**	**10** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/5**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

Obiective:

- riscurile la care se expune salvatorul în timpul resuscitării
- cum se acordă primul ajutor
- diferenţele dintre primul ajutor acordat în interiorul şi în afara spitalului

Riscurile salvatorului:

- eliminarea sau minimizarea riscului
- manipularea
- evitarea pericolelor exterioare (trafic, electricitate, gaz, apa)
- otrăvirea cu: - acidul cianhidric sau hidrogenul sulfurat (se foloseşte masca şi se părăseşte urgent zona contaminată)
- substanţele corozive(se absorb prin piele şi tractul respirator ; se folosesc haine protectoare)
- infecţiile (tuberculoza, nu se transmite hepatita B sau C, nu au fost raportate cazuri de infectare cu HIV după aplicarea manevrelor de resuscitare)

Precauţii:

- folosirea mănuşilor şi protejarea ochilor
- recipiente speciale pentru materiale înţepătoare
- mască pentru faţă cu valve unidirecţionale

Evaluare:

Se va evalua şi se va asigura salvatorul şi victima

Protocol:

1 - scuturati si strigati : - victima reacţionează?

- DA :
  - ü Cautarea leziunilor stabilirea diagnosticului
- NU : - strigaţi după ajutor

- aşezaţi victima în decubit dorsal şi eliberaţi-i căile aeriene
- verificaţi respiraţia

2- eliberarea căilor aeriene:
· hiperextensia capului
· ridicarea mandibulei
· dacă se suspicionează leziune de coloană vertebrală cervicală se va efectua subluxatia mandibulei

3 - verificarea respiraţiei:
· priviţi expansiunile toracelui
· ascultaţi sunetul respiraţiei
· simțiți pe obraz aerul expirat
· toate acestea nu trebuie să dureze mai mult de 10 secunde după care hotărâţi dacă pacientul respiră sau nu

4 - respiră victima?
· DA:
ü dacă situaţia permite, aşezaţi victima într-o poziţie laterală de siguranţă
ü sunaţi după ajutor
ü reevaluaţi periodic starea pacientului
· NU:
ü solicitaţi ajutor calificat
ü aplicaţi podul palmei în zona centrală a toracelui şi cealaltă mână deasupa
ü incepeţi compresiunile toracice la o frecvenţă de 100/minut
ü după efectuarea a 30 de compresiuni (apasati pe stern astfel incat acesta sa coboare 4-5 cm cu un ritm de 100/minut) administraţi 2 ventilaţii

5 - respiraţia artificială:
· pensaţi nasul victimei
· tineţi-i bărbia ridicată
· inspiraţi adânc
· incercaţi să aplicaţi cât mai etanş buzele pe cele ale victimei
· respiraţia artificială
· expiraţi continuu (1 sec) în gura victimei
· verificaţi dacă i se ridică pieptul
· păstraţi-i bărbia ridicată
· verificaţi mişcările toracelui

6 - ventilaţia gură-la-nas:
· dacă ventilaţia gură-la-gură este dificilă
· dacă gura este serios lezată
· victima este salvată de la înec
· resuscitarea este facută de un copil
· motive estetice

7- raport:
· compresiuni toracice/ frecvenţă ventilaţii: 30 compresiuni : 2 ventilaţii

8- reevaluarea victimei:
· resuscitarea de bază va fi întreruptă pentru reevaluarea victimei numai dacă aceasta va prezenta respiraţii normale

9 - resuscitare numai prin compresiuni toracice:
· când salvatorul nu doreşte sau este în imposibilitate de a administra ventilaţii gură-la-gură
· compresiile vor fi aplicate fără întrerupere cu o frecvenţă de 100/minut

- resuscitarea de bază va fi întreruptă pentru reevaluarea victimei numai dacă aceasta va prezenta respiraţii normale

10 -se continuă resuscitarea până:
- soseşte ajutorul calificat şi preia manevrele de resuscitare
- victima are semne vitale
- salvatorul se epuizează

11 - este lezată coloana vertebrală cervicală?
- extensie minimă a capului
- dacă este posibil, să se păstreze capul, gâtul şi pieptul în acelaşi ax
- preferabilă subluxaţia mandibulei
- adesea este necesară asistenţa specializată

12 - curăţarea digitală a cavităţii bucale:
- se va efectua numai pentru îndepărtarea corpilor străini solizi, vizibili

13 – obstructia cailor aeriene la adult:
- evalueaza severitatea:
  - ü obstructie severa a cailor aeriene: -inconstient: incepe resuscitarea de baza
  - ü constient : cinci lovituri interscapulare(se va verifica dezobstructia dupa fiecare lovitura), 5 -compresiuni abdominale (se vor incepe daca loviturile interscapulare nu au efect)
  - ü obstructie usoara a cailor aeriene: incurajeaza tusea; continuati sa evaluati daca tusea devine eficienta inainte ca pacientul sa devina inconstient

ALS: SUPORTUL VITAL AVANSAT
(ADVANCED LIFE SUPORT)

Obiective :

- tratamentul pacienţilor cu:
  - fibrilaţie ventriculară şi tahicardie ventriculară fără puls
  - asistolie sau activitate electrică fără puls (ritmuri non-FV/TV)

Protocol :

1 - loviturile precordiale:

- indicaţii: - in cazul stopului cardiac asistat sau monitorizat
- algoritmul BLS daca este cazul
- dacă este nevoie, administraţi 1 şoc
- intrerupeţi şocurile pentru 2 minute de RCP
- după şoc NU verificaţi pulsul carotidian sau ritmul electric decat la sfarsitul celor 2 minnute
- in timpul RCP se vor corecta cauzele reversibile :
  - verificati electrozii, pozitia padelelor si contactul
  - asigurati/verificati calea aeriana si accesul i.iv.
  - administrati adrenalina la 3-5 minute inainte de soc

2 - compresiunile toracice, intubaţia şi ventilaţia

- verificaţi calea aeriană:
  - canula endotraheală
  - masca laringiană
  - combitubul
- după asigurarea căilor aeriene, nu întrerupeţi compresiunile toracice pentru ventilaţie

3 - accesul intravenos şi tratamentul medicamentos în FV/TV

- venele centrale versus cele periferice
- adrenalina 1 mg i.v. sau 2-3 mg endotraheal
- folosiţi amiodaronă 300 mg dacă FV/TV persistă după cel de-al 3-lea şoc
- alternativ - lidocaină 100 mg
- luaţi în considerare şi magneziu 8 mmoli
- epinefrină o dată la 3 - 5 min
- - luaţi în considerare şi bicarbonatul de sodiu 50 mmoli dacă pH < 7,1
- verificaţi poziţia padelelor

4 - non-FV/TV imediat după defibrilare:

- opriţi administrarea epinefrinei/atropinei :
  - verificaţi ritmul şi pulsul după 2 min de RCP

(intârziere în apariţia ritmului pe monitor, tulburarea activităţii electrice - câteva secunde de asistolă adevarată după defibrilare, tulburarea activităţii miocardului contractil - contractilitate afectată temporar)

5 - cauze reversibile potentiale:

- hipoxie
- hipovolemie
- hipo/hiperkaliemie si dezechilibre metabolice
- hipotermie
- pneumotorax

- tamponada cardiaca
- toxice
- tromboza coronariana/pulmonara

6 – asistolie:

- confirmaţi:
  - ü verificaţi electrozii (monitorizare pe derivaţiile I şi II)
  - ü verificaţi reglajul amplitudinii undelor
    - adrenalină 1 mg o dată la 3 min
    - atropină 3 mg i.v. sau 6 mg prin tubul traheal

7- falsa asistolie:

- când se monitorizează pe padele utilizând petece cu gel
- apare odată cu mărirea numărului de şocuri şi creşterea impedanţei transtoracice
- se monitorizează ca “asistolie” aparentă
- verificaţi ritmul prin monitorizare pe electrozi şi cablu

8 - activitatea electrică fără puls:

- excludeţi / trataţi cauzele reversibile
- adrenalină 1 mg o dată la 3 - 5 min
- atropină 3 mg dacă ritmul AEP < 60 /min

9- rezumat:

- la pacienţii cu FV/TV fără puls, începeţi fără întârziere defibrilarea
- la pacienţii cu FV refractară sau cu ritm non-FV/TV, identificaţi şi trataţi toate cauzele reversibile

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROTOCOALE SAU ALGORITMI DE TRATAMENT ÎN URGENŢE**	**11** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/8**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Dorobantu Emil	Sef sectie	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	06.06.2013
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

EVALUAREA PACIENTULUI LA TRIAJ:

1. Acuza principala – mentionata de catre pacient

2. Documentarea si evaluarea acuzei principale:

A. Subiectiv: Debut/ Evolutie/Durata

- Cand a inceput (timpul cat mai exact) ? Ce faceati cand a inceput?
- Cat a durat?
- Apare si dispare?
- In momentul de fata este prezenta?
- Unde este localizata? Descrieti caracterul si severitatea daca este vorba de durere (scala de durere)
- Iradiere?
- Factori precipitanti?
- Daca durerea este sau a fost prezenta: documentarea caracterului si intensitatii(scala de durere)
- Istoric pentru aceeasi acuza? Daca da, care a fost diagnosticul?

B. **Obiectiv:** aceasta parte a evaluarii poate fi efectuata in zona de tratament daca pacientul necesita ingrijiri medicale cat mai precoce (categoriile 1,2,3)

- Aspectul fizic – culoare, tegumente, activitate
- Gradul de afectare: severa/ fara afectare acuta
- Raspunsul emotional: anxios/indiferent
- Semen vitale complete daca timpul permite sau daca sunt necesare pentru incadrare intr-una din categoriile 3, 4 sau 5.
- Examenul obiectiv

C. Informatii suplimentare:

- Alergii

- Medicatie – denumirea exacta / categoriii de medicamente daca pacientul nu poate preciza denumirea lor

REEVALUAREA:

CATEGORIA 1	CATEGORIA 2	CATEGORIA 3	CATEGORIA 4	CATEGORIA 5
Supraveghere continua	La fiecare 15 minute	La fiecare 30 de minute	La fiecare 60 de minute	La fiecare 120 de minute

- asistenta trebuie sa reevalueze pacientii conform tabelului anterior
- cand pacientul are stabilit un diagnostic si este considerat "stabil", frecventa reevaluarii depinde de protocoalele existente sau de decizia medicului
- cand pacientii depasesc timpul de asteptare estimat pentru categoria lor de triaj, ei trebuie reincadrati intr-o categorie superioara

DOCUMENTATIA STANDARD

Se completeaza de catre personalul de triaj.
Cuprinde obligatoriu urmatoarele date:

- data si ora triajului
- numele celui care efectuează triajul
- acuza principala
- istoricul bolii pe scurt: debut/ simptome
- examen obiectiv: semne vitale, semne patologice evidente
- categorie de triaj
- localizarea in UPU
- informarea asistentei sau medicului din zona de tratament
- alergii
- medicație
- diagnostic/masuri de prim ajutor/intervenții terapeutice
- reevaluare

CAT.	RASPUNS	DESCRIEREA CATEGORIEI	DESCRIERE CLINICA
1	Consult şi tratament simultan şi imediat	**Ameninţare de viaţă imediată** Condiții care reprezintă o amenințare de viața(sau cu risc iminent de deteriorare) si care necesita intervenție agresiva imediata	· stopul cardiac/respirator · risc imediat pentru căile respiratorii – stop respirator iminent · FR<10/min · insuficienta respiratorie severa · TA<80mmHg(la adult) sau copii în stare de şoc · Trauma majora · singura leziune severa sau multiple leziuni(ISS>16); · traumatism cerebral cu GSC<10; · arsuri severe(>25% din suprafața corporala sau cu insuficienta respiratorie), · traumatism toracic sau abdominal cu una din următoarele condiții asociate:alterarea stării de conștienta, hipotensiune, tahicardie, durere severa, insuficienta respiratorie · Criza comițiala prelungita sau in desfășurare · tulburări severe de comportament cu pericol de dezvoltare a unui comportament violent · pacient inconștient: intoxicație/supradozaj, afectare neurologica, tulburări metabolice

CAT.	RASPUNS	DESCRIEREA CATEGORIEI	DESCRIERE CLINICA
2	**consult şi tratament în decurs de 10 min**	**Ameninţare de viaţă iminentă** Starea pacientului este atât de severa sau se deteriorează atât de rapid incat exista amenintare de viata sau de insuficienta multipla de organe daca nu este tratat in decurs de 10 min de la sosire **Sau** **Necesitatea unui tratament rapid** - tratamente care necesita initiere cat mai precoce pentru a avea efect semnificativ asupra evolutiei (ex. Tromboliza) - Durere foarte severa - Disconfortul sau durerea severa a pacientului impune initierea masurior terapeutice in 10 min	· risc pentru caile aeriene – stridor sever · insuficienţa respiratorie severă · insuficienţa circulatorie · tegumente marmorate, perfuzie deficitara · FR<50 sau >150 mmHg · Hipotensiune cu efecte hemodinamice · pierderi sanguine semnificative · durere toracică probabil coronariană · durere severă de orice cauză · glicemie<3 mmol/l · GCS<13 · Febra cu semen de letargie · hemipareză recent instalată sau disfazie · febră cu semne de letargie · suspiciune de infecţie meningococică · contactul cu acizi sau alcaline intraocular · traumatisme majore/politraumatisme · traumatism sever localizat – fractura severa , amputatie · istoric cu risc inalt · ingestie de sedative sau alte toxice · intoxicatie severa · durerere severa ce sugereaza PE(embolie pulmonara), AAA(anevrism de aorta abdominala) sau sarcina ectopica · tulburări psihiatrice /comportamentale · violenţa/agresivitate · ameninţare propriei persoane sau a personalului · necesită sau a necesitat contenţie · agitaţie sau agresiune severe

CAT.	RASPUNS	DESCRIEREA CATEGORIEI	DESCRIERE CLINICA
3	Consultul si tratamentul trebuie incepute in 30 de minute	**Potenţial ameninţătoare de viaţă** Starea pacientului poate progresa catre amenintarea vietii sau poate duce la morbiditati importante daca tratamentul nu se incepe in 30 de min **Sau** **Urgenta situationala** Exista riscul evolutiei nefavorabile daca initierea tratamentului nu este facuta in timp util	· HTA severă · pierderi sanguine moderate · insuficienţă respiratorie moderată · SAO2=90-95% · glicemia>16 mmol/l · criza comiţială · febra de orice cauză · varsături persistente · deshidratare · traumatism cranian cu scurt episod de pierdere a cunoştiinţei · durere moderată de orice cauză – necesitând analgezie · durere toracică probabil necoronariană · durere abdominală fără factori de risc asociaţi (vârsta > 65 ani , durere severă)

		sau Disconfortul sever al pacientului impune initierea masurior terapeutice in 30 de minute	· traumatism moderat al membrelor – dilacerări severe, zdrobire şi deformare · tulburări de sensibilitate ale membrelor, absenţa pulsului · nou-născuţi stabili hemodinamic · copii suspecţi de a fi fost abuzaţi · tulburări comportamentale/psihiatrice · risc de autovatamare · psihoza acută · agitaţie · agresivitate

CAT.	RASPUNS	DESCRIEREA CATEGORIEI	DESCRIERE CLINICA
4	**consult şi tratament în decurs de o oră**	**Potenţial severe** Starea pacientului se poate deteriora sau poate avea un prognostic nefavorabil daca tratamentul nu este inceput in decurs de o ora. Simptome moderate sau prelungite. **Sau** **Urgenta situationala** Exista riscul evolutiei nefavorabile daca initierea tratamentului nu este facuta in decurs de 1 ora sau Complexitate sau severitate Probabil va necesita evaluare mai complexa si/sau internare sau Disconfortul sever al pacientului impune initierea masurior terapeutice in decurs de 1 ora	· hemoragie medie · aspirarea de corpi străini, fără afectarea respiraţiei · leziuni toracice fără dureri costale sau afectare respiratorie · dificultăţi la înghiţire, fara insuficienta respiratorie · traumatisme cerebrale minore, fără pierdere de cunoştiinţă · durere moderată, cativa factori de risc · varsături sau diaree fără deshidratare · inflamaţie oculară sau corpi străini intraoculari – fără afectarea vederii · traumatisme minore ale membrelor · durere abdominală nespecifică · tulburari comportamentale/psihiatrice · sub observatie, fara risc imediat pentru propria peroana sau pentru cei din jur · probleme semi-urgente

CAT.	RASPUNS	DESCRIEREA CATEGORIEI	DESCRIERE CLINICA
5	Consultul şi tratamentul pot fi amânate timp de două ore.	**Mai puţin urgent** Problema pacientului este cronica sau minora astfel ca simptomele sau prognosticul nu vor fi afectate semnificativ daca evaluarea si tratamentul vor fi temporizate pentru 2 ore sau **Probleme clinico-administrative:** Revizuirea rezultatelor, certificate medicale, retete	· durere minimă fără factori de risc · istoric cu risc scazut si in momentul prezentarii asimptomatic · simptome minore ale unei boli preexistente · leziuni minore · reevaluari programate · vaccinare · tulburari comportamentale /psihiatrice · pacient cunoscut cu simptome de boala cronica · criza sociala, pacient fara acuze clinice

PARAMETRII PRINCIPALI SI SECUNDARI CARE MODIFICA INCADRAREA IN CLASE DE TRIAJ

Acuza principala ramane principalul determinant al clasei de triaj. Aceasta poate fi modificata daca se iau in considerare si alti parametrii. Parametrii principali ce modifica incadrarea in clase de triaj sunt: semnele vitale, scala de durere si mecanismul lezional. Parametrii secundari tind sa fie specifici acuzei actuale.

Procesul de stabilire a claselor de triaj:

1. **Acuza principala** este stabilita cat mai precoce de personalul de la triaj
2. Se evalueaza **parametrii principali** acolo unde e cazul**,** incepand cu semnele vitale.
3. Se determina **severitatea durerii,** diferentiind durerea centrala de cea periferica, si durerea acuta de cea cronica, recurenta
4. **Mecanismul lezional** se ia in considerare la toti pacientii traumatizati. Mecanismele cu risc inalt incadreaza pacientii direct in clasa II
5. **Parametrii secundarii** sunt de asemenea importanti pentru acuzele specifice, fiind utili in stratificarea riscului pacientilor

Clasa de triaj si stabilitatea hemodinamica

Clasa de triaj	Descriere
I(soc)	Dovada hipoperuziei severe: paloare marcata, tegumente reci, diaforeza, puls slab, filiform, hipotensiune, sincopa posturala, tahicardie sau bradicardie importante, respiratie si oxigenare ineficiente, nivel de constienta alterat. Poate sa se prezinte si cu tegumente hiperemice, febra, ca in socul septic.
II(compromise hemodinamic)	Dovada unei perfuzii deficitare(la limita):paloare, istoric de diaforeza, tahicardie neexplicabila,hipotensiune posturala, din istoric-tendinta la lipotimie la ridicare in ortostatism sau in clinostatism,hipotensiune
III	Semn evitale la limita superioara sau inferioara a normalului
IV	Semne vitale normale

Clasa de triaj si hipertensiunea

Clasa de triaj	TA (mmHg)	Alte simptome
II	TAS> 220 sau TAD>130	Orice simptome
III	TAS> 220 sau TAD>130	Fara simptome
III	TAS=220-200 sau TAD=130-110	Orice simptome
IV	TAS=220-200 sau TAD=130-110	Fara simptome

Temperatura si clasa de triaj

Temperatura, varsta	Clasa de triaj
Temperatura scazuta	
0-3 luni (< 36 ^{0}C)	II
>3 luni (> 31 ^{0}C)	II
>3 luni (32-35 ^{0}C)	III
Temperatura ridicata	
0-3 luni(>38 ^{0}C)	II
3 luni- 3 ani (>38,5 ^{0}C)	
Imunocompromisi	II
Nu arata bine	II
Arata bine	III
>3 ani (>38,5 ^{0}C)	
Imunocompromisi	II
Nu arata bine	II/III
Arata bine	III/IV
Adulti > 16 ani (>38,5 ^{0}C)	
Imunocompromisi	II
Septic(compromis hemodinamic)	II
Nu arata bine	III

Arata bine	IV

1. Febra si „nu arata bine” = tegumente hiperemice, status hiperdinamic, anxios, agitat sau confuz
2. Febra si „arata bine” = constient, orientat, puls normal, nu pare suferind

GCS si clasa de triaj

Scorul GCS	Descriere	Clasa de triaj
3-9	Inconstient: incapabil sa-si mentina deschise caile aeriene, raspuns doar la durere sau zgomot puternic, criza convulsiva sau deteriorare progresiva a starii de constienta	I
10-13	Nivel alterat de constienta: raspuns inadecvat la stimuli verbali(localizeaza la durere sau vorbire incoerenta): neorientat temporo spatial si la propria persoana, amnezie, tulburari de comportament(agitatie, neliniste)	II
14-15	Trebuie utilizati parametrii suplimentari pentru definirea clasei de triaj	III-V

Afectarea respiratiei si clasa de triaj

Nivel de afectare	Caracteristicile pacientului	SaO2	PEFR	Clasa de triaj
Severa	Dispnee marcata, cianoza, vorbire monosilabica sau imposibilitatae de a vorbi, obstructie de cai aeriene superioare, letargic sau confuz	<90%		I
Moderata	Efort respirator important, vorbire dificila, stridor important sau cares e agraveaza, dar caile aeriene sunt protejate	<92%	<40%	II
Usoara/moderata	Dispnee, tahipnee, dispnee de efort, fara efort respirator evident, capabil sa vorbeasca coerent, stridor fara obstructie evidenta de cai aeriene	92-94%	40-60%	III

PEFR = peak expiratory flow rate

Severitatea durerii si clasele de triaj

Severitatea durerii	Scor	Localizare	Acut vs cronic	Clasa de triaj
Severa	**8-10**	**centrala**	**acuta**	**II**
			cronica	**III**
		periferica	**acuta**	**III**
			cronica	**IV**
Moderata	**4-7**	**centrala**	**acuta**	**II**
			cronica	**IV**
		periferica	**acuta**	**IV**
			cronica	**V**
Usoara	**0-3**	**centrala**	**acuta**	**IV**
			cronica	**V**
		periferica	**acuta**	**V**
			cronica	**V**

Durerea centrala – se suspecteaza ca este consecinta unei afectari de cavitate sau organ
Durerea periferica – cu origine la nivelul tegumentelor, tesuturilor moi, scheletului, suprafetei organelor superficiale(ochi, ureche, nas)

Mecanismul lezional si clasa de triaj

Nivel de risc	Mecanism lezional	Clasa de triaj
Inalt	**Trauma generala**	**II**
	Accident auto:ejectarea din autovehicol, rostogolirea, impact cu o viteza > 40 km/h(fara centura) sau >60 km/h (cu centura)	
	Accident de motocicleta cand impactul cu o masina s-a realizat la o viteza>30 km/h	
	Pieton sau biciclist lovit de un autovehicol cu o viteza >10 km/h	
	Cadere de la inaltime > 6 m	
	Leziune penetranta a capului, gatului, extremitatilor, proximal de cot sau genunchi	

Inalt	**Traumatism cerebral**	**II**
	Accident rutier: ejectia din autovehicol, pacient fara centura care se loveste la cap	
	Pieton lovit de autovehicol	
	Cadere de la inaltime mai mare de 5 scari	
	Lovire cu obiect dur, altul decat pumnus sau piciorul	
Inalt	**Traumatism cervical**	**II**
	Accident rutier: ejectarea din autovehicol, rostogolirea, viteza mare	
	Accident de motor	
	Cadere de la inaltime> de 5 scari	
Scazut	**Trauma generala**	
	Accident rutier: masina-masina, impact la viteza <30 km/h si sofer cu centura	**Utilizati alti parametrii**
Scazut	**Traumatism cerebral**	**Utilizati alti parametrii**
	Accident rutier: impact la viteza < 30 km/h si sofer cu centura	
	Cadere de la propria inaltime	
	Lovitura cu pumnii	
Scazut	**Traumatism cervical**	**Utilizati alti parametrii**
	Accident rutier cu impact la viteza foarte mica	

Glicemia si clasa de triaj

Glicemie	Simptome	Clasa de triaj
<3 mmol/l	Confuzie, diaforeza, tulburari de comportament, convulsii	II
	fara	III
>18 mmol/l	Dispnee, deshidratare, slabiciune	II
	fara	III

Semne si simptome	Clasa de triaj
Parti fetale vizibile, prolapsul cordonului ombilical	I
Sangerare vaginala, al 3-lea trimestru	I
Travaliu activ(contractii< 2 min)	II
Fara miscari fetale	II
HTA +/- cefalee +/-edeme +/-durere abdominala	II
Postpartum(mama si copilul)	II
Posibila scurgere de lichid amniotic (>24h)	III

Aspecte de obstetrica si clasa de triaj

Consideratii pediatrice

NIVEL	SEMNE SI SIMPTOME	PATOLOGIE ASOCIATA SIMPTOMATOLOGIEI
I	Copil/nou-nascut cu insuficienta respiratorie, soc, coma sau stop cardirespirator Orice copil sau nounascut care necesita evaluare si tratament continue pentru mentinerea stabilitatii parametrilor fiziologici	coma, convulsii, insuficienta respiratory moderata/severa, pacient inconstient, arsuri majore, traumatisme, hemoragii semnificative, stop cardio respirator
II	Orice copil instabil hemodinamic cu insuficienta respiratorie moderata sau severa, nivel alterat de constienta, deshidratare. Orice copil sau nounascut care necesita monitorizare continua si interventii multiple pentru a preveni deteriorarea ulterioara Febra – varsta < 3 luni cu febra > 38 ^{0}C	sepsis, nivel alterat de constienta ingestie de toxice, astm, criza comitiala, abuzz fizic, rash purpuric, febra , fracture deschise, intoxicatie/supradozaj, durere testiculara
III	Copil sau nounascut constient, orientat, bine hidratat,	arsuri simple, fracture, leziuni dentare,

	minime modificari ale semnelor vitale Febra > 38,5 ^{0}C la copii >3luni Insuficienta respiratorie usoara	pneumonie, istoric de criza comitiala, traumatism cerebral – constient si cu varsaturi
IV	copil sau nounascut cu varsaturi/diaree si fara deshidratare la varste> 2 ani plagi simple copil constient cu febra si acuze minore precum otalgie, congestie nazala traumatism cerebral fara simptome	
V	copil sau nounascut afebril, constient, orientat, bine hidratat cu semne vitale normale	

SEMNELE VITALE – GRUPE DE VARSTA

VARSTA	**GREUTATEA (Kg)**	**FRECVENTA CARDIACA (media/minut)**	**FRECVENTA RESPIRATORIE**	**TENSIUNEA ARTERIALA** (media ± 2 DS)	
				Sistolica	**Diastolica**
prematur	1	145	< 40	42 ± 10	21 ± 8
Nou-nascut	1 - 2	135		50 ± 10	28 ± 8
Nou-nascut	2 - 3	125		60 ± 10	37 ± 8
1 luna	4	120		80 ± 16	46 ± 16
6 luni	7	130	24 – 35	80 ± 29	60 ± 10
1 an	10	125		96 ± 30	66 ± 15
2 – 3 ani	12 – 14	115	20 – 30	99 ± 25	64 ± 25
4 – 5 ani	16 – 18	100		99 ± 20	65 ± 20
6 – 8 ani	20 – 26	100	12 – 25	99 ± 20	65 ± 20
10 – 12 ani	32 – 42	75		105 ± 20	65 ± 20
> 14 ani	> 50	70	12 – 18	115 ± 20	70 ± 20

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**TRUSA DE URGENTA**	**12** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii /operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	Director de ingrijiri	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Costantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

COMPONENTA TRUSEI DE URGENTA

A- compartimentul pentru managementului cailor aeriene:

- laringoscop (maner si lama, se va verifica periodic ca sa fie incarcat)
- spray cu lidocaina
- seringi 10 ml pentru a umfla balonasul sondei de intubatie
- baterie de rezerva pentru laringoscop
- leucoplast pentru fixarea sondei de intubatie
- dispozitiv de aspiratie
- sonde de intubatie de diverse marimi si tipuri (orale, nazale , endotraheale, masti laringiene)
- lama bisturiu si maner pentru o eventuala cricotirotomie

B- compartimentul pentru suportul respiratiei, ventilatiei , oxigenarii:

- canule nazale
- masti pentru adminstrarea oxigenului
- balon Ruben
- sonde nasogastrice

C- compartimentul destinat circulatiei:

- catetere(de diverse marimi si tipuri)
- branule(de diverse marimi si tipuri)
- perfuzoare
- solutii perfuzabile
- fixatoare
- seringi(de toate marimile)
- paduri alcoolizate
- garou
- gel

- comprese sterile si nesterile
- manusi sterile si nesterile

D- compartimentul destinat medicatiei:

1. Hidrocortizon hemisuccinat fiole (Dexametazon 2 mg i.m., i.v)
2. Miofilin comprimate
3. Ventolin - spray
4. Diazepam fiole si comprimate
5. Fenobarbital fiole si comprimate
6. Paracetamol supozitoare si comprimate
7. Furazolidon 100 mg. comprimate
8. Metoclopramid fiole solutie uz intern, comprimate
9. Calciu gluconic fiole
10. Ranitidina comprimate
11. Proculin solutie oftalmica
12. Romergan sirop
13. Anatoxina tetanica fiole
14. Adrenalina 1o/oo fiole
15. Algocalmin fiole si comprimate
16. Fitomenadion fiole
17. Efedrina fiole
18. Glucoza 33% fiole
19. Papaverina fiole
20. Apa distilata fiole
21. Ser fiziologic fiole
22. Xilina fiole
23. Antinevralgic comprimate
24. Fasconal comprimate
25. Clorfeniramin comprimate sau claritine sirop si comprimate
26. Lizadon supozitoare
27. Piafen ,Scobutil tablete,fiole
28. Medazepam comprimate
29. Fenobarbital comprimate,fiole
30. Bioxiteracor spray - Oximed
31. Solutie nazala Nasivin
32. Bixtonim solutie nazala
33. Boramid solutie otica
34. Captopril / Enalapril
35. Nefrix , Furosemid comprimate,fiole
36. Metoprolol comprimate
37. Rytmonorm comprimate
38. Lasonil unguent
39. Distonocalm drajeuri
40. Codeina fosforica comprimate

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele și Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	1	2	3	4	5
1.1	**Elaborat**	**Tache Mihail**	**Director medical**	05.06.2013	
1.2	**Verificat**	**Tache Mihail**	**Președinte consiliu medical**	05.06.2013	
1.3	**Aprobat**	**Alexandru Constantin**	**Manager**	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura descrie modalitate cu privire la **investigaţiile paraclinice în angina pectorală.**

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în secția de cardiologie

3. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = medicul șef de secție
Echipa de proces = medicii din secție

4. DESCRIEREA PROCEDURII:

TESTE DE LABORATOR

Recomandări pentru investigațiile de laborator în evaluarea inițială a anginei stabile

Clasa I *(toți pacienții)*

1. Profilul lipidic, incluzând CT, LDL, HDL și trigliceridele (nivel de evidență B)
2. Glicemia a jeun (nivel de evidenta B)
3. Hemoleucograma completă, cu hemoglobina și număr de leucocite (nivel de evidență B)
4. Creatinina *(nivel de evidență C)*

Clasa I *(daca sunt indicații pe baza evaluării clinice)*

1. Markeri de necroză miocardică daca sunt dovezi de instabilitate clinică sau sindrom coronarian acut *(nivel de evidență A)*
2. Determinări hormonale tiroidiene *(nivel de evidență C)*

Clasa II a

Test de toleranta orala la glucoza (nivel de evidenta B)

Clasa II b

1. Proteina C reactivă *(nivel de evidență B)*
2. Lipoproteina A, ApoA și ApoB *(nivel de evidență B)*
3. Homocisteina *(nivel de evidență B)*
4. HBA1C *(nivel de evidență B)*
5. NT-BNP *(nivel de evidență B)*

Recomandări pentru teste sangvine în reevaluarea de rutina la pacienții cu angină cronică stabilă
Clasa II a - Profilul lipidic și glicemie a jeun, anual *(nivel de evidență C)*

II. RADIOGRAFIA TORACICA
Clasa I - Radiografie toracica la pacienții cu insuficiență cardiacă suspectată *(nivel de evidenta C)* Radiografie toracică la pacienții cu semne clinice de boală pulmonară semnificativă *(nivel de evidenta B)*

III ECG-UL DE REPAUS
Trebuie subliniat că o electrocardiogramă normală nu este neobișnuită chiar și la pacienții cu angină severă și nu exclude diagnosticul de ischemie. Totuși, electrocardiograma de repaus poate arăta semne de boală aterosclerotică coronariană, cum ar fi sechele de infarct miocardic sau tulburări de repolarizare.

Clasa I (la toți pacienții)
1. ECG de repaus în timpul perioadei libere de durere *(nivel de evidenta C)*
2. ECG de repaus în timpul episodului de durere (daca este posibil) *(nivel de evidenta B)*

Recomandările pentru efectuarea ECG-ului de repaus pentru evaluarea de rutină la pacienții cu angina stabila cronică **Clasa II b**

3. ECG de rutină periodic în absența modificărilor clinice (nivel de evidenta C)

IV.TESTUL DE EFORT ECG
ECG-ul în timpul efortului este mult mai specific și mai sensibil decât ECG de repaus pentru detectarea ischemiei miocardice si, din motive ce țin de disponibilitate și cost, este cea mai bună alegere pentru identificarea ischemiei inductibile la majoritatea pacienților suspectați de angina stabila.
Folosind drept criteriu de pozitivitate prezenta subdenivelarii de ST < 0,1 mV sau 1 mm, sensibilitatea și specificitatea pentru detecția bolii coronariene semnificative variază între 23 și 100% (medie 68%) și, respectiv, 17-100% (medie 77%).
Testul ECG de efort nu este de valoare diagnostică în prezența blocului major de ram stâng, ritm de pace-maker și sindrom Wolf-Parkinson-White (WPW), cazuri în care modificările ECG nu pot fi evaluate.
Modificările ECG asociate cu ischemie miocardica includ subdenivelări sau supradenivelari de segment ST, descendente sau orizontale (> 1 mm (0,1 mV) la > 60-80 msec de la sfârșitul complexului QRS), în special când aceste modificări sunt însoțite de dureri toracice sugestive de angină, apar la efort redus în timpul primelor stagii de efort și persistă mai mult de 3 minute după terminarea testului.

Recomandările pentru testare ECG de efort în evaluarea diagnostică inițială a anginei.

Clasa I
1. Pacienți cu simptome de angina și probabilitate pre-test de boală intermediară bazată pe vârstă, sex și simptome, doar dacă nu poate efectua efort sau prezintă modificări ECG care fac ECG-ul neinterpretabil *(nivel de evidenta B)*

Clasa II b
1. Pacienți cu subdenivelare de ST > 1 mm pe ECG de repaus sau care iau digoxina (nivel de evidenta B)
2. La pacienții cu probabilitate pre-test de boala scazută (< 10%) bazata pe vârstă, sex și simptomatologie *(nivel de evidenta C)*

Tabel 5 Motive pentru terminarea testului de efort

Testul de efort ECG este terminat în cazul unuia dintre următoarele motive:
▪ Limitare data de simptome, de exemplu durere, oboseala, dispnee și claudicație
▪ Combinație de simptome cum ar fi durerea cu modificări de segment ST semnificative
▪ Din motive de siguranță cum ar fi:
- Subdenivelare de ST marcata (subdenivelarea > 2 mm poate fi considerata ca o indicație relativă de terminare a testului și > 4 mm este o indicație absoluta pentru oprirea testului)
- Supradenivelarea de segment ST > 1 mm
- Aritmie semnificativa
- Scădere susținută a tensiunii arteriale sistolice > 10 mmHg

Hipertensiunea marcata (> 250 mmHg pentru sistolica sau > 115 mmHg pentru diastolica)
▪ Atingerea frecventei cardiace ținta poate constitui un motiv de terminare a testului la pacienții cu toleranta la efort excelenta care nu sunt obosiți și mai pot continua efortul
Recomandările pentru testul ECG de efort ca reevaluare de rutina la pacienții cu angina stabila cronica:

Tabel 6. Sumarul caracteristicilor testelor de investigații folosite în diagnosticul anginei stabile
Tehnici imagistice de diagnostic

	Sensibilitate %	Diagnosticul BAC Specificitate %
ECG de efort	68	77
Ecografia de efort	80-85	84-86
Perfuzia miocardica de efort	85-90	70-75
Ecografia de stres cu dobutamina	40-100	62-100
Ecografia de stres cu vasodilatatoare	56-92	87-100
Perfuzia miocardica de stres cu vasodilatatoare	83-94	64-90

Recomandări pentru folosirea testului de efort cu tehnicile imagistice (fie ecografia sau perfuzia) în evaluarea diagnostica inițială a anginei
Clasa I
1. Pacienți cu modificări pe ECG-ul de repaus, BRS, subdenivelare de ST > 1 mm, ritm de pacemaker sau WPW care împiedică interpretarea corecta a modificărilor ECG în timpul stresului (nivel de evidenta B)
2. Pacienti cu ECG de efort neconcludent dar cu toleranta la efort rezonabila, care nu au probabilitate mare de boala coronariana semnificativa și la care exista încă dubii diagnostice (nivel de evidenta B)

Clasa II a
1. Pacienți cu revascularizare anterioară (PCI sau CABG) la care localizarea ischemiei este importantă *(nivel de evidenta B)*
2. Ca o alternativa la ECG-ul de efort la pacienți acolo unde resursele financiare o permit *(nivel de evidenta B)*
3. Ca o alternativa la ECG-ul de efort la pacienți cu probabilitate mica pre-test de boala, cum sunt femeile cu dureri toracice atipice *(nivel de evidenta B)*
4. Pentru a evalua severitatea funcționala a leziunilor intermediare la angiografia coronariana (nivel de evidenta C)
5. Pentru localizarea ischemiei atunci când se plănuiesc opțiunile de revascularizare la pacienți care au efectuat deja coronarografia *(nivel de evidenta B)*

2.3. Ecocardiografia de repaus
Ecografia bidimensionala și Doppler de repaus este utila pentru detectarea sau excluderea altor afecțiuni cum ar fi cele valvulare sau cardiomiopatia hipertrofica drept o cauza a simptomelor și pentru a evalua funcția ventriculara.

Recomandările pentru folosirea ecocardiografiei ca evaluare inițială de diagnostic pentru angina.

Clasa I

1. Pacienți cu auscultație anormala sugestiva de boala cardiaca valvulara sau cardiomiopatie hipertrofica (nivel de evidenta B)
2. Pacienți suspectați de insuficiență cardiacă *(nivel de evidenta B)*
3. Pacienți cu infarct miocardic în antecedente *(nivel de evidenta B)*
4. Pacienți cu bloc major de ram stâng, unde Q sau alte modificări ECG patologice, inclusiv hipertrofie ventriculara stângă (nivel de evidenta C)

Recomandări pentru monitorizarea ECG ambulatorie pentru evaluarea diagnostica inițială a anginei

Clasa I

1. Angina cu aritmie suspectata *(nivel de evidenta B)*

Clasa II a

1. Suspectarea anginei vasospastice *(nivel de evidenta C)*

Recomandările pentru folosirea angiografiei CT în angina stabila

Clasa II b

1. Pacienți cu o probabilitate pre-test de boala mica (< 10%), cu un test ECG de efort sau test imagistic de stres neconcludent (nivel de evidenta C)

Recomandările pentru efectuarea arteriografiei coronariane în scopul stabilirii unui diagnostic în angina stabilă.

Clasa I

1. Angina stabila severa (Clasa 3 sau mai mult a Clasificării Societății Canadiene de Cardiologie), cu o probabilitate pre-test de boala mare, mai ales daca simptomele nu răspund la tratament medical *(nivel de evidenta B)*
2. Supraviețuitorii unei opriri cardiace *(nivel de evidenta B)*
3. Pacienți cu aritmii ventriculare severe *(nivel de evidenta C)*
4. Pacienți tratați anterior prin revascularizare miocardica (PCI, CABG) care dezvolta recurenta timpurie sau angina moderate sau severa *(nivel de evidenta C)*

Clasa II a

1. Pacienți cu un diagnostic neconcludent la testarea non-invaziva sau rezultate contradictorii provenite din diverse metode non-invazive, aflați la risc intermediar sau înalt de boală coronariană *(nivel de evidenta C)*
2. Pacienți cu un risc crescut de restenoză după PCI daca PCI a fost efectuata la nivelul unei leziuni cu localizare prognostica (nivel de evidenta C)

Recomandări privind stratificarea riscului prin test de efort ECG la pacienții cu angina stabila, care pot efectua efort fizic

Clasa I

1. Toți pacienții fără modificări ECG de repaus semnificative la evaluarea inițială *(nivel de evidenta B)*
2. Pacienții cu boala coronariana stabila, după o schimbare semnificativa a nivelului simptomelor *(nivel de evidenta C)*

Clasa II a

1. Pacienții post-revascularizare cu o deteriorare semnificativa a statusului simptomatic *(nivel de evidenta B)*

Recomandări privind stratificarea riscului prin imagistica de stres la efort (perfuzie sau ecocardiografie) la pacienții cu angina stabila, care pot efectua efort fizic

Clasa I

1. Pacienții cu anomalii ECG de repaus, BRS major, subdenivelare a segmentului ST > 1 mm, ritm de pace-maker, sau WPW care împiedică interpretarea corecta a modificărilor ECG în timpul stresului *(nivel de evidenta C)*

2. Pacienți cu test de efort ECG neconcludent, dar probabilitate intermediara sau înaltă de boala *(nivel de evidenta B)*

Clasa II a

1. Pacienții cu deteriorare simptomatica post-revascularizare *(nivel de evidenta B)*
2. Ca alternativa la testul de efort ECG la pacienții unde facilitățile, costurile și resursele financiare permit *(nivel de evidenta B)*

Recomandări privind stratificarea riscului prin imagistica de stres farmacologic (perfuzie sau ecocardiografie) la pacienții cu angina stabilă.

Clasa I

1. Pacienții care nu pot efectua efort fizic

Recomandări pentru stratificarea riscului prin evaluarea ecocardiografica a funcției ventriculare în angina stabila

Clasa I

1. Ecocardiografia de repaus la pacienții cu IM precedent, simptome sau semne de insuficienta cardiaca, sau modificări ECG de repaus *(nivel de evidenta B)*
2. Ecocardiografia de repaus la pacienții cu hipertensiune arteriala *(nivel de evidenta B)*
3. Ecocardiografia de repaus la pacienții cu diabet zaharat *(nivel de evidenta C)*

Clasa II a

1. Ecocardiografia de repaus la pacienții cu ECG de repaus normal, fără IM precedent care nu sunt considerați pentru arteriografie coronariana *(nivel de evidenta C)*
1. Recomandări pentru stratificarea riscului prin arteriografie coronariana la pacienții cu angina stabila

Clasa I

1. Pacienții la care s-a determinat un risc înalt pentru prognostic nefavorabil pe baza testelor non-invazive, chiar daca se prezintă cu simptome de angina ușoare sau moderate *(nivel de evidenta B)*
2. Angina stabila severa (clasa 3 în Clasificarea Societății Cardiovasculare Canadiene (CCS), în mod particular daca simptomele nu răspund adecvat la tratamentul medical (nivel de evidenta B)
3. Pacienții cu angina stabila care sunt considerați pentru chirurgie majora non-cardiaca, în mod special chirurgie vasculara (chirurgia anevrismului aortic, by-pass femural, endarterectomie carotidiana) cu elemente de risc intermediar sau înalt pentru testarea non-invaziva *(nivel de evidenta B)*

Clasa II a

1. Pacienți cu diagnostic neclar după testarea non-invazivă, sau rezultate contradictorii ale diferitelor tehnici non-invazive de evaluare *(nivel de evidenta C)*
2. Pacienți cu risc înalt de restenoza după intervenție coronariana percutană (ICP) daca ICP a fost realizat intr-o zona importanta din punct de vedere prognostic (*nivel de evidenta C).*

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROTOCOL DE INFORMARE A PACIENTILOR REFERITOR LA PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL**	**16** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/3**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătura**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	**05.06.2013**	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. Scopul protocolului
   De a stabili etapele si responsabilitatile necesare pentru informarea pacientilor internati la Spitalul Sfântul Sava cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal

2. Legislatie aplicabila
   a. Legea drepturilor pacientului nr 46/ 2003
   b. Legea nr. 677/ 2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, modificata si completata
3. Descrierea etapelor de parcurs

3.1. LA SERVICIUL INTERNARI

Pacientului i se prezinta si verbal, pe scurt si pe intelesul sau, informatiile de mai jos.
Pacientul primeste la internare, dupa intocmirea FOCG, o informare scrisa cu urmatorul continut:

"Spitalul nostru , prin intermediul serviciilor medicale furnizate, prelucreaza datele dumneavoastra cu caracter personal (nume si prenume, sexul, data si locul nasterii, cetatenia, date din actele de stare civila, nr. asigurarii de sanatate , adresa, profesie, situatie familiala, obisnuinte/ preferinte/ comportament, date care denota originea etnica, CNP, seria si numarul actului de identitate si date privind starea de sanatate) prin mijloace automatizate / manuale, in scopul imbunatatirii serviciilor de sanatate.

Nu sunteti obligat(a) sa furnizati datele, dar acestea sunt necesare monitorizarii calitatii si eficientei activitatii medicale .

Refuzul dumneavoastra determina imposibilitatea imbunatatirii starii de sanatate a populatiei din mediul rural.

Informatiile inregistrate sunt destinate utilizarii de catre spital si sunt comunicate numai urmatorilor destinatari : Directia de Sanatate Publica, Casa de Sanatate, Scoala Nationala de Sanatate Publica si Management Sanitar .

Potrivit art.19 din Legea nr. 677/ 2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, modificata si completata aplicam masurile tehnice si organizatorice adecvate pentru protejarea datelor cu character personal impotriva distrugerii accidentale sau ilegale, pierderii , modificarii , dezvaluirii sau accesului neautorizat.

Ca urmare , Spitalul a luat toate masurile de securitate conform Ordinului nr. 52/2002 privind aprobarea Cerintelor minime de securitate a prelucrarilor de date cu caracter personal.

Conform Legii nr. 677/2001, beneficiati de dreptul de acces, de interventie asupra datelor si de dreptul de acces, de interventie asupra datelor si de dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale . Totodata, aveti dreptul sa va opuneti prelucrarii datelor personale care va privesc si sa solicitati stergerea datelor. Pentru exercitarea acestor drepturi , va puteti adresa cu o cerere scrisa , datata si semnata la Managerul Spitalului

De asemenea , va este recunoscut dreptul de a va adresa justitiei.

Datele dumneavoastra nu vor fi transferate in strainatate.

MANAGER
Alexandru Constantin

3.2. IN SECTIA/ COMPARTIMENTUL

- Pacientului i se prezinta , dupa stabilirea diagnosticului , informatiile referitoare la diagnostic, prognostic, alternative de terapie cu riscurile aferente
- Pacientului i se solicita acordarea consimtamantului informat, pentru tratamentul si conduita terapeutica aleasa, subliniindu-se din nou , posibilitatea prelucrarii datelor cu caracter personal si faptul ca formularul de consimtamant se refera si la acest aspect
- semnarea consimtamantului reprezinta confirmarea actiunii de informare a pacientilor

4. Inscrisuri, inregistrari, formulare

Formular de informare asupra prelucrarii datelor cu caracter personal

Spitalul Sfântul Sava Buzau

FORMULAR DE INFORMARE
ASUPRA PRELUCRARII DATELOR CU CARACTER PERSONAL

"Spitalul nostru , prin intermediul serviciilor medicale furnizate, prelucreaza datele dumneavoastra cu caracter personal (nume si prenume, sexul, data si locul nasterii, cetatenia, date din actele de stare civila, nr. asigurarii de sanatate , adresa, profesie, situatie familiala, obisnuinte/ preferinte/ comportament, date care denota originea etnica, CNP, seria si numarul actului de identitate si date privind starea de sanatate) prin mijloace automatizate / manuale, in scopul imbunatatirii serviciilor de sanatate.

Nu sunteti obligat(a) sa furnizati datele, dar acestea sunt necesare monitorizarii calitatii si eficientei activitatii medicale .

Refuzul dumneavoastra determina imposibilitatea imbunatatirii starii de sanatate a populatiei din mediul rural.

Informatiile inregistrate sunt destinate utilizarii de catre spital si sunt comunicate numai urmatorilor destinatari : Directia de Sanatate Publica, Casa de Sanatate, Scoala Nationala de Sanatate Publica si Management Sanitar .

Potrivit art.19 din Legea nr. 677/ 2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, modificata si completata aplicam masurile tehnice si organizatorice adecvate pentru protejarea datelor cu character personal impotriva distrugerii accidentale sau ilegale, pierderii , modificarii , dezvaluirii sau accesului neautorizat.

Ca urmare , Spitalul a luat toate masurile de securitate conform Ordinului nr. 52/2002 privind aprobarea Cerintelor minime de securitate a prelucrarilor de date cu caracter personal.

Conform Legii nr. 677/2001, beneficiati de dreptul de acces, de interventie asupra datelor si de dreptul de acces, de interventie asupra datelor si de dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale . Totodata, aveti dreptul sa va opuneti prelucrarii datelor personale care va privesc si sa solicitati stergerea datelor. Pentru exercitarea acestor drepturi , va puteti adresa cu o cerere scrisa , datata si semnata la Managerul Spitalului

De asemenea , va este recunoscut dreptul de a va adresa justitiei.

Datele dumneavoastra nu vor fi transferate in strainatate.

MANAGER

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE INFORMARE SI CONSIMTAMANT A PACIENTULUI**	**17** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/11**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	**05.06.2013**	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

SCOP

Prezenta procedura descrie modalitatile de informare a pacientilor si apartinatorilor acestora, asupra drepturilor ce le au in calitate de pacient si asigurat, obligatiilor ce le revin ca pacient al acestui spital, precum si asupra serviciilor medicale oferite, tratamentului aplicat si a oricarei interventii directe sau indirecte a personalului angajat.

DOMENIUL DE APLICARE

Prezenta procedura este utilizata de conducerea spitalului in vederea informarii pacientului in conformitate cu legislatia in vigoare pentru respectarea drepturilor acestora.

DOCUMENTE DE REFERINTA

- Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientului
- Contractul Cadru si Normele de aplicare in cadrul asigurarilor sociale de sanatate, anual
- Legea sanatatii nr.95/2006, Titlul VII, Spitalul
- Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Standardelor de acreditare

DEFINITII SI ABREVIERI

Definiţii

Informarea pacientului consta in obligativitatea personalului medical desemnat sau abilitat de a da toate informatiile medicale pacientului internat si/sau apartinatorilor acestuia despre toate actiunile ce vor fi intreprinsa in unitatea sanitara si despre rezultatele acestora.

Cine efectueaza informarea pacientului?

Informarea pacientului este un drept recunoscul legislativ si trebuie efectuata de catre personal medical specializat ori de cate ori acest lucru este posibil (situatia in care pacientul este constient sau are in preajma sa apartinatori care pot intelege informatia, ajuta in procesul de consimtire dar numai atunci cand pacientul agreeaza participarea acestora si, in unele cazuri ii delega sa ia decizii in locul lui).

Urgenta medicala nu scuteste medicul de informarea pacientului asupra starii sale de sanatate si a procedurilor ce urmeaza a fi aplicate pentru ameliorarea acuzelor de natura medicala. Atat timp cat pacientul poate comunica si este constient si apt de a lua o decizie, informarea este necesar sa fie realizata. Refuzul unui pacient de participare la un act terapeutic trebuie respectat, dar in cazul in care aceasta nu reprezinta cel mai bun interes al sau, el isi asuma, in scris, responsabilitatea deciziei sale.

Legea drepturilor pacientului (legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003), la capitolul II, prevede dreptul pacientului de a primi informatii cu privire la serviciile medicale disponibile, precum si la modul de a le utiliza, la identitatea si statutul profesional al furnizorilor serviciilor de sanatate, la restrictiile si regulile impuse de spitalizarea intr-un centru medical. Pacientul are, de asemenea, dreptul de a beneficia de informatii cu privire la starea lui de sanatate, la interventiile medicale care ar ajuta la restabilirea sau imbunatatirea starii sale de sanatate si de a fi sau nu informat asupra afectiunii pe care o prezinta, daca dezvaluirea i-ar putea produce suferinta. Pacientul poate indica daca doreste ca o alta persoana sa primeasca informatii in numele sau.

Cum si cand informam pacientul?

Dreptul la informare asupra asistentei medicale:

- au dreptul de a fi informati asupra serviciilor si metodelor terapeutice de care au nevoie si de posibilitatile spitalului de a le oferi;
- au dreptul la adresabilititate libera la asistenta medicala, conform prevederilor legale;
- pacientii au dreptul de a cunoaste identitatea, statutul profesional si calificarea celor care asigura servicii de sanatate;
- pacientii au dreptul de a fi informati asupra facilitatilor de care dispune spitalul pentru asistenta personala, siguranta si confortul sau;
- Dreptul de acces la informatiile de natura medicala legate de persoana lor prin intermediul persoanelor din echipa medicala si al biletului de externare:
- dreptul de a fi informati in legatura cu starea sanatatii lor, cu procedurile terapeutice propuse, cu diagnosticul si prognoza afectiunii ;
- informatiile se aduc la cunostinta pacientului intr-o maniera adecvata capacitatii lui de intelegere; in cazul cetatenilor straini, acestia au dreptul de a primi informatii intr-o limba oficiala, sau prin intermediul unui traducator daca nu cunosc o limba oficiala;
- au dreptul de a exprima liber opiniile cu privire la ingrijirile acordate in spital;

DESCRIEREA ACTIVITATII

Spitalul dispune si aplica politici si proceduri de informare a pacientilor si apartinatorilor, in conformitate cu legislatia in vigoare.

Aceasta procedura cuprinde urmatoarele activitati:

I. Informare asupra spitalului in ansamblu, serviciilor oferite, sectiilor si compartimentelor, laboratoarelor, organizarii si conducerii unitatii, prin inmanarea **„Pliantului”** de prezentare a spitalului in momentul consultatiei in ambulatoriu sau internarii in spital (Anexa 1).

II. Informare asupra drepturilor pacientului, drepturilor si obligatiilor personei asigurate si a Regulamentului intern in ceea ce priveste pacientul internat in unitate (Anexa 2). Pentru aceasta spitalul a afisat la vedere in toate saloanele si cabinetele medicale, o **Lista cu drepturile si obligatiile pacientului internat.**

III. Fisa de consimtamant – acest document este prezentat pacientului la internare, acesta fiind rugat sa citeasca si sa-si dea consimtamantul informat asupra interventiilor care se vor desfasura in cursul internarii. Pacientul trebuie sa isi dea acordul asupra efectuarii interventiilor medicale, iar personalul medical este obligat sa explice consecintele refuzului sau opririi actelor medicale. (Anexa 3)

IV. Fisa de consimtamant informat asupra procedurilor invazive

V. Fisa de consimtamant pentru minori

VI. Fisa de consimtamnt pentru studiu clinic

VII. Fisa de consimtamant pentru apartinatori - in cazul pacientulor minori

VIII. **Fisa de consimtamant al reprezentantului legal** - pentru situatii in care pacientul nu are discernamant

IX. Chestionarul de opinie – acest document este inmanat pacientului in momentul internarii, fiind rugat sa-si spuna opinia asupra perioadei in care a fost tratat in spital in momentul externarii. Chestionarul nu este nominal si nu este obligatoriu. (Anexa 4)

X. Biletul de invoire – in situatia in care pacientul va solicita un bilet de invoire, acesta va fi aprobat de medicul curant si medicul sef de sectie, se va completa documentatia necesara si pacineutl va fi condus pana la persoana care va avea responsabilitate asupra lui pana in momentul revenirii la spital. (Anexa 5)

XI. Informarea al pacientilor despre prelucrarea datelor lor cu caracter personal

Pacientii sunt informati, cu privire la:

a) identitatea operatorului / asistentului care introduce datele;

b) scopul în care se face prelucrarea datelor – comunicarea catre institutiile abilitate in vederea informarii asupra cazurilor de boala dar si pentru obtinerea rambursarii cheltuielilor efectuate in cazul respectiv;

c) informatii suplimentare, precum: destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor; dacă furnizarea tuturor datelor cerute este obligatorie si consecintele refuzului de a le furniza; existenta drepturilor de acces, de interventie asupra datelor si de opozitie, precum si conditiile în care pot fi exercitate;

d) orice alte informatii a căror furnizare este impusă prin dispozitie a autoritatii de supraveghere, tinând seama de specificul prelucrării.

In vederea aplicarii acestei proceduri, directorul medical al spitalului **va instrui semestrial** personalul medical asupra atributiilor. Fiecare instruire se va consemna intr-un proces verbal.

Aceste atributii sunt consemnate in fisa postului a personalului responsabil:

- § Medicul curant are obligatia de a infirma pacientul despre diagnostic, prognosti, investigatii si tratamentul aplicat; de asemnea este obligat sa prezinte alternative la solicitare si recomandari specifice;
- § Medicul curant cu aprobarea sefului de sectie va acorda la solicitarea pacientului (in caz ca aceasta este posibila si afectiunea permite) o invoire pe perioada solciitata.
- § Asistentul medical de la camera de internare are obligatia de a inmana **Plianul spitalului** in momentul internarii, atat pacientului cat si apartinatorilor.
- § Asistenta sefa de sectie va preda apartinatorului pacientul invoit si medicatia necesara pe perioada invoirii.
- § Asistentul sef din sectie este obligat sa obtina consimtamantul informat al pacientului si sa inmaneze **Chestionarul de opinie**, pe care il va prelua la externarea pacientului.
- § Asistenta curanta a pacientului are obligatia de a prezenta drepturile si obligatiilor pacientului.

RESPONSABILI DE PRELUCRAREA PERSONALULUI

- · **Directorul medical**
- · **Medicul sef de sectie**
- · **Asistentii sefi de sectie**

INREGISTRARI, ANEXE

Se va inregistra intr-un registru special fiecare intalnire de instruire colectiva sau individuale de catre persoana care o executa, pentru probleme de drepturi ale pacientului

ANEXE

- · Anexa 1 – LISTA CU DREPTURILE SI OBLIGATIILE PACIENTULUI
- · Anexa 2 - FORMULAR DE CONSIMŢĂMÂNT ÎN VEDEREA TRATAMENTULUI/OPERAŢIEI **-** CONSIMŢĂMÂNT INFORMAT
- · Anexa 3 – CHESTIONAR DE OPINIE

Anexa 1

DREPTURILE PACIENTULUI
În conformitate cu Legea nr.46 – 2003,
privind drepturilor pacientului

- Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum si la modul de a le utiliza.
- Pacientul are dreptul de a fi informat asupra identitatii si statutului profesional al furnizorilor de servicii de sanatate
- Pacientul internat are dreptul de a fi informat asupra regulilor si obiceiurilor pe care trebuie sa le respecte pe durata spitalizarii.
- Pacientul are dreptul de a fi informat asupra starii sale de sanatate, a interventiilor medicale propuse, a riscurilor potentiale ale fiecarei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuarii tratamentului si nerespectarii recomandarilor medicale, precum si cu privire la date despre diagnostic si prognostic.
- Pacientul are dreptul de a decide daca mai doreste sa fie informat in cazul in care informatiile prezentate de catre medic i-ar cauza suferinta.
- Pacientul are dreptul de a cere in mod expres sa nu fie informat si de a alege o alta persoana care sa fie informata in locul sau.
- Pacientul are dreptul de a cere si de a obtine o alta opinie medicala.
- Pacientul are dreptul sa solicite si sa primeasca, la externare, un rezumat scris al investigatiilor, diagnosticului, tratamentului si ingrijirilor acordate pe perioada spitalizarii.
- Pacientul are dreptul sa refuze sau sa opreasca o interventie medicala asumandu-si, in scris, raspunderea pentru decizia sa; consecintele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului.
- Consimtamantul pacientului este obligatoriu pentru recoltarea, pastrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul sau, in vederea stabilirii diagnosticului sau a tratamentului cu care acesta este de acord.
- Consimtamantul pacientului este obligatoriu in cazul participarii sale in invatamantul medical clinic si la cercetarea stiintifica.
- Dreptul la confidentialitate
- Pacientul are acces la datele medicale personale.
- Dreptul femeii la viata prevaleaza in cazul in care sarcina reprezinta un factor de risc major si imediat pentru viata mamei.
- Pacientul are dreptul la informatii, educatie si servicii necesare dezvoltarii unei vieti sexuale normale si sanatatii reproducerii, fara nici o discriminare.
- Dreptul femeii de a hotari daca sa aiba sau nu copii este garantat, cu exceptia cazului in care sarcina reprezinta un factor de risc major si imediat pentru viata mamei.
- Pacientul, prin serviciile de sanatate, are dreptul sa aleaga cele mai sigure metode privind sanatatea reproducerii.
- Orice pacient are dreptul la metode de planificare familiala eficiente si lipsite de riscuri.
- Drepturile pacientului la tratament si ingrijiri medicale
- In cazul in care furnizorii sunt obligati sa recurga la selectarea pacientilor pentru anumite tipuri de tratament care sunt disponibile in numar limitat, selectarea se face numai pe baza criteriilor medicale. Se excepteaza de la prevederile legale cazurile de urgenta aparute in situatii extreme.
- Pacientul are dreptul la ingrijiri terminale pentru a putea muri in demnitate.
- Pacientul poate beneficia de sprijinul familiei, al prietenilor, de suport spiritual, material si de sfaturi pe tot parcursul ingrijirilor medicale. La solicitarea pacientului, in masura posibilitatilor, mediul de ingrijire si tratament va fi creat cat mai aproape de cel familial.
- Pacientul internat are dreptul si la servicii medicale acordate de catre un medic acreditat din afara spitalului.
- Pacientul poate oferi angajatilor sau unitatii unde a fost ingrijit plati suplimentare sau donatii, cu respectarea legii.
- Pacientul are dreptul la ingrijiri medicale continue pana la ameliorarea starii sale de sanatate sau pana la vindecare.

- Pacientul are dreptul sa beneficieze de asistenta medicala de urgenta, de asistenta stomatologica de urgenta si de servicii farmaceutice, in program continuu.

OBLIGATIILE PACIENTULUI

- sa acorde incredere deplina in tratamentul si ingrijirile recomandate
- sa se comporte civilizat si politicos cu personalul medical
- sa respecte regulile de igiena personala zilnica
- sa-si exprime acordul cerut de personalul medical in situatiile prevazute prin legislatie
- sa prticipe la vindecarea lor prin respectarea recomandarilor medicale si tratamentului si sa respecte riguros ordininea interioara a unitatii;
- sa nu pretinda examane de laborator sau radiologice pe care medicul nu le considera necesare.
- sa accepte regimul alimtar recomandat de medic, chiar daca difera de mancărurile cu care este obisnuit in familie
- sa nu depoziteze alimente decat in locurile permise (frigider)
- sa stea in spital atat timp cat este necesar, sa nu insiste sa ramana mai mult decat trebuie, iar daca doreste externarea inainte de recomandarea medicului, aceasta se va face pe proprie raspundere si sub semnatura
- sa nu consulte dosarul sau medical pentru a evita neintelegerea unor temeni si sa solicite informatii doar personalului calificat
- fumatul este strict interzis, in caz contrar bolnavii vor fi externati
- sa pastreze curatenia in saloane, integritatea echipamentuilui, curatenia in grupurile sanitare si sa nu degradeze instalatiile, sa nu arunce pansamente, vata si alte obiecte sau resturi alimentare.
- sa umble in tinuta vestimentara ingrijita, decenta, cand iese pe coridoare sau afara in curtea spitalului
- sa respecte circuitele spitalului sis a nu circule prin locurile interzise pacientilor in vederea protectiei proprii impotriva unor agenti patogeni sau noxe
- sa nu provoace neintelegeri sau altercatii cu personalul medical sau alti pacienti
- in situatia in care exista nemultumiri, pacientul poate sa faca reclamatie scrisa sau se poate adresa medicului sef de sectie sau conducerii spitalului

Anexa 2

FORMULAR DE CONSIMŢĂMÂNT LA INTERNARE
ÎN VEDEREA TRATAMENTULUI /OPERAŢIEI

Subsemnatul _____ domiciliat în_____ _____legitimat cu B.I/C.I. seria____nr._____avand

CNP : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

în calitate de:

1.pacient internat în secţia _____

2.reprezentant legal al copilului _____în vârstă de_____ani

3.aparţinător (soţ, soţie, frate, soră, fiu - în cazul în care pacientul este în incapacitatea de a decide) al pacientului_____internat în secţia _____consimt să urmez operaţia/tratamentul următor[1]:

_____

Natura şi scopul, beneficiile şi riscurile efectuarii/neefectuării acestei operaţii/tratament, precum şi a celorlalte operaţiuni terapeutice, mi-au fost explicate pe înţelesul meu de către domnul Dr. _____.

Mi s-au prezentat riscurile asociate precum şi riscurile imprevizibile (inclusiv riscul oricât de mic de deces) consecinţele pe care le presupune tratamentul/intervenţia, cât şi riscurile pe care le impun investigaţiile speciale ce fac parte din operaţia/tratamentul pe care urmează să îl efectuez.

Declar că sunt conştient de aceste riscuri şi le accept, întrucât scopul intervenţiei/tratamentului este spre binele meu.

Ca urmare, înţeleg necesitatea acestei operaţii/tratament pe care doresc să îl efectuez şi recunosc ca nu mi se poate da o garanţie sau asigurare în ceea ce priveşte rezultatul final.

În cazul în care în timpul intervenţiei terapeutice apar situaţii şi condiţii neprevăzute, care impun proceduri suplimentare faţă de cele descrise mai sus ca fiind acceptate de către mine (inclusiv transfuzia), accept ca medicul desemnat să acţioneze în baza pregătirii sale profesionale în consecinţă doar dacă aceste proceduri sunt absolut justificate din motive medicale şi nu numai în interesul meu personal şi înspre binele meu, de la acest accept face excepţie[2] : _____ _____

În scopul realizării operaţiei, consimt de asemenea la administrarea anesteziei ce mi-a fost indicată (generală/alt tip)[3] _____. Riscurile actului anestezic mi-au fost explicate cu ocazia consultării mele de către Dr. _____.

În consecinţă şi în condiţiile precizate, îmi dau liber şi în cunoştinţă de cauză, consimţământul la operaţia/tratamentul prezentat.

Certific că am citit, am înţeles şi accept pe deplin cele de mai sus şi ca urmare le semnez.

Semnătura pacientului/reprezentantului legal[4] _____ziua ____luna___anul_____

Subsemnatul, in calitate de martor, _____confirm că prezentul formular de consimţământ a fost completat în prezenţa mea şi semnat de pacient fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Semnătura martorului _____ziua _____luna_____anul_____

CONSIMŢĂMÂNT INFORMAT
MANEVRA / PROCEDURA INVAZIVA

Am înţeles beneficiile şi riscurile investigaţiei/procedurii (.....) invazive ce urmează să mi se facă şi **sunt de acord/nu sunt de acord** cu efectuarea acesteia.

De asemenea în cazul apariţiei în timpul procedurii a unei complicaţii ce necesită intervenţie chirurgicală de urgenţă, **sunt de acord/nu sunt de acord** ca aceasta să se efectueze în conformitate cu decizia medicului curant.

Nume..... Data .....

Prenume .....

[1]Pacientul va scrie clar operaţia/tratamentul pe care înţelege să o efectueze şi pe care acceptă pentru a nu exista reclamaţii ulterioare bazate pe confuzie, de exemplu va nota : „amputaţia membrului inferior sub nivelul genunchiului" colectomie dreaptă, ACN, etc.

[2]Exemplu: extirparea unui organ, indicaţia de a nu mai resuscita în cazul stopului cardiorespirator,etc.

[3]Se specifică obligatoriu ce tip de anestezie se va aplica.

[4].Se vor nota datele de identitate ale acestuia,gradul de rudenie, precum şi datele împuternicirii de reprezentare în cazul tutorilor.

CONSIMŢĂMÂNT REPREZENTANT LEGAL
PENTRU PACIENT FARA DISCERANMANT

Pacientul……..,

CNP pacient: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Subsemnaţii……...,

CNP : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CNP : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(se completează CNP-urile părinţilor sau aparţinătorilor)

Domiciliaţi în str……., nr. …, bl. …, sc. …, et. ….., ap. ……, sector……, localitatea……., judeţul……., telefon……., în calitate de reprezentant legal al pacientului aflat in (stare comatoasa / politraumatizat / afectiuni psihice majore etc.) ....., diagnosticat cu .....internat in sectia .....
sunt de acord să urmeze tratamentul cu .....

Am fost informaţi asupra importanţei, efectelor şi consecinţelor administrării acestei terapii cu produse biologice / interventiei chirurgicale / investigatiei invazive etc.

Ne declarăm de acord cu instituirea acestui tratament precum şi a tuturor examenelor clinice şi de laborator necesare unei conduite terapeutice eficiente.

Ne declarăm de acord să urmeze instrucţiunile medicului curant, să răspundem la întrebări şi să semnalăm în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei.

Medicul specialist care a recomandat tratamentul: ……

Unitatea sanitară unde se desfăşoară monitorizarea tratamentului: ……

Data Semnătura pacientului / părinţilor sau aparţinătorilor

CONSIMŢĂMÂNT PENTRU PACIENT MINOR

Copilul……,

CNP copil: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Subsemnaţii……,

CNP : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CNP : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(se completează CNP-urile părinţilor sau aparţinătorilor)

Domiciliaţi în str……., nr. …, bl. …, sc. …, et. ….., ap. ……, sector……, localitatea……..,
judeţul……., telefon……..,
în calitate de reprezentant legal al copilului ....., diagnosticat cu
.....
sunt de acord să urmeze tratamentul cu .....

Am fost informaţi asupra importanţei, efectelor şi consecinţelor administrării acestei terapii cu produse biologice.

Ne declarăm de acord cu instituirea acestui tratament precum şi a tuturor examenelor clinice şi de laborator necesare unei conduite terapeutice eficiente.

Ne declarăm de acord să urmeze instrucţiunile medicului curant, să răspundem la întrebări şi să semnalăm în timp util orice manifestare clinică survenită pe parcursul terapiei.

Medicul specialist care a recomandat tratamentul: ……

Unitatea sanitară unde se desfăşoară monitorizarea tratamentului: ……

Data Semnătura pacientului / părinţilor sau aparţinătorilor

Anexa 3

CHESTIONAR DE OPINIE

Stimată doamnă /domn,

În vederea aprecierii îngrijirilor medicale pe care le-aţi primit în Spitalul de ..... şi a creşterii calităţii acestora, vă rugăm să aveţi amabilitatea de a răspunde întrebărilor din chestionarul de mai jos şi de a returna documentul la asistenta sefa a sectiei.

Răspundeţi la întrebări bifând varianta care descrie cel mai bine situaţia dvs.
Nu trebuie să vă semnaţi, acest chestionar este anonim.
Răspunsurile dvs. sunt importante pentru noi!

1. 1 bărbat 1 femeie

2. Vârsta dvs. :_____ani

3. Mediul de provenienta:
1 Urban 1 Rural

4. În ce secţie aţi fost internat : _____

5. La internare, aţi fost însoţit pe secţie de:
1 personal sanitar 1 aparţinători (membri de familie, prieteni,vecini)
1 aţi mers singur

6. Ati fost informat asupra drepturilor dumneavoastra ca pacient si au fost respectate acestea ?
1 da 1 nu

7. Ati fost informat asupra diagnosticului, tratamentului si regimului prescris de medic ?
1 da 1 nu

8. Vă rugăm să acordaţi calificative pentru următoarele servicii:
Cazare 1 nesatisfăcător 1 bine 1 foarte bine
Curăţenie 1 nesatisfăcător 1 bine 1 foarte bine
Alimentaţie 1 nesatisfăcător 1 bine 1 foarte bine

9. Atitudinea personalului de la Camera de internare:
1 nesatisfăcător 1 bine 1 foarte bine

10. Timpul acordat de medicul curant pentru consultaţia dumneavoastră :
1 nesatisfăcător 1 bine 1 foarte bine

11. Calitatea îngrijirilor medicale acordate de :
Medicul curant 1 nesatisfăcător 1 bine 1 foarte bine
Asistentele medicale 1 nesatisfăcător 1 bine 1 foarte bine
Infirmiere 1 nesatisfăcător 1 bine 1 foarte bine

12. La explorările functionale aţi fost însoţit de:
1 personal sanitar 1 aparţinători (membri de familie, prieteni,vecini)
1 aţi mers singur

13. Aţi fost instruit asupra modului în care ar fi trebuit să primiţi medicamentele pe cale orală (tablete, pastile) ?
1 da, întotdeauna 1 da, uneori 1 nu, niciodată

14. Administrarea medicamentelor pe cale orală s-a făcut sub supravegherea asistentei :

1 da, întotdeauna 1 da, uneori 1 nu,niciodată

15. Aţi primit medicamentele pentru 1 zi de tratament:

1 toate o dată 1 împărţite în prize

16. Medicamentele administrate în spital:

1 v-au fost administrate doar de spital
1 v-au fost cumpărate de familie
1 ambele variante

14. În cazul în care medicamentele v-au fost cumpărate de familie, care a fost procedura ?

1 pe reţetă simplă eliberată de medicul de spital
1 pe reţeta eliberată de medicul de familie/specialist la recomandarea medicului din spital

15.Aţi fost mulţumit de îngrijirile acordate:

În timpul zilei 1 da 1 nu
În timpul nopţii 1 da 1 nu
Sâmbăta, duminica şi sărbătorile legale 1 da 1 nu

16. Impresia dvs. generală :

1 nemulţumit 1 mulţumit 1 foarte mulţumit

17. Dacă ar fi necesar să vă reinternaţi, aţi opta pentru acelaşi spital ?

1 în mod cert da 1 probabil că da 1 în mod categoric nu

Observaţii şi sugestii referitoare la aspectele pozitive şi/sau negative ale îngrijirilor medicale din timpul spitalizării :

_____

_____

_____

Vă mulţumim pentru colaborare!

Anexa 4

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURĂ PENTRU OBTINEREA ACORDULUI REPREZENTANTULUI LEGAL AL PERSOANEI CARE NU-ŞI POT MANIFESTA VOINŢA SAU FĂRĂ DISCERNĂMÂNT	18 Ed.: 1 Rev.:0 Pag.: 1/2

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a revizieiîn** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Cab. Av. Tudorancea	Cabinet Juridic	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

- Prezenta procedură descrie modul de obtinere a acordului reprezentantului legal pentru un paicent aflat in incapacientea de a-si exprima singur acordul (pacient fara discernamant).

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in sectiile spitalului.

3. TERMINOLOGIE ŞI ABREVIERI

Nu exista abrevieri

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

4.1. Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

5. RESPONSABILITĂŢI

5.1 Responsabil de proces = asistenta de salon

5.2 Echipa de proces = Medic sef sectie + asistent sef sectia + director medical

6. DESCRIEREA PROCESULUI

In situatia in care in sectie se interneaza un pacient fara disceranamant (boli psihice, stari comatoase etc.), asistent ade tura care primeste pacientul in sectie va proceda la urmatoarele:

- Va invita la discutie insotitorul pacientului si il va identifica ca si reprezentant legal al pacientului
- In aceasta situatie va solicita consimtamantul pentru interventiile medicale specifice sectiei, folosind formularul existent
- Asistenta va solicita o copie dupa CI / BI reprezentantului
- Asistenta va consemna in FOCG datele de contact ale reprezentantului

· In situatia in care se interneaza in urgenta un pacient fara discernamant si fara insotitor, adus de ambulanta de obicei, consimtamantul pentru interventii majore / chirurgicale va fi acordat de echipa medicala prezenta la internare prin semnaturile di FOCG

PACIENT FARA DISCERNAMANT SI CU INSOTITOR LEGAL

In situatia in care in sectie se interneaza un pacient fara disceranamant (boli psihice, stari comatoase etc.), asistent de tura care primeste pacientul in sectie va proceda la:

- Va invita la discutie insotitorul pacientului si il va identifica ca si reprezentant legal al pacientului
- In aceasta situatie va solicita consimtamantul pentru interventiile medicale specifice sectiei, folosind formularul existent
- Asistenta va solicita o copie dupa CI / BI reprezentantului
- Asistenta va consemna in FOCG datele de contact ale reprezentantului

PACIENT FARA DISCARNAMANT SI FARA INSOTITOR LEGAL

- In situatia in care se interneaza in urgenta un pacient fara discernamant si fara insotitor, adus de ambulanta de obicei, consimtamantul pentru interventii majore / chirurgicale va fi acordat de echipa medicala prezenta la internare prin semnaturile di FOCG, echipa constituita conform procedurii
- Membrii echipei vor semna in locul reprezentantului legal

7. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

7.1 FORMULAR DE CONSIMTAMANT

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Anton Simona	Medic	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

- Este recomandată recuperarea medicală precoce.
- Se recomandă posibilitatea externării precoce pentru pacienţii stabili din punct de vedere medical cu afectări uşoare sau moderate în cazul în care recuperarea medicală este practicată în comunitate de o echipă multidisciplinară cu experienţă în AVC.
- Momentul optim de debut al recuperării este incert. Multe dintre complicaţiile imediate ale AVC (TVP, leziunile cutanate, apariţia contracturilor, constipaţia şi pneumonia de stază) sunt legate de imobilizare şi deci, mobilizarea este o componentă fundamentală a recuperării precoce.

Elemente ale recuperării

- Fizioterapia este recomandată, dar modul optim de administrare este incert.
- Ergoterapia este recomandată, dar modul optim de administrare este incert. Deşi evaluarea deficitelor de comunicare este recomandată, există date insuficiente pentru a recomanda tratamente specifice.
- Se recomandă oferirea de informaţii pacientului şi aparţinătorilor, dar dovezile nu susţin folosirea unui serviciu de legătură specializat în AVC pentru toţi pacienţii.
- Se recomandă ca recuperarea să fie luat în considerare la toţi pacienţii.
- Deşi evaluarea deficitelor cognitive pare de dorit există date insuficiente pentru a recomanda tratamente specifice.
- Se recomandă ca pacienţii să fie monitorizaţi pentru depresie în timpul spitalizării şi al perioadei de urmărire.
- Terapia medicamentoasă şi nemedicamentoasă sunt recomandate pentru ameliorarea dispoziţiei.
- Terapia medicamentoasă trebuie luată în considerare pentru tratamentul labilităţii emoţionale post-AVC.
- Terapia cu antidepresive triciclice şi anticonvulsivante este recomandată pentru tratamentul durerii neuropate post-AVC la pacienţi selecţionaţi.
- Se recomandă evaluarea toxinei botulinice în tratamentul spasticităţii post- AVC, dar beneficiile funcţionale sunt incerte.

Fizioterapia

Stimularea funcţional electrică poate creşte forţa, dar efectul asupra prognosticului clinic este incert.

Antrenamentul electromecanic al mersului în combinaţie cu terapia fizică poate fi mai eficientă decât fizioterapia singură. Statusul cardiovascular se poate deteriora în timpul fazei de recuperare post-AVC.

Această decondiţionare fizică afectează negativ recuperarea activă şi este marker de risc pentru evenimente ulterioare.

Ergoterapia

Cele mai mari efecte au fost observate la pacienţii mai în vârstă şi pentru folosirea intervenţiilor focalizate.

Logopedia

Logopedia poate optimiza deglutiţia în condiţii de siguranţă şi poate asista comunicarea. Afazia şi dizartria sunt simptome frecvente după AVC şi influențează calitatea vieţii.

Serviciile de legătură pentru AVC şi informarea

Informarea neadecvată duce la scăderea calităţii vieţii pacienţilor cu AVC şi a familiilor lor. Există anumite dovezi că informarea combinată cu sesiunile educaţionale ameliorează cunoştinţele şi este mai eficientă decât informarea singură. Pe măsură ce pacientul progresează de la recuperarea în cadrul spitalului către comunitate, implicarea aparţinătorilor în recuperare devine din ce în ce mai important. Educarea formală a aparţinătorilor în administrarea de îngrijiri scade costurile de personal şi creşte calitatea vieții.

Alte grupuri

În funcţie de scopurile specifice ale fiecărui pacient aportul altor terapii poate fi indicat.

Astfel de grupuri includ dieteticieni, opticieni şi asistenţi sociali.

Deficitele cognitive

Deficitele cognitive sunt frecvente după AVC şi influențează calitatea vieţii. Antrenamentul cognitiv pentru deficitul de atenţie.

Sexualitatea

Sexualitatea poate fi afectată după un AVC. Limitările fizice subiacente şi bolile vasculare concomitente se pot asocia cu efectele secundare ale medicamentelor. Este de dorit să se discute problemele de sexualitate şi viaţă intimă cu pacienţii. Oferirea de sprijin şi informaţii este importantă: mulţi pacienţi se tem pe nedrept că reluarea unei vieţi sexuale active poate duce la un nou AVC.

Complicaţiile care afectează recuperarea

Recuperarea poate fi compromisă de complicaţii care pot scădea drastic prognosticul funcţional sau cresc mortalitatea.. Complicaţiile frecvente în timpul recuperării intraspitaliceşti includ: depresia, durerile de umăr, căderile, tulburările micţionale şi pneumonia de aspiraţie.

Depresia post-AVC

Depresia post-AVC este asociată cu rezultate slabe ale recuperării şi în final cu un prognostic prost. Medicamentele antidepresive cum sunt inhibitorii selectivi ai receptării serotoninei (ISRS) şi antidepresivele heterociclice pot ameliora dispoziţia după AVC. ISRS sunt mai bine toleraţi decât heterociclicele. Labilitatea emoțională este un simptom deranjant pentru pacienţi şi aparţinători. ISRS pot scădea accesele de emotivitate, dar efectele asupra calităţii vieţii sunt neclare.

Durerea şi spasticitatea

Durerile de umăr post-AVC sunt frecvente mai ales la pacienţii cu afectarea funcţionalităţii braţului şi status funcţional precar, asociindu-se şi cu un prognostic mai prost. Mişcarea pasivă a membrului paretic poate fi o metodă preventivă. Lamotrigina şi gabapentina pot fi luate în considerare pentru durerea neuropată.

Par a fi bine tolerate, dar trebuie luate în considerare efectele secundare cognitive. Spasticitatea în faza cronică poate afecta negativ ADL şi calitatea vieţii. Terapia posturală şi dinamică, terapia de relaxare, atelele şi suporturile sunt toate frecvent folosite. Farmacoterapia cu toxină botulinică s-a dovedit eficientă asupra tonusului muscular al membrelor, dar beneficiile funcţionale sunt mai puţin studiate. Medicamentele administrate pe cale

orală au o utilitate limitată de efectele secundare.

Eligibilitatea pentru recuperare

Un predictor important al prognosticului recuperării este severitatea iniţială a AVC. Dizabilitatea pre-AVC este de asemenea un predictor puternic al prognosticului. Alţi factori cum ar fi sexul, etiologia AVC, vârsta şi topografia leziunii au fost toţi studiaţi ca predictori ai prognosticului recuperării. Internarea într-o unitate specializată neurovascular ameliorează prognosticul pentru toate accidentele vasculare indiferent de vârstă, sex sau severitate.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA DE LUCRU PRIVIND CONSULTURILE INTERDISCIPLINARE ȘI INTRADISCIPLINARE	30	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele și Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	1	2	3	4	5
1.1	**Elaborat**	**Tache Mihail**	**Director medical**	05.06.2013	
1.2	**Verificat**	**Tache Mihail**	**Președinte consiliu medical**	05.06.2013	
1.3	**Aprobat**	**Alexandru Constantin**	**Manager**	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedură are drept scop reglementarea modului de desfășurare a consulturilor interdisciplinare în spital

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în toate secțiile spitalului

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Evaluarea globală a sănătății pacientului în vederea tratării bolnavului și nu numai a bolii.

Depistarea sau confirmarea prezenței sau absenței unor boli asociate duce la stabilirea celor mai adecvate metode de tratament pentru fiecare pacient

4. TERMINOLOGIE ŞI ABREVIERI

Consult interdisciplinar = consultul acordat pacientului internat în spital de către un medic de altă specialitate decât cea a medicului curant.

Consult intradisciplinar = consultul acordat pacientului internat în spital de către un medic de aceeași specialitate cu cea a medicului curant.

5. LEGISLATIE

Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1067/2012 pentru modificarea și completarea Regulamentului privind timpul de munca, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar

Ordinul Ministrului Sănătății nr. 1500 din 24 noiembrie 2009 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensiva din unitățile sanitare.

6. RESPONSABILITĂŢI

Responsabil de proces = director medical

Echipa de proces = medicii din secțiile spitalului

7 . DESCRIEREA PROCESULUI

7.1. PREVEDERI GENERALE

- În cadrul programului de 7 ore în medie pe zi, medicii din unităţile sanitare publice cu paturi au obligaţia de a acorda, cu prioritate, consultaţiile interdisciplinare pentru pacienţii internaţi în unitate sau pentru cei internaţi în alte spitale, în baza relaţiilor contractuale stabilite între unităţile sanitare respective.
- Consultaţiile interdisciplinare se acordă la recomandarea medicului curant aprobată de medicul şef secţie, medicul coordonator al compartimentului medical sau, după caz, a directorului medical.
- Recomandarea se va face în scris, consemnându-se în rubrica corespunzătoare din FOCG/ FSZ data, ora și consultul de specialitate recomandat, cu semnătura și parafa medicului curant
- Consulturile interdisciplinare vor fi acordate intern, dacă există medici din specialitățile respective în spital sau extern dacă nu există medici din specialitatea respectivă în spital

7.2.CONSULTAȚIILE INTERDISCIPLINARE ŞI INTRADISCPLINARE INTERNE

- Medicul curant comunică secției de specialitate solicitarea de consult interdisciplinar și programează pacientul la consultație
- Personalul mediu din secția unde este internat pacientul identifică pacientul și îl însoțește pe acesta la consultul interdisciplinar, prezentând la consultație și FOCG/ FSZ corespunzătoare
- Medicul care acordă consultația interdisciplinară va consemna data și ora efectuării, constatările , diagnosticul de specialitate, precum și recomandările de investigație și/ sau terapeutice atât în registrul de consultații cât și în rubrica corespunzătoare din FOCG/ FSZ, semnând și parafând consemnările
- Medicul consultat predă FOCG/ FSZ personalului de însoțire
- Personalul mediu din secția unde este internat pacientul îl însoțește pe acesta înapoi în secție și depune FOCG/ FSZ în dosarul curent al pacientului
- Medicii de specialitate solicitaţi pentru consulturi interdisciplinare în secția ATI sunt obligaţi să răspundă solicitării în cel mai scurt timp posibil şi să consemneze consultul și recomandările în foaia de observaţie clinică
- În cazul unor divergenţe de opinii în ceea ce privește bolnavul aflat în secția ATI, se efectuează un consult la care participă medicul şef de secţie ATI și medicul şef al secţiei din care provine medicul solicitat, care vor hotărî de comun acord conduita terapeutică adecvată.
- Medicii şef de secţie/şef de laborator sau, după caz, directorul medical au obligaţia de a coordona şi controla acordarea cu prioritate a consultaţiilor interdisciplinare.

7.3.CONSULTAȚIILE INTERDISCIPLINARE ŞI INTRADISCPLINARE EXTERNE

- Medicul curant comunică medicului șef de secție/ directorului medical solicitarea de consult inter/intradisciplinar și solicită vizarea solicitării în FOCG / FSZ
- Medicul curant/ medicul șef de secție / directorul medical programează bolnavul la consult inter/ intra disciplinar la unitatea sanitară cu care spitalul are contract pentru consulturi interdisciplinare
- Medical curant solicită ambulanța de transport proprie/ serviciul de ambulanță cu care spitalul are contract pentru transport, pentru a transporta pacientul și cadrul sanitar de însoțire la sediul unității respective și înapoi
- Personalul mediu din secția unde este internat pacientul identifică pacientul și îl însoțește pe acesta la consultul inter/ intradisciplinar, prezentând la consultație și FOCG/ FSZ corespunzătoare
- Medicul care acordă consultația interdisciplinară va consemna data și ora efectuării, constatările , diagnosticul de specialitate, precum și recomandările de investigație și/ sau terapeutice atât în registrul de consultații cât și în rubrica corespunzătoare din FOCG/ FSZ, semnând și parafând consemnările
- Medicul consultat predă FOCG/ FSZ personalului de însoțire
- Personalul mediu din secția unde este internat pacientul îl însoțește pe acesta înapoi în secție și depune FOCG/ FSZ în dosarul curent al pacientului
- Medicii şef de secţie/şef de laborator sau, după caz, directorul medical au obligaţia de a coordona şi controla acordarea cu prioritate a consultaţiilor interdisciplinare.

8 . EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE CONSULTATIE CARDIOLOGICA**	**31** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/4**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	**05.06.2013**	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Cosultatia in cardiologie are ca scop identificarea semnelor clinice obiective si subiective ale bolii cardiace in vederea stabilirii unui diagnostic precum si acordarea masurilor de preventie si a unui tratament corespunzator.

2. DOMENIU de aplicare:

Consultatia se desfasoara in cabinetul de cardiologie si vizeaza urmatoarele domenii:

- Preventia primara si secundara cardiovasculara:
- hipertensiunea arteriala primara si secundara
- dislipidemiile
- diabetul zaharat si sindromul metabolic
- regimul igieno- dietetic in patologia cardiovasculara
- Afectiunile aterosclerotice cardiovasculare:
- sindroamele coronariene
- afectiunile arterelor periferice
- bolile aortei
- Insuficienta cardiaca
- Aritmiile cardiace
- Cardiomiopatiile
- Afectiunile valvulare cardiace
- Afectiunile pericardului
- Afectiunile miocardului- miocardite
- Hipertensiunea pulmonara
- Afectiunile cardiovasculare in sarcina
- Bolile congenitale cardiace
- Afectarea cardiovasculara asociata patologiei neurologice,patologii endocrine,neoplazii,afectiuni renale

- Hipotensiunea arteriala
- Afectiunile sistemului nervos
- Endocardita infectioasa

3. Documente de referinta:

- **Braumwald's Heart Disease** editia a 8- a,Rd.W.B Saunders- 2007
- **Ghidurile de practica si tratament** ale Societatii Europene de Cardiologie(ESC Giudelines) si Colegiului American de Cardiologie(ACC- AHA) publicate de Elsevier
- **Textbook of Cardiovascular Medicine** Eric J Topol.Ed Lippincott Williams and Wilkins 2006
- **Echocardiography**,Harvey Feigenbaum ed aVI- a,Ed Lippincott Williams and Wilkins,2004.
- **Practice of Clinical Echocardiography**- Catherine M.Otto,Ed W.B,Saunders 2007
- **Tratatul de Medicina Interna**,sub redactia L.Gherasim,editia aII- a,Ed. Medicala 2004
- **Tratatul de Cardiologie** sub redactia C.Carp,Ed National2002.

4. Definitii si abrevieri:

4.1 Definitii:

SASS = sistemul asigurarilor sociale de sanatate
CAS = casa de asigurari de sanatate
EKG =electrocardiogarma
CT = computer tomografie
Echo =ecografie
TA =tensiune arteriala
SA = soc apexian
IM = infarct miocardic
TG =trigliceride
LDL =low density lipoprotein
HDL =high density lipoprotein
GOT,GPT = enzime hepatice
INR = international normalized ratio

5.ASPECTE PREALABILE, FORMULARE

Programarea la consultatie - se poate face:
- direct, la sediul - la secretariat
- telefonic
- prin e- mail

Cadru de desfasurare

Consultatia in medicina interna se poate acorda:
- la cererea pacientului – in regim privat(contra cost)
- in cadrul spitalului cu bilet de trimitere de la medicul de familie sau de la alta specialitate.
- de urgenta – in cadrul pachetului minimal de servicii medicale

Formulare

- biletele de trimitere, retetele compensate si concediile medicale sunt tip CAS, unice pe tara.
- scrisorile medicale, buletinele ecografice si retetele simple nu sunt tipizate.

Inregistrarea datelor

Se face in registru de consultatii simple sau tip CAS, informatic pe calculator pt. examenul echo si pentru raportare. Se respecta legislatia in vigoare pentru protectia datelor personale.

6.DESCRIEREA PROCESULUI

Anamneza: Medicul cardiolog investigheaza urmatoarele:
- Debutul, periodicitatea simptomelor, factorii care le influneteaza
- Tratamente anterioare si influenta asupra simptomatologiei
- Comorbiditati:

Depistarea prezentei factorilor de risc cardiovascular (HTA,dislipidemie,diabet zaharat,fumat),regimul igieno- dietetic urmat si respectarea lui.
- Antecedente heredocolaterale (morti subite in familie,afectiuni cardiovasculare la parinti,cu debut la varste tinere:barbate<50 ani si femei<60 ani).

Examen clinic general:
Se examineaza :
- postura,aspectul general
- tegumente / mucoase (cianoza, echimoze, icter, necroza,)
- semne de congestie (hepatomegalie,edeme,matitate pulmonara- revarsat pleural)
- respiratia (frecventa, ritmicitate, dispnee..etc)

6.3. Examen clinic specific:
- *inspectie* - turgescenta jugulara,pulsatilitate carotidiana,facies,prezenta/absenta dispneei,cianozei)
- *palpare* - S.A.- aria+localizarea(spatiul intercostal stg. si linia toracica)
- pulsul arterelor- brahiale,radiale,femurale,poplitee,tibiale,pedioase- amplitudine,egalitate
- zona precordiala - prezenta freamatului
- abdomen - pt. anevrismul de aorta abdominala.
- flux hepatojugular: presiune aplicata in hipocondrul drept cu aparitia/cresterea turgescentei jugulare
- *auscultatie*: ritmicitatea zgomotelor cardiace,intensitatea zgomotelor cardiace,dedublarea fiziologica la inspir a zgomotului II in focarul pulmonar,dedublarea patologica(zgomotul I,paradoxala a zgomotului II,dedublarea zgomotului I in zgomot II,clacmente,iradiere,sufluri,intensitate,factor maxim de auscultatie,influentarea intensitatii de inspir,pozitia in ciclul cardiac)
- se efectueaza in decubit dorsal,decubit lateral stang,pozitie sezanda cu toracele inclinat anterior,in conditii de respiratie normala si inspir profound
- focarele de auscultatie:spatiu II intercostal dr(aortic),spatiul II intercostal stg(pulmonar),spatiul III intercostal parasternal stg(Erb- aorta),spatiul V intercostal stg pe linia axilara anterioara(mitral)subxifoidian(tricuspida+zona de iradiere a suflurilor:supraclavicular,latero- cervical,axilar,interscapulo- vertebral,subscapular,latero- toracic)
- auscultatia arterelor:laterocervical(artera carotida),supraclavicular(a .subclavii),inghinal(artera femurala),paraombilical(artera renala),deasupra ligamentului inghinal(artera iliaca).

Masurrea T.A.: se face cu tensiometrul arterial sau cu mercur,in clinostatism si ortostatism la 1',3',5',masurarea Ta la ambele brate,masurarea TA la membrele inferioare(in functie de patologie)evaluarea TA diferentiale(TA sistolica- TA diastolica)

Manevre specifice:
- ***refluxul hepato- jugular*=**presiunea aplicata in hipocondrul drept duce la cresterea/aparitia turgescentei jugulare(obiectivarea congestiei in insuficienta cardiaca)
- ***inspirul profound***=dedublarea fiziologica a zgomotului II,dedublarea paradoxala a zg II,auscultarea suflurilor tricuspidiene,pulmonare (Rivero- Carvalo)
- ***manevra Valsalva***(manevra terapeutica)- intreruperea tahicardiei atrio- ventriculare cu reintrarea in nod
- diagnostic diferential:pt tahicardiile paroxistice supraventriculare,suflurile cardiace(cardiomiopatie hipertrofica obstructive,prolapsul de valva mitrala
- ***compresia sinusului carotidian***(manevra terapeutica- conversia la ritm sinusal;pt diagnostic diferential):se efectueaza timp de 5 sec,alternativ stg- dr.
- auscultatia in clinostatism si in ortostatism: ex:accentuarea suflului sistolic din cardiomiopatia hipertrofica obstructiva)

Stabilirea tipurilor de examinari paraclinice

EKG
- se face de rutina in consultatia cardiologica pentru evidentierea eventualelor modificari in traseul electric al activitatii cordului.

Ecocardiografia:

Este indicata in semne/simptome de insuficienta cardiaca,sufluri cardiace nefunctionale,prezenta cianozei,sechele EKG,antecedente de IM,modificari EKG de ischemie miocardica .
- se urmareste:- dimensiunea cavitatilor/aortei
- functia sistolica si diastolica
- dimensiuni si aspect al peretilor atriali si ventriculari
- structura si functionarea valvelor cardiace
- aspectul pericardului
- presiunea pulmonara
- prezenta/absenta de solutii de continuitate la nivelul sinusurilor
- anomalii congenitale

Alte examene paraclinice se stabilesc in functie de suspiciunea diagnostica si starea clinica:
- **radiografie cord- pulmon**
- **oscilometrie**
- **ecografie vasculara Doppler**(pt.aa.periferice,aorta abdominala,aa.renale,mezenterice)
- **ecografie abdominala**(pt.examinarea ficatului, rinichiului,glandelor suprarenale)

Analize de laborator
- lipidograma(colesterol,TG,LDL,HDL)
- gliemie
- functia renala(uree,creatinina,sodiu,potasiu,calciu,sumar urina)
- functia hepatica(GOT,GPT)
- coagularea- INR
- enzime miocardice:troponina,CK- MB

Stabilirea conduitei terapeutice
- regim igieno- dietetic
- regim terapeutic = prescrierea tratamentului si instruirea pacientului in legatura cu administrarea medicamentelor,efectelor lor si in legatura cu masurile profilactice.
- stabilirea momentului reevaluarii

Consultatia de control - se acorda pentru interpretarea rezultatelor investigatiilor recomandate si/sau stabilirea dignosticului sau pentru urmarirea evolutiei bolii.

7. RESPONSABILITATI

Pentru buna desfasurare a intregii proceduri in consultatia de cardiologie sunt necesare urmatoarele persoane :

Asistenta receptionista este responsabila cu programarea pentru consultatie si informarea pacientilor in legatura cu *aspectele prealabile* ale consultatiei- conditii dietetice, formulare, costuri etc.

Medicul specialist/primar de cardiologie este responsabil cu aspectele principale ale consultatiei: anamneza,diagnostic,tratament si decide ce explorari sunt necesare in fiecare caz.

Ecografia cardiaca este executata numai de medicul cardiolog cu competenta in ecocardiografie.

Asistenta medicala de cabinet are responsabilitatea pregatirii cabinetului pentru consultatie,precum si ajutarea medicului in procesul consultatiei:
- inregistreaza pe calculator si printeaza buletinele ecografice
- executa oscilometria, EKG,masoara TA
- inregistreaza date in registrul de consultatii sau scrie bilete de trimitere

OBS. Toate aceste activitati sunt executate la indicatia medicului cardiolog.

8. MASURI DE ASIGURARE A CALITATII
- consultarea periodica a literaturii de specialitate
- participarea medicilor si asistentelor la cursuri de educatie medicala continua,simpozioane,mese rotunde
- actualizarea listelor de medicamente compensate in conformitate cu legislatia
- onsultarea ghidurilor de practica medicala

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA CONSULTAŢIE MEDICALĂ	32	
		Ed.: 1	Rev.: 0
		Pag.: 1/4	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

Resurse necesare:

- Cabinet medical
- Canapea consultatie
- Registru consultatie
- Stetoscop
- Tensiometru
- Fisa consultatie medicala

Examenul clinic

Generalităţi:

- Starea generală (bună, mediocră, gravă sau foarte gravă) şi starea de nutriţie.
- Starea de conştienţă? Capacitatea de concentrare? Este pacientul orientat temporal, spaţial şi relativ la persoană. Pacientul cooperează? Poziţia corpului?

Inspecţia tegumentului şi a mucoaselor

- *Pacient deshidratat?* – Semne de deshidratare: pliu cutanat persistent, tegument şi mucoase uscate, limbă uscată, globi oculari hipotoni, puls superficial şi rapid, hipotensiune arterială.
- *Cianoză?* Concentraţia Hb redusă în sângele capilar peste 5g/dl.

- *Cianoză periferică*: extracţie O2 crescută sistemic sau redusă local, în condiţiile saturării pulmonare normale a sângelui cu O2. *Clinic*: pielea şi extremităţiile albastre, dar limba nu este albastră.*Cauze*: de ex.insuficienţă cardiacă. DD.al cianozei.

- *Cianoza centrală*: saturarea cu O2 a sângelui arterial scade sub 85%. *Clinic*: tegumente şi limba albastre. *Cauze*: de ex., boli pulmonare, afecţiuni (vicii) cardiace.

- *Icter?* Colorarea în galben a sclerelor când bilirubinemia este peste 1,5 mg/dl (peste 26 µmol/litru).Prurit (colestază)? DD al icterului.
- *Anemie?* Conjunctive palide, când Hb scade sub 9 g/dl. Koilonichie =deprimarea suprafeţei unghiale în anemia feriprivă. Anemie + icter sugerează hemoliză sau boală malignă.
- *Edeme?* Pretibiale, periorbitare, sacrate? Uni- sau bilateral (edemul spatelui la pacienţii imobilizaţi la pat)? Anasarcă?
- *Piele:* Pilozitate? Pigmentare? Exanteme? Enanteme? Eczeme? Peteşii? Steluţe vasculare (şi altele în boli hepatice)?

Mâinile

- Degete hipocratice şi unghii în "sticlă de ceasornic" – hipoxemie cr.
- Unghii pătate ("pete de ulei"), unghii cu mici depresiuni punctiforme, ca şi cum ar fi înţepate cu ace, unghii sfărâmicioase.
- Colorarea brună a falangelor distale ale degetelor 2, 3, la fumători.
- Eritem palmar (în boli hepatice).
- Contractura Dupuytren (de ex., idiopatică, în ciroză hepatică, etilism).
- Tumefacţia artic. Interfalangiene proximale pledează pentru artrită reumatoidă (redoare matinală? Deviere ulnară)
- Noduli situaţi pe faţa laterală a artic. Interfalangiene distale pledează pentru artroză (noduli Heberden). DD al durerilor articulare.
- Tremurături: alcoholism cr., hipertiroidism, parkinsonism, precomă (comă) hepatică (- flapping tremor)?

Cap şi gât

- *Pupile:* reacţie consensuală şi directă la lumină, convergenţă, izocorie: pupile egale? Conjunctive hiperemice? Fundul de ochi (retinopatie hipertensivă, diabetică? Stază papilară?). *Cave:* în susp. De hipertensiune intraoculară, nu se fixează privirea la distanţă, deoarece se poate declanşa o criză de glaucoma!
- *Cavitatea bucală:* eritem / inflamaţia faringelui, amigdalelor, starea dinţilor, devierea vălului palatin, limbă saburală, ulceraţii / afte / enantem pe limbă sau pe mucoasa bucală? Limbă albastră în cianoza centrală, limbă zmeurie în scarlatină; *glosita Hunter* în anemia megaloblastică; macroglosie, de ex. în acromegalie. *Foetor ex. ore*: alcool, miros acid, de ex. în gastrită, acetonă în cetoacidoza diabetică, foetor hepatic în coma hepatică, de urină în uremia. Microstomie (orificiul bucal prea mic) în sclerodermie.
- *Nervii cranieni.*
- *Capul* dureros la presiune sau la percuţie? Vasele temporale? Durere la presiunea locurilor de energenţă a nervilor?
- *Gâtul.*Guşă? Stază venoasă în sistemul cav sup.? DD al adenomegaliilor. Stază jugulară (în poziţia de flexie a părţii superioare a corpului cu 45˚)?

Torace

- Forma toracelui (emfizematos, stern înfundat, cifoscolioză).
- Inspecţia şi palparea regiunii mamare şi a GL regionali.
- Examinarea plămânilor.

Inimă. Sistem circulator

- *Puls*: egal bilateral? Slab la nivel femoral? (BOAP, stenoza istmului aortic), frecvenţă (tahicardie peste 100/min., bradicardie sub 60/min.) Ritm: regulat, neregulat, deficit de puls periferic). Puls paradoxal: pulsul devine mai slab în inspiraţie.
- *Presiunea arterială.*Variaţii stg- dr peste 20mmHg sunt patologice.Manşeta trebuie să acopere 3/5 ale braţului (manşete mai mici dau valori fals ridicate).Marginea distală a manşetei trebuie să fie la cel puţin 3 cm deasupra plicii cotului.*Cave*: la pacienţii dializaţi nu se măsoară niciodată TA la braţul cu şunt; la hemiplegici, nu se măsoară pe partea paralizată.
- *Inspecţia, palparea, percuţia inimii:* pulsaţii (de ex., în insuf. aortică în spaţiul 2 intercostal parasternal), şocul apexian (normal în spaţiul 5 intercostal stg. pe linia medioclaviculară; în hipertrofia inimii stg. este accentuat, etalat şi deplasat lat. Şi inf.); matitate cardiacă relativă (percuţie puternică din afară spre

partea int.), matitate cardiacă absolută (percuţie uşoară din partea int. spre partea ext. este redusă sau absentă în emfizemul pulmonar).

- *Auscultaţie:* pentru descrierea detaliată.

Abdomen

- *Inspecţie*
  - Semne de afectare hepatică ("chelie abdominală"? desen venos?).
  - Abdomen mărit de volum; DD cu: obezitate, sarcină, fecaloame, flatulenţă (aer), lichid (ascită) şi tumoare.
  - Pulsaţii.
- *Palpare*
  - Se începe cu zonele nedureroase. Durere la apăsare? Formaţiuni: deplasabile, dureroase, diametrul?
  - Abdomen suplu sau cu apărare musculară? Durere la decompresiune? Hernie strangulată? Examinarea herniei inghinale.
  - Palparea ficatului: dimensiune, consistenţă, pulsaţii hepatice, semnul Courvoisier (veziculă biliară palpabilă, în tensiune), reflux hepatojugular la palparea ficatului? DD al hepatomegaliei.
  - Palparea splinei (este mărită, dacă se poate palpa); DD al splenomegaliei.
- *Percuţie*
  - Delimitarea ficatului prin grataj concomitant cu auscultaţie.
  - Percuţia abdomenului (zgomot timpanic, atenuat).
  - Aprecierea dimensiunii unei eventuale ascite (percuţie, semnul valului la palpare). DD al ascitei.
- *Auscultaţia zgomotelor intestinale:* "silenţiu total" în ileus paralitic, zgomote intense, înalte, scurte, metalice în ileus mechanic.
- *Examen rectal.*

Rinichi şi căi excretoare

- Loji renale dureroase la percuţie?
- Sufluri paraombilicale ale vaselor renale?
- Examinarea organelor genitale externe, palparea testiculelor.

Coloana vertebrală: dureri la effort, la percuţie; forma (cifoză, lordoză, scolioză, gibbus); contractură musculară; mobilitate (testul Schober).

Extremităţi: mobilitate (spasticitate, rigiditate, fenomenul de "roată dinţată"); articulaţii (rubor, durere la mobilizare, metoda- 0- neutral), tulburări trofice (de ex., purpura jaune d'ocre, la extremităţile inf. În insuf., venoasă cr.); temperatura şi circumferinţa (comparative cu membrul contralateral!); edeme, varice.(Afecţiuni venoase).

Ganglioni limfatici: sunt palpabili GL auriculari, submandibulari, ai cefei, cervicali, supra- şi infraclaviculari, axilari, inghinali, cubitali, popliteali? Localizare, formă, mărime, suprafaţă, delimitare, consistenţă, mobilitate? Sunt dureroşi? DD al adenomegaliilor.

Sistem nervos: reflexe, sensibilitate, tonus, forţă musculară, coordonare.

Semne sugestive de neoplazie

- Scădere ponderală.
- Modificări de micţiune şi ale scaunului (sânge în scaun, melenă, alternanţă constipaţie cu diaree, incontinenţă de materii fecale apărută la un pacient normal din acest punct de vedere- "prieten fals").
- Hemoragii neobişnuite (de ex., hemoptizii), secreţii (de ex., vaginale).
- Simptome generale: febră, transpiraţii nocturne, scădere ponderală, reducerea capacităţii de efort.
- Tumefierea GL, nodozităţi, tumefacţii - mai ales nedureroase.
- Greaţă, vărsături, tulburări de deglutiţie (cu character progresiv).
- Modificări evidente: de ex., ale unor nervi pigmentari, veruci.
- Tuse, răguşeală, cu o durată mai mare de 3- 4 săptămâni.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE EFECTUARE A EKG**	**33** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/3**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătura**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Dorobanțu Emil	Sef Secție	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

DATE GENERALE:

Electrocardiograma (EKG,ECG) este un test ce masoara impulsurile electrice ale inimii. Inima este o pompa musculara formata din patru camere.

Un sistem natural electric, face ca muschiul inimii sa se contracte si sa pompeze sangele catre plamani si restul corpului.

Activitatea electrica a inimii poate fi detectata de la nivelul pielii prin niste mici discuri metalice, denumite electrozi. In timpul electrocardiogramei electrozii sunt atasati de piele la nivelul toracelui, bratelor si picioarelor. Acestia sunt conectati la un aparat ce transforma impulsurile electrice intr-o reprezentare grafica, pe care o inregistreaza pe hartie. Aceasta reprezentare grafica, ce apare sub forma unei linii, este analizata de aparat si mai apoi de catre medic.

O electrocardiograma poate sa arate:

- dovezi ale maririi de volum a inimii
- semne ale unui flux sanguin insuficient la nivelul inimii
- semne ale unor leziuni noi sau vechi ale inimii (infarcte)
- probleme ale ritmului cardiac (aritmii)
- modificari ale activitatii electrice, determinate de un dezechilibru electrolitic
- semne de inflamatie a sacului ce inconjoara inima (pericardite).

O electrocardiograma nu prevede aparitia unui infarct miocardic.

De retinut!

Electrocardiograma este o investigatie nedureroasa. Electrozii si gelul pot fi reci atunci cand sunt aplicati. Pacientul poate simti o senzatie de caldura sau intepatura, atunci cand zona in care vor fi atasati electrozii este curatata si rasa. Pielea si parul pot fi trase atunci cand electrozii sunt indepartati, ceea ce poate crea un mic disconfort.

Riscuri

Nu exista riscuri asociate cu efectuarea unei electrocardiograme. Acesta este un test foarte sigur. In cele mai multe din cazuri, nu exista motive pentru care un pacient sa nu poata efectua o electrocardiograma.

Electrozii detecteaza numai impulsurile produse de inima. Prin corp nu trece nici un curent electric provenit de la aparat, deci nu exista riscul de electrocutare.

Rezultate

Electrocardiograma este o reprezentare grafica cu un tipar caracteristic a impulsurilor electrice generate de inima.

Partile componente ale EKG-ului sunt denumite unda P, complexul QRS, segmentul ST si unda T:

- unda P reprezinta inregistrarea activitatii electrice a camerelor superioare (atriile)
- complexul QRS reprezinta inregistrarea activitatii electrice a camerelor inferioare (ventriculi)
- segmentul ST apare ca o linie dreapta intre complexul QRS si unda T; un segment ST supra sau subdenivelat corespunde unui muschi cardiac lezat sau care nu primeste suficient sange
- unda T corespunde perioadei in care ventriculii se relaxeaza din punct de vedere electric si se pregatesc pentru o noua contractie.

SITUATII CAND ELECTROCARDIOGRAMA ESTE RECOMANDATA

O electrocardiograma este indicata pentru:

- evaluarea unei dureri de piept inexplicabile, in special cand se suspicioneaza un posibil infarct; alte cauze posibile ale durerii de piept ce pot fi diagnosticate printr-o electrocardiograma sunt aritmiile, hipertrofia unei camere (peretii camerei sunt ingrosati), inflamatia sacului ce inconjoara inima (pericardita), scaderea fluxului sanguin catre inima (ischemia)
- monitorizarea activitatii electrice ale inimii
- diagnosticarea hipertrofiei ventriculare
- monitorizarea eficientei si a efectelor secundare ale unor medicamente ce pot afecta activitatea electrica a inimii
- verificarea functionarii unor dispozitive mecanice (peace-makere sau defibrilatoare) implantate in inima cu scopul de a mentine regulat ritmul acesteia.

O electrocardiograma poate fi folosita pentru a evalua simptomele unei afectiuni cardiace (precum o durere inexplicabila de piept, dispneea, ameteli, palpitatii sau o stare de slabiciune) sau functia cardiaca, atunci cand exista factori de risc pentru boli cardiace (precum diabetul zaharat, hipercolesterolemia, fumatul, hipertensiunea arteriala, sau istoric familial de afectiuni cardiace la varste tinere).

Pregatirea pentru electrocardiograma

Medicul care efectueaza electrocardiograma trebuie informat asupra medicatiei pe care pacientul o are prescrisa. Unele medicamente pot influenta rezultatele electrocardiogramei.

Mod de efectuare

Electrocardiograma este efectuata de obicei de catre un cadru medical, iar rezultatul este interpretat de catre un medic, precum un internist, un medic de familie, cardiolog sau chirurg.Pacientul primeste de obicei EKG-ul ca dovada a examinarii sale de catre un medic. Electrocardiograful este portabil, astfel incat EKG-ul poate fi efectuat, practic, oriunde. In cazul spitalizarii, pacientul poate fi monitorizat cardiac continuu printr-un electrocardiograf; acest proces este denumit telemetrie.Inainte de efectuarea EKG-ului, pacientul trebuie sa-si indeparteze toate bijuteriile si hainele de pe jumatatea superioara a corpului, de la nivelul mainilor si a picioarelor.

In timpul electrocardiogramei pacientul va sta intins pe o masa sau pe un pat. Zonele de la nivelul pieptului, mainilor si a picioarelor unde vor fi plasati electrozii, sunt curatate si eventual rase, pentru a furniza o suprafata curata si neteda. Intre piele si electrozi poate fi plasat un gel special sau niste mici tampoane imbibate cu alcool sanitar, pentru a inbunatati conducerea impulsurilor electrice. Pot fi folositi si electrozi de unica folosinta ce nu necesita gel sau alcool.

In cazul aparatelor mai vechi, electrozii trebuie repozitionati in timpul testarii. Dupa terminarea investigatiei electrozii si gelul sunt indepartati. Pe durata efectuarii testului, pacientul nu trebuie sa se miste sau sa vorbeasca, deoarece activitatea musculara poate influenta rezultatul. Pentru rezultate optime, pacientul

trebuie sa stea intins, nemiscat si sa respire normal; uneori medicul poate ruga pacientul sa-si tina respiratia pentru cateva secunde. O electrocardiograma dureaza in medie 5 pana la 10 minute. In unele cazuri, aceasta perioada se poate prelungi, de exemplu, atunci cand se masoara ritmul cardiac.

FACTORI CARE POT MODIFICA EKG

Factorii ce pot interfera cu acuratetea testarii si rezultatul acesteia sunt:

- defecte ale electrocardiografului sau interferente electrice datorate impamantarii necorespunzatoare sau datorate altor aparate electrice aflate in vecinatate
- atasarea necorespunzatoare a electrozilor la piele
- daca pacientul vorbeste in timpul testarii
- efort fizic important inaintea efectuarii testarii
- anxietate sau aparitia dispneei
- plasarea gresita a electrozilor.

Un segment ST supradenivelat sau o unda T negativa, ce dispar la efort, pot sa apara la rasa neagra.

Daca se efectueaza o electrocardiograma in timpul unui infarct miocardic, aceasta poate sa apara initial normala sau nemodificata fata de alte EKG-uri anterioare; de aceea, electrocardiograma trebuie repetata (denumite EKG-uri seriate) la cateva ore sau zile; aceasta trebuie coroborata cu analize sanguine specifice pentru leziunile muschiului cardiac.

Exista cateva tipuri specifice de electrocardiograme precum telemetria, monitorizarea ambulatorie a EKG-ului (Holter) si electrocardiograma de efort:

- telemetria si monitorizarea Holter sunt folosite pentru urmarirea continua a EKG-ului in timpul spitalizarii sau la domiciliu
- telemetria este folosita in timpul spitalizarii; ea necesita atasarea a cel putin doi electrozi conectati la un aparat de dimensiuni mici, ce poate fi plasat in buzunar; acest aparat emite un semnal ce va fi captat si afisat de un sistem central de monitorizare; anomaliile de ritm cardiac sunt inregistrate si pot declansa o alarma la aparitia lor
- monitorizarea Holter inregistreaza continuu activitatea inimii timp de 24 pana la 48 de ore, in timp ce pacientul isi desfasoara activitatile zilnice
- electrocardiograma de efort este folosita pentru decelarea modificarilor ce apar in timpul efortului.

Inainte de a efectua o electrocardiograma de efort se face una in repaus, deoarece anumite anomalii ce apar in timpul efortului sunt mai greu de interpretat. De asemenea, EKG-ul de repaus poate decela un flux sanguin coronarian scazut, facand astfel periculoasa efectuarea unei electrocardiograme de efort.

O parte dintre medici recomanda efectuarea unei electrocardiograme martor tuturor pacientilor peste 35 de ani, pentru a putea compara modificarile ulterioare. Aceasta elctrocardiograma martor este utila in special persoanelor cu factori de risc pentru afectiuni cardiace.Uneori apar modificari EKG numai in timpul efortului sau a simptomelor. Pentru a detecta aceste modificari se efectueaza o electrocardiograma de efort sau Holter. Electrocardiograma Holter este o monitorizare continua a activitatii cardiace printr-un mic electrocardiograf portabil. Electrocardiograma de efort se realizeaza in timpul exercitiilor fizice.Este posibil ca dupa efectuarea unei electrocardiograme sa fie necesare si alte investigatii pentru a pune un diagnostic cert.

GELURI UTILIZATE

Gama completa a gelurilor pentru probele cu ultrasunete si electrodiagnostic sunt utilizate in aplicarea medicala profesionala. Produsele precum gelul, crema si spray-ul, sunt utilizate pentru diagnosticul cu ultrasunete, EKG,

Produsele nu contin aldehide, fenoli, stabilizatori UV, parfum si coloranti.

Toate produsele sunt testate citotoxic si dermatologic in conformitate cu standardele EN ISO 10993-5 si EN ISO 10993-10.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROTOCOL SAU ALGORITM PROGRESIV PENTRU STABILIREA DIAGNOSTICULUI INIŢIAL	34	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Preşedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura are drept scop descrierea modalităţilor generale de stabilire a diagnosticului iniţial printr-un algoritm adoptat de Consiliul medical al spitalului.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secţiile si compartimentele de îngrijire, inclusiv camere de garda .

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

· Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

· Legea nr.95/2006, privind reforma in sănătate

4. RESPONSABILITĂŢI

Responsabil de proces = medic curant

Echipa de proces = medicul sef de secţie + medic curant + asistenta şefa de secţie

5. DESCRIEREA PROCESULUI

Pentru un pacient care se prezintă pentru prima data la spital, in vederea stabilirii diagnosticului se va proceda astfel:

a) La camera de garda

· Se va efectua anamneza

· Se vor recomanda investigaţii uzuale stabilite prin protocol de către Consiliul medical

· In urma interviului si a analizelor daca este nevoie sau cu Biletul de trimitere/internare, se internează pacientul in secţia corespunzătoare

· Se stabileşte un diagnostic prezumtiv de internare, consemnat in FOCG si codificat

b) Pe secţie

· Asistenta de salon recoltează setul minim de analize adoptat pentru specificul secţiei prin protocol

- Medicul efectuează anamneza si istoricul afecțiunii si in funcție de informații recomanda un surplus de investigații
- Se stabilește diagnosticul la 72 de ore, care este înregistrat in FOCG si codificat
- Se stabilește planul terapeutic
- Daca in urma evoluției se constata necesitatea unor alte investigații pentru stabilirea diagnosticului se solicita acestea
- Se pot solicita si consultații interdisciplinare
- In final se stabilește diagnosticul definitiv, se consemnează in foaie si se codifica

6. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

Nu sunt înregistrări

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA PRIVIND LIMITELE DE COMPETENȚĂ ÎN PRESCRIPȚIA TRATAMENTULUI MEDICAMENTOS PENTRU SPECIALITĂŢILE MEDICALE DIN SPITAL PROCEDURĂ PRIVIND TRATAMENTUL ALTOR BOLI DECÂT CEA/CELE CARE AU CONSTITUIT CAUZA INTERNĂRII PACIENTULUI	35 Ed.: 1 Rev.:0 Pag.: 1/2

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	**05.06.2013**	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor şi a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP: prezenta procedura descrie modalitatea de prescriere a tratamentului medicamentos în spital și limitele de competenta ale profesioniștilor.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în secțiilor spitalului și este respectata de toți medicii.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

3.1 Ordinul nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

3.2 Ghidurile de practica aprobate de MS

4. RESPONSABILITĂŢI:

Medicul sef de secţie:

Verifica în fiecare dimineața prescrierea tratamentului pacienților internați în garda.

Medicul de garda: prescrie tratament pacientului internat în garda / urgenta, în limita specialității și competentei.

Consiliul medical : analizează modul de prescriere al tratamentului de către medicii din spital

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Medicii din spital vor prescrie tratament doar în limita specialității deținute.

Pentru pacientul nou internat:

Situația I – pacient prezentat la spital dimineața, cu BT / în urgenta – medicul de la camera de garda cheamă specialistul din specialitatea pentru care s-a prezentat pacientul și în urma consultației se procedează la internare și se prescrie tratament inițial pentru simptomatologia prezentata, sau se eliberează rețeta sau BT la alt spital.

Situația II – pacient prezentat la spital în garda, urgenta sau cu BT – medicul de garda internează pacientul în urma consultației și prescrie tratament în limita competentei. Daca medicul de garda are competenta în alta specialitate înrudita cu cea pentru care se prezintă pacientul, poate solicita medic de la domiciliu în situația în care nu are competenta sa prescrie tratament.

Situația III – în situația în care pacientul prezentat la internare cu BT pentru o specialitate prezintă simptomatologie pentru alta specialitate se solicita medic din specialitatea noua.

Situația IV – pentru pacientul internat în garda și care în urma investigațiilor efectuate se constata existenta unei alte afecțiuni decât cea pentru care s-a prezentat la spital, se solicita formarea unei echipe multidisciplinare conform procedurii și stabilirea priorităților de tratament. Pacientul este transferat în secția pe care o stabilește comisia și se va avea în vedere prescrierea tratamentului adecvat pentru afecțiunea nou depistata dar și continuarea tratamentului pentru vechea afecțiune, daca este posibil.

6. ANEXE / INSCRISURI

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURĂ CU PRIVIRE LA SITUAȚIILE ÎN CARE PACIENTUL REFUZĂ UN TRATAMENT ȘI MODUL DE CONSEMNARE ÎN FOCG**	**36** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/ 1**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătura**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Prezenta procedura descrie modalitate cu privire la situațiile în care pacientul refuză un tratament și modul de consemnare în FOCG.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in secțiile spitalului.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

3.1 Ordinul nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = medicul curant
4.2 Echipa de proces = medicul curant + medicul sef secție + Director medical

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

1. Medicul curant va explica totdeauna pacientului tratamentul prescris si efectele negative ale acestuia
2. În situația in care un pacient va refuza tratamentul prescris medicul curant are obligativitatea de a arata consecințele imediate si in timp ale refuzului tratamentului.
3. De asemenea medicul curant va oferi posibilitatea unui consult la alt medic de aceeași specialitate daca este cazul
4. În situația in care pacientul continua sa refuze tratamentul, medicul va consemna in FOCG acest refuz si va ruga pacientul / aparținătorul sa semneze refuzul.
5. Medicul curant este obligat sa ofere o alta varianta de tratament sau un tratament paliativ pana la externarea pacientului
6. Medicul va prezenta pacientului variante pentru alta unitate sanitara

6. ANEXE / INSCRISURI

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE TRATAMENT SI INGRIJIRE PALIATIVA** **Externarea la cerere a pacientului în fază terminală**	**037** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/4**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele și Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Dorobanțu Emil	Specialist Îngrijiri paliative	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabilește modul de îngrijire a bolnavilor terminali.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în toate secțiile spitalului

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
Legea nr.46, privind drepturile pacientului
Legea nr.95/2006, privind reforma în sănătate
Contractul Cadru și Normele de aplicare (anual)

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = medic curant + asistenta de salon + aparținător
Echipa de proces = medic sef secție + asistent sef secție + director medical

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

GENERALITATI

In ultimele zile de viața pacienții vor primi tratamente în scopul controlării și ameliorării simptomelor. Aceste tipuri de tratamente sunt denumite îngrijiri paliative. Tratamentele paliative pot fi aplicate și pacienților care nu prezintă boli incurabile ca în cazul artritei reumatoide.
Scopul tratamentelor paliative urmărește menținerea confortului și calității vieții, indiferent daca boala este tratabila sau nu. In funcție de preferințe, tratamentul paliativ poate fi asociat altor tratamente care prelungesc viața sau vindeca boala. Familia, prietenii și medicul specialist sunt cei care pot asigura îngrijirile necesare pacienților muribunzi.

Se recomanda luarea în considerare a următoarelor:
- modalitatea de îngrijire și procedurile medicale folosite
- scrierea unor instrucțiuni cu anticipație (in avans) care includ un testament și o împuternicire legala medicala
- o împuternicire medicala legala (sau o împuternicire pe termen lung asupra modalității de îngrijire) ii permite pacientului sa numească o persoana care sa ia decizii în locul lui asupra tipului de tratament, nu numai pentru persoanele muribunde, ci și în cazul în care pacientul nu poate vorbi singur
- daca se dorește donarea de organe: în acest caz se completează un card pentru donare de organe, un document care atesta dorința pacientului de a dona anumite organe în momentul decesului; multe dintre state permit editarea acestor dorințe pe permisul de conducere.

Va exista un moment când va trebui sa alegem intre tratamentul paliativ și cel curativ. In majoritatea cazurilor pacienții primesc un tratament curativ pe măsura ce fac și un tratament paliativ, care ii ajuta sa duca o viața confortabila (ameliorează simptomele, dar nu tratează boala). In unele cazuri pacientul trebuie sa aleagă unul dintre cele doua tipuri de tratament.

Oprirea tratamentului curativ este o opțiune atunci când pacientul prezintă o boala incurabila (fără alternative terapeutice). Concentrarea pe diminuarea (ameliorarea) durerii și pe managementul simptomelor nu înseamnă ca pacientul nu mai are acces la medicul curant sau nu beneficiază de îngrijire optima. Medicul curant va continua sa trateze boala și nu va abandona pacientul care a ales sa se concentreze numai pe ameliorarea simptomelor. De asemenea tratamentul curativ sau tratamentul care prelungește durata vieții vor rămâne opțiuni terapeutice. Daca evoluția bolii se schimba, pacientul se poate reorienta către un tratament curativ.

Alcătuind din timp niște instrucțiuni care cuprind preferințele despre îngrijirea sănătății, o persoana se poate asigura ca dorințele ii vor fi respectate atunci când nu le mai poate comunica. Aceste instrucțiuni pot fi modificate pe măsura ce se schimba scopurile și nevoile personale.

Aceste instrucțiuni pot include :
- un testament lăsat în timpul vieții, care este un document legal, ce exprima dorințele de îngrijire medicala ale unei persoane, în cazul în care este incapabila sa vorbească sau sa ia decizii pentru ea; acest document ii permite sa păstreze controlul asupra deciziilor asupra tratamentului medical pe care sa-l urmeze la sfârșitul vieții; trebuie verificate legile despre testamentul făcut în timpul vieții, existente pe teritoriul respectiv;
- o împuternicire medicala (o împuternicire pe termen lung asupra modalității de îngrijire la sfârșitul vieții) este un document care permite numirea legala a unui agent de îngrijire medicala, pentru a lua el deciziile asupra modalității de îngrijire medicala, nu numai la sfârșitul vieții dar și oricând persoana este incapabila de a lua o decizie; se poate și ar trebui sa se ia decizii ci privire la tratamentul medical, atât timp cat persoana este capabila sa le comunice. Cu toate acestea, când nu este posibil, agentul de îngrijire a sănătății poate folosi atât informațiile din testament cat și ceea ce cunoaște despre pacient, pentru a lua personal decizii despre modalitatea de îngrijire.

Donarea de organe

Donarea de organe este o alta decizie importanta care trebuie luata în considerare la sfârșitul vieții. Mulți oameni au nevoie de transplant de organe datorita unor afecțiuni ca insuficienta renala, afecțiuni ale corneei sau disfuncții cardiace. După moarte unii oameni pot dona anumite organe în funcție de afecțiunile preexistente. Trebuie consultat medicul, care stabilește daca afecțiunea existenta permite sau nu ca organele sa fie donate.

In cazul donării, organele pot fi distribuite unuia sau multor persoane, în funcție de tipul sanguin și compatibilitatea genica, de gravitatea situației primitorului, de timpul de așteptare al primitorului și de locația geografica.

O persoana interesata în a dona organe o poate specifica intr-un document, care atesta cu martori dorința de a dona organe. Pe acest document se poate stabili care sunt organele care urmează a fi donate sau se poate alege donarea oricărui organ, de care este nevoie la momentul morții. In multe tari li se permite oamenilor sa specifice dorințele privind donarea de organe pe permisul de conducere.

Copiii sub 18 ani trebuie sa aibă consimțământul părintelui sau tutorelui, pentru a dona organe. Chiar daca se completează un document sau se indica pe permisul de conducere, este important sa se discute acest lucru cu familia. După moarte, familiei i se poate cere consimțământul înaintea donării organelor. De aceea este importanta implicarea familiei în luarea deciziilor. Donarea organelor nu va desfigura cadavrul și nici nu va avea influenta asupra înmormântării, chiar daca aceasta se desfășoară cu sicriul deschis. Familia decedatului nu va suporta costurile asociate donării organului, acestea sunt plătite de persoana care primește organul.

Alegerea tratamentului dorit

Când cineva este diagnosticat cu o boala incurabila, este dificil de ştiut daca ar trebui sa se concentreze asupra tratamentului curativ sau încercării de prelungire a duratei vieții, sau asupra tratamentului paliativ care urmărește diminuarea durerii sau menținerea confortului fizic.
Mai mulți factori pot avea impact asupra deciziilor despre tipul de îngrijire dorita și anume:
- tipul de boala: în cazul diagnosticării unei boli severe, exista posibilitatea unui tratament curativ; anumite boli ca, cancerul de piele, testicular și cervical sunt tratate cu tratament medical potrivit; alte boli grave ca diabetul sau infecția cu HIV, nu pot fi vindecate, dar pot fi controlate timp de mai mulți ani; din contra, unele boli sunt mai agresive și limitează posibilitățile vieții
- opțiuni terapeutice: multe opțiuni de tratament medical oferă șansa vindecării bolii cu puțin impact asupra calității vieții; totuși alte tratamente pot prelungi viața, dar se asociază cu efecte secundare care scad mult calitatea vieții
- vârsta și alte afecțiuni asociate: spre deosebire de oamenii mai tineri și mai sănătoși, este mai probabil ca persoanele vârstnice, cu multiple probleme de sănătate, sa aleagă o îngrijire care se concentrează asupra confortului decât asupra prelungirii duratei de viața.

Resuscitarea cardio-respiratorie

O decizie dificilă poate fi aceea de a hotărî dacă se dorește sau nu, efectuarea resuscitării cardio-respiratorii (CPR), în cazul în care apare stop cardio-respirator. In cazul în care apare stopul respirator și este efectuata CPR, un ventilator sau un aparat de respirație artificiala poate fi folosit pentru respirația mecanica. Deși respirația mecanica poate prelungi viața, ultimele zile din viața pot fi petrecute intr-o unitate de terapie intensiva a unui spital, conectat la un echipament de întreținere a vieții. Persoana poate sa nu fie pe deplin conștienta și poate fi incapabila sa vorbească.
Trebuie consultat medicul specialist despre boala, opțiunile de tratament specifice și șansele de recuperare. Familia este o parte integranta a acestui proces și trebuie exprimate în mod clar dorințele fata de restul familiei. Unii pacienți care înfrunta moartea, au sentimente precise și puternice despre CPR și decizia pro sau contra asupra menținerii vieții cu aparatura artificiala poate fi ușor de luat. In cazul altora, aceasta decizie este foarte dificila.

Opțiuni de îngrijire

- Spital
- Îngrijirea în cadrul unui azil
- Îngrijirea la domiciliu
- Îngrijirea în cadrul unui sanatoriu particular
- Îngrijirea în unități de asistenta sociala

<u>Externarea la cerere</u>

Aparținătorii și familia pacienților aflați în fază terminală (ca urmare a unor afecțiuni cronice sau consecință a vârstei înaintate și uzurii organismului) pot solicita externarea la cerere, un drept care nu se poate refuza.
Este totuși necesar ca aparținătorii să fie înștiințați asupra unor probleme care trebuie și consemnate:

- Externarea se face la solicitarea familiei și nu a spitalului – legal pacientul în fază terminală are dreptul de a de a fi internat indiferent că se prefigurează un final nedorit;
- Pacientul externat nu va mai putea beneficia la domiciliu de anumite îngrijiri medicale, motiv care poate grăbi finalul;
- Pentru a evita ca spitalul să fie implicat în anumite situații conflictuale ale familiei pacientului este necesar ca aparținătorul care solicită externarea pacientului să consemneze în scris în FOCG solicitarea expresă sub semnătură și să menționeze că își asumă acestă responsabilitate. Personalul medical va solicita un act de identitate a aparținătorului și va consemna datele de identificare (Nume prenume, CNP, adresa aparținătorului, serie carte de identitate);
- Transportul pacientului la domiciliu poate fi făcut cu mijloc propriu de transport sau cu ambulanța spitalului, contra cost

Diagnostic de moarte
Semne ale morții apropiate

Procesul morții este la fel de instabil (variabil) ca și nașterea. Ora exacta a morții nu poate fi precizata ca și mecanismul exact prin care o persoana moare. Cu toate acestea, pacienții aflați în stadiul terminal al bolii, pot prezenta o serie de simptome similare în ultimele momente ale vieții, indiferent de tipul de boala.
O serie de modificări fizice și emoționale pot apărea la sfârșitul vieții, ca de exemplu:
- somnolenta și slăbiciune excesiva pe măsura ce perioadele de conștienta devin tot mai rare și energia generala scade
- disfuncții respiratorii: ca perioade de polipnee (respirație rapida) alternând cu bradipnee (respirații rare)
- halucinații vizuale și auditive: pacientul vede persoane sau lucruri pe care ceilalți nu le vad
- inapetența, cu diminuarea metabolismului și pierderea apetitului
- disfuncții intestinale și urinare, ca hematurie sau urina neagra și tranzit intestinal diminuat (constipație)
- modificări ale temperaturii corpului, ca stări de hipertermie (febra), alternând cu stări de hipotermie
- disfuncții emoționale, ca pierderea interesului pentru lumea din jur și scăderea comunicării cu persoanele din jur.

Persoanele muribunde pot prezenta simptome legate de boala specifica. Medicul poate fi întrebat asupra acestor simptome. In cazul în care pacientul a ales azilul, ca și modalitate de îngrijire, echipa de specialiști din cadrul acestuia poate oferi răspunsuri la întrebările legate de procesul morții. Informarea asupra acestora va facilita înțelegerea a ceea ce urmează sa se întâmple.

Autopsia

O autopsie este o examinare minuțioasa a unui cadavru, cu scopul de a stabilii cum și din ce cauza s-a produs decesul. Autopsiile nu mai sunt efectuate la fel de frecvent precum erau în trecut, mai ales în cazul în care moartea era iminenta. O autopsie nu este necesara atunci când o persoana moare din cauza unei boli sau afecțiuni care fusese diagnosticata. In cazul în care diagnosticul și cauza morții au fost neclare, unele familii pot cere efectuarea unei autopsii. Aceasta poate furniza membrilor familiei informații despre bolile sau afecțiunile pe care ei înșiși le pot dezvolta pe viitor. Membrii familiei ar trebui sa se intereseze despre costul unei autopsii, înainte de a cere efectuarea uneia.

CUM PROCEDAM IN URMA DECESULUI UNUI PACIENT?

- se consemnează în FOCG simptomatologia ce a dus la deces și toate manevrele și tratamentele aplicate
- se constata decesul, se notează data și ora sigura în FOCG
- se izolează decedatul cu un paravan special daca nu exista posibilitatea transportului intr-un salon special
- se supraveghează timp de 2 ore
- după 2 ore se transporta cadavrul la morga spitalului
- se anunța anatomia patologica
- se anunța telefonic rudele / aparținătorii
- se procedează la efectuarea autopsiei la 24 de ore după deces
- se renunța la autopsie la cererea familiei și după aprobarea cererii conform cu procedura

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE PRESCRIERE ANTIBIOTICE ANTIBIOTERAPIA GERMENI REZISTENTI**	**38** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

SCOPUL

Procedura descrie modul general de abordare a antibioterapiei in spital.

DESCRIEREA PROCEDURII

Se va adapta modul de prescriere al antibioticelor la protocoalele tarapeutice adoptate de spital pe diferite specialitati si boli.

Introducerea antibioterapiei in tratamentul unui paicent se va justifica prin:

- Diagnostic
- simptomatologie
- rezultatele investigatiilor
- completarea **Fisei antibioticului**

Introducerea antibioterapiei scumpe va tine cont de regulamentul adoptat de spital, de justificare a acesteia prin evolutia pacientului.

Schimbarea antibioterapiei va fi dictata de evolutie sau de antibiograma efectuata.

ANTIBIOTERAPIA INFECTIOASA LEGATA DE GERMENI DE SPITAL (GERMENI REZISTENTI)

Comisia Medicamentului in urma analizei florei microbiene si a patologiei infectioase din Spital (cazurile de infectii nozocomiale raportate si diagnoasticate) a pus la punct protocoale de antibioterapie.

Aceste protocoale se bazeaza pe ghiduri de practica adoptate de MS, pe studii publicate in diverse reviste internationale pe problema protocoalelor de antibioterapie cat si pe studii proprii.

Utilizarea dozelor de antibioterapie pentru prevenirea Infectiilor nozocomiale, trebuie sa fie coerente la nivelul intregului spital ceea ce va oferi urmatoarele avantaje:

1. rata de vindecare mai buna a pacientilor cu infectii
2. scădere a rezistentei actuale a florei microbiene la antibiotice
3. Un consum mai mic de resurse financiare care vor putea fi alocate pentru alte medicatii

Această procedură nu mai este folosită empiric, ci se bazează pe determinările bacteriologice pentru portajul anumitor tulpini MDR:

1. STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Deoarece Staphylococcus aureus are ca habitat natural nazofaringele mamiferelor, profilaxia infecţiilor cu MRSA pe perioada internării se poate face prin decontaminarea cu mupirocin (unguent administrat intranazal) sau cu aminoglicozidedacă rezistenţele locale sunt reduse; profilaxia cu glicopeptide se poate face în chirurgia cu risc înalt

2. ENTEROBACTERIACEAE

Cu AB betalactamice: cefalosporinele sunt larg folosite; produc o serie de neajunsuri care ar trebuie avute în vedere:

• Inducerea de β-lactamaze cu spectru extins. Acestea pot fi greu de detectat în laborator deoarece au niveluri diferite de acţiune asupra cefalosporinelor; clinic, se manifestă ineficienţa terapeutică.

• Selectarea de tulpini de enterococ, deoarece ei sunt rezistenţi natural la aceste AB.

Profilaxia cu betalactamină/ inhibitor de betalactamază vizează enterobacteriaceaele (amoxicilină / clavulanat), sau P. aeruginosa şi Acinetobacter baumanii (piperacilină /tazobactam, ticarcilină /clavulanat); aceste AB pot determina apariţia de betalactamazele inductibile la tulpini de P. eruginosa, Citrobacter freundii, Proteus vulgaris, Serratia marcescens, Enterobacter, Morganella, Providencia sau Acinetobacter.

Profilaxia cu fluoroquinolone vizează infecţiile cu un grup larg de microorganisme; enterobacteriaceae şi posibil pe cele cu P. aeruginosa, Staphylococcus; pot produce însă rezistenţă mutaţională întrun punct la bacilii Gram-negativi; la stafilococ se poate instala rezistenţă cu efect asupra întregii clase; se pot selecta tulpini rezistente de steptococi (Enterococcus faecium), deoarece fluoroquinolonele nu au activitate satisfăcătoare asupra acestor microorganisme; există risc de apariţie a colitei pseudomembranoase. Efectul acesta nu este sistematizat pentru vreun AB, ci grevează administrarea tuturor.

3. ANAEROBI

Profilaxia infecţiilor cu anaerobi se poate face cu multe antibiotice (cu excepţia aminoglicozidelor); mai eficient însă pare să fie metronidazolul; în ciuda suportabilităţii individuale variate, acesta are riscul cel mai scăzut de producere a colitei pseudomembranoase (Clostridium difficile)

4. P. AERUGINOSA

Profilaxia infecţiilor cu P. aeruginosa poate fi făcută cu ceftazidim, piperacilină, ticarcilină şi imipenem. Combinaţia piperacilină/tazobactam este cea mai riscantă; tazobactamul este puternic inductor de betalactamaze şi nu inhibă betalactamazele pe care le induce, aşa cum s-a arătat mai sus. Astfel, AB antipseudomonazice pot deveni ineficiente asupra acestor tulpini.

5. PNEUMOCYSTIS

Pacienţii cu imunitate celulară afectată (SIDA, recipienţii de transplant pot face infecţii predictibile cu Pneumocystis); prevenţia se face cu trimethoprim/ sulfametoxazol.

6. INFECTII FUNGICE

Profilaxia cu antifungice în cazul riscului de infecţii fungice invazive pacienţii cu neutropenia prelungită au risc de aspergiloză diseminată) este indicată şi poate fi făcută cu fungistatice (derivaţi imidazolici). Posaconazole, un derivat triazolic pare să aibă o bună activitate profilactică în comparaţie cu azolii standard

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE TERAPIE A DURERII**	**39** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/3**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele și Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabilește modul de asigurare a tratamentului durerii acute și al durerii cronice pentru pacienții internați în spital.

2. DOMENIU DE APLICARE

2.1**.** Procedura se aplică în toate secțiile spitalului.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

- Ordinul nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
- Legea nr.46, privind drepturile pacientului
- Legea nr.95/2006, privind reforma în sănătate
- Contractul Cadru și Normele de aplicare (anual)

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = medic curant + asistenta de salon + aparținător
4.2 Echipa de proces = medic sef secție + asistent sef secție + director medical

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Durerea este un simptom tratabil. Scopul tratamentului durerii este imbunatatirea funcționarii, permițând individului sa lucreze, sa meargă la școala sau sa participe la alte activități zilnice.

TRATAMENTUL DURERII ACUTE

Durerea acută trădează, din punct de vedere biologic, o destrucţie tisulară cu potenţial de gravitate. Este, de fapt, un semnal de alarmă al organismului, menit să-i permită oprirea unei activităţi distructive, facilitând procesul regenerator.

Durerea acuta rezulta în cea mai mare parte din boala, inflamație sau lezare a țesuturilor. Acest tip de durere apare în general brusc, de exemplu după traume sau intervenții chirurgicale, și poate fi însoțit de anxietate sau stres emoțional. Cauza durerii acute poate fi de regula diagnosticata și tratata iar durerea este autolimitativa, adică este limitata la o perioada de timp și la o anume severitate. In unele cazuri rare ea poate deveni cronica. Servește ca o avertizare privind o boala ori o amenințare pentru organism. Durerea acuta poate fi cauzata de multe evenimente sau circumstanțe, incluzând :

- Intervenție chirurgicala
- Oase rupte
- Lucrări dentare
- Arsuri sau tăieturi
- Travaliu și naștere

Tratament: antalgice + antiinflamatoare + derivați de morfina + analgezice

TRATAMENTUL DURERII CRONICE

Durerea cronica este privita ca reprezentând boala însăși. Ea poate fi mult înrăutățită de către factorii de mediu și cei psihologici. Durerea cronica persista o perioada de timp mai lunga decât durerea acuta și este rezistenta la majoritatea tratamentelor medicale. Ea poate și adesea chiar cauzează probleme grave pentru pacient. Semnalele dureroase rămân active în sistemul nervos timp de săptămâni, luni sau ani. Efectele fizice includ tensiunea musculara, mobilitatea limitata, lipsa de energie și schimbări în pofta de mâncare. Efectele emoționale includ depresie , supărare, anxietate și teama de reîmbolnăvire. O asemenea teama poate împiedica persoana sa revină la munca sa obișnuita sau la distracțiile sale.

Acuzele fervente de durere cronica includ :

- Durerea de cap
- Durerea dorso–lombara (de sale)
- Durerea legata de cancer
- Durerea artritica
- Durerea neurogena (durerea rezultata din lezarea nervilor)
- Durerea psihogena (durere datorata nu unei boli trecute sau leziuni sau vreunui semn vizibil de leziune interioara)

Durerea cronica poate avea la origine o trauma inițiala/leziune sau infecție sau poate exista o cauza permanenta a durerii. Totuși, unii oameni suferă de durere cronica în absenta oricărei leziuni trecute sau a oricărei dovezi de leziune corporala. Sute de sindroame dureroase sau tulburări compun spectrul durerii. Exista cele mai benigne, trecătoare senzații de durere, cum sunt cele ca înțepătura de ac. Exista durerile nașterii, durerea infarctului miocardic, precum și durerea ce uneori survine după amputarea unui membru. Exista și durerea care insoteste cancerul și durerea care urmează unei traume severe, cum este cea legata de leziuni la nivelul capului și al coloanei vertebrale. O mostra a sindroamelor dureroase frecvente este expusa mai jos în ordine alfabetica :

- Arahnoidita
- Artrita
- Durerea de spate
- Durerea de arsura
- Durerea de cancer
- Durerile de cap
- Sindroamele de durere musculara miofasciale
- Durerea neuropatica
- Sindromul distrofiei simpatice reflexe
- Leziuni de stres repetat
- Sciatica
- Zona Zoster și alte tulburări dureroase care afectează pielea
- Râniri sportive
- Stenoza spinala
- Dureri de intervenție chirurgicala
- Tulburări temporomandibulare
- Traume

· Boli vasculare sau leziuni vasculare
Durerea poate fi controlata prin:

- utilizarea schemei terapeutice în trei trepte conform OMS, în funcție de intensitatea durerii;
  - Ø treapta I de tratament: paracetamol + antiinflamator nesteroidian + adjuvante
  - Ø treapta II de tratament: paracetamol + antiinflamator nesteroidian + derivați de morfina (tramadol / DHC) + adjuvante
  - Ø treapta III de tratament: paracetamol + antiinflamator nesteroidian + derivati de morfina (tramadol / DHC) + morfina + adjuvante

- medicamente antalgice, cum ar fi acetaminofen (paracetamol) sau antiinflamatoare nesterioidiene, cum ar fi aspirina sau ibuprofenul. Aceste medicamente trebuie administrate urmând prescripția medicala și prospectele medicale. Nu se recomanda administrarea de antiinflamatoare nesterioidiene fără prescripție medicala mai mult de 10 zile fără a consulta medicul curant
- o dieta sănătoasa
- suplimentarea dietei cu vitamina D. Studii recente indica faptul ca o deficienta de vitamina D în dieta zilnica poate contribui la durerile cronice. Vitamina D este vitala pentru absorbția calciului și fixarea lui în oase și îmbunătățirea forței musculare
- exerciții fizice zilnice, cum ar fi plimbatul sau înotul
- somnul suficient
- terapii complementare, cum ar fi acupunctura sau meditația.

Tratamentul paliativ poate ameliora o serie de simptome legate de boala, ca greata sau dispneea (respirația dificila). Durerea și controlul simptomelor este o parte importanta a tratamentului bolii și a îmbunătățirii calității vieții.

Daca o persoana prezintă dureri în zilele dinaintea morții, acest lucru se datorează tipului de boala. Unele boli terminale ca și cancerul osos sau pancreatic, sunt mai frecvent acompaniate de dureri decât alte boli terminale.

Durerea și alte simptome pot fi așa de importante, încât pacientul se poate gândi la eutanasie. Cu toate acestea, durerea asociata morții poate fi ușor controlata. Orice durere trebuie comunicata medicului. Multe medicamente și metode alternative (ca masajul) sunt disponibile pentru tratamentul durerii apăruta înainte de procesul morții. In cazul în care afecțiunea împiedica pacientul sa comunice cu medicul, se recomanda ca acesta sa comunice cu persoanele apropiate.

Exista pacienți care vor sa-si protejeze familia în legătura cu suferința lor. Cu toate acestea, este indicat ca aceștia sa comunice gradul de tolerabilitate al durerii, pentru a putea fi informat medicul curant.

ANEXE / INSCRISURI

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA ALIMENTATIE PARENTERA LA SUPORTUL NUTRITIONAL	40	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Dorobantu Emil	Specialist îngrijiri paliative	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

PRINCIPII GENERALE

Indicatia SN : Pe cine hranim?

- Pacient malnutrit : internat in TI sau programat pentru operatie
- Pacient cu status nutritional normal la care se anticipeaza > 48 ore de TI

Momentul debutului : Cand incepem SN ?

a. Bolnav stabil

- Cu tub digestiv integru si toleranta digestiva, nu necesita nutritie artificiala , reia progresiv nutritia orala completa
- Cu tub digestiv nefunctional dar la care se prevede reluarea nutritiei in urmatoarele 5-10 zile ,nu necesita suport nutritional

b. Bolnav instabil : cu insuficiente functionale

- Decompensarea acuta a unei boli cronice – dupa stabilizarea functionala
- Dezechilibru functional acut ex: soc traumatic, soc septic – dupa stabilizarea functionala a pacientului

Calea de administrare : enterala sau parenterala ?

- Calea enterala: oricand exista un tub digestiv functional.

Sonda oro sau nasogastrica,gastrostoma sonda jejunala.
Pentru nutritia pe cale gastrica se verifica motilitatea stomacului : aspirat gastric sub 150 ml verificat orar.
Pentru pornirea nutritiei pe sonda jejunala nu este necesara prezenta zgomotelor intestinale a tranzitului gazos sau de fecale.

- Calea parenterala : cand tractul digestiv nu este functional, nu este accesibil sau nutritia enterala nu este suficienta.

Este mai scumpa si are mai multe riscuri decat calea enterala.

Calcularea necesarului : energetic, de macronutrienti , de micronutrienti.

- 25kcal/kg/24h
- 30-70% din calorii din hidrati de carbon
- 15-20% lipide,7% din calorii acizi grasi esentiali
- proteine1,2-1,5g/kg/zi aminoacizi

Nutritia enterala

Caile de administrare :

- Sonda gastrica nasogastrica, orogastrica
- Gastrostoma chirurgicala sau endoscopica percutanata
- Sonda nasoduodenala
- Sonda nasojejunala (plasata intraoperator)
- Jejunostoma chirurgicala

Insertia sondei gastrice.

Se pozitioneaza pacientul sezand sau semisezand (45grade)

- Anestezie locala (xilina)
- Lubrefierea tubului (glicerina)
- Se indeamna pacientul sa inghita in timp ce se inainteaza cu sonda
- Se verifica pozitia prin insuflatie de aersi ascultatie sau prin aspiratie
- Fixarea sondei cu leucoplast
- Se mentine trunchiul la 45grade pentru a evita refluxul si aspiratia

Preparate pentru sonda gastrica

Preparate "de casa" sau de bucatarie : se bazeaza in principal pe urmatoarele:

- proteine: din lapte, albus de ou, carne macinata,mazare
- lipide: uleiuri – masline, soia, floarea soarelui, porumb, galbenus de ou, smantana sau frisca
- glucide:amidon, zaharoza, lactoza, fructoza

Produsele trebuie macinate si dizolvate sau suspendate in apa, pentru a putea fi administrate printr-un tub relativ subtire cu diametru de 2-3 mm.

Continutul in calorii si nutrienti este redus si necesita administrarea de volume mari.

Sonda trebuie spalata cu 30 ml de apa la 4 ore pentru a preveni obstructia.

Preparatele farmaceutice pentru nutritie enterala sunt:

- formule polimerice administrabile prin sonda gastrica, duodenala sau jejunala.

Au osmolaritatea in jur de 300 mosm/l, contin 1 sau 1,5 kcal / ml si 5-7-9 g N la 1000ml.

Contin izolate proteice din lapte, ou, grau, soia.

- Formule elementare sau oligomerice
- Formule speciale

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S. R. L. – Buzău	**PROCEDURĂ PRIVIND MOBILIZAREA PACIENTULUI**	**41** **Ed. : 1** **Rev. :0** **Pag. : 1/6**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2	Revizia 1			
3	Revizia 2			
4	Revizia 3			

1. SCOP

Stabilirea unui set unitar de reguli şi responsabilităţi privind mobilizarea pacientului (pozitiile acestuia in pat, schimbarile de pozitie, etc).

2. DOMENIUL:

Procedura se aplică de către toate asistentele/ infirmierele din cadrul **Spitalului …….**

DESCRIEREA PROCEDURII, RESPONSABILITATI SI RASPUNDERI IN DESFASURAREA ACTIVITATII

Poziţiile pacientului în pat

În funcţie de starea generală şi de boala sa, bolnavul ocupă în pat o poziţie activă, pasivă sau forţată.

Poziţia activă – pacientul se mişcă singur, nu are nevoie de ajutor

Poziţia pasivă – pacientul nu poate să- şi schimbe singur poziţia, şi- a pierdut forţa fizică, are nevoie de ajutorul altei persoane; bolnavi grav, adinamici

Poziţia forţată – pacientul are o postură inadecvată; poziţia poate fi:

1. determinată de afecţiunea de bază (în tetanos, meningită)
2. ca o reacţie de apărare a organismului (în crizele de dureroase de ulcer sau în colica biliară)
3. ca o măsură profilactică în prevenirea unor complicaţii (prevenirea emboliei în cazul tromboflebitei)
4. ca măsură terapeutică (folosirea aparatelor de extensie – condiţie esenţială a tratamentului)
5. alte poziţii forţa

Asistentele trebuie să cunoască poziţiile pe care le iau pacienţii în pat, poziţia în care aceştia trebuie aduşi cu ocazia unor îngrijiri şi examinări speciale şi manoperele prin care se asigură schimbările de poziţie.

Poziţia	Cum se realizează	Afecţiunile/situaţiile care o impun	Observaţii
Decubit dorsal Poziţia Fowler	Culcat pe spate cu faţa în sus - fără pernă - cu o pernă subţire - cu 2 perne (poziţie obişnuită şi comodă)	- după puncţie lombară - unele afecţiuni ale coloanei vertebrale (suprafaţă tare) - anemii post- hemoragice - unele afecţiuni cerebrale - pacienţi slăbiţi - adinamici - operaţi	- Previne contractura muşchilor abdominali - Este mai confortabilă cu genunchii îndoiţi- poz. Fowler - menţinută timp îndelungat=dureri lombare : se introduce un sul subţire la nivelul coloanei lombare Zone explorate: capul, gâtul, toracele anterior, plămânii, sânii, inima, abdomenul, extremităţile, zonele de palpare a pulsului.
Semişezând	- culcat pe spate - toracele formează cu linia orizontală un unghi de 30- 45º Se realizează: - cu un nr. mai mare de perne - cu rezemător mobil - cu somieră articulată Ca pacientul să nu alunece, se aşează sub regiunea poplitee o pernă îndoită sau un sul din pătură învelit într- un cearşaf răsucit la extremităţi şi introdus sub saltea . Sub tălpi se pune un sprijinitor.	- afecţiuni cardiace şi pulmonare - perioada de convalescenţă unele categorii de operaţii - vârstnici - primul ajutor dat pacienţilor cu afecţiuni cardiorespiratorii	- Menţinerea îndelungată necesită măsuri de prevenire a escarelor (colaci de cauciuc sub regiunea fesieră) şi a altor complicaţii. - Este interzisă pacienţilor cu Ø tulburări de deglutiţie Ø comatoşilor
Şezând	În pat: - trunchiul formează cu membrele inferioare un unghi drept - pacientul are coapsele flectate pe bazin şi gambele sunt în semiflexie pe coapse - genunchii sunt astfel ridicaţi Poziţia se realizează: - prin ridicarea părţii cefalice a somierei articulate (cu ajutorul manivelei) - cu sprijinitorul de perne - sau se vor pune 4- 5 perne aşezate în trepte ; capul se va sprijini cu o pernă mică - sub braţele pacientului se poate aşeza câte o pernă ; pt. a împiedica alunecarea se aşează sub regiunea poplitee o pernă îndoită sau un sul din pătură învelit într- un cearşaf răsucit la extremităţi şi introdus sub saltea . Sub tălpi se pune un sprijinitor. În fotoliu: este aşezat confortabil, bine îmbrăcat şi acoperit cu pătură	- în stare gravă - dispneici, în caz de pneumonii întinse - insuficienţă cardiacă - în perioada acceselor de astmă bronşic - vârstnici - după anumite intervenţii chirurgicale (glanda tiroidă)	- În vederea examinării pacientului, poziţia şezând realizează expansiunea completă a plămânilor şi permite o mai bună examinare a părţii superioare a corpului. - Pacienţii slăbiţi d. p. d. v. fizics- ar putea să nu poată sta în această poziţie ; ei vor fi aşezaţi în decubit dorsal cu extremitatea cefalică a somierei ridicată. - Pacienţii cu insuficienţă cardiacă în cursul acceselor de dispnee nocturnă, se aşează de mai multe ori la marginea patului cu picioarele atârnate; sub tălpi se aşează un taburet. Zone explorate: capul, gâtul, spatele, toracele posterior, plămânii, sânii, axila, inima, extremităţile superioare.
Decubit lateral	Poate fi drept sau stg: - culcat pe o parte - capul sprijinit pe o singură pernă - mb. inf. flectate uşor - sau mb. inf. ce este în contact cu suprafaţa patului întins, iar celălat îndoit - spatele sprijinit cu o pernă sau un sul sau cu rezemătoare speciale	- în pleurezii - meningite - după intervenţii intratoracice - după intervenţii renale - în cazul drenajului cavităţii pleurale Se mai impune: Ø în cursul efectuării toaletei Ø schimbării lenjeriei Ø administrării clismelor şi supozitoarelor	Ø pt. a împiedica apariţia escarelor - între genunchi şi maleole se introduc inele de vată - sub trohanterul mare, un colac de cauciuc îmbrăcat Ø vârstnicii, adinamicii vor fi întorşi la intervale regulate de 1- 2- 3 ore pt. prevenirea complicaţiilor Ø dacă pacientul are un mb. inf: - paralizat - fracturat

		Ø măsurării temperaturii pe cale rectală Ø pt. puncţia lombară Ø în cursul sondajului duodenal Ø drenajului postural	- dureros - operat acesta va fi menţinut în cursul manoperei de întoarcere de către asistentă şi aşezat pe un suport pregătit în prealabil. Zonele ce pot fi explorate : inima (decubit lateral stg) ; poziţia este ideală, pt. a auzi murmurul cu sonor redus.
Poziţie (declivă) Trendelenburg	- Decubit dorsa, eventual lateral, cu capul mai jos decât restul corpului Se realizează prin: - ridicarea etremităţii distale a patului - diferenţa între cele 2 extremităţi ale patului poate varia de la 10 la 60cm - sub capul pacientului se poate pune o pernă subţire - se protejează capul pacientului cu o pernă aşezată vertical la căpătâiul patului - pentru evitarea alunecării de pe masa de operaţie, pacientul este fixat în chingi sau rezemătoare speciale de umăr	- pe masa de operaţie în cazul sincopelor din cursul anesteziei generale - în anemii acute - pt. autotransfuzii - pt. oprirea hemoragiilor membrelor inf. şi organelor genitale feminine după intervenţii ginecologice - după rahianestezie - pt. a favoriza drenajul secreţiilor din căile respiratorii superioare	Ø favorizează o bună circulaţie pentru centrii vitali Ø în decubit lateral se aşează at. când este pericol de aspirare a secreţiilor
Poziţie proclivă (Trendelenburg inversat)	- oblică cu capul mai sus	- pentru extensia coloanei cervicale (tratament ortopedic)	
Decubit ventral	- culcat pe abdomen - capul într- o parte pe o pernă subţire - membrele superioare aşezate la stga şi la dr. capului - cu faţa palmară pe suprafaţa patului - cu degetele în extensie Sub glezne: - o pernă cilindrică Sub torace şi abdomen se pot aşeza perne subţiri, moi	- în paralizia unor grupuri musculare; hemiplegie - în escare extinse - drenarea unor colecţii purulente - inconştienţi	- este poziţia de noapte pt. sugari şi copii mici - nu este posibilă fără pernă pt. anumite boli cardiace şi pulmonare
Poziţie ginecologică	- decubit dorsal - cu genunchii îndoiţi - coapsele îndepărtate Se poate realiza: - în pat - pe masa de examinare - pe masa ginecologică care are sprijinitor pt. mb. inferioare, iar sub placa de şezut are o tăviţă mobilă	- pt. examene ginecologice şi obstetricale - facilitează introducerea speculului vaginal- valvelor - pt. examinări rectale (rectoscopie, tuşeu rectal)	- Examinarea se face după golirea vezicii urinare şi a rectului - poziţie jenantă şi inconfortabilă - nu se prelungeşte prea mult examinarea - pacienta tb. menţinută bine acoperită
Poziţia genupectorală	- pacientul aşezat pe genunchi, aceştia fiind uşor îndepărtaţi - aplecat înainte pieptul atinge planul orizontal (masa de examinat)	- pt. explorarea zonei rectale	- este o poziţie jenantă, inconfortabilă - pacienţii cu artrită sau alte deformări articulare nu o vor putea practica

Schimbările de poziţie ale pacientului

Pot fi : active (le execută pacientul singur) şi pasive (pacientul necesită ajutor).

Schimbările pasive se efectuează la pacienţi : adinamici, imobilizaţi, inconştienţi, paralizaţi, cu aparate gipsate etc.

Principii de respectat:

- sunt necesare 1- 2 asistente
- as. trebuie să adopte o poziţie potrivită pt. a putea ridica pac. cu mai multă uşurinţă şi cu un efort fizic mai mic;
- - prinderea pacientului se face precis şi sigur cu toată mâna, aşezând palma pe suprafaţa corpului pac. a. î. suprafaţa de contact să fie cât mai mare
- aşezarea as. cât mai aproape de pat (de pac.)cu picioarele depărtate pt. a avea o bază de susţinere cât mai mare genunchii flectaţi, coloana vertebrală uşor aplecată (ac. poz. asigură protejarea col. vertebrale a as. prin diminuarea compresiunii asupra discurilor intravertebrale şi asupra corpului vertebrei, permiţând as. să utilizeze forţa coapsei şi a gambei, impulsionând toată energia ei spre picioare; prin flectarea genunchilor, automat centrul de greutate coboară, a. î. poziţia este mult mai convenabilă pt. a efectua mai uşor un efort cu membrele sup. şi inf.).

Cele mai frecvente mişcări pasive prin care se schimbă poziţia bolnavului în pat sunt:

1. întoarcerea bolnavului din decubit dorsal în decubit lateral şi înapoi.
2. aducerea bolnavului în poziţie şezândă la marginea patului
3. readucerea la loc a bolnavilor care au alunecat jos de pe pernă

1. Întoarcerea bolnavului din decubit dorsal în decubit lateral şi înapoi

Asistenta se aşează la marginea patului spre care va fi întors bolnavul:

- îndoaie braţul bolnavului din partea opusă peste celălalt
- asistenta se aşează cu faţa în dreptul toracelui bolnavului având piciorul dinspre căpătâiul patului aşezat mai înaintea celuilalt
- îşi flectează uşor genunchii, se apleacă şi prinde cu mâna umărul din partea opusă, iar cu cealaltă mână prinde şoldul bolnavului
- as. trece greutatea corpului ei dinspre mb. inf. plasat mai în faţă înspre mb. aflat mai în spate şi întoarce bolnavul spre ea
- în timpul acestei mişcări as. îşi flectează bine genunchii.

Readucerea în decubit dorsal se face de către 2 asistente:

- ambele paciente se aşează de aceeaşi parte a patului în spatele pacientului
- as. aşezată la capul pacientului prinde pac. sub axilă, cea mai apropiată de suprafaţa patului şi- i sprijină capul pe antebraţ
- cealaltă as. introduce o mână sub bazinul pacientului
- cu mâinile rămase libere ele întorc pacientul

2. Aducerea bolnavului în poziţie şezândă la marginea patului

Există 3 metode:

1) As. se aşează la marginea patului cu faţa spre pacient:
   - plasează piciorul care se află lângă pat mai în urma celuilalt
   - braţul dinspre pat al as. rămâne liber până în mom. ridicării pacientului
   - celălalt braţ, as. îl trece peste umărul pac. şi plasează mâna (palma) între omoplaţii acestuia
   - pt. a ridica pac. as. îşi basculează greutatea corpului dinspre piciorul aflat în faţă spre piciorul plasat mai în spate, flectând genunchii în acelaşi timp
   - cu braţul liber îşi fixează ca punct de sprijin marginea patului.

Astfel centrul de greutate al as. contrabalansează greutatea pacientului.

2) As. se aşează la marg. patului:

- cu mâna dinspre extremitatea distală a patului prinde regiunea axilară a pacientului, iar cu cealaltă mână îl îmbrăţişează din spate, sprijinindu- i capul pe antebraţ
- pac. dacă starea îi permite se poate sprijini de braţul as. sau de gâtul acesteia, îmbrăţişând- o

3) pac. în stare gravă= 2 as.
   - as. se aşează de o parte şi de alta a patului
   - ele încrucişează antebraţele în regiunea dorsală a pacientului, aşezând palmele pe omoplaţii pacientului
   - cu cealaltă mână prind pacientul sub axilă

- la comanda uneia dintre ele ridică pacientul în poziţie şezând, cu o singură mişcare.

3. Ridicarea pacientului pe pernă

Se execută de către 2 pers. aşezate de o parte şi de alta a patului, cu faţa uşor întoarsă spre capul patului:

- îşi lărgesc baza de susţinere prin depărtarea picioarelor şi plasarea acestora unul în faţa celuilalt (cel dinspre extremitatea distală a patului fiind plasat mai în spate)
- îndoiesc braţele pacientului peste abdomen
- introduc mâna dinspre capul patului sub omoplaţii pacientului cu palma în sus
- cealaltă mână o introduc sub regiunea fesieră a pacientului, unde mâinile celor două persoane se unesc
- îşi flectează genunchii
- la comanda uneia dintre ele se ridică pacientul, folosind metoda membrelor inferioare prin trecerea greutăţii de pe un picior pe altul
- pt. a uşura efortul de ridicare cele 2pers. se pot sprijini cap în cap

Readucerea pacientului pe pernă se poate face şi de către o singură pers. dacă pacientul poate să se ajute flectându-şi genunchii şi împingând cu picioarele sprijinite pe suprafaţa patului

Important:

- pt. uşurarea mişcării pac. este importantă balansarea corpului as. de pe un picior spre celălalt în direcţia mobilizării pacientului (transferând greutatea prin împingere)
- explicăm întotdeauna pacientului clar ce se face cu el şi ce colaborare aşteptăm de la el
- urmărim atent pacientul în tot timpul manoperei, asigurându-ne că se află în poziţie confortabilă

Mobilizarea pacientului

Scop

- mişcarea pacientului pt. a preveni complicaţiile ce pot apărea din cauza imobilizării
- recâştigarea independenţei

Obiective

- normalizarea tonusului muscular
- menţinerea mobilităţii articulare
- asigurarea stării de bine şi de independenţă a pacientului
- stimularea metabolismului
- favorizarea eliminărilor de urină şi fecale (la baie, nu în pat)
- stimularea circulaţiei sanguine pentru profilaxia trombozelor, pneumoniilor, escarelor, contracturilor.

Principii de respectat

Mobilizarea se face în funcţie de:

- natura bolii
- starea generală
- tipul de reactivitate a pacientului
- perioada de exerciţii pasive şi active pt. refacerea condiţiei musculare şi anvergura de mişcare tb. începută încet, mărindu-se treptat, în funcţie de răspunsul fiziologic al pacientului (creşterea frecvenţei pulsului, semne de slăbiciune musculară, diaforeză)
- exerciţiile se fac înainte de mese
- pacientul tb. învăţat să intercaleze ex. de mişcare cu ex. de respiraţie
- momentul în care se încep mobilizarea şi scularea din pat, precum şi ritmul vor fi hotărâte de medic

În funcţie de tipul de mişcare impus se pregătesc halat , papuci, fotoliu, cârje.

Se informeaza pacientul despre procedeu, scop etc.

Se măs. pulsul, TA, se observă starea pacientului, expresia feţei (coloraţia tegumentelor, respiraţia).

Se poate determina gradul de flexie a articulaţiei cu goniometrul.

Mobilizarea bolnavului începe cu mişcări active şi pasive: mişcarea capului, degetelor, mâinii, gleznelor, mişcarea şi schimbarea de poziţie a membrelor superioare şi inferioare, păstrând poziţia de decubit.

Urmează :

- aşezarea în poz. şezând, în mod pasiv la început
- aşezarea în poz. şezând – în mod activ, de mai multe ori /zi - crescându-se nr. de min.
- aşezarea în poziţie şezând la marginea patului, fotoliu în mod pasiv, apoi activ
- aşezarea pacientului în poziţie ortostatică şi primii paşi

Mobilizarea bolnavului în poziţie şezândă la marginea patului

1. - Asistenta se aşează la marginea patului cu picioarele depărtate şi cu genunchii flectaţi
- introduce o mână la spatele pacientului sub omoplat, iar cealaltă mână sub regiunea poplitee
- Bolnavul se poate ajuta, fie sprijinindu- se de marginea patului, fie îmbrăţişând gâtul asistentei
- odată cu ridicarea pacientului în poziţie şezând, asistenta va roti picioarele bolnavului într- un unghi de 90° urmărind poziţia coloanei vertebrale a acestuia

2. În cazul pacienţilor care nu se pot sprijini sau prinde cu mâinile:
- asistenta aşează braţele pacientului peste abdomen
- mb. inf. dinspre asistentă îl trece peste celălalt din partea opusă
- as. aşează o mână sub omoplatul pacientului cu dosul palmei, iar cealaltă sub genunchii acestuia
- ridică pacientul în poziţie şezând, rotindu- i în acelaşi timp picioarele într- un unghi de 90° urmărind poziţia coloanei vertebrale a acestuia

Bolnavul nu trebuie menţinut mult timp în această poziţie; prima aşezare pe marginea patului să fie numai câteva minute. Dacă el devine palid sau cianotic sau se plânge că are ameţeli va fi imediat aşezat înapoi în pat, controlându- i- se pulsul. Durata şederii la marginea patului în ziua următoare se poate prelungi cu câteva minute.

Aşezarea în fotoliu
- asistenta aşează fotoliul cu marginea laterală lipită de marginea patului
- pune un pled pe fotoliu
- îmbracă pacientul cu halat şi ciorapi
- aduce pacientul în poziţie şezând la marginea patului
- se aşează în faţa pacientului şi introduce mâinile sub axilele acestuia
- pacientul se sprijină cu mâinile pe braţele sau umerii asistentei
- asistenta ridică pacientul în picioare şi, întorcându- l cu spatele către fotoliu, îl aşează încet în fotoliu
- îl acoperă cu pledul
- sub picioare se poate aşeza un scăunel

Când aşezarea în fotoliu se face de către 2 asistente, acestea se aşează de o parte şi de alta a pacientului care stă în poziţie şezând la marginea patului, introduc mâna de lângă pacient sub axila acestuia şi- l ridică în picioare, apoi, rotindu- l îl aşează în fotoliu şi- l acoperă

Ridicarea în poziţie ortostatică

1. După ce pacientul este aşezat în poziţie şezând, pe marginea patului, asistenta de lângă pacient stă cu spatele la pat, sprijină pacientul de sub ambele axile şi- l ridică.
Se poate menţine , la prima ridicare , câteva minute.

2. - as. se aşează în faţa pacient. care stă în poziţie şezând la marginea patului
- fixează cu genunchii ei genunchii pacientului, iar cu mâinile îl ţine de sub axile
- pacientul se prinde de umerii asistentei sau de gâtul acesteia
- prin împingere în genunchii pacientului, centrul de greutate al asistentei coboară, crescând astfel forţa de ridicare a pacientului

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA SOLICITARE DE INVESTIGATII	42	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

Scopul procedurii: reglementarea recomandarilor investigatiilor paraclinice

I. REGULI GENERALE

1. Orice investigatie este solicitata **numai de medicul curant**.
2. Buletinul de solicitare de investigatie poarta **semnatura si parafa** medicului curant.
3. Buletinul de solicitare de investigatie se completeaza cu :
   a. Datele personale ale pacientului
   b. Tipul de internare : continua/de zi
   c. Investigatia solicitata
   d. Elemente clinico-paraclinice semnificative pentru diagnostic (daca e cazul).
4. **Medicul curant poarta responsabilitatea concordantei intre diagnosticul clinic si investigatiile cerute.**
5. Medicul curant poarta responsabilitatea evitarii investigatiilor excesive, repetate, inutile, sau redundante.
6. Investigatiile de urgenta se fac doar in UPU, si numai cu semnatura si parafa medicului UPU, sau a medicului de garda in specialitate.

II. INVESTIGATII LABORATOR BIOCHIMIE

1. Orice investigatie este solicitata numai de medicul curant.
2. Buletinul de solicitare de investigatie este semnat si parafat de medicul curant
3. Buletinul de solicitare de investigatie se completeaza cu :
   a. Datele personale ale pacientului
   b. Tipul de internare : continua/de zi
   c. Investigatia solicitata
   d. Elemente clinico-paraclinice semnificative pentru diagnostic.

Medicul curant poarta responsabilitatea concordantei intre diagnosticul clinic si investigatiile cerute.
Medicul curant poarta responsabilitatea ca investigatiile sa nu fie repetate inutil.
Buletinul de investigatii va fi semnat si parafat de medicul specialist/primar de laborator.

III.INVESTIGATII LABORATOR MICROBIOLOGIE

1. Orice investigatie este solicitata numai de medicul curant.
2. Buletinul de solicitare de investigatie este semnat si parafat de medicul curant
3. Buletinul de solicitare de investigatie se completeaza cu :
    a. Datele personale ale pacientului
    b. Tipul de internare : continua/de zi
    c. Investigatia solicitata
    d. Elemente clinico-paraclinice semnificative pentru diagnostic
    e. Evaluarea riscului nosocomial – este obligatorie
4. Medicul curant urmareste indeaproape eliberarea rezultatelor prin sistemul informatic HospitalManager, precum si in scris.
5. Medicii care solicita investigatii microbiologice au obligatia de a se informa despre procedurile de testare antibiotica.

RISCUL NOSOCOMIAL

A. Contactul cu sistemul de sanatate
    1. Fara
    2. Consulturi
    3. Spitalizare lunga/proceduri invazive
B. Antibioterapia anterioara
    1. fara tratament
    2. cu tratament
C. Pacient
    1. Pacient tanar fara comorbiditati
    2. Pacient batran cu boli asociate
    3. Pacient cu imunodeficiente

EVALUAREA RISCULUI

I. Pacient fara risc:
    A.1 + B.1 + C.1
II. Pacient cu risc de infectie cu enterobacteriacee cu rezistenta extinsa la antibiotice:
    Cel putin A.2 sau B.2 sau C.2
III. Pacient cu risc de infectie cu *Pseudomonas ae.* sau *Acinetobacter baumanii :*
    A.3 sau C.

IV. INVESTIGATII RADIOLOGICE SI ECOGRAFICE – la nevoie

1. Orice investigatie este solicitata numai de medicul curant.
2. Buletinul de solicitare de investigatie este semnat si parafat de medicul curant
3. Buletinul de solicitare de investigatie se completeaza cu :
    a. Datele personale ale pacientului
    b. Tipul de internare : continua/de zi
    c. Investigatia solicitata
    d. Elemente clinico-paraclinice semnificative pentru diagnostic

Este responsabilitatea medicului specialist/primar radiologie imagistica sa stabileasca tipul investigatiilor, si daca se utilizeaza sau nu substanta de contrast.

Medicul medicului specialist/primar radiologie imagistica poarta responsabilitatea acuratetii diagnosticului imagistic.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURĂ PRIVIND NEÎNCEPEREA MANEVRELOR DE RESUSCITARE, LA SOLICITAREA PREALABILĂ A PACIENTULUI SAU, DUPĂ CAZ, A APARTINĂTORILOR**	**43** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/3**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele și Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabilește procedura prin intermediul căreia medicii, împreuna / cu acordul familiei / pacientului (când este posibil) ia decizia de a nu se începe/a se întrerupe terapia de suport a funcțiilor vitale, afectate sever printr-o boala cu evoluție ireversibila

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în UPU, ATI, alte secții.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = medic curant
Echipa de proces = echipa de intervenție

5. DESCRIEREA *PROCEDURII*:

Situații posibile:

a) pacienți care si-au exprimat dorința de a nu fi resuscitați
b) pacienți în stare de inconștienta pentru care aparținătorii au exprimat dorința de a nu fi resuscitați
c) pacienții sunt aduși în stare de inconștienta, fără a fi însoțiți de familii, necunoscându-se dorința lor expresa privind neînceperea sau inițierea unei terapii de suport/resuscitare, decizia de a limita/a nu începe suportul funcțiilor vitale.

SITUATII:

§ status postresuscitare după oprire cardiorespiratorie (fără martori, când nu se cunoaște timpul total de stop fără fux cerebral , fără resuscitare);
§ boli extrem de severe cu disfuncții multiple de organe, nonresponsive la medicația utilizata;

- § coma prelungita prin boli cerebrovasculare ireversibile/status vegetativ persistent, fără șanse de recuperare;
- § boli cerebrale severe și ireversibile;
- § neoplazii multimetastatice (inclusiv cerebrale), fără răspuns la terapia specifica;
- § ***dorința pacientului, susținut de familie, de a nu începe/renunța la o terapie de suport a funcțiilor vitale.***

In aceste situații se va acționa în conformitate cu principiile morale, unanim acceptate, anume:

- a acționa în interesul pacientului
- a lua decizia care nu-i face rău acestuia
- a aloca corect, egal, resursele de suport indiferent de rasa, sex, religie, apartenenta sociala (justice)
- decizia va fi luata în conformitate cu dorința respectata a pacientului informat, de a refuza sau nu suportul inițiat
- se vor respecta de asemenea: confidențialitatea actului medical realizat, pacientul va fi respectat și i se vor asigura confortul și compasiunea conforma situației date

Recomandări pentru limitarea terapiei de suport a funcțiilor vitale:

R 1 - Medicul are datoria de discuta cu onestitate, clar, diagnosticul, prognosticul infaust, opțiunea terapeutica de continuare / întrerupere a suportului funcțiilor vitale atât cu pacientul cat și cu familia acestuia. Echipa medicala va lua decizia de a nu administra/întrerupe medicația în conformitate cu legile în vigoare. Pacientul nu va fi intubat și nu se va proceda la resuscitare

Se va acorda:

- terapia suferințelor acute existente pana la / neincluzând intubație orotraheală / suport ventilator și /sau manevre de resuscitare

- decizia de a nu institui o noua terapie sau a exagera terapia deja existent (incluzând dar nelimitându-se doar la: intubație orotraheala, ventilație mecanica, medicație inotrop pozitivă, vasoactiva, antibioterapie, nutriție enterală și parenterala,dializa)

- întreruperea și scoaterea terapiei de suport a funcțiilor vitale, mai ales atunci când aceasta terapie induce durere, suferința, disconfort și nu are alta consecința benefica asupra prognosticului, amânând decesul doar cu ore, zile

• "paliative care" - Întreruperea/neinstituirea unei anume terapii trebuie a fi recomandata pe baze clar documentate, indici de prognostic bine argumentat, experiența clinica solida. Orice decizie de acest gen NU trebuie a fi făcuta din rațiuni legate de economie – raționalizare resurse, datorita doar a vârstei înaintate a pacientului sau datorita nevoia de locuri / paturi în ICU pentru alt pacient.

R 2 - Atunci când pacientul /familia, fiind informați asupra situației reale, doresc doar terapie paliativa, medicul este obligat sa-i ofere/asigure modalitățile de terapie paliativa, conform standardelor în vigoare.

R 3 - Comunicarea deschisa, onesta, echilibrata cu familia:

- reprezintă cheia reducerii / eliminării unui eventual conflict familie/medici;

- facilitează si, prin intervenția familiei, o tranziție ușoara către terapia paliativa, către o atmosfera de calm, resemnare, înțelegere a stării determinare a vieții în condiții de confort, calm, pace sufleteasca;

- reprezintă cheia unei decizii corecte, calitative privind terminarea vieții fără acuze, injurii.

R 4 - In eventualitatea unui conflict (cum deseori se întâmpla, datorita unei comunicări deficitare de ambele părți, datorita lipsei de înțelegere/cultura medicala/prejudecați induse de mass-media), când familia insista pentru continuarea unei terapii inutile, fără sens ("a se face tot posibilul"), atunci echipa medicala poate opta pentru continuarea acesteia pentru o perioada predeterminata, urmând a discuta/reanaliza situația cu familia. Oricum echipa medicala nu este obligata moral sa instituie O NOUA TERAPIE în acest caz conflictual. Daca starea de conflict persista, atunci se iau în calcul următoarele:

- o a doua opinie a altui specialist;
- multiple consultări/discuții/informări cu familia;
- transferul spre alta unitate care-si asuma terapia în condițiile date

R 5 - Medicul implicat în caz este principalul responsabil pentru deciziile luate, cu toate ca întregul eșafodaj de decizii are la baza /necesita participarea deplina a pacientului/familiei acestuia.

R 6 - Toate discuțiile, informarea familiei, deciziile legate de întreruperea/îndepărtarea unei modalitatea terapeutice, cat și neinstituirea alteia noi, vor trebui riguros justificate / documentate / înregistrate în foile de observație clinica din TI, dovedind astfel transparenta actului medical cat și prezența unui document medico-legal

justificativ în cazul unui posibil litigiu cu familia; de asemenea, familia va semna în documentul medical decizia sa, în formata, de a fi de acord/ a înțelege deciziile luate ca fiind în beneficul deplin al pacientului.

R 7 - Admisia unui pacient în stare terminală POATE fi realizata în Unitățile de Terapie Intensiva sau în altă zonă, special amenajată din spital / dependentă sau nu de TI - cu crearea unor condiții decente de confort pentru a fi ajutat să treacă în pace, liniște sufletească, pragul vieții către moarte; dacă pacientul/familia doresc să plece la domiciliu, se va consemna acest fapt în documentele medicale, cu obligația transportului din partea spitalului, cu autosanitara dotată corespunzător și cu personal de însoțire.

R 8 - Este de datoria morală a medicului sa manifeste compasiune, înțelegere, față de pacientul aflat în stare terminală și față de familia acestuia, acordându-le tot suportul emoțional.

6. ANEXE / INSCRISURI

ıitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**SETUL UZUAL DE INVESTIGAȚII PARACLINICE**	**45** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediției procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii /operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	Director de ingrijiri	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SECTIA Recuperare Neurologie
   - Ø Hemoleucograma completa
   - Ø VSH
   - Ø Glicemie
   - Ø Sumar urina
   - Ø Colesterol
   - Ø EKG

2. SECTIA Cronici (interne-cardiologie)
   - Ø Hemoleucograma completa
   - Ø VSH
   - Ø Glicemie
   - Ø Sumar urina
   - Ø Colesterol
   - Ø EKG
   - Ø Timp Quick
   - Ø Timp Howel

3. SECTIA Paliativi (interne-neurologie)
   - Ø Hemoleucograma completa
   - Ø VSH
   - Ø Glicemie
   - Ø Sumar urina
   - Ø Colesterol
   - Ø EKG
   - Ø Timp Quick
   - Ø Timp Howel

LISTA INVESTIGATII CU PRET CRESCUT

2013

HEMATOLOGIE SI BIOCHIMIE	PRET
ELECTROFOREZA PROTEINELOR URINARE CU IMUNOFIXARE	99 lei
ELECTROFOREZA PROTEINELOR SERICE CU IMUNOFIXARE	70 lei
MEDULOGRAMA	60 lei
ANTITROMBINA III	52 lei
APOLIPOPROTEINA A1	50 lei
INDICE FAL	50 lei
ANALIZE HORMONALE	**PRET**
FREE BETA HCG	57 lei
DHEA	55 lei
DHEA-S	55 lei
IGF-1	54 lei
BETA CROSSIAPS	50 lei
OSTEOCALCIN	50 lei
MARKERI VIRALI	**PRET**
Ag HD	60 lei
ANTI HD	60 lei
AgHBe	57 lei
ANTI HCV	51 lei
ALTE ANALIZE	**PRET**
Ag. HELICOBACTER PYLORII	83 lei
Ag Streptococ beta hemolitic gr.A din exudat faringian	55 lei
CULTURA PRODUS PROVENIT DIN COLECTIE PURULENTA	50 lei
SECRETIE AURICULARA (cultura + antibiograma)	50 lei
SECRETIE NAZALA (cultura + antibiograma)	50 lei
SECRETIE OCULARA (cultura + antibiograma)	50 lei
SECRETIE URETRALA (cultura + antibiograma)	50 lei

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**REGULAMENT PRESCRIERE EXPLORARI FUNCTIONALE**	**46** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/1**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Dorobanțu Emil	Sef Secție	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

- **Examen electroencefalografic standard**
  - La toți pacienții cu epilepsie
  - La toți pacienții cu manifestări de tip epileptiform
  - La toți copiii cu autism
- **Examen electroencefalografic cu probe de stimulare**
- **Examen electroencefalografic cu mapping**
- **Electrocardiograma** - se recomandă la pacienți având:
  - Boli cardiovasculare
  - Dureri anginoase
  - Palpitații
  - HTA
  - Diabet
  - Fumători
  - Colesterol crescut
  - Istoric familial de boli cardiovasculare
  - Administrare medicamente cu efecte adverse cardiovasculare

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA DE PREVENIRE SI DE INGRIJIRE ESCARE	47	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	Director ingrijiri	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in cadrul sectiei (sectiilor) pentru prevenirea / ingrijirea escarelor

2. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

31. Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
3.2 Manual de nursing
3.3 manual de chirurgie

3. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = medic curant + asistent de salon
4.2 Echipa de proces = DM + medic sef sectie

4. DESCRIEREA PROCEDURII:

Escarele sunt leziuni la nivelul pielii, numite si ***ulceratii de presiune*** sau *escare de decubit*, ce apar la persoanele imobilizate la pat sau in scaun pe rotile pentru o perioada indelungata. Escarele de decubit se formeaza in zonele in care pielea si tesutul inconjurator sunt private de irigatia cu sange, in urma presiunii exercitate din interior spre suprafata dura a patului sau a scaunului, de catre oase. Escarele apar de obicei in zona ***coatelor***, ***genunchilor***, ***calcaielor***, in ***regiunea sacrata*** sau ***omoplati***, iar in stadii avansate tesutul este necrozat, escarele se suprainfecteaza si se extind la fascii si muschi. Escarele pot aparea si in 12 ore de imobilitate, sub forma unor zone inrosite, care nu se albesc la presiune. Treptat pielea se innegreste si apare ulceratia.

Escarele reprezinta o afectiune ce poate ameninta viata pacientului, deoarece tesutul lezat este foarte vulnerabil la infectii. Netratata, infectia se raspandeste in corp si apare cangrena.

Cauze si factori de risc pentru escare

Escarele reprezinta complicatii ale unor afectiuni care produc imobilizarea prelungita a pacientului - ***paralizii, fracturi, boli neurologice, leziuni ale maduvii spinarii***, etc. In afara de aceste afectiuni, alt factor de risc il reprezinta ***varsta de peste 70 de ani,*** varsta la care pielea este mai subtire si se vindeca cu dificultate.

Printre factorii de risc ai aparitiei escarelor se mai numara cazurile de ***malnutritie***, in care grasimile sunt aproape inexistente si pielea este zdrobita intre os si pat, ***fumatul***, umezirea pielii, ce poate fi produsa de

incontinenta si expunerea la ***transpiratie*** sau ***sange,*** prezenta diabetului si probleme legate de ***circulatia sangelui***.

Frecarea si miscarea corpului ce duce la ***alunecarea*** corpului intr-o parte si a pielii in cealalta produc iritatii superficiale la nivelul pielii, insa maresc vulnerabilitatea acesteia la producerea escarelor. In cazul unei persoane imobilizate la pat, frictiunea si miscarea contrara a pielii si tesutului au loc atunci cand pacientul este tarat pe pat sau cand capul este inclinat la un unghi mai mare de 30 de grade de restul corpului.

Semnele si simptomele escarelor

Majoritatea persoanelor care dezvolta escare simt un anumit nivel de durere sau mancarime, insa pacientii cu simturile alterate nu detecteaza nici escarele avansate.

Semnele infectarii unei escare sunt: puroi, miros neplacut, zona este fierbinte si rosie. Aparitia febrei si a slabiciunii indica raspandirea infectiei.

* Pentru pacientii imobilizati la pat, zonele predispuse la aparitia escarelor sunt: coccis, fese, omoplati, coloana, partea posterioara a bratelor sau picioarelor.

* Pentru pacientii imobilizati in scaun pe rotile, zonele predispuse la aparitia escarelor sunt: partea de sprijin a capului, urechi, omoplati, coapse, zona lombara, coccis, partea din spatea genunchilor, coatelor si gleznelor.

Stadiul 1: Pielea este rosie sau rozalie, ca o arsura solara usoara. Atunci cand se exercita presiune asupra zonei afectate, aceasta nu se albeste. Poate prezenta mancarime sau durere usoara.

Stadiul 2: In acest stadiu pielea inrosita este umflata si dureroasa. Pot aparea vezicule deschise sau intacte. straturile exterioare ale pielii incep sa moara.

Stadiul 3: Ulceratia s-a transformat in crater ce invadeaza tesuturile subcutanate. Rana se poate infecta cu usurinta.

Stadiul 4: Craterul s-a extins in muschi, os, tendon sau articulatie. Tesutul este necrozat.

Prevenirea escarelor

Masurile care se pot lua in cazul pacientilor imobilizati sunt simple si pot preveni pana la 50 la suta dintre escare. In primul rand trebuie ***ameliorata presiunea*** asupra tesutului, prin schimbarea constanta a pozitiei pacientului (la 1 - 2 ore daca pacientul este imobilizat la pat si la fiecare 15 minute daca pacientul este imobilizat in scaun) si prin utilizarea unei saltele sau a altor accesorii speciale. Este necesara examinarea pielii in fiecare zi, pentru a detecta escarele din fazele incipiente.

O dieta bogata in ***vitamina C si Zinc*** va ajuta pielea sa se vindece mai repede. Pastrati lenjeria patului in permanenta uscata si curata. Pentru ***igiena*** pielii utilizati o solutie salina si evitati sapunurile dure.

Pentru o imbunatatire a circulatiei sangelui sunt eficiente ***exercitiile usoare***, de intindere. ***Masajul*** periodic ajuta la tonifierea tesuturilor predispuse la presiune indelungata.

Tratamentul escarelor

Primul ajutor consta in ameliorarea presiunii si evitarea traumatizatii tesutului afectat. **Escarele neinfectate** trebuiesc acoperite cu pansament steril, schimbat zilnic. Daca escarele depasesc stadiul 2 sau rana este deschisa, tratamentul poate fi acordat doar de catre medic. Pastrati zona afectata curata si indepartati tesutul mort, cu ajutorul unei solutii saline.

Escarele mai adanci sunt foarte dificil de tratat si pot necesita interventii chirurgicale pentru indepartarea tesutului necrozat. Infectia este tratata cu antibiotice, iar in situatiile in cre viata este in pericol, membrele afectate se amputeaza. Alimentatia completa si diversificata este un factor cheie in reusita tratamentului chirurgical.

Interdictii

* Nu incercati sa ingrijiti la domiciliu escarele care par a fi mai avansate de gradul 2.

* Pernutele in forma de colac nu sunt recomandate, deoarece pot intrerupe circulatia sangelui in anumite zone.

* Nu masati zonele ce prezinta escare.

5. ANEXE / INSCRISURI

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURĂ DE CALCUL PENTRU ASIGURAREA NECESARULUI ZILNIC DE CALORI**	**48** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/6**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediției proceduri operaţionale

	Elementele privind responsabili/operaţiunea	**Numele și Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	AS. Șefă	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor proceduri operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Descrierea modului de calcul a necesarului zilnic de calorii, în vederea stabiliri meniului zilnic indicat pacientului și a regimurilor

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în blocul alimentar.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil proces – asistent dietetica

Echipa proces – asistent dietetica + director medical + administrator + director financiar-contabil

5. DESCRIEREA PROCEDURI

Valoarea alocaților de hrană se situează, în prezent, între 7,0 lei şi 13,0 lei pentru bolnavi adulţi, corespunzător bolilor pentru care sunt internaţi şi între 1,8 lei şi 14,5 lei pentru copii, pe categorii de vârstă și afecţiuni.

Principi generale:

- Alimentația este una dintre cele mai importante probleme ale îngrijiri bolnavului
- Asigurarea raportului caloric, stabilirea regimului alimentar adecvat și administrarea alimentelor pe cale naturala sau artificiala constituie sarcini elementare ale îngrijiri pacientului acasă sau la domiciliu.

Alimentația urmărește:

a) sa acopere cheltuielile energetice;

b) sa asigure aportul de vitamine și minerale necesare metabolismului, creșteri și altele;c) sa favorizeze procesul de vindecare, protejând organele îmbolnăvite și asigurând aportul de substanțe necesare organismului normal;
c) Sa împiedice transformarea bolilor acute în cronice şi apariţia recidivelor. Regimul dietetic trebuie constituit încât să satisfacă necesitățile calitative și cantitative necesare organismului.

În cazul persoanelor bolnave aceşti factori nu sunt întotdeauna jaloane sigure pentru dirijarea aportului alimentar. În anumite boli, lipsa poftei de mâncare este un simptom precoce și dominant. De asemenea şi setea exagerata poate fi în anumite cazuri. Bolnavi în stare de inconştienţă şi comatoşi, cei somnolenţi, sunt lipsiţi de senzațiile de sete sau foame. Aceştia nu-şi pot dirija singuri aportul necesar de alimente. Personalul care îngrijește aceşti bolnavi are un rol primordial în alimentaţia lui.

Aportul de substanțe alimentare trebuie asigurat pe baza necesităților reale de calorii. Când nu se asigură cantitatea necesara de alimente, organismul recurge la resursele proprii, tisulare.

Necesitățile calorice ale bolnavului variază între 2500-3000 de calorii. Dacă organismul este supus unui regim de foame, va consumă din țesuturile proprii circa un kilogram în 24 de ore, ceea ce duce la o slăbire rapida în greutate, fiind posibil să fie mascată de reţinerea de apă exagerată. Necesitățile calorice ale unui bolnav în repaus absolut la pat se estimează a fi în jur de 25 calorii/kg. Corp. Un bolnav de 60 kilograme va avea nevoie de 1500 calorii în 24 de ore. Necesităţile calorice ale copiilor sunt cu 20-30%mai mari, iar ale persoanelor în vârstă cu 10-15% mai mici,aceasta cantitate de substanțe alimentare acoperă cheltuielile metabolismului bazal.

Necesitățile bolnavului în ambulator, mai ales daca lucrează, sunt mai mari, în raport cu intensitatea efortului care îl depune. Acelaşi bolnav, în cazul unei munci ușoare, necesită 2500-3000 de calorii, iar în cazul unei munci grele poate avea nevoie de 5000-6000 de calorii.

Necesitățile bolnavilor febrili se măresc în raport cu influenţa produsa de microorganisme și ridica necesitățile calorice cu 10%. Fiecare grad de temperatura implică un aport energetic de încă 13%. Independent de felul regimului sau forma şi consistenţa alimentelor, regimul trebuie sa fie alcătuit ca sa acopere necesitățile energetice în întregime, căci numai în acest fel se pot menţine forţele fizice ale organismului,factor absolut necesar pentru procesul de vindecare.

Pentru menținerea sănătății la standarde optime, orice persoana are nevoie de o cantitate adecvata de vitamine și nutrienți, dar în cazul persoanelor suferinde aceasta cantitate creste, din doua motive: organismul trebuie sa lupte pentru a împiedica evoluția boli, organismul trebuie sa asigure buna funcționare și sănătatea organelor neafectate.

Tratamentul și alimentația sănătoasa sunt complementare

Alimentația sănătoasa în cazul persoanelor bolnave depinde de simptomele prezente, de modul în care organismul reacționează în fata boli. Daca simptome precum durerea și grețurile sunt copleșitoare, atunci pacientul nu va reuși sa mănânce sănătos oricât s-ar strădui.

Astfel, specialiști recomanda controlarea efectelor secundare și a simptomelor pentru îmbunătățirea apetitului alimentar. Odată reușit acest fapt, șansele adoptării unei alimentații sănătoase cresc, fapt ce i conferă organismului mai multa putere sa lupte cu boala, iar pacientului mai multe încredere în forțele proprii.

Alimentația sănătoasa și tratamentul merg în paralel, motiv pentru care pacientul trebuie sa i spună medicului curant simptomele care diminuează pofta de mâncare. In aceste condiții, medicul va prescrie medicamentele adecvate pentru controlul dureri, pentru îmbunătățirea mobilității și ameliorarea grețurilor.

REGIMURI SPECIALE

- Regim diabet
- Regim guta
- Regim ulcer
- Regim pancreatita
- Regim vegetarian
- Regim hiposodat

LISTA CALORI

Protide	Lipide	Glucide	KCal		Protide	Lipide	Glucide	KCal	
	%	%	%	la 100 g		%	%	%	la 100 g
Carne și derivate					**Peste și derivate**				
Cârnați	18,0	26,9	-	324	Biban				88
Creier	-	-	-	128	Cod	19,0	1,0	-	87
Curca	24,5	8,5	-	179	Cod în sos tomat	14,9	1,3	2,9	85
Ficat (porc, vita)	-	-	-	132	Crap	18,9	2,8	-	104
Ficat (pasare)	-	-	-	120	Crap în ulei	10,6	6,9	4,3	125
Găina	21,0	6,0	-	142	Hering	18,0	10,0	-	167
Gâsca semigrasa	18,4	20,0	-	261	Hering în ulei	13,7	28,9	-	325
Inima, rinichi	-	-	-	120	Hering în sos tomat	16,2	10,4	1,8	170
Jambon	-	-	-	271	Icre crap	25,0	3,0	-	130
Leberwurst	16,8	30,1	-	349	Icre știuca	27,0	1,5	-	125
Miel	18,0	20,0	-	260	Macrou	22,0	10,0	-	183
Mușchi țigănesc	21,6	26,3	-	333	Macrou în sos tomat	14,5	10,6	1,6	164
Parizer, cremwursti	13,0	26,0	-	295	Macrou în ulei	16,2	20,7	-	259
Pateu de ficat	19,6	19,5	-	261	Păstrăv	-	-	-	103
Porc - slaba	20,4	6,3	-	142	Șalău	19,4	0,4	-	83
Porc - grasa	15,0	30,0	-	350	Sardina în ulei	19,3	21,6	-	280
Pui de găina	20,1	10,2	-	177	Scrumbie	14,2	25,9	-	299
Rata	19,6	6,0	-	136	Somn	16,8	18,8	-	224
Salam	-	-	-	560	Stavrid	16,6	5,1	-	115
Salam de Sibiu	26,5	43,4	-	512	Stavrid în sos tomat	15,5	6,6	-	125
Salam de vara	20,0	47,0	-	519	Știuca	19,1	0,4	-	82
Slănina	-	-	-	630	**Oua**				
Șunca presata	24,9	20,7	-	294	Ou de găina (gr. pe buc.)	7,0g	6,0g	0,6g	171
Vita - slaba	20,4	2,2	-	104	Gălbenuș de ou de găina	16,0	32,0	0,3	364
Vita - grasa	12,0	24,5	-	277	Albuș de ou de găina	13,0	0,2	0,5	57
Lapte și derivate					Gălbenuș de ou de găina	-	-	-	165
Brânza de burduf	27,4	27,4	0,5	369	Un ou de rata (cca 60g)	7,0g	8,0g	0,2g	104
Brânza grasa de vaca	13,0	9,0	4,5	155	**Grăsimi**				
Brânza slaba de vaca	18,0	-	4,0	90	Maioneza	-	-	-	716
Brânza topita	7,0	36,0	0,9	366	Margarina	-	82,5	-	767
Cașcaval	25,0	19,0	1,0	283	Untura de porc	0,2	99,6	-	927
Iaurt	3,2	2,6	4,0	70	Ulei floarea soarelui	-	100,0	-	930
Lapte bătut	3,2	2,9	5,5	63	Ulei soia	-	100,0	-	930
Lapte de vaca integral	3,5	3,5	4,5	65	**Dulciuri**				
Lapte de vaca normalizat	3,5	1,7	4,9	50	Ciocolata	-	-	-	525
Lapte de oaie	6,0	7,5	4,6	113	Marmelada	-	-	-	272
Lapte de capra	3,5	3,7	4,5	67	Miere	-	-	-	310
Lapte praf	27,0	24,0	40,0	498	Zahar nerafinat	-	-	-	375
Telemea de oaie	18,9	24	1,0	315	Zahar rafinat	-	-	-	385
Telemea de vaca	19,4	20,4	1,0	273	**Băuturi**				
Smântâna	2,5	30,0	3,1	300	Bere blonda	-	-	-	53
Unt	6,0	74,0	2,0	721	Bere bruna	-	-	-	42
Cereale și făinoase					Cola	-	-	-	48
Biscuiți	8,2	9,5	74,0	425	Limonada	-	-	-	58
Cornuri, chifle simple	8,2	0,4	57,1	271	Rom	-	-	-	245
Cornuri, chifle cu material	8,2	4,4	61,6	327	Țuica	-	-	-	250
Faina de grâu	11,8	1,4	72,0	356	Vina alb	-	-	-	138
Faina de secara	8,9	1,2	74,6	353	Vin roșu	-	-	-	165
Faina de porumb	9,6	1,7	72,1	351	Whisky	-	-	-	245
Fulgi de ovăz	13,6	6,3	63,3	374	**Pâine**				
Gris	9,4	0,9	75,9	358	Pâine de grâu alba	7,5	0,4	52,0	274
Orez	8,1	1,2	75,5	354	Pâine de grâu intermediara	7,5	0,7	48,0	234
Paste făinoase obișnuite	10,9	0,6	75,6	360	Pâine de grâu neagra	8,4	1,2	48,0	242
Paste făinoase cu ou	10,2	2,2	79,1	386	Pâine de secara	12,4	1,7	67,7	344
Porumb	-	-	-	336	Pâine graham	9,1	1,0	51,0	256
Pop-corn	-	-	-	345					
Spaghete	-	-	-	351					
Legume proaspete					**Fructe proaspete**				
Ardei gras verde	1,1	0,2	2,5	17	Banane	1,3	0,6	13,4	66

Ardei gras roșu	1,3	0,4	7,3	39		Caise	1,0	-	13,0	57
Cartofi (fierți)	1,7	0,2	17,4	80		Căpșuni	1,0	1,0	9,0	50
Cartofi prăjiți	-	-	-	345		Cireșe	1,0	0,3	18,0	81
Castraveți	1,3	0,2	2,9	19		Coacăze	1,5	0,6	10,2	54
Ceapa verde	1,0	0,2	3,5	20		Fragi de pădure	1,3	1,0	9,8	54
Ceapa uscata	1,5	0,2	8,0	40		Grepfrut	0,5	0,2	6,5	30
Ciuperci	5,0	0,5	2,3	35		Gutui	0,5	0,5	14,2	65
Conopida	2,8	0,3	3,9	30		Lămâi	0,9	0,7	6,2	36
Dovlecei	0,9	0,1	3,2	18		Mandarine	0,8	0,1	8,7	40
Fasole verde	2,0	0,2	5,7	33		Măceșe	4,1	1,2	21,8	117
Mazăre verde boabe	8,4	0,5	14,0	96		Mere	0,3	0,5	15,0	67
Mărar	-	-	-	19		Mure	1,5	1,4	14,1	77
Morcovi	1,5	0,3	8,8	45		Pepeni galbeni	0,5	0,1	5,0	23
Păstârnac	1,4	0,5	15,0	72		Pepeni verzi	0,5	0,1	5,4	25
Pătrunjel	-	-	-	32		Pere	1,0	1,0	16,0	79
Pătrunjel rădăcina	1,1	0,8	10,0	53		Piersici	1,0	-	10,0	45
Roșii	1,3	0,2	4,8	27		Portocale	0,8	0,2	10,1	47
Praz	2,3	0,4	9,9	54		Prune	0,6	0,1	21,0	89
Ridichi de luna	0,6	0,1	3,8	19		Zmeura	1,0	1,0	14,0	71
Ridichi de iarna	1,3	0,1	4,9	26		Struguri	2,1	1,7	18,0	98
Salata verde	1,9	0,3	2,9	22		Vișine	1,0	0,5	14,0	66
Sfecla roșie	1,3	0,1	9,0	43		**Fructe uscate**				
Spanac	3,5	0,3	2,0	25		Curmale cu sâmburi	1,9	0,6	74,0	316
Țelina rădăcini	1,4	0,3	5,9	33		Mere	1,0	1,0	55,0	239
Urzici	7,9	0,7	7,1	68		Pere	2,4	0,4	70,0	300
Usturoi	7,2	0,2	26,0	137		Prune cu sâmburi	2,5	0,5	71,0	306
Vinete	-	-	-	26		Smochine	4,3	1,3	58,0	267
Varza alba	1,8	0,2	5,8	33		Stafide	2,5	0,5	71,0	306
Varza Bruxelles	4,0	0,5	7,0	50		**Compoturi**				
Varza roșie	1,9	0,2	5,6	33		Compot de caise	0,5	-	14,0	59
Legume uscate						Compot de cireșe	0,4	-	15,5	65
Cartofi chips	-	-	-	546		Compot de gutui	-	-	17,0	70
Cartofi rondele	7,8	0,4	77,0	350		Compot de mere	0,3	-	17,5	73
Ciuperci	41,7	1,7	30,8	313		Compot de pere	0,2	-	20,5	85
Fasole	23,0	1,7	47,7	303		Compot de piersici	0,6	-	16,1	68
Mazăre	21,5	1,9	53,0	323		Compot de prune	0,4	-	15,3	64
Soia	-	-	-	341		Compot de vișine	0,4	-	15,5	65
Legume murate						Compot de struguri	0,5	-	19,0	80
Castraveți în oțet	0,6	-	1,5	9		**Sucuri**				
Gogoșari întregi în oțet	0,7	-	3,0	15		Suc de pere	0,02	-	14,1	57
Gogoșari tăiați în oțet	0,8	-	2,6	14		Suc de prune	0,09	-	13,7	56
Salata de varza roșie	1,0	-	3,0	16		Suc de zmeura	0,16	-	12,3	51
Salata de sfecla roșie	1,0	1,0	8,2	38		Suc de struguri	0,13	-	20,0	83
Varza acra	1,2	-	3,3	18		Suc de tomate	1,0	-	5,0	25
Legume conservate						Suc natural de mere	0,09	-	17,4	72
Bulion de tomate	3,6	-	11,6	62		**Oleaginoase**				
Fasole verde	1,1	0,4	2,5	18		Arahide	25,8	44,5	15,7	584
Ghiveci în bulion	1,4	0,5	3,7	26		Alune curățate	12,0	63,0	17,0	705
Mazăre verde boabe	6,5	0,5	10,0	72		Măsline negre	20;0	35;0	7;2	437
Pasta de tomate	5,4	-	15,4	85		Măsline verzi	12,5	10,0	8,1	177
Spanac cu orez	2,0	8,0	2,0	91		Nuci	21,0	59,0	3,7	650
Tocana de legume	1,0	6,0	3,1	73						
Tomate în bulion	1,7	0,4	3,1	23						

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROTOCOL DE COLABORARE CU FURNIZORI ACREDITATI DE SERVICII MEDICALE DE INGRIJIRI LA DOMICILIU SI INGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU**	**49** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/3**

Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Preşedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Stabilirea modului de colaborare cu furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu sau paliative la domiciliu

2. LEGISLATIE

Reglementările privind serviciile medicale de îngrijiri la domiciliu oferite de către furnizorii de servicii aflați in relație contractuala cu Casa de Asigurări de Sănătate sunt prevăzute in Legea nr. 95/2006 privind reforma in sănătate, Hotărârea de Guvern nr. 1389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate si Ordinul MS/CNAS nr.864/538/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru.

3. CADRUL GENERAL

Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acorda de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

4. 4.ETAPELE COLABORARII

4.1. RECOMANDAREA MEDICALA

4.1.1. SERVICIILE DE INGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU

1. **Recomandarea pentru efectuarea** serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu si de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, in concordanta cu diagnosticul stabilit si in funcție de patologia bolnavului si statusul de performanta ECOG al acestuia cu precizarea activităților zilnice pe care asiguratul nu le poate îndeplini.

2. In funcție de **statusul de performanta ECOG**, bolnavul poate fi:
   - ü incapabil sa desfășoare activități casnice, este imobilizat in fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesita sprijin pentru îngrijirea de baza (igiena si/sau alimentație si/sau mobilizare) - statusul de performanta ECOG 3.
   - ü complet imobilizat la pat, dependent total de alta persoana pentru îngrijirea de baza (igiena, alimentație, mobilizare) - statusul de performanta ECOG 4

3. **Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate** recomanda îngrijiri medicale la domiciliu pentru asigurații cu afecțiuni oncologice sau AVC, numai ca o consecința a consultației medicale raportate si validate de casa de asigurări de sănătate.

4. **Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului** in biletul de externare, la externarea acestuia, sau in registrul de consultații si fisa de observație a pacientului, in ambulatoriu, asupra necesității efectuării îngrijirilor medicale.

5. **Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu** se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu **obligativitatea precizării ritmicității/periodicității serviciilor,** consemnate in formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/in ultimele 11 luni in una sau mai multe etape (episoade de îngrijire).

4.1.2.SERVICIILE DE INGRIJIRI PALIATIVE LA DOMICILIU

Se acorda de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care au încheiat contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru acordarea de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

6. Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acorda pe baza de **recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu**, asiguraților eligibili.

7. Sunt **considerați eligibili**, pacienții cu afecțiuni oncologice, cu speranța limitata de viața si cu status de performanta ECOG 3 sau 4.

8. **Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu** se face de către medicii de specialitate cu specialitatea oncologie, aflați in relație contractuala cu casele de asigurări de sănătate.

9. **Durata** pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilește de către medicul care a făcut recomandarea, dar **nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singura data in viața**. In situația in care îngrijirile nu sunt acordate in zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau in calcul numai zilele in care s-au acordat îngrijirile paliative.

. 10 R**ecomandarea medicala se eliberează in trei exemplare**, din care

- ü Un exemplar rămâne la medic.
- ü Un exemplar împreuna cu cererea de acordare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se depun de către asigurat, de către unul dintre membrii familiei (părinte, șot/șotie, fiu/fiica), de o persoana împuternicita de acesta sau de reprezentantul legal al acestuia la casa de asigurări de sănătate la care se afla in evidenta asiguratul.
- ü Al treilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi predat furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu care ii va acorda serviciile respective, daca cererea a fost aprobata, împreuna cu decizia de acordare de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu in vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate **este de 5 zile calendaristice de la data emiterii recomandării**.

4.2. INFORMAREA PACIENTULUI SI SELECTIA FURNIZORULUI DE INGRIJIRI LA DOMICILIU

- ü In timpul spitalizării, medicii curanți stabilesc pacienții care se încadrează in criteriile de eligibilitate pentru acordarea de servicii de îngrijiri medicale sau paliative
- ü Se înscriu in FOCG eligibilitatea pacientului pentru îngrijiri la domiciliu
- ü Pacienții respectivi sunt rugați sa analizeze lista de furnizori de îngrijiri la domiciliu afișata pe secție
- ü Pacienții stabilesc furnizorul preferat si solicita in scris conducerii spitalului, sprijinul pentru colaborarea cu acel furnizor. Cererea este însoțita e copie după FOCG

4.3 COLABORAREA SPITAL- FURNIZOR DE SERVICII DE INGRIJIRE LA DOMICILIU

- ü In baza cererii pacientului si a recomandării medicului curant conducerea spitalului contactează furnizorul desemnat de pacient si stabilește o întâlnire intre pacient , aparținători , reprezentant legal si furnizorul respectiv, in biroul special amenajat din cadrul spitalului

- ü La data stabilita asistentul social sau o alta persoana desemnata de conducere insoteste pacientul si intermediază cu furnizorul de servicii modul de sprijinire a pacientului in demersul de aprobare al cererii de acordarea serviciilor de îngriji la domiciliu

4.4.ATRIBUTIILE FURNIZORULUI DE INGRIJIRI LA DOMICILIU

· Pentru obținerea deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative FURNIZORUL DE SERVICII, in calitate de persoana împuternicita de către pacient va depune la casa de asigurări de sănătate:

1. Cerere pentru acordarea serviciilor de îngrijire la domiciliu
1. Document justificativ care atesta calitatea de asigurat, actul de identitate al asiguratului si al împuternicitului, după caz, (in copie),
2. Codul numeric personal - CNP,
3. Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu,
4. Biletul de externare in copie, semnat si parafat de medic, cu stampila unitarii sanitare in care a fost internat pacientul,
5. declarația pe proprie răspundere din care sa rezulte ca afecțiunea nu a apărut in urma unei boli profesionale, a unui accident de munca sau sportiv.

· Pentru copiii in vârsta de pana la 14 ani se atașează recomandarea medicala cu specificarea domiciliului copilului si certificatul de naștere (in copie) cu codul numeric personal - CNP. Copiile se vizează de casa de asigurări de sănătate pe baza originalelor.

· Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia ii acorda servicii o fisa de îngrijire care conține datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative acordate, data si ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura asiguratului, a unuia dintre membrii familiei (părinte, șot/șotie, fiu/fiica), a persoanei împuternicite de acesta sau a reprezentantului legal al acestuia, care confirma efectuarea acestor servicii, semnătura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum si evoluția stării de sănătate.

4.5. FURNIZAREA DE SERVICII PACIENTULUI

· **Casa de asigurări de sănătate analizează cererea si recomandarea primita**, intr-un interval de 3 zile lucrătoare de la data depunerii, iar cererea este aprobata in limita sumei prevăzute pentru aceasta destinație. La analiza cererilor si recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua in considerare statusul de performanta ECOG al asiguratului si numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de care a beneficiat asiguratul in anul respectiv, astfel încât sa nu depășească numărul de zile prevăzut de lege.

· Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face in scris si motivat, cu indicarea temeiului legal.

· In cazul acceptării, cererea este supusa aprobării si, respectiv, emiterii deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, in limita sumei prevăzute cu aceasta destinație. Decizia se expediază prin posta sau se preda direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, șot/șotie, fiu/fiica), persoanei împuternicite de acesta sau reprezentantului legal al asiguratului, in maximum 24 de ore de la data emiterii acesteia.

ANEXA -

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediției procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	Asistent sef	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

In cazul utilizarii cu umidificator, desurubati umidificatorul (barbotorul) si umpleți-l cu apa pana la linie (ase vedea instructiunile pentru umidificator). Insurubati apoi umidificatorul in capac.
Conectati tubul de administrare a oxigenului la duza de evacuare a umidificatorului sau conectati canula de administrare nazala la concentrator.

Tubul dintre pacient si CONCENTRATOR **trebuie sa fie mai scurt de 15 m**, pentru a asigura ca valoarea debitului de oxigen ramane una satisfacatoare.

1. Se verifica comutatorul de pornire sa se afle in pozitia 0;
2. Asigurați-vă ca toate componentele sunt conectate corect, astfel încât sa fie evitate scurgerile.
3. Introduceți cablul de alimentare în priza de alimentare electrica.
4. Apasati intrerupatorul in pozitia de pornire. Un test al alarmei de functionare va fi efectuat automat cand echipamentul este pornit (acest test dureaza aproximativ 5 secunde).
5. Răsuciți butonul de ajustare a debitului până când bila din debitmetru indica valoarea recomandată (de obicei 2-3 unități).
6. Verificați că debitul de oxigen iese din dispozitivul de administrare (canule nazale sau altele) prin plasarea orificiului pe suprafața apei dintr-un pahar.
7. Ajustati canulele sau masca nazala pentru a se potrivi fetei pacientului.
8. La incheierea tratamentului, apăsați comutatorul pe poziția Oprit și debranșați de la priză.

CURATARE–INTRETINERE

CONCENTRATORUL va fi curățat numai la exterior cu o cârpăa uscata sau, daca este necesar, cu un burete umezit în apă cu săpun, apoi șters cu cârpă umedă și cârpă uscată. Nu se folosește alcoolul pentru curățare.
Filtrul de praf detasabil se curăță după circa 100 ore de utilizare sau la nevoie. Trebuie suflat și apoi spălat în apa cu sapun și clătit. Se montează după ce s-a uscat.
Datorita prezentei filtrului in interiorul dispozitivului, dezinfectarea zilnica se refera numai la accesoriile externe de oxigenoterapie: umidificator, tubulatura si canule.

Umidificatorul

Zilnic:

- ü goliti apa din umidificator
- ü clatiti butelia umidificatorului sub un jet de apa;
- ü umpleti umidificatorul pana la semn cu apa.

Cu regularitate:

- § dezinfectati echipamentul scufundandu-l intr-o solutie de cloramină;
- § clatiti si uscati;
- § verificati ca garnitura capacului umidificatorului este in conditie buna.

Canula nazala sau masca de oxigen – se utilizează numai piese de unică folosință

Carcasa

Carcasa trebuie curatata cu un tifon sau cu un burete umezit cu soluție de săpun și apoi se clătește. Debransati aparatul in timpul curatarii.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROTOCOL PENTRU ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR CU PRET CRESCUT	51	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

E*ste de a asigura tratamentul adecvat in functie de afectiune, pentru fiecare pacient dar si de a monitoriza consumul de medicamente scumpe*

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in cadrul sectiei (sectiilor) / departamentului / serviciiului (serviciilor) etc.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
Legea nr.95/2006, privind reforma in sanatate

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = medic curant
Echipa de proces = medic sef sectie + director medical

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

<u>Se definesc ca medicamente cu pret crescut:</u>

- Cefalosporine
- Meronem
- Avelox
- .....
- medicamentele folosite in tratamentul hepatitei cronice .....
- medicamentele folosite in tratamentul infecţiei HIV
- .....
- antibioticele cu pret mai mare decât Ceftriaxona
- antifungicele cu pret mai mare decât Fluconazolul
- antivirale cu pret mai mare decât Acyclovirul.

Pentru administrarea medicamentelor foarte scumpe folosite in tratament pentru diferite afectiuni grave, se va solicita aprobarea Directorului medical prin Referat de necesitate, in care se va justifica necesitate medicamentului in FOCG, unde este precizat si diagnosticul pacientului.

6. ANEXE / INSCRISURI

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE TRANSMITERE A DOSARULUI PACIENTULUI SI TRANSFER INTERN AL PACIENTULUI**	**52** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/1**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătura**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura prezintă modalitatea de transmitere a datelor pacientului la transferul intern

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică pentru accesul persoanelor străine in unitate.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

3.1 Ordinul nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

3.2 Ordinul MS nr.1782/576/2006, privind înregistrarea si raportarea statistica a pacienților care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = medicul curant + asistenta șefa de secție

4.2 Echipa de proces = medicul sef de secție

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Ø Transferul pacientului intre secțiile spitalului se efectuează astfel:
   a) transferul pacientului intre secțiile de acuți se efectuează prin transfer direct, FOCG urmând pacientul.
   b) Transferul pacientului intre secțiile acut-cronic, sau cronic-acut se face prin externarea pacientului si reinternarea in secția dorita; se va elabora o noua FOCG cu păstrarea unei copii a celei vechi, pentru datele necesare;

Ø Daca se trimite pacientul pentru consultație interdisciplinara in alta unitate sanitara se face cu FOCG a pacientului

Ø In cazul transferului pacientului către alta unitate sanitara, se face cu Bilet de trimitere si copie după FOCG

6. ANEXE / INSCRISURI

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

1.1 Scopul acestei proceduri este de a stabili un set unitar de reguli pentru externarea pacienţilor în cadrul ***Spitalului***

2. DOMENIU DE APLICARE

2.1 Procedura se aplică de către comp şi persoanele cu atribuţii în activitatea de internare a pacienţilor.

3. DEFINIŢII ŞI ABREVIERI

3.1. Definiţii:

3.1.1 Pacient critic - pacient cu funcțiile vitale instabile sau cu afecțiuni care pot avea complicații ireversibile necesitând investigații, intervenții si/sau îngrijiri medicale speciale Acordate de către o echipa complexa, pluridisciplinara, intr-o clinica sau secție de terapie intensiva generala sau specializata;

3.1.2 Pacient critic internat - pacient critic pentru care s-au completat si înregistrat actele de internare intr-o unitate sanitara cu paturi, responsabilitatea asupra acestui pacient fiind preluata de o secție sau clinica din cadrul spitalului sau unitarii sanitare;

3.1.3 Pacient critic neinternat - pacient critic pentru care nu s-au înregistrat actele de internare, aflându-se in unitatea de primiri urgente sau compartimentul de primiri urgente al unitarii sanitare respective, responsabilitatea asupra acestui pacient fiind a medicului din cadrul unitarii de primiri urgente, al compartimentului de primiri urgente sau, in lipsa unei structuri de primire a urgentelor cu personal propriu, a medicului care asigura garda de urgenta in unitatea sanitara respectiva;

3.1.4 Pacient/ subiect al îngrijirii – persoană programată să primească, care primeşte sau care a primit servicii de îngrijire a sănătăţii

3.2.Abrevieri:

3.2.1. SCM = Sistem de control managerial

3.2.2. SMC = Sistem de management al calitativi
3.2.3. Comisie= Comisia de monitorizare, coordonare şi îndrumare metodologică a dezvoltării sistemului de control managerial.
3.2.4. PC = Preşedintele Comisiei
3.2.5. RMC = Responsabil cu sistemul de management al calitativi
3.2.6. FOCG = Foaie de observație clinică generală
3.2.7. CNAS = Casa naţională de Asigurări de Sănătate

4.DOCUMENTE DE REFERINŢĂ
4.1. SR EN ISO 9000:2006 – „Sisteme de Management al Calităţii. Principii esenţiale şi vocabular."
4.2. SR EN ISO 9001:2008 – „Sisteme de management al calităţii. Cerinţe
4.3. SE CEN/TS 15224:2009 – Servicii de sănătate. Sisteme de management al calităţii. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2000
4.4. Ordin 946/2005 – pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzând standardele de management /control intern la entitățile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial.
4.5. Ordin nr. 1389/2006 privind modificarea si completarea Ordinului ministrului finanțelor publice nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzând standardele de management/control intern la entitățile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial
4.6. Fişe post
4.7. Decizie de formare a Comisiei pentru monitorizarea, coordonarea şi îndrumarea metodologică cu privire la sistemele de control managerial.
4.8. Regulament de organizare şi de lucru al Comisiei pentru monitorizare, coordonare şi îndrumare metodologică a dezvoltării sistemului de control managerial al ***Spitalului***

5. RESPONSABILITĂŢI
5.1 Medicul curant
5.1.1 Închiderea FOCG
5.1.2 Stabilirea diagnosticelor de externare
5.1.3 Stabilirea stării la externare
5.1.4 Prescrierea tratamentului pe rețete compensate sau simple
5.1.5 Explicarea tratamentului si recomandărilor pacientului
5.1.6 Stabilirea consultației de control
5.1.7 Efectuează codificarea DRG si codifica procedurile care au fost efectuate .

5.2 Asistenta medicala
5.2.1 Închiderea dosarului de îngrijire
5.2.2 Codifica procedurile efectuate zilnic la pacient

5.3 Registratoare
5.3.1 Redactarea si listarea biletului de externare a pacientului
5.3.2 Stampilarea biletului de externare a pacientului

5.4 Brancardierul
5.4.1 Însoțirea pacientul de la salon pana la ieșirea din spital in caz de necesitate

6.DESCRIEREA PROCEDURII
6.1 In funcție de evoluția pacientului internat, medicul curant poate stabili data externării. Aceasta poate fi :
- cu respectarea nr. de zile recomandat pentru afecțiunea cu care a fost internat
- decalata, in caz de complicații sau de necesitatea prelungirii supravegherii.

6.2 Odată stabilita data, ea va fi comunicata pacientului cu o zi anterior externării sau, cel târziu, in dimineața zilei externării. Pentru pacienții cu deficit de comunicare va fi anunțată familia cu o cel puțin o zi înaintea termenului de externare folosind numărul de telefon declarat la internare pentru persoana de contact.
6.3 Medicul încheie foaia de observație, stabilește diagnosticele de externare, precizează starea la externare a pacientului (ex. vindecat, ameliorat, staționar).

6.4 Asistenta medicala închide dosarul de îngrijire.
6.5 Epicriza, constând in rezumatul informaţilor din FOCG, investigaţiile efectuate, tratamentul urmat pe perioada internării si recomandările la externare, va fi completata de medicul curant in FOCG .
6.6 Registratoarea /asistenta copiază epicriza in softul spitalului, listează Biletul de Externare si Scrisoarea Medicala către medicul trimiţător (in general, medicul de familie) si le stampilează.
6.7 Recomandările sunt explicate de medicul curant. Daca este cazul, medicul va comunica pacientului intervalul pana la următorul control.
6.8 Tratamentul va fi prescris pe reţete compensate sau simple, in funcţie de caz ,respectând legislaţia in vigoare. Reţetele compensate se eliberează doar daca pacientul a făcut dovada ca este asigurat.
6.9.La externare pacientul va primi Concediul medical completat de către medicul curant cf. legislaţiei in vigoare si vizat de seful de secţie când e cazul, referate medicale către serviciile de expertiza a muncii si bilete de trimitere către alte specialităţi.
6.10 După înmânarea documentelor, pacientul se poate schimba in haine de exterior.
6.11 In cazul in care pacientul nu se poate deplasa singur este însoţit pana la ieşirea din spital de un brancardier sau o infirmiera.
6.12 Documentele medicale se arhivează in vederea păstrării pentru 10 ani (in Arhiva Spitalului).

7. INREGISTRARI
- FOCG,
- bilet de externare
- scrisoarea medicală către medicul de familie.
- reţete compensate,gratuite
- concedii medicale

EVIDENTA PACIENTILOR INTERNATI ȘI PROGRAMARE INTERNARI - *Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău*

Data	1	Ianuarie	2014				
	Numele	Prenumele	Data Int (zz/ll/aa)	Data Ext (zz/ll/aa)	Tip	Programare (numele)	Data progr. (zz/ll/aa)
Salon 1 - Parter							
1.1							
1.2							
1.3							
1.4							
Salon 2 - Parter							
2.1							
2.2							
2.3							
Salon 3 - Parter							
3.1							
3.2							
3.3							
Salon 4 - Etaj							
4.1							
4.2							
4.3							
4.4							
Salon 5 - Etaj							
5.1							
5.2							
5.3							
Salon 6 - Etaj							
6.1							
6.2							
6.3							
Salon 7 - Etaj							
7.1							
7.2							
7.3							
7.4							
Salon 8 - Etaj							
8.1							
8.2							
8.3							
8.4							
Salon 9 - Etaj							
9.1							
9.2							
9.3							
9.4							
Salon Paliativi - Etaj							
P.1							
P.2							
P.3							
	TOTAL =	0	CRO	PAL	RN	PLATĂ	
			0	0	0	0	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Descrierea activităților ce se desfășoară in spital după decesul unui pacient si pana la externarea sa către aparținători

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in serviciul de anatomopatologie

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Colaborarea in interesul pacientului in echipe multidisciplinare , pentru pacienții complecși

4. TERMINOLOGIE ŞI ABREVIERI

cadavre umane = persoanele care nu mai prezintă nici un semn de activitate cerebrală, cardiacă sau respiratorie şi care sunt declarate decedate din punct de vedere medical, potrivit legii.

5. LEGISLATIE

5.1. Ordinul Ministrului Sănătății nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

5.2.LEGE nr.104 din 27 martie 2003 privind manipularea cadavrelor umane şi prelevarea organelor şi ţesuturilor de la cadavre în vederea transplantului

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = director medical

6.2 Echipa de proces = medicii din secțiile spitalului

7. DESCRIEREA PROCESULUI

CONSTATAREA DECESULUI

Decesul este obligatoriu constat de un medic primar/specialist.

In cazul in care decesul se produce intre orele 13.00 – 08.00, acesta este constatat de medicul de garda, primar/specialist

Persoana care constata decesul, consemnează in FO data si ora decesului cu semnătura si parafa, scrie epicriza de deces, cu data/ora cu semnătura si parafa.

.

ANUNŢAREA APARŢINĂTORILOR DESPRE SURVENIREA DECESULUI se face numai după 2 ore de la constatarea acestuia , de către Biroul de Internări , care are obligația (legala) de a anunța telefonic, telegrafic etc., prin centrala telefonica, aparținătorii legali ai pacientului decedat

Anunțul se consemnează in registrul de note telefonice

În situaţia în care nu este posibilă contactarea aparţinătorilor decedatului (şi care întrunesc condiţiile pentru prelevarea de organe şi ţesuturi) se va proceda după cum urmează:

- după 3 zile de la deces va fi anunţată în scris Poliţia de către secţia spitalului unde a decedat bolnavul;
- dacă, într-un interval de 10 zile de la survenirea decesului nu se prezintă aparţinători, decedatul va fi considerat caz social;

Prin "cadavre nerevendicate "se înţeleg acei pacienţi decedaţi nerevendicaţi legal de nici un aparţinător de gradul I sau de soţ /soţie pe toată durata spitalizării până la declararea legală a decesului şi ale căror servicii funerare intră în grija statului. De asemenea, în aceasta categorie intră şi persoanele fără aparţinători aflate în unităţile de îngrijire socială (cămine de bătrâni, cămine spital, etc.).

Pentru cadavrele nerevendicate si nepreluate, se va efectua autopsia si va fi anunțata in scris primăria din raza teritoriala a spitalului.

TRANSFERUL LA MORGA

· După 2 ore de la deces, cadavrul este transferat la morgă de către brancardierul secţiei unde a decedat bolnavul sau de brancardierul de serviciu şi este depus în frigiderul mortuar/camera frigorifică; este obligatorie existenţa în spital cel puţin a unui frigider mortuar/cameră frigorifică .

· Responsabilitatea anunțării brancardierilor este a medicului de gardă.

· Decedatul este adus dezbrăcat, fără obiecte preţioase (inele, cercei, etc.,) învelit într-un cearceaf sau introdus într-un sac de plastic opac de culoare închisă; se va menţiona în scris (pe biletul de însoţire al decedatului) prezenţa de proteze dentare fixe din aur.

· .Decedatul trebuie să poarte (de preferinţă pe antebraţ) o brăţară de identificare cu: numele prenumele, vârsta, secţia unde a fost internat, ora decesului, numărul foii de observaţie.

· Decedatul trebuie însoţit către secţia/departamentul de anatomie patologică de următoarele acte:

§ biletul de însoţire al decedatului către secţia/departamentul de anatomie patologică care să includă: numele, vârsta, ultimul domiciliu, data naşterii, CNP, data şi ora decesului, secţia unde a fost internat, numărul foii de observaţie, diagnosticul de deces, semnătura şi parafa medicului curant, toate acestea completate într-un bilet tipizat unic pentru întreaga ţară ;

§ foaia de observaţie cu evoluţia completată la zi, inclusiv constatarea decesului (cu semnătura şi parafa) şi epicriza de deces (cu semnătura, parafa şi data efectuării)

§ buletinul de identitate/cartea de identitate /paşaportul decedatului. Foaia de observaţie şi actul de identitate al decedatului vor fi aduse secţiei/departamentului de anatomie patologică cel mai târziu până la ora 9 a dimineţii următoare survenirii decesului sau se ridică de către un delegat al Prosecturii

INREGISTRARE IN REGISTRUL DECEDATILOR

o Decedatul este trecut în registrul de înregistrare al decedaţilor

COMPLETAREA CERTIFICATULUI MEDICAL CONSTATATOR DE DECES

Certificatul medical constatator al decesului este întocmit obligatoriu de un medic primar/specialist, de pe secția unde a fost internat pacientul, cu excepția cazurilor la care pacientul decedat este transferat la serviciul de anatomie patologica sau medico-legala.

Întocmirea/completarea certificatului medical constatator al decesului poate fi făcuta numai după 24 ore de la declararea decesului.

a. In timpul programului de lucru (luni – vineri, orele 08.00 – 13.00) certificatul este întocmit de medicul curant.

b. In afara programului normal de lucru, respectiv in ziua de sâmbăta/duminica la nevoie, la solicitarea expresa a aparținătorilor, certificatul este întocmit de medicul primar/specialist de garda.

c. Daca pacientul decedează in secția ATI, certificatul de deces va fi întocmit de medicul curant.

Completarea certificatului medical constatator al decesului se face la biroul de internări.

- In zilele luni – vineri orele 08.00 – 16.00 Certificatele medicale constatatoare ale decesului se găsesc la Biroul de Internări/CPU.
- Intre orele 16.00–07.00 Certificatele medicale constatatoare ale decesului se găsesc la CPU.

Este obligatorie completarea corecta a tuturor rubricilor conform cu FO si Actul de Identitate (carte de identitate, buletin de identitate sau pașaport), nu se admit ștersături, corecturi.

Excepțiile de la acesta procedura sunt legate de:

- Autopsia in cadrul Expertizei Medico-legala – vezi capitolul corespunzător.

b.. NECROPSIA

Efectuarea necropsiei anatomopatologice se va face cu respectarea următoarelor condiţii :

- necropsia este obligatorie pentru toate situaţiile stabilite prin norme.
- la cerere şi contra cost se pot efectua necropsii ale unor persoane decedate la domiciliu, dacă acestea nu constituie cazuri medico-legale .

Dacă în cursul necropsiei anatomopatologul constată leziuni cu implicaţii medico-legale, opreşte necropsia şi anunţă organul judiciar competent, potrivit legii.

DECIZIA NECROPSIEI ANATOMOPATOLOGICE (versus cea medico-legală) o ia medicul şef de serviciu de anatomie patologică, care răspunde pentru această decizie; cazurile ce necesită o necropsie medico-legală se precizează prin lege .

Expertiza medico – legala

Expertiza medico-legala este reglementata de Legea 459/2001; Legea 104/2003; Legea 271/2004.

Se face in cazurile de:

- Moarte violenta, chiar si atunci când exista o anumita perioada între evenimentele cauzale si deces;
- Cauza morții nu este cunoscuta;
- Cauza morții este suspecta. Un deces este considerat moarte suspecta în următoarele situații:
  - § moarte subita;
  - § decesul unei persoane a cărei sănătate, prin natura serviciului, este verificata periodic din punct de vedere medical;
  - § moartea pusa în legătura cu o deficienta în acordarea asistentei medicale sau în aplicarea masurilor de profilaxie si de protecție a muncii;
  - § decesul pacientului care a survenit în timpul sau la scurt timp după o intervenție diagnostica sau terapeutica medico-chirurgicala.

In aceste cazuri întocmirea certificatului medical constatator al decesului este responsabilitatea medicului legist.

In vederea autopsiei prosecturale sau medico-legale, medicul curant (sau medical reprezentant al secției respective) va prezenta, obligatoriu, cel târziu la ora 9.00 a zilei următoare survenirii decesului, la Serviciul de Anatomie Patologica/Institutul de Medicina legala, Foaia de Observație, completata cu evoluția la zi, si epicriza de deces.

Conform legii, la autopsie va participa :

- medicul curant
- medicul sef de secție (in cazul in care acesta nu poate participa va desemna un medic reprezentant al secției

În situaţia în care **DECESUL SURVINE ÎN AMBULATOR, ÎN U.P.U. ÎN ORICARE DIN CAMERELE DE GARDĂ** ale spitalului se va proceda în modul următor:

- se va face foaia de examinare pentru decedatul respectiv - echipa serviciului de evenimente se prezintă la spital şi apreciază circumstanţele în care s-a produs decesul;
- dacă decesul nu corespunde criteriilor de încadrare drept caz medico-legal, echipa serviciului evenimente va consemna în scris acest lucru pe foaia de examinare, decedatul urmând a fi obligatoriu autopsiat anatomopatologic.

In cazul când aparţinătorii solicită **SCUTIREA DE NECROPSIE** şi există premizele legale ale acordării acesteia, se va proceda după cum urmează :

- aparţinătorii vor cere în scris scutirea de necropsie, menţionând faptul că nu au nici o rezervă asupra diagnosticului stabilit şi a tratamentului aplicat şi asumându-şi toată responsabilitatea pentru aceasta în faţa restului familiei decedatului – formulare tipizate pentru întreaga ţară.

- scutirea de necropsie (la care se ataşează o copie după actul de identitate al solicitantului) va fi aprobată de medicul curant, şeful secţiei unde a decedat bolnavul, şeful laboratorului de anatomie patologică şi directorul spitalului şi va fi păstrată împreună cu biletul de însoţire a decedatului.

- nu se acordă scutire de la necropsie pentru decesele survenite la mai puţin de 24 ore de la internare.

- excepţie de la necropsie face decesul survenit în cazul transferului între secţii sau spitale, dacă nu există dubii asupra tratamentului aplicat sau a diagnosticului de deces, precum şi decesul survenit în cursul internării pentru o cură periodică a unei afecţiuni cronice terminale, dacă nu există dubii asupra tratamentului aplicat sau a diagnosticului de deces.

Necropsia se efectuează de către medicul anatomopatolog după studierea foii de observaţie a decedatului. Rezultatul necropsiei anatomopatologice cuprinde stabilirea tanatogenezei.

DIAGNOSTICUL ANATOMOPATOLOGIC MACROSCOPIC POSTNECROPTIC se completează în foaia de observaţie şi registrul de protocoale de necropsie al laboratorului de anatomie patologică.

Anatomopatologul le explică aparţinătorilor leziunile găsite, mecanismul morţii, precizând că rezultatul definitiv va putea fi stabilit numai după examenul microscopic.

Anatomopatologul redactează protocolul de necropsie în maxim 48 ore de la efectuarea necropsiei şi îl trece în registrul de protocoale de necropsie. Anatomopatologul efectuează examenul histopatologic al fragmentelor recoltate în maxim două luni de la efectuarea acesteia şi stabileşte diagnosticul final postnecroptic care:

- se anexează protocolului de necropsie în registrul de protocoale de necropsie;
- se comunică în scris medicului curant al decedatului, care are obligaţia de al anexa la foaia de observaţie a pacientului;
- se comunică în scris aparţinătorilor decedatului, dacă aparţinătorii solicită în scris direcţiei spitalului eliberarea acestuia;

PREDAREA- PRELUAREA CADAVRULUI CATRE APARTINATORI

Aparţinătorii depun o solicitare de ridicare a cadavrului, solicitare in care precizează date de identificare ale persoanei decedate si gradul de rudenie cu aceasta

Solicitarea va fi insotita de copii ale documentelor de identitate ale aparţinătorilor

Predarea primirea cadavrului se face prin completarea unui proces verbal de predare primire, completat in 2 exemplare, unul pentru apartinatori si unul pentru morga

Aparţinătorilor li se predau:

- Cadavrul
- Un exemplar din certificatul constatator de deces
- Obiectele preţioase (inele, cercei, etc.,) ce au apartinut persoanei decedate
- Efectele cu care a venit , aflate in pastrarea spitalului

La preluarea cadavrului, aparţinătorii verifica identitatea acestuia si certifica in procesul verbal aceasta.

Anexa 1

Spitalul Sfântul Sava
Buzău – Str. Crizantemelor nr.5
Tel: 0238 712 607

din:……/…./201..
F.O.:……/201..

Manager / (*Director medical*)
….. ….. ….. …

Solicitare Scutire de Necropsie

Subsemnatul[1]…… cu B.I./C.I. seria ….. nr…… CNP……. domiciliat în localitatea……. adresa …… …… judeţul ……..., solicit scutirea de necropsie a decedatului …… CNP …… internat în spital la data de …./…./…… decedat la data de …./…../….. .

Menţionez că sunt ……..……..…….. *(gradul de rudenie[2])* cu decedatul şi îmi asum responsabilitatea ca am discutat cu toţi membri familiei şi considerăm că decesul nu a survenit din cauze violente (lovire, otrăvire, accident de orice natură), precum şi faptul că nu vor exista orice alte revendicări ulterioare.

De asemeni menţionez că, pentru perioada cât pacientul a fost internat în spital nu am obiecţiuni asupra tratamentului şi/sau diagnosticului.

Semnătura aparţinător
…….

Menţiuni ale medicului curant[3]:

Dg. Deces: I. 1)……..

2)……..

3)……..

II ……

Avizul Medicului curant	Avizul Şefului de secţie	Avizul Medicului anatomopatolog
……	…….	…….

Documentul se va completa în două exemplare: un exemplar rămâne ataşat la F.O. şi al doilea se va pune la dosar la anatomie - patologică.

Circuitul documentului va fi asigurat de asistenta/infirmiera …..……..……
(nume, prenume)

[1] *Medicul curant va solicita actul de identitate al aparţinătorului pentru a verifica identitatea*
[2] *Gradul de rudenie menţionat de solicitant se consideră ca declaraţie pe proprie răspundere*
[3] *Daca în F.O. sunt consemnate semne ce pot fi atribuite violenţei, starea de la internare pune semne de întrebare asupra cauzei bolii sau există menţiuni ale pacientului sau anturajului amintesc de o posibilă cauză violentă nu se va da avizul de scutire de necropsie şi cazul va fi îndrumat către medicină legală.*

PROTOCOL DE PREDARE A CADAVRULUI CĂTRE APARŢINĂTORI

Aparținătorii depun o solicitare de ridicare a cadavrului, solicitare in care precizeaza date de identificare ale persoanei decedate si gradul de rudenie cu aceasta

Solicitarea va fi insotita de copii ale documentelor de identitate ale apartinătorilor

Predarea primirea cadavrului se face prin completarea unui proces verbal de predare primire, completat in 2 exemplare, unul pentru apartinatori si unul pentru morga

Aparținătorilor li se predau:

- Cadavrul
- Un exemplar din certificatul constatator de deces
- Obiectele preţioase (inele, cercei, etc.,) ce au apartinut persoanei decedate
- Efectele cu care a venit , aflate in pastrarea spitalului

La preluarea cadavrului, aparținătorii verifica identitatea acestuia si certifica in procesul verbal aceasta.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE SCUTIRE DE AUTOPSIE**	**55** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/3**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedură descrie modul de externare a pacientului decedat fara efectuarea autopsiei

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate sectiile spitalului.

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

In masura in care prezenta procedura asigura desfasurarea activitatii descrise la standarde de calitate, aceasta va face parte din Manualul Calitatii al spitalului.

4. TERMINOLOGIE ŞI ABREVIERI

Nu exista abrevieri

5. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

5.1. Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

5.2. Ordonanţa Guvernului nr. 1/2000 privind organizarea activităţii şi funcţionarea instituţiilor de medicină legală, aprobată cu modificări prin Legea nr. 459/2001, cu modificările ulterioare

Legea 104/2003.....

Legea 271/2004.....

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = medicul curant

6.2 Echipa de proces = medic curant + anatomopatolog + medic sef sectie + director medical

7. DESCRIEREA PROCESULUI

Pentru pacienţii cu afecţiuni cronice cunoscute, bine investigate, în condiţiile în care aparţinătorii nu au nici o rezervă asupra bolii şi tratamentului aplicat şi îşi asumă în scris responsabilitatea pentru aceasta, se poate dispune neefectuarea autopsiei, sub semnătură, de către directorul spitalului, cu avizul şefului de secţie unde a fost internat decedatul, al medicului curant şi şefului serviciului de anatomie patologică.

In cazul in care aparţinătorii (familie, tutore, persoane care au legal in grija decedatul, etc) NU doresc autopsia, vor face o cerere de scutire de autopsie.

Aceasta trebuie vizata, in ordine de :

a. medicul curant
b. medicul sef de secţie
c. medicul anatomo patolog
d. directorul medical al spitalului / manager

La cererea de scutire de autopsie se anexează in copie actul de identitate al celui care solicita scutirea de autopsie.

Cererea de scutirea de autopsie poate fi refuzata de oricare din cei enumeraţi, daca exista motive intemeiate.

Daca exista motive intemeiate care sa sugereze o moarte violenta sau suspec'.i, medicul curant sau si medicul anatomo-patologic trebuie sa anunţe Politia si medicul legist pentru a solicita constatarea medico-legala.

Orice procedura asupra cadavrului (imbalsamare, necropsia) poate fi făcuta n-nai dupa 24 ore de la constatarea decesului /(anunţarea decesului). Daca in termen de 3 (trei) zile, nu se pot anunţa aparţinătorii, si/sau decedatul nu este ridicat este anunţata in scris Politia de către .....

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

8.1. CERERE DE SCUTIRE DE AUTOPSIE

Spitalul Sfântul Sava
Buzău – Str. Crizantemelor nr.5
Tel: 0238 712 607

din:……/…./201..
F.O.:……/201..

Manager / (*Director medical*)
….. ….. ….. …

Solicitare Scutire de Necropsie

Subsemnatul[1]…… cu B.I./C.I. seria ….. nr…… CNP……. domiciliat în localitatea……. adresa …… ……. judeţul ……, solicit scutirea de necropsie a decedatului …… CNP …… internat în spital la data de …./…./…… decedat la data de …./……/….. .

Menţionez că sunt …….. *(gradul de rudenie[2])* cu decedatul şi îmi asum responsabilitatea ca am discutat cu toţi membri familiei şi considerăm că decesul nu a survenit din cauze violente (lovire, otrăvire, accident de orice natură), precum şi faptul că nu vor exista orice alte revendicări ulterioare.

De asemeni menţionez că, pentru perioada cât pacientul a fost internat în spital nu am obiecţiuni asupra tratamentului şi/sau diagnosticului.

Semnătura aparţinător
……..

Menţiuni ale medicului curant[3]:

Dg. Deces: I. 1)……..

2)……..

3)……..

II ……

Avizul Medicului curant	Avizul Şefului de secţie	Avizul Medicului anatomopatolog
……	……	……

Documentul se va completa în două exemplare: un exemplar rămâne ataşat la F.O. şi al doilea se va pune la dosar la anatomie - patologică.

Circuitul documentului va fi asigurat de asistenta/infirmiera ……
(nume, prenume)

[1] *Medicul curant va solicita actul de identitate al aparţinătorului pentru a verifica identitatea*
[2] *Gradul de rudenie menţionat de solicitant se consideră ca declaraţie pe proprie răspundere*
[3] *Daca în F.O. sunt consemnate semne ce pot fi atribuite violenţei, starea de la internare pune semne de întrebare asupra cauzei bolii sau există menţiuni ale pacientului sau anturajului amintesc de o posibilă cauză violentă nu se va da avizul de scutire de necropsie şi cazul va fi îndrumat către medicină legală.*

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA TRANSFER INTERCLINIC**	**56** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/9**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Scopul acestei proceduri este de a stabili un set unitar de reguli pentru respectarea normelor legale referitoare la întocmirea fişei medicale de transfer interclinic.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică de către şoferi, de către medicii din spital care solicită ambulanţa, de către manager şi director financiar –contabil care aprobă solicitarea.

3. DEFINIŢII ŞI ABREVIERI

Definiţii:

Pacient critic - pacient cu funcțiile vitale instabile sau cu afecțiuni care pot avea complicații ireversibile necesitand investigatii, interventii si/sau ingrijiri medicale speciale Acordate de către o echipa complexa, pluridisciplinara, intr-o clinica sau secție de terapie intensiva generala sau specializata;

Transfer interclinic - transferul unui pacient intre doua unități sanitare, din care unitatea sanitara care primeste pacientul este de un nivel de competenta si/sau dotare mai mare decat unitatea sanitara care trimite pacientul;

Spital sau unitate sanitara trimitatoare - oricare unitate sanitara cu paturi al carei personal medical decide transferul unui pacient catre o alta unitate sanitara cu paturi in vederea asigurarii unor ingrijiri medicale de grad mai inalt de complexitate decat cele care sunt asigurate in acea unitate din cauza lipsei de competenta si/sau dotare necesara;

Spital sau unitate sanitara primitoare - spital regional, spital judetean sau o clinica universitara care poate asigura ingrijirile complexe si complete unui pacient transferat pentru o anumita patologie;

Medic responsabil de organizarea transferului - medic care raspunde, prin functia si competenta pe care le detine, de organizarea transferului la nivelul unitatii care solicita transferul sau la nivelul unitatii primitoare;

Acord de colaborare - Acord care se semneaza intre unitatile potential trimitatoare si unitatile potential primitoare, prin care se stabilesc regulile de transfer, procedurile de lucru si datele de contact in vederea aplicarii prevederilor acestui Ordin;

Pacient critic internat - pacient critic pentru care s-au completat si inregistrat actele de internare intr-o unitate sanitara cu paturi, responsabilitatea asupra acestui pacient fiind preluata de o sectie sau clinica din cadrul spitalului sau unitatii sanitare;

Pacient critic neinternat - pacient critic pentru care nu s-au inregistrat actele de internare, aflandu-se in unitatea de primiri urgente sau compartimentul de primiri urgente al unitatii sanitare respective, responsabilitatea asupra acestui pacient fiind a medicului din cadrul unitatii de primiri urgente, al compartimentului de primiri urgente sau, in lipsa unei structuri de primire a urgentelor cu personal propriu, a medicului care asigura garda de urgenta in unitatea sanitara respectiva;

Serviciul care efectueaza transferul - serviciul care efectueaza transferul cu mijloacele aflate in dotare si personal propriu sau serviciul care asigura personalul de transfer, utilizand mijloacele puse la dispozitie de un serviciu de urgenta prespitaliceasca sau de o alta institutie care detine mijloacele necesare;

Unitate de terapie intensiva mobila - o ambulanta tip C dotata complet cu echipamentele, medicamentele si materialele necesare Acordării îngrijirilor la nivel de terapie intensiva de către personal competent si experimentat in domeniu;

Echipaj de urgenta - echipaj de asistenta medicala de urgenta prespitaliceasca condus de un medic sau, dupa caz, de un asistent medical cu pregatire specifica, care detine in dotare echipamentele, materialele si medicamentele necesare ingrijirii corecte, pe durata transferului unui pacient critic, in condițiile minime necesare de siguranta, precum si competentele si experienta necesare ingrijirii pe durata transferului pacientului respectiv;

Persoanele responsabile de evaluarea pacientilor si organizarea transferului - persoanele din ambele unitati sanitare, unitatea trimitatoare si unitatea primitoare, precum si persoanele din alte institutii implicate in organizarea transferului interclinic si efectuarea acestuia. Aceste persoane sunt desemnate, in prealabil, de conducerile unitatilor implicate dupa functiile si competentele necesare organizarii unui transfer interclinic al unui pacient critic. Persoane care detin functiile si competentele necesare organizarii transferului se afla in permanenta in spital (de exemplu: medic sef de garda din cadrul unitatii de primire a urgentelor (UPU), chirurg de garda, internist de garda etc.), ele neputand fi limitate la persoane cu functii unice (sef de sectie, manager etc.);

Pacient critic netransportabil - pacientul aflat in stop cardiorespirator sau pacientul care se afla intr-o stare critica care necesita investigare, interventie imediata cu scopul salvarii vietii si/sau ingrijiri complexe intr-o sectie de terapie intensiva, fara de care nu va supravietui sau va suferi complicatii ireversibile, cu conditia ca unitatea sanitara in care se afla sa aiba posibilitatea din punct de vedere al resurselor tehnico-materiale, precum si al resurselor umane de a acorda ingrijirile necesare. Daca transportul unui pacient critic catre o alta unitate reprezinta unica sansa de diagnosticare si/sau rezolvare definitiva in vederea salvarii vietii acestuia, pacientul este considerat transportabil indiferent de starea acestuia si riscurile posibil a aparea pe durata transportului, cu conditia asigurarii conditiilor adecvate de transport din punct de vedere tehnic, precum si din punct de vedere al resurselor umane necesare.

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- SE CEN/TS 15224:2009 – Servicii de sănătate. Sisteme de management al calităţii. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2000
- Ordin 946/2005 – pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzțnd standardele de management /control intern la enititățile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial.
- Ordin nr. 1389/2006 privind modificarea si completarea Ordinului ministrului finantelor publice nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzand standardele de management/control intern la entitatile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial
- Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii
- Ordin numarul 1091 din data 07-09-2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic

5. RESPONSABILITĂŢI

Conform clauzelor procedurii.

6.DESCRIEREA POCEDURII

Transferul interclinic al pacientului critic este aplicabil în cazul transferului unui pacient critic între două unităţi sanitare, atunci când transferul are loc către o unitate cu capacitate terapeutică mai mare decât unitatea care solicită transferul.

Transferul interclinic

Scopul principal al transferului este asigurara asistentei medicale optime pentru pacient.

Inainte de efectuarea transferului medicul curant sau medicul de gardă are obligatia sa evalueze pacientul si sa-i asigure tratamentul necesar stabilizarii in vederea transferului, examinarile si manevrele efectuate vor fi consemnate in fisa pacientului. O copie a acestei fise insoteste pacientul la unitatea unde este transferat. Medicul are obligatia sa il informeze pe pacient sau pe apartinatorii acestuia asupra riscurilor si a posibililor beneficii ale transferului, consemneaza aceasta informare. Acceptul pacientului sau apartinatorilor se obtine inaintea inceperii transferului. In cazul in care acceptul nu poate fi obtinut, acest lucru este demonstrat si motivele sunt explicate in fisa pacientului. Acceptul pentru transfer se obtine de la spitalul care primeste pacientul, inaintea inceperii transferului cu exceptia cazurilor in care pacientul necesita un transfer de urgenta fiind instabil hemodinamic sau in pericol vital iminent. Documentatia ce cuprinde starea pacientului, investigatiile efectuate, rezultatele, medicatia administrata etc. sunt copiate si transmise spitalului care primeste pacientul, investigatia imagistica precum si alte teste vor fi trimise cu documentatia medicala a pacientului.

Persoane responsabile de evaluarea pacientului si organizarea transferului:

1.medicul de sectie;
2.medicul de garda(dupa caz);

Responsabilitatea medicului care cere transferul:

- Identifica pacientul cu indicatie pentru transfer;
- Initiaza procesul de transfer, prin contact direct cu medicul din unitatea primitoare;
- Asigura stabilizarea maxim posibila a pacientului;
- Determina modalitatea de transfer, prin consultarea cu serviciul care asigura transferul;
- Evita intarzierile nejustificate din punct de vedere medical;

Asigura pastrarea unui nivel adecvat si constant de ingrijire pe durata transferului, pana la preluarea pacientului de catre medicul din unitatea primitoare, prin indicarea la solicitarea transferului a componentelor echipajului si a nivelului de dotare necesar pentru realizarea in cele mai bune conditii a transferului.

Transfera documentatia si rezultatul investigatiilor catre unitatea primitoare .

Asigurarea ingrijirilor pe durata transferului. Medicul care solicita transferul are obligatia sa se asigure ca :

- Transferul se efectueaza de personal calificat care detine echipamente si medicamente necesare pentru a face fata eventualelor complicatii
- Exista medicamente suficiente pe timpul transferului, acestea se asigura de unitatea care solicita transferul ,pentru toata durata acestuia.
- In lipsa personalului calificat pentru efectuarea transferului, spitalul care transfera pacientul asigura personal de insotire.
- Medicul care solicita transferul are obligatia de a mentiona componentele echipajului care sa asigure transferul si dotarea necesara in acest scop.

Informatii minime ce trebuie sa insoteasca pacientul;

a. numele pacientului,persoane de contact ,numar de telefon;
b. istoricul afectiunii;
c. in caz de trauma,mecanismul leziunii,data si ora accidentului;
d. afectiuni/leziuni identificate;
e. antecedente medicale;
f. medicatia administrata si medicatia curenta ;
g. medicul curant al pacientului si date de contact;
h. semne vitale la sosire in spital;
i. masuri terapeutice efectuate si rezultate obtinute;
j. diagnostice,rezultatele testelor si ale analizelor de laborator;
k. solutii intravenoase administrate;
l. semnele vitale ,GCS,masurate si documentate periodic in spitalul care cere transferul;

m. fisa medicala din prespital,daca pacientul a ajuns cu ambulanta;
n. fisa medicala de transfer interclinic;
o. numele si datele de contact ale medicului care a cerut transferul;
p. numele si datele de contact ale medicului care a acceptat transferul;
q. numele si datele de contact ale medicului sau cadrului sanitar care a efectuat transferul.

Criterii de transfer al pacientului netraumatizat
Criterii generale:

a pacientul se afla in stare critica si necesita investigatii,ingrijiri de specialitate intr-o unitate de urgenta;
b spitalul in care se afla pacientul nu poate asigura tratamentul optim acestuia (IMA, AVC recent instalat)

Criterii specifice:

a pacient cu stare de constienta alterata,necesitind investigatii (TI/IOT),ventilatie mecanica;
b anevrismul disecant de aorta;
c hemoragie cerebrala :
d hipotermie;
e IMA;
f pacient in soc,necesita IOT/ventilatie mecanica:
g pacient instabil ce necesita investigatii avansate ce nu pot fi efectuate in spital;
h intoxicatii;
i anexele 1-3 fac parte integranta din prezentul protocol de transfer si vor fi completate de persoanele responsabile de evaluarea pacientului si organizarea transferului.

7. INREGISTRARI

- FISA MEDICALA de transfer interclinic al pacientului critic.

8. ANEXE

Anexa 1 -Fisă medicală de transfer interclinic.

Spitalul Sfântul Sava Buzău
Operator date clinice cu caracter personal nr. ……

FIŞA MEDICALĂ[1]

de transfer interclinic al pacientului critic

Medicul _____ Date de contact ale medicului: tel fix_____ int._____ mobil_____

Pacientul: Nume_____ prenume_____ sex_____ varsta_____

Domiciliu în judeţul_____ localitatea_____ str._____ nr._____

apt._____ etaj_____ tel._____

Persoana de contact din partea pacientului: Nume_____ prenume_____ în

calitate de_____ tel_____

Data la care se realizează transferul (zi/luna/an)……./…../201…

Ora la care s-a solicitat autorizarea transferului de către unitatea

primitoare_____(ora-minut)…../…..

Modalitatea de solicitare : □ telefonic □ fax

Spitalul/Clinica la care este trimis pacientul: _____

□ Transferul a fost autorizat la spitalul primitor Secţia_____ Medicul_____ Date de

contact ale medicului: tel fix_____ int._____ tel mobil_____

Ora la care s-a primit autorizarea transferului de către unitatea primitoare (ora-minut)…../…….

□ Transferul încă nu a fost autorizat de spitalul primitor, însă cazul constituie o urgenta majoră ce nu poate aştepta autorizarea transferului.
(În aceasta situaţie medicul din spitalul care trimite pacientul are obligaţia de a informa spitalul primitor în cel mai scurt timp posibil, înaintea sosirii piacientului la destinaţie, fie prin informarea unităţii de primire a urgentelor sau direct a medicului de garda la secţia la care este trimis pacientului).
Istoric / anamneza: _____

_____

_____

Diagnostic/diagnostic prezumptiv:_____

_____

Motivele solicitării de transfer interclinic:

□ Pacient instabil, □ transferat la o unitate sanitară cu nivel de competenta şi/sau dotare mai mare decât unitate sanitară care trimite pacientul. □ Transfer după stabilizare, în vederea asigurării unor îngrijiri medicale de un grad mai complex decât cel care poate fi asigurat în aceea unitate sanitară din cauza lipsei de competenta şi/sau dotare necesară.

Altele_____

_____

Starea actuala a pacientului (înaintea efectuării transferului):

[1] (fişa se completează de către medicul care solicita transferul şi se trimite serviciuini de urgenta care urmează sa efectueze transferul, precum şi spitalul care urmează sa primească pacientul la numere de fax prestabilite şi/sau la adresa de e-mail prestabilita. În caz de urgentă medicul solicitant poate inmana fişa echipajuiui care efectuează transferal la predarea pacieniului, el fiind obligat să trimită o copie spitalului primitor înaintea sosirii pacientului la destinaţie). O copie a acestei fise rămâne în serviciul care solicită transferul.

□ Constient:

□ GCS _____(M_____ V _____ O ____)

□ Inconstient:

□ GCS _____(M_____ V _____ O ____)

□ Intubat endo-traheal:

□ Sonda mărime_____

□ Cu balonas;

□ Fără balonas;

□ Fixată la _____ cm la nivelul comisurii bucale;

□ Balonasul umplut cu____ml. aer;

□ Balonasul umplut cu____ ml ser fiziologic/apa (pentru transport aerian la mare înălţime);

□ Are crico-tirotomie;

□ Are traheostomie;

□ Ventilat mecanic:

□ Ventilator (controlat_____asistat_____VM____FR____VT_____FiO2____);

□ Balon;

□ Este stabil hemodinamic: (Puls____ TA___/____ Temp centrala _____)

□ Este instabil hemodinamic:(Puls___ TA____/____ Temp centrala _____)

□ Arc drenaj toracic:

□ Drept cu valva Heimlich _____ fără valva Heimlich ____;

□ Stang cii valva Heimlich _____ fără valva Heimlich _____;

□ Imobilizat;

□ Guler cervical;

□ Back-board;

□ Saltea vacuum;

□ Altele;

□ Altele_____;

□ Are acces IV periferic:

□ Memb. sup. stg.canule utilizate ____ G._____G.

□ Memb. sup. dr. canule utilizate ____ G._____G.

□ Memb. inf. stg. canule utilizate ____G._____G.

□ Memb. inf. dr. canula utilizate____ G._____G.

□ Are acces IV central:

□ Subclavicular;

□ Jugular intern;

□ Jugular extern;

□ Are acces intra-osos:

□ Memb. inf. stg;

□ Memb. inf. dr.

□ Are sonda nazo/oro - gastrica;

□ Are sonda urinara;

□ Medicatie anestezica:

1. _____ cale admin. _____ doza_____
2. _____ cale admin. _____ doza_____
3. _____ cale admin. _____ doza_____
4. _____ cale admin. _____ doza_____

□ Medicatie inotropa:

1. _____ cale admin. _____ doza_____
2. _____ cale admin. _____ doza_____
3. _____ cale admin. _____ doza_____
4. _____ cale admin. _____ doza_____

□ Medicatie sedativa:

1. _____ cale admin. _____ doza_____
2. _____ cale admin. _____ doza_____
3. _____ cale admin. _____ doza_____
4. _____ cale admin. _____ doza_____

□ Medicatie analgetica:

1. _____ cale admin. _____ doza_____
2. _____ cale admin. _____ doza_____
3. _____ cale admin. _____ doza_____
4. _____ cale admin. _____ doza_____

□ Soluţii perfuzabile:

1. _____ ml/ora_____
2. _____ ml/ora_____
3. _____ ml/ora_____
4. _____ ml/ora_____

□ Sânge şi derivate izogrup: Grupa sanguina _____ Rh_____

1. _____ ml/ora_____
2. _____ ml/ora_____
3. _____ ml/ora_____

4. Sânge zero negativ_____ ml/ora_____

□ Alte medicamente:

1. _____ cale admin. _____ doza_____

2. _____ cale admin. _____ doza_____

3. _____ cale admin. _____ doza_____

4. _____ cale admin. _____ doza_____

□ Ora la care s-a efectuat ultima evaluare înaintea transferului de către

1. medic _____(ora-minut)

2. asistent_____(ora-minut)

Calea de transfer: □ Aer: □ Terestru: □ Alt

Ora la care s-a solicitat efectuarea transferului de către serviciul de

ambulanta/unitatea SMURD_____(ora/minut)

Tipul de echipaj: Terapie Intensiva Mobila: Urgenta cu medic:

Urgenta cu asistent:

Echipajul medical care efectuează transferul: □ Medic: □ Asistent:

□ Alt personal:

Date contact echipaj: Tel mobil 1: Tel mobil 2: Ind. radio: Dispecerat:

Mijlocul de transport:

□ Ambulanta tip C;

□ Ambulanta tip B;

□ Elicopter;

□ Avion;

□ Altul _____

Ora la care echipajul şi pacientul părăsesc unitatea trimitatoare_____(ora-minut)

Documente anexate:

□ Copie/original (se taie ceea ce nu corespunde) foaia de observatie,

inclusiv fişa prespitalicească;

□ Radiografiile pacientului;

□ CT (inclusiv filme sau CD cu imaginile);

□ RMN (inclusiv filme sau CD cu imaginile);

□ Angiografie (incluiv filme sau CD cu imaginile);

□ Test sarcina;

□ Rezultate examene biochimice/hematologice/raport toxicologic;

□ Acordul pacientului/apartinatorilor (Nu este obligatoriu în cazurile

de urgenta!)

□ Alte documente, se menţionează _____

_____

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURĂ PENTRU PACIENTII EXTERNATI CARE NECESITĂ URMĂRIRE PENTRU O PERIOADĂ DE TIMP ÎN CONDITII AMBULATORII	57 Ed.: 1 Rev.:0 Pag.: 1/2

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabilește modul de lucru privind externarea pacienților si urmărirea / monitorizarea evoluției in regim de ambulatoriu.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secțiile spitalului

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil proces – medic curant

Echipa proces – medic curant + medic familie

5. DESCRIEREA PROCEDURII

1. Pacientul diagnosticat cu o afecțiune cronica este înregistrat in Registrul de bolnavi cronici al secției la secțiunea respective (titlul afecțiunii)
2. Se eliberează **Biletul de externare** cu menționarea urmăririi in ambulatoriu a evoluției afecțiunii cornice
3. Se va elibera **Scrisoare medicala** către medical de familie cu menționarea afecțiunii cornice si planul de tratament
4. Se va menționa necesitatea înregistrării pacientului in Registrul de boli cornice si monitorizarea acestuia
5. Se va indica obligativitatea prezentării la medicul de familie cu documentele eliberate de spital
6. Pacientul va primi informații scrise despre:
   - afecțiunea de care suferă
   - planul de tratament
   - posibile complicații

- regimul igieno-dietetic
- obligativitatea respectării indicațiilor de tratament si regim
- prezentarea de urgenta la medic (de familie / spital) la orice semn de agravare a bolii

7. Pacientul va primi de asemenea informații despre monitorizarea si evaluarea afecțiunii, astfel:
   - Ritmicitatea prezentării la control la cabinetul de specialitate din ambulatoriul spitalului
   - Ritmicitatea prezentării pentru internare si reevaluare a afecțiunii cu efectuarea pachetului de analize in vederea ajustării planului terapeutic
   - Respectarea planului terapeutic si de viața

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA DE UTILIZARE A AMBULANTEI SPITALULUI	58	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/3	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura descrie modul de utilizare al ambulantei spitalului in vederea transportului pacienților cu diferite ocazii.

2. DOMENIUL DE APLICARE

Prezenta procedura este utilizata de medicii din spital in vederea transportului pacientului sau pentru alte transporturi medicale.

3. REFERINTE

Ordinul MSP 1092/2006
Ordinul MSP 2011/2007

4. DESCRIEREA ACTIVITATII

Ambulanta Spitalului este destinata transportului pacienților care nu reprezintă urgente medico-chirurgicale si la care se apreciază ca nu vor necesita asistenta medicala de urgenta pe timpul deplasării.

Transportul pacienților care necesita asistenta medicala de urgenta se va efectua, in continuare, cu ambulante destinate acestui scop si dotate corespunzător. Decizia asupra tipului de ambulanta cu care se va face deplasarea este a medicului curant al pacientului.

Echipajul poate fi format dintr-un singur membru (ambulanțier) sau din doi membrii (doi ambulanțieri sau un ambulanțier si un asistent). Ambulanțierul face parte din personalul angajat special in acest scop. Cel de-al doilea membru al echipajului (in cazul in care este considerat necesar) va fi desemnat din cadrul secției unde se afla internat pacientul. Cel de-al doilea membru al echipajului poate fi brancardier, infirmiera sau asistenta in funcție de decizia medicului care face solicitarea Competențele echipajului sunt corelate cu tipul vehiculului precum si cu dotarea acestuia.

I. Efectuarea solicitării de transport:

Solicitarea se face telefonic sau personal de către medicul curant cel mai târziu in ziua premergătoare transportului la Biroul de Internări (BI) a spitalului. Aceasta va fi înscrisă de către personalul BI intr-un registru si va cuprinde următoarele date:

- numărul de înregistrare a solicitării
- data si ora la care s-a efectuat solicitarea
- numele, prenumele si numărul foii de observație clinica a pacientului
- secția si salonul in care se afla internat pacientul
- destinația
- observații (pacientul necesita transport cu targa sau căruciorul, necesita însoțitor, etc.)
- medicul care solicita
- numele celui care a preluat solicitarea

La sfârșit, persoana care a preluat solicitarea va comunica numărul de înregistrare.

II. Completarea fisei de solicitare:

Fisa de solicitare de transport se completează de către medicul curant al pacientului după modelul din anexa 1.

Solicitarea va fi avizata de către seful secției unde se afla internat pacientul si va purta stampila respectivei secții.

III. Efectuarea transportului:

Solicitările vor fi deservite in ordinea numerelor de înregistrare.

In cazul in care doi sau mai mulți pacienți urmează sa fie transportați in același loc sau in locații apropiate, aceste solicitări vor putea fi deservite in același timp cu condiția ca numărul ocupanților ambulantei sa nu depășească numărul prevăzut de locuri. Purtarea centurii de siguranța este obligatorie atât pentru ambulanțier cat si pentru toți cei aflați in ambulanta.

In cazul unor evenimente medicale imprevizibile care pot apărea pe timpul transportului, ambulanțierul va solicita sprijinul Serviciului administrativ in vederea trimiterii unui echipaj de urgenta si, împreuna cu asistentul medical (daca pacientul este însoțit), vor lua toate masurile care se impun, in limita competentelor legale, pentru a împiedica deteriorarea stării pacientului.

5. RESPONSABILI DE PROCEDURA

Directorul economic
Directorul medical
Șefi secție / compartimente
Serviciul administrativ

6. CONTROLUL SI INREGISTRAREA ACTIVITATII

Se va înregistra intr-un registru special fiecare deplasare a ambulantei si a Foilor de parcurs
Managerul spitalului va fi informat periodic asupra activității desfășurate

7. ANEXE

Anexa - Solicitare de transport nr….

SECTIA: ……

Avizat Sef Secție:

SOLICITARE DE TRANSPORT NR. ……

Date pacient	Diagnostic
Numele:	
Prenumele:	
Nr. FOCG:	
Secția:	
Destinația:	

Medicul care solicită
Semnătura și parafa

SECTIA: ……

Avizat Sef Secție:

SOLICITARE DE TRANSPORT NR. ……

Date pacient	Diagnostic
Numele:	
Prenumele:	
Nr. FOCG:	
Secția:	
Destinația:	

Medicul care solicită
Semnătura și parafa

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA** **ACCESUL PACIENTULUI LA INFORMAȚIA MEDICALĂ**	**69** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/3**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOPUL PROCEDURII:

Stabilirea modului de respectare integral de către spital a dreptului de informare a pacientului.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică de către tot personalul unității

3.OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

4. TERMINOLOGIE ŞI ABREVIERI

5. LEGISLATIE APLICABILA:

5.1.Legea 46/2002: capitolele 2 si 4 din Dreptul pacientului la informația medicală și Dreptul la confidențialitatea informațiilor și viața privată a pacientului

5.2.Ordin nr. 386 din 7 aprilie 2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, art. 1

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = directorul medical

6.2 Echipa de proces = personalul medical

7.DESCRIEREA PROCEDURII:

Site-ul spitalului va afișa serviciile medicale disponibile, documentele necesare la internare, tarifele serviciilor furnizate, modalitate de programare a internării

1. **Site-ul spitalului va afișa** datele referitoare la personalul medical angajat, pe secții și compartimente;
2. Tot personalul spitalului va purta ecuson cu identitatea și statutul profesional;
3. Toți pacienții internați vor primi **Regulamentul privind regulile si obiceiurile din spital**, necesar a fi respectate pe perioada internării;
4. Pacientul **va fi informat de către medic** asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării;
5. Informațiile se aduc la cunoștința pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate; în cazul în care pacientul nu cunoaște limba romană, informațiile i se aduc la cunoștință în limba maternă ori în limba pe care o cunoaște sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare;
6. Se va consemna în FOCG orice **refuz de tratament**, cu semnătura de luare la cunoștință a bolnavului, referitoare la consecințele refuzului tratamentului asupra stării de sănătate;
7. Pacientul are dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat, în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferință și **poate cere expres să nu fie informat** și să aleagă altă persoană pentru a fi informată.
8. Se consemnează în FOCG persoana aleasă să fie informată în locul pacientului, consemnare semnată de pacient.
9. Rudele și prietenii pacientului pot fi informați despre evoluția investigațiilor, diagnostic și tratament, cu acordul scris al pacientului.
10. Pacientul are dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală, lucru care se consemnează în FOCG;
11. La externare se va elibera, tuturor pacienților, un rezumat scris al investigațiilor, diagnosticului, tratamentului și îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării.
12. Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia.
13. Informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit, în scris sau dacă legea o cere în mod expres.
    În cazul în care informațiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratamentul pacientului, acordarea consimțământului nu mai este obligatorie.
14. Pacientul are acces la datele medicale personale.
15. **Eliberarea unei copii după FOCG sau după alte documente medicale** se face la solicitarea scrisă a pacientului, solicitare adresată managerului spitalului și înregistrată în registrul de intrări-ieșiri al spitalului.
16. Solicitarea se va face cu precizarea obligatorie a următoarele date de identificare a pacientului, respectiv aparținătorului:
    - § NUME SI PRENUME
    - § CNP
    - § SERIE SI NUMAR CARTE DE IDENTITATE/ BULETIN IDENTITATE
    - § DATA ELIBERARII
    - § DOMICILIUL STABIL

    · În cazul în care pacientul nu are toate aceste date în solicitarea adresată conducerii spitalului, i se va solicita, în scris, completarea datelor de identificare

    · Copie după FOCG/ FSZ se mai poate elibera:
    - familiei sau aparținătorilor dacă au procură de la pacient sau procură notarială dacă pacientul a decedat
    - organelor de control abilitate și numai în baza unei adrese scrise (poliție, parchet etc.)
    - nu se eliberează copie după FOCG/ FSZ firmelor de asigurări

17. Copia foii de observație se va elibera numai pacientului respectiv sau reprezentanților săi legali sau se va trimite prin poștă, cu semnătura de primire.

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROTOCOL DE INFORMARE A PACIENTILOR REFERITOR LA PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL	70	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/3	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. Scopul protocolului

   De a stabili etapele si responsabilitatile necesare pentru informarea pacientilor internati la Spitalul Sfântul Sava cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal

2. Legislatie aplicabila
   a. Legea drepturilor pacientului nr 46/ 2003
   b. Legea nr. 677/ 2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, modificata si completata
3. Descrierea etapelor de parcurs

3.1. LA SERVICIUL INTERNARI

Pacientului i se prezinta si verbal, pe scurt si pe intelesul sau, informatiile de mai jos.
Pacientul primeste la internare, dupa intocmirea FOCG, o informare scrisa cu urmatorul continut:

"Spitalul nostru , prin intermediul serviciilor medicale furnizate, prelucreaza datele dumneavoastra cu caracter personal (nume si prenume, sexul, data si locul nasterii, cetatenia, date din actele de stare civila, nr. asigurarii de sanatate , adresa, profesie, situatie familiala, obisnuinte/ preferinte/ comportament, date care denota originea etnica, CNP, seria si numarul actului de identitate si date privind starea de sanatate) prin mijloace automatizate / manuale, in scopul imbunatatirii serviciilor de sanatate.
Nu sunteti obligat(a) sa furnizati datele, dar acestea sunt necesare monitorizarii calitatii si eficientei activitatii medicale .
Refuzul dumneavoastra determina imposibilitatea imbunatatirii starii de sanatate a populatiei din mediul rural.
Informatiile inregistrate sunt destinate utilizarii de catre spital si sunt comunicate numai urmatorilor destinatari : Directia de Sanatate Publica, Casa de Sanatate, Scoala Nationala de Sanatate Publica si Management Sanitar .

Potrivit art.19 din Legea nr. 677/ 2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, modificata si completata aplicam masurile tehnice si organizatorice adecvate pentru protejarea datelor cu character personal impotriva distrugerii accidentale sau ilegale, pierderii , modificarii , dezvaluirii sau accesului neautorizat.
Ca urmare , Spitalul a luat toate masurile de securitate conform Ordinului nr. 52/2002 privind aprobarea Cerintelor minime de securitate a prelucrarilor de date cu caracter personal.
Conform Legii nr. 677/2001, beneficiati de dreptul de acces, de interventie asupra datelor si de dreptul de acces, de interventie asupra datelor si de dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale . Totodata, aveti dreptul sa va opuneti prelucrarii datelor personale care va privesc si sa solicitati stergerea datelor. Pentru exercitarea acestor drepturi , va puteti adresa cu o cerere scrisa , datata si semnata la Managerul Spitalului
De asemenea , va este recunoscut dreptul de a va adresa justitiei.
Datele dumneavoastra nu vor fi transferate in strainatate.

MANAGER
.....”

3.2. IN SECTIA/ COMPARTIMENTUL

- Pacientului i se prezinta , dupa stabilirea diagnosticului , informatiile referitoare la diagnostic, prognostic, alternative de terapie cu riscurile aferente
- Pacientului i se solicita acordarea consimtamantului informat, pentru tratamentul si conduita terapeutica aleasa, subliniindu-se din nou , posibilitatea prelucrarii datelor cu caracter personal si faptul ca formularul de consimtamant se refera si la acest aspect
- semnarea consimtamantului reprezinta confirmarea actiunii de informare a pacientilor

4. Inscrisuri, inregistrari, formulare

Formular de informare asupra prelucrarii datelor cu caracter personal

Spitalul Sfântul Sava Buzau

FORMULAR DE INFORMARE
ASUPRA PRELUCRARII DATELOR CU CARACTER PERSONAL

"Spitalul nostru , prin intermediul serviciilor medicale furnizate, prelucreaza datele dumneavoastra cu caracter personal (nume si prenume, sexul, data si locul nasterii, cetatenia, date din actele de stare civila, nr. asigurarii de sanatate , adresa, profesie, situatie familiala, obisnuinte/ preferinte/ comportament, date care denota originea etnica, CNP, seria si numarul actului de identitate si date privind starea de sanatate) prin mijloace automatizate / manuale, in scopul imbunatatirii serviciilor de sanatate.
Nu sunteti obligat(a) sa furnizati datele, dar acestea sunt necesare monitorizarii calitatii si eficientei activitatii medicale .
Refuzul dumneavoastra determina imposibilitatea imbunatatirii starii de sanatate a populatiei din mediul rural.
Informatiile inregistrate sunt destinate utilizarii de catre spital si sunt comunicate numai urmatorilor destinatari : Directia de Sanatate Publica, Casa de Sanatate, Scoala Nationala de Sanatate Publica si Management Sanitar .
Potrivit art.19 din Legea nr. 677/ 2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestor date, modificata si completata aplicam masurile tehnice si organizatorice adecvate pentru protejarea datelor cu character personal impotriva distrugerii accidentale sau ilegale, pierderii , modificarii , dezvaluirii sau accesului neautorizat.
Ca urmare , Spitalul a luat toate masurile de securitate conform Ordinului nr. 52/2002 privind aprobarea Cerintelor minime de securitate a prelucrarilor de date cu caracter personal.
Conform Legii nr. 677/2001, beneficiati de dreptul de acces, de interventie asupra datelor si de dreptul de acces, de interventie asupra datelor si de dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale . Totodata, aveti dreptul sa va opuneti prelucrarii datelor personale care va privesc si sa solicitati stergerea datelor. Pentru exercitarea acestor drepturi , va puteti adresa cu o cerere scrisa , datata si semnata la Managerul Spitalului
De asemenea , va este recunoscut dreptul de a va adresa justitiei.
Datele dumneavoastra nu vor fi transferate in strainatate.

MANAGER

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE TRANSMITERE A FOII DE OBSERVATIE CLINICA GENERALA INTRE MEMBRII ECHIPEI MULTIDISCIPLINARE**	**71** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/3**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătura**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedură are drept scop reglementarea modului de constituire si intrunire a echipelor multidisciplinare in spital

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate sectiile spitalului

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Colaborarea in interesul pacientului in echipe multidisciplinare , pentru pacientii complexi. În cadrul acestor echipe, medici din diferite arii de expertiză discută și evaluează starea pacientului din toata unghiurile posibile. Analiza pluridisciplinară a acestor cazuri ajută la stabilirea celor mai adecvate metode de tratament pentru fiecare pacient

4. TERMINOLOGIE ŞI ABREVIERI

Echipa multidisciplinara = echipa multidisciplinara, formată din experți din arii conexe de specializare, care colaborează pentru vindecarea pacienților cu afectiuni complexe.

Pacient complexă = pacientul cu manifestari din sfera mai multor specialitati medicale, cu pluripatologie medicala

F.O.C.G.= FOAIE DE OBSERVATIE CLINICA GENERALA

F.S.Z.= FOAIE DE SPITALIZARE DE ZI

5. LEGISLATIE

5.1. **Ordinul Ministrului Sanatatii nr.972/2010**, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

5.2 **CODUL DE DEONTOLOGIE MEDICALĂ** din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România

5.2 **Ordin Nr. 1782/576 din 28 decembrie 2006** privind inregistrarea si raportarea statistica a pacientilor care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi
5.3 **Ordinul 1081 din 20 iunie 2007** pentru modificarea si completarea Ordinului ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.782/576/2006 privind inregistrarea si raportarea statistica a pacientilor care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = director medical
6.2 Echipa de proces = medicii din sectiile spitalului

7. DESCRIEREA PROCESULUI

1.Echipa **multidisiciplinara din spital este constituita din medici psihiatri, medic psihiatri pediatric, medic oncolog si psihologi**

2.Echipa va fi coordonată de către medical curant, care va recomanda terapiile necesare si va solicita consultul psihologic

4.Pentru fiecare caz complex internat in spital, **medical curant** , cu consimţământul pacientului sau, după caz, al persoanei, respectiv instituţiei abilitate, **va solicita întrunirea echipei multidisciplinar**e

5. Personalul care face parte din echipa multidisciplinara evalueaza clinic pacientul si primeste toate informatiile medicale existente despre pacient

6.FOCG însoțește pacientul la consultațiile membrilor echipei interdisciplinare.

7.În urma fiecărei consultații se consemnează în FOCG rezultatul acesteia, precum si conduita recomandată.

8.Medicul curant poate solicita întrunirea echipei multidisciplinare, în scopul analizei stării de sănătate și deciziei referitoare la un plan terapeutic comun

9.Se consemnează în FOCG decizia finală

9.Dacă opinia majorităţii membrilor echipei participanţi la un consult organizat în aceste conditii diferă de a medicului care a organizat consultul, pacientul ori, după caz, instituţia sau persoana abilitată vor fi informaţi

8. Anexe, inregistrări

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	Procedură: Completarea FOCG și FSZ	072	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/6	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele și Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1	Actualizare mod de completare FOCG și FSZ + Noile formate de evidențe	Înlocuire	**17.04.2014**
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Prezenta procedura descrie modalitatea de completare a FOCG/ FSZ

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în toate secțiile și compartimentele medicale cu paturi ale spitalului.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

3.1 Ordinul nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

3.2 Legea nr.95/2006, privind reforma în sănătate cu modificările și completările ulterioare

3.3 Ordin nr. 1782 din 28 decembrie 2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă şi spitalizare de zi

3.4. Ordin Nr. 1503/1009 din 11 decembrie 2013 pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătăţii publice și al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă şi spitalizare de zi

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = director medical

4.2 Echipa de proces = șefii de sector (secții / compartimente

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

5.1.UTILIZARE FOCG/ FSZ

(1) În sistemul informaţional al spitalelor se folosește formularului "Foaie de observaţie clinică generală", denumit în continuare FOCG

(2) FOCG se întocmeşte pentru pacienţii spitalizaţi în regim de spitalizare continuă.
(3) FOCG se completează într-un singur exemplar pentru fiecare episod de spitalizare continuă. Episodul de spitalizare continuă reprezintă perioada de spitalizare a unui pacient, în regim de spitalizare continuă, în cadrul aceluiaşi spital, fără întrerupere şi fără modificarea tipului de îngrijiri.
(4) Tipurile de îngrijiri în regim de spitalizare continuă sunt: îngrijiri acute și îngrijiri cronice sau de recuperare.
(5) În situaţia în care se realizează un transfer al pacientului între secţii care furnizează îngrijiri de acelaşi tip, nu se deschide o nouă FOCG. În situaţia în care se realizează un transfer al pacientului între secţii care furnizează îngrijiri de tip diferit (din secţii de îngrijiri acute în secţii de îngrijiri cronice sau de recuperare şi invers), se deschide o nouă FOCG.
(6) Se întocmesc FOCG pentru îngrijiri de tip cronic sau de recuperare în următoarele secţii din nomenclatorul de secţii spitaliceşti în vigoare: Boli profesionale (1041); Cronici (1061); Îngrijiri paliative (1061_PAL); Geriatrie şi gerontologie (1121); Medicina muncii (1181); Neonatalogie (prematuri) (1222); Neonatalogie (prematuri) aferentă unei maternităţi de gradul III (1222.2); Neonatalogie (prematuri) aferentă unei maternităţi de gradul II (1222.1); Pediatrie (recuperare pediatrică) (1272); Distrofici pediatrie (recuperare pediatrică) (1272.2); Pediatrie (recuperare pediatrică) (1272.1); Pediatrie cronici (1282); Pneumoftiziologie (1301); Pneumoftiziologie pediatrică (1302); Psihiatrie cronici (1333); Psihiatrie cronici (1333.2); Psihiatrie cronici (lungă durată) (1333.1); Recuperare, medicină fizică și balneologie (1371); Recuperare, medicină fizică și balneologie copii (1372); Recuperare medicală - cardiovasculară (1383); Recuperare medicală neurologie (1393); Recuperare medicală (1393_REC); Recuperare medicală ortopedie şi traumatologie (1403); Recuperare medicală - respiratorie (1413); Recuperare neuropsihomotorie (1423); Secţii sanatoriale (1473)."
(7) Secţiile în care se întocmesc FOCG pentru îngrijiri de tip acut sunt toate secţiile clinice, medicale şi chirurgicale din nomenclatorul de secţii spitaliceşti în vigoare, cu excepţia celor menţionate la alin. (6), incluzând secţiile de chirurgie maxilo-facială, dar excluzând secţiile de anestezie şi terapie intensivă.
(8) Se aprobă utilizarea în sistemul informaţional al spitalului a formularului "Fişă pentru spitalizarea de zi", denumit în continuare FSZ, prezentat în anexa nr. 4.
(9) FSZ se completează pentru fiecare pacient care beneficiază de servicii medicale în regim de spitalizare de zi.
(10) În cazul în care pe parcursul episodului de spitalizare de zi pacientul este internat în regim de spitalizare continuă, se va închide FSZ și se va deschide o FOCG.
(11) FSZ poate fi închisă în aceeaşi zi în care a fost deschisă sau la o dată ulterioară, dar nu mai târziu de data de 31 decembrie a anului respectiv.

5.2. COMPLETAREA FOCG

1) Completarea următoarelor rubrici se face cu litere majuscule: judeţul, localitatea, spitalul, secţia, numele, prenumele şi toate diagnosticele de pe prima pagină.
2) Completarea FOCG se face pe baza următoarelor acte oficiale:
   a) buletin de identitate;
   b) talon de pensie;
   c) certificat de naştere pentru copiii sub 15 ani (care nu au încă buletin de identitate);
   d) paşaport;
   e) permis de conducere

Rubricile se completează şi se codifică astfel:

3.1. Judeţul şi localitatea se referă la spital; completarea codului judeţului se va face alfabetic pe judeţele ţării, codificându-se, conform listei prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentele instrucţiuni, cu 01 (judeţul Alba) şi în continuare până la 42 (municipiul Bucureşti).

3.2. Spitalul şi secţia se trec şi se codifică conform nomenclatorului unităţilor sanitare publicat pe pagina de internet a Ministerului Sănătăţii: www.ms.ro, respectiv Ordinului ministrului sănătăţii şi familiei nr. 457/2001 privind reglementarea denumirii şi codificării structurilor organizatorice (secţii, compartimente, laboratoare, cabinete) ale unităţilor sanitare din România, cu completările ulterioare. Următoarele structuri se codifică astfel:

Nr crt.	Secţie	cod
1.	Recuperare medicală	1393_REC
2.	Psihiatrie cronici	1333.2
3.	Psihiatrie cronici (lungă durată)	1333.1
4.	Distrofici pediatrie (recuperare pediatrică)	1272.2
5.	Pediatrie (recuperare pediatrică)	1272.1
6.	Neonatologie (prematuri) aferentă unei maternităţi de gradul III	1222.2
7.	Neonatologie (prematuri) aferentă unei maternităţi de gradul II	1222.1
8.	Îngrijiri paliative	1061_PAL

3.3. Numărul de înregistrare al FOCG se face după codul unic al spitalului din Registrul de intrări-ieşiri pentru spitalizarea continuă; numerotarea începe cu 00001 la data de 1 ianuarie a fiecărui an.
3.4. CNP pacient - se completează pe baza unui act oficial menţionat la pct. 2, după cum urmează:
a) pentru cetăţenii români;
b) pentru cetăţenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, care au atribuit de către Ministerul Administraţiei și Internelor cod numeric personal;
c) pentru cetăţenii statelor membre ale UE/SEE/Elveţia, beneficiari ai formularelor europene, care au atribuit de către Ministerul Administraţiei și Internelor cod numeric personal.
3.5. Situaţii speciale - se codifică atunci când situaţia o impune conform notei 1 a formularului FOCG.
3.6. Întocmit de - se trece numele medicului care a întocmit FOCG și se aplică parafa acestuia.
3.7 Internat prin: se codifică conform notei 3 a formularului FOCG.
3.8. Sexul - se completează în căsuţa alăturată litera M (masculin) sau F (feminin).
3.9. Data naşterii - se codifică în căsuţele respective cu 01 - 31 (zi), 01 - 12 (lună), 2013 şi în continuare pentru anul calendaristic respectiv.
3.10. Domiciliul legal - judeţul, localitatea, sectorul - pentru municipiul Bucureşti, urban/rural, strada și numărul etc. se completează pe baza actelor oficiale prevăzute la pct. 2.
3.11. Reşedinţa corespunde cu judeţul, localitatea, sectorul etc. unde locuieşte în prezent persoana spitalizată şi se completează, de asemenea, pe baza actelor oficiale prevăzute la pct. 2.
3.12. Cetăţenia - se bifează în căsuţa corespunzătoare pe baza documentelor de identitate şi se înscrie pentru cetăţenii străini cetăţenia.
3.13. Greutatea la naştere se completează pentru nou-născuţi.
3.14. Greutatea la internare se completează pentru copiii sub un an (0 - 1 an).
3.15. CNP-ul mamei se completează numai în FOCG a nou-născutului și a copiilor cu vârsta mai mică de 1 an.
3.16. Număr FOCG al mamei se completează numai în FOCG a nou-născutului și a copiilor cu vârsta mai mică de 1 an, când mama este internată în acelaşi spital.
3.17. Ocupaţia - se trece în căsuţa alăturată codului ocupaţiei (de la 1 la 8).
3.18. Locul de muncă se completează pe baza dovezii eliberate de unitatea unde este angajată persoana respectivă. 3.19. Nivelul de instruire - se trece în căsuţa alăturată codul pentru nivelul de instruire (de la 1 la 9).
3.20. Statut asigurat - se completează pe baza documentelor care atestă calitatea de asigurat, după cum urmează:
a) asigurat CNAS - pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare obligatorie, facultativă, acord internaţional, card european, formulare europene;
b) asigurare voluntară - pentru cei care au o asigurare privată;
c) neasigurat - pentru pacienţii care nu au nici asigurare CNAS, nici asigurare voluntară.
3.21. Tip asigurare - se completează numai pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare CNAS, astfel:
a) se bifează "Obligatorie" pentru cetăţenii români sau străini care au un document doveditor pentru acest tip de asigurare;
b) se bifează "Asigurare facultativă" pentru cetăţenii români sau străini care au un document doveditor pentru acest tip de asigurare;
c) se bifează "Acord internaţional" pentru persoanele asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaţionale în domeniul sănătăţii. În absenţa codului numeric personal al pacientului se completează numărul paşaportului;
d) se bifează "Card european" pentru cetăţenii străini care prezintă un card european de asigurări sociale de sănătate emis de un alt stat membru al Uniunii Europene sau al Spaţiului Economic European/Elveţia. În baza

acestui card, persoana respectivă beneficiază de acele servicii medicale care devin necesare în perioada şederii sale în România; în această situaţie se completează şi numărul cardului în secţiunea Nr. card european;
e) se completează "Formulare europene" (E106, E109, E112, E120, E121, Sxxx) pentru cetăţenii străini, pe baza formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European şi al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială. În absenţa codului numeric personal al pacientului se completează numărul paşaportului;
f) Nr. card naţional - se completează pentru cetăţenii români pe baza cardului naţional de asigurări sociale de sănătate.
3.22. CAS - se completează pentru categoriile de persoane care beneficiază de asigurare obligatorie și asigurare facultativă.
3.23. Criteriul de internare - se completează numeric în ordinea prevăzută în Hotărârea Guvernului de aprobare a contractului-cadru conform notei 2 privind criteriile de internare a formularului FOCG.
4. Grupul sangvin, Rh și alergic la - se completează fie pe baza actelor medicale ale pacientului, fie pe baza investigaţiilor ce se efectuează la internarea în spital.
5. Tipul internării - se trece în căsuţa alăturată codul tipului de trimitere (de la 1 la 5, respectiv 9), după cum urmează:
1 - fără bilet de internare;
2 - bilet de internare de la medicul de familie (BI MF);
3 - bilet de internare de la medicul specialist (BI MS);
4 - transfer interspitalicesc;
5 - internare la cerere; 9 - alte - bilet de internare de la medici care au încheiate convenţii cu casa de asigurări de sănătate pentru a elibera bilete de internare: medicii din unităţile de asistenţă medico-socială, medicii din centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, medicii care îşi desfăşoară activitatea în dispensare TBC, în laboratoare de sănătate mintală, respectiv în centre de sănătate mintală și staţionar de zi psihiatrie, în cabinete de medicină dentară care nu se află în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate și care se află în structura spitalelor ca unităţi fără personalitate juridică, precum şi de medicii de medicina muncii.
Pentru tipul internării BI MF (2), BI MS (3) şi alte (9) se completează seria BI cu seria biletului de internare şi nr. BI cu numărul biletului de internare.
6. Data internării şi externării, ora internării şi externării, numărul zilelor de spitalizare şi numărul de zile de concediu medical acordate la externare se completează în căsuţele corespunzătoare.
7. Diagnosticul de trimitere se completează de medicul de gardă pe baza biletului de trimitere (internare) numai pentru pacienţii care se prezintă la spital cu bilet de trimitere (internare); se notează diagnosticul precizat de medicul care a trimis pacientul pentru a fi spitalizat; diagnosticul de trimitere nu se codifică.
8. Diagnosticul de internare este cel al medicului de gardă al spitalului şi este semnat şi parafat; el se codifică conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.199/2011 privind introducerea şi utilizarea clasificării RO DRG v.1.
9. Diagnosticul la 72 de ore este cel al medicului curant, nu se codifică.
10. Diagnosticul la externare se completează şi se codifică de către medicul curant conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.199/2011. În caz de transfer intraspitalicesc, comisia de specialitate/consiliul medical din spital va stabili pentru o FOCG un singur diagnostic principal al episodului respectiv de îngrijiri, iar celelalte diagnostice vor fi trecute, dacă este cazul, la diagnostice secundare şi complicaţii.
10.1. Diagnosticul principal are două rânduri, al doilea pentru situaţiile de codificare dual:
10.1.1. în caz de traumatisme și otrăviri:
a) în primul rând se trece natura acestora (capitolele S, T din clasificarea RO DRG v.1);
b) în al doilea rând se trece cauza externă (capitolele V, W, X, Y din clasificarea RO DRG v.1);
10.1.2. în cazul afecţiunilor notate cu dagger (+) şi asterisc (*):
a) în primul rând se trece diagnosticul cu (+);
b) în al doilea rând se trece cel cu (*).
10.2. Diagnosticele secundare (complicaţii/comorbidităţi) se înregistrează pentru celelalte afecţiuni, concomitente cu diagnosticul principal, trecându-se exclusiv complicaţiile/comorbidităţile pentru care pacientul a fost investigat și tratat în timpul episodului respectiv de boală; se codifică conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.199/2011.

NOTĂ: *La codificare se va ţine seama de standardele și reglementările de clasificare şi codificare în vigoare, trecându-se exclusiv complicaţiile/comorbidităţile pentru care pacientul a necesitat îngrijiri suplimentare şi/sau monitorizare, a fost investigat şi/sau tratat în timpul episodului respectiv de boală.*

11. Număr de ore de ventilaţie mecanică - se completează cu numărul de ore de ventilaţie mecanică continuă, cuprins între data, ziua, ora intubării şi data, ziua, ora detubării, calculat astfel:
a) dacă pacientul nu necesită asistarea respiraţiei, numărul de ore de ventilaţie mecanică nu se completează;
b) dacă pacientul necesită asistarea respiraţiei într-un singur episod de ventilaţie mecanică pe durata spitalizării, numărul de ore de ventilaţie mecanică este egal cu durata acestui episod;
c) dacă pacientul necesită asistarea respiraţiei în episoade de ventilaţie mecanică fragmentate pe durata spitalizării, numărul de ore de ventilaţie mecanică este egal cu durata celui mai lung episod.
12. Intervenţia chirurgicală principală, cele concomitente, alte intervenţii chirurgicale: se completează pe baza Registrului protocol operator, trecându-se echipa operatorie, codurile respective, conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.199/2011, data şi ora de început și de sfârşit a acestora.
a) Data şi ora de început se referă la momentul în care pacientul este poziţionat în vederea efectuării procedurii chirurgicale.
b) Data şi ora de sfârşit se referă la momentul în care pacientul părăseşte sala de operaţie/cabinetul de examinare.
13. Examen citologic, extemporaneu, histopatologic - se trec elementele mai importante ale examenelor respective efectuate în spital.
14. Transfer între secţiile spitalului - se completează de fiecare secţie în care a fost internat şi transferat pacientul.
15. Starea la externare, tipul externării şi decesul intraoperator şi postoperator se completează şi se codifică de medicul curant în căsuţele respective.
16. Diagnosticul în caz de deces se completează şi se codifică tot de medicul curant, concomitent cu certificatul constatator de deces, în conformitate cu regulile de codificare cuprinse în Reglementările CIM-10 OMS.
17. Diagnosticul anatomopatologic se completează pe baza buletinului de examinări histopatologice ale anatomopatologului care, în caz de tumori maligne, trece și codul morfologic după regulile de codificare cuprinse în broşura de clasificaţie a tumorilor.
18. Explorări funcţionale şi investigaţii radiologice - se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări funcţionale şi radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente şi separat numărul de explorări şi investigaţii. Codificarea se face conform clasificării RO DRG v.1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.199/2011.
19. Motivele internării - se trec semnele și simptomele care au motivat spitalizarea pacientului. 20. Anamneza şi istoricul bolii va cuprinde pe subcapitole [a), b), c), d), e)] tot ce cunoaşte pacientul despre antecedentele familiale, personale şi boala care a necesitat spitalizarea.
21. Examenul clinic general, examenul oncologic, alte examene speciale, cele radiologice, anatomopatologice, ecografice etc. Examenul clinic general este cel al medicului curant, iar celelalte sunt ale altor secţii sau laboratoare și sunt trecute în buletinele de investigaţii, din care medicul curant va trece în FOCG ceea ce este mai important pentru cazul tratat, anexând şi buletinele.
22. Susţinerea diagnosticului şi tratamentului, epicriza și recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant[1] şi de revăzut de şeful secţiei respective. Cuprinde rezumativ principalele etape

[1] Se consideră medic curant numai medicul care lucrează în secţiile cu paturi, astfel:
a) în secţiile medicale va fi considerat medic curant medicul care parafează externarea şi stabileşte diagnosticele la externare;
b) în secţiile chirurgicale va fi considerat medic curant medicul care parafează externarea şi stabileşte diagnosticele la externare dacă nu s-au efectuat intervenţii chirurgicale; sau medicul operator principal ("mâna întâi") la intervenţia chirurgicală principală;
c) la secţiile de obstetrică-ginecologie:
- dacă nu există o naştere, se consideră medic curant medicul care parafează externarea şi stabileşte diagnosticele la externare dacă nu s-au efectuat intervenţii chirurgicale; sau medicul operator principal ("mâna întâi") la intervenţia chirurgicală principală;
- dacă are loc o naştere, se consideră medic curant medicul care a asistat naşterea sau medicul operator principal în cazul naşterii prin operaţie cezariană

ale spitalizării şi ale tratamentului acordat pe parcurs, recomandările date celui externat, medicamentele prescrise, comportamentul indicat acestuia în perioada următoare externării.
23. Semnătura și parafa medicului - se completează de către medicul curant.

5.3. COMPLETAREA FSZ

(1) Datele de identificare a spitalului şi datele de identificare ale pacientului se completează la fel ca în formularul "Foaie de observaţie clinică generală" prevăzut în anexa nr. 2 la Ordinul ministrului sănătăţii publice și al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 1.782/576/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă şi spitalizare de zi, cu modificările ulterioare.
(2) Numărul de înregistrare al fişei de spitalizare de zi este unic pe spital, se face după codul unic din registrul de intrări-ieşiri pentru spitalizare de zi al spitalului, iar numerotarea începe cu 1 la data de 1 ianuarie a fiecărui an
(3) Tip servicii spitalizare de zi se completează conform tipurilor de servicii de spitalizare de zi reglementate prin HG de aprobare a Contractului-cadru.
(4) Diagnosticul principal și diagnosticele secundare se codifică conform Listei tabelare a bolilor conform clasificării RO.vi.DRG v1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.191/2011 , de către medicul curant.
(5) Procedurile medicale se codifică conform clasificării RO.vi.DRG v1, prevăzută în Ordinul ministrului sănătăţii nr. 1.191/2011 , de către medicul curant.
(6) 6.Investigaţiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigaţiilor de laborator în vigoare din 15 februarie 2006
(7) Înregistrarea procedurilor medicale şi a investigaţiilor de laborator se face distinct pentru fiecare vizită.
(8) Orice incident ce apare în legătura actul medical se consemnează în FSZ și se anunță medicului sef de secție.

Se va Anexa FOCG și FOSZ 2014

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**DENUMIREA PROCEDURII: PĂSTRAREA FOCG/ FSZ**	**73** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/4**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedură are drept scop descrierea procesului de păstrare a foii de observaţie din momentul generării acesteia pana la externarea pacientului.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secţiile si compartimentele de îngrijire. .

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / POCESULUI

Păstrarea FOCG/ FSZ in condiții care sa asigure respectarea dreptului la confidențialitate al pacientului, sa prevină pierderea, distrugerea , sustragerea acesteia.

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
- Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientului

5. RESPONSABILITĂŢI

Responsabil de proces = medic curant + medic statistician + registratorul medical

Echipa de proces = medicul care efectuează internarea + asistenta de la camera de garda + medicul curant + asistenta de salon + medicul sef de secție + asistenta șefa de secție

6. DESCRIEREA PROCESULUI

Circuitul FOCG/ FSZ

- FOCG / FSZ se iniţiază în camera de gardă sau în secţiile de spitalizare de zi
- FOCG / FSZ primeşte un cod de bare aferent / număr de înregistrare
- FOCG / FSZ însoţeşte pacientul pe secţie si este preluată de asistenta de serviciu

- FOCG / FSZ este înregistrată la nivelul secţiei în registrul unic al secţiei
- FOCG / FSZ este la dispoziţia medicilor si asistentelor medicale 24 din 24 de ore
- FOCG / FSZ este completata cu respectarea tuturor rubricilor si fără excluderea unei rubrici
- FOCG / FSZ este completata zilnic de medicul curant si asistenta de salon
- FOCG / FSZ însoţeşte pacientul la orice consult interdisciplinar / paraclinic
- La externarea pacientului FOCG se arhivează

Păstrarea FOCG:

- Pe perioada internării FOCG se păstrează in cabinetul asistentei șefe
- In fiecare zi se întocmește un centralizator al pacienților din secție, centralizator care cuprinde următoarele informații
    - Nume si prenume pacient
    - Nr FOCG/ data internării
    - Nr salon
    - Nr pat
- FOCG sunt grupate in dosare corespunzătoare saloanelor secției, un dosar cuprinzând toate FOCG corespunzătoare pacienților cazați in fiecare salon
- Dosarele se păstrează intr-un dulap închis , sub cheie, fiecare raft sau sertar fiind inscripționat cu numărul corespunzător al salonului
- Fiecare FOCG are consemnate numărul salonului si numărul patului
- La FOCG nu au acces decât persoanele implicate direct in acordarea asistentei medicale si îngrijirilor de sănătate
    - Medicul curant
    - Medicul sef secție
    - Asistenta șefa
    - Asistenta de salon
    - Medicii de alte specialități (consult interdisciplinar, rezultate anatomopatologie, imagistica medicala) implicați in diagnosticare sau tratament)
    - Alt personal implicat in tratarea bolnavului (psihologi, kinetoterapeuti etc.)
- Pe parcursul spitalizării pacientului FOCG însoțește pacientul (prin intermediul personalului medico-sanitar care îl însoțește) la toate examinările si investigațiile ce necesita consemnarea in FOCG
- La externare FOCG se arhivează, împreuna cu toate documentele anexe, conform procedurii de arhivare a documentelor medicale

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

INSTRUCŢIUNI

privind completarea formularului Foaie de Observaţie Clinică Generală (F.O.C.G.)

1. Completarea următoarelor rubrici se face cu litere majuscule: judeţul, localitatea, spitalul, secţia, numele, prenumele şi toate diagnosticele de pe prima pagină.

2. Completarea F.O.C.G. se face pe baza următoarelor acte oficiale:

- buletin de identitate
- carnet de asigurat
- talon de pensie
- certificat de naştere pentru copiii sub 15 ani (care nu au încă buletin de identitate).

3. Rubricile se completează şi se codifica astfel:

- judeţul şi localitatea se refera la spital; codul judeţului se va face alfabetic pe judeţele ţării, codificându-se conform listei din Anexă cu 01 (judeţul Alba) şi în continuare până la 42 (Municipiul Bucureşti);
- spitalul şi secţia se trec şi se codifică după nomenclatorul unităţilor sanitare aprobate de Ministerul Sănătății şi Familiei (Ordinul MSF nr. 457/2001 – Anexă));
- numărul de înregistrare al F.O.C.G. se face după codul unic al spitalului din Registrul de intrări-ieşiri; numerotarea începe cu 00001 la 1 ianuarie al fiecărui an;
- "întocmit de" se trece numele medicului care a întocmit F.O.C.G. şi se aplică parafa acestuia;
- CNP se completează pe baza buletinului de identitate sau a certificatului de naştere pentru cei ce nu au buletin de identitate;
- sexul se subliniază litera M (masculin) sau F (feminin);
- data naşterii se codifică în căsuţele respective cu 01-31 (zi), 01-12 (lună), 2002 şi în continuare pentru anul calendaristic respectiv;
- domiciliul legal (judeţul, localitatea, sectorul – pentru Municipiul Bucureşti, Urban/Rural, strada şi numărul etc. se completează pe baza buletinului de identitate;
- reşedinţa corespunde cu judeţul, localitatea, sectorul etc. unde locuieşte în prezent persoana spitalizată şi se completează, de asemenea, pe baza buletinului de identitate;
- greutatea la naştere se completează la nou-născuţi şi copii până la vârsta de 1 an;
- ocupaţia şi locul de muncă se completează după dovada eliberată de unitatea unde este angajată persoana respectivă;
- statut pacient se completează din carnetul de asigurat.

4. Grupul sangvin, Rh şi alergic la se completează pe baza actelor medicale ale pacientului, fie pe baza investigaţiilor ce se efectuează la internarea în spital.

5. Tipul internării: se trece în căsuţa alăturată codul felului de trimitere (de la 1 la 9, vezi lista din Anexă).

6. Data internării şi externării şi numărul zilelor de spitalizare şi ale concediilor medicale acordate la externare se completează fiecare în căsuţele corespunzătoare.

7. Diagnosticul de trimitere este cel al medicului care a trimis pacientul pentru a fi spitalizat. Se completează de medicul camerei de gardă pe baza Biletului de trimitere (internare); nu se codifică.

8. Diagnosticul de internare este cel al medicului de gardă, al spitalului şi e semnat şi parafat de dânsul, se codifică conform CIM-10 cu 4 caractere.

9. Diagnosticul la 72 ore este cel al medicului curant, nu se codifică.

10. Diagnosticul la externare se completează şi codifică conform CIM-10 cu 4 caractere de medicul curant:

10.1 Diagnosticul principal are două rânduri, al doilea pentru situaţiile de codificare dual:

- Ø în caz de traumatisme şi otrăviri:
- Ø în primul rând se trece natura acestora (capitolele S,T din CIM-10 cu 4 caractere)
- Ø în rândul al doilea se trece cauza externă (capitolele V, W, X,Y din CIM-10 cu patru caractere)

- în cazul afecţiunilor notate cu dagger (+) şi asterix (*):

- Ø în primul rând se trece diagnosticul cu (+)
- Ø în rândul al doilea se trece cel cu (*)

10.2 Diagnosticele secundare (complicaţii/comorbidităţi) are loc pentru maximum 8 afecţiuni, concomitente cu diagnosticul principal, trecându-se exclusiv complicaţiile/comorbidităţile pentru care pacientul a fost investigat şi tratat in timpul episodului respective de boala; se codifică conform CIM-10 cu 4 caractere.

Notă: La codificare se va ţine seama de Reglementările OMS de clasificare şi codificare.

11. Intervenţia chirurgicală principală şi cele concomitente (secundare), data intervenţiei se completează pe baza Registrului protocol operator, trecându-se şi echipa operatorie şi data intervenţiei, precum şi codurile respective din "Nomenclatorul intervenţiilor chirurgicale".

12.Examen citologic, extemporaneu, histopatologic – se trec elementele mai importante ale examenelor respective efectuate în spital.

13. Transfer între secţiile spitalului – se completează de fiecare secţie în care a fost internat şi transferat pacientul.

14. Starea la externare, tipul externării şi decesul intraoperator se completează şi codifică de medicul curant în căsuţele respective.

15. Diagnosticul în caz de deces se completează şi se codifică tot de medicul curant, concomitent cu Certificatul constatator de deces, în conformitate cu regulile de codificare, cuprinse în Reglementările CIM-10.

16. Diagnosticul anatomo-patologic se completează pe baza buletinului de examinări histopatologice ale anatomo-patologului care, în caz de tumori maligne, trece şi codul morfologic după regulile de codificare cuprinse în broşura de clasificaţie a tumorilor.

17. Explorări funcţionale şi investigaţii radiologice se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări funcţionale şi radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente şi separat numărul de explorări şi investigaţii.

18. Motivele internării - se trec rezumativ agravările, complicaţiile bolilor care au motivat spitalizarea pacientului.

19. Anamneza şi istoricul bolii va cuprinde pe subcapitole (a, b, c, d, e) tot ce cunoaşte pacientul despre antecedentele familiale, personale şi boala care a necesitat spitalizarea.

20. Examenul clinic general, examenul oncologic, alte examene speciale, cele radiologice, anatomo-patologice, ecografice etc. Examenul clinic general este cel al medicului curant, iar celelalte sunt ale altor secţii sau laboratoare şi trecut în buletinele de investigaţii, din care medicul curant va trece în F.O.C.G. ceea ce este mai important pentru cazul tratat, anexând şi buletinele.

21. Susţinerea diagnosticului şi tratamentului, epicriza şi recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant şi revăzut de şeful secţiei respective. Cuprinde rezumativ principalele etape ale spitalizării şi ale tratamentului acordat pe parcurs, recomandările date celui externat, medicamentele prescrise, comportamentul indicat acestuia în perioada următoare externării.

22. Semnătura şi parafa medicului – se completează de medicul care a avut în îngrijire pacientul.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA GESTIONAREA FOCG MODALITATI DE COMPLETARE**	**74** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/4**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedură are drept scop descrierea procesului de gestionare a foii de observaţie din momentul generării acesteia pana la externarea pacientului si modalitatea de completare a acesteia.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secţiile si compartimentele de îngrijire, inclusiv camere de garda .

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Completarea corecta a FOCG si gestionarea ei in conformitate cu legislația.

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
- Ordinul nr. 1.782/2006 privind înregistrarea si raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă si spitalizare de zi
- Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientului
- O 440/2003 privind înregistrarea si raportarea statistica a pacienților care primesc servicii medicale in regim de spitalizare de zi – Modificat de O 3/2004
- O 29/2003 privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) in spitalele din Romania – Modificat de O 1623/2004
- Ordinul 19/2011 privind completarea formularelor de raportare (codificarea categoriilor de asigurați)
- CONTRACT-CADRU privind condițiile acordării asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012
- Ordin nr. 1062 din 23.12.2010 pentru modificarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 445/2010 privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate in regim de spitalizare continua si a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicita revalidarea.

- Ordin nr. 1490 din 14.12.2010 privind modificarea Ordinului ministrului sanatatii publice si al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1782/576/2006 privind înregistrarea si raportarea statistica a pacienților care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi.
- Ordinul 798/2002 privind introducerea in spitale a formularului FOAIA DE OBSERVATIE CLINICA GENERALA (Modificat de Ordinul 88/2004, Ordinul 798-1/2002 Anexa, Ordinul 798-2/2002 Instrucțiuni)
- Ordinul nr.384/413/26.03.2009 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale
- Ordin 617/2007 (MO 649/2007) cu modificările si completările ulterioare – Ordin pentru aprobarea Normelor metodologice privind stabilirea documentelor justificative pentru dobândirea calității de asigurat, respectiv asigurat fără plata contribuției, precum si pentru aplicarea masurilor de executare silita pentru încasarea sumelor datorate la Fondul național unic

5. RESPONSABILITĂŢI

Responsabil de proces = medic curant + medic statistician + registratorul medical
Echipa de proces = medicul care efectuează internarea + asistenta de la camera de garda + medicul curant + asistenta de salon + medicul sef de secție + asistenta șefa de secție

6. DESCRIEREA PROCESULUI

Etapele de completare ale FOCG:

- FOCG se iniţiază în camera de gardă sau în secţiile de spitalizare de zi
- FOCG primeşte un cod de bare aferent / număr de înregistrare
- FOCG însoţeşte pacientul pe secţie si este preluată de asistenta de serviciu
- FOCG este înregistrată la nivelul secţiei în registrul unic al secţiei
- FOCG este la dispoziţia medicilor si asistentelor medicale 24 din 24 de ore
- FOCG este completata cu respectarea tuturor rubricilor si fără excluderea unei rubrici
- FOCG este completata zilnic de medicul curant si asistenta de salon
- FOCG însoţeşte pacientul la orice consult interdisciplinar / paraclinic
- La externarea pacientului FOCG se arhivează

Gestionarea FOCG:

- Pe perioada internării gestionarea FOCG se efectuează in cadrul secției, prin monitorizarea acesteia de către asistenta șefa a secției
- FOCG se alfa la îndemâna profesioniștilor in biroul asistentei șefe
- Persoanele străine de secție nu au acces la FOCG
- Gestionarea FOCG după externarea pacientului, este efectuata la serviciul de Statistica medicala si DRG, prin înregistrarea datelor in format electronic, transmiterea către SNSPMS si monitorizarea rapoartelor de validare.

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

Înregistrarea electronica a datelor pacientului
Foaia de mișcare a pacienților

INSTRUCŢIUNI

privind completarea formularului Foaie de Observaţie Clinică Generală (F.O.C.G.)

1. Completarea următoarelor rubrici se face cu litere majuscule: judeţul, localitatea, spitalul, secţia, numele, prenumele şi toate diagnosticele de pe prima pagină.

2. Completarea F.O.C.G. se face pe baza următoarelor acte oficiale:

- buletin de identitate
- carnet de asigurat
- talon de pensie
- certificat de naştere pentru copiii sub 15 ani (care nu au încă buletin de identitate).

3. Rubricile se completează şi se codifica astfel:

- judeţul şi localitatea se refera la spital; codul judeţului se va face alfabetic pe judeţele ţării, codificându-se conform listei din Anexă cu 01 (judeţul Alba) şi în continuare până la 42 (Municipiul Bucureşti);
- spitalul şi secţia se trec şi se codifică după nomenclatorul unităţilor sanitare aprobate de Ministerul Sănătății şi Familiei (Ordinul MSF nr. 457/2001 – Anexă));
- numărul de înregistrare al F.O.C.G. se face după codul unic al spitalului din Registrul de intrări-ieşiri; numerotarea începe cu 00001 la 1 ianuarie al fiecărui an;
- "întocmit de" se trece numele medicului care a întocmit F.O.C.G. şi se aplică parafa acestuia;
- CNP se completează pe baza buletinului de identitate sau a certificatului de naştere pentru cei ce nu au buletin de identitate;
- sexul se subliniază litera M (masculin) sau F (feminin);
- data naşterii se codifică în căsuţele respective cu 01-31 (zi), 01-12 (lună), 2002 şi în continuare pentru anul calendaristic respectiv;
- domiciliul legal (judeţul, localitatea, sectorul – pentru Municipiul Bucureşti, Urban/Rural, strada şi numărul etc. se completează pe baza buletinului de identitate;
- reşedinţa corespunde cu judeţul, localitatea, sectorul etc. unde locuieşte în prezent persoana spitalizată şi se completează, de asemenea, pe baza buletinului de identitate;
- greutatea la naştere se completează la nou-născuţi şi copii până la vârsta de 1 an;
- ocupaţia şi locul de muncă se completează după dovada eliberată de unitatea unde este angajată persoana respectivă;
- statut pacient se completează din carnetul de asigurat.

4. Grupul sangvin, Rh şi alergic la se completează pe baza actelor medicale ale pacientului, fie pe baza investigaţiilor ce se efectuează la internarea în spital.

5. Tipul internării: se trece în căsuţa alăturată codul felului de trimitere (de la 1 la 9, vezi lista din Anexă).

6. Data internării şi externării şi numărul zilelor de spitalizare şi ale concediilor medicale acordate la externare se completează fiecare în căsuţele corespunzătoare.

7. Diagnosticul de trimitere este cel al medicului care a trimis pacientul pentru a fi spitalizat. Se completează de medicul camerei de gardă pe baza Biletului de trimitere (internare); nu se codifică.

8. Diagnosticul de internare este cel al medicului de gardă, al spitalului şi e semnat şi parafat de dânsul, se codifică conform CIM-10 cu 4 caractere.

9. Diagnosticul la 72 ore este cel al medicului curant, nu se codifică.

10. Diagnosticul la externare se completează şi codifică conform CIM-10 cu 4 caractere de medicul curant:

10.1 Diagnosticul principal are două rânduri, al doilea pentru situaţiile de codificare dual:

- Ø în caz de traumatisme şi otrăviri:
- Ø în primul rând se trece natura acestora (capitolele S,T din CIM-10 cu 4 caractere)
- Ø în rândul al doilea se trece cauza externă (capitolele V, W, X,Y din CIM-10 cu patru caractere)

- în cazul afecţiunilor notate cu dagger (+) şi asterix (*):

- Ø în primul rând se trece diagnosticul cu (+)
- Ø în rândul al doilea se trece cel cu (*)

10.2 Diagnosticele secundare (complicaţii/comorbidităţi) are loc pentru maximum 8 afecţiuni, concomitente cu diagnosticul principal, trecându-se exclusiv complicaţiile/comorbidităţile pentru care pacientul a fost investigat şi tratat in timpul episodului respective de boala; se codifică conform CIM-10 cu 4 caractere.

Notă: La codificare se va ţine seama de Reglementările OMS de clasificare şi codificare.

11. Intervenţia chirurgicală principală şi cele concomitente (secundare), data intervenţiei se completează pe baza Registrului protocol operator, trecându-se şi echipa operatorie şi data intervenţiei, precum şi codurile respective din "Nomenclatorul intervenţiilor chirurgicale".

12.Examen citologic, extemporaneu, histopatologic – se trec elementele mai importante ale examenelor respective efectuate în spital.

13. Transfer între secţiile spitalului – se completează de fiecare secţie în care a fost internat şi transferat pacientul.

14. Starea la externare, tipul externării şi decesul intraoperator se completează şi codifică de medicul curant în căsuţele respective.

15. Diagnosticul în caz de deces se completează şi se codifică tot de medicul curant, concomitent cu Certificatul constatator de deces, în conformitate cu regulile de codificare, cuprinse în Reglementările CIM-10.

16. Diagnosticul anatomo-patologic se completează pe baza buletinului de examinări histopatologice ale anatomo-patologului care, în caz de tumori maligne, trece şi codul morfologic după regulile de codificare cuprinse în broşura de clasificaţie a tumorilor.

17. Explorări funcţionale şi investigaţii radiologice se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări funcţionale şi radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente şi separat numărul de explorări şi investigaţii.

18. Motivele internării - se trec rezumativ agravările, complicaţiile bolilor care au motivat spitalizarea pacientului.

19. Anamneza şi istoricul bolii va cuprinde pe subcapitole (a, b, c, d, e) tot ce cunoaşte pacientul despre antecedentele familiale, personale şi boala care a necesitat spitalizarea.

20. Examenul clinic general, examenul oncologic, alte examene speciale, cele radiologice, anatomo-patologice, ecografice etc. Examenul clinic general este cel al medicului curant, iar celelalte sunt ale altor secţii sau laboratoare şi trecut în buletinele de investigaţii, din care medicul curant va trece în F.O.C.G. ceea ce este mai important pentru cazul tratat, anexând şi buletinele.

21. Susţinerea diagnosticului şi tratamentului, epicriza şi recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant şi revăzut de şeful secţiei respective. Cuprinde rezumativ principalele etape ale spitalizării şi ale tratamentului acordat pe parcurs, recomandările date celui externat, medicamentele prescrise, comportamentul indicat acestuia în perioada următoare externării.

22. Semnătura şi parafa medicului – se completează de medicul care a avut în îngrijire pacientul.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**REGULAMENT PRIVIND ACCESUL LA FOCG A PACIENTULUI PRIN INTERMEDIUL MEDICILOR NOMINALIZAŢI DE PACIENT SAU DE APARŢINĂTORII LEGALI**	**75** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/3**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Cab. av. Tudorancea	Comp juridic	05.06.2013	
1.2	Verificat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura definește modalitatea de a accesa FOCG a unui pacient, prin intermediu aparținătorilor sau altui medic.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică pentru accesul persoanelor străine in unitate.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

- Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
- Ordinul nr. 1.782/2006 privind înregistrarea si raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă si spitalizare de zi
- Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientului
- O 440/2003 privind înregistrarea si raportarea statistica a pacienților care primesc servicii medicale in regim de spitalizare de zi – Modificat de O 3/2004
- O 29/2003 privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) in spitalele din Romania – Modificat de O 1623/2004
- Ordinul 19/2011 privind completarea formularelor de raportare (codificarea categoriilor de asigurați)
- CONTRACT-CADRU privind condițiile acordării asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012
- Ordin nr. 1062 din 23.12.2010 pentru modificarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 445/2010 privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate in regim de spitalizare continua si a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicita revalidarea.
- Ordin nr. 1490 din 14.12.2010 privind modificarea Ordinului ministrului sanatatii publice si al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1782/576/2006 privind înregistrarea si raportarea statistica a pacienților care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi.
- Ordinul 798/2002 privind introducerea in spitale a formularului FOAIA DE OBSERVATIE CLINICA GENERALA (Modificat de Ordinul 88/2004, Ordinul 798-1/2002 Anexa, Ordinul 798-2/2002 Instrucțiuni)

- Ordinul nr.384/413/26.03.2009 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale
- Ordin 617/2007 (MO 649/2007) cu modificările si completările ulterioare – Ordin pentru aprobarea Normelor metodologice privind stabilirea documentelor justificative pentru dobândirea calității de asigurat, respectiv asigurat fără plata contribuției, precum si pentru aplicarea masurilor de executare silita pentru încasarea sumelor datorate la Fondul National unic

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = medic curant
Echipa de proces = director medical

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Ø Aparținătorul sau medicul desemnat de pacient pentru a obține informații despre internarea nominalizata, va depune o cerere la managerul spitalului pentru a i se aproba accesul la FOCG; anexat la cerere va prezenta împuternicire din partea pacientului pentru accesul la informații;
Ø In situația in care pacientul e decedat, aparținătorii vor depune doar cererea de acces la FOCG
Ø In situația in care pacientul nu are discernământ, accesarea dosarului personal (FOCG) se va face de către aparținători sau organe abilitate prin cerere către manager; anexat se va depune o copie despre starea psihica a pacientului
Ø Pentru solicitările din partea organelor abilitate (politie etc.) se va depune o cerere de accesare a dosarului la manager, fără alte documente

6. ANEXE / INSCRISURI

Anexa 1 - CERERE TIP INFORMATIE PENTRU PACIENT / APARTINATOR

Anexa 1

CERERE TIP INFORMATIE PENTRU PACIENT / APARTINATOR

SOLICITARE INFORMATII PUBLICE

C A T R E,
SPITALUL DE .....

Sediul/Adresa
.....

Data .....

Domnule manager,

Prin prezenta formulez o cerere conform Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informaţiile de interes public. Doresc să primesc o copie de pe următoarele documente (petentul este rugat să enumere cât mai concret documentele sau informaţiile solicitate):
……
……
……
……
……
……

Doresc ca informaţiile solicitate să îmi fie furnizate, în format electronic, la următoarea adresă de e-mail (opţional): ……
Sau la adresa: …… .

Sunt dispus să plătesc taxele aferente serviciilor de copiere a documentelor solicitate (dacă se solicită copii în format scris) cat si taxele de expediere.

Vă mulţumesc pentru solicitudine,
.....
(semnătura petentului)

Numele şi prenumele petentului . .....
Adresa .....
Telefon .....
Fax .....

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	DENUMIREA PROCEDURII: **ACCESUL PACIENTILOR LA FOAIA DE OBSERVATIE CLINICA GENERALA/ FOAIA DE SPITALIZARE DE ZI. ELIBERAREA COPIEI DUPA FOAIA DE OBSERVATIE CLINICA GENERALA/ FOAIA DE SPITALIZARE DE ZI.**	**76** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediției procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Cab. Av. Tudorancea	Comp. juridic	05.06.2013	
1.2	Verificat	Alexandru Cosntantin	Manager	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedură are drept scop descrierea modului de acces al pacienților la FOCG.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secţiile si compartimentele de îngrijire, inclusiv camere de garda .

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Reglementarea modului de acces la FOCG.

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
- Ordinul nr. 1.782/2006 privind înregistrarea si raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă si spitalizare de zi
- Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientului
- CONTRACT-CADRU privind condițiile acordării asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012
- Ordin nr. 1062 din 23.12.2010 pentru modificarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 445/2010 privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate in regim de spitalizare continua si a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicita revalidarea.
- Ordin nr. 1490 din 14.12.2010 privind modificarea Ordinului ministrului sănătății publice si al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1782/576/2006 privind înregistrarea si raportarea statistica a pacienților care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi.
- Ordinul 798/2002 privind introducerea in spitale a formularului FOAIA DE OBSERVATIE CLINICA GENERALA (Modificat de Ordinul 88/2004, Ordinul 798-1/2002 Anexa, Ordinul 798-2/2002 Instrucțiuni)
- Ordinul nr.384/413/26.03.2009 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = medic curant, asistenta medicala
6.2 Echipa de proces = medicul curant + asistenta de salon + medicul sef de secție + asistenta șefa de secție

7. DESCRIEREA PROCESULUI

- Pe perioada internării gestionarea FOCG/ FSZ se efectuează in cadrul secției, prin monitorizarea acesteia de către asistenta șefa a secției
- FOCG se afla la îndemâna profesioniștilor in biroul asistentei șefe
- Pacientul este singura persoana, in afara personalului medical curant, care are dreptul la a citi FOCG/ FSZ proprie
- Pacientul poate solicita medicului sau asistentei medicale informații din FOCG/ FSZ, informații despre analize si rezultate, despre boala si tratamente si despre evoluție
- Medicul curant si asistenta de salon sunt obligați sa dea toate explicațiile pacientului
- Eliberarea unei copii după foaia de observație clinica generala sau după alte documente medicale se face la solicitarea scrisa a pacientului, solicitare adresata managerului spitalului si înregistrata in registrul de intrări ieșiri al spitalului.
- Solicitarea se va face cu precizarea obligatorie a următoarele date de identificare a pacientului, respectiv aparținătorului:
    - § NUME SI PRENUME
    - § CNP
    - § SERIE SI NUMAR CARTE DE IDENTITATE/ BULETIN IDENTITATE
    - § DATA ELIBERARII
    - § DOMICILIUL STABIL
- In cazul in care pacientul nu are toate aceste date in solicitarea adresata conducerii spitalului i se va solicita, in scris, completarea datelor de identificare
- Copie după FOCG/ FSZ se mai poate elibera:
    - familiei sau aparținătorilor daca au procura de la pacient sau daca pacientul a decedat
    - organelor de control abilitate (politie, parchet etc.)
    - nu se eliberează copie după FOCG/ FSZ firmelor de asigurări
- La externarea pacientului, medicul va elabora Biletul de ieșire din spital, in care se va stabili perioadele in care pacientul se va prezenta la control, regimul alimentar, schema de tratament si recuperare
- Biletul de ieșire din spital este însoțit de rețeta si Scrisoare medicala, alături de decontul pacientului

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**REGULAMENT DE ACCESARE A FOCG ARHIVAT**	**77** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/1**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. Pentru a accesa o Foaie de observație a unui pacient de către personalul medical al spitalului, din arhiva spitalului, se va solicita prin cerere / solicitare directa la arhivarul spitalului.
2. Arhivarul va nota in registru solicitare, numărul FOCG solicitata, si perioada pentru care se solicita
3. La returnare se va semna in registru de către personalul solicitant si arhivar
4. Pentru accesare FOCG de către persoane abilitate prin lege sau aparținători, se va înregistra la secretariat o cerere de obținere a foii de observație si se va aștepta aprobarea managerului.
5. Utilizarea FOCG de către persoane străine spitalului se face doar in cadrul spitalului sau se solicita copie după FOCG.
6. Pacientul are necondiționat dreptul la FOCG proprie, atât pe perioada internării cat si după externare, putând sa obțină o copie in urma cererii depuse la secretariat
7. Pentru rude / aparținători, se eliberează copie după FOCG doar in caz de deces al pacientului sau cu împuternicire notariala din partea acestuia.
8. Copii după o FOCG nu se eliberează decât la organele abilitate: CJAS, politie, procuratura, Curtea de Conturi etc.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA PRIVIND ACCESUL ÎN INTERES ȘTIINȚIFIC LA DATE ARHIVATE ALE PACIENTULUI	78	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/1	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Dorobantu Emil	Președinte consiliu ETIC	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**05.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Prezenta procedura are drept scop descrierea modalităților de accesare date arhivate ale pacienților, în vederea efectuării unui studiu științific.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in secțiile spitalului în vederea desfășurării unui studiu de cercetare sau persoanei care are aprobare pentru un studiu de cercetare.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea procedurilor, standardelor și metodologiei de acreditare a spitalelor.

4. OBIECTIVELE ACTIVITĂȚII

Asigurarea transmiterii corecte a informațiilor despre pacient.

5. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = cercetător (medic, rezident, psiholog, etc.)
Echipa de proces = Consiliul Etic

6. DESCRIEREA PROCESULUI

Pentru utilizarea datelor arhivate despre pacienți în vederea unui studiu de cercetare, se va solicita aprobare scrisă de la Consiliul Etic al spitalului astfel:

Cerere la conducerea spitalului pentru aprobarea desfășurării unui studiu de cercetare;

După primirea aprobării se solicită aprobare de la Consiliul etic, unde alături de cererea aprobată se vor depune materialele de informare asupra studiului;

În urma aprobării Consiliului etic urmează a se solicita acordul pacientului (dacă se află internat) prin semnarea modelului de Consimțământ informat (studii prin utilizarea pacienților). Dacă studiul folosește numai date arhivate ale pacienților (pacienți externați), cercetătorul va depune o Declarație în care va preciza obligativitatea de a păstra anonimatul asupra datelor colectate din spital.

7. EVIDENȚE, ÎNREGISTRĂRI ȘI ANEXE

Nu există

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediției procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele și Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura are drept scop descrierea modalităţilor de transmitere a informaţiilor medicale ale pacientului intre unităţile sanitare.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în toate secţiile și compartimentele de îngrijire, inclusiv camere de garda .

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Asigurarea transmiterii corecte a informațiilor despre pacient.

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor și metodologiei de acreditare a spitalelor

5. RESPONSABILITĂŢI

Responsabil de proces = medic curant
Echipa de proces = medicul sef de secţie + medic curant + asistenta șefa de secție

6. DESCRIEREA PROCESULUI

Procedura se aplică în toate secţiile și compartimentele de îngrijire.

a. In cazul consulturilor interdisciplinare, pacientul va fi însoţit de medicul curant, medicul rezident sau asistenta medicală de salon, după caz.

b. FOCG și dosarul medical al pacientului, după caz, însoţesc pacientul.

c. In cazul transferurilor interspitalicesti, se completează biletul de trimitere în care se trece epicriza și se ataşează o copie după investigaţiile clinice și paraclinice, sau, după caz, interpretarea rezultatelor acestora.

d. In cazul pacienţilor copii cu boli transmisibile, care provin din colectivităţi, se ia legătura cu medicul de familie, medicul unităţii şcolare sau Direcţiile de Sănătate Publica, după caz, pentru a se efectua ancheta epidemilogica în vederea aplicării masurilor impuse în focarul de boala transmisibila.

e. Medicul sef de secție instruieşte personalul medical din subordine pentru aplicarea prezentei proceduri..

7. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

Nu sunt înregistrări

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Cab. Av. Tudorancea	Comp juridic	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director Medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

Angajamente de păstrare a confidenţialităţii datelor cu caracter personal

1. SCOP

Prezenta procedura descrie modalitatile de pastrare a confidentialitatii actului medical in Spital.

Prezenta procedura este utilizata de conducerea spitalului in vederea instruirii personalului in conformitate cu legislatia in vigoare pentru pastrarea confidentialitatii actului medical.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toata unitatea sanitara.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientilor

4. RESPONSABILITĂŢI

Responsabil de proces = fiecare angajat

Echipa de proces = conducerea + sefii de sectoare

7. DESCRIEREA PROCESULUI

Spitalul dispune si aplica politici si proceduri de asigurare a protectiei tuturor informatiilor confidentiale, a informatiilor reprezentand drept de proprietate al clienţilor.

Confidenţialitatea este asigurată prin :

- desemnarea unui purtator de cuvant care nu va furniza informatii confidentiale mass mediei fara acordul scris al pacientului

- instruirea personalului privind protectia informatiilor confidentiale obtinute in timpul actului medical si a dreptului de proprietate a clientilor sai. Acesta cerinta este inscrisa in fisa postului;

- *semnarea unei angajament de confidentialitate* de catre intreg personalul din spital prin care fiecare salariat se obliga :

- sa pastreze confidentialitatea tuturor datelor, informatiilor si documentelor de orice fel de la locul de munca si de la nivelul intregului spital;
- sa nu foloseasca in interes personal sau pentru alte persoane datele, documentele si faptele referitoare la activitatea spitalului, asupra carora detine informatii;
- sa apere integritatea patrimoniala de orice fel (materiala, morala, etc) a spitalului;

Activitati specifice de prevenire a transmiterii involuntare a informatiei private :

- asigurarea accesului controlat in spital;
- circulatia codificata a informatiilor private;
- eliberarea de informatii doar la cerere si sub semnatura catre personele autorizate;
- securitatea si confidentialitatea arhivarilor;
- parolarea accesului la calculator;

Personalul spitalului efectueaza numai activitati medicale conform specificului si atributiilor proprii, nefiind implicat in alte activitati care ar putea diminua increderea in competenta, impartialitatea, decizia sau integritatea lor functionala.

Personalul spitalului este selectat şi angajat conform cerinţelor prevăzute în fişa postului, care este întocmită pentru fiecare funcţie specifică a spitalului. Aceste cerinţe se referă la competenţa şi pregătirea profesională, la experienţă, aptitudini, conduita morală şi socială, astfel încât integritatea profesională şi morală a personalului care efectueza servicii medicale este asigurată încă de la angajare. Dacă pe parcursul activităţii se constată abateri de la principiile de integritate profesională şi morală, personalul va răspunde disciplinar, conform statutului de funcţionare al organizaţiei.

RESPONSABILI DE PRELUCRAREA PERSONALULUI

- Directorul economic
- Directorul medical
- Coordonatorii de compartimente/sectii
- Farmacistul sef
- Asistentii sefi de sectie

EFECTUAREA ACTIVITATII

Prelucrarea personalului se va realiza ritmic, anual, pentru personalul angajat, sau de cate ori va fi nevoie si pentru fiecare nou angajat.

Activitatea de instrire se va efectua la intalniri de lucru cu intreg personalul.

De asemnea in situatia in care se vor constata abateri se va relua procesul de instruire al intregului personal.

MATERIALE, ECHIPAMENTE SI DOCUMENTE UTILIZATE

- Documente legislative: Legea drepturilor pacientului, Drepturile persoanelor cu handicap, etc....
- Chestionare de control al personalului

CONTROLUL SI INREGISTRAREA ACTIVITATII

- Se va inrregistra intr-un registru special fiecare intalnire de instruire colectiva sau individuale de catre persoana care o executa.
- Managerul spitalului va solicita o informare periodica asupra activitatii desfasurate

8. ANEXE

- Anexa 1- DECLARATIE DE CONFIDENTIALITATE
- Anexa 2 – CERERE DE SOLICITARE DOCUMENTE PRIVATE

CERERE TIP INFORMATIE PENTRU PACIENT / APARTINATOR

SOLICITARE INFORMATII PUBLICE

C A T R E, SPITALUL DE .....

Sediul/Adresa
.....

Data .....

Domnule manager,

Prin prezenta formulez o cerere conform Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informaţiile de interes public. Doresc să primesc o copie de pe următoarele documente (petentul este rugat să enumere cât mai concret documentele sau informaţiile solicitate):
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Doresc ca informaţiile solicitate să îmi fie furnizate, în format electronic, la următoarea adresă de e-mail (opţional): ……
Sau la adresa: ..... .

Sunt dispus să plătesc taxele aferente serviciilor de copiere a documentelor solicitate (dacă se solicită copii în format scris) cat si taxele de expediere.

Vă mulţumesc pentru solicitudine,
.....
(semnătura petentului)

Numele şi prenumele petentului . .....
Adresa .....
Telefon .....
Fax .....

Anexa
La Contractul de munca individual

DECLARATIE DE CONFIDENTIALITATE

Subsemnatul(a) _____ nascut in _____ judetul _____ la data de _____, CNP_____ posesor al B.I./C.I. seria ____ nr. _____ eliberat de _____la data de _____ cu domiciliul stabil in localitatea _____ judetul _____str. _____ nr. _____ bl. _____ sc. _____ et. _____ ap. _____ , salariat al Spitalului de ....., avand functia de _____

Am fost informat de specificul activitatii pe care urmeaza sa o desfasor la locul de munca si am luat cunostinta de prevederile Contractului colectiv de munca, a Regulamentului de Ordine Interioara, Regulamentul Intern si a prevederilor legale cu privire la pastrarea secretului de stat, a secretului de serviciu si confidentialitatea tuturor datelor medicale ale pacientilor si a informatiilor legate de activitatea din spital.

Ma angajez sa pastrez cu strictete confidentialitatea, asupra tuturor datelor si informatiilor ce mi-au fost incredintate, sa respect intocmai normelor legate cu privire la evidente, manipularea, pastrarea si furnizarea informatiilor, datelor si documentelor.

Sunt constient ca in cazul cind voi incalca dispozitiile legate privind confidentialitatea asupra activitatii desfasurate, divulgarea oricaror date si informatii, voi raspunde potrivit legii si prevederilor Contractului colectiv de munca, Contractului individual de munca, administrativ, disciplinar, material, civil sau penal, in raport cu gravitatea faptei.

Prezentul angajament se va completa personal de catre fiecare salariat.

Data,

Semnatura

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA PENTRU PĂSTRAREA CONFIDENŢIALITĂTII PRIVIND PACIENTUL HIV/SIDA**	**81** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Cab. Av. Tudorancea	Comp juridic	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Procedura descrie obligativitatea de a pastra confidentialitatea in situatia in care un paicent care se interneaza are diagnostic de HIV/SIDA sau daca este depistat la examenle de laborrator cu HIV/SIDA.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate sectiile spitalului si in laboratoare.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientilor

Legea nr. 48/16 ianuarie 2002 pentru aprobarea Ordonanţei Guvernului nr. 137/31 august 2000 privind prevenirea şi sancţionarea tuturor formelor de discriminare

Legea nr.27/2004, pentru completarea OG nr.137/2000, privind prevenirea şi sancţionarea tuturor formelor de discriminare privind prevenirea şi sancţionarea tuturor formelor de discriminare

Ordinul 990/22 decembrie 1998 privind sistemul de declarare a infecţiei cu virusul imuno-deficienţei umane şi aprobarea metodologiei de aplicare a acestuia

4. RESPONSABILITĂŢI

Responsabil de proces = medic sef sectie/asistent sef sectie

Echipa de proces = Director emdical + director de ingrijiri

5. DESCRIEREA PROCESULUI

Confidentialitatea sau secretul profesional reprezinta obligatia profesionistilor de a pastra secrete informatiile despre persoane, atunci cand respectivele informatii sunt obtinute in exercitarea profesiei.

In cazul infectiei cu HIV sau al vulnerabilitatii sociale, respectarea confidentialitatii inseamna nu numai respectarea dreptului unei persoane la viata privata, ci si evitarea stigmatizarii si discriminarii acesteia, intr-o societate care nu reuseste inca sa asigure respect si sanse egale pentru toti membrii ei. In contextul existentei

discriminarii, urmatoarele informatii despre persoane necesita pastrarea stricta a confidentialitatii: diagnosticul de infectie cu HIV, efectuarea unui test HIV, angajarea unui comportament cu risc de infectare (parteneri multipli, prostitutie, consum de droguri), asocierea (partener, membru al familiei) cu o persoana infectata cu HIV.

Confidenţialitatea asupra datelor personale – diagnostic, situaţie socială, practici sexuale – înseamnă că medicii, asistentele medicale, funcţionarii, toţi cei care intră în posesia unor date personale ale altor persoane, trebuie să păstreze secrete informaţiile despre beneficiari.

Nici o informaţie despre datele beneficiarului nu poate fi împărtăşită unei alte persoane, cu excepţia următoarelor situaţii:

- acceptul beneficiarului sau aparţinătorului (în cazul copiilor sau în cel al persoanelor care au interdicţie);
- solicitarea procuraturii;
- referirea către alt medic (în cazul medicilor).

In situatia in care un pacient care se adreseaza spitalului pentru o suferinta are deja diagnosticul de HIV/SIDA, sau daca un paicent este depistat la testele efectuate in spital cu HIV/SIDA, aceste informatii nu pot fi divulgate, transmise, utilizate la nici o alta persoana din afara spitalului, cu exceptiile enuntate mai sus.

Informatiile se vor comunica doar in cadrul declararii bolii, catre DSP.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURI ÎN PRIVINŢA ACCESULUI ŞI A UTILIZĂRII DATELOR PACIENŢILOR PROTOCOL DE COLECTARE DATE**	**82** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/4**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihai	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihai	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP: prezenta procedura reglementează modul de colectare a datelor personale ale pacienților si utilizarea acestora.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in cadrul secției (secțiilor) / departamentului / serviciului (serviciilor) etc.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

- Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
- Ordinul nr. 1.782/2006 privind înregistrarea si raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă si spitalizare de zi
- Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientului
- 440/2003 privind înregistrarea si raportarea statistica a pacienților care primesc servicii medicale in regim de spitalizare de zi – Modificat de O 3/2004
- 29/2003 privind introducerea colectării electronice a Setului minim de date la nivel de pacient (SMDP) in spitalele din Romania – Modificat de O 1623/2004
- Ordinul 19/2011 privind completarea formularelor de raportare (codificarea categoriilor de asigurați)
- CONTRACT-CADRU privind condițiile acordării asistentei medicale in cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012
- Ordin nr. 1062 din 23.12.2010 pentru modificarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 445/2010 privind aprobarea Regulilor de validare a cazurilor spitalizate in regim de spitalizare continua si a Metodologiei de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicita revalidarea.
- Ordin nr. 1490 din 14.12.2010 privind modificarea Ordinului ministrului sanatatii publice si al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1782/576/2006 privind înregistrarea si raportarea statistica a pacienților care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi.
- Ordinul 798/2002 privind introducerea in spitale a formularului FOAIA DE OBSERVATIE CLINICA GENERALA (Modificat de Ordinul 88/2004, Ordinul 798-1/2002 Anexa, Ordinul 798-2/2002 Instrucțiuni)
- Ordinul nr.384/413/26.03.2009 privind aprobarea modelului unic al biletului de trimitere pentru servicii medicale

- Ordin 617/2007 (MO 649/2007) cu modificările si completările ulterioare – Ordin pentru aprobarea Normelor metodologice privind stabilirea documentelor justificative pentru dobândirea calitativi de asigurat, respectiv asigurat fara plata contribuției, precum si pentru aplicarea masurilor de executare silita pentru încasarea sumelor datorate la Fondul National unic

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = operator / asistent medical
Echipa de proces = medic sef secție + Director medical + informatician spital

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Definiţii

a) date cu caracter personal - orice informaţii referitoare la o persoană fizică identificată sau identificabilă; o persoană identificabilă este acea persoană care poate fi identificată, direct sau indirect, în mod particular prin referire la un număr de identificare ori la unul sau la mai mulţi factori specifici identităţii sale fizice, fiziologice, psihice, economice, culturale sau sociale.
b) prelucrarea datelor cu caracter personal - orice operaţiune sau set de operaţiuni care se efectuează asupra datelor cu caracter personal, prin mijloace automate sau neautomate, cum ar fi colectarea, înregistrarea, organizarea, stocarea, adaptarea ori modificarea, extragerea, consultarea, utilizarea, dezvăluirea către terţi prin transmitere, diseminare sau în orice alt mod, alăturarea ori combinarea, blocarea, ştergerea sau distrugerea.
c) e) operator - orice persoană fizică sau juridică, de drept privat ori de drept public, inclusive autorităţile publice, instituţiile şi structurile teritoriale ale acestora, care stabileşte scopul şi mijloacele de prelucrare a datelor cu caracter personal; dacă scopul şi mijloacele de prelucrare a datelor cu caracter personal sunt determinate printr-un act normativ sau în baza unui act normativ, operator este persoana fizică sau juridică, de drept public ori de drept privat, care este desemnată ca operator prin acel act normativ sau în baza acelui act normativ.
d) Utilizarea datelor cu caracter personal de către spital nostru este în conformitate cu reglementările legale in vigoare si tine cont de protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulație a acestor date si cuprinde procedurile:

1. P*rocedură colectare date*

Procedura privind colectarea datelor in spitalul nostru se desfasoara in conformitate cu prevederile art. 7 din Ordinul nr. 1.782/2006 privind înregistrarea si raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă si spitalizare de zi.

Înregistrarea datelor se realizeaza astfel:

- La camera de garda / UPU / CPU, pentru a inregistra urgenta, date de identificare ale pacienților de introduc in format electronic
- La internare date de identificare ale pacienților de introduc in format electronic
- Pentru internarea continua setul minim de date din FOCG se introduce in format electronic
- Pentru internarea de zi

Prin înregistrarea in format electronic a datelor personale din FOCG, se colecteaza Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării continue (SMDPC), format din datele clinice la nivel de pacient, si setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării de zi (SMDPZ), format din datele clinice la nivel de pacient care se colectează electronic din FSZ.

PC personale ale operatorilor / asistentilor medicali ce introduc datele pacienților sunt parolate si nu are nimeni acces la acestea, fiind securizate dupa incetarea programului.

2. *Baza de date pacienţi*

Completarea bazei de date si actualizarea acesteia este necesară în vederea acumulării progresive si constante a datelor despre pacienti.

Baza de date este securizata (parola de utilizare) si utilizata doar de serviciul statistica – informatica – DRG si de către medicii curanti si asistentele din sectiile respective.

Spitalul a emis Decizii pentru:

- *Decizie privind responsabilul cu datele pacienţilor pe fiecare secţie;*
- *Decizie privind responsabilul pentru baza de date a secţiei farmacie;*
- *Decizie privind gestionarul pe spital pentru baza de date medicale sau echivalentul său, DRG;*
- *Decizie de numire a responsabilului pentru colectarea datelor şi informaţiilor medicale.*

3. ***Protocol informare pacienţi referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal***

Datele cu caracter personal destinate a face obiectul prelucrarii sunt prelucrate cu bună-credintă si în conformitate cu dispozitiile legale în vigoare.

Prelucrările de date cu caracter personal se efectuateaza dupa informarea pacientului si obtinerea consimtământul în mod expres si neechivoc pentru acea prelucrare.

Pacientii sunt informati in baza Procedurii de informare adoptata de spital, cu privire la:

a) identitatea operatorului si a reprezentantului acestuia, dacă este cazul;
b) scopul în care se face prelucrarea datelor;
c) informatii suplimentare, precum: destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor; dacă furnizarea tuturor datelor cerute este obligatorie si consecintele refuzului de a le furniza; existenta drepturilor de acces, de interventie asupra datelor si de opozitie, precum si condițiile în care pot fi exercitate;
d) orice alte informatii a căror furnizare este impusă prin dispozitie a autoritatii de supraveghere, tinând seama de specificul prelucrării.

4. ***Accesarea dosarului personal***

În conformitate cu prevederile art. 24 din Legea nr. 46/2003 drepturilor pacientului si ale art. 9 din Ordinul nr. 386/2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003, pacientul are acces la datele medicale personale, spitalele având obligatia de a asigura pacienților accesul neîngrădit la aceste date.

Pentru a accesa dosarul personal, pacientul solicita in scris aprobare conducerii unitatii sanitatre, conform cu metodologia din Procedura de informare a pacientului adoptata de spital.

NOTA

Conform cerintelor Legii nr. 677/2001 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulație a acestor date, modificata si completata si ale Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal,

Spitalul are obligatia de a administra în conditii de siguranta si numai pentru scopurile specificate, datele personale pe care ni le furnizati despre dumneavoastra, un membru al familiei dumneavoastra ori o alta persoana.

Datele colectate cu scopul asigurarii protectiei sociale prin servicii de sănătate sunt necesare pentru a va acorda aceste servicii. Sunteti obligat(a) sa furnizati datele, refuzul dvs de a furniza aceste date determina imposibilitatea acordării acestor servicii.

Informatiile înregistrate sunt destinate utilizarii de către operatorul spitalului si nu sunt comunicate altor destinatari.

Conform Legii nr. 677/2001, beneficiati de dreptul de acces, de interventie asupra datelor, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale si dreptul de a va adresa justitiei.

Datele dumneavoastra nu vor fi transferate în strainatate

Daca unele din datele despre dumneavoastra sunt incorecte, va rugam sa ne informati cât mai curând posibil.

Observatie:

- orice persoana are dreptul de a se opune, pentru motive legitime, la prelucrarea datelor ce o privesc. Acest drept de opozitie poate fi exclus pentru anumite prelucrari prevazute de lege (de ex.: prelucrari efectuate de serviciile financiare si fiscale, de politie, justitie, securitate sociala). Prin urmare, aceasta mentiune nu poate figura daca prelucrarea are un caracter obligatoriu; orice persoana are, de asemenea, dreptul de a se opune, în mod gratuit si fara nici o justificare, la prelucrarile datelor sale personale în scopuri de marketing direct.
- Dreptul la confidenţialitatea informaţiilor şi viaţa privată a pacientului (Legea 46/2003)
- Toate informaţiile privind starea pacientului, rezultatele investigaţiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidenţiale chiar şi după decesul acestuia.

- Informaţiile cu caracter confidenţial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul îşi dă consimţământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres.
- În cazul în care informaţiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditaţi, implicaţi în tratamentul pacientului, acordarea consimţământului nu mai este obligatorie.

Pacientul are acces la datele medicale personale.

- Orice amestec în viaţa privată, familială a pacientului este interzis, cu excepţia cazurilor în care această imixtiune influenţează pozitiv diagnosticul, tratamentul ori îngrijirile acordate şi numai cu consimţământul pacientului.
- Sunt considerate excepţii cazurile în care pacientul reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică.

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	06.06.2013
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOPUL

Monitorizarea desfăşurării în condiţii legale a studiilor clinice pe subiecţi umani în Spitalul **DOMENIUL DE APLICARE**

Studiile clinice cu medicamente de investigaţie clinică pe subiecţi umani.

2. DOCUMENTELE DE REFERINŢĂ

Reglementări internaţionale:

3.1 “Declaraţia pentru drepturile omului” de la Helsinki modificată;

3.2 Ghidului pentru buna practică în studiul clinic al Comitetului pentru Medicamente Brevetate (Committee for Proprietary Medicinal Products = CPMP) / Conferinţa Internaţională pentru Armonizare (International Conference on Harmonization = ICH) 135/95, amendat în 2002.

Legislaţie primară :

3.3 Ordinul MSP nr. 903 din 2006 pentru aprobarea Principiilor şi ghidurilor detaliate privind buna practică în studiul clinic pentru medicamente de uz uman pentru investigaţie clinică;

3.4 Ordinul MSP nr. 904 din 2006 pentru aprobarea Normelor referitoare la implementarea regulilor de bună practică în desfăşurarea studiilor clinice efectuate cu medicamente de uz uman.

Legislaţie secundară:

3.5 Hotărârea nr. 14/31.03.2006 a Consiliului Ştiinţific al ANM referitoare la aprobarea Normelor referitoare la implementarea regulilor de bună practică în desfăşurarea studiilor clinice efectuate cu medicamente de uz uman;

3.6 Hotărârea nr. 39/27.10.2006 a Consiliului Ştiinţific al ANM referitoare la aprobarea ghidului privind buna practică în studiul clinic;

3.7 Hotărârea nr. 40/27.10.2006 a Consiliului Ştiinţific al ANM referitoare la aprobarea Ghidului privind consideraţii generale despre studiile clinice;

3.8 Hotărârea nr. 47/15.12.2006 a Consiliului Ştiinţific al ANM referitoare la aprobarea Ghidului privind procedurile de inspecţie pentru verificarea conformităţii cu buna practică în studiul clinic;

3.9 Hotărârea nr. 48/15.12.2006 a Consiliului Ştiinţific al ANM referitoare la aprobarea Ghidului privind calificarea inspectorilor care verifică conformitatea studiilor clinice cu buna practică în studiul clinic;
3.10 Hotărârea nr. 49/15.12.2006 a Consiliului Ştiinţific al ANM referitoare la aprobarea Ghidului privind cererea de autorizare a unui studiu clinic cu un medicament de uz uman, adresată autorităţii competente, notificarea unor amendamente importante şi declararea închiderii unui studiu clinic în România;
3.11 Hotărârea nr. 50/15.12.2006 a Consiliului Ştiinţific al ANM la aprobarea Ghidului privind formularul cererii şi documentaţia care trebuie trimise comisiei de etică în vederea obţinerii opiniei acesteia asupra desfăşurării unui studiu clinic cu medicamente de uz uman în România;
3.12 Hotărârea nr. 51/15.12.2006 a Consiliului Ştiinţific al ANM referitoare la aprobarea Ghidului privind dosarul de bază al studiului clinic şi arhivarea acestuia;

Alte documente, inclusiv reglemetări interne ale SPITALUL
3.13 Ordinul MSP nr. 912 din 2006 privind aprobarea Reglementărilor pentru autorizarea unităţilor care pot efectua studii clinice în domeniul medicamentelor de uz uman;
3.14 Hotărârea nr. 13/31.03.2006 a Consiliului Ştiinţific al ANM referitoare la aprobarea principiilor şi ghidurilor detaliate privind buna practică în studiul clinic pentru medicamente de uz uman pentru investigaţie clinică, cât şi la cerinţele pentru fabricaţia şi importul acestor medicamente;
3.15 Hotărârea nr. 21/22.05.2006 a Consiliului Ştiinţific al ANM referitoare la aprobarea ghidului pentru elaborarea raportului de evaluare privind documentaţia clinică.

4 DEFINIŢII ŞI ABREVIERI

· *Studiul clinic* - orice investigaţie efectuată asupra subiecţilor umani, pentru a descoperi sau a confirma efectele clinice, farmacologice şi/sau alte efecte farmacodinamice ale unuia sau mai multor medicamente pentru investigaţie clinică şi/sau pentru a identifica orice reacţie adversă la unul sau mai multe medicamente pentru investigaţie clinică şi/sau pentru a studia absorbţia, distribuţia, metabolismul şi eliminarea unuia sau mai multor medicamente pentru investigaţie clinică în vederea evaluării siguranţei şi/sau eficacităţii lor; sunt incluse studiile clinice efectuate într-un centru unic sau în centre multiple, într-una sau mai multe ţări.
· *Sponsorul - Investigator* - o persoană fizică ce iniţiază şi conduce singur sau în colaborare, un studiu clinic şi sub a cărei conducere medicamentul pentru investigaţie clinică este administrat subiectului studiului; obligaţiile sponsorului-investigator includ atât pe cele ale sponsorului şi cât şi pe cele ale investigatorului.
· *Regulile de bună practică în studiul clinic* - un standard în funcţie de care se face proiectarea, conducerea, desfăşurarea, monitorizarea, auditul, înregistrarea, analiza şi raportarea studiului clinic, care constituie garanţia atât a credibilităţii şi corectitudinii datelor şi rezultatelor raportate, cât şi a faptului că sunt protejate drepturile şi integritatea subiecţilor ca şi confidenţialitatea acestora.
· *Medicamentul pentru investigaţie clinică* - forma farmaceutică a unei substanţe active sau placebo care se testează ori se utilizează ca referinţă într-un studiu clinic, inclusiv medicamentele având deja autorizaţie de punere pe piaţă dar care sunt utilizate, prezentate sau ambalate diferit în raport cu forma autorizată ori care sunt utilizate pentru o indicaţie neautorizată sau în vederea obţinerii de informaţii mai ample asupra formei autorizate.
· *Protocolul* - document care descrie obiectivul/obiectivele, concepţia, metodologia, aspectele statistice şi organizarea studiului; termenul "protocol" acoperă protocolul, versiunile sale succesive şi amendamentele acestuia.
· *Investigatorul* - un medic [illegible] exercită o profesiune agreată în România în vederea desfăşurării studiilor clinice conform legislaţiei în vigoare, pe baza cunoştinţelor ştiinţifice şi a experienţei în domeniul îngrijirii pacienţilor pe care le necesită aceasta; investigatorul este responsabil de desfăşurarea studiului clinic într-un centru, iar dacă, într-un centru, studiul este efectuat de o echipă, investigatorul este conducătorul echipei şi poate fi numit investigator principal.
· *Consimţământul exprimat în cunoştinţă de cauză* - decizie, care trebuie să fie scrisă, datată şi semnată, de a participa la un studiu clinic, luată de bună voie şi după ce au fost primite toate informaţiile necesare despre natura, semnificaţia, consecinţele şi riscurile posibile, precum şi documentaţia necesară, de către o persoană capabilă să-şi dea consimţământul sau, dacă este vorba despre o persoană care nu este în măsură să o facă, de către reprezentantul său legal; dacă persoana implicată nu este capabilă să scrie, ea poate să-şi dea, în cazuri excepţionale prevăzute de legislaţia naţională, consimţământul verbal în prezenţa a cel puţin unui martor.

· *Contractul* - o înţelegere scrisă, datată şi semnată între două sau mai multe părţi care precizează modul de rezolvare al unor situaţii de delegare şi distribuire a sarcinilor şi obligaţiilor, incluzând domeniul financiar, atunci când este cazul; protocolul poate fi folosit ca bază pentru un contract.

· *Raportul studiului clinic* - o prezentare în scris a studiului clinic, efectuat asupra subiecţilor umani, prin administrarea unui produs în scop terapeutic, profilactic sau de diagnostic, în care descrierea, prezentarea şi analiza clinică şi statistică sunt integrate într-un singur document (a se vedea Ghidul privind structura şi conţinutul raportului studiului clinic).

· *Subiectul studiului* – o persoană care participă la un studiu clinic, fie că primeşte medicamentul pentru investigaţie clinică, fie că are rol de martor.

5 DESCRIEREA PROCEDURII

Generalităţi

a. Înainte de a iniţia un studiu clinic, trebuie apreciate riscurile previzibile şi inconvenientele comparativ cu beneficiul anticipat pentru subiectul studiului şi societate; un studiu trebuie iniţiat şi continuat numai dacă beneficiul anticipat justifică riscul;

b. Studiul clinic trebuie să fie corect din punct de vedere ştiinţific şi să fie descris într-un protocol clar şi detaliat. Un studiu clinic trebuie condus în conformitate cu protocolul care a fost aprobat/a obţinut o opinie favorabilă de la Comisia naţională de etică;

c. Consimţământul exprimat în cunoştinţă de cauză trebuie să fie obţinut în mod liber de la fiecare subiect înainte de participarea acestuia la studiul clinic;

d. Comisia de etică (CE) a Spitalului trebuie să asigure drepturile, siguranţa şi confortul tuturor subiecţilor studiului; trebuie acordată o atenţie specială studiilor care pot include subiecţi vulnerabili.

DOCUMENTE UTILIZATE

Lista şi proveniența documentelor:

A.) Lista minimă a documentelor esenţiale necesare pentru desfăşurarea unui studiu clinic – anexa 2 a Hotărârii nr. 39/27.10.2006 a Consiliului Ştiinţific al ANM referitoare la aprobarea ghidului privind buna practică în studiul clinic:

1. Înainte de începerea fazei clinice a studiului:

- Broşura investigatorului,
- Protocolul semnat, amendamentele dacă există şi modelul formularului de raportare a cazului,
- Informaţiile pentru subiectului studiului clinic:
- formularul de consimţământ exprimat în cunoştinţă de cauză (incluzând toate traducerile),
- anunţurile, modalităţile de anunţare a subiecţilor despre iniţierea studiului în vederea recrutării subiecţilor (dacă sunt utilizate),
- Aspectele financiare ale studiului,
- Documentul de asigurare (când este necesar),
- Contractul semnat între părţile implicate, de ex. investigator/instituţie şi sponsor, investigator/instituţie şi OCC, sponsor şi OCC, investigator/instituţie şi autorităţi (când este cerut),
- Aprobarea protocolului/confirmarea primirii acestuia emise de Agenţia Naţională a Medicamentului (unde este cazul),
- Curriculum vitae şi/sau alte documente relevante care să evidenţieze calificarea investigatorului şi a subinvestigatorului (certificat de GCP nu mai vechi de un an),
- Valorile normale / limitele acestora pentru procedurile/testele medicale/ de laborator/tehnice incluse în protocol,
- Testele medicale/de laborator/ proceduri tehnice, certificarea acestora, acreditarea sau controlul de calitate efectuat şi/sau evaluarea externă a calităţii, alte validări (când se cer),
- Procedurile de decodificare în cazul studiilor de tip ,,orb",
- Instrucţiuni de manevrare a medicamentului pentru investigaţie clinică şi materialelor privind studiul (dacă nu sunt incluse în protocol sau în broşura investigatorului),

- Înregistrările transportului pentru medicamentul pentru investigaţie clinică şi al materialelor necesare,
- Raportul monitorizării iniţierii studiului,
- Comisia de etică– structura CE,
- Aprobarea datată a CE a Spitalului privind următoarele:
- protocolul şi amendamentele,
- formularul de raportare a cazului (dacă este necesar),
- formularul pentru consimţământul exprimat în cunoştinţă de cauză,
- oricare informaţie scrisă care să fie predată subiectului,
- anunţuri sau alte modalităţi folosite pentru recrutarea subiecţilor (dacă există),
- compensarea subiecţilor (dacă există),
- oricare document care a primit aprobarea/opinia favorabilă.

2. În cursul desfăşurării studiului clinic:

a) Broşura investigatorului actualizată,

b) Orice revizuire a:
· protocolului/amendamentelor şi formularului de raportare a cazului,
· formularul pentru consimţământul exprimat în cunoştinţă de cauză,
· orice informaţie scrisă predată subiectului,
· anunţurile pentru recrutarea subiecţilor (dacă s-au folosit).

c) Documentele datate conţinând aprobarea CE privind următoarele:
· amendamente la protocol,
· revizuirea:
· consimţământului exprimat în cunoştinţă de cauză,
· oricărei informaţii scrise care să fie predată subiectului,
· anunţurilor pentru recrutarea subiecţilor (dacă au fost folosite),
· oricare alt document pentru care există aprobarea,
· revizuirea continuă a studiului (când este cerută);

d) Aprobările/înştiinţările emise de Agenţia Naţională a Medicamentului cerute pentru:
· amendamente la protocol şi alte documente,
e) Curriculum vitae pentru noii investigatori şi/sau subinvestigatori,
f) Actualizarea valorilor normale/a limitelor pentru testele medicale/de laborator/procedurile tehnice incluse în protocol,
g) Teste medicale/de laborator/proceduri tehnice actualizate:
· certificarea sau acreditarea sau efectuarea controlului de calitate şi/sau evaluarea externă a calităţii sau alte validări (când este cazul),
h) Documente privind transportul medicamentului pentru investigaţie clinică şi al materialelor pentru studiul clinic,
i) Formulare de consimţământ exprimat în cunoştinţă de cauză,
j) Documentele sursă,
k) Formularul de raportare a cazului completat, semnat şi datat,
l) Înştiinţarea sponsorului de către investigator privind evenimentele adverse grave şi rapoartele referitoare la ele,
m) Raportul privind reacţiile adverse grave şi neaşteptate şi alte informaţii despre siguranţa subiectului adresat de sponsor Agenţiei Naţionale a Medicamentului şi CE, atunci când este cazul,
n) Informaţiile despre siguranţa subiectului transmise de sponsor investigatorilor,
o) Rapoartele intermediare sau anuale către CE şi Agenţia Naţională a Medicamentului,
p) Tabelul subiecţilor pentru selecţie şi tabelul subiecţilor incluşi
q) Lista codurilor de identificare a subiecţilor,
r) Gestionarea medicamentului pentru investigaţie clinică la locul studiului
s) Documentul cu mostre de semnături
t) Înregistrarea mostrelor de lichide din organism/ţesut păstrate (dacă există).

3. După închiderea studiului clinic:

a) Contabilizarea medicamentului pentru investigaţie clinică la locul studiului,
b) Documentaţia privind distrugerea medicamentului pentru investigaţie clinică,
c) Certificatul de audit (dacă este disponibil),
d) Raportul final al investigatorului către CE, dacă este cerut şi către Agenţia Naţională a Medicamentului,
e) Raportul studiului clinic.

B.) CE trebuie să primească următoarele documente:
a) protocolul clinic/amendamentele;
b) formularul de consimţământ exprimat în cunoştinţă de cauză şi formularul actualizat dacă investigatorul îl propune pentru utilizare în cadrul studiului;
c) procedeele de recrutare a subiecţilor (de ex. anunţuri);
d) informaţiile scrise care vor fi date subiecţilor;
e) broşura investigatorului;
f) informaţiile disponibile privind siguranţa administrării medicamentului;
g) informaţii despre plăţile şi compensaţiile disponibile pentru subiecţi;
h) curriculum vitae actualizat al investigatorului şi/sau alte documente care dovedesc calificarea acestuia;
i) oricare alte documente necesare pentru ca CE să îşi îndeplinească responsabilităţile;
C.) CE trebuie să evalueze calificarea investigatorului pentru studiul propus, informaţiile din curriculum vitae actualizat şi/sau din oricare document relevant solicitat de CE.

Conţinutul şi rolul documentelor:

a) Investigatorul trebuie să cunoască şi să respecte regulile de bună practică în studiul clinic precum şi reglementările legale în domeniu;
b) Investigatorul/instituţia trebuie să desfăşoare studiul cu respectarea protocolului aprobat de sponsor şi de autorităţile competente şi pentru care s-a obţinut aprobarea/opinia favorabilă a CE. Investigatorul nu trebuie să se abată de la protocol sau să modifice protocolul fără acordul sponsorului şi înainte de a primi aprobarea/opinia favorabilă a CE cu privire la amendament, cu excepţia situaţiilor în care este necesară eliminarea imediată a riscurilor pentru subiecţi sau când modificările implică numai aspecte de logistică sau administrative ale studiului (de ex. schimbarea monitorului sau a numărului de telefon);
c) Formularul consimţământului exprimat în cunoştinţă de cauză şi alte informaţii scrise destinate subiecţilor trebuie reactualizate ori de câte ori sunt disponibile informaţii noi care pot fi importante pentru consimţământul exprimat în cunoştinţă de cauză al subiectului.

CIRCUITUL DOCUMENTELOR:

a.) **CE trebuie să evalueze studiul clinic propus într-o perioadă de timp convenabilă (maximum 7 zile de la depunerea tuturor documentelor solicitate) şi să-şi exprime în scris punctul de vedere**, cu identificarea clară a studiului, a documentelor verificate şi a datelor pentru următoarele:
- aprobarea/opinia favorabilă;
- modificările necesare pentru obţinerea aprobării/opiniei favorabile;
- neaprobarea/opinia negativă;

închiderea studiului/suspendarea oricărei aprobări preliminare/opinii favorabile;

b.) dupa obtinerea avizului favorabil din partea CE sponsorul trebuie sa intocmeasca dosarul obligatoriu cuprinzand lista minimă a documentelor esenţiale necesare pentru desfăşurarea unui studiu clinic prevazute de Anexa 2 a Hotărârii nr. 39/27.10.2006 a Consiliului Ştiinţific al ANM referitoare la aprobarea ghidului privind buna practică în studiul clinic;

c.) **contractul de desfăşurare a studiilor clinice încheiat între SPITALUL şi Sponsor** după obtinerea de către acesta din urmă a unei opinii favorabile din partea CE a Spitalului trebuie să conţină următoarele prevederi suplimentare:

- să fie redactat în limba română (în cazul existenţei unui contract bilingv, în faţa justiţiei va prevala varianta în limba română);
- să conţină prevederea obligării Sponsorului de a contracta, pe toată perioada desfăşurării studiului clinic, a unei asigurări care să acopere toate riscurile la care sunt supuşi subiecţii participanţi;
- să contină un grafic detaliat al tututror vizitelor, investigaţiilor si procedurilor ce vor fi efectuate pacienţilor incluşi în studiu, cu defalcarea sumei finale pe care sponsorul o va plăti SPITALUL pe fiecare din aceste proceduri;
- să conţină obligativitatea Investigatorului Principal de a elabora rapoarte trimestriale privind statusul desfăşurării studiului clinic, rapoarte ce vor cuprinde exact numărul de pacienţi incluşi în studiu precum şi etapele parcurse de aceştia şi care vor fi adresate Direcţiunii Spitalului;
- obligativitatea Sponsorului de a efectua trimestrial plăţi către SPITALUL, funcţie de raportările Investigatorilor Principali;

8.3. Resurse necesare

Resurse materiale:

Toate resursele materiale necesare desfăşurării oricărui studiu clinic în SPITALUL cad în sarcina Sponsorului;

Resurse umane:

a.) **CE** a Spitalului - trebuie să fie alcătuită dintr-un număr adecvat de membri care, în ansamblu, să aibă calificarea şi experienţa pentru a verifica şi evalua aspectele ştiinţifice, medicale şi etice pentru studiul propus;

b.) **Investigatorul/investigatorii** trebuie să fie calificat/calificaţi prin educaţie, instruiri şi experienţă, pentru a-şi asuma responsabilitatea pentru conducerea studiului, trebuie să întrunească toate calificările precizate prin reglementările în domeniu şi trebuie să dovedească aceste calificări prin curriculum vitae actualizat şi/sau documentaţia relevantă cerută de sponsor, CE şi/sau Agenţia Naţională a Medicamentului. Investigatorul trebuie să cunoască şi să respecte regulile de bună practică în studiul clinic precum şi reglementările legale în domeniu;

c.) Investigatorul trebuie să aibă în echipă un număr adecvat de persoane calificate precum şi aparatura şi facilităţile necesare pentru întreaga durată prevăzută de desfăşurare a studiului, pentru a conduce corect şi în siguranţă studiul;

e.) Investigatorul trebuie să se asigure că toate persoanele care participă la studiu sunt informate adecvat despre protocol, medicamentul pentru investigaţie clinică, precum şi despre sarcinile şi funcţiile lor în cadrul studiului. Un medic calificat, care este investigator sau subinvestigator într-un studiu, trebuie să fie responsabil pentru toate deciziile medicale privind studiul;

Resurse financiare

SPITALUL nu participă financiar la realizarea oricărui studiu clinic la care este parte.

Modul de lucru

Planificarea operaţiunilor şi acţiunilor activităţii

a.) **CE:**

- trebuie să îşi desfăşoare activitatea în conformitate cu procedurile de lucru scrise, trebuie să păstreze înregistrări scrise privind activitatea ei şi procesele verbale ale întâlnirilor şi trebuie să acţioneze în conformitate cu regulile de bună practică în studiul clinic şi cu reglementările legale în vigoare.

- trebuie să evalueze studiul clinic propus într-o perioadă de timp convenabilă (maximum 7 zile de la depuberea tuturor documentelor solicitate) şi să-şi exprime în scris punctul de vedere, cu identificarea clară a studiului;

b.) **acordul de principiu al conducerii SPITALUL pentru desfăsurarea studiului clinic în Spital se eliberează în maximum 24 ore de la depunerea solicitării şi este valabil maximum 3 luni de la data eliberării**, sub sancţiunea încheierii unui contract de desfăşurare a studiului clinic respectiv cu Spitalul;

c.) **depunerea solicitării de încheiere a unui contract de desfăşurare a unui studiu clinic în SPITALUL trebuie însoţită şi de cea a documentaţiei necesare constituirii dosarului obligatoriu al studiului** ce va cuprinde lista minimă a documentelor esenţiale necesare pentru desfăşurarea unui studiu clinic prevazute de Anexa 2 a Hotărârii nr. 39/27.10.2006 a Consiliului Ştiinţific al ANM referitoare la aprobarea ghidului privind buna practică în studiul clinic;

d.) **evaluarea documentaţiei necesare constituirii dosarului obligatoriu al studiului** de către Serviciul Contencios şi Serviciul Financiar se face în maximum 15 zile de la data depunerii solicitării de încheiere a unui contract de desfăşurare a unui studiu clinic în SPITALUL, cu excepţia cazurilor în care Sponsorul întârzie punerea la dispoziţia celor în drept a tuturor documentelor solicitate;

e.) pe baza referatului de aprobare a desfăşurării studiului clinic semnat de Directorul de cercetare-dezvoltare, Directorul financiar-contabil şi avizat de consilierul juridic al Spitalului, Managerul SPITALUL procedează la semnarea Contractului de desfăşurare a studiului clinic în Spital, contract ce va intra în vigoare la data semnării lui de ambele părţi.

Derularea operaţiunilor şi acţiunilor activităţii

Desfăşurarea studiilor clinice în cadrul SPITALUL se face pe baza unor contracte încheiate între Sponsor şi Spital, toate operaţiunile şi acţiunile activităţii vor fi desfăşurate în cadrul derulării acestor studii clinice fiind clar stipulate în protocolul fiecărui studiu în parte.

Valorificarea rezultatelor activităţii

Valorificarea rezultatelor fiecărui studiu clinic în parte este stipulată în cadrul fiecărui contract de desfăsurare de studii clinice în Spital încheiat cu fiecare Sponsor în parte.

6. RESPONSABILITĂŢI ŞI RASPUNDERI ÎN DERULAREA ACTIVITĂŢII

Fiecare serviciu al SPITALUL implicat în derularea desfăsurării de studii clinice în Spital (Contencios, Financiar, de Educaţie Medicală Continuă), Comisia de Etică şi Directorul de Cercetare-Dezvoltare al SPITALUL au responsabilităţile şi răspunderile prevăzute în procedurile proprii de lucru şi fişa postului fiecărui angajat în parte.

Biroul de Coordonare al Activităţilor de Cercetare Ştiinţifică, Studii Clinice şi Educaţie Medicală Continuă urmăreşte respectarea procedurii de desfăşurare a studiilor clinice şi întocmeşte trimestrial situaţii privind fiecare studiu clinic în parte în desfăşurare în Spital.

Biroul de Coordonare al Activităţilor de Cercetare Ştiinţifică, Studii Clinice şi Educaţie Medicală Continuă solicită nominal fiecărui Investigator Principal raportări periodice (în funcţie de prevederile fiecarui contract în parte) cu privire la numărul de pacienţi incluşi în studiul al cărui coordonator este, precum şi asupra investigaţiilor, tratamentelor, procedurilor, etc., la care pacienţii respectivi au participat. Toate datele culese sunt centralizate trimestrial şi vor fi înaintate spre a fi facturate Sponsorilor Serviciului Financiar al Spitalului până pe data de 05 a lunilor ianuarie, aprilie, iulie si octombrie.

Pe baza situaţilor primite de la Biroul de Coordonare, Serviciului Financiar al Spitalului va emite Sponsorilor conform prevederilor fiecărui contract în parte situatii financiare şi facturi, urmărind ulterior plata acestora şi încasarea sumelor respective de către Spital.

Serviciul Financiar împreună cu Directorul Financiar-Contabil, Directorul de Cercetare-Dezvoltare şi Directorul de Resurse Umane vor întocmi anual proiectul de buget de venituri şi cheltuieli din activităţi de cercetare ştiinţifică şi desfăşurare de studii clinice în Spital, care va face parte integrantă din bugetul de venituri şi cheltuieli al Spitalului şi îl vor propune spre aprobare Comitetului Director şi Managerului Spitalului.

7 ANEXE, ÎNREGISTRĂRI, ARHIVARI

Toate documentele referitoare la fiecare studiu clinic în parte trebuie arhivate conform prevederilor legale – art. 83 al. 1 din Hotărârea nr. 39/27.10.2006 a Consiliului Ştiinţific al ANM referitoare la aprobarea ghidului privind buna practică în studiul clinic: *„Documentele esenţiale trebuie păstrate cel puţin şapte ani după obţinerea primei autorizaţii de punere pe piaţă a medicamentului, dar nu mai mult de 15 ani de la închiderea oficială a studiului pentru medicamentul pentru investigaţie clinică."*

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**MĂSURI TEHNICE ŞI ORGANIZATORICE** ***pentru protejarea datelor cu caracter personal***	**084** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1 / 1**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediției** proceduri operaţionale

	Elementele privind responsabili/operaţiunea	**Numele și Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor proceduri operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

MĂSURI TEHNICE ŞI ORGANIZATORICE

adecvate pentru protejarea datelor cu caracter personal împotriva distrugerii accidentale sau ilegale, pierderii, modificării, dezvăluirii sau accesului neautorizat, precum şi împotriva oricărei alte forme de prelucrare

1. Păstrarea documentelor în fișet metalic / cabinete securizate;
2. Parolarea calculatoarelor pe diferite nivele;
3. Adoptarea Procedurii de confidențialitate;
4. Securizarea FOCG la fiecare secție și în arhivă;
5. Sistem de închidere al cabinetelor asistenților și al biroului Statistică-DRG;
6. Aviz pompieri;
7. Asigurare spital pentru dezastre;
8. Asigurarea protejării documentelor și informațiilor – înscrisă în Fisele de post;
9. Formarea continuă a personalului privind păstrarea confidențialității;
10. Prelucrarea anuală a angajaților privind Legea drepturilor pacientului.

Persoane responsabile:

Fiecare angajat care prelucrează date pe calculator
Serviciul de statistică – pentru prelucrările statistice și raportări
Tot personalul medical – care sub o formă sau alta vine în contact cu pacientul
Administratorul și persoana responsabilă de arhivă

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURĂ PRIVIND PĂSTRAREA DEMNITĂTII SI INTIMITĂTII PACIENTULUI ÎN CONDITIILE CONSULTURILOR ÎN SCOP DIDACTIC (PENTRU ELEVI, STUDENTI SAU PERSONAL MEDICAL AFLAT ÎN PREGĂTIRE)**	**85** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Procedura descrie modalitatea de a pregati grupe de elevi / studenti, prin desfasurarea activitatii medicale la patul bolnavului, cu pastrarea demnitatii si intimitatii paicentului.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in sectia in care se desfasoara activitate de invatamnt cu grupe de elevi / studenti.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor.

Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientilor

4. RESPONSABILITĂŢI

Responsabil de proces = medic sef sectie/asistent sef sectie
Echipa de proces = Director medical + director de ingrijiri

5. DESCRIEREA PROCESULUI

PENTRU PACIENTI

In situatia in care spitalul are incheiat contrat pentru desfasurarea activitatilor de invatamant (scoala sanitara, facultate etc.), pe timpul practicii elevilor/studentilor la patul bolnavului, pentru a respecta demnitatea si intimitatea acestora, se va proceda astfel:

- Se va explica cu o zi inainte pacinetului, sau pacienitilor din salon, necesitatea de a pregati cadre noi medicale si necesitatea practicii pe teren in vederea desfasurarii procesului de invatamant
- Se va solicita acordul pacientilor in prealabil, pentru efectuarea vizitei impreuna cu elevi/studenti si explicarea cazurilor existente

- Se va solicita acordul pacienutlui ca elevul/studentul sa efectueze tratamentul/consultatia alaturi de indrumator/profesor
- Se va explica paicentului ca procedurile de invatamant vor permite doar unui grup restrans de elevi / studenti (sau un singur elev/student) sa efectueze procedura/consultatia

PENTRU ELEVI/STUDENTI

- Se vor pregati elevii/studenti pentru practica la patul bolnavului si li se vor prezenta drepturile pacientului legat de pastrarea demnitatii si intimitatii acestuia
- Se va explica obligativitatea de a pastra confidentialitatea asupra informatiilor obtinute si interzicerea difuzarii acestora
- Se va discuta despre discretia la patul bolnavului si obtinerea in prealabil a acordului acestuia
- Nu se va insista daca pacientul refuza continuarea activitatii didactice

Pe parcursul desfasurarii activitatilor didactice, elevii/studentii vor fi supravegheati permanent de responsabilul din spital/sectie cu aceasta activitate si de cadrul didactic insotitor

In cazul *STUDENTILOR* ce efectueaza in cursul vacantei de vara stagii de pregatire se va proceda astfel:

- Se solicita acordul directorului medicla pentru intrarea in stagiu de vara
- Se va numi un responsabil cu pregatirea/stagiul (medic sau asistent medical)
- Se va elabora un plan de stagiu si un program de lucru
- Se va sustine in final un test asupra pregatirii efectuate
- Se va completa Fisa de stagiu si caracterizarea studentului

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE ACCES SI CIRCULATIE A VIZITATORILOR**	**90** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/3**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Serv administrativ	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihai	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura descrie modalitatea de circulatie in curtea spitalului, accesul persoanelor straine / mass media si parcarea auto.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică pentru accesul persoanelor straine in unitate.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = administrator spital / portari
Echipa de proces = manager + administrator

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Accesul în unitate se realizează astfel:

Personalul propriu – **Accesul salariatilor** spitalului este permis numai pe la punctele de control-acces, care nrespecta circuitele functionale ale spitalului, pe baza legitimatiei de serviciu sau a ecusonului.

Pentru urgentele medico-chirurgicale ale pacientilor, accesul acestora in spital este permanent.

Personalul din afara unitatii venit in interes de serviciu - pe baza buletinului de identitate sau a legitimatiei de serviciu;

Studenti si elevi - pe baza legitimatiei de student, respectiv elev;

Apartinatorii si vizitatorii bolnavilor - marti, miercuri, joi, intre orele 14-16, duminica si sarbatori legale intre orele 14-16, cu respectarea urmatoarelor conditii:

a) accesul se permite numai persoanelor cu tinuta decenta;

b) accesul se permite numai prin intrarea si in locurile si spatiile special afectate vizitatorilor.

Este interzis accesul persoanelor straine in spital in zonele cu risc: ATI, bloc operator, sterilizare centralizata, laboratoare, depozite de deseuri medicale periculoase, statie de oxigen.

Pe durata vizitelor, personalul medico-sanitar ia toate masurile necesare pentru respectarea cu strictete a interdictiilor de acces in zonele precizate cu risc, a regulilor de acces si circulatie in spital, precum si a normelor de conduita civilizata.

In cazul aparitiei oricaror nereguli, personalul medico-sanitar sesizeaza de urgenta serviciul de paza.

Daca apare o perioada de carantina in aceasta perioada se limiteaza sau se interzice, dupa caz, accesul vizitatorilor in spital.

Accesul salariatilor unor firme prestatoare de servicii in spital este permis numai pe baza de tabel nominal, aprobat de manager, document de identitate si/sau legitimatie de serviciu.

Accesul reprezentantilor mass-mediei se face numai pe baza legitimatiei de acreditare in specialitate si a documentului de identitate, precum si cu acordul managerului spitalului.

Reprezentantii mass-mediei pot filma in spitale numai in spatiile pentru care managerul si-a exprimat acordul in mod explicit, iar intervievarea pacientilor sau filmarea acestora se poate face numai in conditiile legii.

Un purtator de cuvant al institutiei ii insoteste pe reprezentantii mass-mediei, pe durata prezentei acestora in incinta spitalului.

Reprezentantii presei - au acces numai cu acordul managerului spitalului care va nominaliza in mod explicit locurile in care se poate filma sau persoanele carora li se pot lua interviuri, cu respectarea drepturilor pacientilor la intimitate. Pentru aceasta, anterior, reprezentantii mass-media vor face demersuri scrise sau verbale in vederea obtinerii acordului de principiu. In vederea desfasurarii fluente a acestei activitati, directorul general al spitalului a nominalizat un reprezentant al spitalului ca purtator de cuvânt al institutiei.

Accesul in spital al altor categorii de persoane, precum echipe de control din cadrul Ministerului Sanatatii Publice sau din cadrul institutiilor aflate in subordinea sa, medici in schimb de experienta, medici rezidenti, studenti etc., se face pe baza legitimatiei de serviciu.

Accesul persoanelor care au asupra lor aparate de filmat, de fotografiat sau de inregistrat se face numai cu aprobarea managerului spitalului.

Este interzis accesul in spital al persoanelor care au asupra lor armament, munitii, substante toxice, stupefiante, explozive ori alte instrumente care pot pune in pericol viata, integritatea corporala sau sanatatea personalului propriu si a pacientilor ori patrimoniul unitatii. Fac exceptie persoanele care se afla in timpul executarii misiunilor de interventie, de protectie a demnitarilor romani sau straini ori a personalitatilor sau care asigura paza persoanelor internate, private de libertate.

Accesul autovehiculelor salariatilor se face doar pe baza de ecuson acces auto si de card magnetic.

Autovehiculele serviciului de ambulanta, autovehiculele personale sau alte vehicule care transporta persoane care necesita ingrijiri de urgenta ori persoane care nu se pot deplasa au acces permanent in spital.

Se permite accesul autovehiculelor furnizorilor de produse si servicii in unitatea sanitara, cu respectarea urmatoarelor conditii:

a) numai in baza protocoalelor scrise in documentele incheiate cu beneficiarii respectivelor servicii sau produse; la stabilirea programului de acces se vor evita pe cat posibilul perioadelor aglomerate datorita activitatilor specifice spitalului;

b) in situatiile de urgenta, numai cu acordul managerului spitalului sau al loctiitorului delegat de acesta;

c) pe baza legitimatiei de serviciu, a documentului de identitate si a confirmarii sefilor de servicii sau ai departamentului solicitant.

Celelalte categorii de posesori de autovehicule au acces in curtea sau parcarea spitalului numai pe baza de tichet magnetic, afisat la vedere, eliberat de unitatea spitaliceasca.

Este intezisă circulaţia auto pe la punctele de acces destinate doar persoanelor.

La intrarea şi la ieşirea din incinta spitalului au prioritate ambulanţele.

Este strict interzisă blocarea căii de acces către camera de gardă. De asemenea, este interzisă blocarea punctelor de acces în pavilioane.

Sunt interzise oprirea şi staţionarea autovehiculelor pe căile de circulaţie.

Pentru staţionare se vor utiliza parcările semnalizate şi amenajate.

Pe căile de acces comune pentru persoane şi autovehicule prioritate au brancardierii care transportă pacienţi, pacienţii, cadrele medicale, celelalte tipuri de angajaţi ai spitalului, vizitatorii; persoanele care se deplasează pietonal nu vor staţiona nejustificat pe căile de circulaţie comune şi vor fi atente la autovehiculele în

mişcare; conducătorii auto vor circula cu maximum de prudenţă pentru a evita lovirea/accidentarea persoanelor care se deplasează pe jos/pietonal.

La deplasarea în incintă se va circula cu maximum 5 Km/h. Este obligatorie respectarea limitării vitezei de circulaţie. Excepţie fac ambulanţele.

Autovehiculele vor circula doar pe traseul indicat cu exceptia prestatorilor de servicii si numai cu conditia respectarii unor reguli speciale ce vor fi consemnate in contractele de prestari servicii. În acest sens se vor respecta indicatoarele de circulaţie amplasate pe căile de circulaţie.

Toate informaţiile referitoare la activitatea desfăşurată în spital vor fi furnizate mijloacelor mass-media de către purtătorul de cuvant al spitalului. Excepţie fac numai informaţiile despre unii bolnavi care pot fi furnizate de către medicul şef de clinică sau de o persoană desemnată de acesta şi cu acceptul bolnavului.

În situaţia în care datele solicitate pot fi furnizate de o altă persoană, aceasta poate angaja discuţia la caz după prealabila informare a şefului de secţie şi a menegerului spitalului.

Consultarea unor documente medicale de către reprezentanţii mass-media este posibilă în prezenta medicului curant după obţinerea acordului şefului de secţie ;

Documentele medicale nu vor putea fi înstrăinate decât în condiţiile prevăzute de dispoziţiile legale.

Filmarea unui caz se va putea face cu acordul scris al persoanei respective sau al părinţilor în cazul copiilor.

Circulaţia reporterilor prin spital se va efectua respectând circuitele funcţionale ale spitalului (secţiei) şi numai însoţiţi de purtătorul de cuvânt al unităţii.

Vizitarea bolnavilor, acolo unde este posibila, se va face numai conform programului stabilit de catre conducerea unitatii si afisat la poarta spitalului.

Vizitatorii sunt indrumati la patul bolnavilor de un cadru mediu desemnat de seful de sectie sau de asistenta sefa.In situatia mai multor vizitatori, acestia vor fi introdusi pe rand ,astfel ca numarul lor la un bolnav sa nu depaseasca 2 persoane.

Este interzis vizitatorilor introducerea de alimente contraindicate regimului dietetic al bolnavului sau in cantitate prea mare.

Este interzisa si introducerea de alcool.

Vizitatorii vor evita discutiile neplacute ce pot afecta pacientii , vor respecta linistea celorlalti bolnavi internati.

Vizitatorilor le este interzis fumatul in unitate.În caz contrar aceştia vor fi amendaţi în conformitate cu prevederile art.10 lit.a din legea nr.349/2002.

Vizitatorii trebuie sa respecte orele de vizita si sa dea curs indicatiilor medicilor, personalului sanitar sau de paza.

SISTEM DE GARARE PENTRU PARCUL AUTO PROPRIU

1. In parcarea spitalului au acces doar autoturismele ale angajatilor care au PERMIS eliberat de administratia spitalului
2. Pentru obtinerea permisului se va face solicitare scrisa
3. In parcarea spitalului au acces si autoturismele care transporta persoane cu handicap

6. ANEXE / INSCRISURI

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Preşedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedură are drept scop reglementarea modului de constituire si întrunire a echipelor multidisciplinare in spital

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secțiile spitalului

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Colaborarea in interesul pacientului in echipe multidisciplinare , pentru pacienții complecși
În cadrul acestor echipe, medici din diferite arii de expertiză discută și evaluează starea pacientului din toata unghiurile posibile. Analiza pluridisciplinară a acestor cazuri ajută la stabilirea celor mai adecvate metode de tratament pentru fiecare pacient

4. TERMINOLOGIE ŞI ABREVIERI

Comisia multidisciplinara= echipa multidisciplinara, formată din experți din arii conexe de specializare, care colaborează pentru vindecarea pacienților cu afecțiuni complexe.

Pacient complex= pacientul cu manifestări din sfera mai multor specialitati medicale, cu pluripatologie medicala

5. LEGISLATIE

5.1. Ordinul Ministrului Sanatatii nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

5.2 CODUL DE DEONTOLOGIE MEDICALĂ din 30 martie 2012 al Colegiului Medicilor din România

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = director medical
6.2 Echipa de proces = medicii din sectiile spitalului

7. DESCRIEREA PROCESULUI

1.La propunerea directorului medical se constituie, prin decizie a managerului, **comisia multidisiciplinara pentru analiza cazurilor complexe**

2.Comisia va fi compusa din medici din toate specialitatile existente in spital si va fi condusa de decanul de varsta al comisiei

3.Atributiile acestei comisii , stabilite prin decizie sunt urmatoarele:

- Prezentarea si analiza zilnica a cazurilor complexe, stabilite ca atare de catre medicul curant
- Definirea diagnosticului principal si a diagnosticelor secundare ale pacientului respective
- Agreerea unui plan terapeutic
- Monitorizarea evolutiei si ajustarea tratamentului functie de informatiile suplimentare primate pe parcursul spitalizarii

4.Pentru fiecare caz complex internat in spital, **medical curant** , cu consimţământul pacientului sau, după caz, al persoanei, respectiv instituţiei abilitate, **va solicita intrunirea comisiei multidisciplinar**e

5. Medicii care fac parte din comisia multidisciplinara evalueaza clinic pacientul si primesc toate informatiile medicale existente despre pacient

6.Pregătirile necesare fiecărui caz sunt discutate în cadrul comisiilor de către medicii și experții invitați.

7.În urma fiecărei analize au loc schimburi de informații și discuții tematice care duc la luarea unei decizii comune definitivând un plan eficient de tratament.

8.Luarea şi comunicarea deciziei finale aparţine medicului care l-a organizat.

9.Dacă opinia majorităţii medicilor participanţi la un consult organizat în aceste conditii diferă de a medicului care a organizat consultul, pacientul ori, după caz, instituţia sau persoana abilitată vor fi informaţi

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP: prezenta procedura descrie modul de evaluare si revizuire a protocoalelor terapeutice / practica medical, adoptate de secțiile spitalului.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secțiile si departamentele spitalului.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

- Ordinul nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
- Ghidurile de practica aprobate de MS

4. RESPONSABILITĂŢI:

Medicul sef de secţie:
Verifica periodic aplicarea protocoalelor specifice la nivelul secţiei.
Medicul de garda : elaborează raportul zilnic al pacienţilor internaţi si prezentaţi in garda pe tipuri de afecţiuni.
Serviciul de statistica: colectează si prelucrează datele de la nivelul secţiilor/ compartimentelor si camerelor de garda.
Consiliul medical: analizează rezultatele prelucrărilor si rapoartelor comisiilor de specialitate si decide in privinţa protocoalelor utilizate.

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Evaluarea si îmbunătățirea protocoalelor terapeutice / de îngrijire se efectuează anual si ori de cate ori este nevoie (apariţia de noi tehnici de diagnostic si avizarea de noi medicamente).

Pentru evaluare se aplica mai multe instrumente:

1) La internare, se efectuează screeningul tipurilor de afecţiuni.
2) Pe secţii, pacienţii sunt amplasați pe tipuri de afecţiuni si se calculează ponderea acestora.
3) Periodic, se verifica prin sondaj un număr de FOCG, pe tipuri generale de afecţiuni, din punct de vedere al aplicării protocoalelor specifice.

4) Comisiile de specialitate ale spitalului analizează periodic aplicarea protocoalelor specifice si elaborează rapoarte către Consiliul Medical.

Datele colectate in urma aplicării instrumentelor prezentate mai sus sunt apoi prelucrate statistic la serviciul de statistica si informatica.

Anual se efectuează o analiza a eficientei folosirii protocoalelor terapeutice, utilizând următorii indicatori:

- Nr. total de pacienți externați, din care
- Nr. de pacienți externați vindecați
- Nr. De pacienți externați ameliorați
- Nr. De pacienți externați staționari
- Nr. decese
- Cheltuieli cu medicamentele / antibioticele pe secție si per pacient / per pat

Trimestrial se vor monitoriza si analiza pe fiecare secție:

MONITORIZARE	**Nr. pacienți**
Nr. Erori terapeutice	
Nr. Pacienți care au refuzat tratamentul	
Nr. Pacienți externați la cerere	
Nr. Pacienți cu risc infecțios	
Nr. Pacienți cu risc anestezic	
Nr. Pacienți cu risc operator	
Nr. Incidente intraoperatorii	
Nr. de pacienți cu complicații postoperatorii	
Nr. Pacienți cu reintervenție chirurgicala	
Nr. de pacienți externați fără sfaturi medicale	
Nr. de confuzii asupra pacientului	
Nr. pacienți fără rețeta la externare	
Nr. pacienți care au primit recomandare sa cumpere tratament	

Rezultatele acestor prelucrări sunt analizate in Consiliul Medical care va decide menţinerea protocoalelor existente, ajustarea sau înlocuirea lor in cazul dotării instituţiei cu noi tehnici sau introducerii pe piaţa de noi medicamente.

6. ANEXE / INSCRISURI

Nu sunt anexe.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA** **Privind comunicarea interna/externa (mecanismul de raportare a incidentelor legate de procesul de îngrijire, diagnosticare si tratament survenite pe parcursul spitalizării)**	**93** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/6**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOPUL

Procedura defineşte procesul de comunicare si consultare, cu toate părţile interesate de activităţile desfăşurate in cadrul organizaţiei.

Procedura tratează:

- comunicarea internă intre diferitele niveluri si funcţii din organizaţie. Comunicarea internă cu personalul se face în conformitate cu legislaţia în vigoare şi metode caracteristice unităţii.

2. Domeniul de aplicare a procedurii operaţionale

5.1. Procedura de faţă priveşte modalitatea de comunicare formală internă cu personalul propriu, transmiterea formală a tuturor informaţiilor către cei interesaţi;

5.2. Activitatea de comunicare priveşte întreg personalul angajat al unităţii;

5.3. Principalele activități de care depinde si/sau care depind de activitatea procedurala

- desfăşurarea activităţii de acordare a asistentei medicale de specialitate;
- activitatea de secretariat;
- activitatea financiar-contabilă;
- activitatea de gestionare a resurselor materiale şi umane ale instituţiei;

5.4. Compartimentelor furnizoare de date si/sau beneficiare de rezultate ale activităţii procedurale;

- compartimente implicate in procesul activităţii:
- toate compartimentele spitalului;

3. LEGISLATIE

Documente de referinţă(reglementări) aplicabile activităţii procedurale

Legislaţie primara

- Legea nr.95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătăţii,
- Hotărârea 144 din 23 februarie 2010 (Hotărârea 144/2010) privind organizarea si funcționarea Ministerului Sanatatii;

- Codul Muncii;
- Contractul Colectiv de Muncă la nivel de unitate;

Legislaţie secundara

- Ordin nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern;
- Ordin nr. 1389/2006 pentru modificarea si completarea - Ordin nr. 946/2005;

Alte documente, inclusiv reglementari interne ale entităţii publice

- Regulamentul de Ordine Interioară.
- Dispoziţii interne pentru stabilirea responsabilităţilor.

4. Abrevieri ale termenilor

Nr. Crt.	Abrevierea	Termenul abreviat
1.	P.O.	Procedura operaționala
2.	E	Elaborare
3.	V	Verificare
4.	A	Aprobare
5.	Ap.	Aplicare
6.	Arh.	Arhivare

5. DESCRIEREA PROCEDURII OPERATIONALE

Generalităţi

Organizarea SPITALULUI este prezentată în organigrama care este ţinută la zi şi difuzată personalului şi compartimentelor interesate. Fiecare funcţie este definită astfel încât să rezulte clar care sunt legăturile ierarhice şi responsabilităţile stabilite pentru exercitarea ei.

Comunicarea internă se referă la stabilirea modului de transmitere internă a tuturor informaţiilor în cadrul organizatiei, în scopul de a se asigura o comunicare efectivă a acestora şi implicarea deplină a personalului pentru utilizarea întregului său potenţial în vederea asigurării şi îmbunătăţirii calităţii proceselor şi serviciilor oferite de instituţie, precum şi pentru asigurarea securitatii si sanatatii muncii.

Prin comunicarea internă se urmăreşte:

- demonstrarea angajamentului managementului pentru calitatea serviciilor prestate, protecţia factorilor de mediu si SSM, prin alocarea de resurse corespunzătoare realizării obiectivelor şi definirea responsabilităţilor si autorităţii la nivelul organizaţiei;
- conştientizarea importanţei politicii si obiectivelor instituţiei, precum şi a cerinţelor beneficiarilor de servicii medicale, salariatilor;
- implicarea intregului personal în realizarea serviciilor la nivelul corespunzător cu legislaţia învigoare;
- încurajarea activă a feedback-ului şi comunicării dintre personal şi management;
- informarea factorilor de raspundere cu privire la rezultatele analizelor de management si la măsurile corective/preventive stabilite. Informaţiile care se comunică în organizaţie sunt următoarele:
- politica, obiectivele si strategiile Spitalului;
- standarde nationale de sanatate ;
- cerinte legale si reglementari care se aplică în activitatea desfăşurată în unitate (legi, ordine,hotărâri, metodologii emise la nivel central, dispoziţii;
- cerinţele părţilor interesate privind calitatea serviciilor prestate;
- informaţii referitoare la implementarea, menţinerea şi eficienţa activităţii unităţii şcolare;
- programul de management SSM.

Comunicările în ambele sensuri pot fi verbale sau scrise, planificate sau inopinante în funcţie deurgenţa sau importanţa comunicării a riscului de impact semnificativ de mediu a producerii unui evenimentsau a unui incident de munca si capacitate de raspuns.

Comunicarea internă asigură circulaţia informaţiei pe verticală, între nivelurile ierarhice şi pe orizontală, între compartimente.

Documente utilizate

Lista si provenienta documentelor
Circuitul documentelor

Resurse necesare
Resurse materiale

- birouri, scaune, rechizite, linii telefonice, materiale informatice, calculatoare personale, acces la bazade date, retea, imprimanta, spaţii de şedinţă, spaţii în aer liber, curţile instituţiei.

Resurse umane

- salariatii;

Resurse financiare

- Cheltuielile legate de comunicarea internă vor fi asigurate în principal din bugetul propriu, aprobat de CA.

Modul de lucru

Planificarea operatiunilor si actiunilor activității

Secretarul:

- preia zilnic corespondenţa instituţiei;
- înregistrează documentele primite în registrul unic de intrări şi ieşiri;
- înregistrează cererile, rapoartele şi referatele depuse desalariati si pacienti;
- eliberează adeverinţe;
- înaintează directorului toate documentele intrate în instituţie;
- înaintează spre aprobare directorului actele depuse;
- păstrează registrele de procese verbale de la CP şi CA, managerului, directorului medical, directorului financiar-contabil:
- coordonează procesul de comunicare internă privind activitatea instituţiei;
- stabileşte tehnicile şi metodele utilizate pentru comunicarea internă;
- comunică intern politica şi priorităţile institutiei;
- semneaza in registrul de intrari iesiri de primire;
- adoptă decizii şi hotărâri privind responsabilitatea şi autoritatea, pe care le comunică persoanelor interesate;
- încurajeaza feedback-ul,comunicarea si consultarea cu personalul, ca mijloc de implicare totală acestuia în desfăşurarea activităţii;
- asigură resurse pentru comunicarea;
- desemnează prin dispoziţie internă persoana / persoanele responsabile de întocmirea proceselor verbale de şedinţă, de constatare etc.;
- verifică şi aprobă toate comunicările cu părţile interesate, indiferent de forma acestora;.
- reprezinta organizatia in relatia cu mass media;

Şefii de compartimente / comisii

- primesc şi transmit pe linie ierarhică toate informaţiile care vin de la nivelul managementului;
- semneaza in registrul de intrari iesiri de primire;
- asigură informări la nivelul personalului din subordine din punct de vedere profesional;
- încurajeaza feedback-ul şi comunicarea deschisă a sugestiilor şi opiniilor din partea angajaţilor, pe care le colectează şi le comunică managementului organizaţiei;
- comunică cerinţele întregului personal din subordine în scopul unei mai bune implicări a acestuia în realizarea serviciilor la nivelul de exigenţă cerut si a cerintelor legislatiei aplicabile in vigoare;

Personalul Contractual (medici, asistenti, personal auxiliar, administrativ).

- primeşte informaţiile venite pe linie ierarhică;
- semneaza in registrul de intrari-iesiri de primire;
- participă la toate formele comunicării interne: şedinţă, consfătuire, instruire, comunicare, dezbatere,informare;
- formulează sugestii şi opinii referitoare la activitatea de comunicare pe care le comunică la o treaptă ierarhic superioară;
- execută dispoziţiile / hotărârile / deciziile transmise;

Valorificarea rezultatelor activității

- optimizarea sistemului de comunicare internă;
- analiza gradului de utilitate a sistemului aplicat în instituţie

RAPORTAREA INCIDENTELOR LEGATE DE PROCESUL DE INGRIJIRE, DIAGNOSTICARE SI TRATAMENT SURVENITE PE PARCURSUL SPITALIZARII

Obligatiile principale in activitatea de prevenire a infectiilor nosocomiale:

(1) Obligatiile unitatii:

a) Stabilirea obiectivelor fezabile in ceea ce priveste actiunile de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale si de pregatire profesionala specifica realizarii acestora;

b) Elaborarea si adoptarea Planului anual de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale cu actiunile si activitatile necesare realizarii obiectivelor propuse si nominalizarea atributiilor si responsabilitatilor de la toate nivelele si componentele activității profesionale si manageriale din unitate;

c) Asigurarea unui mediu profesional si functional-organizatoric adecvat, care sa favorizeze utilizarea unor metode si modele eficiente pentru realizarea activitatilor si responsabilitatilor asumate prin Planul anual de supraveghere si control a infectiilor nozocomiale;

d) Crearea unor conditii igienico-sanitare adecvate profilului activitatilor sub aspect edilitar, dotari nemedicale, incalzire, iluminat, aprovizionarea cu apa, alimentatie, indepartarea reziduurilor, cai de acces, etc;

e) Asigurarea, in cadrul bugetului alocat, a finantarii adecvate pentru realizarea activitatilor in concordanta cu obiectivele si actiunile propuse in Planul anual de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale;

f) Evaluarea indeplinirii atributiunilor si asumarea responsabilitatilor prevazute in planul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale, ori de cate ori situatia epidemiologica o impune, respectiv in cadrul bilantului anual de activitate, prezentat in fata consiliului de administratie al unitatii.

(2) Obligatiile personalului:

a) Adoptarea de catre intregul personal medico-sanitar, la nivelul tuturor competentelor medicale si manopere de ingrijiri, a unui comportament adecvat aplicarii masurilor de prevenire a infectiilor si respectarea principiului precautiunilor universale;

b) Asigurarea unor conditii de mediu fizic functional si servicii conexe

c) actului medical, inclusiv prin izolare functionala, care sa permita evitarea sau diminuarea riscului transmiterii infectiilor in relatie cu prestatia de ingrijiri;

d) Respectarea principiilor asepsiei si antisepsiei la toate nivelele si momentele ingrijirii si terapeuticii acordate;

e) Utilizarea unor manopere si proceduri de îngrijire si terapie bazate pe protocoale de activitate profesionala care corespund criteriului riscului minim acceptat in conditiile riscului asumat;

f) Aplicarea unor masuri profesionale de profilaxie nespecifica, dupa caz specifica, pentru protejarea bolnavilor si a personalului fata de riscul la infectie;

g) Integrarea in activitatea profesionala curenta a supravegherii specifice a asistatilor, cunoasterea si recunoasterea riscului la infectie, respectiv inregistrarea, stocarea, prelucrarea si transmiterea informatiilor privind infectiile clinic manifeste sau depistate, in conformitate cu normativele profesionale;

h) Solicitarea consultantei interdisciplinare, respectiv a colaborarii si coordonarii profesionale de specialitate pentru evaluarea riscului pentru infectie si dupa caz, a combaterii unor situatii endemice sau epidemice prin infectii nosocomiale, depistate si raportate in conformitate cu reglementarile in vigoare;

Colectarea datelor.

Identificarea infectiilor nosocomiale constituie sarcina permanenta a medicilor din spitale/ambulatoriu, din sistemul sanitar de stat si privat.

Diagnosticul de infectie nosocomiala se va mentiona in actele medicale cu care lucreaza medicul (ex.: foaia de observatie clinica, fisa de consultatie, registrul de consultatie, etc.).

Inregistrarea si declararea infectiilor nosocomiale se face pe Fisa cazului de infectie nosocomiala de catre asistenta desemnata (asistenta sefa) din fiecare sectie sau directorul de ingrijiri din unitatea sanitara respectiva.

Responsabilitatea corectitudinii datelor inregistrate revine medicului in ingrijirea caruia se afla pacientul.

Fisele cazurilor de infectii nosocomiale vor fi transmise imediat compartimentului / serviciului de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale.

Controlul inregistrarii si declararii cazurilor de infectie nosocomiala

a) Compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale stabileste un ritm de control pentru depistarea cazurilor nediagnosticate, neinregistrate si neanuntate (ritm recomandat: minim la 2 zile, maxim la 7 zile).

b) Compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale inregistreaza si declara cazurile de infectie nosocomiala descoperite la verificarile pe care le face la nivelul sectiilor, dupa consult cu medicul care ingrijeste pacientul.

c) Centralizarea datelor se face de catre asistenta compartimentului/serviciului de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale pentru spitalul pe care il deserveste.

Unitatile sanitare private inregistreaza si declara cazurile de infectii nosocomiale in acelasi regim ca si unitatile sanitare de stat.

Analiza datelor.

Datele se prelucreaza si se analizeaza saptamanal de catre compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale.

Validarea datelor se face de compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale care poate solicita in acest sens medicul care are in îngrijire pacientul.

Diseminarea datelor. Datele interpretate sunt diseminate catre:

a) Sectii, pentru informare si completarea masurilor.

b) Consiliul de administratie, care prin analiza ia decizii legate de obiectivele mentionate in prezenta Anexa, in legatura directa cu asigurarea actului medical.

c) Compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale are obligatia intocmirii Darii de seama statistice trimestriale si transmiterea acesteia catre Directia de Sanatate Publica.

Atitudinea in caz de izbucnire epidemica.

Izbucnirea epidemica reprezinta inregistrarea unui numar de cazuri de infectie nosocomiala in exces net fata de numarul de cazuri asteptat.

Responsabilitatea pentru izbucnirea unui episod epidemic revine in exclusivitate unitatii care l-a generat.

Compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale stabileste din punct de vedere tehnic conduita in rezolvarea izbucnirii epidemice. Odata cu informarea operativa la Directiile de Sanatate Publica Judetene, conform Ord. MS nr 8/2000, Compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale poate solicita colaborarea acesteia.

Sectiile la nivelul carora se inregistreaza izbucniri epidemice sunt responsabile de ducerea la indeplinire a masurilor stabilite de Compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale in vederea rezolvarii episodului epidemic.

Consiliul de administratie al unitatii sanitare este abilitat sa stabileasca masurile administrative corespunzatoare in cazul unei izbucniri epidemice.

6. ANEXE

a) Anexa 1 – LISTA DE DIFUZARE A PROCEDURII

b) Anexa 3 – FORMULARE - **FISA CAZULUI DE INFECTIE NOSOCOMIALA**

ANEXA 1 nr. .....din.....
INSTITUTIA

LISTA DE DIFUZARE A PROCEDURII

NR.	GRAD PROFESIONAL/ FUNCŢIA	NUME şi PRENUMELE	SEMNATURA	DATA LUĂRII LA CUNOŞTINŢĂ
1				
2				
3				
4				
5				

ANEXA 3.

FISA CAZULUI DE INFECTIE NOSOCOMIALA

IN SECTIA..... SPITALUL .....
Data completarii (zz/ll/aa): .....
Bolnavul: Nume..... Prenume..... Sexul.....
Data nasterii (zz/ll/aa): ..... Varsta la data internarii ....
Data internarii (zz/ll/aa): .....
Nr. FO .....
Diagnostic la internare
.....
Diagnostic la 72 de ore
.....
Salon Nr.....
Daca a fost mutat
se specifica salonul si data mutarii: .....
In sectiile cu profil chirurgical:
Denumirea operatiei .....
data interventiei (zz/ll/aa):.....
Infectie nosocomiala:
Diagnostic clinic: .....
debut (zz/ll/aa): .....
Examene microbiologice pentru diagnosticul de infectie nosocomiala:
Data recoltarii probei
(zz/ll/aa)
Denumirea examenului efectuat
Germeni izolati
Diagnostic

Antibiograma:.....
Data externarii (zz/ll/aa): .....
Nr. total zile spitalizare: .....
Starea la externare (vindecat, ameliorat, stationar, transferat, decedat):.....
Diagnosticul la externare (sau deces): .....
.....

Nr. zile de tratament pentru infectia nozocomiala: .....
Factori de risc.....
.....
.....
Semnatura

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROTOCOL PRIVIND GARZILE LA DOMICILIU	94	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediției procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Belu Marilena	Serv Resurse umane	05.06.2013	
1.2	Verificat	Belu Marilena	Sef serviciu resurse umane	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP: *asigurarea continuității asistenței medicale*

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in cadrul secției (secțiilor) spitalului

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

3.1. Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

3.2. Ordinul 1768 din 28 decembrie 2011 (Ordinul 1768/2011) privind completarea anexei la Ordinul ministrului sănătății nr. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de munca, organizarea si efectuarea gărzilor in unitățile publice din sectorul sanitar

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = medic sef secție

Echipa de proces = director medical + medic sef secție

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Continuitatea asistenţei medicale se poate asigura şi prin gardă la domiciliu;

Garda la domiciliu se organizează pe specialităţi medicale;

Se poate organiza gardă la domiciliu, pe specialităţi, dacă în secţiile sau compartimentele cu paturi precum şi în ambulatoriu integrat al spitalului sunt încadraţi cel puţin 2 medici în specialitatea respectivă;

În garda la domiciliu, pe specialităţi pot fi cooptaţi şi medici care nu sunt angajaţi în unitatea respectivă dar care sunt confirmaţi prin ordin al ministrului sănătăţii în specialitatea stabilită pentru garda la domiciliu;

Garda la domiciliu se organizează, în zilele lucrătoare, între ora de terminare a programului stabilit pentru activitatea curentă a medicilor din cursul dimineţii şi ora de începere a programului de dimineaţă din ziua următoare. În zilele de repaus săptămânal, zilele de sărbători legale şi în celelalte zile în care, potrivit reglementărilor legale, nu se lucrează, garda la domiciliu începe de dimineaţă şi durează 24 de ore.

Medicul care asigură garda la domiciliu, în acest interval, are obligaţia de a răspunde la solicitările primite din partea medicului coordonator de gardă într-un interval de maxim 20 min.

6. ANEXE / INSCRISURI - GRAFIC GARDA LA DOMICILIU

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**Procedura de contenție a pacientului**	**095** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/3**

1) Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1	Elaborat	Anton Simona	Medic Specialist	05.06.2013	
2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2) Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2	Revizia 1			
3	Revizia 2			
4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabilește modul de lucru privind Contenționarea pacienților, având drept scop aplicarea tratamentului și evitarea riscurilor de auto-accidentare sau de accidentare a personalului medical.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în toate secțiile spitalului.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Art. 21 din ord. 372 din 10 aprilie 2006 privind normele de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice /487 din 2002, aliniatul 7

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = medicul curant
Echipa de proces = asistent sef secție / asistent de serviciu

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Medicul curant care stabilește necesitatea contenției funcție de necesitățile și afecțiunile pacientului întrunește o comisie medicală formată din specialiști.

Comisia ia în discuție motivele contenționării, și aplică cea mai optimă metodă funcție de starea pacientului și posibilitățile terapeutice.

Consimțământul de contenție se prezintă spre aprobare pacientului sau aparținătorilor.

Consimțământul de contenție, semnat de pacient sau aparținători, se îndosariază în FOCG. Consimțământul de va înscrie într-un registru special.

Instituirea contenției se va înscrie în FOCG de către medicul curant, menționând motivele și durata contenției. Pentru situația în care contenția nu este permanentă, de fiecare dată când va fi aplicată se va nota în FOCG.

6. ANEXE / INSCRISURI

Registru de contenție

Consimțământ de contenție

Rubricile registrului de contenție:

Nr.	Nume-prenume pacient	Data internării	Data solicitări contenției	Diagnostic justificativ	Tipul de contenție (permanent, intermitent, temporar)

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău
Str. Crizantemelor Nr. 5 Cod poştal: 120203
Tel. 0238.712.607, Fax: 0338.818.784
E-mail: sfantulsava.buzau@gmail.com
J10/682/2008 CUI: 23867894
Cont: RO23BTRL01001202L33171XX
Trez: RO20TREZ1665069XXX006044

CONSIMȚĂMÂNT CONTENȚIE[1]

În conformitate cu prevederile art. 21 din ord. 372 din 10 aprilie 2006 privind normele de aplicare a Legii sănătății mintale și a protecției persoanelor cu tulburări psihice /487 din 2002, aliniatul 7, având în vedere patologia pacientului ……. CNP ……. internat în data de …/…/201…. în Spitalul Sfântul Sava, secția …… nr. FO…….. cu diagnosticul ……. ……. vă solicităm acordul ca în situația în care starea acestuia se degradează și survin perioade de agitație psihomotorie care împiedică administrarea tratamentului și pun în pericol integritatea corporală atât a pacientului cât și a personalului de îngrijire, să putem apela după caz la tehnica contenționării.

Pentru situația în care nu sunteți de acord va trebui să nu acceptăm internarea sau să externăm pacientul și va trebui să vă adresați unui spital de boli psihice, care are medicație adecvată dar și personal de supraveghere calificat.

1. Comisie medicală:

   Dr. ……. Semnătura…….

   Dr. ……. Semnătura…….

   Dr. ……. Semnătura…….

2. Pacient……. Semnătura ……..…….

3. Aparținător legal……..... Semnătura ……..…….

Data …/…/201...

[1] Necesitatea contenției va fi înscrisă în FOCG de către medicul curant, menționând durata contenției (permanentă, intermitentă, temporară). Pentru situația unei contenții intermitente se va menționa de fiecare dată, la evoluție, instituirea contenției.
Consimțământul de contenție rămâne în FOCG, dar trebuie inscris și într-un registru având acest scop.

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	24.01.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	24.01.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	24.01.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**24.01.2013 (nr. 48)**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

Scop asigurarea continuității și calității actului medical

Având în vedere deficitul de personal calificat dar și specificul spitalului (pacienți cronici și paliativi) se decide:

- Contravizitele vor fi asigurate de medicii curanți numai în zilele libere (sâmbătă, duminică, sărbători legale) în cursul dimineții, de preferat între orele 10-12;
- De asemenea, pe perioada gărzilor, dacă apar probleme deosebite, medicul de gardă ia legătura telefonic cu medicul curant pentru a cere lămuriri și dacă este cazul medicul curant se va deplasa la spital.

Director medical
Dr. Tache Mihail

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	27/03/2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	27/03/2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	27/03/2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	Nr. 134 din27/03/2013
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

Scop

Asigurarea cadrului legal

Procedură

Medicul curant / de gardă consemnează în foaia de observaţie data şi ora decesului (consemnează eventuale manevre de resuscitare).

Decedatul va rămâne 2 ore într-un salon, singur.

Personalul telefonează Spitalului Judeţean, la numărul de telefon 0238.720.689 pentru a anunța personalul care asigură transportul la morgă. În caz că nu se poate face transportul (noapte, etc.), cadavrul se va păstra la loc răcoros şi sigur.

Transportul la morgă a cadavrului se face numai cu maşină autorizată, însoţit de FOCG, Biletul de însoțire a cadavrului (vezi anexa 1) , și eventual de Solicitarea de scutire a necropsiei.

Spitalul Sfântul Sava nu are calitatea de a elibera Certificate de deces.

Cererea pentru scutirea de necropsie (în 2 exemplare) (vezi anexa 2) va fi completată de aparţinător, care trebuie să fie rudă de gradul I cu decedatul. Cererea va fi verificată, completată, semnată şi parafată de medicul curant/ medicul de gardă.

Foaia de observaţie şi un exemplar al cererii de necropsie, aprobată de medicul anatomopatolog, se returnează spitalului după efectuarea necropsiei sau aprobarea, de către anatomopatolog a cererii de scutire de necropsie.

Nu se aprobă ca decedatul să fie ridicat de familie sau altcineva, cu un autoturism care nu are autorizaţie de transport şi fără să fie însoţit de documentele legale (răspundere penală).

Dacă familia pacientului aflat într-un stadiu final al bolii, în viaţă (probabil în stare de comă), solicită externarea la domiciliu, aceasta se va permite numai după ce se consemnează în FOCG următoarele:

- Ø datele solicitantului (verificate cu B.I. / C.I.) şi gradul de rudenie
- Ø solicitarea scrisă, expresă, sub semnătură a acestui lucru şi că la momentul părăsirii spitalului pacientul era în viaţă
- Ø ca nu există nemulţumiri privind diagnosticul sau îngrijirile primite

Pentru Secția exterioară a spitalului:

- · există o cameră rece unde se va depune cadavrul după trecea celor două ore;
- · dacă familia solicită scutire de necropsie se va efectua documentația din anexă și se va elibera Certificat constatator al morții
- · pentru situații în care există dubii medicale privind cauza și evoluția bolii sau familia are anumite îndoieli privind calitatea actului medical cadavrul va fi transportat la morga Spitalului Județean pentru autopsie.

Manager
Jurist Alexandru Constantin

Director medical
Dr. Tache Mihail

Dr. TACHE MIHAI
Medic primar chirurgie generală
Chirurgie plastică și reparatorie
COD 020190

Anexa 1

Județul Buzău
Localitatea Buzău
Unitatea sanitară Spitalul Sfântul Sava

CNP ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BILET DE ÎNSOȚIRE A CADAVRULUI

Numele…… Prenumele…….....…… Sexul M/F

Data decesului: luna……ziua……

Domiciliu: localitate..... ..... strada..... nr .....

Diagnosticul : …….....….....…

…….....…

Data întocmirii ☐☐☐☐☐☐☐☐
a a a a l l z z

Semnătura şi parafa medicului

……..

Serveşte unităţilor sanitare cu paturi la dovedirea identităţii cadavrului, transport la serviciul de prosectură (morga unităţii). Se completează într-un singur exemplar, care însoţeşte cadavrul.

Spitalul Sfântul Sava
Buzău – Str. Crizantemelor nr.5
Tel: 0238 712 607

din:……/…./201..
F.O.:……/201..

Manager / (*Director medical*)
….. ….. ….. …

Solicitare Scutire de Necropsie

Subsemnatul[1]…… cu B.I./C.I. seria ….. nr……
CNP……. domiciliat în localitatea……. adresa ……
…… judeţul …….., solicit scutirea de necropsie a decedatului
…… CNP …… internat în spital la data de …./…./…… decedat la data de …./…../….. .

Menţionez că sunt ……..……..…….. *(gradul de rudenie[2])* cu decedatul şi îmi asum responsabilitatea ca am discutat cu toţi membri familiei şi considerăm că decesul nu a survenit din cauze violente (lovire, otrăvire, accident de orice natură), precum şi faptul că nu vor exista orice alte revendicări ulterioare.

De asemeni menţionez că, pentru perioada cât pacientul a fost internat în spital nu am obiecţiuni asupra tratamentului şi/sau diagnosticului.

Semnătura aparţinător
…….

Menţiuni ale medicului curant[3]:
Dg. Deces: I. 1)……..
2)……..
3)……..
II ……

Avizul Medicului curant	Avizul Şefului de secţie	Avizul Medicului anatomopatolog
……	…….	…….

Documentul se va completa în două exemplare: un exemplar rămâne ataşat la F.O. şi al doilea se va pune la dosar la anatomie - patologică.

Circuitul documentului va fi asigurat de asistenta/infirmiera …..……..……
(nume, prenume)

---

[1] *Medicul curant va solicita actul de identitate al aparţinătorului pentru a verifica identitatea*
[2] *Gradul de rudenie menţionat de solicitant se consideră ca declaraţie pe proprie răspundere*
[3] *Daca în F.O. sunt consemnate semne ce pot fi atribuite violenţei, starea de la internare pune semne de întrebare asupra cauzei bolii sau există menţiuni ale pacientului sau anturajului amintesc de o posibilă cauză violentă nu se va da avizul de scutire de necropsie şi cazul va fi îndrumat către medicină legală.*

Anexa 2

Eliberarea certificatului medical constatator al mortii

Introducere

In conditiile actuale, responsabilitatea medicului fata de documentele medicale pe care le emite capata noi dimensiuni si valente impuse de alinierea la normele si valorile europene. Am primit din ce in ce mai multe semnale din partea medicilor de familie care doresc o clarificare a competentelor si limitelor in eliberarea certificatului medical constatator al mortii. Acest subiect, desi deosebit de important pentru medicii de medicina generala, care se intalnesc in practica lor cotidiana cu situatia in care li se solicita eliberarea unui certificat medical constatator al mortii, este putin si sporadic abordat de literatura de specialitate. Tocmai de aceea mi-am propus in articolul de fata o prezentare a cadrului juridic si metodologic in vigoare privind eliberarea certificatului medical constatator al mortii si o trecere in revista, pe scurt, a principalelor cauze de moarte care pot fi trecute in certificatul medical constatator al mortii de medicii de familie, cu oferirea unor exemple practice. Aceasta abordare se doreste a fi o propunere cu utilitate practica pentru medicii de familie. In scopul intelegerii notiunilor de specialitate medico-legala, pe masura prezentarii lor, voi da si explicatia acestora pentru evitarea confuziilor terminologice.

Cadrul juridic actual privind eliberarea certificatului medical constatator al mortii in practica medicului de familie

Normele procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatarilor si a altor lucrari medico-legale aprobate prin Ordinul nr. 1.134/C/25.05.2000 al Ministerului Justitiei si nr. 255/04.04.2000 al Ministerului Sanatatii si Familiei, publicat in Monitorul Oficial partea I nr. 459/19.09.2000 prevad urmatoarele:

- indiferent de cauza mortii, decesul unei persoane sau al unui nou-nascut nu poate fi constatat decat de un medic cu drept de libera practica (art. 45 alin. 1);
- certificatul de deces se elibereaza numai dupa aparitia semnelor de moarte reala si numai dupa trecerea a 24 de ore de la deces (art. 45 alin. 2);
- eliberarea certificatului de deces nu se poate face fara examinarea externa a cadavrului de medic (art. 45 alin. 3).

Circumstantele in care autopsia medico- legala este obligatorie (conform art. 34 alin. 2 din acelasi act normativ amintit mai sus, coroborat cu art. 112 si 114 din Codul de Procedura Penala) sunt urmatoarele:

1**. Moarte violenta**, ca modalitati de producere putand fi accidente (rutiere, de munca, de tren, casnice etc.), sinucideri sau omucideri, chiar si atunci cand exista un interval liber intre evenimentele cauzale si deces.

Prin moarte violenta se intelege un deces din cauze traumatice-mecanice (agresiuni, omucideri, cadere, accidente de trafic, arme de foc, stari hipoanoxice), fizice (hipertermia/hipotermia, curent electric, variatii ale presiunii atmosferice/ hidrostatice, radiatii), chimice (substante toxice), biologice (animale, reptile, artropode, bacterii, sange heterolog, alergeni, intoxicatii cu plante, bace si fructe), psihice (psihotraume care pot fi la originea lantului cauzal al mortii).

Sintagma “Chiar si atunci cand exista un interval liber intre evenimentele cauzale si deces” se refera, de exemplu, la situatia in care o persoana care este victima unui accident rutier are multiple fracturi de membre, nu moare imediat dupa accident, ci la un interval de timp (zile, saptamani, luni), printr-o complicatie (ex. bronhopneumonie, embolie grasoasa) aflata in legatura de cauzalitate cu leziunile initiale produse prin accident.

2. **Cauza mortii nu este cunoscuta**.

3. **Cauza mortii este suspecta** (ridica suspiciuni judiciare). Un deces este considerat moarte suspecta in urmatoarele situatii.

3.1. Moarte subita (un deces brusc, neasteptat, neexplicat, survenit la un individ in plina stare de sanatate aparenta, cu simptomatologie premonitorie de scurta durata sau absenta (Sudden Unexpected Unexplained Death).

3.2. Decesul unei persoane a carei sanatate, prin natura serviciului, este verificata periodic din punct de vedere medical (ex. sportivi, cadre militare, soferi etc.).

3.3. Deces care survine in timpul unei misiuni de serviciu, in incinta unei intreprinderi sau institutii.

3.4. Deces care survine in custodie, precum moartea persoanelor aflate in detentie sau private de libertate, decesele in spitalele psihiatrice, decesele in spitalele penitenciare, in inchisoare sau in arestul politiei, moartea asociata cu activitati ale politiei sau ale armatei in cazul in care decesul survine in cursul manifestatiilor publice sau orice deces care ridica suspiciunea nerespectarii drepturilor omului, cum este suspiciunea de tortura sau oricare alta forma de tratament violent sau inuman.

3.5. Multiple decese repetate, in serie sau concomitent (ex. doua sau mai multe persoane din aceeasi zona sau avand legaturi intre ele mor una dupa alta la intervale relativ scurte de timp; doua sau mai multe persoane mor concomitent sau sunt gasite decedate impreuna).

3.6. Cadavre neidentificate (nu s-au gasit acte de identitate cu fotografie pe baza carora sa poata fi identificata persoana decedata, nu exista persoane-anturaj, vecini, cunostinte etc., care sa certifice identitatea cadavrului prin vizualizarea directa a acestuia) sau cadavre scheletizate (gasite dupa un interval lung de timp sau distruse de animale).

3.7. Decese survenite in locuri publice (ex. pe strada, in institutii publice, magazine, piete etc.) sau izolate (ex. in padure, pe un camp, in locuri care nu sunt locuite sau tranzitate in mod frecvent de oameni etc.).

3.8. Moartea este pusa in legatura cu o deficienta in acordarea asistentei medicale sau in aplicarea masurilor de profilaxie ori de protectie a muncii.

3.9. Decesul pacientului a survenit in timpul sau la scurt timp dupa o interventie diagnostica sau terapeutica medico-chirurgicala. In toate aceste cazuri, autopsia devine medico-legala, este obligatorie si se efectueaza numai de medicii legisti la solicitarea organismelor judiciare (art. 34 alin. 2). Atragem atentia asupra importantei deosebite in practica medicala a acestor prevederi legislative si asupra faptului ca in toate cazurile mentionate mai sus medicului de familie (cat si medicului practician de alta specialitate) ii este interzisa eliberarea certificatului medical constatator al decesului. In situatiile enumerate mai sus, medicul de familie are obligatia sa refuze eliberarea certificatului medical constatator al mortii si sa solicite organismelor judiciare o autopsie pentru elucidarea cauzei mortii (art. 45, alin. 3). Pentru aceasta trebuie sa anunte cazul organismelor de urmarire si cercetare penala de pe raza carora isi desfasoara activitatea (Politia, Serviciul de Interventii la Evenimente din cadrul Inspectoratului Judetean de Politie sau al Municipiului Bucuresti - telefon 955). Echipa operativa compusa din medic legist, politist si ofiter criminalist va face o ancheta de cercetare complexa la fata locului (examinarea externa a cadavrului de medicul legist, reverificarea de acesta a actelor medicale ale defunctului, luarea de declaratii de la familie, anturaj, martori, fotografii judiciare, examinari criminalistice etc.). In finalul anchetei se pot contura doua situatii:

Exemple de completare a cauzelor morţii

Persoană în vârstă, cunoscută de dumneavoastră cu hipertensiune arterial şi ateroscleroză coronariană, cu semen clinice şi paraclinice de cardiopatie ischemică, la care anturajul descrie o stare anterioară decesului ce sugerează un infarct miocardic (durere puternică – lovitură de pumnal sau alte semen bine cunoscute)	I. a. Insuficienţă cardiac acută b. – c. Infarct miocardic acut II. HTA, ateroscleroză coronariană
Un pacient cunoscut cu stenoză mitrală care are o simptomatologie ce sugerează un AVC, complicaţie a unei emboli favorizate de o fibrilaţie atrială	I. a. Insuficienţă cardiorespiratorie de origine central b. AVC ischemic c. Stenoză mitrală
Un bolnav cu cancer pulmonary cu metastaze visceral multiple, caşectic, care nu a făcut vreo complicaţie infecţioasă pulmonară sau vreo complicaţie a vreunei metastaze	I. a. Insuficienţă multiplă organo-sistemică b.- c. Neoplasm pulmonar în stadiul metastatic
Un pacient cunoscut cu ciroză hepatică etanolică ce decedează cu fenomene de insuficienţă hepatică şi ascită	I. a. Insuficienţă hepatică b. c. Ciroză hepatică decompensată vascular şi parenchimatos II. Etilism cronic
Un pacient cunoscut cu hematom subdural cronic de cauză netraumatică decedează după o bronhopneumonie apărută în evoluţie	I. a. Insuficienţă cardiorespiratorie acută b. c. Bronhopneumonie II. hematom subdural cronic
Un copil face rujeolă, care se complică cu o pneumonie, ce determină decesul prin insuficienţă respiratorie acută	I. a. Insuficienţă respiratorie acută b. Pneumonie rujeoloasă c. Rujeolă
Bolnav cunoscut cu ciroză hepatică, cu multiple decompensări vasculare şi parenchimatoase, cu internări multiple pentru ascite repetate şi hemoragii digestive superioare, decedează la domiciliu	I. a. Insuficienţă cardiorespiratorie acută b. c. Ciroză hepatică

1. **Confirmarea ca fiind un caz medico-legal**. Se va dispune autopsia medico-legala. Cadavrul este ridicat de Serviciul Judetean Medico-Legal/Institutul Medico-Legal (dupa locul unde s-a produs decesul). Autopsia va fi efectuata de legisti in conditiile prevazute si reglementate de lege dupa trecerea a 24 de ore de la deces. Medicul legist nu poate elibera certificat

medical constatator al mortii fara efectuarea autopsiei medico-legale. Exceptie se face numai in mortile violente din catastrofe mari, accidente aviatice sau de cale ferata, cand, daca legea nu se opune, se va face doar identificarea cadavrelor de medicii legisti.

2. **Infirmarea ca fiind un caz medico-legal.** Cadavrul nu va fi ridicat de institutia medico-legala si va fi lasat apartinatorilor. Se va intocmi un proces-verbal de constatare la fata locului (document tipizat) care se completeaza de ofiterul de politie si medicul legist. Acesta din urma va parafa si va aplica in original stampila Serviciului Medico- Legal/Institutului Medico-Legal. In acest document se consemneaza: a) datele de stare civila (identificare) ale decedatului numai pe baza BI/CI/adeverinta provizorie de identitate sau pasaport, b) varsta, c) daca s-au constatat sau nu leziuni traumatice, d) faptul ca nu exista suspiciuni asupra cauzelor mortii, e) faptul ca certificatul medical constatator al mortii poate fi eliberat de medicul de familie/unitatea sanitara teritoriala/spital/salvare, f) ca decesul nu constituie caz medico-legal si g) faptul ca se lasa cadavrul familiei care se obliga sa il inhumeze conform legislatiei. In acest caz, certificatul medical constatator de deces se elibereaza de medicul de familie care are obligatia sa pastreze la dispensar procesul- verbal de constatare la fata locului pentru a se descarca de responsabilitatea deciziei prin care echipa operativa a declarat cazul ca nefiind medico-legal. Medicii de salvare au dreptul de a elibera certificatul constatator de deces numai in zilele de week-end in care medicii de familie nu lucreaza.

Aspecte practice in eliberarea certificatului medical constatator al mortii de medicul de familie

Este de preferat ca medicii de familie sa evite atitudinile temerare in sensul de a avea curajul emiterii unui certificat constatator al mortii in cazul cand nu detin date suficiente care sa explice pe deplin cauza mortii. Varsta inaintata a unui pacient nu este un criteriu suficient pentru ca medicul de familie sa poata elibera un certificat medical constatator al mortii la fel cum varsta tanara a unui pacient, dar care este cunoscut cu o patologie grava redutabila nu este un argument pentru a nu elibera acest certificat. Ca o concluzie a celor prezentate anterior, medicul de familie nu trebuie sa elibereze certificate constatatoare de deces decat pacientilor inscrisi pe listele lor si numai daca sunt absolut convinsi ca patologia cu care ii au in evidenta si evolutia din ultima perioada pot explica in mod convingator decesul.

Chiar si in cazul in care cunoasteti foarte bine pacientul si acesta are o patologie bine definita care ar putea explica decesul, nu e suficient pentru a emite certificatul constatator al mortii in deplina siguranta in lipsa examinarii cadavrului. Prin urmare, nu faceti greseala de a crede pe cuvant apartinatorii care vin la dumneavoastra la dispensar si va spun ca „bunicul de 80 de ani, care stiti prea bine ca avea cancer, a murit”. Chiar si la un om in varsta si cu o afectiune patologica letala decesul poate fi produs de o cauza violenta (sinucidere, accident, omucidere).

Care este solutia in aceste cazuri: nu emiteti niciodata certificate constatatoare de moarte doar pe baza afirmatiilor apartinatorilor si doar consultand fisa medicala a pacientului fara a vedea cadavrul. Cu certitudine nu este cea mai placuta ipostaza aceea de a examina un cadavru, dar aceasta va protejeaza in fata posibilelor erori. Asadar, mergeti la domiciliul decedatului si in primul rand stabiliti identitatea cadavrului numai pe baza buletinului de identitate, a cartii de identitate, a adeverintei provizorii de identitate sau pasaportului. Puneti apoi diagnosticul de deces (au fost si cazuri de moarte clinica - deci trebuie analizate atent semnele negative de viata si in special semnele precoce ale mortii reale - racirea cadavrului, deshidratarea cadavrului, lividitatile cadaverice, rigiditatea cadaverica, autoliza). Faceti in final o examinare externa a cadavrului complet dezbracat urmarind eventualele semne de violenta (echimoze, excoriatii, plagi, fracturi etc.). Daca apar leziuni care va atrag atentia, coroborate cu o eventuala situatie familiala speciala (pe care puteti sa o cunoasteti sau nu), declinati-va competenta si solicitati politia, care va anunta medicina legala.

In nici un caz nu raspundeti la insistentele familiei care va va ruga sa-i emiteti dumneavoastra certificatul constatator al mortii invocand de cele mai multe ori motive pecuniare („daca il duc la autopsie, ne costa transportul si taxele”).

De asemenea, nu cedati nici insistentelor organismelor de politie locale, care si ele pot insista sa le eliberati apartinatorilor, ca medici de familie ai persoanei decedate, certificatul constatator al mortii. Explicatia insistentelor organismelor de politie ar putea fi aceea ca, daca va declinati competenta si cazul devine unul medico-legal, asta inseamna un nou dosar ce implica cercetari, anchete, luare de declaratii, in esenta o munca in plus din partea politistilor (am intalnit in practica numeroase astfel de cazuri).

Prin urmare, daca aveti cea mai mica suspiciune, refuzati sa eliberati certificatul constatator al mortii, deoarece au fost cazuri cand dupa intervale de timp uneori chiar mari s-au facut reclamatii la politie, ajungandu-se chiar la exhumare, iar medicii care au emis certificate au fost anchetati, fiind suspectati ca au incercat sa acopere o moarte violenta. Spre exemplificare, va voi prezenta un caz pe care l-am avut in urma cu cativa ani intr-un sat din apropierea Bucurestiului, cand am fost solicitat de politie telefonic, fiind anuntat ca este vorba de o moarte subita, fara probleme deosebite, a unei femei de 65 de ani, cunoscuta cu afectiuni cardiace, dar fiind vorba de o zi de duminica, medicul de familie care sa-i poata elibera un certificat medical constatator al mortii nu era in localitate. Ajuns la fata locului, am fost intampinati de concubinul femeii, un barbat de 70 de ani, cu o hemiplegie dreapta, care mergea in carje. El anuntase la politie faptul ca de trei zile a murit concubina sa care era bolnava de inima. Surpriza a aparut in momentul in care am examinat cadavrul si am constatat o plaga injunghiata in regiunea precordiala. In momentul in care concubinul a fost intrebat ce e cu plaga descoperita de noi, a schimbat versiunea spunand ca, fiind beata, a cazut intr-un cutit. Greu de crezut. Cine ar fi banuit ca un infirm (in sat era cunoscut sub porecla de „Ologul”) ar fi putut comite o astfel de crima, stand 3 zile in casa cu cadavrul si spaland urmele. Imaginati-va ce s-ar fi intamplat in acest

caz daca ar fi fost o zi lucratoare, concubinul s-ar fi prezentat la medicul de familie care ii cunostea patologia cardiovasculara si acesta nu s-ar fi dus la domiciliu sa examineze cadavrul.

Am intalnit in practica si situatia in care au fost eliberate de medicii de familie certificate constatatoare de deces in cazul unor accidente de circulatie. Intr-un caz, medicul de familie nu a avut cunostinta de producerea accidentului rutier, membrii familiei neprezentand documentele medicale emise in urma internarii in spital, iar medicul nu a examinat cadavrul, ceea ce reprezinta o grava deficienta. In alt caz, un medic de familie a eliberat certificat constatator de deces completand la punctul „c" al documentului chiar „traumatism prin accident rutier", ceea ce denota necunoasterea limitelor si competentelor eliberarii unui astfel de document de medicul respectiv. In acest din urma caz s-a ajuns chiar la exhumarea cadavrului dispusa de procuror.

Metodologia intocmirii certificatului constatator al mortii

Trebuie completate urmatoarele rubrici:
- Boala sau actiunea morbida care a provocat direct decesul:
a. Cauza directa (imediata) - boala sau starea morbida care a provocat direct decesul;
b. Cauze antecedente - stari morbide intermediare care au dus la starea inscrisa la pct. a;
c-d. Starea morbida initiala - boala sau bolile initiale care au declansat starile inscrise la pct. b. si a. si care constituie cauza sau cauzele determinanta/(e).
- Alte stari morbide importante - stari morbide care au contribuit la deces, dar fara legatura cu boala sau starea morbida care l-a provocat.

Punctul I. c. este cel care se codifica de functionarii primariilor, fiind apoi raportat la Ministerul Sanatatii si mai departe la OMS. Prin urmare, punctul I. c. trebuie completat obligatoriu, lipsa acestuia facand nul certificatul medical constatator al mortii. Completarea certificatului medical constatator al mortii se va face numai cu majuscule, orice greseala fiind corectata numai de medicul care a scris initial documentul si cu aceeasi cerneala, iar daca nu poate fi corectat, se va elibera un alt certificat medical constatator al mortii de acelasi medic de familie. Cauzele mortii se vor completa de sus in jos (Ia, b, c-d, II) si se vor verifica de jos in sus (II, I c-d, b, a), astfel incat fiecare cauza sa o determine pe cealalta (de deasupra) intr-o logica tanatogeneratoare cauzala fiziopatologica.

Sindroamele tanatogeneratoare

Reprezinta o asociere de semne si simptome clinice, cu substrat lezional specific, cu etiologie diversa, corespunzand insuficientei unui organ si care prin evolutia ireversibila pot duce la deces. Sunt legate de cele trei elemente componente ale trepiedului vital:
- SNC;
- aparat cardiovascular;
- aparat respirator.

Cele mai multe sindroame tanatogeneratoare sunt comune atat mortilor violente, cat si celor neviolente. Difera doar mecanismul de producere si particularitatile lor evolutive. Ce se va scrie la punctul I.
a): coma; soc; insuficienta cardiovasculara; insuficienta respiratorie; insuficienta cardiorespiratorie. In clasificarile ce vor fi prezentate in continuare sunt marcate cu asterix cauzele de deces ce nu pot fi completate niciodata de medicul de familie, nefiind de competenta sa eliberarea unui certificat constatator al mortii in acele cazuri.

A. Coma:

1. Cranio-cerebrala produsa prin:
- tulburari vasculo-cerebrale (hemoragii, tromboze, embolii);
- meningite;
- meningo-encefalite;
- procese expansive intracraniene;
- traumatisme cranio-cerebrale*;
- epilepsie.

2. Toxica:
- endogena: hipo-hiperglicemica, hepatica, renala, eclamptica, exogena - in stadiul final al tuturor intoxicatiilor*.

3. Infectioasa;

4. Endocrina;

5. Prin agenti fizici (termici, electrocutare)*.

B. Socul:

1.Clasificare etiologica:

1.1. soc prin traumatizarea exteroceptorilor - soc combustional*;

1.2. soc prin traumatizarea proprioceptorilor - socul polifracturatilor*;

1.3. soc prin traumatizarea interoceptorilor: soc transfuzional*, soc anafilactic*, soc septic, soc prin suflu*, soc toxic*;

1.4. soc mixt.

2. Clasificare fiziopatologica:

2.1. soc hipovolemic:
- hemoragie: externa traumatica*/patologica, interna traumatica*/ patologica;
- plasmoragie: soc combustional*;
- deshidratare: varsaturi, diaree - soc peritoneal, soc prin ocluzie; transpiratii, varsaturi - soc pancreatic, soc caloric*.

2.2. soc normovolemic:
- leziuni miocardice (infarcte, contuzie*);
- tulburari intrinseci de umplere ventriculara (tahicardie ventriculara, supraventriculara);
- tulburari extrinseci de umplere ventriculara: hemopericard, hemopneumotorax, pericardite.
- tulburari de golire ventriculara - embolii pulmonare.

2.3. soc vasogen*:
- anestezii spinale;
- terapia si intoxicatiile ganglioplegice si substante neurovasculotrope.

2.4. soc mixt (in evolutia tuturor socurilor)

C. Sindromul insuficientei cardiovasculare: colapsul hipovolemic; colapsul vasoplegic; colapsul cardiac.

D. Sindromul insuficientei respiratorii - asfixiile care pot fi de cauze neviolente (patologie pulmonara) sau violente* (asfixiile mecanice - sugrumare, strangulare, sufocare, spanzurare, compresie toracica).

E. Sindroame complexe* - zdrobirea capului - accidente de circulatie sau de tren.

Trebuie evitata la punctul a) formularea “Stop cardio-respirator” care, desi foarte des folosita in practica de multi medici, reprezinta un nonsens, deoarece o persoana nu poate fi moarta decat daca este in stop cardiac si respirator. Prin urmare, se consemneaza in certificatul constatator al mortii o evidenta. Pe de alta parte, stopul cardio-respirator este un diagnostic electrocardiografic, putand fi urmarea unei tulburari de ritm (bradicardie, tahicardie ventriculara, fibrilatie ventriculara) sau putandu- se instala de la inceput. Este un diagnostic neobiectivabil in lipsa EKG. Recomandam folosirea sintagmelor „insuficienta cardiaca”, „insuficienta respiratorie“ sau “insuficienta cardio- respiratorie”, care sugereaza mult mai corect inlantuirea fiziopatologica.

Cauzele posibile ale mortilor subite (neviolente) pentru care medicul de medicina generala poate elibera certificatul constatator al mortii:
A. Cauze cardiace:

A.1. Cauze coronariene: - Cauza organica + factor declansator (efort, stres, variatii de temperatura):
a. Ateroscleroza coronariana: tromboza acuta de coronare; ateroscleroza coronariana severa; infarctul miocardic acut.
b. Anomalii congenitale coronariene;
c. Anevrism coronarian disecant;
d. Displazie fibromusculara a coronarelor;
e. Boala Kawasaki.

A.2. HTA:
- Cauze de deces:
a. Tulburari de ritm ventricular;
b. Episod acut de encefalopatie hipertensiva;
c. AVC.

A.3. Cardiomiopatii:
a. Obliterative - in amiloidoza, sarcoidoza,hemocromatoza;

b. Congestive - in alcoolismul cronic, peripartum, miocardita cronica idiopatica, miocardita toxica - Cobalt, Adriamicina;
c. Hipertrofice - stenoza hipertrofica subaortica (cea mai frecventa cauza de moarte subita la tineri), hipertrofia adaptativa a atletilor* (in general, aceste cazuri ajung la autopsie medico-legala ca morti subite la tineri).

A.4. Boli valvulare:
a. Prolaps de valva mitrala - moarte subita prin: F.V., endocardita bacteriana, trombembolie cerebrala;
b. Stenoza aortica - evolueaza frecvent cu moarte subita.

A.5. Miocardite de diferite etiologii - moartea subita poate fi primul simptom;

A.6. Malformatii congenitale ale sistemului excitoconductor:
- Sindrom Wolf Parkinson White;
- Sindromul Lown Ganon Levine;
- Sindromul Q-T prelungit.

B. Cauze intracraniene:

B.1. Epilepsia - de obicei la tineri cu terapie anticonvulsivanta insuficienta;

B.2. Hemoragii subarahnoidiene - prin ruperea unei malformatii arterio-venoase;

B.3. Hemoragii intracerebrale - asociate cu hipertensiune intracraniana;

B.4. Tumori cerebrale primitive - astrocitom, glioblastom;

B.5. Meningite - mai frecvent la copii, forme fulminante cu meningococ, pneumococ;

B.6. Hidrocefalia - de diferite cauze;

B.7. Afectiuni psihiatrice - moarte subita la schizofreni tratati cu doze terapeutice de fenotiazine.

C. Cauze respiratorii Al doilea loc ca frecventa dupa cauzele cardiovasculare.

C.1. Epiglotita - frecventa la copii;

C.2. Embolii pulmonare:
- trombembolia pulmonara;
- embolia amniotica*;
- embolia gazoasa*;
- embolia grasa*.

C.3. Criza de astm - moarte subita in timpul crizelor nocturne;

C.4. Hemoptizii - TBC pulmonar sau tumori ce erodeaza vasele mari;

C.5. Pneumotorax spontan al nou-nascutului;
C.6. Pneumopatii interstitiale - in forme grave, nediagnosticate, cu evolutie fulminanta, cu simptomatologie atipica.
D. Cauze digestive:
D.1. Ruptura de varice esofagiene (traumatica* sau spontana);
D.2. Ulcer duodenal perforat intr-un vas mare;
D.3. Pancreatita acuta fulminanta;
D.4. Hepatita fulminanta - virala sau toxica;
D.5. Hemoragii intraabdominale netraumatice -“in panza” - la cirotici;
D.6. Ocluzii intestinale oligosimptomatice la batrani.

E. Cauze endocrine:
E.1. Diabet zaharat - coma cetoacidozica, coma hipoglicemica, coma hiperglicemica;
E.2. Feocromocitom - criza declansata de palparea abdomenului sau stres;
E.3. Insuficienta cortico-suprarenaliana - boala Adisson, necroza hemoragica a suprarenalelor;
E.4. Tiroidita cronica - tineri ce mor subit prin tireotoxicoza (aritmii, hipertermie, crize convulsive) sau hipotiroidie (aritmii).
F. Alte cauze:
F.1. Ruptura spontana de chist hidatic;
F.2. Ruptura spontana de sarcina extrauterina tubara;
F.3. Sindrom Reye - etiologie necunoscuta;
F.4. Soc septic - streptococic sau stafilococic fulminant;

F.5. Hiperkaliemie* - scolari, adolescenti, adulti tineri; moartesubita in timpul sau dupa un efort fizic;
F.6. Sindromul mortii subite a sugarului* - hipoglicemie, hipogamaglobulinemie, deficit de oligoelemente sau vitamine, hipo sau hipertermie, anomalii ale surfactantului, supradozare de natriu in alimentatie.

In ultimul exemplu de mai sus, intrucat medicul de familie (in lipsa autopsiei) nu poate cunoaste cauza imediata (directa) a decesului (putand fi oricare din complicatiile finale ale cirozei: sindrom hepato-renal, tulburari hidroelectrolitice, insuficienta hepatica, tromboza venelor suprahepatice, infectia lichidului de ascita, ruptura varicelor esofagiene, encefalopatie portala) s-a trecut la rubrica „I. a." „Insuficienta cardio-respiratorie acuta", deoarece acesta este aspectul fiziopatologic final al tuturor complicatiilor enumerate. Este considerat corect si un certificat medical constatator al mortii care are completat doar punctul I.c. atunci cand cauza initiala este foarte grava (ex. ciroza hepatica, neoplasm pulmonar, tuberculoza pulmonara etc.). Recomandarile de prudenta pe care le fac medicilor de familie atunci cand sunt solicitati sa elibereze un certificat medical constatator de deces trebuie intelese ca fiind in sprijinul lor. Ar fi pacat ca dintr-o greseala de moment sau din comoditate sa fie spulberat tot efortul depus prin absolvirea unei facultati de medicina si a unei specialitati care stim cu totii ca nu sunt deloc usoare.

Redactat de
Dr. Malinescu Bogdan
medic primar legist; doctor in stiinte medicale; licentiat in stiinte juridice; expert medico-legal gradul I; seful Serviciului Medico-Legal Ilfov

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	Procedură de efectuare a programului de gardă	098	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/1	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	Nr38 din21/01/2013
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

Aprobat manager

Scopul procedurii: asigurarea continuității actului medical

Programul de gardă se efectuează între orele 15-8 în zilele lucrătoare și 7-7 în zilele libere.

Atribuțiuni:

- La sosirea în gardă preia pacienții cu probleme de la medicii curanți, fiind informat în privința anumitor particularități;
- Este informat de asistentele de salon despre problemele pacienților apărute pe timpul gărzi și ia masurile terapeutice care se cuvin, după caz;
- Verifică din punct de vedere vizual și organoleptic calitatea hranei distribuite, ia masurile de cuviință care se cuvin. Consemnează problemele apărute în raportul de gardă;
- Dacă apar situații deosebite (incendii, cutremur, etc.) este persoana care coordonează masurile necesare până la venirea personalului desemnat. Anunță organele în drept, managerul și directorul medical;
- La terminarea gărzi consemnează toate problemele apărute în raportul de gardă și predă medicului curant pacienții care au prezentat probleme.

Director medical
Dr. Tache Mihail

Dr. TACHE MIHAI
Medic primar
Chirurgie plastică si reparatorie
COD 020190

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

SCOP

Însușirea unor modalități de abordare și detensionare a situațiilor de criză socială sau conflicte sociale

1. CRIZA SI CONFLICTUL. DEFINITII

Situatiile de criza si conflict constituie pentru comunicatori unele dintre cele mai grele teste de abilitate si deontologie profesionala.

CRIZA este definita ca o perioada in dinamica unui sistem caracterizata prin acumularea accentuata a dificultatilor, izbucnirea conflictuala a tensiunilor, fapt ce face dificila functionarea sa normala, declansandu-se puternice presiuni spre schimbare.

CONFLICTUL este caracterizat drept opozitie deschisa, lupta intre indivizi, grupuri, clase sociale, partide, comunitati, state cu interese economice, politice, religioase, etnice, rasiale, divergente sau incompatibile, cu efecte distructive asupra interactiunii sociale. In esenta, conflictul este o neintelegere, ciocnire de interese, dezacord (un antagonism, o cearta, diferend sau o discutie violenta), iar modelul sau de dezvoltare si stingere presupune cinci etape relativ distincte:

1. dezacordul;
2. confruntarea;
3. escaladarea;
4. de-escaladarea;
5. rezolvarea.

Implicatiile mediului si canalelor de comunicare in ceea ce priveste strategia comunicationala in situatiile de criza si conflict, ne trimit la cerintele rezultate in urma analizei conditionarilor legate de elementele procesului de comunicare.

2. CONDITIONARI ALE COMUNICARII IN SITUATII DE CRIZA

Sursa

Elementul determinant, cu scopuri bine precizate in actul comunicarii este sursa (emitatorul). Putem aprecia ca in situatii de criza sau conflict, aceasta iese pregnant in evidenta.

Daca in mod curent sursa emite mesaje potrivit unui regim de normalitate pe baza unor optiuni si programari proprii ale organizatiei, solicitate de cerintele activitatii cotidiene, atunci cand apare criza sau conflictul situatia se schimba radical. Acum, emitatorul este puternic provocat; pe de o parte este supus rapid si total unor cerinte noi, stringente, interne, de prezentare a solutiilor pentru rezolvarea crizei, de pastrare a imaginii; trebuie sa se faca fata, intr-un timp extrem de scurt, puternicului "bombardament" de intrebari ce vin din exteriorul organizatiei prin contactul direct cu presa si diverse agentii guvernamentale.

Odata clarificate scopul si obiectivele comunicarii, emitatorul trebuie sa aiba in atentie un permanent control asupra actului de comunicare, al carui nivel va varia invers proportional cu nivelul de implicare a destinatarului.

Din acest punct de vedere, in situatiile de criza si conflict militam pentru strategii de comunicare ce realizeaza o orientare a controlului emitatorului, pe care le consideram ca ar putea fi:

- de informare: presupune ca emitentul doreste ca destinatarul sa afle, sa inteleaga; nu este necesara implicarea destinatarului in comunicare decat prin scurte intrebari sau pentru clarificari;
- de convingere: presupune dorinta emitentului ca "receptorul sa actioneze" strategic, corespunzator situatiei de criza, dar mai ales de conflict, ca solutie pasnica de rezolvare a acestuia; se impune implicarea receptorului care, in conflict, poate fi partea adversa, implicare ceruta de nevoia de a-i cunoaste opiniile, pretentiile, de a-l convinge sa faca ceva, sa actioneze.

Dupa criteriul modului de derulare a actiunii, in situatiile de criza si conflict, apreciem ca emitatorul poate utiliza:

- strategii pas cu pas: deosebit de necesare pentru tinerea sub control a situatiei; ele decurg, in primul rand, din planul pregatit pentru criza si vizeaza asigurarea rapida cu informatii catre mass-media; in intregul sir de mesaje elaborate de catre echipele de criza, un loc important il ocupa rapoartele periodice care ajuta la controlarea zvonurilor si evita o presiune acerba a mass-media;
- strategii de inversare a caracterului unor indicatori de imagine ce presupune din partea emitatorului multa abilitate de contraargumentare;
- strategii de rasturnare de imagine: sunt cele mai spectaculoase si sunt absolut necesare atunci cand criza sau conflictul au zguduit puternic organizatia sau cand componenta "imagine" este considerata arma de baza pentru una sau alta din partile aflate in conflict.

Pentru reusita demersului sursei de comunicare in situatie delicata de criza sau conflict este important de analizat si credibilitatea pe care acesta o are in fata receptorului, in functie de perceptia acestuia. Dupa cele spuse de Rodica si Dan Candea - "Credibilitatea poate fi considerata ca un cont la banca: il puteti deschide prin depunere (credibilitate initiala), puteti adauga credibilitate suplimentara sau scaderea din credibilitate prin ceea ce spuneti sau faceti; puteti chiar sa va pierdeti complet "contul", in cazul in care va compromiteti prin vreun comportament, fie el de comunicare sau nu. Contul de credibilitate "potenteaza arta de a convinge".

In proiectarea activitatii de comunicare pentru situatiile de conflict, se impune ca specialistul in comunicare sa ia in considerare toate (sau aproape toate) categoriile de "comunicari" posibile si utile in astfel de situatii si sa tina seama nu numai de interactiunea si complementaritatea lor, dar si de o anumita ierarhizare dupa criterii cum sunt: timpul de receptionare a mesajului (durata comunicarii), autoritatea si autenticitatea sursei, canalele avute la dispozitie, intensivitatea impactului asupra publicului - tinta, intersul acestuia fata de organizatie.

Intr-o enumerare succinta, comunicarea in situatii de conflict ar putea fi realizata prin urmatoarele forme:

- informarea personalului organizatiei, a comunitatii interne si, dupa caz, a mediului international; cu acceptul conducerii organizatiei si prin aplicarea planului de criza se raspunde oportun la intrebarile presei si agentiilor guvernamentale;
- discursurile oficiale ale conducatorilor organizatiei;
- crearea in mod deliberat a unor evenimente de presa de catre organizatie;
- comentarea reactiilor opiniei publice interne si internationale;
- comentariile mass-media privind evenimentul produs;
- dezbaterile din interiorul organizatiei cu privire la solutionarea crizei;
- dezbaterile (negocierile) inter-organizatii in vederea solutionarii situatiei de criza sau conflict.

Mesajul

In situatiile deosebite de criza si conflict, o comunicare eficienta si eficace este in buna masura dependenta de precizia si acuratetea mesajului. Mesajul emis trebuie sa fie cat mai apropiat de cel intentionat de sursa, iar ceea ce receptioneaza destinatarul trebuie sa fie, de asemenea, cat mai aproape de intentia sursei.

Este un deziderat care depinde in buna masura de mecanica comunicarii: codificarea si decodificarea mesajelor, zgomotul, filtrele si barierele (perturbatiile) din comunicare, mediul, canalele si limbajele folosite. Deci,

mesajele in sine, izolate de sursa lor, nu sunt complete, semnificatia mesajului se afla in emitentul acestuia, in tot ce putem sau nu putem observa din comunicarea lui, avand mereu in atentie elementele ce tin de mecanica comunicarii.

In plus, in situatiile deosebite la care ne referim, pentru mesaj mai sunt importante:

- sensibilitatea receptorului fata de mesaj;
- latura sentimentala, ce trebuie acoperita printr-o comunicare precisa si sustinuta;
- interesul deosebit al publicului, ceea ce ne impune sa trecem direct in ideea de baza;
- situatiile controversate, care ne obliga sa lasam loc de compromis;
- autoritatea si credibilitatea emitatorului.

Mediul si canalele de comunicare

Caracteristicile canalelor de comunicare apartinand celor doua medii de comunicare, scris si oral, pot fi analizate si in aceasta situatie specifica, functie de o multitudine de criterii: timp, cost, precizie, loc, detaliu, relatie, nevoia de inscris etc.

In situatia de conflict primeaza urmatorii factorii:

- timp; suntem in lupta "contra-cronometru" de pastrare a imaginii sau, dupa caz, de rasturnare de imagine; suntem obligati de a da primii lovitura decisiva intr-un razboi informational; se impune cu acuitate comunicarea orala, interpersonala (fata in fata sau mediata electronic) in primul rand cu reprezentantii mass-media;
- precizie: factor cu rol important, mai ales in ceea ce priveste combaterea zvonurilor; se poate reflecta in primul rand in comunicatul de presa, dar cu multa atentie si in relatiile de comunicare interpersonala; mesajul prezentat unui grup poate totusi sa piarda din precizie datorita diferitelor tipuri de filtre (perceptoare somatice etc.), a neatentiei, a decuplarii de la postul de ascultare; evident, informatiile transmise pot diferi si mai mult daca vom comunica, fata in fata, pe rand, cu mai multe persoane;
- loc; poate fi cel al producerii crizei, accidentului sau sediul or ganizatiei;
- relatie: comunicarea fata in fata, prin oportunitatea ei, poate initia si dezvolta relatii de comunicare pozitive;

In concluzie, comunicarea orala si comunicarea interpersonala (fata in fata sau mediata electronic) sunt primordiale in conditii de criza sau conflict deoarece:

- timpul la dispozitie este scurt;
- nu dispunem de un volum mare de informatii pe care ar trebui sa le furnizam mass media;
- se impune combaterea zvonurilor si realizarea unei relatii apropiate;
- este nevoie ca anumite persoane sau grupuri de oameni sa cunoasca informatia si sa o propage mai departe;
- asigura prezenta in direct a unor lideri cu autoritatea;
- este nevoie de feed-back imediat si apropiat;
- uneori se impun dezbateri, negocieri etc.

Comunicarea in situatii de conflict este cu atat mai eficace cu cat posibilitatile asigurate de canale sunt mai mari; astfel, infrastructura desfasurata in razboiul din Golf a suportat 700.000 de convorbiri telefonice si 152.000 de mesaje pe zi, folosind 30.000 de frecvente radio.

Desigur ca, in situatii de conflict armat, foarte importanta este protectia acestor canale.

Tot in razboiul din Golf, pentru fortele aliate, unul din imper ative a fost: "distruge instalatiile de comanda ale inamicului. Reteaza-i comunicatiile pentru a impiedica informatia sa urce sau sa coboare pe lantul de comanda".

3. DEFAZAJE INTRE INTENTIILE SURSEI SI ASTEPTARILE RECEPTORULUI

Din analiza strategiilor de comunicare in situatiile de conflict a rezultat ce isi propune, ce trebuie sa stie si cum sa actioneze emitatorul; dar, in definirea strategiei comunicarii, este la fel de important (uneori chiar mai important) de stiut ce vrea receptorul, ce caracteristici sociale, profesionale, culturale si psihice are, care sunt nevoile sale.

Este foarte important ca inainte de a transmite un mesaj si chiar pe timpul construirii acestuia, sa ne intrebam ce ar putea sa insemne mesajul pentru receptor si care ar fi reactia lui la acest mesaj. Iata inca o operatie ce se impune a fi inclusa in sirul de operatiuni obligatorii ale comunicarii si situatiilor exceptionale.

Acesta este un element de prudenta privind impactul crizei asupra mass-media si a opiniei publice sau, in caz de conflict, o testare a reactiei posibile a adversarului.

Dar aprecierea cat mai corecta a reactiei receptorului poate fi facuta prin raspunsul la un sir de intrebari:

Cine este receptorul? - receptorul din "prima linie" va fi acela care va primi mesajul in mod direct de la noi; trebuie sa ne gandim la el, sa ni-l imaginam in fata noastra; receptorul din "linia a doua" - sa avem in atentie directiile si posibilitatile de multiplicare a mesajului; receptorul esential - stabilirea segmentului cheie din publicul receptor sau, cu alte cuvinte, a publicului - tinta.

Ce stim despre receptor? - ne intereseaza in mod deosebit grupuri, comunitati, normele, traditiile, standardele, valorile existente in grup si mai ales interesul grupului pentru fenomenul conflict in masura in care este afectat de acesta; ne pot interesa si indivizii, ca nivel de educatie, varsta, sex, mediu din care provin, care sunt opiniile si interesele lor. Situatia poate deveni critica atunci cand individul sau familia sa sunt direct si profund afectati de situatia de criza.

Ce este receptorul? - este important de stiut daca pentru el este prima informatie despre fenomenul de anormalitate in cauza, sau se adauga la altele dobandite anterior; despre relatia receptorului cu subiectul mesajului; postura de lider de organizatie, specialist in relatii publice, expert.

Dupa raspunsul la acest sir de intrebari este la fel de important sa ne indreptam atentia spre sirul de emotii pe care le poate trai receptorul, emotii generate de: interesul lui pentru mesaj, importanta, prioritatea pentru el: gradul in care el sau cei apropiati lui sunt afectati, implicati, interesati.

In situatiile de conflict, unele din nevoile omului pot fi afectate fundamental. Ca receptor al unui mesaj in comunicare, el poate fi motivat, in primul rand, de acei factori care sunt in masura sa satisfaca nevoile sale si sa-l repuna cat mai repede in starea de normalitate. (vezi piramida nevoilor a lui Maslow). Daca nevoile de ordin economic si social se refera la relatia om-societate, cele din ultimul grup privesc relatia omului cu sine insusi. Motivarea bazata pe satisfacerea nevoilor are un efect si mai puternic daca este fo losita in conjunctie cu nevoia umana de echilibru de consonanta, nevoie acut simtita intr-o situatie de conflict. Nevoia de echilibru este stringenta in conditiile de stres, generate de o stare exceptionala. Conditiile de stres sensibilizeaza la maximum receptorii asupra surselor acestor stari. In acest cadru, zvonurile au un mediu foarte prielnic si daca nu sunt controlate si stapanite pot conduce la fapte necugetate.

Oricum, situatiile conflictuale perturba echilibrul receptorilor de mesaje.

Trebuie realizata astfel o simbioza perfecta intre a emite mesaje scurte, precise, ce redau starea reala a situatiei conflictuale si stapanirea starii de echilibru a receptorului; la impactul cu primul mesaj despre starea exceptionala, stresul trebuie sa fie cat mai mic posibil, apoi in urmatoarele mesaje trebuie sa-l reducem si sa-l eliminam treptat.

Realizati un studiu de caz. Luati ca obiect de lucru o situatie de criza si/sau conflict reala dintr-o organizatie sau institutie pe care o cunoasteti foarte bine.

Daca nu aveti un caz concret, construiti o astfel de situatie (si intr-un caz si in celalalt, prezentati succint tipul de organizatie si elementele crizei si/sau conflictului). Prezentati reactia publicului la aceasta criza si/sau conflict.

Particularizati apoi in acest context urmatoarele variabile:

- tipul de strategie de comunicare folosita;
- forma de comunicare aleasa;
- scurta caracterizare a publicului (publicurilor) tinta tinand cont de raspunsurile la cele trei intrebari;
- un mesaj pentru presa;
- un mesaj pentru institutiile statului;
- un mesaj pentru familiile care au avut de suferit (daca este cazul);
- un discurs al presedintelui organizatiei;
- evenimente de presa create de catre organizatie;
- precizati timpii de reactie pe diferite actiuni.
- Nota: pentru itemii d), e), f), g), textul sa varieze intre o jumatate/o pagina si sa fie elaborat tinand cont de cerintele care trebuie respectate in eleborarea mesajului in asemenea situatii.

CRIZA este definita ca o perioada in dinamica unui sistem caracterizata prin acumularea accentuata a dificultatilor, izbucnirea conflictuala a tensiunilor, fapt ce face dificila functionarea sa normala, declansandu-se puternice presiuni spre schimbare.

CONFLICTUL este caracterizat drept opozitie deschisa, lupta intre indivizi, grupuri, clase sociale, partide, comunitati, state cu interese economice, politice, religioase, etnice, rasiale, divergente sau incompatibile, cu efecte distructive asupra interactiunii sociale. In esenta, conflictul este o neintelegere, ciocnire de interese, dezacord (un antagonism, o cearta, diferend sau o discutie violenta.

Intr-o enumerare succinta, comunicarea in situatii de conflict ar putea fi realizata prin urmatoarele forme:

- informarea personalului organizatiei, a comunitatii interne si, dupa caz, a mediului international; cu acceptul conducerii organizatiei si prin aplicarea planului de criza se raspunde oportun la intrebarile presei si agentiilor guvernamentale;
- discursurile oficiale ale conducatorilor organizatiei;
- crearea in mod deliberat a unor evenimente de presa de catre or ganizatie;
- comentarea reactiilor opiniei publice interne si internationale;
- comentariile mass-media privind evenimentul produs;
- dezbaterile din interiorul organizatiei cu privire la solutionarea crizei;
- dezbaterile (negocierile) intre organizatii in vederea solutionarii situatiei de criza sau conflict.

CAMPANIA DE RELATII PUBLICE SI COMUNICAREA IN SITUATII DE CRIZA

Tipuri de campanii

Ceea ce diferentiaza în principal campaniile sunt tipurile de obiective:

- Constientizarea unei probleme: se urmareste aducerea în atentia publicului a unor teme putin dezbatute (de exemplu, normele de comportament ecologic);
- Informarea publicului: se urmareste nu numai constientizarea unei probleme importante, ci si însusirea de catre public a informatiilor despre specificul problemei (ex: cazuri de boli generate de poluare, costurile sociale si pagubele generate de poluare);
- Educarea publicului: se doreste ca publicul (fara un model de comportament prestabilit) sa adopte un model de actiune în conformitate cu cel propus prin campanie (campania împotriva raspândirii SIDA);
- Întarirea atitudinilor: în acest caz mesajele se adreseaza unei categorii de public care sustin valorile organizatiei (de pilda, o campanie pentru construirea unor biserici);
- Schimbarea atitudinilor: mesajele sunt adresate unor publicuri care nu adera la valorile organizatiei (campania împotriva fumatului);
- Schimbarea comportamentului: se urmareste ca publicul sa adopte un model nou de actiune, fie ca exista, fie ca nu exista un model prestabilit (campania pentru adoptarea metodelor de planning familial);

Daca revenim la tipologia obiectivelor propusa de Hendrix si prezentata în capitolul anterior vom observa ca se poate realiza o analogie; primele doua tipuri de obiective sunt obiective informationale, al doilea si treilea sunt atitudinale, iar ultimele doua sunt obiective comportamentale.

Se pot considera si alte criterii de clasificare a campaniilor de relatii publice. Astfel, dupa factorul timp ele pot fi cu durata lunga si cu durata scurta;dupa continut, pot viza teme de amploare sau teme limitate; dupa adresabilitate, se pot restrînge la o singura categorie de public sau se pot extinde la toate publicurile organizatiei.

Campaniile cu obiective mai greu de realizat (comportamentale sau atitudinale) trebuie sa fie precedate de campanii premergatoare informative si sa se desfasoare pe perioade mari de timp. În al doilea rând, pentru a-si atinge obiectivele aceste campanii, daca urmaresc efecte de interes social global, au nevoie de sprijinul autoritatilor printr-un cadru legislativ si normativ adecvat.

Etape în planul unei campanii de relatii publice

Ca si proces de relatii publice, campania este un demers structurat, planificat şi coordonat. Planul campaniei nu trebuie conceput însa ca o suma aritmetica de etape distincte, ci ca o conceptie flexibila în care pe de o parte partile componentele se întrepatrund, iar pe de alta parte se pot efectua schimbari impuse de evaluarile permanente.

Sintetizând diferitele modele din literatura de specialitate, prezinta o formula dezvoltata a planului de campanie:

a) Definirea problemei - cel mai adesea, conducatorii institutiilor sunt preocupati doar de rezultatele economice si neglijeaza aspectele de imagine si relatia cu diversele publicuri. Asadar, termenul de problema nu se refera neaparat la o situatie negativa, ci si la anumite situatii incipiente care se pot acutiza si chiar si la anumite oportunitati din domeniul crearii de imagine de care organizatia se poate servi pentru atingerea scopului de ansamblu. Identificarea problemei nu trebuie sa încerce sa cuprinda modul de rezolvare sau sa culpabilizeze anumite persoane sau categorii de persoane.

Aceasta etapa e adesea neglijata de specialistii în relatii publice care uita sa formuleze un punct de vedere al organizatiei asupra situatiei initiale, cu accent pe consecintele negative ale perpetuarii situatiei existente. Un alt detaliu ar fi acela ca, pentru cazul campaniilor sociale, definirea problemei se face la nivel macrosocial, oricare ar fi orgaizatiile promotoare ale proiectului.

b) Analiza situatiei - este o etapa materializata într-un dosar de lucru în care se acumuleaza toate datele cunoscute referitoare la problema în cauza, date structurate pe doua sectiuni: (1) analiza factorilor interni (date despre biografia si imaginea persoanelor importante din cadrul organizatiei, istoricul implicarii organizatiei în problema respectiva, atitudinile si practicile de comunicare din interior etc.); (2) analiza factorilor externi (interese, atitudini si caracteristici ale segmentelor de public implicate sau afectate de problema respectiva, legi si reglementari care privesc problema, jurnalisti sau publicatii care se ocupa de domeniul respectiv). Pentru ca analiza sa fie corecta, se folosesc metodele de cercetare utilizate pentru orice plan de relatii publice.
c) Stabilirea obiectivelor - dupa Wilcox si colab[3], obiectivele unei campanii se pot împarti în doua mari categorii: (1) informationale (prezinta un produs, un serviciu sau o organizatie; sunt usor de formulat si de realizat, dar gradul de îndeplinire se constata mai greu) si (2) motivationale (urmaresc sa determine anumite actiuni ale publicului si de aceea sunt dificil de atins, dar realizarea lor se evalueaza mai usor).
d) Identificarea categoriilor de public - pornind de la identificarea valorilor, intereselor, asteptarilor publicurilor (care s-a realizat înca din etapa de analiza a situatiei) se procedeaza la o ierarhizare a segmentelor de public în ordinea importantei lor pentru realizarea obiectivelor campaniei; în functie de aceasta ierarhizare se vor aloca (și structura) mesajele si resursele.
e) Stabilirea strategiilor - pentru alegerea celei mai bune strategii trebuie sa se realizeze corespondenta cu: obiectivele fixate, publicurile alese ca tinta a campaniei, resursele avute la dispozitie, stilul de comunicare organizationala. De asemenea, credibilitatea organizatiei nu se poate fundamenta decât printr-o strategie în acord cu valorile si normele morale ale comunitatii respective.
f) Stabilirea tacticilor - decurge din strategie; în conceptul de tactica se include atât actiunea propriu-zisa cât si canalul de comunicare. Pentru fiecare instrument de comunicare planul de campanie trebuie sa cuprinda urmatoarele informatii: descrierea activitatii, termenul limita de executare, cerinte speciale (spatiu, echipament audio-video), bugetul estimat, persoana care raspunde de finalizare. În privinta canalului de comunicare, exista doua tipuri de canale (despre care s-a amintit în capitolul anterior): controlate (revista pentru angajati, site-ul de Internet, cuvântarile publice, filmele promotionale) si necontrolate (presa scrisa, radioul, televiziunea).
g) Fixarea calendarului - identifica mai multe moduri de prezentare grafica a calendarului campaniei:
   - pentru fiecare luna - scris de mâna sau tiparit; datele actiunilor sunt încercuite, iar alaturi se adauga cu alta culoare detaliile de comunicare;
   - global - o schema grafica în care anul este divizat în doua, trei sau patru parti;
   - sunt reprezentate toate elementele strategiei cu intervalele de timp de pregatire si desfasurare; este mai potrivit pentru a vizualiza planul de relatii publice al departamentului pe ansamblu, ceea ce permite o mai buna coordonare, cu dezavantajul ca este mai laborios si ocupa mult spatiu;
   - "tabloul lui Gantt" - este o varianta în care pe o coloana, în stânga, e prezentat graficul activitatilor; în dreapta, pe orizontala, se trec lunile, iar pe verticala, ordinea zilelor, si se leaga numele actiunii de ziua în care a fost programata;
   - "calendarul povestit" - sunt prezentate în detaliu activitatile prevazute în planul de campanie, precizându-se în dreptul fiecareia data desfasurarii;

h) Stabilirea bugetului - limitarile inerente de buget nu constituie o piedica în realizarea unor campanii de succes; specialistul în relatii publice trebuie sa se adapteze la resursele disponibile, suplinind prin creativitate lipsurile materiale;
i) Definirea procedurilor de evaluare - dupa Cutlip si colab.[5], evaluarea trebuie sa se desfasoare pe trei niveluri:

   1. evaluarea planului de campanie - se urmareste în primul rând daca informatiile au fost suficiente si adecvate, în al doilea rând calitatea si oportunitatea strategiilor alese, si în fine, calitatea mesajelor concepute si a celorlalte componente ale planului;

2. evaluarea implementarii planului - în primul rând se contabilizeaza cantitativ mesajele emise, apoi se monitorizeaza preluarea lor în mass-media; în fine, se identifica audienta efectiva a mesajelor (deosebita de cea potentiala, care a fost identificata la conceperea planului) precum si, daca este posibil, numarul real de persoane care au receptat mesajul;
3. evaluarea impactului mesajului - aceasta este, indiscutabil, dimensiunea cea mai importanta a evaluarii: gradul de îndeplinire a obiectivelor campaniei si feedback-ul transmis de publicurile tinta. În acest sens, evaluarea presupune mai multi pasi: se stabilesc, pe rând, numarul de persoane care au retinut mesajul, numarul de persoane care si-au schimbat opiniile dupa receptarea mesajului, numarul de persoane care si-au schimbat atitudinea dupa receptarea mesajelor. Continuând în sens ascendent, se stabileste numarul de persoane care adopta comportamentul sugerat de mesaj, numarul celor care promoveaza sau repeta acest comportament si în fine, contributia organizatiei la schimbarea sociala pozitiva.

Tipuri de criza

Pentru caracterizarea si analiza oricarei crize reale este necesara încadrarea într-o tipologie. Sintetizând tipologiile realizate de mai multi autori recunoscuti, Cristina Coman[6]4 obtine urmatoarele criterii de clasificare a crizelor:

1) dupa cauze (datorate unor factori interni sau externi);
2) dupa derularea în timp (bruste sau lente);
3) amploare (superficiale sau profunde);
4) nivelul la care se desfasoara (operationale - afecteaza activitatea normala; strategice - afecteaza elaborarea strategiilor; identitare - afecteaza identitatea organizatiei);
5) consecinte (afecteaza angajatii clientii, organizatiile partenere, o parte a publicului etc.);

Propunând alte criterii, Newsom si colab.[7] obtin doua mari categorii de crize, violente si non-violente, fiecare dintre categorii având trei subdiiviziuni, respectiv

- § crize produse de natura;
- § crize produse de actiuni umane intentionate;
- § crize produse de actiuni umane neintentionate;

În fine, mergând relativ pe aceeasi idee a actiunii umane si folosind doua axe de clasificare (intern-extern si intentionat-neintentionat), Coombs[8] 6 obtine patru tipuri de crize:

- § accidentele - interne, neintentionate (crize datorate unor probleme tehnologice);
- § greselile - actiuni neintentionate ale membrilor organizatiei pe care un agent extern încearca sa le transforme într-o criza (ambiguitati, ezitari, greseli profesionale - de exemplu, se exploateaza greseala unui medic pentru a afecta spitalul în care are un post de raspundere);
- § transgresiunile - actiuni intentionate comise de organizatii care încalca în mod constient reguli de comportament anterior asumate (falimentul bancilor sau diplôme de licenta false);
- § terorismul - actiuni intentionate realizate de actori externi cu scopul de a afecta o anumita organizatie în mod direct sau indirect (atentatele);

Toate aceste scheme de clasificare pot fi folosite atât ca instrument pentru a analiza o criza reala, cât si ca element de sprijin în generarea planurilor alternative de criza.

Managementul crizei

O politica de recomandat pentru solutionarea cu succes a crizelor are ca prim pas încercarea de a le evita pe cât este posibil. La o analiza atenta a mai multor situatii de criza intrate în istoria relatiilor publice s-a constatat ca, desi momentul de producere a fost imprevizibil, evenimentul ca atare era previzibil (de exemplu, în cazul navetei Challenger, au fost semnalate cu sase luni înainte probleme tehnice la reactoare). Politica evitarii crizelor presupune identificarea si urmarirea elementelor care pot evolua negativ, studiul verigilor slabe ale organizatiei. Se pot identifica mai multe etape ale unei crize:

a) pregatirea crizei: este etapa în care anticiparea si evitarea crizei este posibila

b) criza acuta: este momentul declansator, care poate fi depasit doar daca exista un plan de comunicare de criza care poate fi pus în aplicare;
c) faza cronica a crizei: este o etapa de reactie, în care au loc anchete guvernamentale si dezbateri publice, iar organizatia încearca sa-si refaca echilibrul si imaginea publica;
d) finalul crizei: daca se reuseste sa se tina criza sub control (printr-o buna gestionare a primelor doua faze) atunci e posibil ca organizatia sa atinga într-o perioada mai scurta acest final al crizei care deschide drumul spre reîntoacerea la normalitate;

Odata cu intrarea crizei în faza acuta, un element cheie pentru rezolvarea ei îl constituie formarea centrului de informare. Autorii consacrati îi confera si alte denumiri, cum ar fi "centru de control al crizei", "celula de criza" sau "centru de combatere a zvonurilor". Dupa parerea lui Cutlip si colab.[10], trei elemente sunt de retinut în legatura cu centrul de informare. În primul rând, el trebuie sa fie conceput ca un centru de informare publica si din acest motiv nu trebuie sa fie suprapus nici ca spatiu nici ca atributii peste centrul de presa. În al doilea rând, autorii sunt de parere ca ar trebui sa existe doua echipe care lucreaza în acest centru, una care sa gestioneze comunicarea, iar alta care sa coordoneze activitatea si sa reactualizeze informatia, tinând permanent legatura cu echipa de conducere a organizatiei. În fine, orice asemenea centru trebuie sa aiba, înaintea declansarii crizei, statutul unei surse de informatii credibile; circulatia adecvata a informatiilor trebuie realizata înca din timpul activitatilor organizationale de rutina. În interiorul organizatiei, angajatii trebuie sa fie informati de existenta acestui centru si sa fie încurajati fie sa furnizeze informatii, fie sa ceara informatii daca au nevoie.

Practic, comunicarea în situatia de criza se va desfasura pe mai multe directii: catre publicul intern si extern, catre actorii crizei si catre mass-media. Aceasta ultima componenta este una din cele mai importante. Experienta a aratat ca de cele mai multe ori organizatiile sunt preocupate de masuri de urgenta si sprijina mai putin munca de documentare a ziaristilor. În acest caz, jurnalistii recurg fie la zvonuri, fie iau o pozitie împotriva organizatiei, ceea ce contribuie si mai mult la deteriorarea imaginii acesteia.

Specialistii în relatii publice au, în asemenea cazuri, rolul de a tine permanent legatura cu jurnalistii pentru a realiza în mod operativ transmiterea informatiilor corecte, însotite de pozitia organizatiei în legatura cu evenimentele în desfasurare. Câteva recomandari în legatura cu conduita acestora si a purtatorului de cuvânt pe perioada crizei sunt:

- sa detina toate informatiile disponibile cu privire la evenimente, ca si cu privire la masurile luate de organizatie;
- sa creeze un climat de încredere în cadrul echipei de management a crizei, si sa verifice daca fiecare membru îsi cunoaste atributiile;
- sa convoace presa înainte ca jurnalistii sa solicite o întâlnire, si sa se asigure ca acestia au la dispozitie toate facilitatile;
- sa raspunda la întrebari în mod detaliat si sa evite formularile de genul "fara comentarii", sa nu faca speculatii si sa se abtina sa faca declaratii publice fara o fundamentare riguroasa;
- atunci când este obligat sa recunoasca un fapt negativ deja cunoscut de catre jurnalisti, sa confirme doar, fara a încerca sa schimbe informatia;
- sa faciliteze accesul jurnalistilor la locul evenimentelor si sa vegheze la securitatea lor, iar daca este nevoie, sa faciliteze întâlniri ale jurnalistilor cu persoane din echipa de conducere a organizatiei;
- sa pastreze o evidenta a materialelor si informatiilor comunicate presei, pentru a evita repetitia.

Erori în gestionarea crizelor

O prima greseala si cea mai importanta este tratarea crizei cu indiferenta. Adica, în unele situatii în care doar unele segmente de public sunt afectate (cum ar fi comunitatea locala sau angajatii) iar organizatie pare a fi afectata doar simbolic, prin publicarea unor articole cu conotatie negativa, se opteaza pentru expectativa: criza nu se gestioneaza în nici un fel. Spre exemplu, în "criza sarii" produsa în septembrie 2001 la Ocnele Mari, Regia Autonoma a Sarii s-a limitat la a acorda primul-ajutor sinistratilor si apoi la a organiza o cantina pentru acestia. Nu a existat nici o strategie de comunicare coerenta;

Organizatia în cauza a profitat de faptul ca Guvernul a avut unele initiative de comunicare cu sinistratii si cu ceilalti localnici din zona afectata pentru a nu mai lua nici o pozitie publica legata de evenimente. Asemenea

atitudini se pot des întâlni, din pacate, în mediul de afaceri românesc - întrucât, pe de o parte, exista un vid legislativ si normativ în privinta raspunderii materiale a organizatiilor implicate, iar pe de alta parte, în multe cazuri exista situatii de monopol. În aceste conditii dispare conexiunea "capital simbolic - capital economic", "imagine de organizatie - vânzare de produse": organizatia "producatoare de daune" nu poate înregistra feed-back-ul material al publicului.

O a doua greseala frecventa, este considerarea costurilor de gestionare a crizei ca fiind ridicate si a actiunilor întreprinse ca fiind ineficiente. E adevarat ca izbucnirea unei crize poate bulversa bugetul organizatiei, ceea ce face ca pierderile sa para într-adevar enorme în unele cazuri. Dupa cum a reiesit însa din cele de mai sus, planurile alternative de criza trebuie sa contina si un buget estimativ care sa poata fi alocat în orice moment.

Aceste cheltuieli, în masura în care se reuseste conservarea capitalului de imagine, se recupereaza în proportie de 1000%. Experientele unor organizatii cunoscute arata ca, de fapt, o criza tratata cu îndemânare se poate transforma într-un pretext pentru sporirea vizibilitatii pozitive si chiar a vânzarilor.

În afara de aceste erori care se refera la conceptia de ansamblu, o alta categorie de greseli se refera la managementul crizei. Una dintre cele mai des întâlnite este încercarea de a nega existenta unei crize majore (spre exemplu "criza Perrier", atunci când continutul apei îmbuteliate s-a dovedit a avea urme de benzen), ceea ce constituie o atitudine inutila, întrucât mass-media dezvaluie oricum adevarul si atunci organizatia trebuie sa ia masuri sub presiunea opiniei publice si a autoritatilor, în cu totul alte conditii decât daca le-ar fi luat cu de la sine putere (nu în urma cu mult timp s-a derulat o situatie asemanatoare, înghetata "Delta" infestata cu salmonella). O alta greseala este adoptarea unei conduite ambigue, ezitante, abdicarea de la principiul "one single voice"- un comportament total gresit, întrucât produce confuzie în mintea publicului si asa bulversat de informatiile contradictorii primite prin canalele mass-media. De asemenea, transformarea interactiunii cu jurnalistii într-o confruntare determina transformarea "agresivitatii" potentiale a acestora în lipsa totala de bunavointa, si deci reflectarea negativa a situatiei în articolele aparute. În fine, o alta eroare este actionarea unei alte organizatii sau a unei publicatii în justitie pentru calomnie; chiar daca premisele pentru o astfel de actiune sunt juste, organizatia se situeaza singura într-un context negativ.

Totodata, actionarea în justitie a ziaristilor/publicatiilor este o actiune gresita (creste expunerea organizatiei la comentarii nefavorabile din partea presei sau a publicului).

Strategii de gestionare a crizei

Studiile de strategie în domeniul crizelor pleaca de la presupunerea ca imaginea despre un fenomen este mai importanta decât realitatea însasi a acelui fenomen; în consecinta, aceste studii au încercat sa determine modurile în care comunicarea poate fi utilizata pentru a reduce la minimum deteriorarea imaginii organizatiei confruntata cu criza.

Plecând de la ideea ca scopul principal al comunicarii este mentinerea unei reputatii pozitive, Benoit[11] enumera urmatoarele strategii de refacere a imaginii:

a) strategiile negarii - se resping acuzatiile prin negarea oricarei implicari în evenimentele mentionate ;
b) strategiile eludarii responsabilitatii - consta în minimalizarea responsabilitatii organizatiei, prin mai multe forme:
   - § provocarea - se sustine ca actiunea în disputa a fost un raspuns la o alta actiune comisa cu rele intentii de o alta persoana sau organizatie;
   - § bunele intentii - se sustine ca nu a existat banuiala ca actiunile întreprinse pot produce rau;
   - § caracterul accidental - se sustine ca faptele s-au produs întâmplator;
   - § justificarea - se afirma ca organizatia nu a detinut suficiente informatii pentru a tine evenimentele sub control;
c) strategiile reducerii caracterului periculos al actului:
   - § obtinerea sprijinului - se încearca atragerea sentimentelor de simpatie ale publicului prin sublinierea meritelor din trecut ale organizatiei;
   - § reducerea sentimentelor negative - se acrediteaza ideea ca organizatia nu este atât de vinovata precum se crede;
   - § diferentierea - se reamintesc evenimente asemanatoare cu consecinte mult mai grave, în comparatie cu care evenimentul în cauza apare ca fiind mai putin daunator;
   - § transcenderea - faptele sunt plasate într-un context favorabil, care le diminueaza semnificatia negativa;

- § atacul - se arata slabiciunea pozitiei acuzatorilor (organizatia ca "victima" a unei campanii de defaimare);
- § compensarea - se propun modalitati materiale sau simbolice de acoperire a pagubelor produse;

d) strategiile de corectare - prin care organizatia se obliga sa ia masuri pentru remedierea daunelor produse si fie se încearca refacerea situatiei de dinainte de evenimentele reprosate (restaurarea), fie se iau angajamente ca astfel de situatii nu se vor mai repeta (promisiunea);
e) strategiile de umilire - prin care organizatia îsi recunoaste vinovatia si cere public iertare celor afectati de evenimentele produse

Anexa

PROCES VERBAL DE CONCILIERE DIRECTA

Încheiat astăzi ..../...../201...., la sediul spitalului Sfântul Sava Buzău, intre:

I. Părțile:
Spitalul Sfântul Sava Buzău cu sediul în Buzău str. Crizantemelor, Nr. 5, reprezentat legal prin dl./dna. ……

Și

Dl./dna. …….. carte de identitate serie ..... nr. ....., domiciliat în localitatea ..... str. ..... nr. …, bl....., sc....., ap....., județul .....

s-au întâlnit astăzi ……. ora ……, la sediul spitalului, pentru soluționarea pe cale amiabilă a litigiului apărut între cele două părți, respectiv:

Despăgubirea ..... pentru prejudiciul constatat in urma actului de malpraxis dovedit prin decizia nr..... a Comisiei de monitorizare şi competenţă profesională pentru cazurile de malpraxis județene.

II. Corespondenta
Referitor la stabilirea locului și datei întâlnirii, părțile au purtat următoarea corespondență :
· convocarea la conciliere trimisa de către ..... în data de .....
· decizia nr..... a Comisiei de monitorizare şi competenţă profesională pentru cazurile de malpraxis județene
· alte documente: ……

III. Prezența la conciliere
La concilierea directa dintre parți s-au prezentat :
a) din partea spitalului; ……
b) din partea pacientului ……

IV. Punctele de vedere ale părților
1. Punctul de vedere al ……. este următorul :
.....
.....
.....
.....
.....

2. Punctul de vedere al …….. este următorul :
.....
.....
.....
.....
.....

V. Înțelegerea părților

Având în vedere cele sus menționate, părțile au propus următoarea rezolvare a litigiului :
.....
.....
.....
.....

Semnătura celor două părți:

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău

Poziție proceduri - 120

Nr. . 276/ 10/07/2013

Aprobat CD

.....

TIPUL SI NIVELUL DE INFORMAŢII PRIVIND PACIENTII CE POT FI TRANSMISE TELEFONIC

Tipul de informații ce pot fi oferite telefonic :

- informații generale
- informații personale

Nivelul de informații ce pot fi oferite despre un pacient:

INFORMATII GENERALE:

1. Programul de vizita al pacienților
2. Programul de audiente al conducerii spitalului
3. Serviciile spitalului
4. Telefonul serviciului de urgență

INFORMATII PERSONALE:

1. Dacă pacientul este internat in spital (dacă pacientul este externat se oferă doar informația că nu este internat în prezent !)
2. Secția sau compartimentul unde a fost / este internat pacientul /salonul
3. Salonul unde este internat pacientul
4. Numele medicului curant
5. Numele asistentei șefe de secție
6. Numărul telefonic de interior al secției sau se oferă legătura cu pacientul
7. Nu se oferă informații referitoare la data internării sau externării. Dacă necesită a se anunța familia sau aparținătorul despre data externării, spitalul va apela la numărul de telefon înscris pe FOCG – se evită astfel a se da informații care pot fi folosite în alte scopuri

CONDUCEREA

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE ORGANIZARE A SERVICIULUI RADIOLOGIE**	**140** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/4**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătura**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Angelescu Eugen	As. radiologie	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Procedura are ca scop reglementarea activităților din laboratorul de radiologie si imagistica medicala din cadrul ***Spitalului.***

Asigură continuitatea activităţii, inclusiv în condiţiile de fluctuaţie a personalului.

Sprijină auditul şi/ sau alte organisme abilitate în acţiuni de auditare şi/sau control, iar pe manager, în luarea deciziei.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura este aplicată de către personalul laboratorului de radiologie si imagistica medicala din cadrul ***Spitalului.***

3.DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- SR EN ISO 19011: 2002 – Ghid pt. auditarea sistemelor de management al calităţii şi/sau de mediu
- SR EN ISO 9000:2006 – „Sisteme de Management al Calităţii. Principii esenţiale şi vocabular.”
- SR EN ISO 9001:2008 – „Sisteme de management al calităţii. Cerinţe.”
- SR CEN/TS 15224:2009 - ”Servicii de sănătate. Sisteme de management al calității. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2000”
- Ordin 946/2005 – pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzând standardele de management /control intern la entitățile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial - republicare.
- Ordin nr. 1389/2006 privind modificarea si completarea Ordinului ministrului finanțelor publice nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzând standardele de management/control intern la entitățile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial
- Ordinul 1649/2011 privind modificarea si completarea Ordinului ministrului finanțelor publice nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzând standardele de management/control intern la entitățile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial
- Legea nr.95/2006 privind reforma în sănătate
- Legea 111/96 republicata
- Norme de securitate radiologice - Proceduri de autorizare

- Norme de securitate radiologice in practicile de radiologie de diagnostic si intervenționala
- Norme privind radioprotecția persoanelor expuse la radiații ionizante
- Norme privind acordarea permiselor de exercitare in domeniul nuclear, nivel I-II.

4. RESPONSABILITĂŢI

Manager - Aprobă prezenta procedură

Responsabil cu securitatea radiologica

- Aplica procedurile de lucru care conduc la reducerea la minim a riscului de suprairadiere,
- Tine sistematic evidenta generatorilor de radiații,
- Tine evidenta rezultatelor maturatorilor periodice a nivelurilor de radiații din zona controlata,
- Urmărește efectuarea controlului medical periodic pentru personalul expus profesional,
- Organizează echipele de intervenții si propune dotarea acestora pentru cazuri de urgenta,
- Verifica periodic gradul de pregătire al echipelor de intervenții,
- Efectuează periodic instructajul întregului personal care lucrează cu generatorii de radiații.
- Controlează modul in care se respecta de către personal masurile de securitate împotriva radiațiilor nucleare prevăzute de norme.
- Controlează ca vizitele sa fie făcute cu respectarea masurilor de radioprotecție, asigurând folosirea echipamentului de radioprotecție corespunzător.

5.DESCRIEREA POCEDURII

Monitorizarea radiologica a locului de munca

Spitalul asigura monitorizarea radiologica a locului de munca.

Monitorizarea radiologica a locului de munca pentru zonele controlate si spatiile adiacente se face prin măsurarea debitelor de doza datorate expunerii externe, sub supravegherea unui expert acreditat in protecția radiologica.

Măsurătorile radiometrice se fac o data la 6 luni si după fiecare reparație a instalației radiologice.

Evidenta maturatorilor dozimetrice va conține:

- Parametrii instalației radiologice,
- Denumirea dozimetrului cu care s-a făcut măsurătoarea si data ultimei verificări metrologice a acestuia,
- Denumirea punctului de măsurare,
- Debitul dozei in fiecare punct de măsurare,
- Nivelul de referința,
- Data efectuării maturatorilor,
- Numele si pregătirea persoanei care a efectuat măsurătorile,
- Acțiunile corective in caz de depășire a nivelurilor de referința.

Radioprotecția persoanelor expuse profesional

Persoanele expuse profesional se împart in doua categorii:

- Categoria A - Cuprinde persoanele expuse profesional pentru care exista o probabilitate semnificativa de a primi o doza anuala efectiva mai mare de (3/10)x20mSv.
- Categoria B - Cuprinde alte persoane decât cele din Categoria A.

Încadrarea in categoriile de personal se stabilește, conform reglementarilor in vigoare, ca urmare a evaluării dozelor efective primite de personalul expus profesional intr-o perioada de 6-12 luni, doze determinate monitorizarea dozimetrica individuala si de arie.

Monitorizarea individuala a personalului expus profesional

Monitorizarea dozimetrica individuala a personalului expus profesional se efectuează lunar, prin intermediul unui organism dozimetric acreditat, fiind obligația spitalului.

Se vor utiliza numai fotodozimetre care au Autorizație de Securitate Radiologica.

Fotodozimetrul trebuie purtat pe partea frontala a toracelui intre umeri si talie.

Fotodozimetrul individual trebuie purtat numai de persoana căreia i s-a predat acest dozimetru.

Pe toata durata timpului de lucru personalul expus profesional va purta caseta cu filmul dozimetric. Este interzis a se scoate filmul dozimetric intenționat din caseta fotodozimetrica sau expunerea lui voita in fascicolul de radiații.

Daca un Fotodozimetrul individual este pierdut, se va raporta pierderea dozimetrului si estimarea dozei la CNCAN.

Evaluarea de doza pentru persoana al cărui Fotodozimetrul a fost pierdut se va face de către un expert acreditat in protecția radiologica.

Responsabilul cu Securitatea radiologica va tine evidenta monitorizării dozimetrice individuale.

Titularul de autorizație va analiza periodic modul in care se asigura supravegherea fotodozimetrica individuala.

Radioprotecția pacienților

Efectuarea examenelor radiologice se face numai cu avizul medicului care stabilește procedura optima de radiografiere astfel încât sa se asigure expunerea minim necesara pentru realizarea obiectivului cerut de diagnostic.

Exploatarea instalației radiologice

Verificarea operațională a stării de funcționare a aparatului

Înainte de utilizarea aparatului operatorul verifica ca toate dispozitivele relevante de securitate funcționează corespunzător si aparatul este gata de utilizare.

Pentru acestea operatorul executa următoarea lista de teste de verificări, conforme cu precizările din cartea tehnica a aparatului:

a) Verificări zilnice înainte de utilizare se executa următoarele verificări:
- Se verifica cablurile de alimentare. Aparatul nu se folosește daca cablurile sunt defecte.
- Se verifica daca sistemele de semnalizare a expunerii sunt in stare de funcționare,
- Se verifica înregistrarea parametrilor,
- Se verifica daca generatorul si sistemul de poziționare raman in pozitia dorita.

b) Verificari saptamanale
- Se verifica vizual starea tuturor cablurilor si a conexiunilor (deterioarer, ruptura)
- Se verifica vizual si acustic existenta scurgerilor de ulei si a zgomotelor neobisnuite din generatorul de raze x.

Intretinerea periodica a aparatului

In conformitate cu prevederile producatorului echipamentul se verifica anual sau de doua ori pe an de către o unitate de service autorizata de CNCAN si agreata de producator.

Aceste verificari au ca scop mentinerea aparatului in parametri prevazuti de producator.

Procesul de lucru

Declansarea aparatului roentgen pentru efectuarea radiografiilor si radioscopiilor se face numai din camera de comanda de către radiolog.

Comunicarea dintre bolnav si personalul expus profesional se face prin sistemul interfon care leaga masa de comanda de postul II radiografii.

La efectuarea radiografiilor se va folosi un camp radiografic cat mai mic posibil astfel incat imaginea rezultata pe filmul radiografic sa dea informatii medicale cat mai bogate.

Periodic va fi verificata coincidenta dintre fascicolul luminos si fascicolul de radiații,

In camera de expunere va fi admis numai un singur pacient.

In timpul examenelor radiografice pacientul va fi protejat prin sort de protectie la radiații pentru pacient si prin colimarea la maximum posibil a fascicolului de radiații.

Fixarea parametrilor expunerii

Se alimenteaza aparatul de la retea utilizand intrerupatorul general aflat pe panoul de comanda de pe stativul aparatului.

Semnalizatorul va indica pozitia pornit.

Se fixeaza tipul expunerii utilizand butoanele de pe panoul de comanda. Reglarea expunerii se face in trepte fixe, in functie de tipul expunerii.

Documente utilizate

Lista, proveniența, conținutul, rolul și circuitul documentelor se regăsește ***Anexa 1*** la prezenta procedură

Resurse necesare

Resurse umane

- conform organigramei.

Resurse materiale

- calculatoare
- spaţiu adecvat de lucru
- aparatura de laborator.

Resurse financiare

- remuneraţia per persoană conform contractului de muncă semnat de către angajat.

6. ANEXE

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE ECOGRAFIE**	**141** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/4**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Angelescu Eugen	As. radiologie	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**05.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Aceasta specificate are scopul de a stabili etapele si criteriile de acceptare interne pentru furnizarea serviciului medical de ecografie catre pacientii .

2. SPECIFICATIA PROPRIU-ZISA. INTRUCTIUNI

Generalitati despre serviciu

Ecografia serveste pentru diagnosticul medical cu ultrasunete avand o frecventa cuprinsa intre 2 si 10 Mhz. Principiul constructiv de baza este cel al radarului, adica emiterea unui semnal de ultrasunete care va intalnii diverse tesuturi, va fi reflectat de acestea si apoi receptat, prelucrat si tranformat in imagine pe monitor.

Pentru a putea efectua examinarea ecografica (aerul este rau conductor de ultrasunete) este necesar sa se interpuna intre pielea regiunii de examinat si sonda un mediu bun conductor adica un gel hidrosolubil.

Putem examina organele din cavitatea abdomino-pelviana ce are drept limita superioara diafragmul si limita inferioara pelvisul. In cadrul cavitatii abdomino-pelviene planul conventional oblic spre anterior si inferior ce trece prin promontoriu si extremitatea superioara a simfizei pubiene, delimiteaza cavitatea abdominala de cea pelviana.

Organele cavitatii abdominale se impart in :

- Intraperitoneale (ficat, splina, stomac, jejun-ileon, colon transvers si colon sigmoid)
- Extraperitoneale (rinichi, glande suprarenale, aorta abdominala si vena cava inferioara, nodulii limfatici lomboaortici, pancreasul, duodenul, colonul ascendent si descendent)

Organele cavitatii pelviene sunt grupate intr-o zona mijlocie viscerala flancata de doua zone laterale cu vase si nervi. Zona viscerala cuprinde:

- Loja posterioara sau rectala
- Loja anterioara sau urogeniatala care contine la barbat vezica urinara, prostata, uretra prostatica, vezicule seminale si canale deferente, iar la femeie contine vezica urinara si uretra, uterul, vaginul, ovarele si trompele uterine.

Pregatirea pentru efectuarea serviciului.

Pentru o ecografie diagnostica corecta, bolnavul trebuie sa fie in conditii a jeun de apoximativ 10-12 ore, deci nu va manca in dimineata examinarii si nu va consuma nici cafea (care are efecte puternic colecisto-kinetice). In general cu 2 zile inantea examinarii se recomanda o alimentatie saraca in celuloza sau se poate administra o

medicatie cu fermenti digestivi (Triferment) sau carbune medicinal pentru scaderea continutului de gaze din tubul digestiv si ameliorarea examinarii ecografice.

Pentru examinarea pancreasului la pacientii balonati se poate administra apa in cantitate de 400-500 ml.

Pentru examinarea pelvisului (uter, ovare la femei sau prostata la barbati), vezica urinara trebuie sa fie plina, de aceea pacientul va ingera 400-500 ml de apa cu 2-3 ore inantea examinarii si nu va urina.

Modul de efectuare.

Examinarea ecografica se face, de obicei, dupa consultarea pacientului pe baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau contra cost la solicitarea directa a pacientului.

Se consemneaza in registrul de consultatii numele si prenumele pacientului, varsta, adresa, CNP-ul si medicul care trimite pacientul.

Examinarea ecografica :

Se incepe cu pacientul situat in decubit dorsal.

Se inregistraza in memoria ecografului numele si varsta pacientului si numarul corespunzator din registrul de consultatii.

Se selecteaza din softul ecografului tipul de examinare dorit.

Inantea examinarii se va explica pacientului modul de examinare si necesitatea efectuarii apneei inspiratorii.

Aceasta manevra va permite examinarea corecta a organelor abdominale prin coborarea in inspir a ficatului.

Examinarea ficatului si colecistului

Se incepe in decubit dorsal, dupa care pacientul se trece in decubit lateral stang.

Examinarea pancreasului si splinei :

Se face in decubit dorsal, eventual sezand, iar examinarea splinei se face in decubit dorsal si decubit lateral drept.

Se aplica gelul ecografic pe zona de examinat si se incepe efectuarea sectiunilor ecografice:

- sectiuni transversale in regiunea epigastrica pentru examinarea lobului stang hepatic, a pancreasului si axului splenoportal.
- sectiuni sagitale prin plasarea sondei pe directia aortei si a venei cave inferioare, cu glisarea sondei spre dreapta si stanga pentru a examina ficatul, colecistul, pancreasul, emergenta din aorta a trunchiului celiac si a arterei mezenterice superioare.
- sectiuni oblice recurente subcostale drepte pentru examinarea colecistului si a ficatului cu vene suprahepatice, vena cava inferioara si vena porta dreapta si stanga.
- sectiuni intercostale drepte pentru examinarea ficatului si colecistului si sectiuni intercostale stangi pentru examinarea splinei.
- sectiuni oblice complementare care au o directie perpendiculara pe rebordul costal pentru a examina hilul hepatic, vena porta in hil si coledocul.

Se examineaza prin efectuarea acestor sectiuni urmatoarele organe:

a) **Ecografie abdomen superior** :

- ficat cu diametral antero-posterior a lobului stang, contururi, ecostructura si ecogenitate, vena porta, caile biliare si venele suprahepatice.
- colecistul cu grosimea peretilor, malformatii, calculi, tumori.
- pancreas cu diametrul la nivelul capului, ecostructura si contururi.
- splina cu axul lung si ecostructura.
- rinichi cu axul lung, contur, indice parenchimatos, dilatatii pielocaliceale sau calculi.

b) Ecografie pelvis :

- vezica urinara cu pereti, contur, continut normal transonic.
- prostata la barbat cu dimensiuni, contur, ecostructura si calcularea rezidiului vezical postmictional.
- la femeie: corpul uterin (pozitie, dimensiuni, contur, ecostructura ,grosime endometru) si ovare (diametre, ecostructura).

- vase iliace si noduli limfatici.

c) Ecografie tiroida :

- istm tiroidian: diametru, ecostructura.
- lobi tiroidieni: dimensiuni, ecostructura, procese localizate, vascularizatie.
- adenopatii latero-cervicale

d) Ecografie san :

- sistem canalicular (diametrul).
- sistem ductoacinar (diametrul).
- prezenta proceselor localozate (noduli, chisturi, calcificari).
- adenopatii axiare.

e) Ecografie Doppler color pentru artere carotide :

- artere carotide comune: dimensiuni. indice itima-medie, placi ateromatoase, curbe spectrale si viteze inregistrate.
- artere carotide interne: dimensiuni. indice itima-medie, placi ateromatoase, curbe spectrale si viteze inregistrate.
- artere vertebrale: dimensiuni, curbe spectrale.

f) Ecografie obstetricala :

- numar feti si prezentatia acestora
- masuratori: diametrul biparietal, lungime femur, circumferinta craniana. circumferinta abdominala, greutate fat.
- aprecierea miscarilor fetale si masurarea batailor cordului fetal (BCF).
- placenta: localizare, ecostructura, grosime.
- lichid amniotic: aprecierea cantitatii (masurare grosime).
- morfologia fetala: fata, coloana, extremitatile, peretele abdominal, aorta, vezica urinara, sexul.
- col uterin si orificiul intern al colului.
- studiul curbelor de crestere a fatului.

Precizari cu privire la masurile de luat pentru eliminarea unor riscuri

Examinarea ecograflca este neinvaziva, neprezentand riscuri pentru pacient. Manevrele trebuie efectuacte cu blandete pentru a nu provoca durere pacientului.

In cazul examinarii unui fat nu este recomandata folosirea ecografiei doppler decat pentru perioade scurte de ordinul secundelor (pentru evitarea unor leziuni anatomice ale acestuia- globuli oculari).

Rezultate. Interpretarea acestora.

Toate datele obtinute in urma efectuarii ecografiei sunt consemnate in formularul de ecografie de asistenta medicala in raportul de examinare ecografica care va fi inmanat pacientului.

Raportul de examinare ecograflca este semnat, parafat de medic si consemnat pe el numarul din registru. Pacientul primeste si fotografii efectuate la printer, care evidentiaza principalele elemente patologice descoperite sau diametrele masurate intr-o ecografie obstetricala.

Prin ecografie se realizeaza diagnosticul unor afectiuni ale organelor parenchimatoase (ficat, splina, pancreas) sau cu continut lichidian (vezica biliara, vezica urinara, vase sangvine).

Organele parenchimatoase au o structura ecograflca caracteristica de tip solid, iar structurile lichidiene au aspect numit transonic.

Tot un aspect transonic au si chistele.

Aspectul hiperreflectogen tipic este generat de structurile dense, dure (calculi biliari sau renali, coaste, coloana vertebrala), impenetrabile pentru ultrasunete, fascicolul fiind in intregime reflectat.

Aerul este si el impenetrabil pentru ultrasunete, dand un aspect hiperreflectogen cu umbra posterioara (aerogastria, aerobulbia, aerul enteral si colonic trebuie diferentiat de litiaza).

Imaginea hipoecogena este mai neagra decat structura cu care este comparata, fara a fi complet transonica (de exemplu tumori hepatice, pancreatice).

Imaginea hiperecogena este mai alba decat structura cu care e comparata (hemangiom hepatic, tumora primitiva).

Imagine in cocarda este rotunda, cu centrul hiper sau izoecogen inconjurat de un halou hipoecogen, avand frecvent semnificatie maligna (ficat, pancreas, tiroida).

Imaginea mixta, neomogena rezulta din alternanta de plaje hipo si hiperecogene si poate fi generata de formatiuni tumorale prin necroze sau fibroza tumorala. In cazul descoperirii unei formatiuni anormale intr-un organ examinat trebuie sa se precizeze:

- tipul formatiunii: solida, transonica sau mixta.
- localizarea acesteia (locul sau segmentul hepatic, polul renal etc).
- dimensiunile, contururile si gradul de delimitare fata de tesutul din jur
- tendinta de invadare a organelor invecinate
- ecostructura: omogena sau neomogena
- grosimea peretilor intr-o formatiune transonica
- prezenta adeopatiilor invecinate sau la distanta
- modificari ale vaselor sangvine la periferia sau in interiorul formatiunilor descoperite (ecografia Doppler color putand sugera unele indicii de malignitate)

Inregistrarea datelor. Comunicarea acestora.

Toate datele obtinute in urma efectuarii ecografiei sunt consemnate de asistenta medicala atat in raportul de examen ecografic ce se inmaneaza pacientului cat si in registrul de consultatii.

Examinarea ecografica efectuandu-se in cabinetul nostru de obicei dupa o consultatie de medicina interna, pacientul va primi la plecare, pe langa raportul de examen ecografic, fotografiile de la printer si o prescriptie medicala de urmat, insotita de recomandari igieno-dietetice.

In cazul descoperii unor formatiuni suspecte, pacientul este indrumat pentru efectuarea unor alte investigatii paraclinice de confirmare (teste biologice, tomografie, RMN).

Descoperirea unor anumite elemente patologice (hemanghioame, calculi renali obstructii) face necesara reexaminarea periodica a pacientului pentru aprecierea modului de evolutie al afectiunii.

3 . MASURI DE ASIGURARE A CALITATII

- consultarea periodica a literaturii de specialitate
- participarea medicilor si asistentelor la cursuri de educatie medicala continua,simpozioane,mese rotunde
- actualizarea listelor de medicamente compensate in conformitate cu legislatia
- consultarea ghidurilor de practica medicala.

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Angelescu Eugen	As. radiologie	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1) SCOP

Procedura prezintă descrierea modalităţii de realizarea a condiţiilor de adecvare a localurilor si mediului pentru desfăşurarea corecta a investigaţiilor in LRIM

2) DOMENIU DE APLICARE

Managementul SPS si intreg personalul al laboratorului LRIM

3) DOCUMENTE DE REFERINTA

3.1. Manualul Calitatii – MC – LRIM - 01
3.2. SR EN ISO 9000 – Sisteme de mangement al calitatii. Principii generale si vocabular.
3.3. SR EN ISO 9001 – Sisteme de management al calitatii. Cerinte
3.4. SR EN ISO 9004 – Sisteme de management al calitatii.Linii directoare pentru imbunatatirea performantelor
3.5.Ordin 219 din 1.04.2002 – pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deseurilor rezultate din activitatile medicale si a metodologiei de culegere a datelor pentru baza nationala de date privind deseurile rezultate din activitatile medicale 3.5.Hotarirea 586 din 16 08 2002 privind evidenta gestiunii deseurilor si pentru aprobarea listei cuprinzind deseurile, inclusiv deseurile periculoase
3.6.Ordin 997 din 11 08 2004 privind modificarea si completarea Ord.219/2002

4) DEFINITII SI ABREVIERI

4.1.Definitiile utilizate sunt cele din standardul SR EN ISO 9000

5) DESCRIEREA ACTIVITATII

5.1. Identificarea si realizarea conditiilor pentru localuri si mediu ambiant

5.1.1. Localuri

- LRIM are localuri corespunzatoare pentru realizarea in conditii bune a investigatiilor .

- Structura si amenajarile corespund planului anexat.
- Circuitele in spatiu si timp realizeaza cai rapide si usoare de acces in diferitele incaperi
- Ariile în care se schimbă pacienţii sunt private şi permit accesul spre sala de examinare fără a traversa o zonă publică
- Sunt asigurate conditiile de securitate si siguranta.
- Zonele de lucru sunt curate, ordonate si septate, cu posibilitatea abordarii lorsecventiale.
- Incaperile au un cubaj corespunzator si permit aerisirea corecta.
- Toate coridoarele sunt libere, clar direcţionate prin semne
- Toate uşile din camera de aşteptare şi de la camera de examinare permit pasajul cărucioarelor şi a brancardelor
- Iluminarea şi temperatura încăperilor este adecvată
- Pavimentele sunt acoperite cu materiale tip linoleum pentru trafic greu impregnat cu rasini epoxidice, cu lavabilitate excelenta, rezistente la dezinfectante, acizi sau baze.
- Peretii sunt vopsiti cu vopsea speciala cu proprietati bactericide si care realizeaza o pelicula speciala usor lavabila si dezinfectabila, rezistenta la solutiile folosite in acest scop.
- Canapeaua de consultatii este in totalitate acoperita cu materiale rezistente la acizi, baze, temperaturi inalte si la dezinfectante, usor lavabile si rezistente la zgariere.
- Mobilierul este realizat din materiale lucioase, neabsorbabile, usor lavabile.
- Accesul in zonele controlate este reglementat pentru asigurarea securitatii persoanelor, activitatii si pentru asigurarea confidentialitatii

5.1.2.Masuri de reducere a contaminarilor:

- suprafete usor de intretinut, dezinfectabile si lavabile
- mobilier si echipamente strict necesare desfasurarii activitatii
- materialele si echipamentele de protectie – manusi, sorturi, halate – pentru personal sunt asigurate in permanenta si in cantitati suficiente.
- echipamentul de lucru este pastrat numai in laborator
- imbracamintea personala se pastreaza numai in vestiar
- accesul personelor in serviciu este controlat
- exista spatiu pentru depozitare materiale si reactivi
- grup sanitar propriu, pentru personal si pacienti

5.2. Intretinere

- medicul sef de laborator supravegheaza curatenia si intretinerea localurilor conform programului de curaţenie intocmit de RMC si care este afisat ;
- in caietul de curatenie se consemneaza activitatile zilnice
- pentru rezolvarea problemelor curente legate de instalatii, retea electrica, apa, in fiecare centru de lucru exista persoane angajate cu responsabilitatea urmaririi si rezolvarii acestora, la solicitarea medicului sef de laborator .

5.3. Instruirea

- pentru situatii de urgenta in ce priveste mediul : incendiu, inundatie, se face conform normelor reglementare

5.MODUL DE GESTIONARE A DESEURILOR

In activitatea curenta s-a implementat un sistem de gestionare a deseurilor adaptat volumului de lucru si cantitatii de deseuri rezultate, dupa cum urmeaza:

5.1.Ambalajul in care se face colectarea si care vine in contact direct cu deseurile periculoase este de unica folosinta si se elimina o data cu continutul

Deseurile rezultate se colecteaza in recipiente adecvate, pe categorii, in functie de natura deseurilor astfel:

- -pentru deseurile infectioase care nu sunt taietoare - intepatoare se folosesc saci de polietilena de culoare galbena iar ca alternativa la acestia se folosesc saci de alta culoare, caz in care sunt marcati cu galben . In ambele cazuri sacii sunt marcati cu pictograma * Pericol biologic* Sacii sunt introdusi in ambalaje portsac.
- -deseurile taietoare - intepatoare se colecteaza in cutii speciale confectionate din material rezistent la actiunile mecanice. In partea superioara sunt prevazute cu capac special care permite introducerea deseurilor, impiedicand scoaterea acestora dupa umplere. Cutiile sunt de culoare galbena si au pictograma * Pericol biologic*

Atat sacii cat si cutiile pentru deseurile periculoase se depun in al doilea ambalaj care este reprezentat de containere cu peretii rigizi aflati in spatiul de depozitare temporara. Containerele pentru

deseuri infectioase si taietoare intepatoare au marcaj galben, sunt inscriptionate * Deseuri medicale * si poarta pictograma *__Pericol biologic__*

5.2 Deseurile nepericuloase asimilabile celor menajere se colecteaza in saci de polietilena de culoare neagra inscriptionati * **Deseuri nepericuloase*** In lipsa acestora se folosesc saci de polietilena transparenti si incolori.

5.3.Depozitare temporara

Este facuta in locul special amenajat aflat in incinta spitalului. Siguranta spatiului este asigurata prin desemnarea persoanelor care raspund de aceasta activitate si care au fost instruite in acest sens. Durata depozitarii deseurilor periculoase este de maxim 72 ore.

5.4.Transport

Transportul deseurilor periculoase pana la locul de eliminare finala este facut cu respectarea stricta a normelor de igiena si securitate, in scopul protejarii personalului si populatiei generale.

6. RESPONSABILITATI

6.1.MLRIM

- verifica si asigura respectarea conditiilor de spatiu si mediu
- verifica si raspunde de realizarea conditiilor de lucru corespunzatoare

6.3.RMC

- monitorizeaza conditiile de mediu
- supravegheza activitatile de intretinere si eliminare a deseurilor
- intocmeste programul de curatenie împreuna cu CPCIN
- raspunde de relatia cu personalul de intretinere
- supravegheaza instruirea PSI

7. INREGISTRARI

7.1.Program curatenie si dezinfectie – cod : F01 – IL – 03
7.2.Caiet curatenie – cod : F02 – IL – 03
7.3 Registru instruiri PSI – cod :

8.ANEXE

8.1Formular program curatenie si dezinfectie – cod :F01 – IL – 03

nr.crt.	Zi din saptamina	Activitate	Obs.

8.2 Formular Caiet curatenie – cod :F02 – IL – 03

nr.crt.	Data si ora	Activitate desfasurata	Semnatura

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Angelescu Eugen	As. radiologie	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Programul de radioprotecţie are drept scop asigurarea protecţiei în radiologia de diagnostic a pacientului, a personalului expus şi a populaţiei, pentru obţinerea în condiţii de calitate şi performanţă, a informaţiilor medicale de radiologie de diagnostic.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplica in toate punctele de lucru – laboratorul de radiologie si imagistica medicala al SPS – de catre intreg personalul

3.DOCUMENTE DE REFERINTA

Legea 111/1996 (completată şi republicată) - Privind desfăşurarea în condiţii de siguranţa a activităţilor nucleare.

Normele de securitate radiologică în practicile de diagnostic şi radiologie intervenţională (Ord Nr 173 CNCAN - Monitor oficial nr 924/23.12.2003).

Normele fundamentale de securitate radiologică (Ord Nr 14/2000 CNCAN).

Normele privind radioprotecţia persoanelor în cazul expunerilor medicale la radiaţii ionizante (Ord Nr 285/79/2002 MS -CNCAN).

Manualele tehnice şi de operare pentru echipamentul OPERA (Elaborate de şi traduse în limba română).

4.DEFINITII

Imagistica medicala – este o ramură a ingineriei biomedicale;

→ are ca sursă de informaţii date obţinute sub formă de măsuratori sau înregistrări;

→ însumează tehnici şi proceduri folosite pentru a obţine imagini cu caracter medical;

→ relevă aspecte structurale şi funcţionale normale sau patologice pentru organisme vii;

→ are utilitate clinică şi medical ştiinţifică;

Iniţial imagistica medicală clinică desemna metode radiologice de investigare medicală. Descoperirile ulterioare realizate in domeniul bio-fizicii au dus la diversificarea metodelor de investigare medicală. S-a urmărit punerea la punct a unor metode de investigaţie mai puţin invazive în clinica medicală. Totodată, paraclinic, au fost concepute instrumente care realizează masurători ale însuşirilor fizico-chimice în preparatele biologice.

O gamă largă de instrumente de investigare medicală se axează pe măsurarea intensităţii efectului pe care îl induce o anumită caracteristică fizică sau chimică (inabordabilă direct) asupra unui parametru (accesibil aparatelor de măsură). Se obţin astfel date importante cu privire la natura preparatului biologic studiat. Nu totdeauna se obţin imagini. Uneori se obţin liste de valori. Alteori imagini de spectru.

5. DESCRIEREA INFRASTRUCTURII

5.1. Cladiri si spatii de lucru - zonarea

- Constructia unitatii nucleare a fost astfel proiectata încît să asigure optimizarea protecţiei şi limitarea dozelor, conform NSR, prin :
- ecranare pereţi, protecţie camera de comanda baritată, ecran de protecţie Pb 2mm.
- tub de raze X blindat cu Pb, cu cupolă
- diafragma cu volete care nu se poate deschide mai larg decit ecranul în faţa căruia se află medicul
- paravan plumbat protector
- S-au delimitatat zonele controlate şi s-au indeplinit cerinţele prevăzute în NSR pentru zona controlată: delimitarea clară, accesul controlat, monitorizarea radiologică, afişarea obligatorie a simbolului pericol de radiaţii, reguli locale şi instrucţiuni de lucru.
- S-au delimitat zonele de interes public, conform NSR

5.1.1.Zona controlată - aria in care este instalat echipamentul de radiologie computerizată este semnalizată prin simbolul "Pericol radiaţii" , indicarea tipului zonei şi nu este accesibila decît persoanelor instruite corespunzator.

- Camera de scanare

- Accesul în camera de scanare nu este permis în timpul procesului de scanare. (prin limitatori la uşi care opresc funcţionarea tubului emiţător de raze X la deschiderea accidentală a uşii)
- Procesul de scanare este semnalizat şi optic cu lămpi roşii deasupra fiecărei uşi de acces care luminează intermitent în timpul scanării.
- Uşa de acces pacient se deschide spre interior şi este protejată cu limitator de blocare a generatorului de radiaţii, în cazul unei eventuale deschideri accidentale.
- În camera de scanare este introdus un singur pacient (susţinătorul atunci când este introdus, este echipat cu echipamentul de protecţie).

5.1.2.Camera de comanda şi control.

Poziţionarea corectă a echipamentului iradiant în fiecare cameră este un aspect important al radioprotecţiei

5.1.3. Zona supravegheata

În cadrul Laboratorului de Radiologie si Imagistica Medicala nu se delimitează zone supravegheate, spaţiile imediat invecinate zonei controlate, precum şi spatiile auxiliare, sunt considerate de regulă, spaţii publice.

5.1.1.Radiologie

Radiografie craniană standard în 2 planuri *1)
Radiografie craniană în proiecţie specială *1)
Ex. radiologic părţi ale scheletului în 2 planuri *1)
Ex. radiologic torace osos sau părţi ale lui în mai multe planuri *1)
Ex. radiologic centura scapulară sau pelvină fără substanţă de contrast *1)
Ex. radiologic părţi ale coloanei vertebrale, mai puţin coloana cervicală *1)
Ex. radiologic alte articulaţii fără substanţă de contrast sau funcţionale cu TV *1)
Ex. radiologic coloana vertebrală completă, mai puţin coloana cervicală *1)
Ex. radiologic coloana cervicală în cel puţin 3 planuri *1)
Ex. radiologic torace ansamblu inclusiv ex. Rx.-scopic (eventual cu bol opac) *1)
Ex. radiologic torace şi organe ale toracelui *1)
Ex. radiologic de vizualizare generală a abdomenului nativ în cel puţin 2 planuri *1)
Ex. radiologic tract digestiv superior (inclusiv unghiul duodenojejunal) cu substanţă de contrast nonionică) *1)
Ex. radiologic tract digestiv cu întinderea examinării până la regiunea ileo-cecală, inclusiv substanţa
Radioscopie cardiopulmonară *1)

Radiografie retroalveolară
Radiografie membre *1)

5.1.2. Spatii auxiliare

- spaţii acces şi aşteptare
- grupuri sanitare pacienţi + personal
- vestiar

5.1.3.Instalaţii auxiliare

- Ventilaţie şi condiţionare

În incinta camerei de scanare, în camera de comandă şi în holul de aşteptare sunt instalate echipamente de aer condiţionat, iar pentru incinta de scanare sunt instalate ventilatoare de evacuare a aerului ionizat după investigaţii.

- Instalaţiile sanitare: Asigura apa rece şi caldă pentru chiuvete, grupuri sanitare, cu deversarea apelor uzate în reţeaua de canalizare a spitalului.
- Instalaţii de încalzire: Asigura încalzirea încăperilor prin sistemul de încălzire centrala (a spitalului)
- Instalaţii electrice: Asigură alimentarea cu energie electrică a consumatorilor aferenţi instalaţiilor precum şi iluminatul electric.

6. RADIOPROTECŢIA PERSOANELOR

6.1 Protejarea si monitorizarea persoanelor expuse profesional: medici, asistenti, personal auxiliar

6.1.1.Instruirea personalului privind radioprotectia

Instructajul personalului expus profesional este făcut periodic de către responsabilul cu securitatea radiologică, conform cursului de radioprotectie.

In urma instructajului si a testarii, personalul mediu din LRIM implicat in activitatile nucleare, primeste permise de exercitare de nivel 1.

Personalul care desfăşoara activităţi în domeniul nuclear cu risc ridicat şi care deţine responsabilităţi referitoare la securitatea radiologică în zonele controlate, obţine permisul de exercitare de nivel 2, eliberat de către CNCAN pentru domeniul Radiodiagnostic (RDG) , specialitatea Radiodiagnostic (RD).

6.1.2. Echipamentul de protecţie

SPS asigură tuturor persoanelor expuse profesional echipamentul individual de protecţie împotriva radiaţiilor X, conform Normativului de acordare şi de utilizare a echipamentului individual de protecţie la radiaţii ionzante:

- şorţ si mănuşi plumbate,
- filme, casete, folii întăritoare

Monitorizarea individuală a personalului expus profesional este asigurată prin supraveghere dozimetrică : măsurarea debitului de doză (mSv/h) în exteriorul zonei controlate

Monitorizarea radiologica de arie (a locului de munca) se efectueza periodic, la intervale de 3 luni conform NSR pentru practicile de radiologie de diagnostic şi radiologie intervenţională şi în punctele indicate de CNCAN.

Măsurătorile sunt făcute periodic de către responsabilul cu securitatea radiologica si fizician - Supravegherea medicală este asigurată prin teste şi analize executate periodic de către personalul expus, care sunt arhivate.

6.1.3. Supravegherea dozimetrica individuala a expusilor profesionali.

- Supravegeherea dozimetrica individuală este asigurata prin purtarea în timpul programului de lucru a casetelor fotodozimetrice.
- Fiecare dozimetru individual este destinat şi purtat de către o singură persoană expusă profesional. Expunerea intenţionată a unui dozimetru individual, pentru a indica o doza mai mare de radiaţii, este interzisă şi este sancţionată disciplinar.
- Filmele sunt citite şi interpretate de către organismul dozimetric acreditat de CNCAN pentru dozimetrie. Rezultatele dozimetrice se consemneaza lunar în carnetul individual şi se totalizeaza anual.
- Inregistrările sunt revăzute de către responsabilul cu securitatea radiologică.

- Pentru persoanele expuse profesional care au fost expuse la doze superioare limitelor de doză prevazute de NSR, este asigurată o supraveghere medicală specială, potrivit reglementărilor emise de Ministerul Sanatăţii

6.1.4. Monitorizarea radiologică a locului de muncă.

- Monitorizarea radiologică de arie este efectuată:
  - periodic, la intervale de 3 luni (conform NSR pentru practicile de radiologie de diagnostic şi radiologie intervenţională)
  - ori de cîte ori se produce o schimbare în amenajarea laboratorului sau a tehnicilor care ar putea afecta nivelurile de expunere în zonele înconjurătoare.
- Monitorizarea radiologică este făcută printr-o entitate externă sau internă, calificată şi supravegheată de un expert acreditat în protecţie radiologică şi prin măsuratorile periodice efectuate de Laboratorul de Igiena Radiatiilor Nucleare.

6.2. Radioprotectia pentru expuneri medicale.

6.2.1 Justificarea practicii

- Medicul radiolog stabileste ce examinare imagistică oferă informatiile necesare pentru cel mai bun management al bolii pacientului
- Pacientul este informat asupra tipului de investigaţie şi a posibilelor riscuri şi complicaţii ce pot apare in timpul examinarii inutile si repetate
- Optimizarea examinarii pentru : femei insarcinate, copii, in cazuri medico-legale

6.2.2. Protejarea persoanelor examinate

- Evitarea examinarilor inutile şi repetate
- Examinare efectuata cu un fascicul de razeX îngust – optimizarea de doza
- Protejarea gonadelor cu măşti speciale

6.2.3 Optimizarea practicii

Procedurile de optimizare efectuate de catre SC A&S International 2000 SRL, existand sisteme de autodiagnosticare, reparare, înscriere a evenimentelor în logbook, existînd tot timpul un dialog interactiv cu pacientul în timpul procesului de scanare.

Procedurile de scanare sunt executate implicit la începutul programului de lucru.

6.2.4.Protejarea persoanelor care insotesc pacientii in caz de nevoie

- Susţinerea pacientului va fi făcuta de către o persoană neexpusă profesional (îngrijitori, asistente, sau membrii familiei pacientului). Pentru protectia acestor persoane, se impun constrîngeri de doză, utilizarea echipamentelor de protecţie adecvate, conform NSR pentru radioprotecţia persoanelor în cazul expunerilor medicale.

6. 3 Protecţia persoanelor din populaţie.

- Prin constructie, cladirea in care se desfasoara activitatea de investigatii cu raze X asigura optimizarea protecţiei şi limitarea dozelor, conform NSR.
- Camera de iradiere a fost proiectată astfel încît debitul de doză să nu depaşească 1mSv/an, în spaţiile în care persoanele din populaţie pot avea acces .
- S-au delimitatat zonele controlate şi s-au indeplinit cerinţele prevăzute în NSR pentru zona controlată: delimitarea clară, accesul controlat, monitorizarea radiologică, afişarea obligatorie a simbolului pericol de radiaţii, reguli locale şi instrucţiuni de lucru.
- S-au delimitat zonele de interes public , conform NSR
- Susţinerea pacientului va fi făcuta de către o persoană neexpusă profesional (îngrijitori, asistente, sau membrii familiei pacientului). Pentru protectia acestor persoane, se impun constrîngeri de doză, utilizarea echipamentelor de protecţie adecvate, conform NSR pentru radioprotecţia persoanelor în cazul expunerilor medicale.

7. RESPONSABILITĂŢI :

7.1 Expertul acreditat în protecţie radiologică. CNCAN, expert fizician

- Expertul acreditat în protecţie radiologică, are permis de exercitare de nivel 3, emis de CNCAN, pentru domeniul GR practica de Radiodiagnostic. Responsabilitătile expertului acreditat în protecţie radiologică sunt enumerate în

anexa 5 din " Normele privind eliberarea permiselor de exercitare a activităţilor nucleare şi desemnarea experţilor acreditaţi în protecţia radiologică" (NSR-07).

- avizeaza procedurile locale
- raspunde de aplicarea normelor de radioprotectie
- identifica neconformitatile in radioprotectie si le raporteaza titularului de autorizatie
- participa la achizitionarea instalatiilor radiologice si proiectarea laboratorului radiologic
- participa la analiza efectuata de management
- se asigura ca manualele si IL sunt cunoscute de utilizatori
- verifica anual examinarea personalului din carul LRIM

7.2 Responsabilul cu securitatea radiologică.

- Atribuţiile şi responsabilitaţile responsabilului cu securitatea radiologică sunt enumerate în anexa nr 4 din " Normele privind eliberarea permiselor de exercitare a activităţilor nucleare şi desemnarea experţilor acreditaţi în protecţie radiologică " (NSR - 07).
- Răspunde de desfăşurarea practicii de radiologie de diagnostic conform procedurilor şi conditiilor impuse în autorizaţia CNCAN;
- Intocmeste şi face revizia periodica a procedurilor de lucru şi a regulilor locale
- Se asigura că manualele şi instrucţiunile de utilizare a instalaţiilor radiologice sunt cunoscute de operatori (asistenţi).
- Verifica periodic valabilitatea permisului de exercitare
- Identifica şi să stabileste zonele controlate din cadrul laboratorului de radiologie.
- Răspunde de aplicarea prezentei proceduri în zona controlată şi în zona adiacentă.
- Informeaza personalul expus profesional asupra dozelor individuale şi se asigura că acestea sunt supuse optimizării.
- Se asigura că sunt luate măsurile adecvate pentru a controla expunerea la radiaţii a femeilor expuse profesional şi care sunt însărcinate.
- Intocmeste, exerseaza şi aplica procedurile în caz de urgenţă radiologică.
- Investigheaza supraexpunerile şi incidentele radiologice şi le raporteaza titularului de autorizaţie şi CNCAN, dacă este cazul.
- Păstreaza înregistrările.

7.3 Practicianul medical – specialist in radiologie si imagistica medicala

- Asigura radioprotecţia pacientului
- Prescrie şi justifica în scris procedurile de diagnostic
- Se asigura că expunerea pacienţilor este cea minima necesară pentru a atinge obiectivul intenţionat
- Evalueaza orice incident radiologic (miscare, intrerupere, expunere suplimentara, repetarea examinarii) din punct de vedere medical.
- Raporteaza incidentele radiologice responsabilului cu securitatea radiologică

7.4 Personalul mediu de radiologie

- Se asigura că pacienţii sunt identificaţi în mod corect şi că informaţiile necesare obţinute de la pacienţi sunt corect înregistrate
- Informeaza pacienţii despre procedurile ce urmeaza a fi aplicate
- Informeaza responsabilul cu securitatea radiologică în caz de incident radiologic

8.INREGISTRARI

8.1. Diagrama laboratorului de radiologie, în care sunt indicate punctele de măsură stabilite şi aprobate de CNCAN în procesul de autorizare – F01 - IL – 04

8.2.Registru pentru evidenţa măsurătorilor radiologice de arie - F02 – IL – 04

Nr.	Data	Punct masurare	Parametrii instalatie rad.	Dozimetrul utilizat parametri	Debit doza	Cine efectueaza masurarea	Obs.

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Angelescu Eugen	As. radiologie	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

Scopul

Scopul prezentei instructiuni este de a stabili cerintele specifice pentru radiologia de diagnostic si radiologia interventionala in laboratorul de radiologie al spitalului Sfântul Sava pentru a acoperii toate situatiile de expuneri medicale, de expunere profesionala, de expunere a populatiei, inclusiv expunerile potentiale.

Domeniul de aplicare

Procedura se aplică în cadrul **Spitalului Sfântul Sava** de personalul implicat in furnizarea de servicii medicale de radiologie care implica riscul expunerii la radiatii ionizante provenite de la utilizarea instalatiilor radiologice**.**

Definitii si prescurtari

Definitii . Pentru scopul acestei proceduri se utilizeaza urmatoarele definitii:
instalatia radiologica = un dispozitiv medical care emite radiatii X.

Cultura de securitate = ansamblul de caracteristici si atitudini ale organizatiilor si ale persoanelor, care stabileste ca prima prioritate ca problemelor de radioprotectie si de securitate trebuie sa li se acorde atentia garantata prin importanta lor.

Evaluare de securitate = o analiza a aspectelor privind proiectarea, utilizarea si manipularea unei instalatii radiologice, care sunt relevante pentru protectia persoanelor si pentru securitatea sursei, incluzand analiza prevederilor pentru protectie si securitate stabilite la proiectarea, utilizarea si la manipularea instalatiilor radiologice si analiza riscurilor asociate cu conditiile normale de lucru si cu situatiile de accident

Alte definitii conform SR EN ISO 9000:2006-“SISTEME DE MANAGEMENT AL CALITĂŢII. Principii fundamentale şi vocabular“

Responsabilităţi

DIRECTORUL MEDICAL

Are responsabilitatea principala pentru aplicarea normelor deradiologie

Asigura resursele materiale si umane necesare desfasurarii serviciilor medicale din Spitalul Sfântul Sava in cele mai bune conditii si in conformitate ce reglementarile legale in vigoare.

Mentine evidenta pentru personalul cu responsabilitati privind pregatirea generala si de specialitate, relevante, pentru indeplinirea responsabilitatilor in radioprotectie si securitate.

Numeste prin dispozitie de serviciu persoanele cu responsabilitati in domeniul radiologic si aproba fisele posturilor personalului medical si auxiliar.

Numeaste , in scris, un responsabil cu securitatea radiologica.

Reprezentantul Managementului Calitatii (RMC)

Analizeaza periodic calitatea asistentei medicale acordata pacientilor, consumul de materiale sanitare, alte activitati legate de asistenta medicala.

Stabileste masurile necesare pentru cunoasterea de catre intregul personal sanitar a regulilor de etica profesionala si ia masurile necesare pentru prevenirea incalcarii acestor reguli, pentru sanctionarea drastica a abaterilor potrivit legii

Verifica prin sondaj modul de executare a serviciilor medicale si de validare a rezultatelor acestora

Medicul radiolog

Efectueaza examenele de specialitate precum si manevrele necesare pregatirii acestora;

Supravegheaza efectuarea radiografiilor si developarea filmelor radiografice sa se execute corect si in aceeasi zi, raspunde de buna conservare si depozitare a filmelor radiografice;

Urmareste aplicarea masurilor de protectie contra radiatiilor atit pentru personalul laboratorului cit si pentru bolnavii care se prezinta in serviciu si cetatenii prezentati la controlul periodic;

Redacteaza si semneaza buletinele de analiza cu rezultatele examenelor efectuate, raspunzind de inregistrarea lor in condicile de activitate ale serviciului ;

Se preocupa de ridicarea nivelului sau profesional si al personalului din subordine;

Controleaza respectarea normelor de igiena si antiepidemice;

Efectueaza permanent educatia sanitara;

Este obligat sa raspunda la toate sarcinile de serviciu si sa aiba o atitudine deontologica fata de bolnavi;

Raspunde de gospodarirea judicioasa si eficienta a bunurilor incredintate;

Controleaza si raspunde de aplicarea si prevenirea normelor PSI;

Raspunde de respectarea stricta a ordinii si disciplinei;

Se interzice parasirea locului de munca fara acordul conducerii unitatii;

Indeplineste si alte sarcini date de conducerea unitatii;

Asistentul medical radiolog

Pregateste bolnavul si materialele necesare examenului radiologic;

Inregistreaza bolnavii in registrul de consultatii pentru radioscopii cu datele de identitate necesare;

Efectueaza radiografii la indicatiile medicului;

Executa developarea filmelor radiografice si conserva filmele in filoteca, conform indicatiilor medicului;

Pastreaza filmele radiografice, prezentind medicului radiolog toate filmele radiografice pentru interpretare;

Inregistreaza filmele personale pe radiografii;

Pastreaza evidenta substantelor si materialelor consumabile;

Inscrie rezultatele interpretarii filmelor in registrul de consultatii radiologice si in foile de observatie ale bolnavilor, sau pe buletinele radiologice;

Asigura evidenta examenelor radioscopice si radiografice;

Pastreaza evidenta la zi a filmelor consumate;

Participa impreuna cu medicul radiolog la procesul de invatamint si la activitatea de cercetare stiintifica;

Asigura utilizarea in conditii optime a aparaturii si sesizeaza orice defectiuni in vederea mentinerii ei in stare de functionare;

Se preocupa in permanenta de actualizarea cunostintelor profesionale, prin studiu individual sau alte forme de educatie continua si conform cerintelor postului;

Participa activ la procesul de formare al viitorilor asistenti medicali, daca este cazul;

Utilizeaza si pastreaza, in bune conditii, echipamentele si instrumentarul din dotare, supravegheaza colectarea materialelor si instrumentarului de unica folosinta utilizat si se asigura de depozitarea acestora in vederea distrugerii;

Respecta reglementarile in vigoare privind prevenirea , controlul si combaterea infectiilor nosocomiale;
Supravegheaza ordinea si curatenia la locul de munca;
Aplica procedurile stipulate de codurile de procedura ;
Aplica metodologia de investigatie-sondaj pentru determinarea cantitatilor de produse pe tipuri de deseuri, in vederea completarii bazei de date nationale si a evidentei gestiunii deseurilor;
Respecta regulamentul de ordine interioara;
Executa si alte sarcini stabilite de conducerea unitatii pentru bunul mers al activitatii acesteia, in conformitate cu nivelul studiilor impuse de post.

Expertul acreditat in protectie radiologica

Aproba aspectele operationale ale programului de radioprotectie;
Isi da avizul practic in implementarea procedurilor si regulilor locale;
Identifica necesitatile de pregatire si organizeaza activitati de pregatire;
Verifica sistematic ca sarcinile a caror realizare necesita personal acreditat sunt realizate numai de personal cu acreditare corespunzatoare;
Identifice deficientele in conformitatea cu programul de radioprotectie si le raporteaza DIRECTORULUI GENERAL;
Coopereaza cu inspectorii CNCAN;
Participa la achizitionarea instalatiilor radiologice si la proiectarea laboratorului de Radiologie
Raporteaza incidentele si accidentele radiologice responsabilului cu securitatea radiologica.

Instructiunea

Autoritate

DIRECTORUL MEDICAL implementeaza si documenteaza programul de radioprotectie in functie de natura si marimea riscurilor asociate practicii de radiologie, program care asigura conformitatea cu cerintele normelor. Acest program se refera la toate fazele practicii, de la amplasare, constructie, utilizare, pana la dezafectare.

DIRECTORUL MEDICAL asigura resursele necesare pentru a se implementa efectiv acest program.

DIRECTORUL MEDICAL se asigura ca realizarea managementului calitatii in radiologia de diagnostic si radiologia interventionala, cum ar fi controlul calitatii, dozimetria clinica si optimizarea protectiei pacientului sunt efectuate conform unor proceduri aprobate de un expert in fizica medicala.

Asigurarea calitatii

Programul de asigurare a calitatii este astfel stabilit incat aplicarea lui conduce la:

- asigurarea indeplinirii adecvate a tuturor cerintelor legate de radioprotectie si de securitate;
- mecanisme de control al calitatii si proceduri pentru analiza si evaluarea eficientei generale a practicii de radiologie.

DIRECTORUL MEDICAL si conducerea departamentului de radiologie asigura resursele necesare de timp, personal si de buget pentru realizarea programului efectiv de asigurare a calitatii. Programul acopera intregul proces, de la decizia initiala in a adopta o procedura particulara, pana la interpretarea si inregistrarea rezultatelor include o metodologie de control sistematic.

Spitalul asigura imbunatatirea continua a calitatii. Aceasta implica imbunatatirea continua a procedurilor de utilizare a instalatiilor radiologice in radiologia de diagnostic si in radiologia interventionala, imbunatatire bazata pe noile informatii invatate din programul de asigurarea calitatii si din noile tehnici dezvoltate de comunitatea radiologica.

Imbunatatirea programului de asigurare a calitatii tine cont de experienta operationala si de lectiile invatate din accidente si din greseli si ajuta in identificarea problemelor potentiale si la corectarea deficientelor; Revizuirea programului de asigurare a calitatii este efectuata sistematic ca parte a imbunatatirii continue a calitatii.

Asigurarea calitatii acopera cel putin:

a) testele de acceptare ale instalatiei radiologice si punerea in functiune a acesteia;
b) controlul calitatii instalatiei radiologice (hardware si software);
c) proceduri de utilizare a instalatiilor radiologice;
d) selectarea procedurii corecte pentru pacient;

e) planificarea si informarea pacientului;
f) dozimetria clinica;
g) optimizarea protocolului de examinare;
h) mentinerea inregistrarilor si scrierea raportului;
i) pregatirea si educarea continua a personalului;
j) auditul clinic;
k) evaluarea rezultatelor generale ale serviciului de radiologie.

Factorii umani

DIRECTORUL MEDICAL stabileste prevederile necesare pentru a reduce, in masura in care este practicabil, contributia erorii umane la accidente si la alte evenimente care ar putea conduce la cresterea expunerii.

In acest scop, toate persoanele cu responsabilitate in radioprotectie si securitate sunt adecvat pregatite si calificate astfel incat ele sa-si inteleaga responsabilitatile si sa-si realizeze sarcinile de serviciu cu o judecata potrivita si in conformitate cu procedurile definite.

Personalul

DIRECTORUL MEDICAL desemneaza in scris toti specialistii ce desfasoara practica de radiologie, fiecare avand o forma recunoscuta de acreditare suficienta pentru a asigura ca toate activitatile relevante pentru radioprotectie si securitate sunt puse in concordanta cu programul de radioprotectie, cu conditiile din,autorizatie si cu reglementarile romane de radioprotectie.

Numarul potrivit de persoane este reanalizat pe masura ce sarcina de lucru, incarcarea, creste, sau pe masura ce in laboratorul de radiologie se introduc tehnici noi si instalatii radiologice noi.

Scolarizare si pregatire

Tot personalul care lucreaza cu instalatiile radiologice in practica de radiologie, are calificarile si pregatirea practica relevanta in radioprotectie.

Investirea in instalatiile radiologice este insotita de investirea concomitenta in pregatirea si autorizarea personalului implicat in practicile de radiologie de diagnostic si radiologie interventionala.

DIRECTORUL MEDICAL pastreaza dovezi scrise privind calificarile in radioprotectie ale medicilor practicieni, ale expertilor acreditati in protectie radiologica, ale responsabililor cu securitatea radiologica, ale fizicienilor medicali.

DIRECTORUL MEDICAL se asigura ca personalul are cunostinta de:

a) conditiile din autorizatie (sau certificatul de inregistrare);
b) utilizarea instalatiilor radiologice;
c) instructiunile care trebuie furnizate pacientilor si acelora care ajuta la sprijinul pacientilor in timpul expunerii;
d) politicile si procedurile de radioprotectie ale institutiei;
e) programele locale de asigurare a calitatii si procedurile de control al calitatii;
f) analizele incidentelor si accidentelor radiologice care s-au produs in institutie sau
g) in alta parte si masurile corective si preventive necesare.

Pregatirea personalului este finalizata inainte de inceperea realizarii sarcinilor si este corespunzatoare responsabilitatilor alocate si fisei postului.

Pregatirea este actualizata ori de cate ori sunt schimbari semnificative ale instalatiilor radiologice, in sarcinile de serviciu, in reglementari, in conditiile si termenele din autorizatie si in procedurile de securitate radiologica.

DIRECTORUL MEDICAL include in politica sa referitoare la personal mijloace pentru educarea continua si un program de dezvoltare profesionala continua a personalului pentru a imbunatatii capabilitatile pesonalului, pentru a mentine familiaritatea cu practicile curente si pentru a promova o cultura de securitate in institutie.

DIRECTORUL MEDICAL pastreaza evidenta instruirii initiale si periodice.

Aceste inregistrari sunt mentinute cel putin cinci ani dupa incetarea activitatii de radiologie de diagnostic sau de radiologie interventionala.

AUTORIZAREA PRACTICII

Spitalul Sfântul Sava, care utilizeaza surse de radiatii ionizante in radiologia de diagnostic si in radiologia interventionala, si-a notificat intentia la CNCAN si a solicitat autorizarea (sub forma de inregistrare sau de

autorizare) conform cu Normele de securitate radiologica - Proceduri de autorizare in vederea obtinerii autorizarii.

Sunt indeplinite cerintele de amenajare, dotare, incadrarea cu personal specializat si organizarea corespunzatoare a activitatii in conformitate cu actele normative specificate .

Reautorizarea sau prelungirea perioadei de valabilitate a autorizatiei in practica de radiologie se face conform cu Normele de securitate radiologica - Proceduri de autorizare.

DIRECTORUL MEDICAL permite inspectia de catre imputernicitii CNCAN conform cu Legea nr. 111/1996, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru verificarea conformitatii cu prevederile legale.

Securitatea instalatiilor radiologice

In expunerile medicale se utilizeaza numai instalatii radiologice care:

a) au Certificat de Dispozitiv Medical, emis de MS, conform cu Legea nr. 176/2000;
b) au Autorizatie de Securitate Radiologica, emisa de CNCAN, conform cu Legea nr. 111/1996, cu modificarile si completarile ulterioare;
c) sunt testate periodic, cel putin o data pe an, pentru verificarea incadrarii in parametri tehnici nominali.

In concordanta cu Normele de securitate radiologica, instalatiile radiologice indeplinesc cerintele de securitate radiologica.

Conducerea Spitalului :

a) ia in considerare informatiile transmise de furnizori, identifica posibilele defectiuni ale instalatiei radiologice si erori umane care ar putea avea drept rezultat expuneri medicale neplanificate;
b) ia toate masurile rezonabile pentru a preveni defectiunile si erorile, inclusiv prin selectarea personalului calificat, stabilirea procedurilor adecvate pentru calibrare, asigurarea calitatii si respectarea instructiunilor privind utilizarea instalatiei radiologice, prevederea unei pregatiri initiale potrivite si pregatirea periodica a personalului, incluzand aspectele de protectie si de securitate.
c) ia toate masurile resonabile pentru a minimiza consecintele defectiunilor si ale erorilor care pot surveni;
d) intocmesca planuri de urgenta potrivite pentru a raspunde la evenimentele care se pot produce, afiseaza planurile in locuri usor de vazut si sa desfasoare periodicexercitii practice, dupa caz.

Echipament de protectie impotriva radiatiilor X

Necesarul de echipament individual se stabileste de expertul acreditat in protectie radiologica.

DIRECTORUL MEDICAL se asigura ca toti lucratorii sunt dotati cu echipament individual de protectie impotriva radiatiilor X conform cu Normativul de acordare si de utilizare a echipamentului individual de protectie la radiatii ionizante RP 06/1997.

Se utilizeaza numai echipamentul individual de protectie autorizat conform legii, pentru care s-a emis Autorizatie de Securitate Radiologica de catre CNCAN.

Echipamentul individual de protectie cu plumb, care poate fi sort, manusi, guler de protectie pentru tiroida, ochelari de protectie, etc respecta specificatiile tehnice ale producatorului si standardele specifice.

Manusile de protectie sunt utile pentru a proteja mainile cand sunt aproape de fascicul, dar se vor utiliza cu discernamant deoarece pot produce efectul opus in timpul fluoroscopiei cu control automat al luminozitatii (stralucirii), (ABC), atunci cand mainile intra in zona acoperita de sensorul ABC, deoarece aceasta va conduce la niveluri mai mari de expunere pentru pacient si pentru personal.

DIRECTORUL MEDICAL se asigura ca:

a) lucratorii primesc o instruire adecvata privind utilizarea echipamentului individual de protectie;
b) vor desfasura activitati care necesita purtarea echipamentului individual de protectie numai persoanele care au avizul medical ca pot sustine fara probleme greutatea suplimentara a acestuia;
c) toate echipamentele sunt mentinute in stare buna si sunt testate periodic la intervale potrivite, dupa caz;

In camerele de fluoroscopie si de radiologie interventionala se recomanda utilizarea unor dispozitive de protectie aditionale:

a) ecrane de protectie suspendate de tavan pentru protejarea ochilor si a tiroidei medicului practician pe toata perioada de vizualizare a pacientului;
b) perdele de protectie cu plumb montate pe masa de pacient.

Toate persoanele din camera RX pentru fluoroscopie, care nu stationeaza in spatele unei console de control ecranate, trebuie sa poarte un sort de protectie cu plumb.

Este asigurat echipament de protectie contra radiatiilor, adecvat, pentru pacient si pentru persoana care sustine pacientul, dupa caz.

Monitorizarea mediului de munca

Monitorizarea radiologica a mediului de munca pentru zonele controlate si spatiile adiacente zonelor controlate, se face prin masurarea debitelor de doza datorate expunerii externe, cu indicarea calitatii radiatiilor X.

Monitorizarea radiologica a mediului de munca se face de catre personalul propriu cu aparatura din dotare sau se controleaza cu o entitate externa calificata si supravegheata de un expert acreditat in protectie radiologica.

DIRECTORUL MEDICAL tine evidenta a rezultatelor masuratorilor campurilor de radiatii din zonele controlate si spatiile adiacente zonelor controlate, efectuate pentru punctele caracteristice, unde expunerea este mai mare.

Evidenta contine:

1. parametrii instalatiei radiologice
2. denumirea punctului de masurare,
3. debitul dozei in fiecare punct demasurare;
4. denumirea dozimetrului cu care s-aefectuat masurarea; data ultimei verificari metrologice a acestuia;
5. data efectuarii masurarii;
6. niveluri de referinta si actiunile corective in caz de depasire a acestor niveluri;
7. numele, prenumele si pregatirea persoanei care a efectuat masuratorile.

Punctele de masurare sunt stabilite si aprobate de CNCAN in procesul de autorizare.

Evidenta masuratorilor se tine de catre responsabilul cu securitatea radiologica.

Periodicitatea masuratorilor este de 3 luni. Dupa fiecare reparatie sau schimbare de instalatie radiologica se vor face si masuratorile radiologice ale mediului de lucru.

Monitorizarea locului de munca se poate efectua si prin masuratori de doza cu ajutorul unor casete dozimetrice cu film care au ASR (de tipul celo rutilizate pentru monitorizarea dozimetrica individuala) sau alt dozimetru potrivit, plasate o luna, in punctele cu debit al

dozei mai mare, estimat sau masurat, sau in locurile cele mai frecventate din zona controlata sau publica, de catre personalul medical.

Toate instrumentele de masura utilizate pentru monitorizarea locurilor de munca sunt calibrate si aceasta calibrare este trasabila la un laborator de dozimetrie standard desemnat de CNCAN.

Monitorizarea initiala este realizata imediat dupa montarea unei noi instalatii radiologice si include masuratorile radiatiei de fuga, cat si monitorizarea suprafetelor spatiului util din jurul camerei RX (a zonei controlate).

Toate monitoarele de radiatie sunt calibrate, iar dispozitivele de avertizare si operabilitatea acestora este verificata la inceputul fiecarei zile de lucru.

Evaluări

- Lista acţiunilor corective şi preventive, referitoare la satisfacţia clientului.
- Numărul de reclamaţii negative din totalul de reacţii venite din partea clientului.

Înregistrări

- inventarul strict la zi al intrarilor, iesirilor, circulatiei si utilizarii instalatiilor radiologice
- evidenta intregului personal expus profesional, inclusiv pregatirea generala si de specialitate relevante in radioprotectie si securitate;
- evidenta personalului cu responsabilitati inclusiv pregatirea generala si de specialitate relevante pentru indeplinirea responsabilitatilor in radioprotectie si securitate;
- inregistrarea rezultatelor monitorizarii individuale a expunerii la radiatie,
- rezultatele supravegherii medicale a expusilor profesional la radiatii ionizante,
- rezultatelor masuratorilor campurilor de radiatii din zonele controlate si spatiile adiacente
- inregistrari ale dozimetriei pacientului;
- informatiile necesare pentru a permite evaluarea retrospectiva de doza, incluzand:
- numarul de expuneri medicale radiografice, numarul de expuneri radioscopice si durata examinarilor fluoroscopice, expunerile voluntarilor in cercetarea medicala si expunerile medico-legale
- evidenta calibrarii si testarii aparaturii dozimetrice;

- evidenta instalarii-montarii, intretinerii si repararii instalatiilor radiologice si a verificarilor initiale si periodice a acestora;
- copia cererii de autorizare si adocumentatiei tehnice depuse la CNCAN, a autorizatiei si a permiselor de exercitare;
- evidenta expunerilor in caz de accidentesi incidente.

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Angelescu Eugen	As. radiologie	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Programul de radioprotecţie are drept scop asigurarea protecţiei în radiologia de diagnostic a pacientului, a personalului expus şi a populaţiei, pentru obţinerea în condiţii de calitate şi performanţă, a informaţiilor medicale de radiologie de diagnostic.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplica in toate punctele de lucru – laboratorul de radiologie si imagistica medicala al SPS – de catre intreg personalul

3.DOCUMENTE DE REFERINTA

Legea 111/1996 (completată şi republicată) - Privind desfăşurarea în condiţii de siguranţa a activităţilor nucleare.

Normele de securitate radiologică în practicile de diagnostic şi radiologie intervenţională (Ord Nr 173 CNCAN - Monitor oficial nr 924/23.12.2003).

Normele fundamentale de securitate radiologică (Ord Nr 14/2000 CNCAN).

Normele privind radioprotecţia persoanelor în cazul expunerilor medicale la radiaţii ionizante (Ord Nr 285/79/2002 MS -CNCAN).

Manualele tehnice şi de operare pentru echipamentul OPERA (Elaborate de şi traduse în limba română).

Reglementarea din 11 decembrie 2006 (Reglementarea din 2006) - specifica referitoare la expunerea medicala la radiatii ionizante a gravidelor

4. REGULI DE PROTECTIE A GRAVIDELOR

1. Nicio gravida nu va fi expusa medical la radiatii ionizante fara o justificare adecvata.
2. Medicul ordonator este obligat sa prezinte in scris practicianului toate informatiile medicale necesare justificarii expunerii dorite.
3. Ordonatorul are obligatia de a mentiona in indicatia de efectuare a oricarei proceduri radiologice solicitata pentru o gravida scopul, motivatia expunerii, elementele clinice particulare pentru expunerea solicitata, saptamana de sarcina la data solicitarii, alte expuneri practicate anterior.
4. In cazul bolnavelor internate nu se va practica nicio expunere medicala la radiatii ionizante decat dupa finalizarea si notificarea examenului clinic general complet.

5. In cazul bolnavelor internate, la care expunerea medicala la radiatii ionizante este succesiva altor expuneri, orice noua solicitare a unei alte expuneri va fi insotita obligatoriu de dosarul medical imagistic anterior.
6. In cazul dezacordului de opinii intre ordonator si practician, decizia finala apartine practicianului, care are responsabilitatea efectuarii procedurii radiologice.
7. Optimizarea procedurii radiologice trebuie sa aiba in vedere reducerea la minimum a expunerii fatului, pana la un nivel al constrangerii de doza de 1mSv, la care riscul expunerii se considera a fi neglijabil.
8. In cazurile unor examinari radiologice care implica doze mari pentru fetusi (peste 10 mSv) si/sau iradierea abdomenului, practicianul este obligat sa prezinte persoanei careia urmeaza sa i se efectueze o expunere medicala la radiatii ionizante toate riscurile potentiale pentru fat, precum si beneficiile practicii radiologice pentru mama si fat si sa obtina acordul acesteia sau al apartinatorului legal, daca persoana care urmeaza sa fie expusa este in imposibilitatea de a-si exprima acordul.
9. Practicianul este obligat sa notifice in scris, in finalul buletinului radiologic de interpretare, doza datorata expunerii medicale sau toate datele necesare evaluarii acesteia.
10. Orice tip de practica radiologica trebuie recomandat si realizat conform protocoalelor de buna practica, stabilite de Societatea de Radiologie si Imagistica Medicala din Romania, avizate de Comisia de Radiologie, Imagistica Medicala si Medicina Nucleara a Ministerului Sanatatii Publice.

SELECTAREA PACIENTULUI

1. Recomandarile sunt aplicabile **femeilor cu capacitate de reproducere**, de la pubertate la menopauza, respectiv femeilor cu varsta cuprinsa intre 12 ani si 50 de ani.
2. Femeile carora li s-a efectuat **histerectomie,** femeile diagnosticate cu sterilitate primara sau secundara ori ce care sunt sub **administrare continua mai mult de 3 luni de contraceptive orale** se pot considera a nu fi insarcinate; se va avea in vedere faptul ca utilizarea contraceptivelor nu garanteaza neaparat absenta sarcinii.
3. **Orice solicitare de practicare a unei proceduri radiologice pentru o femeie in perioada fertila va fi insotita de mentiunea speciala a ordonatorului asupra existentei unei eventuale sarcini.**
4. Cu exceptia situatiilor prevazute la mai sus, prezenta sarcinii se evalueaza atunci cand se are in vedere o examinare sau un tratament care implica utilizarea radiatiilor ionizante.
5. Pacienta **va fi intrebata explicit, verbal sau in scris, daca este insarcinata**, precum si despre **data ultimei menstrua**tii.
6. Absenta oricarei suspiciuni de sarcina, clinica sau de laborator, constatata de medicul ordonator si practician, conduce la efectuarea procedurii radiologice in scop diagnostic sau terapeutic.
7. Existenta oricarei incertitudini cu privire la starea de graviditate, exprimata de catre pacienta, ordonator sau practician, impune un consult de specialitate la medicul de specialitate obstetrica-ginecologie si amanarea expunerii medicale pana la clarificare.
8. In situatia in care pacienta se afla in imposibilitatea de a preciza prezenta unei eventuale sarcini, iar expunerea este absolut necesara, se efectueaza procedura radiologica, cu luarea unor masuri suplimentare de protectie (protejarea abdomenului inferior).
9. **Daca sarcina se confirma si femeia trebuie investigata sau tratata** pe parcursul sarcinii, se recomanda una dintre urmatoarele 3 proceduri alternative ori se vor alege altele, conform specificului fiecarui caz:
   a) utilizarea altor metode de diagnostic, neiradiante, cum ar fi ultrasonografia sau rezonanta magnetica;
   b) amanarea examinarii sau tratamentului pana dupa nastere, daca aceasta optiune se considera acceptabila din punct de vedere clinic, punandu-se in balanta riscul si beneficiul pentru mama si fat;
   c) in cazul in care intarzierea examinarii sau tratamentului nu este considerata ca acceptabila din punct de vedere medical, procedura radiologica se va efectua cu discernamant privind doza de radiatii la nivelul fatului; in aceasta situatie, doza la nivelul fatului va fi estimata inainte de examinare/tratament si, daca este relevant, reestimata dupa.

In procesul luarii deciziei de efectuare a unei proceduri radiologice, riscul posibil datorat unor doze mari de iradiere trebuie sa fie primordial.

Se recomanda, de principiu, amanarea oricarei expuneri medicale la radiatii ionizante a gravidelor aflate in primele 15 saptamani de sarcina.

In situatii de urgenta, in care viata femeii sau a produsului de conceptie este in pericol, expunerea medicala la radiatii ionizante cu scop diagnostic ori tratament trebuie efectuata.

In situatiile prevazute la alin. (1) se recomanda consemnarea tuturor parametrilor tehnici de expunere pentru estimarea ulterioara a posibilelor riscuri pentru fat.

Pentru luarea deciziei corecte este necesara cooperarea gravidei.

In cabinetul de radiologie trebuie sa existe afise care sa atentioneze pacienta asupra riscurilor expunerii pentru fat si asupra obligativitatii acesteia de a informa personalul medical de radiologie asupra unei posibile sarcini.

REDUCEREA DOZEI IN CAZURI IN CARE E NECESARA EXPUNEREA

- Pentru proceduri interventionale sau de diagnostic cu radiatii X care implica expunerea abdomenului inferior sau a pelvisului, in situatia in care examinarea se justifica si nu poate fi amanata, **reducerea dozei la nivelul fatului poate fi obtinuta** prin:
  a) reducerea numarului de imagini;
  b) selectarea proiectiei;
  c) limitarea timpului de fluoroscopie la minimum;
  d) ecranarea si colimarea cu atentie a fasciculului de radiatii.
- Se recomanda folosirea unui protocol valabil care sa cuprinda diferite tipuri de examinari radiologice ale abdomenului, care sa asigure ca doza de radiatie la nivelul fatului este cat de joasa posibil de obtinut.

Pentru ecranare se folosesc mijloace si dispozitive de radioprotectie adecvate.

B. Examinarile de medicina nucleara

- In procedurile diagnostice de medicina nucleara este posibila iradierea fatului prin transfer placentar cu distributia radiofarmaceuticelor in tesuturile fetale, precum si prin iradierea externa de la radiofarmaceuticele prezente in diversele aparate si sisteme materne (de exemplu, vezica urinara), motiv pentru care, la estimarea dozelor la nivelul fatului, se vor lua in calcul proprietatile chimice si biologice ale radiofarmaceuticelor.
- Reducerea dozei la nivelul fatului se poate realiza in primul rand prin selectarea atenta a radiofarmaceuticului sau radionuclidului care va fi administrat mamei.
- In medicina nucleara, mama poate fi o sursa de iradiere pentru un anumit timp dupa ce examinarea diagnostica sau procedura terapeutica a avut loc, motiv care impune evitarea sarcinii pentru o perioada de timp dupa administrarea radionuclizilor.
- Pentru majoritatea procedurilor de diagnostic nu se impune evitarea starii de graviditate pentru o perioada ulterioara administrarii radiofarmaceuticelor, atunci cand doza la nivelul fatului se situeaza sub valoarea de 1mSv.
- In anumite proceduri de medicina nucleara, prevazute in tabel, doza la nivelul fatului poate depasi valoarea de 1mSv.

Tabel

Proceduri utilizate in medicina nucleara care, efectuate in timpul sarcinii, pot duce la o doza de radiatii la nivelul fatului care sa depaseasca 1mSv.	
Radiofarmaceutice, investigatii si activitati administrate	Timpul pentru evitarea unei sarcini (luni)
59-Fe (i.v.) Fier metabolic 0.4 MBq.	6
75-Se	12
131-I. - MIBG: Radiodiagnosticul unei tumori 20 MBq	2
131-I. Radiodiagnosticul metastazei tiroidiene > 30 MBq	4

NOTA 1:

Calculele sunt bazate pe doze la nivelul uterului prin iradiere externa, iar pentru examinarile cu 59-Fe si cu 131-I sunt luate in calcul posibile transferuri placentare.

NOTA 2:

Daca activitatea administrata difera considerabil de valorile mentionate anterior, se impune consultarea unui expert in fizica medicala.

C. RADIOTERAPIA

- Pentru a **minimiza riscul iradierii inutil**e ca urmare a radioterapiei la pacientele cu sarcina nedeclarata, tratamentul cu radiatii trebuie programat, daca aceasta intarziere este justificabila, in primele 10 zile dupa terminarea menstruatiei.

- Inainte de a lua o decizie asupra oportunitatii tratamentului cu radiatii in cazul unei viitoare mame, doza la nivelul fatului va fi estimata cu mare acuratete.
- In cazul in care doza estimata prevazuta la alin. (1) este mare, tratamentul mamei va avea prioritate.
- Viitoarea mama va fi implicata in discutii privind decizia asupra tratamentului.
- Daca **tratamentul nu poate fi amanat pana dupa nastere**, planul de tratament va fi facut astfel incat sa fie minimizata doza la nivelul fatului, fara a se prejudicia tratamentul gravidei.
- Daca se estimeaza ca doza la nivelul fatului ar avea ca rezultat efecte deterministice severe sau exista o mare probabilitate a aparitiei unui detriment stocastic, se ia in considerare intreruperea sarcinii.
- Pentru a nu fi afectat procesul de spermatogeneza in urma radioterapiei, pacientul barbat va fi sfatuit sa nu procreeze timp de 4 luni dupa terminarea unui tratament cu 131-I.
- Dupa ce gravida a fost examinata sau tratata cu radiatii ionizante, doza la nivelul fatului trebuie evaluata de catre un expert in fizica medicala sau de catre practician.
- Daca uterul nu a fost in fasciculul de radiatii sau doza estimata este sub 1mSv, evaluarea prevazuta la alin. (1) nu este obligatorie.
- Deciziile asupra procedurii radioterapeutice se discuta cu pacienta si se au in vedere indicatia medicala, doza ce urmeaza a fi administrata, varsta sarcinii si eventualele riscuri pentru fat si pentru pacienta.

INTRERUPEREA SARCINII

- Intreruperea sarcinii este o decizie drastica ce se impune a fi hotarata doar in cazul unor indicatii de specialitate bine argumentate.
- Avortul se va lua in considerare la un nivel de constrangere de 100 mSv doza echivalenta la fat, desi pot exista expuneri de cateva sute de mSv, iar circumstantele sa nu impuna in mod obligatoriu indicatia de intrerupere a sarcinii.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**Procedură: INSTRUCTIUNI DE LUCRU - PREGATIREA PACIENTULUI PENTRU EXAMINARE**	**146** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Angelescu Eugen	As radiologie	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1.SCOP

Prezenta procedura descrie modalitatea de pregătire a pacientului în vederea realizării examinării radiologice și imagistica medicala.

2.DOMENIU DE APLICARE

Se aplica de către asistenta de serviciu

3.DOCUMENTE DE REFERINTA

3.1. SR EN ISO 9000 – Sisteme de management al calității. Principii generale și vocabular.
3.2. SR EN ISO 9001 – Sisteme de management al calității. Cerințe
3.3. SR EN ISO 9004 – Sisteme de management al calității. Linii directoare pentru îmbunătățirea performantelor
3.4. Norme metodologice referitoare la serviciile oferite de laborator
3.5 Tehnici de radiologie

4.DEFINITII SI ABREVIERI

4.1. Definițiile din MC – 01

5.PREGATIREA PACIENTULUI IN VEDEREA EXAMINARII

Pacientul se prezintă la cabinet pentru examinare la data și ora programata, pregătit conform instrucțiunilor din pliantul înmânat la înregistrare
- In cabinetul de examinare, cererea este înregistrata în Registrul de lucru – cod F01 – PO – 03

5.1. Pregătirea pentru examinare

- Pregătirea pacientului se face conform tehnicii specifice pentru examinarea solicitata, cu respectarea securității, confortului și intimității pacientului

5.2 Pregătirea pentru examinarea radiologica

- se va primi pacientul intern sau extern;

- se vor prezenta actele doveditoare investigației recomandate de către medic;

- se va explica modalitatea de investigare a procesului și se va prezenta pentru acordarea consimțământului **formularul de acceptare condiţii și riscuri ale examinării cu raze X (IL 01 F04 – pentru pacienții externi);**

- în cazul în care pacientul este o persoana sub 18 ani, părinții vor fi informați despre efectele radiațiilor asupra sănătății copiilor și numai daca aceștia sunt de acord se va efectua investigația, dar nu înainte de a se asigura ca expunerea medicala este justificata, prezentând un beneficiu net suficient (din compararea beneficiilor obținute cu detrimentul provocat);

- se vor înregistra datele în registrele existente;

- pacientul va fi invitat în camera de lucru, se va face pregătirea pentru inițierea investigației și i se va explica modul poziționării pacientului în raport cu aparatul de radiologie, apoi se va trece la efectuarea investigației ceruta de către documentele specifice;

- după finalizarea examenului radiologic, pacientul va fi rugat sa aștepte sau eventual sa revină pentru primirea rezultatului;

- asistentul care va efectua investigația va proceda la trecerea în registru a parametrilor înregistrați și va developa caseta;

- după developare, filmul va fi inscripționat cu numele, numărul de înregistrare și vârsta pacientului după care va fi trimis la medicul radiolog pentru interpretare.

6.RESPONSABILITATI

6.1. Asistentul de radiologie (manipulator)

- primește pacientul;
- înregistrează buletinul de solicitare servicii în registrul de lucru;
- instruiește pacientul în legătura cu examinarea;
- administrează substanța de contrast conform indicațiilor medicului;
- efectuează examinarea radiologica conform instrucțiunilor de lucru ale echipamentului;
- efectuează transmiterea electronica a datelor în cabinetul medicilor radiologi
- efectuează arhivarea imaginilor (CD, film);
- efectuează developarea filmelor;
- efectuează înregistrarea electronica a rezultatelor examinării, elaborate de medici;
- trimite la recepție plicul cu rezultatul examinării;
- ia primele masuri în caz de accident, incident;
- anunța medicul de serviciu în caz de nevoie

6.2.Medicul de serviciu

- stabilește doza și tipul de substanța de contrast care trebuie administrata pacientului;
- supraveghează administrarea substanței de contrast;
- realizează citirea înregistrării examinării sau a examinării în timp real;
- elaborează rezultatul examinării și validează buletinul de analiza;
- stabilește când este nevoie sa se recheme pacientul, pentru situații de risc;
- efectuează examinarea radiologica.

7.INREGISTRARI

7.1 Registru de lucru

8.ANEXE

8.1. Formular pagina Registru de lucru

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Angelescu Eugen	As. Radiologie	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura defineşte și descrie gestionarea primirii și îndrumării pacienţilor, în vederea realizării investigaţiilor de imagistica

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura este aplicata de către întreg personalul LRIM

3. DOCUMENTE DE REFERINTA

3.1. SR EN ISO 9000 – Sistemul de management al calităţii. Principii generale și vocabular.
3.1. SR EN ISO 9001 – Sisteme de management al calităţii. Cerinţe
3.2. SR EN ISO 9004 – Sisteme de management al calităţii. Linii directoare pentru îmbunătățirea performantelor

4. DEFINITII SI ABREVIERI

4.1. Definiţii – sunt cele din SR EN ISO 9000 și Manualul Calităţii – cod MC – 01

4.2.Abrevieri

- R U C – Registru Unic de Comenzi – Registrul pentru înregistrarea pacienţilor;
- R P - Registru programări

5. DESCRIEREA ACTIVITATII

5.1. Prezentarea pentru solicitarea unei examinări

- Pacienţii care solicita expres serviciile de imagistica, se prezintă la recepţie, unde se face programarea pacientului.
- Programarea se înregistrează în Registrul programări
- Daca nu exista condiţii de efectuare a solicitării, se refuza cererea, înregistrându-se solicitarea în RRS, sau se cere acceptul pentru a efectua o alta determinare.

a) Prezentarea cu bilet de trimitere de la medicul specialist sau de familie

- La data și ora programata, pacientul se prezintă la Lab.IM cu Biletul de trimitere de la medicul care recomanda examinarea

- După înregistrarea în Registrul Unic de Comenzi, i se înmânează pacientului Buletinul de servicii medicale și Formularul de acceptare a condiţiilor și riscurilor examinării, pe care acesta trebuie sa îl semneze, certificând astfel ca a fost informat asupra examinării la care va fi supus și a riscurilor care decurg din realizarea acesteia.
- Cu aceste documente, se prezintă la cabinetul destinat.

b) Din proprie iniţiativa

b)Comenzile de la pacienţii fără bilet de trimitere de la medic, care se prezintă și solicita o examinare imagistica din proprie iniţiativa, se preiau la fiecare solicitare și în funcţie de tipul de determinare, se analizează de către medicul de serviciu, care aproba examinarea sau îndruma pacientul către un medic specialist care sa recomande examinarea imagistica. Daca se considera necesar, se propun metode alternative de investigaţie și investigaţii suplimentare
- Daca cererea a fost aprobata de medicul de serviciu, se urmează acelaşi protocol de înregistrare

c) Urgenta

- Pacientul venit în urgenta – adus de salvare, adus din spital – este examinat imediat, după informarea pacienţilor programaţi
- Un afiş în care se anunţa prioritatea pacienţilor în urgenta sau din spital, este pus pe uşile laboratorului

d) Plata examinării

- In regim compensat – daca pacientul are bilet de trimitere de la medicul specialist sau de familie, plata se efectuează de către CJAS și de către beneficiar în procentul alocat
- Cu plata integrala – daca solicitantul nu se prezintă cu bilet de trimitere compensat, sau daca fondurile alocate de CJAS s-au epuizat, pacientul suporta costul investigaţiei, conform listei de tarife al SPS.

5.2 Pregătirea pacientului în vederea examinării

- în cabinetul destinat, pacientul este înregistrat în caietul de lucru și este pregătit de către asistenta, conform tehnicii specifice fiecărei examinări

5.3. Eliberarea rezultatului

- Pentru examinările de urgenta, rezultatele se eliberează pe loc sau în ziua examinării
- Pentru examinările de rutina, rezultatele se eliberează în maxim 24 ore

6. RESPONSABILITATI

6.1 Asistenta de la recepţie

Înregistrează cererile de investigaţie
Instruieşte pacienţii
Programează pacienţii
Consemnează cererile de solicitări care nu pot fi onorate, în RRS

6.2 Medicul de serviciu

- Efectuează anamneza pacientului care se prezintă din proprie iniţiativa pentru examinări Rx

7.INREGISTRARI

7.2. Registru programări:
7.3. Buletin imagistica specific investigatiei :
7.6. Formular instrucțiuni pentru pregătire în vederea efectuării investigațiilor:
7.7.Formular Acceptare condiții și riscuri ale examinării imagistice (cu deosebire pentru gravide)

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Angelescu Eugen	As radiologie	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. Scopul procedurii operaționale

Procedura descrie activitățile din cadrul Laboratorului de Radiologie și Imagistică Medicală.

2. Domeniul de aplicare

5.1**.** Procedura se aplică în cadrul Spitalului Sfântul Sava la investigațiile medicale realizate în cadrul Laboratorului de Radiologie și Imagistică Medicală.

5.2. La procedură participă:

- medic

- asistentul medical principal

- asistentul medical generalist

3. Documente de referinţă aplicabile activităţii procedurale

3.1. Legislație primară

- Ordin 946/2005 actualizat - pentru aprobarea codului controlului intern, cuprinzând standardele de management /control intern.

- **Legea 95/2006 cu modificările și completările ulterioare** – privind reforma în domeniul sănătății.

3.2. Legislația secundara –

- Legea 95/2006 cu modificările și completările ulterioare.

3.3. Alte documente, inclusiv reglementari interne ale entității publice:

- Procedura operaționala privind circuitul documentelor.

- SR EN ISO 9001:2008. Sisteme de Management al Calității. Cerințe.

- SR EN ISO 9000: 2008 - Sisteme de management al calității. Principii fundamentale și vocabular.

- Manualul Calității, cod **MC-01**.

4. Definiţii şi prescurtări ale termenilor utilizaţi în procedura operaţionala

Definiții ale termenilor

Nr. Crt.	Termenul	Definiția si/sau dacă este cazul, actul care definește termenul

1.	Procedură operațională	Prezentarea formalizata, în scris, a tuturor pașilor ce trebuie urmați, a metodelor de lucru stabilite și a regulilor de aplicat în vederea realizării activității, cu privire la aspectul procesual
2.	Ediție a unei proceduri operaționale	Forma inițiala sau actualizata, după caz, a unei proceduri operaționale, aprobata și difuzata
3.	Revizia în cadrul unei ediții	Acțiunile de modificare, adăugare, suprimare sau altele asemenea, după caz, a uneia sau a mai multor componente ale unei ediții a procedurii operaționale, acțiuni care au fost aprobate și difuzate

Abrevieri ale termenilor

Nr. Crt.	Abrevierea	Termenul abreviat
1.	**P.O.**	**Procedura operaționala**
2.	**E**	**Elaborare**
3.	**V**	**Verificare**
4.	**A**	**Aprobare**
5.	**Ap.**	**Aplicare**
6.	**Ah.**	**Arhivare**
9	**Dep.**	**Departament/e**
10	**Coresp.**	**Corespondenta**

5. Descrierea procedurii operaționale

5.1. Generalități

- Pacientul se prezintă cu biletul de trimitere și foaia de observație;
- Este examinat de către medicul radiolog;
- În funcție de prescripție și de constatarea medicului radiolog, se efectuează investigația;
- Dacă medicul consideră necesar schimbă prescripția.

Investigarea pacientului:

Poate fi:

- Radioscopie;
- Radiografie;
- Ambele.

După efectuarea investigației, pacientul așteaptă *rezultatele:*

- La radioscopie - se eliberează imediat un buletin de analize, conținând rezultatele (formular tipizat);

- La radiografie - pacientul așteaptă rezultatele - radiografia (filmul radiologic), interpretarea medicului și fisa pentru înregistrarea datelor privind expunerea medicala individuala la radiații ionizante (formular tipizat).

Examinarea ecografica este o tehnică de vizualizare neinvazivă care se utilizează fără restricție pentru orice bolnav. Durata medie a unei examinări ecografice este de 15 minute. Ea depinde de experiența sonografistului și de tipul de aparatură care îi stă la dispoziție. Pentru reducerea în timp a examinării colaborarea bolnavului este necesara. Timpul de explorare este variabil în funcție și de scopul urmărit, mai puțin timp în scop diagnostic, mai mult în stadiul funcțional. Oricum în ansamblu chiar în acest context se ajunge intr-un timp mult mai scurt la un diagnostic cu înalt grad de specificitate. Conduita terapeutica este rapida și eficace și rezultatele conduc la diagnostice din ce în ce mai exacte.

5.2. ECOGRAFIA ABDOMINALA presupune examinarea organelor abdominala (ficat, colecist, pancreas, rinichi, splina) și este indicata la orice pacient cu o durere localizata sau difuza, în măririle de volum ale abdomenului, traumatisme abdominale sau în prezenta unui sindrom dispeptic.

5.3. ECOGRAFIA DE PELVIS presupune examinarea organelor pelviene (vezica urinara, organe genitale feminine - uter, anexe sau masculine - prostata și prezenta lichidului în cavitatea abdominala).

5.4. ECOGRAFIA ABDOMINALA GENERALA presupune examinarea atât a organelor abdominale cât și pelviene.

5.5. INDICATIVE ECOGRAFIEIE GENERALE, ABDOMINALE SAU DE PELVIS

- Detectarea litiazei sau inflamației colecistului.
- Determinarea gradului de afectare a ficatului, splinei, rinichiului (afecțiuni acute, cronice, tumori).
- Determinarea afectării pancreasului (pancreatite, tumori).
- Diagnosticul patologiei utero-anexiale.
- Prezenta de lichid în cavitatea abdominala.
- Ghidajul în timpul unei biopsii sau paracenteze.

5.5.1. Pregătirea **prealabila în cazul unei ecografii abdominale (generate, abdominala simpla, pelviana)**

• Programarea bolnavilor pe registrul de programări,

• Recomandarea de post alimentar cu cel puțin 7-8 ore înainte de consult pentru ca stomacul sa fie gol și intestinul subțire sa nu fie dilatat, permițând astfel o vizualizare corecta a pancreasului.

• Se consuma lichide negazoase 1 - 1,5 l. La examinarea pelvisului pacienții trebuie sa consume 5 - 6 pahare de lichide cu aproximativ o ora înainte de examinare, astfel încât vezica urinara sa fie plina. Astfel, vizualizarea uterului și a ovarelor este corecta, iar eventualele chisturi de dimensiuni mici sau o sarcina mica, sunt mai ușor de depistat. Se urinează numai după examinare. În adenomul de prostata se poate aprecia astfel rezidiul vezical.

• La bolnavii meteorizați se poate administra în prealabil medicație anti-gazoasă (Espumisan, enzime digestive, cărbune medicinal).

• Ecografia se poate face fără o pregătire prealabila numai în condiții de urgenta.

6. CONTRAINDICATII

Ecografia nu are contraindicata și este recomandabil sa se facă de cel puțin una sau doua ori pe an. Ecografia are un caracter nedăunător fi spre deosebire de radiografie sau computertomografie care emit raze X aceasta nu are restricții în folosire.

7. TEHNICADE EXAMINARE

Este comună pentru cele 3 tipuri de examinare ecografică:

• Se așează bolnavul pe canapea în decubit dorsal și în poziții ajutătoare (decubit lateral, oblic posterior stâng) în funcție de poziția examinată.

• Se instruiește bolnavul în prealabil, pentru o colaborare cât mai buna cu examinatorul, în vederea realizării unei imagini corecte (manevre respiratorii: inspir sau expir forțat, poziții adecvate).

• Se stabilește la începutul examinării regimul de funcționare al aparatului corespunzător cu dimensiunile bolnavului. Se folosesc sondele ecografice de 3,5 MHz eventual variabile de 3,5 - 5 MHz în condiții de sterilitate (dezinfecție mâini examinator și sonda ecografica).

• Se folosește gel ecografic special indicat de firma producătoare care asigura o buna examinare și nu este nociv pentru pacient.

• Din punct de vedere tehnic pentru o examinare corecta a bolnavului se urmărește asigurarea unei bune ferestre ecografice în vederea transmiterii vibrațiilor, efectuarea excursiei transductorului în inspire forțat, pasaj continuu nefragmentat al transductorului pe tegument.

• În vederea codificării corecte a leziunilor și organelor cercetate se impun anumite reguli și anume: recunoașterea și înregistrarea reperelor vasculare principale, evitarea zonelor care alterează sau nu permit evidențierea corecta a imaginii, recurgerea la secțiuni suplimentare în afara de cele 3 obligatorii (longitudinale, transversale și oblice). În unele cazuri se apelează la artificiile tehnice de tipul substanței pentru evidențierea corecta a organului și se explorează organele vecine în vederea conturării exacte a modificării patologice.

7.1. ELIBERAREA REZULTATELOR ECOGRAFICE

• După formarea imaginii ecografice în vederea obiectivării leziunii se face înregistrarea ei pe imaginea fotografica, precizându-se în colț numele instituției, medicul examinator, numele bolnavului, poziția secțiunii și angularii transductorului fata de organ sau suport magnetic (CD, DVD).

• Rezultatele ecografice sunt trecute intr-un buletin ecografic complet și corect (Date personale ale bolnavului, date tehnice ecografice complete, diagnostic ecografic, nume, prenume, semnătura și parafa medicului examinator, data și ora examinării).

• Stocarea și compararea în dinamica a examinării ecografice printr-un program specializat informatic de comparare a imaginilor ecografice.

7.2. ECOGRAFIA DE ORGAN
Se refera la examinarea ecografica specială a glandei tiroide și a sânului. Examinarea respecta același protocol mai sus menționat.

7.3. INDICATIILE ECOGRAFIEI DE ORGAN se refera la:
• Patologia inflamatorie și tumorala a tiroidei (tiroidite, tumori benigne și maligne tiroidiene, gușa nodulara, etc.).
• Patologia inflamatorie și tumorala a sânului (mastite, tumori benigne și maligne).

7.4. Pregătirea bolnavului
Pentru ecografia de organ (sân, tiroidă) nu sunt necesare pregătiri suplimentare Restricțiile alimentare sunt inutile deoarece nu influențează examinarea ecografica.
Se face programarea prealabila a bolnavilor pe registrul de programări,

7.5. CONTRAINDICATII
Ale ecografiei de organ nu există.

7.6. TEHNICA DE EXAMINARE
Prezintă particularități în funcție de organul examinat.
• Bolnavul este așezat pe canapea în decubit dorsal sau în poziții ajutătoare (ortostatism dorsal, decubit lateral).
• Se instruiește bolnavul în vederea unei colaborări cât mai bune cu examinatorul (poziții adecvate, manevre respiratorii).
• Se stabilește la începutul examinării regimul de funcționare al aparatului corespunzător organului examinat. Se folosesc de obicei sondele de 7,5 MHz sau mai mult în condiții de sterilitate (dezinfecția sondei ecografice și a mâinilor examinatorului).
• În vederea codificării corecte a leziunilor se folosesc anumite reguli anatomice și repere vasculare. Dimensiunile leziunilor se măsoară în centimetri.

7.8. ELIBERAREA REZULTATELOR ECOGRAFICE
Se face după aceasta procedura ca la ecografia abdominala.
• Buletinul ecografic cuprinde datele personale ale bolnavului, date ale examinării ecografice, diagnostic ecografic, numele, prenumele și parafa medicului examinator, data și ora examinării.
• Înregistrarea pe imagine fotografica a leziunilor și imaginilor ecografice patologice cu precizarea în colt a numelui instituției, medicului examinator, numele bolnavului, poziția secțiunii și angularii transductorului fata de organ.
• Stocarea imaginilor ecografice și compararea cu imaginile ecografice anterioare.

8. Responsabilităţi

8.1. Medicul

8.1.1. Efectuează investigațiile.
8.1.2. Aplică prezenta procedură de lucru.
8.1.3. Stabilește diagnosticul
8.1.4. Verifica modul în care este aplicata / respectata procedura de lucru.

8.2. Asistentul
8.2.1. Înregistrează pacientul.
8.2.2. Dezbrăca pacientul;
8.2.3. Efectuează radiografiile;
8.2.4. Efectuează developarea;
8.2.5. Scrie rezultatele;
8.2.6. Operează datele în computer;
8.2.7. Gestionează materialele, consumabilele (soluții, filme, etc.);
8.2.8. Efectuează încasările, taie chitanțele;
8.2.9. La sfârșitul zilei, face monetarul și întocmește borderoul de încasări.

Pentru Laboratorul dentar Asistentul:
• Înregistrează biletul de trimitere;
• Efectuează radiografia (expunerea și developarea);
• Eliberează rezultatul.
Pentru ecograf:
• Medicul efectuează investigația și stabile§te rezultatele.
• Asistentul efectuează înregistrările

9. Înregistrări

• Registrul parametrilor individuali de expunere în radioscopie;
• Registrul parametrilor individuali de expunere în radiografie;
• Registru de expunere la radiații ionizante; Evidența computerizată; Buletin de analize;
• Buletin ecografic-tipizat;
• Bilete de trimitere.

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Angelescu Eugen	As radiologie	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Procedura prezintă descrierea modalităţii de realizarea a condiţiilor de adecvare a localurilor și mediului pentru desfăşurarea corectă a investigaţiilor în LRIM

2. DOMENIU DE APLICARE

Managementul SPS și întreg personalul al laboratorului LRIM

3. DOCUMENTE DE REFERINTA

3.1. Manualul Calității – MC – LRIM - 01
3.2. SR EN ISO 9000 – Sisteme de management al calității. Principii generale și vocabular;
3.3. SR EN ISO 9001 – Sisteme de management al calității. Cerințe;
3.4. SR EN ISO 9004 – Sisteme de management al calității. Linii directoare pentru îmbunătățirea performantelor;
3.5. Ordin 219 din 1.04.2002 – pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deșeurilor rezultate din activitățile medicale și a metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deșeurile rezultate din activitățile medicale 3.5.Hotarirea 586 din 16 08 2002 privind evidența gestiunii deșeurilor și pentru aprobarea listei cuprinzând deșeurile, inclusiv deșeurile periculoase;
3.6. Ordin 997 din 11 08 2004 privind modificarea și completarea Ord.219/2002.

4. DEFINITII SI ABREVIERI

4.1. Definițiile utilizate sunt cele din standardul SR EN ISO 9000

5. DESCRIEREA ACTIVITATII

5.1. Identificarea și realizarea condițiilor pentru localuri și mediu ambiant

5.1.1. Localuri

- LRIM are localuri corespunzătoare pentru realizarea în condiții bune a investigațiilor;
- Structura și amenajările corespund planului anexat;
- Circuitele în spațiu și timp realizează căi rapide și ușoare de acces în diferitele încăperi;
- Ariile în care se schimbă pacienţii sunt private și permit accesul spre sala de examinare fără a traversa o zonă publică;
- Sunt asigurate condițiile de securitate și siguranța;
- Zonele de lucru sunt curate, ordonate și septate, cu posibilitatea abordării lor secvențiale;
- Încăperile au un cubaj corespunzător și permit aerisirea corectă;
- Toate coridoarele sunt libere, clar direcţionate prin semne
- Toate uşile din camera de aşteptare şi de la camera de examinare permit pasajul cărucioarelor și a brancardelor;
- Iluminarea și temperatura încăperilor este adecvată;
- Pavimentele sunt acoperite cu materiale tip linoleum pentru trafic greu impregnat cu rășini epoxidice, cu lavabilitate excelentă, rezistente la dezinfectante, acizi sau baze.
- Pereții sunt vopsiți cu vopsea specială cu proprietati bactericide și care realizează o peliculă speciala ușor lavabilă și dezinfectabilă, rezistentă la soluțiile folosite în acest scop;
- Canapeaua de consultații este în totalitate acoperită cu materiale rezistente la acizi, baze, temperaturi înalte și la dezinfectante, ușor lavabile și rezistente la zgâriere;
- - Mobilierul este realizat din materiale lucioase, neabsorbabile, ușor lavabile;
- - Accesul în zonele controlate este reglementat pentru asigurarea securității persoanelor, activității și pentru asigurarea confidențialității.

5.1.2. Măsuri de reducere a contaminărilor:

- suprafețe ușor de întreținut, dezinfectabile și lavabile;
- mobilier și echipamente strict necesare desfășurării activității;
- materialele și echipamentele de protecție – mănuși, șorturi, halate – pentru personal sunt asigurate în permanență și în cantități suficiente;
- echipamentul de lucru este păstrat numai în laborator;
- îmbrăcămintea personală se păstrează numai în vestiar;
- accesul persoanelor în serviciu este controlat;
- există spațiu pentru depozitare materiale și reactivi;
- grup sanitar propriu, pentru personal și pacienți.

5.2. Întreținere

- medicul șef de laborator supraveghează curățenia și întreținerea localurilor conform programului de curăţenie întocmit de RMC și care este afișat ;
- în caietul de curățenie se consemnează activitățile zilnice;
- pentru rezolvarea problemelor curente legate de instalații, rețea electrică, apă, în fiecare centru de lucru există persoane angajate cu responsabilitatea urmăririi și rezolvării acestora, la solicitarea medicului șef de laborator .

5.3. Instruirea

- pentru situații de urgență în ce privește mediul: incendiu, inundație, se procedează conform normelor reglementate;

6. PLANUL DE GESTIONARE A DESEURILOR

În activitatea curentă s-a implementat un sistem de gestionare a deșeurilor adaptat volumului de lucru și cantității de deșeuri rezultate, după cum urmează:

TIPURI DE DEȘEURI PRODUSE ÎN LABORATORUL DE RADIOLOGIE

Cod deșeu , conform Hotărârii Guvernului nr. 856 / 2002	***Categorii de deșeuri rezultate din activități medicale***
18 01 06* chimicale constând din sau conținând substanțe periculoase	Acizi , baze , solvenți halogenați , alte tipuri de solvenți , produse chimice organice și anorganice , inclusiv produse reziduale generate în cursul diagnosticului de laborator , soluții fixatoare sau de developare , produse concentrate utilizate în serviciile de dezinfecție și curățenie , soluții de formaldehida etc.
18 01 07 chimicale , altele decât cele specificate la 18 01 06*	Produse chimice organice și anorganice nepericuloase (care nu necesita etichetare specifica) , dezinfectanți (hipoclorit de sodiu slab concentrat , substanțe de curățare etc.) , soluții antiseptice , deșeuri de la aparatele de diagnoza cu concentrație scăzută de substanțe chimice periculoase etc. , care nu se încadrează la 18 01 06*
20.01.01 Hârtie și carton	Ambalaje din hârtie și carton colectate separat conform ordinului 132 / 2010
17.04.05 Deșeuri din fier	Deșeuri din fier și tabla
20.01.02 Deșeuri din sticla	Ambalaje din sticla colectate separat conform ordinului 132 / 2010 .
15.01.02 Ambalaje de materiale plastice	Ambalaje din plastic colectate separat conform ordinului 132 / 2010 .

6.1. Ambalajul în care se face colectarea și care vine în contact direct cu deșeurile periculoase este de unică folosință și se elimină o data cu conținutul

Deșeurile rezultate se colectează în recipiente adecvate, pe categorii, în funcție de natura deșeurilor astfel:

- pentru deșeurile infecțioase care nu sunt tăietoare - înțepătoare se folosesc saci de polietilena de culoare galbena iar ca alternativa la aceștia se folosesc saci de alta culoare, caz în care sunt marcați cu galben . In ambele cazuri sacii sunt marcați cu pictograma * **Pericol biologic*** Sacii sunt introduși în ambalaje portsac.
- deșeurile tăietoare - înțepătoare se colectează în cutii speciale confecționate din material rezistent la acțiunile mecanice. In partea superioara sunt prevăzute cu capac special care permite introducerea deșeurilor, împiedicând scoaterea acestora după umplere. Cutiile sunt de culoare galbena și au pictograma * **Pericol biologic***

Atât sacii cat și cutiile pentru deșeurile periculoase se depun în al doilea ambalaj care este reprezentat de containere cu pereții rigizi aflați în spațiul de depozitare temporara. Containerele pentru deșeuri infecțioase și tăietoare înțepătoare au marcaj galben, sunt inscripționate * Deșeuri medicale * și poarta pictograma ***Pericol biologic***

6.2 Deșeurile nepericuloase asimilabile celor menajere se colectează în saci de polietilena de culoare neagra inscripționați * **Deșeuri nepericuloase*** In lipsa acestora se folosesc saci de polietilena transparenți și incolori.

6.3. Deşeurile periculoase chimice se colectează în recipiente speciale, cu marcaj adecvat pericolului ("Inflamabil", "Coroziv", "Toxic" etc.) şi se tratează conform prevederilor legale privind deşeurile periculoase.

Deşeurile chimice periculoase dacă se află în ambalajul lor original (sticlă, folie, etc.), pot fi împachetate în recipiente care nu corespund standardelor Naţiunilor Unite, în conformitate cu Acordul

european referitor la transportul rutier internaţional al mărfurilor periculoase (ADR 3.4 și dispoziţia specială 601 de la 3.3). În cazul în care aceste deşeuri nu se mai află în ambalajul original, ele se stochează şi ambalează în recipiente cu o capacitate care să nu depăşească 5 l pentru substanţe lichide și 5 kg pentru substanţe solide. Aceste recipiente pot fi introduse într-un ambalaj exterior care, după umplere, nu trebuie să depăşească greutatea de 30 de kg.

6.4. Depozitare temporară

Este făcuta în locul special amenajat aflat în incinta spitalului. Siguranța spațiului este asigurata prin desemnarea persoanelor care răspund de această activitate și care au fost instruite în acest sens. Durata depozitarii deșeurilor periculoase este de maxim 72 ore.

6.5 Transport

Transportul deșeurilor periculoase pana la locul de eliminare finala este făcut cu respectarea strictă a normelor de igienă și securitate, în scopul protejării personalului și populației generale.

7. RESPONSABILITATI

7.1. MLRIM

- verifică și asigură respectarea condițiilor de spațiu și mediu
- verifica și răspunde de realizarea condițiilor de lucru corespunzătoare

7.2. RMC

- monitorizează condițiile de mediu
- supravegheze activitățile de întreținere și eliminare a deșeurilor
- întocmește programul de curățenie împreuna cu CPCIN
- răspunde de relația cu personalul de întreținere
- supraveghează instruirea PSI

8. ÎNREGISTRĂRI

7.1. Program curățenie și dezinfecție – cod : F01 – IL – 03
7.2. Caiet curățenie – cod : F02 – IL – 03
7.3. Registru instruiri PSI – cod :

9. 8.ANEXE

9.1 Formular program curățenie și dezinfecție – cod :F01 – IL – 03

Nr. crt.	Zi din săptămâna	Activitate	Obs.

9.2 Formular Caiet curățenie – cod :F02 – IL – 03

Nr. crt.	Data și ora	Activitate desfășurată	Semnătura

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURI PRIVIND PASTRAREA ASEPSIEI**	**150** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/5**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura are drept scop prezentarea mijloacelor si metodelor de pastrare a asepsiei in saloanele aseptice.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secţiile si compartimentele de îngrijire unde exista frigidere, inclusiv camere de garda si bucatarie.

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Prevenirea infectiilor nozocomiale.

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor
- Manulalul de nursing
- Ordinul MS nr.261/2007, privind aprobarea Normelor tehnice privind curatenia, dezinfectia si sterilizarea in unitatile sanitare
- Ordinul MS nr.916/2006, privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si control al infectiilor nozocomiale in unitatile sanitare

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = asistenta de salon

6.2 Echipa de proces = asistenta sefa de sectie + directorul de ingrijiri

7. DESCRIEREA PROCESULUI

Asepsia foloseste o multitudine de metode fizice si chimice.

- mijloace mecanice: curatirea mecanica si spalarea (se adreseaza instrumentarului, materialului moale, mâinilor chirurgului si câmpului operator);

- caldura uscata (flambare, calcare, încalzire la rosu, sterilizare cu aer cald - Poupinel) si caldura umeda (fierbere, autoclavare);

- sterilizare la rece: mijloace radiante (raze ultraviolete, raze gamma, ultrasunete), sterilizare chimica (formol sub forma de vapori la rece sau la cald, etilenoxid).

Pentru pastrarea asepsiei in saloanele aseptice se vor avea in vedere:

Asepsia se adreseaza tuturor momentelor ce prezinta riscul contaminarii saloanelor aseptice; ea presupune urmatoarele masuri luate pentru:

CIRCULAŢIA PERSONALULUI ÎN SPITAL

a Separarea personalului sanitar mediu, auxiliar de îngrijire pe compartimente septice si aseptice în toate turele.

b În cazul în care necesitatile serviciului, garzi, urgente, impun medicului de a trece de la un sector septic la unui aseptic, acesta are obligatia de a-si spala si dezinfecta mâinile si de a schimba echipamentul de protectie.

c Interzicerea circulatiei personalului de la sectiile septice la cele aseptice si invers, cu exceptia medicilor.

d Interzicerea accesului în salile de operatie si salile de nastere a personalului care nu face parte din echipa de interventie, cu exceptia persoanelor cu drept de control stabilite prin norme. Acestea pot intra în sala odata cu echipa sau între interventii, dar nu în timpul interventiilor

e Interzicerea accesului altui personal decât cel destinat pentru lucru în locurile respective în blocul alimentar, laboratorul de solutii perfuzabile si în statiile de sterilizare.

UTILIZAREA ECHIPAMENTULUI DE PROTECŢIE

a Portul echipamentului de protectie prevazut de normele MS, pe tot timpul prestatiei în unitate, de catre personalul medico-sanitar cât si de persoanele care presteaza o activitate ocazionala sau dirijata (elevi, studenti, personal de întretinere).

b Portul obligatoriu al echipamentului pentru interventii chirurgicale de catre personalul care lucreaza în interventii în salile de operatii si de nasteri.

c Schimbarea obligatorie a echipamentului de catre personalul dare lucreaza în sectii de boli contagioase si sectii cu compartimente septice la iesirea din salonul respectiv.

d Personalul care lucreaza în saloanele de mari receptivi (prematuri, distrofici, bolnavi cu transplanturi, etc.) este obligat sa puna echipament steril la intrarea în salon, insistându-se asupra portului corect al mastii (masca din 4 straturi de tifon, purtata pe nas, schimbata dupa 30 minute de folosire).

e Personalul care lucreaza în sectii septice precum si în sectii cu receptivitate mare (anestezie terapie-intensiva) va purta obligatoriu halate colorate diferit. Se recomanda culoarea galbena pentru personalul din sectiile septice si culoarea albastra pentru personalul din sectiile cu receptivitate mare. Interzicerea accesului în spital a personalului retribuit sau a celui ocazional sau dirijat cu haine si încaltaminte de strada în sectiile de nou-nascuti, prematuri, distrofici, anestezie terapie-intensiva, blocuri operatorii, blocuri de nastere.

OBLIGAŢII PRIVIND ACTUL MEDICAL

f Efectuarea anamnezei si a examenului clinic complet la internare, în scopul depistarii oricarei infectii sau boli transmisibile (sau suspiciuni de boala transmisibila) si în caz de suspiciune, recoltarea imediata a probelor pentru examene microbiologice.

g Urmarirea în cadrul supravegherii clinice zilnice a semnelor si simptomelor caracteristice starii de infectie respiratorie (coriza, tuse, stranut), boala diareica (scaune diareice, varsaturi, pierdere în greutate la copil, etc), infectie cutanata, urinara, genitala, infectie la plaga, sindrom febril, etc.

h Recoltarea probelor de laborator pentru diagnostic microbiologic la aparitia primelor semne de infectie, înainte de administrarea de antibiotice sau chimioterapice.

i Recoltarea probelor de laborator la contacti pentru depistarea purtatorilor, la orice suspiciune epidemiologica.

j Tratamentul cu antibiotice si chimioterapice orientat în functie de antibiograma si evolutia clinica a bolnavului, a metodelor si tehnicilor celor mai adecvate în efectuarea interventiilor chirurgicale, exploratorii si terapeutice, pentru evitarea complicatiilor septice.

k Respectarea cu strictete a regulilor de tehnica aseptica specifice fiecarei proceduri medico-chirurgicale, în scopul eliminarii contaminarii sterilelor si evitarii introducerii microorganismelor în tesuturile si mucoasele organismului în timpul efectarii acestor proceduri.

l Recipientele cu produse patologice (eprubete, sticlute, borcane) folosite pentru diagnostic de laborator, dupa fiecare utilizare vor fi autoclavate la laborator, înainte de spalare, iar dupa spalare vor fi din nou sterilizate la autoclav.

m Efectuarea obligatorie a diagnosticului microbiologic la bolnavii

n decedati în spital cu diagnostic de infectie (cauza principala sau asociata).

o Mentionarea în foaia de observatie a oricarei stari de infectie (simptome, semne) a probelor pentru diagnostic microbiologic si a datei recoltarilor, a rezultatelor examenelor de laborator, diagnosticului si tratamentului antiinfectios.

p Mentionarea în foaia de observatie a diagnosticului de infectie intraspitaliceasca, ori de câte ori sunt elemente clinice si epidemiologice care dovedesc ca infectia a fost contractata în timpul si din cauza spitalizarii.

q Înscrierea zilnica în registrul de infectii interioare existent în sectie a tuturor cazurilor diagnosticate ca infectii intraspitalicesti si raportarea catre forul ierarhic superior conform reglementarilor legale.

r Asigurarea izolarii prin amplasare si izolarii functionale a bolnavilor receptivi.

s Aplicarea masurilor antiepidemice la orice caz de infectie; transferul imediat de boli contagioase a cazurilor sau suspectilor de boli transmisibile, carantinarea contactilor receptivi în saloane separate, pe perioada egala cu incubatia maxima de la ultimul contact; izolarea bolnavilor septici în saloane sau compartimente prevazute pentru aceasta, luând toate masurile de izolare functionala, masuri privind personalul, efectuarea examenelor microbiologice, dezinfectia obiectelor si a echipamentului, curatenia generala si dezinfectia încaperilor si a mobilierului, efectuarea dezinfectiei salonului din care a fost evacuat bolnavul septic sau contagios, dezinfectia mijloacelor de transport (salvari, autoturisme) care au transportat bolnavi contagiosi

IGIENA BOLNAVILOR SI ASISTAŢILOR

a Prelucrarea igienica a bolnavului la internare (îmbaiere prin dus, taierea

b unghiilor, la nevoie deparazitare). Daca starea bolnavului nu permite îmbaierea, se asigura spalarea prin stergere umeda.

c Cabinetele de consultatii, la internare vor fi dotate cu:termometre dezinfectate, de utilizare individuala

d Valve si specule sterile de utilizare individuala în cabinete de obstetrica si cele de ginecologie.

e Aleze curate de utilizare individuala

f Truse individuale sterile (aparate si lame de ras) pentru toaleta locala

g Apasatoare de limba, sonde, pense, siringi, ace, etc. sterile.

h Înscrierea tuturor cazurilor de pediculoza internate în spital din teren sau prin transfer, într-un caiet special si anuntarea lor la centrul sanitar-antiepidemic.

i Consultarea, trierea si repartizarea bolnavilor de la internare si conducerea lui de catre infirmiera la salonul la care a fost repartizat.

j Asigurarea de lenjerie curata pentru fiecare bolnav nou internat si schimbarea acesteia ori de câte ori e nevoie si cel putin o data pe saptamâna.

k La bolnavii care prezinta incontinenta de urina sau fecale, la cei care au varsaturi, supuratii precum si la copii mici salteaua se acopera cu o musama sau husa de plastic care se spala si se va sterge cu solutie dezinfectanta zilnic, precum si ori de câte ori e nevoie.

l Asigurarea spalarii paturilor, huselor (dosurilor) de perna si de saltea ori de câte ori e nevoie si cel putin semestrial.

m Asigurarea în timpul internarii a toaletei zilnice a bolnavilor si îmbaierea acestora cel putin odata pe saptamâna si de câte ori e nevoie. îmbaierea obligatorie în ziua dinaintea operatiei a bolnavilor ce se supun interventiilor chirurgicale (exceptie urgentele).

n Asigurarea cu termometre dezinfectate, de utilizare individuala, pentru fiecare bolnav.

o Asigurarea asistatilor la care este necesar, cu plosca, olita sau urinar, dezinfectat si uscat, înainte de fiecare utilizare.

p Interzicerea purtarii în spital, de catre bolnavi, a efectelor personale. Efectele personale ale bolnavilor vor fi depuse la magazia pentru efectele bolnavilor.
q Deparazitarea efectelor bolnavilor parazitati.
r Dezinfectia efectelor personale ale bolnavilor internati în sectiile de boli contagioase.
s Reglementarea circulatiei bolnavilor în special (în asa fel încât sa fie respectate izolarile stabilite) si programarea examenelor de specialitate pentru a evita supraaglomerari si întâlnirea bolnavilor septici si potential septici cu cei receptivi.
t Asigurarea obiectelor individuale (pahar sau cana pentru baut apa, sapun prosoape si hârtie igienica) si asigurarea pentru fiecare bolnav a lenjeriei curate de pat si de corp conform haremurilor si schimbarea acesteia cel putin saptamânal si ori de câte ori e nevoie.
u Instruirea bolnavilor (si familiei) sa-si procure pasta si perie de dinti, batiste si pieptene.
v Educarea permanenta a bolnavilor asupra comportamentului igienic în spital.

IGIENA LENJERIEI

a Colectarea lenjeriei de pat si de corp utilizate va fi facuta în saci de doc curati care se închid la gura imediat dupa colectare. Lenjeria cu umiditate excesiva se colecteaza în saci de material plastic sau impermeabilizati. Sacii care s-au folosit pentru colectarea si transportarea lenjeriei se dezinfecteaza chimic dupa fiecare transport. Dupa dezinfectare sacii se spala odata cu lenjeria.
b Efectuarea spalarii mecanice a rufariei dupa prescriptiile producatorului aparaturii privind procesul de spalare si respectarea timpului de spalare cu apa la cel putin 80°C timp de 30 de minute sau 60° timp de 60 de minute.
c Rufaria de pat si corp provenita de la sectiile de nou-nascuti, pediatrie, contagioase, dermato-venerice si tuberculoza si de la bolnavii septici, precum si cea murdarita cu sânge sau produse patologice va fi colectata separat si transportata la spalatorie unde se supune dezinfectiei chimice înainte de spalare. Aceasta lenjerie se spala separat.
d Sterilizarea înainte de spalare a lenjeriei provenite de la bolnavii cu antrax.
e Spalarea în program separat a rufariei provenite de la sectiile (compartimentele) de nou-nascuti, prematuri si obstetrica.
f Calcatul obligatoriu al întregii lenjerii folosite în spital în afara celei supuse sterilizarii.
g Asigurarea depozitarii separate a lenjeriei curate, în spatii separate ferite de praf si umezeala si de posibilitati de contaminare prin insecte sau rozatoare.

CONTROLUL MICROBIOLOGIC

a Controlul microbiologic al personalului medico-sanitar si a asistatilor
b Personalul medico-sanitar, bolnavii si asistatii se controleaza microbiologic (probe de pe tegumente, din secretii nazale si faringe, materii fecale si altele) ori de câte ori este nevoie, la aparitia cazului (suspectului) de infectie intraspitaliceasca.. Examenele se efectueaza pentru bolnavii si asistatii contacti cu cazul respectiv (sau expusi la acelasi focar de risc) si personalul care a participat la îngrijirea lui. Aceste controale nu înlocuiesc examenele medicale la angajare si controalele medicale periodice prevazute prin Ordinul MS nr.15/1982.
c Controlul microbiologic al sterilizarii se efectueaza pentru stabilirea modalitatilor de încarcarea aparatelor dupa interventiile de întretinere si lunar, pentru fiecare aparat. Controlul microbiologic al sterilitatii materialelor sanitare se efectueaza lunar iar controlul apei sterile de la salile de operatie, saptamânal.
d Controlul microbiologic al conditiilor de igiena (aeromicroflora, suprafete si inventar moale, utilaje din blocurile alimentare) se efectueaza în urmatoarele împrejurari:

- în maternitati, sectii de nou-nascuti, prematuri, distrofici, sectii de pediatrie (pentru copii 0-3 ani), la aparitia oricarui caz de infectie interioara.

- în celelalte sectii, la aparitia de cazuri de boli transmisibile, la izbucniri de infectii intraspitalicesti si ori de câte ori frecventa crescuta a cazurilor de infectie ridica ipoteza unor greseli de tehnica aspetica sau a unor surse sau cai de transmisie din mediul spitalicesc.

e Controlul microbiologic al medicamentelor injectabile se efectueaza potrivit Ordinului MS nr. 120/1980 pentru stabilirea normelor tehnice privind prepararea,
f manipularea si administrarea medicamentelor injectabile elaborate în farmaciile de spital
g g) Controlul microbiologic al medicamentelor neinjectabile se efectueaza pentru verificarea modului de preparare, pastrare si administrare

h Controlul microbiologic al conditiilor de transport, depozitare, preparare si distribuire a alimentelor se efectueaza conform normelor în vigoare.

i Controlul curateniei de rutina se face prin observare directa. Controlul eficientei metodelor de curatenie si dezinfectie se face în urmatoarele împrejurari:

- verificarea eficientei metodelor folosite, periodic planificate în cadrul autocontroalelor
- la introducerea de noi metode, aparate, substante sau produse de curatenie si dezinfectie;
- In izbucniri epidemice, când se presupune ca frecventa îmbolnavirilor este legta de ficienta de dezinfectie

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

Program de dezinfectie

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROTOCOL DE CURATENIE SI DEZINFECTIE A SALOANELOR DUPA EXTERNAREA PACIENTILOR	151	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

SITUATII DE CARE TREBUIE TINUT SEAMA:

- In timpul efectuării curteniei mobilierul rămâne in salon
- In cadrul operațiunilor de curățare si dezinfecție este important: sa se cureț cu detergent, sa se clătească si sa fie utilizata o soluție dezinfectanta in concentrație activa (excepție când soluția este de tip dezinfectant cu proprietăți de curățare)
- **RESPONSABILI**: persoanele cu atribuții in menținerea curățeniei – dezinfecției, asistenta șefa

CUM :

- Se strânge lenjeria murdara si se pune in sac (conform protocolului – îngrijitorul)
- Se strâng si se evacuează deșeurile din coșul de gunoi, coșul din WC;
- Se deprafuiește plafonul
- Se curata si se dezinfectează toate obiectele din salon: patul, salteaua, mesele, noptierele, etc. cu laveta albastra înmuiata in găletușa albastra cu sol. dezinfectanta cu proprietăți de curățare - Incidin Extra VIRUFEN 2% - 160 ml/la 8 litri apa sau cu dezinfectant pentru suprafețe mici aplicat prin pulverizare Incidin Liquid (timp de acțiune 15 min.)
- NU uitați curățarea si dezinfecția roților de la mobilierul rulant
- Se șterg: pereții, gurile de aerisire, ușile cu soluție dezinfectanta cu proprietăți de curățare Incidin Extra VIRUFEN 2%
- Se curata si se dezinfectează grupul sanitar (inclusiv sifoanele) atașat salonului (conform protocolului)
- ATENTIE: după finalizarea curățeniei generale, in saloane se va efectua dezinfecția terminala a suprafețelor pe cale aeriana
- Persoana responsabila, se spală pe mâini si pune lenjeria curata pe pat, fără a atinge lenjeria curata de alte echipamente.

- In cadrul întreținerii si curățeniei saloanelor se recomanda ca o data la luna sa se spele-dezinfecteze pereții placați cu faianța sau vopsiți (zonele superioare ce nu sunt atinse curent de mâinile bolnavilor si personalului)
- Produsele dezinfectante/antiseptice se vor păstra in RECIPIENTII ORIGINALI, transferul acestora in alte vase fiind INTERZISA. Diluția produselor dezinfectante concentrate se va face imediat înaintea folosirii acestora.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA** **ACTIVITATEA IN SPALATORIE**	**152** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/3**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.2	Verificat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Procedura are ca scop reglementarea activităţilor din spalatoria ***spitalului.***

Asigură continuitatea activităţii, inclusiv în condiţiile de fluctuaţie a personalului.

Sprijină auditul şi/ sau alte organisme abilitate în acţiuni de auditare şi/sau control, iar pe manager, în luarea deciziei.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura este aplicată de către personalul spalatoriei din cadrul ***Spitalului***

3.DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare ale spitalului

Ordin 946/2005 – pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzand standardele de management /control intern la enititătile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial - republicare.

Ordin nr. 1389/2006 privind modificarea si completarea Ordinului ministrului finantelor publice nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzand standardele de management/control intern la entitatile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial

Ordinul 1649/2011 privind modificarea si completarea Ordinului ministrului finantelor publice nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzand standardele de management/control intern la entitatile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial

Legea nr.95/2006 privind reforma în sanatate

Ordin numarul 916/2006 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si control al infectiilor nosocomiale in unitatile sanitare

Ordin numarul 219 / 2002 pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deseurilor rezultate din activitatile medicale si a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza nationala de date privind deseurile rezultate din activitatile medicale.

4. RESPONSABILITĂŢI

APROVIZIONARE

Urmăreste aplicarea prevederilor prezentei proceduri

Manager

Aprobă prezenta procedură

Şef spalatorie

Efectueaza instruirea zilnica cu privire la sanatate si securitate in munca.
Completarea bonierului dupa receptionarea lenjeriei murdare de pe sectii.
Verificarea masinilor de spalat.
Dozarea detergentilor
Intocmire referate necesitate.

Executant

Incarcarea si descarcarea masinilor de spalat.
Toaletarea masinilor de spalat dupa fiecare ciclu .
Pregatirea calandrului pentru calcat.
Verificarea umiditatii lenjeriei.
Sortarea lenjeriei calcate pe tipuri si aranjarea pe rafturi functie de bonul de primire.
Aranjarea in saci de unica folosinta a lenjeriei spalate pentru predarea catre sectii

5. DESCRIEREA POCEDURII

Generalităţi

Lenjeria murdara se colecteaza si se ambaleaza la locul de producere in asa fel incat sa fie cat mai putin scuturata si manipulata, in scopul prevenirii contaminarii aerului, a personalului si a pacientilor.

Este interzisa sortarea lenjeriei la locul de producere pe tipuri de articole.

Rufele murdare nu trebuie atinse din momentul in care se ridica de la patul bolnavului pana la spalatorie.

Nu este permisa scoaterea lenjeriei din ambalajul de transport pana in momentul predarii la spalatorie.

Personalul care colecteaza si ambaleaza lenjeria (infirmiere) au obligatia de a verifica ca in articolele de lenjerie sa nu ramana obiecte taietoare-intepatoare.

Peronalul care colecteaza si ambaleaza lenjeria va purta obligatoriu echipament de protectie corespunzator inclusiv manusi. Dupa indepartarea echipamentului de protectie, personalul se va spala obligatoriu pe maini.

COD DE SORTARE

Lenjerie murdare – saci colectori de culoare neagra
Lenjerie curata – saci colectori transparenti

Modul de lucru

In cadrul spitalului, pentru lenjerie au fost stabilite doua circuite:

- unul pentru lenjeria murdara
- unul pentru lenjeria curata.

Lenjeria de pat si de corp (atunci cand este cazul) a bolnavului se schimba o data la 7 zile de la data internarii bolnavului sau ori de cate ori este nevoie.

Lenjeria murdara se strange de catre infirmiera la patul bolnavului in saci special destinati (saci albastri din material plastic de unica folosinta).

Sacii se leaga la gura si se depoziteaza in camera de efecte murdare de pe sectie.

Din camera de efecte murdare, sacii sunt transportati catre spalatorie, pe scara de servici (care nu este destinata transportului alimentelor sau al medicamentelor) cu un carucior special.

De la depozitul central lenjeria murdara este transportata cu o masina (autoutilitara) la spalatoria spitalului.

Predarea rufelor murdare la spalatorie se face pe baza de bonier completata de catre infirmiera.

Receptia rufelor murdare in cadrul spalatoriei se face pe baza de bon completat de catre Sef spalatorie.

Dupa receptionarea rufelor , personalul spalatoriei efectueaza sortarea acestora pe tipuri si pe grad de murdarire.

Se introduc rufele in masina de spalat de catre personalul din cadrul spalatoriei dar nu inainte de verificarea masinii de spalat de catre seful spalatoriei.

Dozarea detergentilor se efectueaza de catre seful spalatoriei functie de gradul de murdarire al rufelor si respectand retetarul.

La finalizarea ciclului de spalare se descarca rufele in cosuri cu destinatie speciala.

Se efectueaza toaletarea masinii de spalat zilnic sau ori de cate ori este nevoie.

Dupa spalarea rufelor in masina de spalat, acestea sunt intinse pentru uscare, functie de vreme in interior sau in exteriorul spalatoriei.

Se pregateste calandrul pentru calcare

Se verifica umiditatea rufelor in vederea calcarii - intre 80-90% umiditate, se introduc rufele in calandru daca sunt intrunite conditiile de umiditate.

Dupa calcare se sorteaza lenjeria pe tipuri (cearsaf plic, cearsaf pat, perne, etc)si se aranjeaza pe rafturi functie de bonul de primire.

Lenjeria calcata si spalata se aranjeaza in saci de unica folosinta in vederea transportului catre sectiile spitalului cu o zi inainte de transport.

Lenjeria curata va fi preluata de catre infirmiere in baza bonului de predare si transportata cu masina in spital.

==========

Protocol de colectare și ambalare lenjerie murdară

Scop

În vederea tratarii termice si/sau chimice

Materiale necesare

- infirmiera ca resursa umana
- saci colectori din material textil, inscriptionati
- saci colectori din polietilena, impermeabili
- manusi de latex , nesterile
- masca pentru protectie faciala
- recipienti cu pereti rigizi pentru obiecte taietoare-intepatoare

Mod de lucru

- infirmiera echipata corespunzator respectand "Precautiunile Universale"
- verifica daca in lenjeria de corp exista obiecte ascutite,taietor intepator
- colecteaza in sacul textil lenjeria murdara ,exceptie lenjeria umeda care trebuie colectata mai intai in sacul de polietilena apoi introdusa in sacul textile
- dupa colectare sacul este fie transportat la spalatorie(respectand programul de predare/primire) fie depozitat pe sectie intr-o boxa destinata acestui scop (nu mai mult de 24 h)
- nu se sorteaza pe categorii la locul producerii(pentru a evita contaminare aer,pacienti si personal)

Responsabili: infirmiera

Verifica: as.sefa

Controleaza:

- CPCIN
- Dir.medical

Particularități

nu se admite sortarea lenjeriei contaminate

- lenjeria nepatata se poate sorta pe articole dar numai pe o masa in serviciu de spalatorie respectiv zona murdara din spalatorie
- daca in lenjeria de corp sunt gasite obiecte taietoare-intepatoare acestea se colecteaza intr-un recipient cu pereti rigizi si se indeparteaza ca si deseu infectios
- la sfarsitul fiecarei zile de lucru masa de sortare se curata si se dezinfecteaza

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA GENERALA DE IGIENIZARE	153	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/4	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. Scopul

Scopul acestei proceduri este de a stabili modul de efectuare a curăţeniei şi igienizării în spital. De asemenea stabileşte regulile şi responsabilităţile pentru aplicarea programului de igienizare.

2. Domeniul de aplicare

Se aplică toate compartimentele spitalului şi spaţiior anexe şi va fi respectat de întregul personal implicat în furnizarea de servicii medicale.

3. Documente de referinta

Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

Manual de nursing

Ghid privind curatenia, dezinfectia si sterilizarea in unitatile de asistenta medicala

Ordinul MS nr.261/2007, privind aprobarea Normelor tehnice privind curatenia, dezinfectia si sterilizarea in unitatile sanitare

Ordinul MS nr.916/2006, privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si control al infectiilor nozocomiale in unitatile sanitare

4. Definiţii şi prescurtări

IGIENĂ - stare tehnică şi de curăţenie care trebuie să permită utilizarea prevăzută.

DECONTAMINARE: reducerea numărului de germeni de pe un obiect sau dintr-o substanţă până la 0

ANTISEPSIE: decontaminarea tegumentelor şi mucoaselor cu ajutorul unor substanţe chimice antiseptice bacteriostatice (netoxice pentru tegument): alcool etilic 70°, tinctură de iod 5%, KMnO4 0,1%, detergenţi cationici. Distruge doar formele vegetative.

DEZINFECŢIE: distrugerea patogenilor (mai puţin a sporilor) de pe suprafeţe, din aer, cu ajutorul unor substanţe chimice dezinfectante bactericide (toxice pentru ţesuturi vii): fenoli, formol, H2CO3. Împiedică răspândirea bolilor infecţioase.

STERILIZARE: distrugerea sau îndepărtarea tuturor formelor vii (inclusiv spori).

ASEPSIE: absenţa patogenilor – menţinerea sterilităţii – presupune aplicarea tehnicilor aseptice pentru a împiedica pătrunderea microbilor într-un substrat steril.
SANITIZARE – măsuri pentru asigurarea sănătăţii publice.
PREZERVARE, CONSERVARE - păstrarea viabilităţii microorganismelor o durată variabilă de timp.

4. Responsabilităţi

Directorul Medical

Alocă resurse materiale şi financiare pentru realizarea eficientă a curăţeniei şi igienizării

Medicii

Verifică starea de curăţenie a echipamentelor, suprafeţelor de lucru şi pardoselilor la începutul schimbului şi după efectuarea curăţeniei şi igienizării. Instruiesc personalul pentru efectuarea corectă a curăţeniei şi igienizării.

Responsabilul cu personalul

Verifică periodic starea de igienă a echipamentelor, suprafeţelor de lucru şi pardoselilor. Instruieşte personalul asupra modului de folosire a substanţelor de curatenie-dezinfectare şi asupra metodelor de efectuare a curăţeniei şi igienizării.

Monitorizează periodic efectivitatea curăţeniei şi igienizării..

Personalul

Va respecta programele de curăţenie şi igienizare.

Laborant

Periodic face teste ale nivelului de biosecuritate (sanitaţie) folosind teste microbiologice speciale.

5. Procedura

Pentru a realiza o curăţenie la nivelul cerinţelor Spitalul utilizează:

- personal instruit
- detergenţi profesionali
- metode de analiză pentru punerea în evidenţă a urmelor de detergenţi
- analiză microbiologică rapidă
- analiză microbiologică clasică
- evaluarea globală a procesului de igienizare

Clădirea şi echipamentele sunt menţinute într-o stare care să permită facilitarea procedurilor de curăţare.

Metodele de curăţare depind de natura serviciilor, dezinfecţia se face după curăţare. Curăţarea chimică se va face în concordanţă cu instrucţiunile, iar materialele trebuie depozitate separat de materii prime, în containere identificate.

Curăţenia este necesară pentru:

- a îndepărta materiile în care bacteriile se pot dezvolta;
- a permite dezinfectarea unor echipamente şi suprafeţe;
- a îndepărta materialele care încurajează infestarea cu paraziţi;
- a reduce riscul contaminării cu materiale străine;
- a asigura un mediu de lucru plăcut şi sigur;
- a promova o imagine favorabilă pentru clienţi;
- a se pune de acord cu legislaţia;

Metodele de curăţenie sunt:

- încălzirea la temperaturi înalte - pentru depuneri uscate;
- folosirea detergenţilor, alcaliilor sau acizilor - pentru îndepărtarea resturilor biologice, petelor sau a peliculelor bacteriene;
- clătirea cu apa - pentru îndepărtarea urmelor de materiale biologice sau a reziduurilor de detergenţi;
- uscarea - pentru îndepărtarea umidităţii;
- dezinfectarea - pentru anihilarea bacteriilor şi viruşilor.

Etapele curăţeniei şi igienizării sunt:

- pre-curăţenia: îndepărtarea murdăriei în exces prin măturare, ştergere sau prespălare;

- curăţenia principală: curăţarea suprafeţelor contaminate şi murdare folosind un detergent (la murdăria uşoară, pre-curăţenia şi curăţenia propriu-zisă se vor face într-o singură etapă);
- limpezirea: îndepărtarea murdăriei desprinse şi a detergentului;
- dezinfectarea: distrugerea micro-organismelor folosind un dezinfectant;
- limpezirea finală: îndepărtarea dezinfectantului;
- uscarea: de preferinţă natural. Daca nu este posibil se vor folosi prosoape de hârtie sau cârpe curate.

Precauţii:

- se vor citi cu mare atenţie instrucţiunile de lucru de pe etichetele materialelor de curăţenie pentru a sublinia riscurile potenţiale (de ex. folosirea obligatorie a mănuşilor sau a ochelarilor de protecţie);
- nu se vor utiliza niciodată substanţele chimice în altă concentraţie decât cea recomandată de producător;
- nu se vor amesteca niciodată două substanţe chimice despre care nu s-a spus clar şi neechivoc, sau nu scrie pe etichetă, că pot fi amestecate şi în alte proporţii;
- nu se vor depozita niciodată substanţe chimice în altceva decât ambalajul lor original;
- dacă se folosesc dozatoare de substanţe de curăţenie şi/sau dezinfecţie, se va urmări, împreună cu furnizorul, dacă funcţionează în parametrii de dozare pentru care au fost reglate.
- programele de curăţenie se aplică în toate zonele din **Spitalul.....** şi asupra tuturor echipamentelor implicate în procesul de furnizare servicii medicale.

7. Evaluări

Rezultatele testelor microbiologice efectuate pentru verificarea eficienţei igienizării.

Rezultatele testelor de determinare a urmelor remanente de produse chimice utilizate la igienizare şi dezinfecţie.

8. Anexe

- Anexa 1: Raportul Zilnic de Igienizare
- Anexa 2: Substanţe chimice Aprobate pentru Utilizare

Anexa 1

Raportul Zilnic de Igienizare

	Data:.....		
	Marcarea inspecţiilor efectuate şi rezultatul acestora		
Condiţii	**Curăţenia la începerea schimbului**	**Curăţenia la jumătatea schimbului**	**Curăţenia la terminarea schimbului**
Deşeurile sunt corespunzător depozitate			
Echipamentul şi ustensilele sunt uşor de curăţat şi de întreţinut			
Schimbătoarele de căldură şi răcitoarele sunt curate			
Grupurile sociale sunt curate, igienizate şi funcţionale			
Compuşii toxici sunt identificaţi şi păstraţi corespunzător			
Starea de sănătate a angajaţilor este acceptabilă			
Mănuşile, echipamentul de lucru şi de protecţie sunt curate, igienice			
Echipamentele sunt utilizate corespunzător			
Concentraţia lichidelor de dezinfecţie este potrivită			

Deviaţii de la procedură şi acţiunile corective:

Data:…….

Anexa 2

Substanţe Chimice Aprobate pentru Utilizare
la Spitalul de Boli Cronice „SF. LUCA”.

Nr. crt.	Denumirea produsului chimic	Concentraţia de păstrare	Concentraţia de utilizare
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA DE DEZINFECTIE A BORCANELOR PENTRU RECOLTARE PROBA ALIMENTE	154	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/4	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in cadrul blocului alimentar sau oficiilor alimentare

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

3.1 Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
3.2 ordinul MS nr.916/ 2006
3.3 Ordinul MS nr.261/ 2007

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = bucatareasa
4.2 Echipa de proces = asistent dietetica + medic de garda

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Materiale necesare:

- borcane cu capac(400ml)
- detergent
- dezinfectant
- apa potabila
- vas pentru dezinfectia prin fierbere
- proba de aliment
- etichete

Tehnica de lucru:

- se degreseaza utilizand un detergent
- se limpezesc
- se dezinfecteaza cu dezinfectant pe baza de clor activ
- se limpezesc

- § se umplu cu apa borcanele si se inchid cu capacul
- § se aseaza apoi intr-o cratita cu apa
- § se aseaza pe foc cratita cu borcanele astfel pregatite
- § se fierb timp de 30 minute din momentul in care apa din vas a inceput sa clocoteasca
- § se iau de pe foc si se lasa sa se raceasca
- § se scot apoi borcanele din vas
- § se goleste apa din ele fara a atinge gura borcanului si interiorul capacului
- § se recolteaza proba de aliment
- § se eticheteaza probele (data,meniu ,numele probei,persoana care a recoltat)
- § dupa ce s-au racit se pastreaza la frigider 48h

6. ANEXE / INREGISTRARI

- § REGULI DE IGIENA IN BLOCUL ALIMENTAR
- § CELE 10 REGULI DE AUR PENTRU PREGATIREA CORECTA A ALIMENTELOR
- § SARCINI ALE ASISTENTEI DE DIETETICA IN BLOCUL ALIMENTAR
- § 10" REGULI DE AUR" ALE OMS* PENTRU PREGATIREA SIGURA A ALIMENTELOR
- § DEPOZITAREA ALIMENTELOR

DEPOZITAREA ALIMENTELOR
(Ord.M.S 976/1998)

- § Asezarea se va face separate pe sortimente,eventual pe zile de fabricatie
- § Pe rafturi si randuri distantate pentru a se asigura o buna ventilatie si un acces al persoanelor care manipuleaza si controleaza produsele alimentare depozitate
- § Se interzice depozitarea ambalajelor in spatiile de prelucrare si preparare a alimentelor
- § Pentru ambalaje trebuie sa existe spatii separate cu pereti etans care sa nu permita accesul rozatoarelor
- § Produsele trebuiesc insotite de certificate de calitate
- § Spatiu in care se realizeaza depozitarea produselor alimentare trebuiesc intretinute in perfecta stare de curatenie.pavimentul sa aiba o suprafata neteda usor de curatat, sa existe ventilatie naturala corespunzatoare ,sa existe site la geamuri pentru a interzice accesul vectorilor
- § Pentru produsele usor alterabile ,care trebuiesc mentinute la rece, se interzice supraaglomerarea
- § Se interzice introducerea in acelasi spatiu a preparatelor crude si semifabricate cu cele care nu necesita tratare termica
- § Depozitarea oualor in cofraje se face in spatii racoroase ,la temperaturi de pana la +14 grade Celsius, ferite de razele soarelui sau orice alta sursa de caldura
- § Nu se depoziteaza ouale impreuna cu preparatele din carne ,lactate si produse alimentare care se servesc ca atare fara prelucrare termica in prealabil
- § Nu se depoziteaza carnea cu lactatele
- § Se respecta intotdeauna recomandarile producatorului privind termenul de valabilitate si temperature de pastrare a produselor(refrigerare=4-8 grade Celsius,congelare =-18 grade Celsius)

CAMERA DE CARNE

- § Paviment impermeabil ,usor de curatat prevazut cu sifon de pardoseala
- § Pereti impermeabili pana la o inaltime de 1,8m
- § Record de apa curenta rece si calda
- § Record la canalizare
- § Transarea se realizeaza pe butuc sau tocator de lemn,spalat si dezinfectat dupa utilizare

REGULI DE IGIENA IN BLOCUL ALIMENTAR

1. igiena individuala(spalarea miinilor,unghi curate taiate scurte,pe degete nu sunt permise bijuteriile)
2. spalarea miinilor inainte de manipularea alimentelor, dupa utilizarea toaletei si inainte de servirea mesei
3. triaj epidemiologic zilnic al personalului din blocul alimentar si consemnarea lui in evidente
4. control medical periodic(examen clinic ,examen coproparazitologic si exudat nazo-faringian)pentru depistarea eventualilor purtatori de germeni si tratarea lor pina la sterilizare
5. prelucarea primara a alimentelor de origine animala se face in camera de carne
6. spalarea la jet de apa a zarzavaturilor si curatirea lor in camera de zarzavat

7. conservele sa fie pastrate corespunzator ,in termen de valabilitate cele care prezinta bombaje nu se deschid si nu sunt date spre consum(risc de botulism)
8. alimentele perisabile pastrate la rece temperatura de 4-8 grade celsius
9. carnea in ambalajul original pentru a nu se pierde termenul de valabilitate in congelatoare la -18 grade celsius
10. carnea de porc si vita separat de cea de pui
11. carnea sa fie suficient prelucrata termic (nu se admite « in singe »)
12. dupa terminarea operatiunilor din camera de carne respectiv zarzavat se curata si se dezinfecteaza toate suprafetele ,iar resturile menajere se indeparteaza imediat pentru a nu atrage vectori si nu emana un miros neplacut
13. servirea mesei se face imediat nu trebuie sa depaseasca mai mult de 5h,in caz cotrar fie se pastreaza la frigider fie se aduce la temperatura de 60grade celsius
14. se opresc probe de aliment in recipienti dezinfectati in prealabil prin fierbere 30minute
15. probele se pastreaza 48h la frigider la 4-8 grade celsius
16. obligatoriu monitorizarea temperaturii la agregatele frigorifice
17. obligatoriu afisat la intrarea in blocul alimentar a meniului cu gramajului corespunzator
18. degresarea ustensilelor folosite pentru prepararea mincarii si dezinfectia ulterior cu solutie dezinfectanta preparata zilnic(valabila 24h) timp de actiune10minute urmata de clatire
19. uscarea lor in camera de vase prevazuta cu stativ
20. insistat pe curatirea si dezinfectia sifoanelor de pardoseala
21. intrarea si iesirea personalului din bloc alimentar se face din exterior
22. vestiarele sa fie curate,dezinfectate si sa existe fisete separate pentru echipament si haine de strada
23. atentie !bucataria este circuit inchis

CELE 10 REGULI DE AUR PENTRU PREGATIREA CORECTA A ALIMENTELOR

1. alegerea unor alimente complet prelucrate
2. prelucrarea completa a hranei
3. consumarea alimentelor imediat dupa prelucrarea lor
4. pastrarea corecta alimentelor preparate ,gatite
5. reincalzirea integrala a preparatelor gatite
6. evitarea contactului alimentelor crude cu cele preparate
7. spalarea ori de cite ori este nevoie a miinilor
8. pastrarea in perfecta stare de curatenie a tuturor suprafetelor din bucatarie
9. protejarea alimentelor de vectori(insecte,rozatoare si alte animale)
10. folosirea numai a apei potabile pentru pregatirea alimentelor

SARCINI ALE ASISTENTEI DE DIETETICA IN BLOCUL ALIMENTAR

VERIFICA :

- § starea organoleptica a alimentelor(aspect,culoare,miros,consistenta)
- § participand la receptia alimentelor realizata in fiecare dimineata
- § starea de sanatate a personalului din bloc alimentar cu scoaterea din activitate a persoanelor care prezinta :diaree,varsaturi ,febra,tuse cu expectoratie purulenta,rinoree,leziuni cutanate etc.)Persoana respectiva este trimisa la medic pentru consult si indicatie terapeutica.
- § starea agregatelor frigorifice si monitorizarea de doua ori pe zi a temperaturii in interiorul frigiderelor(4-8 grade celsius parametru normal)
- § existenta si pastrarea in conditii corespunzatoare a probelor de aliment din mancarea servita(recipientii in care se pastreaza proba sa fie sterilizati in prealabil ,sa fie asezati pe rafturile din frigider astfel incit sa circule aerul rece printre ele asigurandu-se aceeasi temperatura in tot frigiderul)
- § igiena in blocul alimentar (suprafetele orizontale si verticale ,agregatele frigorifice,vesela spalate si dezinfectate zilnic,iar deseurile menajere eliminate ori de cate ori este nevoie ,nu trebuie sa ramana mult timp in blocul alimentar pentru a nu atrage vectori).
- § sa pregateasca solutia dezinfectanta necesara pentru dezinfectia in blocul alimentar
- § sa supravegheze modul de pregatire al meselor(daca se respecta regulile de igiena)
- § sa intocmeasca meniurile in functie de nr. de bolnavi,pe categorii de regimuri
- § sa calculeaza pentru fiecare regim in parte cantitatea de calorii obtinuta dupa stabilirea meniului .

- § sa intocmeasca necesarul de alimente verificand intotdeauna stocul
- § sa consemneze totul intr-un caiet notind data ,ora cind s-a facut verificarea caietul fiind controlat de medicul epidemiolog

10" REGULI DE AUR" ALE OMS* PENTRU PREGATIREA SIGURA A ALIMENTELOR

1. GATITI COMPLECT ALIMENTELE CRUDE
2. MANCATI IMEDIAT MANCAREA GATITA
3. PREGATITI-VA ALIMENTELE DOAR PENTRU O MASA
4. EVITATI CONTACTUL DINTRE ALIMENTELE CRUDE SI CELE GATITE
5. ALEGE ALIMNETELE BINE PREGATITE ,PENTRU SIGURANTA
6. SPALATI-VA MAINILE IN MOD REPETAT
7. PASTRATI TOATE SPATIILE DE DEPOZITARE SI PREPARARE A ALIMENTELOR IN PERFECTA STARE DE IGIENA
8. UTILIZATI PENTRU PREPARARE NUMAI APA POTABILA
9. FITI PRUDENTI CU ALIMENTELE CUMPARATE
10. PREGATIREA LAPTELUI PENTRU SUGARI SE REALIZEAZA NUMAI CU APA FIARTA SI RACITA

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROTOCOL DE DEZINFECTIE A VESELEI DIN OFICIU ALIMENTAR	155	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabileste modul de lucru privind dezinfectia veselei de la oficii sau cantina si bucatarie

2. DOMENIU DE APLICARE

2.1**.** Procedura se aplică de catre asistentii care distribuie masa pacientilor si bucatarese

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

31. Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = asistentul care distribuie hrana, bucatarese

4.2 Echipa de proces = administrator + medic epidemiolog

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Pregatirea materialelor

- § bureti de vase
- § manusi de latex nesterile
- § vase in care se prepara solutia dezinfectanta
- § solutie de vase(degresant)
- § solutie dezinfectanta(preparata zilnic si notindu-se data si ora prepararii)
- § recipienti cu capac si saci colectori de culoare neagra pentru deseuri menajere

Tehnica de lucru

- § vesela utilizata de pacienti se debaraseaza in sala de mese in recipienti cu capac inscriptionati
- § resturile sunt indepartate din oficiu dupa fiecare masa dupa dezinfectia lor
- § se degreseaza cu detergent de vase si apa calda in sala de mese
- § se limpezesc tot cu apa calda
- § se dezinfecteaza prin imersie in solutie clorigena (conc.conform recomandarilor oferite de producator) timp de actiune 10minute

§ dupa dezinfectie se limpezesc ,apoi se lasa la uscat
§ nu se sterg cu materiale textile
§ se depoziteaza in dulapuri
§ vesela in care se transporta mincarea de la blocul alimentar central se degreseaza cu apa calda si detergent, se limpezeste, apoi se dezinfecteaza prin stergere tot cu solutie clorigena(conc.recomandata de producator) timp de actiune 10 minute ,dupa care se limpezesc
§ vesela astfel pregatita este lasata la uscat, apoi depozitata pina la o noua utilizare
§ nu se lasa expusa vectorilor si prafului
§ buretii de vase dupa fiecare utilizare se degreseaza , apoi se dezinfecteaza

Responsabilitati : oficianta
Verifica : asistenta de tura
Controleaza : CPCIN

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROTOCOL DE CURATENIE SI DEZINFECTIE LA BLOCUL ALIMENTAR SI MAGAZIA DE ALIMENTE	156	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabileste modul de lucru privind depozitarea alimentelor

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică la blocul alimentar.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = magazioner
Echipa de proces = administrator

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

1.Curatenia si dezinfectia zilnica

Se efectueaza dupa fiecare primire si predare materie prima catre blocul alimentar(zilnic ora 7.30) si ori de cite ori este nevoie.

Materiale necesare:

- Matura
- Galeata
- Faras
- Perie
- Mopuri
- lavete, bureti
- substante detergent
- substante dezinfectant
- saci colectori sau recipienti cu capac pentru deseuri menajere

Tehnica de lucru:

- se deschide fereastra prevazuta cu sita,maturare umeda cu matura permanent umezita pentru a nu ridica praful
- stergerea umeda a suprafetelor(paleti,rafturi,lazi pentru depozitarea produselor vrac,pereti-zona de contact,pervazuri ,ambalajul conservelor) folosind lavete (care se schimba sau se spala mereu) si substante detergent
- frecarea suprafetelor foarte murdare se realizeaza folosind peria
- spalarea propriu-zisa cu solutie detergent si apa calda(35-40grade celsius)
- limpezirea pentru indepartarea murdariei si a resturilor de detergent
- dezinfectia mesei de lucru si ustensilelor(cintar,tas,scafa) cu solutie dezinfectanta existenta in stoc utilizata in baza unui protocol

Curatenia se face:

- dinspre locurile curate catre cele murdare(ustensile,frigidere,mese,rafturi,paleti,pervaz, paviment)
- dinspre tavan spre paviment

Deseurile menajere se colecteaza in recipienti cu saci de polietilena de culoare neagra si capac si se depun in containerul de deseuri menajere

2.Curatenia periodica

Se va efectua saptaminal.Operatiunile sunt cele de la curatenia zilnica plus :

- se spala gemurile si usile
- se curata peretii si plafonul
- se curata corpurile de iluminat
- se scot sita si clopotul de la sifonul de pardoseala se curata,se spala si se dezinfecteaza cu solutie dezinfectanta, dupa care se reasambleaza.

Responsabilitati: magazioner
Verifica : asistenta de dietetica

Controleaza : CPCIN

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURI PRIVIND INTRETINEREA CURATENIEI SI DEZINFECTIA ZILNICA IN OFICIILE ALIMENTARE	157	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura are drept scop prezentarea mijloacelor si metodelor de pastrare a asepsiei in saloanele aseptice.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secţiile si compartimentele de îngrijire unde exista frigidere, inclusiv camere de garda si bucatarie.

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Prevenirea infectiilor nozocomiale.

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor
- Manualul de nursing
- Ordinul MS nr.261/2007, privind aprobarea Normelor tehnice privind curatenia, dezinfectia si sterilizarea in unitatile sanitare
- Ordinul MS nr.916/2006, privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si control al infectiilor nozocomiale in unitatile sanitare

5. RESPONSABILITĂŢI

5.1 Responsabil de proces = ingrijitorul de curatenie/ infirmiera de tura

5.2 Echipa de proces = asistenta sefa de sectie + directorul de ingrijiri

SITUATII DE CARE TREBUIE TINUT SEAMA:

- operatiunile de curatenie – dezinfectie vor fi facute numai dupa o riguroasa toaleta a mainilor si schimbarea echipamentului de protectie folosit anterior in alte spatii
- ustensilele de curatenie – dezinfectie vor fi folosite exclusiv pentru oficiile alimentare (dedicate), incrucisarea acestora fiind strict interzisa
- se vor folosi numai produse de curatare – dezinfectie avizate pentru zonele de preparare/servire hrana
- vesela, suprafetele de portionare, servire hrana, interiorul mobilierului, chiveta/sifonul vor fi curatate – dezinfectate de catre personalul spitalului.

CUM:

- se face ordine in incapere: se aranjează micul mobilier, se indeparteaza resturile alimentare, se deschide geamul pentru a se aerisi, etc.
- se şterge de praf si se dezinfecteaza mobilierul cu o laveta imbibata in soluţie dezinfectanta cu proprietati de curatare : suprafetele scaunelor, suprafetele externe a pieselor de mobilier, usile, clantele usilor, pervazele geamurilor, intrerupatorul electric, etc. **Laveta se clăteşte după stergerea fiecarui element de mobilier in galetusa destinata numai acestui scop.**
- pentru dezinfectia suprafetelor mici se poate folosi **dezinfectantul pentru suprafete mici**, care se aplica prin pulverizare, se lasa 15 min. sa actioneze dupa care se sterge excesul.
- se şterg si se dezinfecteaza pereţii pana la inaltimea de 1,50 m. cu soluţie dezinfectanta cu propr. de curatare (zona atinsa frecvent de mainile personalului)
- se matura umed pavimentul cu o matura folosita pentru oficiile alimentare
- se strâng deseurile menajere din oficiul alimentar: se goleşte coşul de gunoi si se curata, se pune in cos un sac nou de plastic.
- se spală si se dezinfectează pavimentul cu mopul si galeata folosite pentru oficiile alimentare cu sol. dezinfectanta cu proprietati de curatare Se verifica aspectul estetic.
- Ustensilele de curatenie vor fi curatate, dezinfectate si puse la uscat pana la urmatoarea operatiune de curatare - dezinfectie
- Produsele dezinfectante/antiseptice se vor pastra in **RECIPIENTII ORIGINALI**, transferul acestora in alte vase fiind **INTERZISA.** Dilutia produselor dezinfectante concentrate se va face imediat inaintea folosirii acestora.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE CURATENIE A FRIGIDERELOR**	**158** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elemente privind responsabilii/operaţiunea	Numele și Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura are drept scop:

- descrierea modalității de efectuare a curățeniei în frigidere și congelatoare

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în toate secţiile și compartimentele de îngrijire unde exista frigidere, inclusiv camere de garda și bucătărie.

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Păstrarea igienei alimentelor în frigidere și congelatoare

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor și metodologiei de acreditare a spitalelor

Manualul de nursing

Ordinul MS nr.261/2007, privind aprobarea Normelor tehnice privind curățenia, dezinfecția și sterilizarea în unitățile sanitare

Ordinul MS nr.916/2006, privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și control al infecțiilor nosocomiale în unitățile sanitare

5. RESPONSABILITĂŢI

Responsabil de proces = oficiante de la sala de mese pe secții, bucătăreasa

Echipa de proces = Asistenta de dietetica + directorul de îngrijiri + directorul medical + medicul epidemiolog

6. DESCRIEREA PROCESULUI

Se efectuează săptămânal sau de cate ori este nevoie

Materiale necesare :

- Lavete, bureți
- Soluție detergent pentru curățat
- Soluție dezinfectant
- Vase pentru pregătirea soluțiilor
- Apa caldă

Tehnica de lucru :

- se indica decongelarea la 10-20zile sau când se depune zăpada pe congelator deoarece scade eficienta de refrigerare respectiv congelare
- se scot din priza
- se pun alimentele existente în interior intr-un alt frigider (congelator) care este în priza
- se dezgheța ta
- se spală cu apa calda și detergent,folosind o laveta
- se limpezește
- se dezinfectează cu dezinfectant existent în stoc și folosit în baza unui protocol
- se limpezește
- se usucă cu o laveta curata și uscata
- se conectează la rețea
- se reintroduc alimentele când temperatura ajunge la cea necesara(4-8grade Celsius) sau (-18grade Celsius în cazul congelatoarelor)

Particularități

- daca coloana cu alcool a termometrului este întrerupta sau termometrul s-a spart pe baza de referat persoana responsabila anunța serviciu administrativ în vederea achiziționării consemnându-se în același timp în termograma
- daca a intervenit o pana de curent mai mare de 2h se verifica termometrul și starea organoleptica a alimentelor și este informata comisia de recepție a alimentelor de incidentul survenit
- se consemnează incidentul în termograma la rubrica observații: daca alimentele numai corespund după o pana de curent survenita alimentele respective sunt retrase din alimentație.

Responsabili :

- ü Oficiantele (pe secții)
- ü Bucătăresele (in bloc alimentar)
- ü Magazioner (camera de agregate frigorifice)

Verifica :

- ü asistenta de tura
- ü asistenta de dietetica

Controlează :

- ü CPCIN)

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

Graficul de curățenie al frigiderului

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE DEZINFECTIE SI CURATENIE A CORIDOARELOR**	**159** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura are drept scop:

- descrierea modalitatii de efectuare a curateniei pe coridoarele sectiei/spitalului si a modalitatilor de dezinfectie si dezinsectie
- mentinerea unui mediu curat in aceasta zona contribuie la cartea de vizita a unitatii. Se realizeaza zilnic si lunar.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secţiile si compartimentele de îngrijire, inclusiv camere de garda .

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

În situaţia în care acest proces este relevant pentru atingerea obiectivelor generale de calitate din Politica privind calitatea, mediul, sanatatea si securitatea ocupationala, atunci obiectivele de calitate sunt stabilite în PMC si sunt monitorizate, conform **PO 08** – „Obiective, Tinte si Programe”

4. TERMINOLOGIE ŞI ABREVIERI

Nu exista abrevieri

5. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

5.1. Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

5.2. Manualul de nursing

5.3. Ordinul MS nr.261/2007, privind aprobarea Normelor tehnice privind curatenia, dezinfectia si sterilizarea in unitatile sanitare

5.4. Ordinul MS nr.916/2006, privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si control al infectiilor nozocomiale in unitatile sanitare

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = ingrijitor de curatenie
6.2 Echipa de proces = asistenta sefa + medic sef sectie + director de ingrijiri

7. DESCRIEREA PROCESULUI

I.Curatenia si dezinfectia zilnica

Materiale necesare :

- carucior de curatenie
- galeata, mop (etichetate)
- matura, lavete, perii
- manusi de menaj sau manusi de latex nesterile
- detergent, dezinfectant
- saci colectori deseuri menajere

Tehnica de lucru :

- ingrijitoarea de curatenie echipata corespunzator (halat, manusi, masca)
- se deschid ferestrele
- cu o laveta umezita in solutie detergent se sterg (la nivelul zonelor de contact) -fereastra, pervazurile, peretii, mobilierul (masa, scaune unde exista)
- se limpezesc si cu o laveta umezita in solutie dezinfectanta se dezinfecteaza aceste suprafete.
- se spala pavimentul cu solutie detergent (se incepe pe jumatate de hol)
- se limpezeste dupa care aplica dezinfectantul utilizat in baza unui protocol
- dupa aplicarea solutiei dezinfectante respectind intotdeauna concentratia de lucru si timpul de actiune, se limpezeste pavimentul
- fiind zona cu circulatie intensa pavimentul se spala si dezinfecteaza ori de cite ori este nevoie.

II. Curatenia si dezinfectia lunara

Materiale necesare : aceleasi
Tehnica de lucru : aceleasi operatiuni + peretii in totalitate, corpurile de iluminat, plafonul, ferestrele (rama interior/exterior, sticla

Particularitati : dupa terminarea operatiunilor se spala, se dezinfecteaza ustensilele utilizate si se pun la uscat (mopurile) pe un stativ intr-o incapere destinata acestui scop

Verfica :asistenta sefa
asistenta de tura

Controleaza :CPCIN

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

Graficul de curatenie al coridoarelor

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE CURATENIE SI DEZINFECTIE A GRUPURILOR SANITARE**	**160** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura are drept scop:

- descrierea modalității de efectuare a curățeniei in grupurile sanitare si a modalităților de dezinfecție
- menținerea unui mediu curat in aceasta zona contribuie la cartea de vizita a unității. Se realizează zilnic
- prevenirea infecțiilor cu germeni cum ar fi: Pseudomonas, Proteus, Trichomonas

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secţiile si compartimentele de îngrijire, inclusiv camere de garda .

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Asigurarea igienei in grupurile sanitare.

4. TERMINOLOGIE ŞI ABREVIERI

Nu exista abrevieri

5. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

5.1. Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

5.2. Manulalul de nursing

5.3. Ordinul MS nr.261/2007, privind aprobarea Normelor tehnice privind curățenia, dezinfecția si sterilizarea in unitățile sanitare

5.4. Ordinul MS nr.916/2006, privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si control al infecțiilor nosocomiale in unitățile sanitare

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = îngrijitor de curățenie

6.2 Echipa de proces = asistenta șefa + medic sef secție + director de îngrijiri

7. DESCRIEREA PROCESULUI

Se realizează zilnic.

Materiale necesare :

- găleata , mop etichetate
- mânuși de menaj sau mânuși de latex nesterile
- detergent, dezinfectant
- produse abrazive, detartrant
- perii, lavete

Tehnica de lucru

1. Obiecte sanitare (chiuveta,cazi de baie ,dus)

- in permanenta fereastra trebuie să rămână deschisa(astfel se asigura o ventilație naturala a încăperilor)
- îngrijitoarea de curățenie echipata corespunzător(halat,mânuși,masca)
- cu o laveta umezita in soluție detergent se curata(faianța de pe pereți, obiectele sanitare începând din partea de sus si terminând cu sifonul de pardoseala)
- se limpezește
- se aplica soluția dezinfectant

2. Wc-uri

- se golește soluția dezinfectant din recipientul in care sta peria de wc
- se trage apa si se limpezește peria de wc
- cu o laveta umezita in soluție detergent se curata :
- exteriorul vasului de wc
- exteriorul si interiorul rezervorului de apa(care se freacă cu peria de depunerile existente de la apa)
- scaunul si capacul de wc
- interiorul vasului de wc se curata si dezinfectează cu peria de wc si soluție dezinfectanta
- se curata si dezinfectează sifonul de pardoseala
- se umple ¾ recipientul in care sta peria de wc cu soluție dezinfectanta
- se spală si dezinfectează pavimentul

Particularitati :

- sa existe ventilație naturala
- detartrarea obiectelor sanitare se face înainte de curățenie si dezinfecție acolo unde este nevoie
- ustensilele utilizate pentru curățenie se spală,se dezinfectează ,se usucă pe stativ,după terminarea operațiunilor

Verifica : asistenta șefa
asistenta de tura
Controlează :CPCIN

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

Graficul de curățenie al grupului sanitar

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE CURATENIE SI DEZINFECTIE A SALOANELOR**	**161** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/4**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele și Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura are drept scop:

- descrierea modului de curățenie și dezinfecție a saloanelor;
- menținerea unui mediu curat și bine aerisit cu reducerea riscului de IN (infecție nosocomială)

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în toate secţiile și compartimentele de îngrijire, inclusiv camere de garda.

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Asigurarea igienei în spital.

4. DEFINITII

Curățenia: metoda de decontaminare a suprafețelor, obiectelor și tegumentelor prin care se îndepărtează odată cu praful și substanțele organice și o parte din microorganisme (95%-98%), utilizând detergenți, produse de întreținere și curățenie

Dezinfecția: metoda de distrugere a microorganismelor patogene de pe suprafețe, obiecte și tegumente utilizând dezinfectantul și antisepticul(99, 99%)

Tipuri de curățenie :

1. zilnica

2. periodica (după dezinfecția ciclica sau 1/luna) - curățenie generala

5. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor și metodologiei de acreditare a spitalelor
- Manualul de nursing

- Ordinul MS nr.261/2007, privind aprobarea Normelor tehnice privind curățenia, dezinfecția și sterilizarea în unitățile sanitare
- Ordinul MS nr.916/2006, privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și control al infecțiilor nosocomiale în unitățile sanitare

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = îngrijitoarea de curățenie de salon

6.2 Echipa de proces = asistenta șefa + medicul sef al secției

7. DESCRIEREA PROCESULUI

Curățenia se realizează zilnic, periodic și ori de câte ori este nevoie.

I. Curățenia și dezinfecția zilnica a saloanelor

Se realizează de doua ori pe zi (dimineața 8.00-10.00 și după odihna pasiva a bolnavilor 16.00-18.00) și ori de câte ori este nevoie.

Materiale necesare

- cărucior de curățenie
- galeți și mopuri etichetate
- detergent, dezinfectant
- detartrant și produse abrazive pentru obiectele sanitare
- matura, făraș
- lavete, perii cu mâner
- mănuși de menaj, mănuși de latex nesterile
- saci pentru colectare deșeuri menajere și eventual lenjerie murdara (se schimba la 3 zile sau ori de câte ori este nevoie)

Tehnica de lucru

- infirmiera/îngrijitoarea de curățenie echipata corespunzător(halat, mănuși, masca)
- se bate la ușa, se saluta bolnavii, se deschide fereastra
- se verifica noptierele, se face ordine în interiorul acestora și deasupra
- se verifica lenjeria (daca este murdara), se schimba, se aranjează patul
- se îndepărtează deșeurile menajere
- se matura umed pavimentul cu matura umezita permanent
- cu o laveta umezita în soluție detergent se șterg pervazul, noptierele (exteriorul acestora), pereții la nivelul zonelor de contact, cadrul metalic al patului, oglinda, interiorul chiuvetei, sifonul de chiuveta, peretele de faianța de la chiuveta, ușa (clanța, balamale și în jurul acestora)
- după curățirea și limpezirea acestor suprafețe se face dezinfecția cu o alta laveta curata și umezita în soluție dezinfectanta pregătita în baza unui protocol
- soluția dezinfectanta se îndepărtează prin limpezire după ce a expirat timpul de acțiune
- se spală pavimentul, se limpezește, se lasă sa se usuce și apoi se aplica soluția dezinfectanta
- se închide fereastra și apoi ușa

II. Curățenia și dezinfecția periodica

Se realizează o data /luna când se realizează dezinfecția ciclica.

Materiale necesare : aceleași

Tehnica de lucru :

- se pregătește salonul pentru dezinfecția ciclica
- după expirarea timpului de acțiune al dezinfectantului pentru aer se începe curățenia și dezinfecția suprafețelor
- sunt operațiunile zilnice + ferestre interior/exterior, sticla, pereții în întregime, plafonul, corpurile de iluminat, noptierele și interior, ușa în întregime

Particularități:

- când se fac recoltări la patul bolnavului (caz de urgenta, bolnav nedeplasabil) se încetează activitatea de moment

Verifica : asistenta de salon

asistenta de tura

Controlează : CPCIN

CURATENIA SI DEZINFECTIA SUPRAFETELOR

1. Curățenia și dezinfecția pavimentului

2. Curățenia și dezinfecția suprafețelor verticale(pereți vopsiți în ulei, pereți cu faianța, pereți cu tapet lavabil, geamuri)

3. Curățenia și dezinfecția pe hol, coridoare, scări, in vestiare

4. Curățenia și dezinfecția grupurilor sanitare(chiuvete, cazi de baie, dus, wc-uri, pisoare, bideuri)

5. Curățenia și dezinfecția saloanelor

6. Curățenia și dezinfecția sălilor de tratament

Tehnici :

a. Curățenia și dezinfecția paviment

- aerisirea încăperilor
- maturatul umed
- spălarea cu detergent
- clătirea
- aplicarea dezinfectantului cu respectarea timpului de contact în funcție de recomandările producătorului

b. Curățenia și dezinfecția suprafețelor verticale

- aerisirea încăperilor
- ștergerea umeda sau spălarea acestora cu detergent(unde sunt pete de murdărie)
- aplicarea de dezinfectant

c. Curățenia și dezinfecția pe hol, coridoare, scări și în vestiare

- aerisirea
- maturatul umed(daca este cazul)
- spălarea cu detergent a pavimentului,
- clătirea
- ștergerea umeda cu detergent –dezinfectant a balustradei, obiectelor de mobilier, a pereților la nivelul zonelor de contact, a pervazurilor, rama ferestrelor
- ștergerea de praf a plafonului
- aerisirea, curățenia, dezinfecția în vestiare(maturatul umed, spălarea cu detergent a pavimentului, ștergerea umeda a vestiarelor, aplicarea dezinfectantului, ștergerea de praf a pereților, a pervazurilor, plafonului, dezinfecția și detartrarea grupurilor sanitare)

d. Curățenia și dezinfecția grupurilor sanitare

- se curata faianța de pe pereți
- se curata obiectele sanitare
- se clătește
- se aplica soluția dezinfectanta
- detartrare în funcție de duritatea apei

e. Curățenia și dezinfecția în saloane

- aerisirea încăperilor
- maturatul umed
- ștergerea umeda a mobilierului, eventual spălare daca prezintă urme vizibile de murdărie urmata de dezinfecție
- ștergerea prafului de pe pervazuri, plinte, plafon
- ștergerea, spălarea, dezinfecția obiectelor sanitare utilizate de pacienți
- spălatul pavimentului cu detergent
- clătirea acestuia
- aplicarea soluției dezinfectante cu respectarea timpului de contact și a concentrației de lucru
- patul bolnavului trebuie sa fie întotdeauna curat, schimbata lenjeria de pat și corp ori de câte ori este nevoie, dar nu mai mult de 3 zile.
- colectarea lenjeriei se face în saci de rufe murdare, nu se depozitează pe secție mai mult de 24h

- transportul la spălătoria spitalului se face cu căruciorul de rufe murdare (se spală și se dezinfectează după utilizare)
- ridicarea rufelor curate de la spălătorie se face după un program afișat la spălătorie
- depozitarea lenjeriei curate se face în locuri bine aerisite, fără umezeala, bine igienizate și fără prezenta vectorilor
- deșeurile menajere trebuiesc îndepărtate zilnic
- noptierele trebuie verificate zilnic și îndepărtate eventualele resturi alimentare
- nu se accepta servirea meselor în saloane sau patul bolnavului decât cazurile excepționale(bolnavi nedeplasabili)

f. Curățenia și dezinfecția în sălile de tratament, explorări funcționale și laborator

- aerisirea încăperii
- se curata și se dezinfectează toate suprafețele și obiectele din încăpere începând cu cele mai puțin murdare și se termina cu cele foarte murdare (cutiile pentru deșeuri)
- ștergerea prafului de pe pervazuri, pereți, plafon
- nu se admit ghivece cu flori și flori tăiate în încăpere
- spălarea și dezinfecția mesei pentru tratament și a meselor din laborator intra în sarcina asistentelor și trebuie realizata ori de câte ori este nevoie
- spălatul pavimentului
- aplicarea soluției dezinfectante
- cutiile pentru deșeuri periculoase nu trebuie depozitate mai mult de 48h pe secție

Atenție! respectați precauțiunile universale cu reducerea accidentelor vizavi de manipularea acestora

Atenție ! In orice moment trebuie sa cunoașteți denumirea dezinfectantului utilizat, concentrație și timp de contact.

Respectați întocmai timpii de curățenie și dezinfecție cu efectuarea celor 2 operațiuni ori de câte ori este nevoie.

Întotdeauna un mediu curat bine întreținut înseamnă prevenire și control al infecțiilor intraspitalicești, intervenindu-se asupra celui de al 2-lea factor al procesului epidemiologic (cai și mod de transmitere)

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

Graficul de curățenie

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURĂ PRIVIND PREGĂTIREA INSTRUMENTARULUI ÎN VEDEREA STERILIZĂRII	162	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/1	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1-Etapa de curățare și decontaminare

Faza de pre-tratament se realizează prin imersia instrumentarului în soluție dezinfectantă (aniossyme DD1, 50ml la 10 l apă) timp de 15 minute.

Faza de curățare. Are rolul de a elimina murdăria grosieră (în special resturile organice) și de reducere a încărcăturii microbiene inițiale.

Modul de acțiune este:

- Fizico-chimic;
- Mecanic – jet de apă, periaj
- Termic – apă caldă

2-Clătirea

3-Dezinfecție dezinfectantă (aniossyme DD1, 50ml la 10 l apă) timp de 15 minute.

4-Clătire

5-Uscare

6-Lubrefiere – unde este cazul

7-Verficarea integrității instrumentelor

8-Împachetare sau plasare în casolete

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURI PRIVIND CURĂȚENIA SALILOR DE TRATAMENT	163	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/4	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura are drept scop prezentarea mijloacelor si metodelor de păstrare a asepsiei in saloanele aseptice.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secţiile si compartimentele de îngrijire unde exista frigidere, inclusiv camere de garda si bucătărie.

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Prevenirea infecțiilor nosocomiale.

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor
- Manualul de nursing
- Ordinul MS nr.261/2007, privind aprobarea Normelor tehnice privind curățenia, dezinfecția si sterilizarea in unitățile sanitare
- Ordinul MS nr.916/2006, privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si control al infecțiilor nosocomiale in unitățile sanitare

5. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = infirmiera/ îngrijitorul de curățenie

6.2 Echipa de proces = asistenta șefa de secție + directorul de îngrijiri

6. DESCRIEREA PROCESULUI

Curățenia se realizează zilnic, periodic si ori de câte ori este nevoie.

I. Curățenia si dezinfecția zilnica a saloanelor

Se realizează de doua ori pe zi (dimineața 8.00- 10.00 si după odihna pasiva a bolnavilor 16.00- 18.00) si ori de câte ori este nevoie.

Materiale necesare

- cărucior de curățenie
- găleți si mopuri etichetate
- detergent, dezinfectant
- detartrant si produse abrazive pentru obiectele sanitare
- matura, făraș
- lavete, perii cu miner
- mânușii de menaj, mânușii de latex nesterile
- saci pentru colectare deșeuri menajere si eventual lenjerie murdara (se schimba la 3 zile sau ori de câte ori este nevoie)

Tehnica de lucru

- infirmiera/îngrijitoarea de curățenie echipata corespunzător(halat, mânușii, masca)
- se bate la ușa, se saluta bolnavii, se deschide fereastra
- se verifica noptierele, se face ordine in interiorul acestora si deasupra
- se verifica lenjeria (daca este murdara), se schimba, se aranjează patul
- se îndepărtează deșeurile menajere
- se matura umed pavimentul cu matura umezita permanent
- cu o laveta umezita in soluție detergent se șterg pervazul, noptierele (exteriorul acestora), pereții la nivelul zonelor de contact, cadrul metalic al patului, oglinda, interiorul chiuvetei, sifonul de chiuveta, peretele de faianța de la chiuveta, ușa (clanța, balamale si in jurul acestora)
- după curățirea si limpezirea acestor suprafețe se face dezinfecția cu o alta laveta curata si umezita in soluție dezinfectanta pregătita in baza unui protocol
- soluția dezinfectanta se îndepărtează prin limpezire după ce a expirat timpul de acțiune
- se spăla pavimentul, se limpezește, se lasă sa se usuce si apoi se aplica soluția dezinfectanta
- se închide fereastra si apoi ușa

II. Curățenia si dezinfecția periodica

Se realizează o data /luna când se realizează dezinfecția ciclica.

Materiale necesare : aceleași

Tehnica de lucru :

- se pregătește salonul pentru dezinfecția ciclica
- după expirarea timpului de acțiune al dezinfectantului pentru aer se începe curățenia si dezinfecția suprafețelor
- sunt operațiunile zilnice + ferestre interior/exterior, sticla, pereții in întregime, plafonul, corpurile de iluminat, noptierele si interior, ușa in întregime

Particularități:

- când se fac recoltări la patul bolnavului (caz de urgenta, bolnav nedeplasabil) se încetează activitatea de moment

Verifica : asistenta de salon
asistenta de tura
Controlează : CPCIN

CURĂȚENIA SI DEZINFECTIA SUPRAFETELOR

1. Curățenia si dezinfecția pavimentului
2. Curățenia si dezinfecția suprafețelor verticale(pereți vopsiți in ulei, pereți cu faianța, pereți cu tapet lavabil, geamuri)
3. Curățenia si dezinfecția pe hol, coridoare, scări, in vestiare
4. Curățenia si dezinfecția grupurilor sanitare(chiuvete, cazi de baie, dus, wc-uri, pisoare, bideuri)
5. Curățenia si dezinfecția saloanelor
6. Curățenia si dezinfecția sălilor de tratament

Tehnici :

1. Curățenia si dezinfecția paviment

- aerisirea încăperilor
- maturatul umed
- spălarea cu detergent
- clătirea
- aplicarea dezinfectantului cu respectarea timpului de contact in funcție de recomandările producătorului

2. Curățenia si dezinfecția suprafețelor verticale

- aerisirea încăperilor
- ștergerea umeda sau spălarea acestora cu detergent(unde sunt pete de murdărie)
- aplicarea de dezinfectant

3. Curățenia si dezinfecția pe hol, coridoare, scări si in vestiare

- aerisirea
- maturatul umed(daca este cazul)
- spălarea cu detergent a pavimentului,
- clătirea
- ștergerea umeda cu detergent –dezinfectant a balustradei, obiectelor de mobilier, a pereților la nivelul zonelor de contact, a pervazurilor, rama ferestrelor
- ștergerea de praf a plafonului
- aerisirea, curățenia, dezinfecția in vestiare(maturatul umed, spălarea cu detergent a pavimentului, ștergerea umeda a vestiarelor, aplicarea dezinfectantului, ștergerea de praf a pereților, a pervazurilor, plafonului, dezinfecția si detartrarea grupurilor sanitare)

4. Curățenia si dezinfecția grupurilor sanitare

- se curata faianța de pe pereți
- se curata obiectele sanitare
- se clătește
- se aplica soluția dezinfectanta
- detartrare in funcție de duritatea apei

5. Curățenia si dezinfecția in saloane

- aerisirea încăperilor
- maturatul umed
- ștergerea umeda a mobilierului, eventual spălare daca prezintă urme vizibile de murdărie urmata de dezinfecție
- ștergerea prafului de pe pervazuri, plinte, plafon
- ștergerea, spălarea, dezinfecția obiectelor sanitare utilizate de pacienți
- spălatul pavimentului cu detergent
- clătirea acestuia
- aplicarea soluției dezinfectante cu respectarea timpului de contact si a concentrației de lucru
- patul bolnavului trebuie sa fie întotdeauna curat, schimbata lenjeria de pat si corp ori de câte ori este nevoie, dar nu mai mult de 3 zile.
- colectarea lenjeriei se face in saci de rufe murdare, nu se depozitează pe secție mai mult de 24h
- transportul la spălătoria spitalului se face cu căruciorul de rufe murdare (se spăla si se dezinfectează după utilizare)
- ridicarea rufelor curate de la spălătorie se face după un program afișat la spălătorie
- depozitarea lenjeriei curate se face in locuri bine aerisite, fără umezeala, bine igienizate si fără prezenta vectorilor
- deșeurile menajere trebuiesc îndepărtate zilnic
- noptierele trebuie verificate zilnic si îndepărtate eventualele resturi alimentare
- nu se accepta servirea meselor in saloane sau patul bolnavului decât cazurile excepționale(bolnavi nedeplasabili)

6. Curățenia si dezinfecția in sălile de tratament, explorări funcționale si laborator

- aerisirea încăperii
- se curata si se dezinfectează toate suprafețele si obiectele din încăpere începând cu cele mai puțin murdare si se termina cu cele foarte murdare(cutiile pentru deșeuri)
- ștergerea prafului de pe pervazuri, pereți, plafon

- nu se admit ghivece cu flori si flori tăiate in încăpere
- spălarea si dezinfecția mesei pentru tratament si a meselor din laborator intra in sarcina asistentelor si trebuie realizata ori de câte ori este nevoie
- spălatul pavimentului
- aplicarea soluției dezinfectante
- cutiile pentru deșeuri periculoase nu trebuie depozitate mai mult de 48h pe secție
- atenție !respectați precauțiunile universale cu reducerea accidentelor vizavi de manipularea acestora

Atenție! In orice moment trebuie sa cunoașteți denumirea dezinfectantului utilizat, concentrație si timp de contact.

Respectați întocmai timpii de curățenie si dezinfecție cu efectuarea celor 2 operațiuni ori de câte ori este nevoie.

Întotdeauna un mediu curat bine întreținut înseamnă prevenire si control al infecțiilor intraspitalicești, intervenindu-se asupra celui de al 2-lea factor al procesul Epidemiologic (cai si mod de transmitere)

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

Graficul de curățenie

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURI PRIVIND INTRETINEREA CURATENIEI SI DEZINFECTIA GRUPURILOR SANITARE/PLOSCAR**	**164** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura are drept scop prezentarea mijloacelor si metodelor de păstrare a asepsiei in saloanele aseptice.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secţiile si compartimentele de îngrijire unde exista frigidere, inclusiv camere de garda si bucătărie.

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Prevenirea infecțiilor nosocomiale.

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor
- Manualul de nursing
- Ordinul MS nr.261/2007, privind aprobarea Normelor tehnice privind curățenia, dezinfecția si sterilizarea in unitățile sanitare
- Ordinul MS nr.916/2006, privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si control al infecțiilor nosocomiale in unitățile sanitare

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = infirmiera/ îngrijitorul de curățenie

6.2 Echipa de proces = asistenta șefa de secție + directorul de îngrijiri

7. DESCRIEREA PROCESULUI

OBIECTE SANITARE: chiuvete, cazi de baie, dus, WC- uri, etc. sunt locuri unde exista umezeala. Întreținerea, curățenia si dezinfecția acestora stau la baza prevenirii infecțiilor cu germeni, cum ar fi Pseudomonas, Proteus, Acinetobacter, etc.

a. chiuvete, cazi de baie, dus

- daca obiectele sanitare nu sunt murdărite (îmbâcsite), cu ajutorul unei lavete, găletușe (respectând codul culorilor când acesta exista) înmuiata in sol. dezinfectant cu proprietăți de curățare - se curata faianță de pe pereți, oglinda, chiuveta, cada, suportul pentru hârtie – prosop
- se dezinfectează rafturile de depozitare cu sol. dezinfectant cu proprietăți de curățare sau cu dezinfectant pentru suprafețe mici aplicat prin pulverizare (timp de expunere 5 min.)
- daca obiectele sunt murdărite (îmbâcsite) se curata mai întâi cu un produs abraziv
- se dezinfectează sifonul de la chiuveta - se varsă 1 l sol. dezinfectanta clorigena (Clorom, Jaclor) - 2cp. de 3,5 gr.la 1 l. apa, se lasă 10 min. după care se clătește. La fel se procedează si cu sifonul de la dus si cel de pardoseala.
- se matura umed pavimentul (**matura etichetata : baie, ploscar etc.**) si se strâng deșeurile, se goleşte coşul de gunoi si se curata, se pune in cos un sac nou de plastic
- se spală pavimentul cu sol. detergent. Se clătește. Se dezinfectează cu mopul (găleata etichetata in același mod ca si mopul) îmbibat in soluţie dezinfectanta clorigena (7 cp. de 3,5 gr. la 5l apa)

b. vasul de WC

- se golește recipientul in care sta peria de spălat WC-ul
- se trage apa si se clătește peria de spălat WC –ul
- cu laveta, special destinata acestui scop (respectând codul culorilor când este cazul), înmuiata in sol. dezinfectanta cu proprietăți de curățare se curata si se dezinfectează:
  - ü exteriorul rezervorului de apa
  - ü exteriorul vasului de WC
  - ü colacul si capacul de WC
  - ü se curata interiorul vasului de WC cu peria de spălat WC-ul si sol. dezinfectanta cu proprietăți de curățare
  - ü se dezinfectează sifonul de pardoseala. Se varsă 1 l. sol. dezinfectanta clorigena (Clorom, Jaclor, Biclosol) - 2cp. de 3,5 gr.la 1 l. apa, se lasă 10 min. după care se clătește.
  - ü se dezinfectează recipientul in care sta peria de spălat WC-ul cu sol. clorigena
  - ü daca interiorul vasului de WC este murdar (îmbâcsit, cu piatra) înainte de curățarea - dezinfecția propriu – zisa se efectuează curățarea cu un produs abraziv
- se spală pavimentul cu sol. detergent. Se clătește. Se dezinfectează cu mopul si găleata (dedicate acestui scop) îmbibat in soluţie dezinfectanta clorigena (7 cp. de 3,5gr. la 5l apa). Soluția rămasa in găleata se varsă in WC.

1. Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediției procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele și Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabilește modul de lucru privind igienizarea zilnica a mijloacelor de transport.
In spital exista următoarele mijloace de transport:

- brancarde
- cărucioare transport pacienți
- cărucioare de transport lenjerie
- cărucioare de transport mâncare
- lifturi
- O mașina de transport

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în compartimentul administrativ - întreținere

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
Ordinul MS nr.261/2007, privind normele de curățenie și igienizare

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = personalul de curățenie
Echipa de proces = sef compartiment + CPICIN

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

- Brancardele:
  - § Ștergere cu soluție alcoolizata după fiecare pacient
  - § Spălare și dezinfectare zilnica, conform unui grafic
    - se spăla în spațiu destinat .....
    - se dezinfectează cu .....

- **Cărucioare transport pacienţi**
  - § Ștergere cu soluție alcoolizata după fiecare pacient
  - § Spălare și dezinfectare zilnica, conform unui grafic
    - se spăla în spațiu destinat .....
    - se dezinfectează cu .....

- **Cărucioare de transport lenjerie**
  - § Spălare și dezinfectare după fiecare transport, conform unui grafic corelat cu orarul de transport lenjerie
    - se spăla în spațiu destinat.....
    - se dezinfectează cu.....

- **Cărucioare de transport mâncare**
  - § Spălare și dezinfectare după fiecare transport, conform unui grafic corelat cu orarul de transport alimente
    - se spăla în spațiu destinat .....
    - se dezinfectează cu .....
- **Lifturi**
  - § Igienizare zilnica, conform unui grafic
    - se spăla în spațiu destinat .....
    - se dezinfectează cu .....

- **Mașina de transport**
  - § Ștergere cu soluție alcoolizata după fiecare pacient
  - § Spălare și dezinfectare zilnica, conform unui grafic
    - se spăla în spațiu destinat .....
    - se dezinfectează cu .....

6. ANEXE / INSCRISURI

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA DE SCHIMBARE A LENJERIEI PERIODICITATE	166	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/4	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedură definește periodicitatea schimbării lenjeriei murdare / contaminate pentru secțiile spitalului.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secțiile spitalului si in cabinetele de consultație.

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Menținerea curateniei si igienei pacienților si saloanelor in vederea prevenirii infecțiilor nosocomiale.

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

4.1. Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

4.3. MC-IBF Manualul de nursing

5. RESPONSABILITĂŢI

5.1 Responsabil de proces = infirmiera de salon

5.2 Echipa de proces = infirmiere + asistent medical de salon + asistent sef secție + medic sef secție

7. DESCRIEREA PROCESULUI - PROTOCOL PENTRU PERIODICITATEA SCHIMBARII LENJERIEI

Se urmărește programul de schimbare a lenjeriei la maxim 3 zile.

In urma curateniei zilnice se constata necesitatea schimbării lenjeriei contaminate, înaintea programului stabilit.

- **regula obligatorie in fiecare secție: lenjeria se schimba de cate ori este cazul.**

Asistent de salon stabilește, infirmiera de salon executa.

- **DUPA FIECARE EXTERNARE**

Pregătirea pacientului

Se anunţa pacientul asupra procedurii

Se pregătesc materialele necesare: lenjeria curata de corp si de pat.

Se efectuează toaleta bolnavului.

Se anunţa medicul asupra elementelor speciale apărute pe corp in ultima zi (escare, erupţii)

Se strâng materialele folosite si se debarasează

In urma vizitei zilnice in salon se va verifica starea lenjeriei pacienților.

SCHIMBAREA LENJERIEI DE PAT NEOCUPAT - fără pacient

OBIECTIVUL PROCEDURII

Asigurarea condiţiilor de igienă şi de confort.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Cărucior pentru lenjerie
- Mănuşi de unică folosinţă
- Cearşaf de pat
- Cearşaf de pătură/plic
- Faţa de pernă
- Pătură
- Aleza, muşama (material impermeabil)
- Două scaune cu spetează

EFECTUAREA PROCEDURII (participă două persoane)

- Verificaţi materialele alese.
- Transportaţi materialele in salon.
- Îndepărtați noptiera de lângă pat.
- Aşezaţi cele două scaune cu spătar, spate in spate lângă patul pacientului, lateral, in partea dreaptă spre capul patului.
- Puneţi sacul pentru lenjeria murdară in partea opusă a patului, la picioare.
- Aşezaţi materialele pregătite pe cele două scaune astfel: pătura şi cearşaful de pătură pliate in armonica; muşamaua şi aleza rulate din două părţi egale pană la mijloc; cearşaful de pat rulat la fel; faţa de pernă. Îndepărtați lenjeria murdară şi introduceţi-o in sacul special pregăti. Spălaţi-vă pe mâini, îmbrăcați mănuşi
- Puneţi cearşaful de pat peste saltea la mijloc
- Întindeți cu o mană o parte a cearşafului spre cap, iar cu cealaltă spre picioare
- (partea opusă)
- Introduceţi cearşaful adânc sub saltea la capetele patului şi cu mana de lângă pat prindeţi partea liberă a cearşafului la o distanţă de colţ egală cu lungimea marginilor care atârnă şi ridicaţi-o in sus lângă (pat) saltea
- Introduceţi sub saltea partea din triunghiul format care o depăşeşte, apoi lăsaţi in jos partea ridicată şi introduceţi sub saltea restul triunghiului împreună cu partea laterală a cearşafului realizând un plic
- Procedaţi la fel şi pentru celelalte colţuri
- Aşeza i muşamaua şi aleza la mijlocul patului şi derulați-le ca pe cearşaful de pat
- Introduceţi muşamaua şi aleza adânc sub saltea pe părţile laterale ale patului
- Întindeți cearşaful plic in lungimea patului şi peste el pătura
- Introduceţi pătura in cearşaf şi fixaţi colţurile
- Fixaţi cearşaful şi pătura la picioarele patului introducându-le sub saltea
- Efectuaţi pliul de confort (cu o mană deasupra patului iar cu cealaltă dedesubt, trageţi spre picioare şi formaţi această cută)
- Aranjaţi colţurile de la capătul distal al patului sub formă de plic
- Introduceţi pătura şi cearşaful pe părţile laterale ale patului
- Puneţi la capul patului perna înfășată

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Reaşezaţi noptiera la locul ei de lângă pat
- Puneţi cele două scaune la loc
- Scoateţi sacul cu rufe murdare din salon

- Aerisiţi salonul
- Îndepărtaţi mănuşile
- Spălaţi-vă pe mâini

SCHIMBAREA LENJERIEI PATULUI OCUPAT DE PACIENTUL IMOBILIZAT – cu pacientul in poziție șezândă şi in decubit

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Asigurarea condiţiilor de igienă şi confort
- Evitarea complicaţiilor la pacientul imobilizat
- PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Cărucior pentru lenjerie
- Cearşaf plic
- Cearşaf de pat
- Faţă de pernă
- Aleza, muşama (material impermeabil)
- Învelitoare de flanelă sau o pătură moale
- Două scaune cu spătar
- Mănuşi de unică folosinţă
- Sac pentru rufe murdare

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

- Informaţi pacientul şi asiguraţi-l de inofensivitatea procedurii
- Explicaţi pacientului modul de desfăşurare a procedurii şi contribuţia sa la realizarea acesteia

Obţineţi consimțământul informat

b) FIZICĂ

Verificaţi dacă s-a măsurat temperatura şi pulsul

Schimbaţi lenjeria după efectuarea toaletei

Alegeţi metoda de schimbare in funcţie de poziţia in care poate fi aşezat pacientul şi de limitele sale de mobilizare

EFECTUAREA PROCEDURII (participă două persoane)

A. La pacientul care se poate ridica in poziţie şezândă (se foloseşte schimbarea in lăţime)

- Aduceţi materialele in salon
- Îndepărtaţi noptiera de lângă pat
- Aşezaţi cele două scaune spate in spate
- Pregătiţi materialele astfel:
- Rula i cearşaful de pat pe dimensiunea mic (înălţime) şi aşezaţi-l pe spătarele scaunelor; dacă pacientul necesită aleză şi muşama rulaţi-le împreună cu cearşaful
- Îndepărtaţi pătura şi lăsaţi pacientul acoperit cu cearşaful sau înlocuiți cu o pătură moale
- Introduceţi pătura in cearşaful plic şi împachetați in armonică in trei la început pe lăţime şi apoi încă o dată reducând cele două dimensiuni (lungime, lăţime) la o treime, aşezaţi pe scaun
- Faţa de pernă
- Spălaţi mâinile şi îmbrăcați mănuşi
- Degajaţi cearşaful murdar de sub saltea
- Acoperiţi pacientul şi ridicaţi-l in poziţie șezândă
- Rugaţi persoana care vă ajută să sprijine pacientul
- Îndepărtaţi perna şi rulaţi cearşaful murdar pană aproape de pacient
- Poziţionaţi echidistant cearşaful curat la capătul patului şi pe suprafaţa acestuia pentru a putea fi fixat sub saltea
- Derulaţi cearşaful curat pană aproape de cel murdar
- Schimbaţi faţa de pernă şi aşezaţi perna pe pat
- Culcaţi pacientul in decubit dorsal şi rugaţi-l dacă poate să se ridice puţin pentru a continua schimbarea
- Introduceţi mana dinspre capul pacientului sub regiunea fesieră şi ridicaţi in acelaşi timp cu ajutorul
- Cu cealaltă mană rulaţi spre picioarele pacientului lenjeria murdară şi întindeți cearşaful curat

- Ridicaţi in acelaşi mod picioarele şi continuaţi rularea şi respectiv derularea
- Introduceţi cearşaful murdar in sac
- Întindeți bine cearşaful de pat, eventual muşamaua şi aleza şi fixaţi sub saltea

B. La pacientul care nu se poate ridica

(se foloseşte schimbarea in lungime)

- Rulaţi cearşaful de pat intr-o singură direcţie, pe dimensiunea mare (lungime)
- Aşezaţi materialele pe scaune ca şi in cazul precedent
- Spălaţi mâinile şi îmbrăcați mănuşi
- Îndepărtaţi cearşaful murdar de sub saltea
- Întoarceți pacientul in decubit lateral sprijinindu-l sub axilă, sub umeri şi la nivelul genunchilor
- Trageţi perna spre marginea patului şi aşezaţi-o sub capul acestuia
- Rugaţi persoana care vă ajută să sprijine pacientul susţineţi-l amândouă
- Rulaţi cearşaful murdar pană lângă pacient şi derulaţi cearşaful curat având grijă să fie bine poziţionat pentru a putea fi fixat la capete şi pe laturi
- Aduceţi pacientul in decubit dorsal apoi in decubit lateral pe partea opusă sprijinind capul pe antebraţ
- Trageţi perna sub capul pacientului
- Continuaţi rularea cearşafului murdar şi derularea celui curat
- Introduceţi cearşaful murdar in sac
- Aduceţi pacientul in decubit dorsal
- Întindeți bine cearşaful curat şi fixaţi la capete şi pe margini executând colţul
- Schimbaţi faţa de perna

Schimbarea cearşafului plic in ambele situaţii

- Aşezaţi cearşaful cu pătura deasupra pacientului încât marginea liberă de dedesubt să fie sub bărbia bolnavului, iar cea de deasupra să fie orientată spre picioarele pacientului
- Rugaţi pacientul sau o altă persoană să ţină marginea cearşafului sub bărbia acestuia . - Așezați-vă de o parte a patului, iar ajutorul de cealaltă
- Prindeţi cu mana dinspre capul pacientului colţul liber al cearşafului curat, iar cu cealaltă pe cel al cearşafului murdar
- Cu o mişcare rapidă, sincronizată, întindeți cearşaful curat împreună cu pătura şi/sau învelitoarea şi îndepărtați-l pe cel murdar
- Introduceţi cearşaful murdar in sac
- Verificaţi dacă cearşaful de pat şi lenjeria de corp sunt bine întinse

Efectuaţi pliul de confort la picioarele pacientului şi eventual fixaţi sub saltea, să nu alunece

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

Nu e cazul

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURI PRIVIND CURATENIA SI DEZINFECTIA	167	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/10	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele și Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Prezenta procedura are drept scop:

- descrierea modului de curățenie și dezinfecție în general în spital;
- menținerea unui mediu curat și bine aerisit cu reducerea riscului de IN (infecție nosocomială)

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în cadrul secției (secțiilor) / departamentului / serviciului (serviciilor) etc.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

- Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor și metodologiei de acreditare a spitalelor
- Manualul de nursing
- Ordinul MS nr.261/2007, privind aprobarea Normelor tehnice privind curățenia, dezinfecția și sterilizarea în unitățile sanitare
- Ordinul MS nr.916/2006, privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și control al infecțiilor nosocomiale în unitățile sanitare

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = infirmiera și îngrijitoarea de curățenie de salon
4.2 Echipa de proces = Medicul curant + Medicul sef de secție + medical epidemiolog

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Definiție

Curățenia: metoda de decontaminare a suprafețelor,obiectelor și tegumentelor prin care se îndepărtează odată cu praful și substanțele organice și o parte din microorganisme (95%-98%),utilizând detergenți,produse de întreținere și curățenie

Dezinfecția: metoda de distrugere a microorganismelor patogene de pe suprafețe ,obiecte și tegumente utilizând dezinfectantul și antisepticul(99,99%)

Tipuri de curățenie :
1. zilnica
2. periodica(după dezinfecția ciclica sau 1/luna) - curățenie generala

Curățenia
Aplicarea rațională a metodelor de curățenie a încăperilor, suprafețelor și obiectelor poate realiza o decontaminare de 95 – 98%, foarte apropiata de cea obținuta dintr-o dezinfecție eficace.
Curățenia are avantajul ca acționează asupra tuturor microorganismelor.
Metodele folosite pentru curățenie sunt: spălarea, ștergerea, aspirarea, perierea etc.

Spălarea
Spălarea consta în antrenarea prin udare și îndepărtarea pulberilor și substanțelor organice. Puterea de spălare depinde de capacitatea de udare. Spălarea se realizează prin folosirea de apa calda și substanțe tensioactive. Spălarea trebuie urmata de clătire abundenta.

Ștergerea
Ștergerea umeda a suprafețelor (lambriuri, mobilier, etc.) realizează îndepărtarea microorganismelor. Se utilizează pentru menținerea curățeniei în intervalele dintre spălări.
Condiții de eficacitate a ștergerii:

- utilizare de cârpe (ștergătoare) curate
- umezirea lor cu soluție cu detergent proaspete
- schimbarea frecventa a cârpelor și apei de ștergere
- dezinfecția și uscarea cârpelor și a recipientelor după folosire

Alte metode de curățenie: se poate efectua maturatul sau periatul umed dar sunt metode cu eficacitate redusa.
Nu se recomanda maturatul uscat sau scuturatul în încăperi.
Curățenia în încăperi trebuie întotdeauna asociata cu aerisirea.
Ustensilele și materialele de curățenie se depozitează în condiții igienice.
Curățenia este utilizata în mod obișnuit ca metoda de decontaminare profilactica.

5.2. Dezinfecția
Este metoda de decontaminare prin care se urmărește distrugerea în proporție de 99,99% în mediul înconjurător a formelor vegetative a microorganismelor în scopul prevenirii infecțiilor.
Dezinfecția se aplica întotdeauna după curățenia în prealabil a tuturor suprafețelor.
In orice activitate de dezinfecție trebuie sa se aplice masurile de protecție a muncii pentru a preveni accidentele și intoxicațiile.
Dezinfecția în spital utilizează în principal agenți chimici, substanțe cu efect antimicrobian nespecific (dezinfectant – substanța aplicata numai pe suprafețe inerte – este toxica și iritanta; antiseptic – poate fi aplicat pe tegument, mucoase, plăgi).Uneori aceeași substanța în soluție diluata este antiseptic, iar în soluție mai concentrata este dezinfectant.
Decontaminarea echipamentelor medicale și a suprafețelor de lucru intra în responsabilitatea personalului autorizat pentru exploatarea echipamentelor și a asistenților responsabili cu faza preanalitica.
Personalul care utilizează în mod curent dezinfectantele este instruit cu privire la utilizarea și gestionarea substanțelor dezinfectante, precum și în ceea ce privește masurile de protecție a muncii și de prim ajutor.

5.3. Efectuarea curățeniei și dezinfecției

In Spitalul Sfântul Sava, curățenia se efectuează zilnic la începutul și la sfârșitul activității și ori de cate ori este nevoie. Personalul care realizează curățenia poarta halat și mănuși de unica folosința, deoarece vine în contact cu produse biologice potențial infecțioase și toxice. După curățenie se va efectua dezinfectarea suprafețelor de lucru, a pavimentelor și a pereților cu substanțe dezinfectante (ex. Incidur).

Regula de zi cu zi este ca în spital sa existe în mod permanent îngrijitoare de curățenie(femeie de serviciu). Îngrijitoarea poate interveni intr-un sector de lucru în timpul activității, dar numai la cererea și sub supravegherea responsabilului de analiza care decide întinderea și regulile intervenției de curățenie. De exemplu, externarea unui pacient dintr-un salon când trebuie făcuta curățenie la patul pacientului externat, schimbata lenjeria, dezinfectata toaleta, etc. Pentru alte situații de urgenta este important ca îngrijitoarea sa nu facă decât ceea ce i se cere în mod expres.

Igienizarea, curățenia și dezinfecția în cadrul Spitalul Sfântul Sava se realizează în baza unui grafic de curățenie (săptămânal și lunar) elaborat de asistenta sef de secție , aprobat de Directorul medical și CPCIN în conformitate cu cerințele normelor sanitare și antiepidemice în vigoare. Graficul include operațiunile cu frecventa zilnica, saptamanala și lunara, precum și responsabilitățile pentru execuție și control.

Zilnic se va efectua :

- saloane, coridoare, sala de masa, club, cabinete medicale, farmacie, etc.
- paviment : maturare umeda, spălare cu detergent, dezinfecție
- pereți verticali (zona de contact cu mâinile) : spălare cu detergent, dezinfecție
- holuri : maturare umeda, spălare cu detergent, dezinfecție
- grupuri sanitare : spălare cu detergent, dezinfecție

Saptamanal se va efectua spălarea cu detergent și dezinfecția ușilor, pereților, geamurilor.

Lunar se va efectua spălarea cu detergent și dezinfecția plafoanelor și corpurilor de iluminat.

In funcție de tipul dezinfectantelor folosite se iau masuri specifice de precauție pentru evitarea accidentelor astfel :

- substanțele dezinfectante se folosesc numai pentru suprafețele pentru care sunt indicate
- in funcție de natura substanței dezinfectante se evita contactul cu pielea, mucoasele, ochii; în caz de accident se spăla din abundenta cu apa.
- produșii pe baza de diclorizocianurat de sodiu(substanța pe baza de clor activ) sunt utilizați pentru dezinfecția generala a suprafețelor, a instrumentarului, pipete, ustensile de laborator, dezinfecție HIV ,dezinfecția suprafețelor ce vin în contact cu alimentele.
- diclorizocianurat este un oxidant puternic, nu este combustibil, dar mărește combustia altor substanțe reacționând violent cu acestea și favorizând producerea focului și a exploziei ; substanța se descompune la căldura, iar în contact cu apa provoacă vapori de monoxid de carbon și emisie de clor ; produșii sunt iritanți pentru piele și ochi, cai respiratorii, iar ingestia produce efecte caustice asupra tubului digestiv. Soluția este „instabila"(trebuie obligatoriu preparata extemporaneu) acționează în condiții de curățenie(este inactivata de materia organica)
- in timpul manipulării sunt interzise : consumul de alimente, băuturi, fumatul
- in timpul lucrului se folosește echipament de protecție : halat, mănuși, masca

Pentru verificarea eficientei curățeniei și dezinfecției se executa lunar control bacteriologic pentru aer, suprafețe și podele(in baza unui contract încheiat cu laboratorul DSP-.....)

CURATENIA SI DEZINFECTIA SUPRAFETELOR

1. Curățenia și dezinfecția pavimentului
2. Curățenia și dezinfecția suprafețelor verticale(pereți vopsiți în ulei,pereți cu faianța,pereți cu tapet lavabil ,geamuri)
3. Curățenia și dezinfecția pe hol, coridoare,scări ,in vestiare
4. Curățenia și dezinfecția grupurilor sanitare(chiuvete,cazi de baie,dus,wc-uri,pisoare,bideuri)
5. Curățenia și dezinfecția saloanelor
6. Curățenia și dezinfecția sălilor de tratament

Tehnici :
a). Curățenia și dezinfecția paviment

- aerisirea încăperilor
- maturatul umed
- spălarea cu detergent
- clătirea
- aplicarea dezinfectantului cu respectarea timpului de contact în funcție de recomandările producătorului

b). Curățenia și dezinfecția suprafețelor verticale

- aerisirea încăperilor
- ștergerea umeda sau spălarea acestora cu detergent(unde sunt pete de murdărie)
- aplicarea de dezinfectant

c). Curățenia și dezinfecția pe hol ,coridoare ,scări și în vestiare

- aerisirea
- maturatul umed(daca este cazul)
- spălarea cu detergent a pavimentului ,
- clătirea
- ștergerea umeda cu detergent –dezinfectant a balustradei ,obiectelor de mobilier,a pereților la nivelul zonelor de contact,a pervazurilor,rama ferestrelor
- ștergerea de praf a plafonului
- aerisirea, curățenia ,dezinfecția în vestiare(maturatul umed,spălarea cu detergent a pavimentului,ștergerea umeda a vestiarelor,aplicarea dezinfectantului,ștergerea de praf a pereților ,a pervazurilor,plafonului,dezinfecția și detartrarea grupurilor sanitare)

d).Curățenia și dezinfecția grupurilor sanitare

- se curata faianța de pe pereți
- se curata obiectele sanitare
- se clătește
- se aplica soluția dezinfectanta
- detartrare în funcție de duritatea apei

e). Curățenia și dezinfecția în saloane

- **a**erisirea încăperilor
- maturatul umed
- ștergerea umeda a mobilierului,eventual spălare daca prezintă urme vizibile de murdărie urmata de dezinfecție
- ștergerea prafului de pe pervazuri,plinte,plafon
- ștergerea,spălarea,dezinfecția obiectelor sanitare utilizate de pacienți
- spălatul pavimentului cu detergent
- clătirea acestuia

- aplicarea soluției dezinfectante cu respectarea timpului de contact și a concentrației de lucru
- patul bolnavului trebuie sa fie întotdeauna curat, schimbata lenjeria de pat și corp ori de câte ori este nevoie ,dar nu mai mult de 3 zile.
- colectarea lenjeriei se face în saci de rufe murdare,nu se depozitează pe secție mai mult de 24h
- transportul la spălătoria spitalului se face cu căruciorul de rufe murdare (se spăla și se dezinfectează după utilizare)
- ridicarea rufelor curate de la spălătorie se face după un program afișat la spălătorie
- depozitarea lenjeriei curate se face în locuri bine aerisite ,fără umezeala,bine igienizate și fără prezenta vectorilor
- deșeurile menajere trebuiesc îndepărtate zilnic
- noptierele trebuie verificate zilnic și îndepărtate eventualele resturi alimentare
- nu se accepta servirea meselor în saloane sau patul bolnavului decât cazurile excepționale(bolnavi nedeplasabili)

f). Curățenia și dezinfecția în sălile de tratament , explorări funcționale și laborator

- aerisirea încăperii
- se curata și se dezinfectează toate suprafețele și obiectele din încăpere începând cu cele mai puțin murdare și se termina cu cele foarte murdare(cutiile pentru deșeuri)
- ștergerea prafului de pe pervazuri ,pereți ,plafon
- nu se admit ghivece cu flori și flori tăiate în încăpere
- spălarea și dezinfecția mesei pentru tratament și a meselor din laborator intra în sarcina asistentelor și trebuie realizata ori de câte ori este nevoie
- spălatul pavimentului
- aplicarea soluției dezinfectante
- cutiile pentru deșeuri periculoase nu trebuie depozitate mai mult de 48h pe secție
- atenție !respectați precauțiunile universale cu reducerea accidentelor vizavi de manipularea acestora

Atenție! In orice moment trebuie sa cunoașteți denumirea dezinfectantului utilizat,concentrație și timp de contact.

Respectați întocmai timpii de curățenie și dezinfecție cu efectuarea celor 2 operațiuni ori de câte ori este nevoie.

Întotdeauna un mediu curat bine întreținut înseamnă prevenire și control al infecțiilor intraspitalicesti, intervenindu-se asupra celui de al2lea factor al procesul epidemiologic(cai și mod de transmitere)

6. ANEXE / INSCRISURI

- FIŞĂ ELIMINARE DEŞEURI PERICULOASE
- PROGRAM CURATENIE ZILNIC
- PROGRAM CURATENIE LUNAR
- UTILIZAREA SUBSTANTELOR DEZINFECTANTE SI ANTISEPTICE
- CRITERII DE UTILIZARE A DEZINFECTANTILOR
- CRITERIILE DE UTILIZARE SI PASTRARE A ANTISEPTICELOR

- FIŞĂ ELIMINARE DEŞEURI PERICULOASE

Nr. Crt.	Agentul economic care preia deşeurile	Cantitate deşeuri	Data/ora predării	Persoana care predă Numele/semnătura	Persoana care primeşte Numele/semnătura
1					
2					
3					

- PROGRAM CURATENIE ZILNIC

(paviment, pereți verticali, suprafețe, holuri, grupuri sanitare, saloane, etc.)

	Tura I			Tura II		
Pavilionul / compartimentul	**Numele și prenumele îngrijitorului**	**Program de curățenie**	**Program de dezinfecție**	**Numele și prenumele îngrijitorului**	**Program de curățenie**	**Program de dezinfecție**

- PROGRAM CURATENIE LUNAR

(spălarea cu detergent și dezinfecția plafoanelor și corpurilor de iluminat, etc.)

		Tura I		Tura II	
Nr. Crt.	**DATA**	**Numele și prenumele îngrijitorului**	**Program de curățenie**	**Numele și prenumele îngrijitorului**	**Program de curățenie**
1					
2					
3					

- UTILIZAREA SUBSTANTELOR DEZINFECTANTE SI ANTISEPTICE

DENUMIRE	UTILIZARE	DILUTIE	APLICARE	OBSERVATII
MICROBAK FORTE				
Detergent - dezinfectant pe baza de săruri non-critice și semi-critice de amoniu, fără aldehide	Dezinfecția suprafețelor și a dispozitivelor "non-critice" și a dispozitivelor "non-critice"	1%-2%, 10-20 ml/litru, seringa dozatoare	ștergere	soluția se prepara cu apa la temperatura camerei, timp de acțiune 30 minute - 1h
				evitarea contactului microbacteriilor cu substanțe ce conțin aldehide
				suprafața trebuie spălata înainte cu apa apoi aplicata soluția microbacteriilor
BACILLOL				
dezinfectant alcoolic	dezinfecția suprafețelor și dispozitivelor alcool-rezistente	gata de lucru	ștergere, pulverizare	timp de acțiune 5 minute
PURSEPT				
dezinfectant clorigen	dezinfecția suprafețelor și predezinfectia instrumentului supus sterilizării	2tb./l	imersie	timp de acțiune 10minute
	dezinfecție cazarmament	6tb./10litri	ștergere, imersie	este compatibil cu detergenții, deci spălarea se poate realiza în același timp cu dezinfecția; timp de acțiune 10 minute
CLORHEXIN C				
ANTISEPTIC, lichid limpede, culoare galben-pai	dezinfecția mâinilor	gata de lucru	frecare	timp de acțiune 30 sec.-1 min.
				toleranta cutanata, de ordinul orelor

				incompatibilitate cu săpunul și detergenții anionici
STELLISEPT				
săpun dezinfectant	spălarea și dezinfecția mâinilor	gata de lucru	spălare	timp de contact 30 sec.
				toleranta cutanata
				poate fi utilizat și pentru prevenirea escarelor de decubit
				nu conține alcooli
				dubla acțiune:curățare și dezinfecție

CRITERII DE UTILIZARE A DEZINFECTANTILOR

(Art.36 Ord.M.S.nr.261/2007)

1. un produs dezinfectant este utilizat numai în scopul pentru care a fost autorizat/înregistrat(distrugerea microbilor)
2. se respecta întocmai indicațiile de utilizare(vezi protocolul de utilizare al produsului)
3. se respecta întocmai concentrația de lucru și timpul de acțiune indicate în autorizație(vezi protocolul de utilizare)
4. nu se amesteca niciodată produse diferite
5. dezinfectanții sunt în general soluții concentrate,sunt necesare astfel diluții
6. soluția preparata trebuie făcută în cantitate necesara pentru a putea fi utilizata imediat
7. soluțiile se prepara utilizând un sistem de dozare gradat
8. se notează pe recipient data preparării soluției
9. se respecta întotdeauna durata de utilizare a produsului
10. in cazul în care s-au pierdut informațiile cu privire la modul de utilizare al produsului acesta nu se mai folosește
11. manipularea produselor se face întotdeauna respectând "Precauțiunile Universale"(echipament de protecție)
12. se păstrează la loc ferit de lumina și departe de sursa de căldura

CRITERIILE DE UTILIZARE SI PASTRARE A ANTISEPTICELOR

(Art. nr.31/Ord.M.S.nr.261/2007)

1. un antiseptic trebuie folosit numai pentru scopul pentru care a fost autorizat/înregistrat(dezinfecția igienica a mâinilor)
2. se respecta întotdeauna indicațiile de utilizare de pe eticheta produsului(vezi protocolul de utilizare)
3. se respecta întotdeauna concentrația și timpul de contact precizate în autorizație/înregistrare(vezi protocolul de utilizare)
4. pe flacon se notează data deschiderii și data limita pana la care poate fi folosit(~8 zile daca după fiecare utilizare este închis și deschis corect)
5. la fiecare utilizare flaconul trebuie deschis și închis corect
6. este interzisa atingerea gurii flaconului în momentul utilizării
7. este interzisa transvazarea în alt flacon
8. este interzisa completarea unui flacon pe jumătate golit
9. este interzisa amestecarea a doua produse antiseptice diferite
10. este interzisa utilizarea succesiva a doua produse antiseptice diferite
11. după aplicare ,antisepticul nu se îndepărtează prin clătire, se pierde astfel efectul remanent
12. se păstrează numai în flacoanele originale pentru a se evita contaminarea și a nu se pierde informațiile de pe eticheta produsului

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROTOCOL DE SCHIMBARE A BARBOTOARELOR**	**168** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/1**

1. Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii /operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	Director de îngrijiri	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

Schimbarea barbotoarelor se va efectua zilnic, folosindu-se ca soluție de barbotat apa bidistilată.
Se vor utiliza barbotoare sterilizate prin sterilizare chimica (cu **evidenta obligatorie** in registrul de sterilizare chimica).
Se va asigura un număr suficient de barbotoare astfel încât înlocuirea sa se efectueze imediat dupa demontarea celor anterioare.
TIMPI OBLIGATORII:

1. Demontarea barbotorului;
2. Spălarea la jet de apă curentă;
3. Decontaminare (imersare solutie aniossyme - 15-30 minute);
4. Clătire la jet de apa;
5. Sterilizare la rece (imersare în solutie de steranios -20 minute);
6. Imersare în apa sterilă ;
7. Curățirea si decontaminarea tijei si interiorului filetului montat la rețeaua de distribuție a oxigenului);
8. Montarea barbotorului steril;

Schimbarea barbotoarelor se va efectua de către asistenta de salon. Se **interzice irnplicarea personalului auxiliar in opratiunile de schimbare a barbotoarclor.**
Personalul care efectueaza operațiunile de montare a barbotoarelor va purta mănuși sterile, masca, halat. Schimbarea manusilor se va realiza la schimbarea fiecărui barbotor.
Se accepta, in cazuri excepționale (lipsa mănușilor sterile), spălarea temeinica a mâinilor, urmata de dezinfectie cu solutie antiseptica pentru mâini.
Efectuarea procedurii de schimbare a barbotoarelor de către alta persoana decât cea desemnata, precum si nerespectarea timpilor obligatorii, duce la aplicarea de sancțiuni conform legii 98/1994.

Cum dezinfectam mainile?

O BUNA IGIENA IMPLICA DEZINFECTIA! IN PREALABIL, SPALATI MAINILE DACA SUNT VIZIBIL MURDARE

Durata intregii proceduri: 20-30 secunde

1a

1b

Aplicati produsul dezinfectant in palma acoperind toata suprafata.

2

Frecati mainile palma peste palma.

3

Palma dreapta peste cea stanga cu impletirea degetelor si vice versa.

4

Palma peste palma cu degetele impletite.

5

Dosul degetelor pe palma opusa cu degetele impreunate.

6

Frecari rotative cu degetul mare stang prins in palma dreapta si vice versa.

7

Frecari rotative intr-un sens si celalalt cu degetele impreunate ale mainii dreapte, pe palma stanga si vice versa.

8

Odata uscate, mainile sunt dezinfectate.

World Health Organization

Ministerul Sanatatii

INSP Institutul National de Sanatate Publica

CNEPSS Centrul National de Evaluare si Promovare a Starii de Sanatate

Cum spalam mainile?

SPALATI MAINILE DACA SUNT VIZIBIL MURDARE! ALTFEL, DEZINFECTATI-LE

Durata intregii proceduri: 20-30 secunde

0

Udati mainile cu apa.

1

Aplicati sapun suficient pentru a acoperi toata suprafata mainilor.

2

Frecati mainile palma peste palma.

3

Palma dreapta peste dosul palmei stangi cu impletirea degetelor si vice versa.

4

Palma peste palma cu degetele impletite.

5

Dosul degetelor pe palma opusa, cu degetele impreunate.

6

Frecari rotative cu degetul mare stang prins in palma dreapta si vice versa.

7

Frecari rotative intr-un sens si celalalt cu degetele impreunate ale mainii dreapte, pe palma stanga si vice versa.

8

Clatiti mainile cu apa

9

Uscati mainile cu un prosop de unica folosinta.

10

Inchideti robinetului folosind un prosop.

11

Odata uscate, procedura de spalare este terminata.

World Health Organization

Ministerul Sanatatii

INSP Institutul National de Sanatate Publica

CNEPSS Centrul National de Evaluare si Promovare a Starii de Sanatate

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROTOCOL DE UTILIZARE A LAMPII BACTERICIDE CU RAZE UV	171	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

DEFINITIE:

- Lampa bactericida UV este utilizata ca metoda fizica de dezinfectie a aerului si suprafetelor netede din boxe de laborator,sali de tratament,cabinet de consultatii ,sali de asteptare , adica in spatii unde incarcatura microbiana este ridicata
- metoda completeaza curatenia si dezinfectia chimica

TEHNICA DE LUCRU:

- asistenta de cabinet sau asistenta de tura conecteaza lampa la o sursa de energie
- incaperea unde se aplica trebuie curatata si dezinfectata in prealabil de ingrijitoarea de curatenie
- lampa se lasa sa actioneze 30 minute
- dupa care se consemneaza in registru de functionare lampa UV(data ,persoana responsabila ,ora inceperii, ora incetarii)
- se poate ajunge pana la 48 cicluri /24 h

PARTICULARITATI:

- tubul bactericid al lampii trebuie pastrata in perfecta stare de curatenie(dupa deconectare de la retea se sterge cu o bucata de material textil imbibat in alcool)
- in cazul in care pe tub exista materie organica aceasta interfera cu lungimea de unda a lampii modificandu-se efectul germicid al acesteia(lungimea de lunda cu efect germicid maxim este de 253,7nm)
- in momentul aplicarii lampii ferestrele trebuiesc inchise si nu trebuie sa existe persoane in incapere
- dezinfectia se mentine atat cat nu exista surse de recontaminare(pacienti cu boli respiratorii,personal,ferestre deschise etc)
- cand s-a ajuns la nr. de ore de functionare ~9000h/tub trebuie anuntat responsabilul cu aparatura medicala si schimbat tubul consemnandu-se acesta schimbare(data cand a fost schimbat tubul)

RESPONSABILI:

- as. de tura sau de cabinet

VERIFICA:

- as. sef sectie

CONTROLEAZA:

- CPCIN

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Scintei Carmen	Medic CPCIN	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabilește modul de lucru privind instituirea si anunțarea carantinei

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in tot spitalul.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
Ordinul MS nr.916/2006, privind prevenirea si combaterea IN

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = șefi de secții / laboratoare / departamente
Echipa de proces = asistenta șefa pe spital + director medical

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Carantina reprezintă restricții asupra regimului de activitate a persoanelor sănătoase care au fost expuse unui contact infectant, în scopul prevenirii transmiterii mai departe a bolii in perioada de incubație daca aceasta ar apărea.

Se deosebesc:

a) **carantina** impune limitarea libertarii de deplasare a celor expuși unei boli infecțioase, pentru o perioada de incubație a acelei boli, astfel încât sa se preîntâmpine contactul lor efectiv cu cel mai puțin sau deloc expuși (carantina se instituie in condiții special, după verificare epidemiologica si la ordinul MS)

b) **izolarea,** care consta in limitarea selectiva si parțiala a libertarii de deplasare a contactelor - presupuși sau cunoscuți - ale receptivității celor din anturaj, corelata cu riscul concret de transmitere a bolii. În context, se limitează accesul aparținătorilor la pacienții internați. Aici se includ:

   a. **supravegherea individuala** consta in supravegherea stricta a contactelor pentru a recunoaște cat mai precoce debutul infecției sau bolii, fara a introduce restricții de deplasare

b. **discriminarea (agregarea**) consta in separarea unei parți din colectivitate supravegheata pentru un motiv special, control sau observație – de ex. Separarea copiilor si îndrumarea lor in familii imune, stabilirea unor măsuri sanitare de protecție a secțiunii neinfectate fata de cea infectata

7. LEGISLATIE APLICABILA

Ordinul Ministrului Sănătății nr. 972 /2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

Ordinul Ministrului Sănătății nr. 8/ 6 ianuarie 2000 privind informarea operativa in probleme de epidemiologie si igiena

8. DESCRIEREA PROCESULUI

Instituirea carantinei se face in situații epidemiologice deosebite (epidemii , pandemii), la solicitarea:

1. Comitetului Județean pentru Situații de Urgenta
2. Ministerului Sănătății
3. Direcției de Sănătate Publica
4. Responsabilului / sef SSCIN

Instituirea carantinei se face concomitent cu luarea celorlalte masuri antiepidemice necesare pentru limitarea situațiilor epidemice deosebite.

Etapele in instituirea si comunicarea carantinei:

1. **Înființarea unui comitet de coordonare a activităților antiepidemice**(Manager, director medical, Medic epidemiolog CSPCIN) , prin decizie a managerului
2. **Instituirea carantinei** , prin decizie a comitetului de coordonarea a activităților antiepidemice
3. **Informarea personalului medico-sanitar**-prin:

- sistemul de comunicare interna
- note telefonice fiecare secție/ serviciu/compartiment
- întrunire cu medicii șefi de secție si asistentele șefe , paznici

4. **Elaborarea si postarea de afișe cu mesaje ce atenționează asupra carantinei si masurilor impuse -** pentru vizitatori si aparținători
5. **Organizarea circuitelor funcționale separate pentru pacienții cu risc epidemiologic** după cum urmează :

- in serviciul de internări izolarea cazurilor suspecte in saloane speciale pt. boli transmisibile

6. **Interzicerea vizitelor pe secții**; Pentru situații deosebite vizitele vor fi autorizate de Medicul sef de secție sau Medicul de garda. Vizitatorul autorizat va purta masca pe toata durata vizitei.
7. **Se interzice efectuarea consultațiilor pe secții**
8. **Se face triajul epidemiologic zilnic al personalului** in vederea depistării personalului cu afecțiuni infectocontagioase
9. **Se face triajul mamelor/ însoțitorilor** pentru depistarea afecțiunilor infectocontagioase
10. **Se impune purtarea echipamentului de protecție adecvat,** conform recomandărilor SPCIN
11. **Se face izolarea cazurilor suspecte** in saloane separate; gruparea pacienților pe afecțiuni
12. Se verifica respectarea **precauțiunilor universale**
13. **S**e verifica respectarea recomandărilor din Manualul SPCIN

Încetarea perioadei de carantina se face prin decizia comitetului de coordonare a activităților antiepidemice

Comunicarea deciziei se face prin note telefonice. Se ridica toate afișele, posterele referitoare la carantina si masurile speciale anterioare

6. ANEXE / INSCRISURI

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROTOCOL DE PREVENIRE SI COMBATERE A VECTORILOR** *(insecte, rozatoare)*	**173** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/4**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătura**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Descrierea modalitatii de combatere a vectorilor.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplica in toate sectoarele spitalului.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
Ordinul MS nr.536/1997

4. RESPONSABILITĂŢI:

1. MANAGER
   - Alocarea de fonduri necesare combaterii vectorilor

2. SERVICIUL ADMINISTRATIV
   - Montarea plaselor de tantari
   - Asanarea si igienizarea subsolurilor

3. DIRECTOR ECONOMIC
   - Sesizarea prompta a Serviciului de Salubritate in caz de intarziere in ridicarea deseurilor menajere(zilnic in sezonul cald, la 3 zile in sezonul rece)
   - Sesizarea prompta a Serviciului de Ecarisaj pentru indepartarea cainilor comunitari

4. INGRIJITOR DE CURATENIE SI MAGAZIONER
   - mentinerea unei igiene corespunzatoare
   - eliminarea prompta a deseurilor menajere
   - supravegherea permanenta si mentinerea unei igiene corespunzatoare in punctele cheie ce pot favoriza aparitia vectorilor anume (bloc alimentar, oficii alimentare, noptiere, magazii de alimente)
   - comunicarea imediata a depistarii vectorilor catre CPCIN pentru a putea

- interveni si a lua masurile necesare in timp util)

VERIFICA:
- As. sef sectie: starea de igiena in sectie/compartiment
- As. de dietetica: starea de igiena in bloc alimentar si magazia de alimente

CONTROLEAZA: CPCIN

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

DEFINITII:
1. DEZINSECTIA = activitatea de distrugere a insectelor
2. DERATIZAREA = activitatea de distrugere a rozatoarelor

Dezinsectia si deratizarea reprezinta dupa cum rezulta din definitie activitati de prevenire si combatere a vectorilor si implicit a bolilor transmise prin intermediul acestora.
Este conoscut deja ca a preveni este mult mai usor decat a combate si in plus prezenta insectelor respectiv a rozatoarelor reprezinta un disconfort pentru om.
Legislatia in vigoare stipuleaza clar rolul si periodicitatea realizarii activitatilor de dezinsectie si deratizare.
Ord.M.S.nr.536/1997 privind "Normele de igiena pentru mediu de viata al populatiei" prevede ca:
- Dezinsectia sa se realizeze ori de cate ori este nevoie dar nu mai mult de 3 luni
- Deratizarea sa se realizeze ori de cate ori este nevoie dar nu mai mult de 6 luni(in principal primavara si toamna)

DEZINSECTIA poat fi:
1. preventiva

Previne dezvoltarea insectelor prin indepartarea conditiilor ce pot favoriza existenta, inmultirea si contaminarea cu germeni patogeni .
Se poate realiza prin:
- masuri de igiena personala si a incaperilor
- indepartarea corecta a rezidurilor menajere
- impiedicarea accesului insectelor zburatoare prin aplicarea de site la ferestre
- asanarea si igienizarea subsolurilor din zonele de locuit

2. combativa

Se poate realiza prin mijloace:
- fizice (indepartarea prin scuturare ,tundere,imbaiere ,prin calcatul rufelor cu fierul de calcat incins,caldura umeda sub forma de fierbere)
- chimice utilizeaza:
  - substante cu actiune distrugatoare =insecticide
  - substante cu actiune de indepartare=insectifuge

1. INSECTICIDE:

CLASIFICARE-CRITERII:
- in functie de calea de patrudere (de ingestie, de respiratie, de contact)
- in functie de viteza de actiune (de soc si remanenta)
- in functie de structura chimica (organice si anorganice)

2. INSECTIFUGE (EX:naftalina sau unele plante: cu efect scazut insa:tutun, frunze de levantica, tutun)

Combaterea mustelor:
- indepartarea regulate a deseurilor solide si lichide care pot constitui substrat pentru depunerea oualor si dezvoltarea larvelor
- mentinerea curateniei
- etanseizarea usilor si ferestrelor

Combaterea tantarilor : cu insectifuge si insecticide
Combaterea paduchilor si puricilor

- prelucrarea bolnavilor
- prelucrarea hainelor

Prelucrarea bolnavului:

- tunderea parului
- pieptanarea cu un pieptene des
- aplicarea de solutii insectricide speciale

Prelucrarea hainelor si a lenjeriei:(se aplica de 2-3 ori la interval de 3 zile)

- fierberea
- calcatul cu fier incins
- aplicarea de insecticide pulbere pe toata suprafata acestora

Combaterea gandacilor de bucatarie:

- negri(se trateaza in special pardoseala si gurile de canal)
- rosii(se trateaza peretii verticali,crapaturile din ziduri,dulapurile,noptierele)

DERATIZAREA
MASURI PROFILACTICE

- depozitarea corecta a alimentelor in magazii,
- curatenia zilnica a acestora,depozitarea
- evacuarea corecta a deseurilor menajere.

MASURI COMBATIVE
Se realizeaza prin:

- metode mecanice(capcane)
- metode chimice(raticide)

In cadrul Spitalului exista anumite particularitati care constituie in acelasi timp avantaje si dezavantaje.
Avantaje:

- existenta unui personal responasabil ,preocupat de starea de igiena a sectiei /compartimentelor
- existenta salilor de mese unde bolnavii pot manca pentru a evita resturile alimentare din saloane
- existent ape sectii a frigiderelor unde pacientii isi pot pastra mancarea
- existenta unui program de vizita al apartinatorilor

Dezavantaje:

- inexistenta unitatii de igienizare a pacientilor
- prezenta cainilor comunitari in incinta unitatii care pot constitui vectori pentru transmiterea unor boliexistenta unei platforme de deseu menajer cu deservire comuna cu locuitorii din imprejurimi, ceea ce face dificila combaterea eventuelelor rozatoare
- inexistenta la unele ferestre a plaselor de tantari

6. ANEXE

Planificare DERATIZARE X/ DEZINSECTIE O

Nr crt	Luna	Secția ...	Secția ...	Secția ...	Secția ...
1.	IANUARIE				
2.	FEBRUARIE				
3.	MARTIE				
4	APRILIE				

5	MAI	X O	X O	X O	X O
6	IUNIE				
7	IULIE				
8	AUGUST	X O	X O	X O	X O
9	SEPTEMBRIE				
10	OCTOMBRIE				
11	NOIEMBRIE				
12.	DECEMBRIE	X O	X O	X O	X O

INTOCMIT CPCIN **APROBAT MANAGER,**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

In urma analizei si determinării zonelor, practicilor si personalului expus la risc infecțios (harta zonelor cu risc infecțios) se impun o serie de obiective si masuri pentru reducerea riscului infecțios:

Obiectivul nr. 1. Formarea personalului

Activităţi

1. **Formarea personalului nou angajat:**

- Tipul maladiilor care sunt tratate in spital si care pot afecta sănătatea.
- Conceptul de precauțiune universala
- Atitudinea in cazul expunerii profesionale cu produse biologice care fac obiectul precauțiunilor universale.
- Utilizarea echipamentului de protecție
- Semnalizări vizuale

Ordinul MS nr.916/2002, privind combaterea infecțiilor nosocomiale

2. **Formarea continua** prin instructaje periodice a personalului si prezentarea de norme specifice din domeniul sanatatii, masuri de igiena. **(plan instruire 2013-anexat**)

Responsabil : CPCIN

Termen: trimestrial

Obiectivul nr. 2. Supravegherea stării de sănătate a personalului medico-sanitar

2.1.Examenul medical la angajare

La angajare se fac următoarele investigații medicale : Rx. pulmonar, RBV, VHB, consult neuropsihiatric, aparat circulator, osteoarticular, urogenital.

Responsabil - medic medicina muncii

Termen - la angajare

2.2.Examenele medicale periodice

Controlul medical periodic se face personalului medical, mediu si auxiliar, conf. Ordinului Ministerului Sanatatii nr.15 din 1982.

Responsabil - medic medicina muncii

Termen - anual

2.3. Urmărirea accidentelor cu expunere la risc biologic

Se face de către asistentul sef si medicul responsabil CPCIN, care tine evidenta accidentelor de munca prin contaminare biologica ca si profilaxiile in cazul unei expuneri profesionale.

Responsabil - asistent sef, CPCIN

Termen - anual

2.4 Vaccinarea personalului medico-sanitar (program vaccinare 2013 – anexat**)**

Vaccinarea se face cu vaccin antihepatită B2 si cu vaccin antigripal, explicându-se avantajele si inconvenientele vaccinării cat si ale absentei acesteia.

Responsabil - asistent sef, CPCIN

Termen - anual

Obiectivul nr. 3. Dotarea cu echipament individual de protecție

3.1.Dotarea personalului cu echipament individual de protecție adecvat activităților cu risc biologic:

- Mănuși
- Halate
- Bonete

3.2.Ca accesorii de securitate la echipamentul individual de protecție includem sistemele de recoltare a sângelui, eprubete vacutainer care reduc riscul producerii unor accidente prin recapișonarea acului sau contaminarea tegumentelor.

Responsabil - director economic, serv administrativ,

Termen - echipament – 1data/ 2 ani

- **Materiale - anual, cf planului de achiziții**

Obiectiv 4. Monitorizarea circuitului deșeurilor si reducerea deșeurilor cu risc infecțios(anexa Plan gestiune deșeuri 2013, procedura de colectare,transport deșeurilor **)**

Deșeurile contaminate care provin din activitatea medicala sunt colectate in saci galbeni,

depozitate in pubele si transportate la depozit temporar de deșeuri periculoase .

Deșeurile menajere se colectează in saci gri sau negri, se depozitează in pubele si se transporta la platforma pentru deșeuri menajere.

Sacii sunt legați si etichetați pentru a se depista in cazul unui accident cu expunere la materiale contaminate secția de unde provin.

Deșeurile intepatoare si taietoare care provin din activitatea medicala se depoziteaza in recipiente securizate (incineratoare) inscriptionate cu simbolul risc biologic si la depozit temporar de deseuri periculoase.

Prin aceste masuri se reduce riscul contaminarii prin manipluarea deseurilor contaminate,

accidentarea prin taiere sau intepare. Pubelele se dezinfecteaza dupa fiecare utilizare.

Responsabil - responsabil deseuri pe unitate, director economic, serv administrativ,

Termen - permanent

Obiectiv nr. 5. Respectarea si monitorizarea respectarii circuitului lenjeriei

Lenjeria contaminata este colectata in saci galbeni, cea murdara in saci gri sau negri, depozitata in pubele etichetate si transportata la spatiul pentru lenjerie murdara cu carucioare care se dezinfecteaza dupa fiecare utilizare.

Lenjeria curata se transporta din spatiul pentru lenjerie curata al spitalului in sectii in saci speciali, unde este depozitata in dulapul e lenjerie curata a sectiei

Responsabil - responsabil CPCIN, as sef spital

Termen - permanent

Obiectiv nr. 6. Respectarea si monitorizarea transportului probelor biologice

Se face de către o personalul laboratorului cu care spitalul are contract, personal care preia probele biologice din sectii si le transporta la laborator.

Responsabil- responsabil CPCIN, as sef spital

Termen - permanent

Obiectiv nr. 7. Respectarea programului de dezinfectie , deratizare, dezinsectie (program DDD – anexat)

Pentru dezinfectie se achizitioneaza mai multe tipuri de dezinfectanti pentru suprafete, vesela, maini, urmarindu-se eficacitatea lor prin controale periodice TIS, aeromicroflora de către compartimentul epidemiologic.

Personalul primeste sapun, sapun lichid, prosoape de hartie, dezinfectant pentru maini, hartie igienica.

Responsabil- responsabil CPCIN, as sef spital

Termen - permanent

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURI PRIVIND CURATENIA SI DEZINFECTIA**	**175** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/10**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătura**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor şi a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Prezenta procedura are drept scop:

- descrierea modului de curățenie și dezinfecție în general în spital;
- menținerea unui mediu curat și bine aerisit cu reducerea riscului de IN (infecție nosocomială)

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în cadrul secției (secțiilor) / departamentului / serviciului (serviciilor) etc.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

- Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor și metodologiei de acreditare a spitalelor
- Manualul de nursing
- Ordinul MS nr.261/2007, privind aprobarea Normelor tehnice privind curățenia, dezinfecția și sterilizarea în unitățile sanitare
- Ordinul MS nr.916/2006, privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și control al infecțiilor nosocomiale în unitățile sanitare

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = infirmiera și îngrijitoarea de curățenie de salon
4.2 Echipa de proces = Medicul curant + Medicul sef de secție + medical epidemiolog

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Definiție

Curățenia: metoda de decontaminare a suprafețelor,obiectelor și tegumentelor prin care se îndepărtează odată cu praful și substanțele organice și o parte din microorganisme (95%-98%),utilizând detergenți,produse de întreținere și curățenie

Dezinfecția: metoda de distrugere a microorganismelor patogene de pe suprafețe ,obiecte și tegumente utilizând dezinfectantul și antisepticul(99,99%)

Tipuri de curățenie :
1. zilnica
2. periodica(după dezinfecția ciclica sau 1/luna) - curățenie generala

Curățenia

Aplicarea rațională a metodelor de curățenie a încăperilor, suprafețelor și obiectelor poate realiza o decontaminare de 95 – 98%, foarte apropiata de cea obținuta dintr-o dezinfecție eficace.

Curățenia are avantajul ca acționează asupra tuturor microorganismelor.

Metodele folosite pentru curățenie sunt: spălarea, ștergerea, aspirarea, perierea etc.

Spălarea

Spălarea consta în antrenarea prin udare și îndepărtarea pulberilor și substanțelor organice. Puterea de spălare depinde de capacitatea de udare. Spălarea se realizează prin folosirea de apa calda și substanțe tensioactive. Spălarea trebuie urmata de clătire abundenta.

Ștergerea

Ștergerea umeda a suprafețelor (lambriuri, mobilier, etc.) realizează îndepărtarea microorganismelor. Se utilizează pentru menținerea curățeniei în intervalele dintre spălări.

Condiții de eficacitate a ștergerii:

- utilizare de cârpe (ștergătoare) curate
- umezirea lor cu soluție cu detergent proaspete
- schimbarea frecventa a cârpelor și apei de ștergere
- dezinfecția și uscarea cârpelor și a recipientelor după folosire

Alte metode de curățenie: se poate efectua maturatul sau periatul umed dar sunt metode cu eficacitate redusa.

Nu se recomanda maturatul uscat sau scuturatul în încăperi.

Curățenia în încăperi trebuie întotdeauna asociata cu aerisirea.

Ustensilele și materialele de curățenie se depozitează în condiții igienice.

Curățenia este utilizata în mod obișnuit ca metoda de decontaminare profilactica.

5.2. Dezinfecția

Este metoda de decontaminare prin care se urmărește distrugerea în proporție de 99,99% în mediul înconjurător a formelor vegetative a microorganismelor în scopul prevenirii infecțiilor.

Dezinfecția se aplica întotdeauna după curățenia în prealabil a tuturor suprafețelor.

In orice activitate de dezinfecție trebuie sa se aplice masurile de protecție a muncii pentru a preveni accidentele și intoxicațiile.

Dezinfecția în spital utilizează în principal agenți chimici, substanțe cu efect antimicrobian nespecific (dezinfectant – substanța aplicata numai pe suprafețe inerte – este toxica și iritanta; antiseptic – poate fi aplicat pe tegument, mucoase, plăgi).Uneori aceeași substanța în soluție diluata este antiseptic, iar în soluție mai concentrata este dezinfectant.

Decontaminarea echipamentelor medicale și a suprafețelor de lucru intra în responsabilitatea personalului autorizat pentru exploatarea echipamentelor și a asistenților responsabili cu faza preanalitica.

Personalul care utilizează în mod curent dezinfectantele este instruit cu privire la utilizarea și gestionarea substanțelor dezinfectante, precum și în ceea ce privește masurile de protecție a muncii și de prim ajutor.

5.3. Efectuarea curățeniei și dezinfecției

In Spitalul Sfântul Sava, curățenia se efectuează zilnic la începutul și la sfârșitul activității și ori de cate ori este nevoie. Personalul care realizează curățenia poarta halat și mănuși de unica folosința, deoarece vine în contact cu produse biologice potențial infecțioase și toxice. După curățenie se va efectua dezinfectarea suprafețelor de lucru, a pavimentelor și a pereților cu substanțe dezinfectante (ex. Incidur).

Regula de zi cu zi este ca în spital sa existe în mod permanent îngrijitoare de curățenie(femeie de serviciu). Îngrijitoarea poate interveni intr-un sector de lucru în timpul activității, dar numai la cererea și sub supravegherea responsabilului de analiza care decide întinderea și regulile intervenției de curățenie. De exemplu, externarea unui pacient dintr-un salon când trebuie făcuta curățenie la patul pacientului externat, schimbata lenjeria, dezinfectata toaleta, etc. Pentru alte situații de urgenta este important ca îngrijitoarea sa nu facă decât ceea ce i se cere în mod expres.

Igienizarea, curățenia și dezinfecția în cadrul Spitalul Sfântul Sava se realizează în baza unui grafic de curățenie (săptămânal și lunar) elaborat de asistenta sef de secție , aprobat de Directorul medical și CPCIN în conformitate cu cerințele normelor sanitare și antiepidemice în vigoare. Graficul include operațiunile cu frecventa zilnica, saptamanala și lunara, precum și responsabilitățile pentru execuție și control.

Zilnic se va efectua :

- saloane, coridoare, sala de masa, club, cabinete medicale, farmacie, etc.
- paviment : maturare umeda, spălare cu detergent, dezinfecție
- pereți verticali (zona de contact cu mâinile) : spălare cu detergent, dezinfecție
- holuri : maturare umeda, spălare cu detergent, dezinfecție
- grupuri sanitare : spălare cu detergent, dezinfecție

Saptamanal se va efectua spălarea cu detergent și dezinfecția ușilor, pereților, geamurilor.

Lunar se va efectua spălarea cu detergent și dezinfecția plafoanelor și corpurilor de iluminat.

In funcție de tipul dezinfectantelor folosite se iau masuri specifice de precauție pentru evitarea accidentelor astfel :

- substanțele dezinfectante se folosesc numai pentru suprafețele pentru care sunt indicate
- in funcție de natura substanței dezinfectante se evita contactul cu pielea, mucoasele, ochii; în caz de accident se spăla din abundenta cu apa.
- produșii pe baza de diclorizocianurat de sodiu(substanța pe baza de clor activ) sunt utilizați pentru dezinfecția generala a suprafețelor, a instrumentarului, pipete, ustensile de laborator, dezinfecție HIV ,dezinfecția suprafețelor ce vin în contact cu alimentele.
- diclorizocianurat este un oxidant puternic, nu este combustibil, dar mărește combustia altor substanțe reacționând violent cu acestea și favorizând producerea focului și a exploziei ; substanța se descompune la căldura, iar în contact cu apa provoacă vapori de monoxid de carbon și emisie de clor ; produșii sunt iritanți pentru piele și ochi, cai respiratorii, iar ingestia produce efecte caustice asupra tubului digestiv. Soluția este „instabila”(trebuie obligatoriu preparata extemporaneu) acționează în condiții de curățenie(este inactivata de materia organica)
- in timpul manipulării sunt interzise : consumul de alimente, băuturi, fumatul
- in timpul lucrului se folosește echipament de protecție : halat, mănuși, masca

Pentru verificarea eficientei curățeniei și dezinfecției se executa lunar control bacteriologic pentru aer, suprafețe și podele(in baza unui contract încheiat cu laboratorul DSP-.....)

CURATENIA SI DEZINFECTIA SUPRAFETELOR

1. Curățenia și dezinfecția pavimentului
2. Curățenia și dezinfecția suprafețelor verticale(pereți vopsiți în ulei,pereți cu faianța,pereți cu tapet lavabil ,geamuri)
3. Curățenia și dezinfecția pe hol, coridoare,scări ,in vestiare
4. Curățenia și dezinfecția grupurilor sanitare(chiuvete,cazi de baie,dus,wc-uri,pisoare,bideuri)
5. Curățenia și dezinfecția saloanelor
6. Curățenia și dezinfecția sălilor de tratament

Tehnici :

a). Curățenia și dezinfecția paviment

- aerisirea încăperilor
- maturatul umed
- spălarea cu detergent
- clătirea
- aplicarea dezinfectantului cu respectarea timpului de contact în funcție de recomandările producătorului

b). Curățenia și dezinfecția suprafețelor verticale

- aerisirea încăperilor
- ștergerea umeda sau spălarea acestora cu detergent(unde sunt pete de murdărie)
- aplicarea de dezinfectant

c). Curățenia și dezinfecția pe hol ,coridoare ,scări și în vestiare

- aerisirea
- maturatul umed(daca este cazul)
- spălarea cu detergent a pavimentului ,
- clătirea
- ștergerea umeda cu detergent –dezinfectant a balustradei ,obiectelor de mobilier,a pereților la nivelul zonelor de contact,a pervazurilor,rama ferestrelor
- ștergerea de praf a plafonului
- aerisirea, curățenia ,dezinfecția în vestiare(maturatul umed,spălarea cu detergent a pavimentului,ștergerea umeda a vestiarelor,aplicarea dezinfectantului,ștergerea de praf a pereților ,a pervazurilor,plafonului,dezinfecția și detartrarea grupurilor sanitare)

d).Curățenia și dezinfecția grupurilor sanitare

- se curata faianța de pe pereți
- se curata obiectele sanitare
- se clătește
- se aplica soluția dezinfectanta
- detartrare în funcție de duritatea apei

e). Curățenia și dezinfecția în saloane

- **a**erisirea încăperilor
- maturatul umed
- ștergerea umeda a mobilierului,eventual spălare daca prezintă urme vizibile de murdărie urmata de dezinfecție
- ștergerea prafului de pe pervazuri,plinte,plafon
- ștergerea,spălarea,dezinfecția obiectelor sanitare utilizate de pacienți
- spălatul pavimentului cu detergent
- clătirea acestuia
- aplicarea soluției dezinfectante cu respectarea timpului de contact și a concentrației de lucru

- patul bolnavului trebuie sa fie întotdeauna curat, schimbata lenjeria de pat și corp ori de câte ori este nevoie ,dar nu mai mult de 3 zile.
- colectarea lenjeriei se face în saci de rufe murdare,nu se depozitează pe secție mai mult de 24h
- transportul la spălătoria spitalului se face cu căruciorul de rufe murdare (se spăla și se dezinfectează după utilizare)
- ridicarea rufelor curate de la spălătorie se face după un program afișat la spălătorie
- depozitarea lenjeriei curate se face în locuri bine aerisite ,fără umezeala,bine igienizate și fără prezenta vectorilor
- deșeurile menajere trebuiesc îndepărtate zilnic
- noptierele trebuie verificate zilnic și îndepărtate eventualele resturi alimentare
- nu se accepta servirea meselor în saloane sau patul bolnavului decât cazurile excepționale(bolnavi nedeplasabili)

f). Curățenia și dezinfecția în sălile de tratament , explorări funcționale și laborator

- aerisirea încăperii
- se curata și se dezinfectează toate suprafețele și obiectele din încăpere începând cu cele mai puțin murdare și se termina cu cele foarte murdare(cutiile pentru deșeuri)
- ștergerea prafului de pe pervazuri ,pereți ,plafon
- nu se admit ghivece cu flori și flori tăiate în încăpere
- spălarea și dezinfecția mesei pentru tratament și a meselor din laborator intra în sarcina asistentelor și trebuie realizata ori de câte ori este nevoie
- spălatul pavimentului
- aplicarea soluției dezinfectante
- cutiile pentru deșeuri periculoase nu trebuie depozitate mai mult de 48h pe secție
- atenție !respectați precauțiunile universale cu reducerea accidentelor vizavi de manipularea acestora

Atenție! In orice moment trebuie sa cunoașteți denumirea dezinfectantului utilizat,concentrație și timp de contact.

Respectați întocmai timpii de curățenie și dezinfecție cu efectuarea celor 2 operațiuni ori de câte ori este nevoie.

Întotdeauna un mediu curat bine întreținut înseamnă prevenire și control al infecțiilor intraspitalicesti, intervenindu-se asupra celui de al2lea factor al procesul epidemiologic(cai și mod de transmitere)

6. ANEXE / INSCRISURI

- FIŞĂ ELIMINARE DEŞEURI PERICULOASE
- PROGRAM CURATENIE ZILNIC
- PROGRAM CURATENIE LUNAR
- UTILIZAREA SUBSTANTELOR DEZINFECTANTE SI ANTISEPTICE
- CRITERII DE UTILIZARE A DEZINFECTANTILOR
- CRITERIILE DE UTILIZARE SI PASTRARE A ANTISEPTICELOR

- FIŞĂ ELIMINARE DEŞEURI PERICULOASE

Nr. Crt.	Agentul economic care preia deşeurile	Cantitate deşeuri	Data/ora predării	Persoana care predă Numele/semnătura	Persoana care primeşte Numele/semnătura
1					
2					
3					

- PROGRAM CURATENIE ZILNIC

(paviment, pereți verticali, suprafețe, holuri, grupuri sanitare, saloane, etc.)

	Tura I			Tura II		
Pavilionul / compartimentul	**Numele și prenumele îngrijitorului**	**Program de curățenie**	**Program de dezinfecție**	**Numele și prenumele îngrijitorului**	**Program de curățenie**	**Program de dezinfecție**

- PROGRAM CURATENIE LUNAR

(spălarea cu detergent și dezinfecția plafoanelor și corpurilor de iluminat, etc.)

		Tura I		Tura II	
Nr. Crt.	**DATA**	**Numele și prenumele îngrijitorului**	**Program de curățenie**	**Numele și prenumele îngrijitorului**	**Program de curățenie**
1					
2					
3					

- UTILIZAREA SUBSTANTELOR DEZINFECTANTE SI ANTISEPTICE

DENUMIRE	UTILIZARE	DILUTIE	APLICARE	OBSERVATII
MICROBAK FORTE				
Detergent - dezinfectant pe baza de săruri non-critice și semi-critice de amoniu, fără aldehide	Dezinfecția suprafețelor și a dispozitivelor "non-critice" și a dispozitivelor "non-critice"	1%-2%, 10-20 ml/litru, seringa dozatoare	ștergere	soluția se prepara cu apa la temperatura camerei, timp de acțiune 30 minute - 1h
				evitarea contactului microbacteriilor cu substanțe ce conțin aldehide
				suprafața trebuie spălata înainte cu apa apoi aplicata soluția microbacteriilor
BACILLOL				
dezinfectant alcoolic	dezinfecția suprafețelor și dispozitivelor alcool-rezistente	gata de lucru	ștergere, pulverizare	timp de acțiune 5 minute
PURSEPT				
dezinfectant clorigen	dezinfecția suprafețelor și predezinfectia instrumentului supus sterilizării	2tb./l	imersie	timp de acțiune 10minute
	dezinfecție cazarmament	6tb./10litri	ștergere, imersie	este compatibil cu detergenții, deci spălarea se poate realiza în același timp cu dezinfecția; timp de acțiune 10 minute
CLORHEXIN C				
ANTISEPTIC, lichid	dezinfecția mâinilor	gata de lucru	frecare	timp de acțiune 30 sec.-1 min.

limpede, culoare galben-pai				toleranta cutanata, de ordinul orelor
				incompatibilitate cu săpunul și detergenții anionici
STELLISEPT				
săpun dezinfectant	spălarea și dezinfecția mâinilor	gata de lucru	spălare	timp de contact 30 sec.
				toleranta cutanata
				poate fi utilizat și pentru prevenirea escarelor de decubit
				nu conține alcooli
				dubla acțiune:curățare și dezinfecție

CRITERII DE UTILIZARE A DEZINFECTANTILOR

(Art.36 Ord.M.S.nr.261/2007)

1. un produs dezinfectant este utilizat numai în scopul pentru care a fost autorizat/înregistrat(distrugerea microbilor)
2. se respecta întocmai indicațiile de utilizare(vezi protocolul de utilizare al produsului)
3. se respecta întocmai concentrația de lucru și timpul de acțiune indicate în autorizație(vezi protocolul de utilizare)
4. nu se amesteca niciodată produse diferite
5. dezinfectanții sunt în general soluții concentrate,sunt necesare astfel diluții
6. soluția preparata trebuie făcută în cantitate necesara pentru a putea fi utilizata imediat
7. soluțiile se prepara utilizând un sistem de dozare gradat
8. se notează pe recipient data preparării soluției
9. se respecta întotdeauna durata de utilizare a produsului
10. in cazul în care s-au pierdut informațiile cu privire la modul de utilizare al produsului acesta nu se mai folosește
11. manipularea produselor se face întotdeauna respectând "Precauțiunile Universale"(echipament de protecție)
12. se păstrează la loc ferit de lumina și departe de sursa de căldura

CRITERIILE DE UTILIZARE SI PASTRARE A ANTISEPTICELOR

(Art. nr.31/Ord.M.S.nr.261/2007)

1. un antiseptic trebuie folosit numai pentru scopul pentru care a fost autorizat/înregistrat(dezinfecția igienica a mâinilor)
2. se respecta întotdeauna indicațiile de utilizare de pe eticheta produsului(vezi protocolul de utilizare)
3. se respecta întotdeauna concentrația și timpul de contact precizate în autorizație/înregistrare(vezi protocolul de utilizare)
4. pe flacon se notează data deschiderii și data limita pana la care poate fi folosit(~8 zile daca după fiecare utilizare este închis și deschis corect)
5. la fiecare utilizare flaconul trebuie deschis și închis corect
6. este interzisa atingerea gurii flaconului în momentul utilizării
7. este interzisa transvazarea în alt flacon
8. este interzisa completarea unui flacon pe jumătate golit
9. este interzisa amestecarea a doua produse antiseptice diferite
10. este interzisa utilizarea succesiva a doua produse antiseptice diferite
11. după aplicare ,antisepticul nu se îndepărtează prin clătire, se pierde astfel efectul remanent
12. se păstrează numai în flacoanele originale pentru a se evita contaminarea și a nu se pierde informațiile de pe eticheta produsului

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURI DE INTERVENŢIE ÎN CAZ DE EXPUNERE A PERSONALULUI LA AGENTI CONTAMINANTI	180	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/8	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabileste modul de de actiune a personalului medical in situatia de expunere la agenti contaminati

2. DOMENIU DE APLICARE

2.1**.** Procedura se aplică in toate sectoarele spitalului.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = persoana desemnata sa intervina in caz de expunere
Echipa de proces = persoana desemnata sa intervina in caz de expunere + persoana care a fost expusa accidental

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Personalul de îngrijire medico-sanitar este expus unui risc continuu de contaminare cu agenţi patogeni transmisibili prin sânge, deoarece prin profesiunea lui, vine în contact cu sânge, lichide biologice contaminate cu sânge sau fluide posibil infectante de la persoane potenţiale surse de infecţie.
Riscul infecţie diferă în funcţie de mai mulţi factori:
- natura agentului patogen;
- tipul de expunere şi durata expunerii;
- cantitatea de sânge implicată în expunerea accidentală;
- nivelul viremiei din sângele sursei de infecţie în momentul expunerii.

De aceea, profilaxia post-expunere accidentală presupune:
1. Întreruperea actului medical, cu asigurarea securităţii pacientului;
2. Persoana accidentată anunţă imediat cadrul medical superior sau responsabilul SPCIN din secţie;
3. Asigurarea îngrijirilor de urgenţă:

În caz de expunere cutanată: se spală imediat locul cu apă şi săpun şi apoi se clăteşte, după care,se utilizează un antiseptic, timp de contact minim 5 minute: soluţie clorigenă diluată 1/10, compus iodat în soluţie dermică, alcool 70°, alt dezinfectant cutanat.

În caz de expunere percutană: se spală imediat locul cu apă şi săpun şi apoi se clăteşte după care se utilizează un antiseptic, timp de minim 5 minute: soluţie clorigenă diluată 1/10, compus iodat în soluţie dermică, alcool 70°, alt dezinfectant cutanat. Este interzisă sângerarea deoarece poate crea microleziuni care pot accelera difuziunea virusului.

În caz de expunere a mucoaselor: se spală abundant, timp de minim 5 minute, cu ser fiziologic sau apă în cazul absenţei acestuia.

Sistemul de supraveghere şi control

Are drept scop implementarea programului de prevenire a accidentelor prin expunere la sânge, stabilirea mijloacelor tehnice de punere în aplicare (formare, materiale, proceduri, etc.) şi a criteriilor de evaluare a acţiunilor întreprinse, şi evaluare cauzele accidentului şi a riscului noilor dispozitive introduce.

Unitatea sanitară în care s-a produs accidentul

- asigură prelevarea şi trimiterea eşantioanelor de sânge provenite de la pacientul sursă, pentru testare, la unitatea desemnată sau asigură efectuarea lor în unitate;
- prelevarea şi trimiterea probelor biologice se va face conform legislaţiei (standardelor) în vigoare;
- trimite persoana accidentată către serviciul de supraveghere a infecţiilor nosocomiale;
- asigură trimiterea persoanei accidentate către spitalul de boli infectioase în oricare dintre următoarele situaţii:
  - sursa HIV pozitiv cunoscută,
  - sursa HIV cu test rapid pozitiv,
  - sursa cu status biologic necunoscut şi cu risc epidemiologic crescut,
  - sursa Ag HBs pozitiv/Ac HBs prezenţi,
  - sursa Ac HCV pozitiv,
- Asigură trimiterea accidentatului la Autoritatea de Sănătate Publică Judeţeană, în vederea vaccinării antihepatită B, în cazul în care spitalul/secţia de boli infectioase nu a putut asigura vaccinarea .

Secţia în care a avut loc accidentul

Persoana accidentată :

- aplică imediat protocolul din "Ghid practic de management al expunerii accidentale la produse biologice",
- în prima oră de la accident se prezintă la medicul şef de secţie sau la medicul şef de gardă,
- în termen de 24 de ore se prezintă la responsabilul serviciului de supraveghere a infectiilor nosocomiale,
- anunţă medicul de medicina muncii pentru luarea în evidenţă.

Medicul şef de secţie sau medicul şef de gardă:

- înregistrează accidentul într-un registru de evidenţă a accidentelor cu expunere la produse biologice;
- raportează accidentul responsabilului serviciului de supraveghere a infectiilor nosocomiale în maxim 24 de ore de la producerea accidentului;
- asigură recoltarea eşantioanelor de sânge de la pacientul sursă, respectând legislaţia privind testarea voluntară cu consiliere;
- asigură transportul eşantioanelor de sânge provenite de la pacientul sursă, la laboratorul unităţii cu paturi, în care a avut loc accidentul;
- asigură recoltarea eşantioanelor de sânge de la personalul accidentat, respectând legislaţia privind testarea voluntară cu consiliere.

Laboratorul spitalului în care a avut loc accidental

- efectuează în toate cazurile testul rapid HIV, dacă acest test este disponibil. Acest test se va efectua pentru pacientul sursă, în termen de 2 ore, cu transmiterea rezultatului medicului căruia i s-a raportat evenimentul.
- primeşte şi trimite eşantioanele de sânge provenite de la pacientul sursa către laboratorul desemnat pentru efectuarea testelor ELISA de identificare a: Ac anti-HIV, Ac anti-VHC, AgHBs şi Ac HBs sau efectuează testele respective, dacă este autorizat.

Laboratorul desemnat pentru testare

Efectuează:

- pentru pacientul sursă: Ac HIV (ELISA), AgHBs, Ac VHC;
- pentru personalul accidentat: Ac HIV (ELISA), AgHBs, AcHBs, Ac VHC.

Rezultatele vor fi comunicate solicitantului (unitatea sanitară în care s-a produs accidentul) în maximum o saptămână şi la Autoritatea de Sănătate Publică judeţeană lunar/trimestrial conform normelor legale .

Serviciul de supraveghere şi control al infectiilor nosocomiale din spitalul în care a avut loc accidentul

· răspunde de aplicarea programului de supraveghere:

- epidemiologul va evalua riscul de infectie cu HIV, VHC, VHB;
- epidemiologul va asigura consilierea personalului expus şi recoltarea esantioanelor de sânge, cu respectarea legislaţiei privind testarea voluntară, în cazul în care acestea nu au fost efectuate de către medicul şef de secţie sau medicul şef de gardă;
- în cazul în care riscul de infectie cu HIV şi/sau VHC este absent, iar riscul de infectie cu VHB este prezent, persoana accidentată va fi indrumata către Autoritatea de Sănătate Publica judeteana, la cabinetele de vaccinare desemnate, pentru vaccinarea anti hepatită B;
- în cazul în care riscul de infectie cu HIV şi/sau VHC este prezent, indiferent de riscul VHB, persoana accidentată va fi indrumata către spitalul de boli infectioase ;
- persoanele accidentate care sunt deja cunoscute cu infectie cronica cu VHB şi/sau VHC, vor fi indrumate către spitalul de boli infectioase pentru a se stabili o conduita adecvată ;
- anunta medicul de medicina muncii despre evenimentul înregistrat;
- completează şi trimite lunar, la Autoritatea de Sănătate Publica judeteana, fişele de supraveghere ;
- completează şi trimite semestrial la Autoritatea de Sănătate Publica judeteana, fişele unităţii sanitare;

· va face analiza semestriala a cazurilor de expunere accidentală profesională şi de seroconversie înregistrate în unitate ;

· anuntă medicul de medicina muncii al unităţii sanitare în care s-a produs accidentul despre seroconversia pentru HIV şi/sau VHB şi/sau VHC (cu respectarea confidenţialităţii conform legislaţiei în vigoare, <LLNK 12002 584 10 201 0 18>Legea nr. 584/2002).

Profilaxia post expunere la virus hepatitic B (VHB)

Se face în funcţie de statusul vaccinal antihepatită B şi statusul imunitar al persoanei expuse (nevaccinat, vaccinat responder sau vaccinat nonresponder**,** răspuns necunoscut la vaccin).

1. **Dacă pacientul sursă este VHB pozitiv** :

- şi persoana accidentată a fost vaccinată complet, se recomandă testarea Ac HBs ; dacă titrul Ac HBs este peste 10 mUI/ml, persoana accidentată este protejată şi nu este la risc ;
- şi persoana accidentată nu a fost vaccinată sau a fost vaccinată incomplet sau dacă nu se poate determina rapid titrul Ac HBs, se administrează o doză de vaccin, stabilindu-se ulterior titrul Ac HBs.

a. Dacă titrul Ac HBs este mai mare de 10 mIU/ml se întrerupe vaccinarea.

b. Dacă titrul Ac HBs este mai mic de 10 mIU/ml se continuă vaccinarea cu schema de urgenţă (0,1,2 luni şi rapel la 12 luni).

2. **Dacă pacientul sursă este VHB negativ** :

- şi persoana accidentată a fost vaccinată complet, se recomandă testarea Ac HBs ;
- şi persoana accidentată nu a fost vaccinată se recomandă vaccinarea împotriva hepatitei B după schema obişnuită (0,1,6 luni).

Consiliere postexpunere VHB

Persoana expusă nu va dona sânge, plasmă, organe, ţesuturi sau spermă .

Nu sunt necesare:

· modificarea practicilor sexuale,

· precauţii speciale pentru prevenirea transmiterii secundare,

· modificarea responsabilităţilor de serviciu,

· în caz de infecţie acută se aplică profilaxia secundară.

Managementul postexpunere la virus hepatitic C (VHC)

Atitudinea în cazul expunerii accidentale la produse biologice constă în stabilirea statusului VHC al pacientului sursă şi a persoanei expuse:

1. Dacă **anticorpii anti-VHC negativi la pacientul sursă,** riscul de transmirtere a VHC trebuie considerat nul.

Excepţiile constau în existenţa infecţiei în perioadă de incubaţie (1-3 luni) şi în cazul imunosupresiei întâlnită la dializaţii cronici, precum şi la transplantaţii renali.

În aceste două situaţii se poate infecţia VHC doar prin detectarea ARN-ul viral circulant.

2. Dacă **anticorpii anti-VHC sunt pozitivi la pacientul sursă** (sau ARN-ul viral este pozitiv), risc posibil de transmitere a infecţiei este între 1 şi 7%.

Se recomandă testarea periodică şi luarea în evidenţă de serviciul de specialitate.

Profilaxia postexpunere la VHC

Nu este recomandată, deoarece imunoglobulinele nu sunt eficiente.

De asemenea, nu există dovezi privind utilitatea antiviralelor (interferon), care pot fi eficiente doar în cazul infecţiei manifeste.

Monitorizare postexpunere VHC

Se recomandă testarea ARN-ului viral la 4-6 săptămâni, pentru un diagnostic precoce al infecţiei cu virusul hepatitic C.

Testarea anticorpilor anti-VHC prin ELISA, precum şi ALAT la 4-6 luni după expunere.

Confirmarea reacţiei ELISA pozitive printr-un alt test.

Nu există recomandari pentru terapia infecţiei acute.

Consiliere postexpunere VHC

Persoana expusă nu va dona sânge, plasmă, organe, ţesuturi sau spermă.

Nu sunt necesare:

- modificarea practicilor sexuale,
- precauţii speciale pentru prevenirea transmiterii secundare,
- modificarea responsabilităţilor de serviciu.

Managementul postexpunere la virusul imunodeficienţei umane (HIV)

Implică:

- evaluarea şi testarea preliminară a persoanei expuse si a sursei,
- consideraţii asupra conduitei terapeutice (când, ce, încărcătura virală,
- monitorizare şi consiliere.

Profilaxia postexpunere la HIV

Principii:

- se începe cât mai curând posibil, deoarece expunerea trebuie privită ca şi urgenţă şi trebuie gândită în termen de ore şi nu de zile;
- nu se cunoaşte intervalul de timp după care profilaxia este ineficientă;
- profilaxia se va reevalua după 72 de ore când se pot obţine date suplimentare despre sursă. Dacă sursa este HIV negativă, profilaxia se va opri.

Chimioprofilaxia postexpunere –HIV

Se aplică în concordanţă cu evaluarea statusului serologic a pacientului sursă:

· persoana sursă este infectată cu HIV ;
· persoana sursă este HIV necunoscut;
· persoana sursă este HIV negativă.

A. Dacă persoana sursă este infectată cu HIV decizia de începere a profilaxiei se bazează pe:

- **Date clinice** : riscul de transmitere a HIV este mult mai ridicat dacă pacientul sursă se găseşte într-un stadiu avansat de boală, SIDA declarată, (CD4<200mm3),

2 Natura lichidului biologic incriminat:

- contactul cu sângele sau lichide biologice hemoragice defineşte un accident prin expunere la sânge şi implicit riscul expunerii la HIV. Pe de altă parte, HIV a putut fi izolat în alte lichide biologice: spermă, secreţii vaginale, lapte matern, lichid amniotic, pericardic, peritoneal, pleural, sinovial, cefalo-rahidian, dar nici un caz dovedit de transmitere profesională prin aceste lichide nu a fost raportat până acum.

3 Criteriile de severitate ale rănii

a. Expunere masivă, cu risc crescut:

- înţepăturile profunde , cu dispozitive intravasculare sau ace cu lumen folosite pe cale intravenoasă sau intraarterială şi
- toate expunerile la HIV "concentrat" .

În acest caz **chimioprofilaxia** este recomandată.

b. Expunere cu risc intermediar:

- tăieturile cu bisturiu prin mănuşi,
- înţepăturile superficiale cu ac cu lumen utilizate pe cale intravenoasă sau intraarterială,

Recomandarea chimioprofilaxiei depinde de bilanţul persoanei sursă şi anume este recomandată dacă aceasta are o încărcătură virală crescută sau o patologie oportunistă în curs de evoluţie.

Chimioprofilaxia este discutabilă în cazul în care pacientul sursă este în stadiul asimptomatic sau prezintă o încărcătură virală scăzută sau indetectabilă.

c. Expunere cu risc scazut

- eroziunile simple epidermice superficiale cu un ac plin (ac de sutură) sau cu lumen de mic calibru (intramuscular sau subcutanat),
- un contact cutaneo-mucos.

În acest caz **tratamentul trebuie discutat ţinând** cont de natura exactă a expunerii şi de statusul pacientului sursă.

B. Dacă persoana sursă este HIV necunoscut:

Se analizează riscul de infecţie HIV în funcţie de statusul clinic, biologic şi epidemiologic:

- dacă expunerea este de mare risc, tratamentul este recomandat,
- în cazul riscului intermediar şi scăzut, tratamentul trebuie discutat.

C. În cazul în care nu există nici un argument care să sugereze o infecţie HIV la persoana sursă (sursa negativă), tratamentul nu este recomandat şi se discută numai în caz de expunere la risc crescut.

Consiliere postexpunere HIV

Este necesară:

- la apariţia efectelor secundare ale profilaxiei postexpunere,
- la apariţia semnelor şi simptomelor infecţiei acute (febra, rash, infecţii respiratorii),
- pentru prevenirea transmiterii secundare,
- abstinenţa sexuală sau folosirea prezervativelor,
- interzicerea donării de sânge, organe sau ţesuturi.

6. ANEXE / INSCRISURI

- Fisa de urmarire a expunerii accidentale

FISA DE SUPRAVEGHERE A ACCIDENTULUI POST EXPUNERE LA PRODUSE BIOLOGICE A PERSONALULUI SANITAR

Nr. Fisa
JUDETUL:
LOCALITATEA
UNITATEA SANITARĂ SECTIA/COMPARTIMENTUL
SPCIN da/nu
medic epidemiolog da/nu
Initialele CNP
CATEGORIA PROFESIONALĂ
DATA NASTERII: SEX
Vechimea în activitatea profesională
Vechimea în serviciul actual
Data si ora accidentului
Data si ora declarării
Statusul vaccinai HVB : vaccinat complet cu 3 doze ; în curs de vaccinare; nevaccinat
CIRCUMSTANTELE ACCIDENTULUI
Locul producerii accidentului
Gest de rutină /situatie de urgentă
Câte ore a lucrat înainte de accident
Primele îngrijiri de urgentă aplicate da/nu
Dacă da, timpul scurs de la accident până la aplicare
NATURA EXPUNERII
întepare ac : da/nu tipul acului....
Tăiere da/nu
Dacă da: superficial
Profund
Proiectie sânge da/nu
lichide biologice da/nu ,
tipul lichidului biologic locul proiectiei: ochi, fată , piele lezată
Cantitatea de produs biologic la care a fost expus accidentatul : mică(sub 5 ml), medie (sub 50 ml), mare (peste 50 ml).
Timpul de contact cu produsul biologic :
mai putin de 5 min., între 5-14 min., întrel5 min-lora si peste o oră.
Alt tip de expunere:
Denuminrea procedurii efectuate în momentul accidentului
MECANISMUL ACCIDENTULUI:
autoaccidentare
accidentare de către un coleg
accidentare de către un pacient
alte mecanisme
PREVENIREA
APLICARE PU : DA/NU ; DACĂ NU, DE CE?
Echipament de protectie :
Mănusi da/nu, nu este cazul nr. perechi utilizate
Mască
Halat
Protector facial
Alte
Cum credeti că acest accident ar fi putut fi prevenit ?
INFORMATII DESPRE SURSA ACCIDENTULUI
NECUNOSCUTĂ da/nu
CUNOSCUTĂ da/nu
Pacient (status imunologic confirmat prin date de laborator)
STATUS HIV
** cunoscut, pozitiv, în tratament da/nu, dacă da, precizati tratamentul:.....

** negativ
** necunoscut, apartine grup de risc da/nu ,dacă da ce grup de risc
STATUS VHB
** cunoscut, pozitiv antigen HBs, în tratament da/nu, dacă da, precizati tratamentul:.....
** negativ
** necunoscut, apartine grup de risc da/nu ,dacă da ce grup de risc
STATUS VHC
** cunoscut, pozitiv, în tratament da/nu, dacă da, precizati tratamentul:.....
** negativ
ATITUDINEA ÎN CAZ DE ACCIDENT
Măsuri imediate : da/nu, dacă nu, de ce?
Spălare cu apă si săpun: da/nu
Antiseptic : da/nu, dacă da, care: Testul HIV rapid: da/nu, dacă nu, de ce? Examene serologice: da/nu anterior accidentului da/nu
initiate cu ocazia accidentului:
• HIV ELISA da/nu
• Antigen HBs da/nu
• Anticorpi anti HBs da/nu
• Anticorpi antiHV da/nu
• Altele
Tratament profilactic: da/nu , dacă da, pentru ce:
Data începerii tratamentului:
Comentarii:
Cine a completat fisa (numele prenumele , functia în clar) Data:

FISA UNITĂTII SANITARE
Numele Unitătii Sanitare
Nr. Total paturi
Nr. Total pacienti spitalizati/
Nr.total consultatii:
Număr zile de spitalizare
Nr. Total personal medico sanitar pe spital din care: pe sectii: medici, asistente, personal auxiliar, tehnic,
*** medici rezidenti, eleve/elevi la scoala sanitară postliceală, studenti, alte ....**
SPCIN da/nu, medic epidemiolog da/nu

Fisa clinica de înregistrare a expunerii profesionale cu risc de infectie HIV

Spitalul de Boli Infectioase care a asigurat PPE:.....
Medicul specialist care a asigurat PPE:.....
1. Persoana expusă
Numele.....Prenumele.....; vârsta.....ani; CNP;.....
LOCUL DE MUNCA.....Locul accidentului.....
PROFESIA.....VECHIMEA.....ani
Data expunerii .....__/ ...../ ...../ ...../
ZZ LL AA ora
Localizarea anatomica a expunerii:.....
Tipul expunerii: ☐ Transcutan; ☐ Mucoase; ☐ Cutan
Produsul biologic incriminat: ☐ sânge
☐ aalte umori.....
☐ produse biologice continând sânge vizibil
.....

Testări la:	Data	HIV	AgHBe	AcHBs	AcHCV
momentul 0					

6 săptămâni					
3 luni					
6 luni					

CONSILIERE PRE-TESTARE (data):..... CONSILIERE POST-TESTARE (data):
PROFILAXIE ANTIRETROVIRALA
Data initierii: ...../ ...../ .....ora.
Schema si dozele. .....
.....
.....
Durata: .....
Reactii adverse apărute si rezolvarea lor:
.....
Profilaxie Antihepatitâ B:
 Imunoglobuline specifice: DA/NU DATA:
 Vaccin anti-Hepatită B DA/NU DATA: 1 .....
2 .....
3 .....
Alte tratamente:.....
Slatus final HIV:.....HBV:.....HCV:.....
2. Pacient (SURSA POTENTIALA DE INFECTIE)
NUMELE..... PRENUMELE..... FO.....
TEST HIV:...../data:.....; AgHBs:...../data:..... AcHCV:...../data:
încărcătura virală HIV:..... Rezistenta virală:.....
Tratamente ARV anterioare:..... .....
Data initierii TARV actuale: .....
Limfocite CD4: ...../data: ..... Stadiul climco-imunologic:

Protocol de asigurare a îngrijirilor de urgentă, în caz de expunere accidentală la produse biologice

1. ÎN CAZ DE EXPUNERE CUTANATĂ :

• se spală imediat locul cu apă si săpun si apoi se clăteste, după care

• se utilizează un antiseptic, cu timp de contact minim 5 minute : solutie clorigenă diluată 1/10, compus iodat în solutie dermică, alcool 70 ° sau alt dezinfectant cutanat

2. ÎN CAZ DE EXPUNERE PERCUTANĂ :

• se spală imediat locul cu apă si săpun si apoi se clăteste, după care

• se utilizează un antiseptic, cu timp de contact minim 5 minute : solutie clorigenă diluată 1/10, compus iodat în solutie dermică, alcool 70 ° sau alt dezinfectant cutanat

• *interzisă sânger ar ea deoarece poate crea microleziuni care pot accelera difuziunea virusului*

3. ÎN CAZ DE EXPUNERE A MUCOASELOR :

• spălare abundentă timp de 5 minute cu ser fiziologic sau cu apă în cazul absentei acestuia.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE COLECTARE, SORTARE SI ELIMINARE DESEURI**	**181** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/5**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediției procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

I. PROCEDURA DE COLECTARE SI DEPOZITARE A DESEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITATI MEDICALE

- **Deșeuri provenite din farmacie**
- **Deșeuri provenite din serviciul radiologic si imagistica nucleara**

II. PROCEDURI MEDICALE CARE SĂ PREVINĂ PRODUCEREA DE DEŞEURI PERICULOASE SAU SĂ REDUCĂ PE CÂT POSIBIL CANTITĂŢILE PRODUSE

1. SCOP*:*

Procedura prezintă modalitatea de sortare, colectare, depozitare si eliminare a deșeurilor in cadrul Spitalului .

Procedura stabilește norme privind colectarea, trierea deșeurilor la locul generării, depozitarea si eliminarea finala a acestora, respectând precauțiunile universale in cadrul Spitalului.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se adresează întregului personal medical si auxiliar din cadrul unității in vederea respectării cu rigurozitate a normelor de colectare, triere si depozitare conform Ord. M.S. nr.219/2002.

Exista sarcini precise pentru tot personalul medical si auxiliar privind obiectivele care reduc apariția infecțiilor nosocomiale si a accidentelor prin expunere la produs biologic:

- colectarea si trierea la locul generării
- depozitarea temporara.
- eliminarea finala
- respectarea precauțiunilor universale
- masuri de reducere

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

- Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
- Ordinul MS nr.916/2002, privind combaterea infecțiilor nosocomiale
- Ordinul MS nr.219/2002, privind curățenia si dezinfecția in spitale

- Legea nr.132/2010, privind colectarea selectiva a deșeurilor in instituțiile publice
- Ord.M.S nr.219/2002 - privind norme colectare,depozitare si eliminare a deșeurilor rezultate din activitățile medicale
- Ghid privind managementul accidentelor prin expunere la produse biologice

4. RESPONSABILITĂŢI:

Manager

- prevede fonduri pentru sistemul de gestionare a deșeurilor
- nominalizează persoanele in sistemul de gestionare a deșeurilor

Medicul CPCIN

- stabilește codul de procedura in gestionarea deșeurilor
- răspunde de educarea si formarea profesionala a personalului implicat in sistemul de gestionare a deșeurilor
- stabilește circuitul deșeurilor in unitate

Sef administrativ

- răspunde de aprovizionarea de materiale necesare sistemului de gestionare a deșeurilor
- evaluează cantitățile de deșeuri periculoase si nepericuloase produse
- propune si alege metodele de tratare si soluția de eliminare finala a deșeurilor periculoase intr-un mod eficient.

Medicul

- aplica procedurile stipulate de codul de procedura
- medicul sef al secției de chirurgie/alte secții chirurgicale si al blocului operator, răspunde de colectarea separat a deșeurilor de natura umana

Asistenta șefa

- răspunde de aplicarea codului de procedura stipulate supraveghind personalul
- răspunde de planificarea necesarului de materiale pentru sistemul de gestionare a deșeurilor

Asistenta de salon

- aplica codul de procedura stipulat

Infirmiera

- aplica codul de procedura stipulat

Îngrijitoarea de curățenie

- aplica codul de procedura stipulat
- asigura transportul deșeurilor pe circuitul stabilit de codul de procedura

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

MATERIALE SI ECHIPAMENTE

- Europubele
- Containere speciale pentru deșeuri radioactive
- Saci pt. deșeuri
- De culoare albastra pt. deșeuri nepericuloase
- De culoare galbena pt. deșeuri periculoase
- Transparenți pt. material plastic
- cutii de carton de culoare galbena cu saci de polietilena in interior având pictograma « Pericol biologic »
- recipiente cu saci de polietilena de culoare neagra pentru menajere
- saci galbeni de densitate înalta

Materialele se vor ridica de la magazia spitalului cu aprobarea serviciului administrativ.

Colectarea si trierea deșeurilor periculoase si nepericuloase

Tipuri de deșeuri:

1. **deșeuri periculoase**
2. **deșeuri nepericuloase**

Deșeurile periculoase:

- deșeuri infecțioase
- deșeuri tăietoare-înțepătoare
- deșeuri chimice

Deșeurile nepericuloase: deșeurile asimilabile celor menajere. In cazul in care au venit in contact cu produs biologic sau orice deșeu infecțios devin infecțioase.

Deșeurile infecțioase: seringi, pansamente, comprese, mănuși, tubulatura perfuzorului, precum si materiale care au venit in contact cu virusuri, bacterii, paraziți etc.

Deșeurile tăietoare-înțepătoare: ace, catetere, branule, sticlărie de laborator care a venit in contact cu material infecțios etc.

Deșeurile chimice si farmaceutice: substanțe dezinfectante si substanțe tensioactive (termen de valabilitate expirat), serurile, vaccinurile, reactivii folosiți in laborator etc.

Colectarea se face intr-un ambalaj de unica folosința care se elimina împreuna cu conținutul, separat pentru fiecare categorie de deșeuri.

CODURI DE CULOARE

Deșeurile infecțioase - in cutii de carton de culoare galbena cu saci de polietilena de asemenea de culoare galbena. Pe cutie obligatoriu sa existe pictograma « Pericol biologic », instrucțiunile privind modul de utilizare, spitalul de unde provine, secția, cantitatea, conținutul si numele persoanei care manipulează deșeurile.

Deșeurile tăietoare-înțepătoare - in cutii de PVC de culoare galbena, de asemenea cu pictograma «Pericol biologic».

Nivelul de umplere al cutiilor este de 3/4 din volumul sau.

Deșeurile sunt sortate în locuri bine delimitate, marcate si utilizate doar în acest scop. Sortarea se face pe categorii de deșeuri după cum urmează:

a) Deșeurile nepericuloase se colectează în saci de culoare albastra: ambalajele materialelor sterile, sticle care nu au venit în contact cu sânge, hârtie, resturile alimentare, saci si alte ambalaje

Toate ambalajele de hârtie sau carton vor fi desfăcute si colectate separat în vederea reciclării

b) Deșeurile periculoase se colectează în saci transparenți si saci de culoare galbena: flacoane de perfuzii, seringi, catetere, perfuzoare, câmpuri operatorii, pansamente, mănuși si orice deșeuri care au venit în contact cu sângele sau alte lichide biologice

Aceste deșeuri vor fi sortate după cum urmează:

• Material plastic (flacoane de perfuzie, truse pt. perfuzie, seringi etc., fără urme de produse biologice) se va colecta în saci transparenți

• Material moale si mănuși – se vor colecta în saci de culoare galbena

Este interzisa amestecarea deșeurilor din material plastic cu material moale, ace, lame sau alte tipuri de materiale

c) **Deșeurile înțepătoare – tăietoare** se colectează în cutii de plastic care vor fi puse la dispoziția clinicilor de către serviciul administrativ al spitalului. Este interzisa recapisonarea acelor de seringa cu capacul de protecție, acele fiind colectate direct în cutiile de plastic. La locul de colectare a deșeurilor este obligatorie prezenta containerelor de plastic în care se afla sacii de colectare, fiecare container fiind inscripționat corespunzător.

Tehnica de lucru :

- asistenta de salon echipata corespunzător (halat, mănuși de latex nesterile)

- recipiente pentru deșeuri infecțioase, tăietoare-înțepătoare si menajere sunt așezați unul lângă altul in sala de tratament lângă masa unde se pregătește tratamentul (pentru a se încuraja colectarea si trierea corecta a deșeurilor de orice tip)
- in cutiile de carton se colectează deșeurile infecțioase (material care a venit in contact cu produs biologic sau cu microorganisme)
- in recipiente cu saci negri se colectează tot ce înseamnă deșeu menajer (deșeu care nu intra in categoriile anterioare)
- se dezinfectează masa de tratament înainte si după utilizare, apoi laveta folosita se colectează in cutia de carton la fel si mănușile
- înainte de terminarea perfuziei asistenta cu mănuși de latex nesterile ia cutia de carton (din sala de tratament) in salon pentru a colecta deșeurile infecțioase după care o aduce tot in sala de tratament
- deșeurile infecțioase respectiv tăietoare-înțepătoare rămân pe secție 48h după care se transporta la depozitul temporar
- deșeurile chimice si farmaceutice se colectează in saci de polietilena de culoare galbena pe care se notează cu marcări simbolul corespunzător (coroziv, inflamabil-pentru deșeuri chimice, toxice – pentru deșeuri farmaceutice)
- ambalajele sunt de unica folosința si se preiau împreuna cu conținutul de firma transportatoare.

Transportul intern :

- îngrijitoarea de curățenie echipata corespunzător (halat, mănuși de latex nesterile)
- cutiile sunt transportate pe circuitul stabilit, respectând programul de predare (zilnic-dimineața 8.30-9.00 si prânz 13.30-14.00)
- se realizează cu cărucioare mobile conform graficului (dimineața si la prânz). Personalul care manipulează cutiile cu deșeuri respecta Precauțiunile Universale fiind instruit in acest sens. Se va afișa circuitul deșeurilor in fiecare sector

Depozitarea temporara

- se realizează intr-un spațiu amenajat prevăzut cu sursa de apa, sifon de pardoseala, ventilație naturala, paviment si pubele mobile de culoare galbena prevăzute cu pictograma « Pericol biologic ».
- pubele se spală si se dezinfectează după fiecare utilizare. Depozitarea temporara nu trebuie sa depășească 72h din care 48h in incinta unității si 24h pentru eliminare conform Ord.M.S.nr.219/2002

Transportul extern

- firma cu care are spitalul contract preia deșeurile si transporta extern conform graficului si programului din contractul încheiat

Evidenta cantităților de deșeuri infecțioase si tăietoare – înțepătoare – se realizează in baza unui registru existent in spațiu de depozitare temporara unde se si cântăresc. Pentru o evidenta a întregii cantități de deșeuri produsa de spital se aplica metodologia de investigație-sondaj (marți ora 14.00 si se termina joi ora 08.00) pentru a calcula cantitative medii lunare.

Înregistrarea datelor privind deșeurile periculoase in vederea transportului si eliminării finale

Înregistrarea se realizează intr-un formular de identificare pentru transport si eliminare care conține:

- date de identificare a unității producătoare:
- date de identificare a prestatorilor de servicii transport
- date de identificare a prestatorilor de servicii eliminare
- cantitatea de deșeuri trimisa pentru transport si eliminare
- numele si semnăturile responsabililor pentru fiecare etapa
- procedura de eliminare finala
- data si ora pentru fiecare etapa

Educarea si formarea personalului responsabil cu gestionarea deșeurilor

Se realizează periodic si ori de câte ori este nevoie.

Responsabilități in gestionarea deșeurilor

- Manager-ul unității
- Coordonatorul activității de protecție a mediului
- CPCIN
- Sef serviciu administrativ
- Medicii curanți si șefi de secție
- Asistenta
- Infirmiera si îngrijitoarea de curățenie

6. CONTROLUL

Controlul respectării prezentei proceduri este efectuat zilnic de către serviciul administrativ al spitalului la locul de colectare a deșeurilor de la platforma din curtea spitalului. Administratorul controlează cel puțin o data pe săptămâna modul de sortare si depozitare a deșeurilor în fiecare secție. În cazul în care apar încălcări ale acestei proceduri asistenta șefa din clinica este convocata pentru demararea unei anchete administrative.

7. SANCTIUNI

Sancțiunile pentru încălcarea acestei proceduri vor fi dictate de Comisia de disciplina a Spitalului, conform codului muncii, după cum urmează:

a. Avertisment scris
b. Penalizare cu 10% din salariu pe o perioada de 1-3 luni
c. Imputarea amenzilor primite de către spital de la forurile de control
d. Desfacerea contractului individual de munca în cazul a 3 abateri repetate.

Aceste sancțiuni vor fi aplicate persoanei direct răspunzătoare de respectarea acestui protocol. Asistenta șefa din fiecare secție va aduce la cunoștința personalului de îngrijire aceasta procedura si va întocmi un proces verbal de luare la cunoștința care va fi semnat de întreg personalul de îngrijire.

8. MODALITATI DE REDUCERE A DESEURILOR

- Pregătirea personalului pentru o mai buna desfășurare a activităților medicale, evitând producerea de deșeuri inutile
- Se vor efectua cursuri de formare in aplicarea legislației din domeniul deșeurilor
- Se vor utiliza materiale consumabile in orice domeniu posibil
- Se vor colecta ritmic deșeurile, se urmărește evitarea greșelilor de colectare
- Se vor separa deșeurile periculoase de cele reciclabile sau nepericuloase (hârtie, ambalaje plastic etc.)

6. ANEXE / INSCRISURI

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabilește modul de lucru privind curățenia echipamentelor din secția de recuperare.

2. DOMENIU DE APLICARE

2.1**.** Procedura se aplică in secția de recuperare

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

- Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor
- Manualul de nursing
- Ordinul MS nr.261/2007, privind aprobarea Normelor tehnice privind curățenia, dezinfecția și sterilizarea in unitățile sanitare
- Ordinul MS nr.916/2006, privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si control al infecțiilor nozocomiale în unitățile sanitare

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = asistenta pentru aparatura medicala
Echipa de proces = asistent sef sectie + medic epidemiolog

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Lista cu echipamanetele din sectie:

1. Echipamente de protectie ale personalului: .....
2. Aparatura medicala:
   - Termeometre
   - Tensiometre
   - Instrumentar pentru mica chirurgie
   - .....

Intretinerea termometrelor:

1. După fiecare utilizare.....
2. Termometrele se păstrează.....

6. ANEXE / INSCRISURI

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura descrie modul cum se realizeaza sterilizarea cu aer cald

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in cadrul compartimentului de sterilizare

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

3.1 Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
3.2 ordinul MS nr.916/ 2006
3.3 Ordinul MS nr.261/ 2007

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = asistenta care pregateste materialul de sterilizat și asistenta care realizeaza sterilizarea
4.2 Echipa de proces = medical epidemiolog

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Principiu: expunerea materialului de sterilizat la aer cald (temp.180 grade Celsius timp de 1h sau 2h la 160 grade celsius)

Materiale necesare:

- sterilizator cu aer cald (Pupinel)
- cutii metalice (nedeformate)
- indicatori fizico-chimici
- indicatori integratori
- manusi de bumbac
- registru de sterilizare

Tehnica de lucru:

- materialul de sterilizat (instrumentar, sticlarie) este decontaminat, spalat, uscat (pe suporti metalici sau silicon) Atentie ! nu pe tifon sau alt material textile
- dupa uscare se aseaza in cutii metalice impreuna cu indicatorii integratori
- cutiile metalice se curata si dezinfecteaza dupa fiecare sterilizare
- pe capacul cutiilor metalice se lipesc 2 benzi indicator fizico-chimic
- se aseaza pe gratarele etuvei spatiate pentru circularea aerului cald si eficienta sterilizarii
- se pune in functiune etuva
- ciclu de sterilizare are 4 faze (faza de incalzire a etuvei – depinde de aparat,faza de omogenizare,faza de sterilizare – temp.180grade Celsius timp de 1h si faza de racire-depinde de aparat)
- timpul de sterilizare se masoara din momentul atingerii temperaturii-180grade celsius)
- nu se deschide etuva in perioada de sterilizare
- se deschide in momentul cind temperatura a ajuns la <50grade celsius
- ciclu complet are 4-5h
- cutiile metalice se scot cu manusi de bumbac
- se verifica :
    - virarea culorii indicatorilor fizico-chimici
    - etanseitatea cutiilor metalice
- se noteaza in caietul de sterilizare :
    - data si ora sterizarii
    - continutul cutiilor metalice
    - rezultatul indicatoriilor fizico-chimici
    - persoana care a realizat sterilizarea
    - temp.de sterilizare
- se recomanda respectarea programului de mentenanta a aparatului cu o firma autorizata in acest sens

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA STERILIZARE CU ABUR SUB PRESIUNE	184	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Expunerea materialului de sterilizat la contactul cu abur sub presiune

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in cadrul compartimentului de sterilizare

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

3.1 Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
3.2 ordinul MS nr.916.....
3.3 Ordinul MS nr.261.....

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = asistenta care pregateste materialul de sterilizat și asistenta care realizeaza sterilizarea
4.2 Echipa de proces = medical epidemiolog

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

MATERIALE NECESARE:

- Autoclav (sterilizator cu abur sub presiune)
- Materialul de sterilizat
- Cutii metalice perforate
- Indicatori fizico-chimici pentru autoclav
- Indicatori “ integratori”
- Test Bowie-Dick
- Registru de sterilizare

TEHNICA DE LUCRU:

- Asistenta care se ocupa de sterilizare echipata corespunzator(halat de protectie, manusi de latex nesterile) preia materialul de sterilizat
- Materialul de sterilizat (instrumentar, material moale, obiecte din cauciuc) este decontaminat, clatit, uscat, asezat in cutii in camera de primire a truselor(in circuitul murdar) de catre asistenta care se ocupa de acest lucru
- Se verifica trusele cu materialul de sterilizat
- Se introduce testul " integrator" in interiorul truselor
- Se inchide cutia lasand deschise orificiile pentru patrunderea aburului
- Se lipesc doua bandelete de test fizico-chimic superior si inferior pe cutia metalica
- Se conecteaza aparatul la tensiune
- Se introduce cutia metalica care contine un pachet test din bumbac in interiorul caruia se afla hartia test Bowie-Dick si se efectueaza un ciclul complet de sterilizare cu durata de 3, 5 minute, inainte de sterilizarea materialului
- Se interpreteaza testul Bowie -Dick
- Se introduce cutia cu materialul de sterilizat
- Se inchide autoclavul
- Se incepe sterilizare cu cele trei faze:prevacumare, de sterilizare si postvacumare
- Faza de preincalzire(de eliminare a aerului din camera de sterilizare si din materialul sterilizat) consta din trei purjari:0, 8atm;1, 5atm;2, 2atm-durata de
- Faza de sterilizare:durata de sterilizare 30 minute la temperatura de 134 grade Celsius
- Faza de post-vacumare –durata de
- Dupa terminarea ciclului de sterilizare se astepta sa scada temperature sub 100 grade Celsius(presiune la 0 atm)
- Se deschide autoclavul
- Se pun manusile din bumbac si se extrag cutiile metalice
- Se inchide cutia metalica cu materialul sterilizat
- Se verifica virarea culorii indictorilor fizico-chimici si testului Bowie-Dick
- Se eticheteaza cutia notand: data, ora, autoclavul la care s-a realizat sterilizarea, numele persoanei care a realizat sterilizarea
- Se noteaza in registrul de sterilizare:data, nr.autoclavului (daca sunt mai multe), continutul cutiilor si nr.sarjei, temperature si presiunea la care s-a realizat sterilizarea, durata ciclului de sterilizare, rezultatele indicatorilor fizico-chimici, semnatura persoanei care a realizat sterilizarea, data la care s-a realizat intretinerea si verificarea autoclavului, se ataseaza si rezultatul testului Bowie-Dick notandu-se data, ora, persoana care a realizat interpretareav testului.

PARTICULARITATI:
- Daca in timpul ciclului de sterilizare exista cadere de tensiune se reia ciclul complet de sterilizare(se consemneaza in registrul la observatii)
- Daca indictorii fizico-chimici nu au virat corespunzator materialul se considera nesteril(se consemneaza in registru la observatii)
- Daca testul Bowie-Dick nu vireaza corespunzator inseamna ca sterilizarea cu abur nu asigura parametrii standard de temperatura si presiune pentru a se asigura o sterilizare eficienta
- Obligatoriu asistenta care efectueaza sterilizarea trebuie instruita in vederea sterilizarii aparatelor sub presiune

RESPONSABILI:
- Asistenta care realizeaza sterilizarea

CONTROLEAZA:
- DIR.MEDICAL
- MEDIC CPCIN

	Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**185**
		Ed.: 1 / **Rev.:0**
	PROCEDURA DE UTILIZARE A INDICATORILOR FIZICO- CHIMICI FOLOSITI IN MONITORIZAREA STERILIZARII	**Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura descrie utilizarea indicatorilor fizico-chimici folositi in monitorizarea sterilizarii

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in cadrul compartimentului de sterilizare

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

3.1 Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
3.2 ordinul MS nr.916/ 2006
3.3 Ordinul MS nr.261/ 2007

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = asistenta care pregateste materialul de sterilizat și asistenta care realizeaza sterilizarea
4.2 Echipa de proces = medical epidemiolog

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Conform Ord.M.S nr.261/2007 ,privind Normele tehnice de curatenie, dezinfectie si sterilizare in unitatile sanitare “,obligatoriu se verifica eficienta sterilizarii prin virarea culorii benzilor de indicator fizico-chimic lipit pe cutii.

Material necesar:

- benzi adezive cu indicatori chimici pentru sterilizarea cu abur si caldura uscata.
- rola de indicator pentru autoclav are marcaj sub forma unei linii pe diagonala”/”
- rola de indicator pentru etuva are marcaj sub forma de “v”
- latimea benzilor este de 19 cm, iar lungimea de 50 m

Tehnica de lucru:

- Pentru identificarea pachetelor sterile se folosesc cel putin 5 cm de banda
- Se examineaza culoarea indicatorului in lumina suficienta

- Se evalueaza schimbarea de culoare a indicatorului

Interpretare:

- o schimbare uniforma de culoare indica atingerea parametrilor de sterilizare(temperatură, presiune, timp)
- o schimbare neuniforma de culoare indica sterilizare incompleta ,iar pachetul se considera nesteril (este contraindicate utilizarea acestuia)
- banda indicator de aer fierbinte(culoare de la verde----la maro inchis)
- banda indicator pentru autoclav(dungile albe își schimba culoarea in maro inchis-negru dupa 10 minute la 121 grade celsius sau 2 minute la 134 grade Celsius

Conditii de depozitare si valabilitate a indicatorilor:

- benzile trebuie pastrate la o temp. de 15-25 grade Celsius,protejate de lumina UV directa si in conditii de umiditate relativa (40-60%)
- toate benzile au termen de valabilitate de 1 an de la data fabricatiei
- indicatorii sunt destinati utilizarii unice

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

DEFINITIE:
Determinarea florei microbiene din aer

Aeromicroflora
Numărul total de germeni mezofili, NTG (floră care se dezvoltă la 37 0C) este un indicator global care permite aprecierea încărcării aerului cu floră de origine umană sau animală care sunt responsabile de transmiterea infecţiilor pe calea aerului. Numărul total de germeni reprezintă totalitatea coloniilor microbiene crescute pe un mediu solid (geloza nutritivă 2%, geloza sânge). Prezenţa florei mezofile din
aer permite aprecierea condiţiilor sanitare dintr-o încăpere: aglomerarea, ventilaţia, curăţenia.
În literatura de specialitate, **valoarea limită recomandată pentru numărul total de germenii mezofili este de 2500 NTG /mc**.
Numărul de germeni hemolitici este un indicator care arată contaminarea aerului cu floră nazo-faringiană şi bucală. Majoritatea infecţiilor aerogene sunt provocate de agenţi patogeni care se elimină prin picături de secreţie nazofaringiană, salivară şi bronşică.
Germenii hemolitici fac parte din grupa a 2-a – *Agenţi biologici care pot provoca o boală omului şi constituie un pericol serios pentru angajaţi ; propagarea în colectivitate este improbabilă; există în general, o profilaxie şi un tratament eficace conform clasificării din HG 1092 / 2006, art.5.*

Valoarea limită recomandată de literatura de specialitate pentru numărul total de germeni hemolitici este de 50 NG / mc.

SINTEZA:

- Gradul de contaminare a aerului si suprafetelor reflecta un risc potential de imbolnavire care creste proportional cu densitatea bacterilor si prezenta speciilor conditionat patogene si patogene
- Contaminarea aerului este strins legata de contaminarea suprafetelor si a obiectelor acestea fiind frecvent contaminate cu flora din aer.
- De pe suprafete o data cu praful se ajung in aer foarte multe microorganisme.
- In aer exista doua tipuri de flora microbiana:

1. *flora psihrofila – care se dezvolta la temperature cuprinse intre 15-22 grade Celsius si provine din apa , sol, de pe vegetatii.*
2. *flora mezofila care se dezvolta la temperature cuprinse intre 35-40 grade Celsius.*

Este de provenienta umana sau animala.
Sursa poate fi omul atat omul bolnav (in perioada prodromala, de incubatie, de stare, convalescenta) cat si omul sanatos (purtatorul de germeni)

Din punct de vedere al patogenitatii flora poate fi :

- saprofita
- conditionat patogena
- patogena

Cele mai frecvente afectiuni care se transmit pe cale aerogena sunt bolile infecto-contagioase ale copilariei (rujeola, rubeola, varicela, parotidita epidemica,tusea convulsive etc) pe cale aerogena se transmit insa si alte afectiuni:gripa, difteria, tuberculoza etc poarta de intrare este nazo-faringele sau conjuctivita oculara.

Calea de transmitere –aerogena

Eliminarea prin secretiile nazo-faringiene.

FORME DE ELIMINARE A GERMENILOR DIN ORGANISMUL OMULUI BOLNAV SAU PURTATOR SANATOS:

- Picaturile Flugge eliminate in aer datorita dimensiunilor foarte mari nu se pot transmite decat pana la o distanata de 1,5-2metri insa au o patogenitate si o viurlenta foarte mare. Ele se elimina prin tuse, expectoratie, stranut, vorbit (mai ales cand pronunta consoane)
- nuclei de picatrura Wels-in mediu exterior in conditii de umiditate scazuta picaturile Flugge isi pierd invelisul hidric si raman doar nucleii care au o patogenitate si o virulenta scazuta, dar datorita dimensiunilor foarte mari se pot transmite pe o distanta de 10-12 metri
- praful bacterian. Atat picaturile Flugge cat si nucleii Wels pot adera la particulele de pulberi formand praful bacterian care sedimenteaza si prin anumite manevre praful bacterian este antrenat in aer contaminandu-l: deschiderea si inchiderea usilor, ferestrelor, schimbarea lenjeriei de pat, maturatul uscat, stergerea uscata etc.

Din punct de vedere al patogenitatii praful bacterian are insa infectiozitate scazuta.

IMPORTANTA IGIENICO-SANITARA:
Determinarea florei microbiene in aer se realizeaza periodic in spitale, laboratoare de baterilogie,fabrici de medicamente, institutii pentru copii, unitati alimentare din doua motive:

1. pentru a aprecia potentialul pathogen de transmitere aerogena a infectiilor
2. pentru a aprecia conditiile sanitare dintr-o incapere

INDICATORI SANITARI BACTERIOLOGICI:
De obicei nu se utilizeaza deteriminarea tuturor germenilor din aer, ci doar a anumitor grupe care prin prezenta sau numarul lor pot da informatii privind contaminarea microbiana a aerului.
Acestia se numesc indicatori bacteriologici si sunt reprezentati de:

1. numarul total de germeni (NTG) care se dezvolta la 37 grade Celsius /metru cub de aer. Prezenta lor indica prezenta umana sau animala si permite aprecierea conditiilor sanitare din incapere
2. numarul de streptococci alfa hemolitici (viridans) / metru cub de aer si numarul de streptococci beta hemolitici / metru cub de aer .

Prezenta streptococului viridans indica provenienta nazo-faringiana a germenilor.Acest indicator nu are importanta epidemiologica.

3. numarul de stafilococi/metru cub de aer. Precizeaza daca germenii sunt de provenienta umana sau animala
4. numarul de coli fecali/metru cub de aer. Prezenta lor indica un grad crescut de insalubritate al incaperii.

METODE DE DETERMINARE:
In practica se utilizeaza doua metode:

1. metoda sedimentarii (m.Koch)
2. metoda aspiratiei

METODA SEDIMENTARII:
Consta in expunerea de placi Petri cu mediu solid de cultura (geloza sau geloza –sange) in incaperea unde se face determinarea. Nr. placilor si timpul de expunere sunt in functie de gradul de contaminare al aerului pe care-l banuim, dupa care placile se introduc la termostat pentru 24 h si se numara nr. de colonii crescute, apoi se fac insamantari pe medii de cultura selective.

AVANTAJE:

- metoda simpla
- permite un numar mare de determinari
- se efectueaza in timp scurt

DEZAVANTAJE:

- nu se insamanteaza nuclei de picatura si totusi este metoda cea mai frecventa utilizata in practica

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	INSTRUIRE IN BAZA GHIDULUI DE PRECAUTIUNI REFERITOARE LA PREVENIREA INFECTIILOR NOZOCOMIALE	187	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/7	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Scintei Carmen	Medic CPCIN	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

Precautiuni standard de prevenire a infectiilor nozocomiale

- acestea au fost dezvoltate de catre Centrele pt Preventia si Controlul Bolii pt a asigura cea mai extinsa protejare posibila impotriva transmiterii infectiilor. Oficialii acestor centre recomanda ca lucratorii din domeniul sanatatii sa trateze sangele cat si orice alte fluide organice (secretii, excretii, drenaje), membranele, contactul cu mucoasele si cu leziuni ale pielii ca si cum ar contine agenti infectiosi, pe baza diagnosticului pacientului
- precautiunile standard recomanda purtarea manusilor pentru orice contact sigur sau anticipat cu sangele, fluide ale corpului, lucruri contaminate, mucoase, si leziuni ale pielii. Daca in procedura efectuata ar putea sa existe riscul de stropire sau imprastiere a sangelui sau a altor fluide ale corpului pe fata, ar trebui sa se poarte masca si ochelari de protectie
- daca in procedura efectuata ar putea sa existe riscul de stropire sau imprastiere a sangelui sau a altor fluide organice pe corp ar trebui sa se poarte un halat rezistent la astfel de fluide
- tot ca un echipament protector sunt considerate a fi si acoperitorile pentru incaltaminte,ce pot fi foarte folositoare in cazul posibilitatii intrarii in contact cu o mare cantitate de sange sau alte fluide, mai ales in salile de operatie sau in unitatile de urgenta
- precautiunile specifice pentru caile aeriene au fost initiate pentru situatiile in care infectiile sunt cunoscute sau suspectate a se transmite pe cai aeriene. Organismele patogene de acest tip sunt eliberate in aer de catre persoana infectata prin tuse, prin vorbire sau stranut (prin ploaie de picaturi). Picaturile se evapora in aer lasand in suspensie microorganismele care pot fi apoi aspirate de alte persoane care intra in zona respectiva
- precautiunile specifice pentru bolile transmisibile pe cai aeriene recomanda plasarea persoanei infectate intr-o camera de izolare cu presiune negativa si purtarea de echipament respirator protector de catre toate persoanele care intra in camera pacientului
- precautiunile referitoare la transmiterea prin ploaie de picaturi sunt folosite pentru a proteja personalul medical cat si vizitatorii de contactul mucoaselor cu secretiile orale si nazale ale persoanei infectate
- precautiunile de contact sunt folosite pentru a impiedica transmiterea prin contact direct sau indirect a organismelor specifice importante din punct de vedere epidemiologic . Fiecare institutie trebuie sa stabileasca o politica de control a infectiilor care sa listeze precautiuni specifice de impiedicare a raspandirii infectiilor

Materiale necesare:

- manusi
- masti
- ochelari de protectie si alte protectoare pt fata
- halate sau sorţuri protectoare
- masti de resuscitare
- pungi speciale pt depozitarea probelor biologice

Implementare:

- ü se vor spala mainile imediat daca acestea au fost contaminate cu sange sau cu alte fluide organice, excretii, secretii, sau drenaje; de asemenea, se vor spala mainile inainte si dupa ingrijirea pacientului cat si dupa indepartarea manusilor. Spalarea mainilor indeparteaza microorganismele de pe piele
- ü se vor purta manusi daca se va intra in contact cu sangele, cu probe biologice, lucruri contaminate, fluide organice, excretii, secretii, mucoase, leziuni ale pielii, sau cu suprafete contaminate
- ü se vor schimba manusile si se vor spala mainile dupa fiecare pacient pentru a evita raspandirea contaminarii
- ü se va purta un halat impermeabil la substante lichide, protectoare pentru fata, sau ochelari de protectie si o masca pe parcursul procedurilor care prezinta riscul de a fi stropit sau de a fi imprastiat sangele si fluidele organice , cum ar fi in cazul interventiilor chirurgicale, endoscopia, dializa, intubarea sau manipularea tuburilor arteriale sau orice alta procedura cu potential de imprastiere a fluidelor organice
- ü se vor manipula acele deja utilizate cat si alte obiecte ascutite cu mare atentie. Nu se vor indoi, nu se vor rupe si nu se vor reintroduce in recipientii originali din care au fost scoase initial, se vor indepartati acele din seringi si nu se va umbla cu ele daca nu este absolut necesar. Se vor indeparta imediat dupa utilizare intr-o cutie rezistenta la intepaturi si special prevazuta pentru acest scop. Se vor utiliza instrumente (de exemplu o pensa) pentru a aduna cioburi sau alte obiecte ascutite. Aceste masuri reduc riscul ranirii sau infectarii accidentale
- ü se va anunta imediat superiorul despre toate ranirile cu ace sau alte obiecte ascutite, de imprastierea de mucozitati, sau contaminarea ranilor deschise sau leziunilor pielii cu sange sau fluide organice pentru a permite investigarea incidentului si acordarea adecvata a ingrijirii necesare
- ü se vor eticheta corect toate probele biologice recoltate de la pacienti si se vor plasa in pungi de plastic. Se vor atasa pe partea externa a pungii de plastic instructiuni de evitare a neglijentei
- ü se vor plasa toate obiectele care au intrat in contact direct cu secretiile, excretiile, sangele sau drenajele sau fluidele organice ale pacientului (de exemplu ustensile si instrumente) intr-o singura punga etansa sau intr-o cutie inainte de indepartarea ei din camera.
- ü se vor plasa lenjeriile si gunoiul in saci separati suficient de incapatori pentru a putea cuprinde fara probleme continutul
- ü daca o persoana apartinand echipei medicale prezinta o leziune exudativa sau leziuni ale mainilor(dermatite, de exemplu) va trebui sa evite orice contact direct cu pacientul pana cand nu se rezolva problema si pana cand medicul de specialitate nu o va considera apta pentru a-si continua munca

Consideratii speciale:

- @ precautiunile standard cum ar fi spalarea mainilor si folosirea corespunzatoare a echipamentului de protectie de catre personal ar trebui sa intre in rutina practicilor de control al infectiilor
- @ se vor mentineti la indemana echipamentele de resuscitare si alte dispozitive de ventilatie pentru a scadea posibilitatea realizarii procedurii de urgenta gen respiratie gura la gura astfel reducandu-se riscul expunerii resuscitatorului la fluidele organice le pacientului
- @ pentru ca nu se poate sti intotdeauna ce organisme sunt prezente in diversele situatii clinice trebuie folosite precautiunile standard la fiecare contact cu sangele, secretii, excretii, drenaje sau fluidele organice, cu mucoasele, si cu leziunile pielii. Se va hotara cu discernamant la fiecare caz in parte daca se vor folosi si precautiunile aditionale de izolare (cum ar fi cele legate de transmiterea pe cale aeriana, prin ploaie de picaturi), sau precautiunile de contact, sau a unei combinatii din acestea
- @ avand in vedere ca tipul activitatii personalului medical include expunerea repetata la sange, este recomandata vaccinarea anti HBV

Complicatii:

@ nerespectarea tuturor precautiunilor standard poate duce la expunerea la boli de sange sau alte infectii si la toate complicatiile pe care aceasta situatie le presupune

Precautiuni de prevenire a infectiilor transmise prin caile aeriene

- aceaste categorii de precautiuni, daca sunt folosite pe langa precautiunile standard, previn raspandirea bolilor infectioase ce se transmit prin agenti patogeni pe calea aerului, agenti patogeni care sunt eliberati in mediu prin respiratie, stranut sau tuse
- aceste precautiuni necesita efectiv o camera cu presiune negativa, cu usa tinuta inchisa pentru a mentine o balanta de presiune adecvata a aerului intre camera izolatoare si hol sau coridor. Este necesara o antecamera. Presiunea negativa a aerului din camera trebuie monitorizata si aerul sa fie directionat in exteriorul cladirii sau filtrat inainte de recirculare
- protectia respiratorie trebuie utilizata de catre toate persoanele care intra in camera (ideale sunt aparatele care folosesc un filtru de aer)
- daca pacientul va trebui sa paraseasca camera pentru desfasurarea unei proceduri importante, va purta o masca chirurgicala care sa-i acopere nasul si gura cat timp se va afla in afara camerei

Materiale necesare:

- masti chirurgicale
- cartela pentru usa camerei de izolare
- alte componente ale echipamentului de protectie pentru personal dupa cum este necesar conform precautiunilor standard

Pregatirea echipamentului:

- se vor pastra toate materialele necesare respectarii precautiunilor pentru transmiterea pe cale aeriana a agentilor patogeni, in afara camerei pacientului, intr-un carucior sau in antecamera.

Implementare:

- ü se va plasa pacientul intr-o camera cu presiune negativa cu usa inchisa. Daca este posibil camera ar trebui sa aiba si o antecamera. Presiunea negativa a aerului din camera trebuie monitorizata. Daca este necesar, doi pacienti cu aceeasi afectiune pot imparti o camera. Se vor explica precautiunile de izolare pacientului si familiei acestuia
- ü se vor mentine inchise tot timpul atat usa camerei pacientului cat si usa antecamerei pentru a mentine presiunea negativa a aerului si pentru a nu raspandi agentii patogeni din aer. Se vor afisa pe usa camerei precautiunile specifice transmiterii infectiilor pentru a informa orice persoana care va intra in acea camera
- ü se va instrui pacientul sa-si acopere nasul si gura cu o panza in timp ce tuseste sau stranuta
- ü se va lega o punga impermeabila pe una din lateralele patului pentru ca pacientul sa indeparteze corect obiectele folosite
- ü se va verifica sa fie toti vizitatorii dotati cu echipament de protectie corespunzator cat timp se afla in camera pacientului
- ü se va limita miscarea pacientului in afara camerei. Daca pacientul trebuie sa paraseasca camera pentru desfasurarea unor proceduri importante, va purta o masca chirurgicala care sa-i acopere nasul si gura. Va fi anunta departamentul care-l gazduieste pt respectiva interventie privind precautiunile de izolare stabilite pentru ca acestea sa fie mentinute si acolo si pentru ca pacientul sa fie adus inapoi in camera cat mai repede
- ü afectiunile care necesita astfel de precautiuni sunt: varicela, herpes zoster diseminata, herpes zoster localizata (la pacientii imunodepresivi), rubeola, tuberculoza etc

Precautiuni de prevenire a infectiilor transmise prin ploaia de picaturi

- se vor pastra toate materialele necesare luarii precautiunilor de fata in afara camerei pacientului, in caruciorul prevazut pentru astfel de materiale sau in antecamera, daca exista
- respectarea acestor precautiuni previne raspandirea infectiilor ce se transmit prin contactul secretiilor nazale sau orale (picaturi stropite prin tuse sau stranut) de la pacientul infectat ale carui membrane mucoase sunt gazda aagentilor patogeni. Aceasta categorie include afectiuni care erau pana acum incadrate in categoria bolilor ce necesita izolare respiratorie. Picaturile din mediile cu umiditate crescuta sunt grele si in general cad pe pamant; microorganismele continute in aceste picaturi nu raman in suspensie in aer si nu se transmit pe cale aeriana

- precautiunile in acest caz necesita o camera de o singura persoana (si nu neaparat dotata cu presiune negativa), iar usa nu este nevoie sa fie inchisa permanent. Persoanele care au contact direct si pana la 1 metru de pacient trebuie sa poarte masti chirurgicale care sa le acopere nasul si gura

Materiale necesare:
- masti
- halate(daca este necesar)
- manusi
- saci sau pungi de plastic

Pregatirea echipamentului:

Implementare:
- ü se va plasa pacientul intr-o camera single prevazuta cu toaleta complet utilata si cu o antecamera daca este posibil. Daca este necesar, doi pacienti avand aceeasi afectiune, pot imparti o camera
- ü se vor explica pacientului si familiei sale procedurile de izolare
- ü se vor afisa precautiunile pe usa pentru a informa in prealabil pe oricine intra in camera
- ü se vor spala mainile inainte de a intra in camera si dupa iesirea din camera cat si pe parcursul interventiilor asupra pacientului, daca asa este indicat in situatia data
- ü se va lua masca de sireturile din partea de sus, cu care e prevazuta, se va potrivi pe nas si pe gura si se vor lega sireturile astfel incat sa fie confortabila. Daca masca este preavazuta cu o clema metalica flexibila pentru nas, aceasta trebuie potrivita astfel incat masca sa stea ferm dar confortabil pe fata
- ü se va instruiti pacientul sa-si acopere nasul si gura cu o panza speciala sau prosop de hartie atunci cand stranuta sau tuseste
- ü se va lega o punga impermeabila pe una din lateralele patului ptentru ca pacientul sa indeparteze corect obiectele folosite
- ü se va verifica daca toti vizitatorii poarta masti cand se afla in apropierea pacientului sau pana la 1m de acesta, si daca este necesar, li se vor da si halate
- ü daca pacientul trebuie sa paraseasca camera pentru desfasurarea unor proceduri importante, va trebui sa poarte o masca chirurgicala care sa-i acopere nasul si gura
- ü se va anunta departamentul care-l gazduieste pt respectiva interventie privind precautiunile de izolare stabilite, pentru ca acestea sa fie mentinute si acolo si pentru ca pacientul sa fie adus inapoi in camera cat mai repede cu putinta

Consideratii speciale:
- @ inainte de indepartarea mastii se vor scoate manusile si se vor spala mainile
- @ se vor dezlega sireturile mastii si se va indeparta masca tinand-o numai de sireturi
- @ bolile care necesita astfel de precautiuni sunt: haemophilus influenzae invaziv tip b incluzand meningitele, pneumonia si sepsis, difteria, infectia mycoplasma pneumoniae, faringita streptococica, pneumonia, scarlatina la copiii mici, infectia cu adenovirus la copiii mici, parotidta epidemica (oreionul), rubeola etc

Precautiuni de prevenire a infectiilor transmise prin contact direct
- aceasta procedura previne raspandirea infectiilor ce se transmit prin contactul cu substante ale corpului care contin agenti infectiosi sau cu obiecte contaminate de substante ale corpului continand agenti infectiosi. Precautiunile de contact aplicate pacientilor care sunt infectati sau purtatori (microorganismele sunt prezente insa persoana nu prezinta simptomele clinice si semnele specifice infectiei) de organisme importante din punct de vedere epidemiologic (care pot fi transmise prin contact direct sau indirect)
- aceste precautiuni necesita efectiv o camera tip single si utilizarea manusilor si halatelor protectoare pentru oricine intra in contact cu pacientul, sau cu obiecte murdarite de substante ale corpului care contin agenti infectiosi.
- spalarea mainilor, manevrarea corecta si indepartarea adecvata a obiectelor contaminate cu substante ale corpului care contin agenti infectiosi, sunt operatiuni de asemenea esentiale

Materiale necesare:
- masti (daca este necesar)

- halate
- manusi
- saci sau pungi de plastic
- afisaj pt camera de izolare

Pregatirea echipamentului:

Se vor pastra toate materialele necesare luarii precautiunilor de contact in afara camerei pacientului, in caruciorul prevazut pentru astfel de materiale sau in antecamera, daca exista

Implementare:

- ü se va plasa pacientul intr-o camera single prevazuta cu toaleta complet utilata si cu o antecamera daca este posibil. Daca este necesar, doi pacienti avand aceeasi afectiune, pot imparti o camera
- ü se vor explica pacientului si familiei sale procedurile de izolare
- ü se vor afisa pe usa precautiunile de contact pentru a informa in prealabil pe oricine intra in camera
- ü se vor spala mainile inainte de a intra in camera, dupa iesirea din camera cat si dupa scoaterea manusilor
- ü se va plasa orice proba biologica recoltata in cutii impermeabile si corect etichetate si se vor trimite la laborator imediat. Se vor atasa pe partea externa a cutiilor instructiuni de evitare a manevrarii lor neglijente
- ü se vor instrui vizitatorii sa poarte manusi si halate pe tot parcursul vizitarii pacientului si sa-si spele mainile dupa ce isi scot manusile si halatele
- ü se vor plasa toate obiectele care au intrat in contact cu pacientul intr-o singura punga impermeabila si se vor lua masurile necesare pentru indepartarea sau pentru dezinfectarea si sterilizarea lor
- ü se va limita miscarea pacientului in afara camerei. Daca pacientul trebuie sa fie mutat, se vor acoperi toate ranile exudative cu comprese sterile. Se va anunta departamentul care-l gazduieste pt respectiva interventie privind precautiunile de izolare stabilite, pentru ca acestea sa fie mentinute si acolo si pentru ca pacientul sa fie adus inapoi in camera cat mai repede

Consideratii speciale:

- @ este esentiala curatarea si dezinfectarea echipamentului folosit de la un pacient la altul
- @ se va incerca sa se foloseasca echipament separat (termometru, stetoscop, tensiometru) pentru fiecare pacient in parte, pentru a se reduce in acest fel riscul transmiterii infectiei de la un pacient la altul
- @ se vor schimba manusile pe parcursul procedurilor medicale efectuate pacientului, dupa cum este necesar in procedura respectiva
- @ se vor spala mainile dupa scoaterea unui rand de manusi si inaintea de punerea celorlalte

Precautiuni de prevenire a infectiilor neutropenice

- spre deosebire de alte tipuri de precautiuni, acestea sunt cunoscute si sub numele de precautiuni de protectie. Acestea pazesc pacientul care se afla intr-un risc crescut de infectare, de intrarea in contact cu potentiali agenti patogeni. Aceste precautiuni sunt necesare in primul rand pentru pacientii cu arsuri neinfectate pe zone extinse, pentru cei care au leucopenie sau pentru cei cu un sistem imunitar slabit cat si pentru cei care primesc tratamente cu efecte adverse imunosupresoare
- este necesara o camera single echipata cu aer cu presiune pozitiva, daca e posibil, pentru a forta particulele aflate in suspensie sa se depuna sau sa fie scoase afara din camera
- gradul de aplicare al acestor precautiuni variaza de la stabilirea folosirii unei camere single trece prin tehnica spalarii mainilor, si limitarea traficului in camera putand ajunge pana la utilizarea halatelor de protectie, manusilor si mastilor, de catre membrii personalului si de catre vizitatori. Aplicarea acestor precautiuni mai poate varia si de la un spital la altul, depinzand de cauze dar si de cat de scazuta e imunitatea pacientului
- pentru a ingriji pacientii care prezinta temporar o sensibilitate crescuta (cum ar fi cei care au suferit foarte recent un transplant de os) este necesara,de asemenea, o unitate izolatoare pentru pacient si folosirea de lenjerie sterila, manusi, halate, acoperitoare de cap si incaltari. In asemenea cazuri toate obiectele aduse in acea camera trebuie sterilizate sau dezinfectate. Totodata, se poate modifica si dieta pacientului astfel incat sa fie evitate fructele si vegetalele crude, si sa fie permisa numai mancare gatita si pe cat posibil numai bauturi sterile

Materiale necesare:

- manusi

- halate protectoare
- acoperitori pentru incaltaminte(daca este necesar)
- afisarea pe usa a precautiunilor de acest tip

Pregatirea echipamentului:

Se vor pastra materialele necesare in afara camerei pacientului, in caruciorul prevazut pentru astfel de materiale sau in antecamera daca exista

Implementare:

ü dupa plasarea pacientului intr-o camera single, i se vor explica (atat lui cat si familiei) precautiunile de izolare pentru a-l linisti, a-i diminua anxietatea si a-i stimula cooperarea cu echipa medicala
ü se vor afisa precautiunile de acest tip pe usa pentru a informa in prealabil pe oricine intra in camera
ü se vor spala mainile cu un agent antiseptic inainte de punerea manusile, dupa scoaterea lor cat si atunci cand este necesar pe parcursul acordarii ingrijirii medicale
ü se vor purta manusile si halatele de protectie conform precautiunilor standard, afara numai daca situatia pacientului necesita purtarea de halat, manusi si masca sterile
ü se va evita transportarea pacientului in afara camerei: daca trebuie mutat, acesta va purta masca si halat de protectie. Se va anunta departamentul care-l gazduieste pentru respectiva interventie cu privire la precautiunile de izolare stabilite, pentru ca acestea sa fie mentinute si acolo si pentru ca pacientul sa fie adus inapoi in camera cat mai repede
ü nu se vor permite vizitele din partea nici unei persoane cunoscute ca fiind bolnava sau infectata

Consideratii speciale:

@ nu se vor efectua proceduri invazive asupra pacientului (cum ar fi cateterizarea uretrala , de exemplu) decat daca este absolut necesar pentru ca aceste proceduri prezinta un risc crescut de a infecta pacientul cu o imunitate slabita
@ se va instrui personalul de curatenie sa-si puna halate, masti si manusi inainte sa intre in camera
@ nici o persoana bolnava sau infectata nu va avea voie sa intre in camera
@ se va verifica daca camera este curatata cu echipament nou si extrem de curat
@ deoarece pacientul nu are o boala contagioasa, materialele care parasesc camera nu necesita precautiuni speciale in afara aplicarii celor standard

Afectiunile care necesita aceste precautii sunt: sindromul imunodeficientei dobandite, arsuri extinse neinfectate, dermatite, boli neinfectioase veziculare sau care dau eczeme(cand sunt forme severe si extinse), limfoame sau leucemie, boala lui Hodgkin (mai ales in stadii avansate), leucemia acuta, terapii cu efecte de slabire a imunitatii

Registru de evidenta a incidentelor cu expunere a personalului cu agenti infectiosi

din Sectia _____

Nr. Crt.	Data si ora expuneri i	Numele și prenumel e	Categorie profesional a	Mod de contaminare / produs biologic	Pacientul sursa Nume, prenume, Nr. FOCG	Masuri aplicate imediat conform proceduri i PL-03-18	Rezultate teste pacient(Ac HIV (ELISA), Ag HBs, Ac VHC;	Rezultate teste personalul accidentat: Ac HIV (ELISA), Ag HBs, Ac HBs, Ac VHC.	Rezultate teste personalul accidentat: Ac HIV (ELISA), Ag HBs, Ac HBs, Ac VHC, la 3 luni	Rezultate teste personalul accidentat: Ac HIV (ELISA), Ag HBs, Ac HBs, Ac VHC, la 6 luni
1	2	3	4	5	6	**7**	8	9	**10**	**11**
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătura**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Radu Zoica	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director Medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOPUL

Procedura defineşte procesul de comunicare si consultare, cu toate părţile interesate de activităţile desfăşurate in cadrul organizaţiei.

Procedura tratează:

· comunicarea internă intre diferitele niveluri si funcţii din organizaţie

Comunicarea internă cu personalul se face în conformitate cu legislaţia în vigoare şi metode caracteristiceunităţii.

2. Domeniul de aplicare a procedurii operaţionale

2.1. Procedura de faţă priveşte modalitatea de comunicare formală internă cu personalul propriu, transmiterea formală a tuturor informaţiilor către cei interesaţi;

22. Activitatea de comunicare priveşte întreg personalul angajat al unităţii;

2.3. Principalele activitati de care depinde si/sau care depind de activitatea procedurata

· desfăşurarea activitatii de acordare a asistentei medicale de specialitate;
· activitatea de secretariat;
· activitatea financiar-contabilă;
· activitatea de gestionare a resurselor materiale şi umane ale instituţiei;

2.4. Compartimentelor furnizoare de date si/sau beneficiare de rezultate ale activitatii procedurate;

· compartimente implicate in procesul activitatii:
· toate compartimentele spitalului;

3.LEGISLATIE

Documente de referinţă(reglementări) aplicabile activităţii procedurale

3.1. Legislatie primara

· Legea nr.95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătăţii,
· Hotararea 144 din 23 februarie 2010 (Hotararea 144/2010) privind organizarea si functionarea Ministerului Sanatatii;
· Codul Muncii;
· Contractul Colectiv de Muncă la nivel de unitate**;**

3.2. Legislatie secundara

- Ordin nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern;
- Ordin nr. 1389/2006 pentru modificarea si completarea - Ordin nr. 946/2005;

3.3. Alte documente, inclusiv reglementari interne ale entitatii publice

- Regulamentul de Ordine Interioară.
- Dispoziţii interne pentru stabilirea responsabilităţilor.

3.1. Abrevieri ale termenilor

Nr.	Abrevierea	Termenul abreviat
1.	P.O.	Procedura operationala
2.	E	Elaborare
3.	V	Verificare
4.	A	Aprobare
5.	Ap.	Aplicare
6.	Arh.	Arhivare

4. DESCRIEREA PROCEDURII OPERATIONALE

4.1. Generalitati

Organizarea SPITALULUI este prezentată în organigrama care este ţinută la zi şi difuzată personalului şi compartimentelor interesate. Fiecare funcţie este definită astfel încât să rezulte clar care sunt legăturile ierarhice şi responsabilităţilestabilite pentru exercitarea ei.

Comunicarea internă se referă la stabilirea modului de transmitere internă a tuturor informaţiilor în cadrul organizatiei, în scopul de a se asigura o comunicare efectivă a acestora şi implicarea deplină a personalului pentru utilizarea întregului său potenţial în vederea asigurării şi îmbunătăţirii calităţii proceselor şi serviciilor oferite de instituţie, precum şi pentru asigurarea securitatii si sanatatii muncii.

Prin comunicarea internă se urmăreşte:

- demonstrarea angajamentului managementului pentru calitatea serviciilor prestate, protecţia factorilor de mediu si SSM, prin alocarea de resurse corespunzătoare realizării obiectivelor şi definirea responsabilităţilor si autorităţii la nivelul organizaţiei;
- conştientizarea importanţei politicii si obiectivelor instituţiei, precum şi a cerinţelor beneficiarilor de servicii medicale, salariatilor;
- implicarea intregului personal în realizarea serviciilor la nivelul corespunzător cu legislaţia învigoare;
- încurajarea activă a feedback-ului şi comunicării dintre personal şi management;
- informarea factorilor de raspundere cu privire la rezultatele analizelor de management si lamăsurile corective/preventive stabilite. Informaţiile care se comunică în organizaţie sunt următoarele:
- politica, obiectivele si strategiile Spitalului;
- standarde nationale de sanatate ;
- cerinte legale si reglementari care se aplică în activitatea desfăşurată în unitate (legi, ordine,hotărâri, metodologii emise la nivel central, dispoziţii;
- cerinţele părţilor interesate privind calitatea serviciilor prestate;
- informaţii referitoare la implementarea, menţinerea şi eficienţa activităţii unităţii şcolare;
- programul de management SSM.

Comunicările în ambele sensuri pot fi verbale sau scrise, planificate sau inopinante în funcţie deurgenţa sau importanţa comunicării a riscului de impact semnificativ de mediu a producerii unui evenimentsau a unui incident de munca si capacitate de raspuns.

Comunicarea internă asigură circulaţia informaţiei pe verticală, între nivelurile ierarhice şi pe orizontală, între compartimente.

4. 2.Documente utilizate

4.2.1.Lista si provenienta documentelor

4.2.3.Circuitul documentelor

4.3.Resurse necesare

4.3.1.Resurse materiale

- birouri, scaune, rechizite, linii telefonice, materiale informatice, calculatoare personale, acces la bazade date, retea, imprimanta, spaţii de şedinţă, spaţii ăn aer liber, curţile instituţiei.

4.3.2.Resurse umane

- salariatii;

4.3.3.Resurse financiare

Cheltuielile legate de comunicarea internă vor fi asigurate în principal din bugetul propriu, aprobat de CA.

4.4.Modul de lucru

4.4.1.

Planificarea operatiunilor si actiunilor activitatii

Secretarul:

- preia zilnic corespondenţa instituţiei;
- înregistrează documentele primite în registrul unic de intrări şi ieşiri;
- înregistrează cererile, rapoartele şi referatele depuse desalariati si pacienti;
- eliberează adeverinţe;
- înaintează directorului toate documentele intrate în instituţie;
- înaintează spre aprobare directorului actele depuse;
- păstrează registrele de procese verbale de la CP şi CA, managerului, directorului medical, directorului financiar-contabil:
- coordonează procesul de comunicare internă privind activitatea instituţiei;
- stabileşte tehnicile şi metodele utilizate pentru comunicarea internă;
- comunică intern politica şi priorităţile institutiei;
- semneaza in registrul de intrari iesiri de primire;
- adoptă decizii şi hotărâri privind responsabilitatea şi autoritatea, pe care le comunică persoanelor interesate;
- încurajeaza feedback-ul,comunicarea si consultarea cu personalul, ca mijloc de implicare totală aacestuia în desfăşurarea activităţii;
- asigură resurse pentru comunicarea;
- desemnează prin dispoziţie internă persoana / persoanele responsabile de întocmirea proceselor verbale de şedinţă, de constatare etc.;
- verifică şi aprobă toate comunicările cu părţile interesate, indiferent de forma acestora;.
- reprezinta organizatia in relatia cu mass media;

Şefii de compartimente / comisii

- primesc şi transmit pe linie ierarhică toate informaţiile care vin de la nivelul managementului;
- semneaza in registrul de intrari iesiri de primire;
- asigură informări la nivelul personalului din subordine din punct de vedere profesional;
- încurajeaza feedback-ul şi comunicarea deschisă a sugestiilor şi opiniilor din partea angajaţilor, pecare le colectează şi le comunică managementului organizaţiei;
- comunică cerinţele întregului personal din subordine în scopul unei mai bune implicări a acestuia înrealizarea serviciilor la nivelul de exigenţă cerut si a cerintelor legislatiei aplicabile in vigoare;

Personalul Contractual (medici, asistenti, personal auxiliar, administrativ).

- primeşte informaţiile venite pe linie ierarhică;
- semneaza in registrul de intrari iesiri de primire;
- participă la toate formele comunicării interne: şedinţă, consfătuire, instruire, comunicare, dezbatere,informare;
- formulează sugestii şi opinii referitoare la activitatea de comunicare pe care le comunică la o treaptăierarhic superioară;

· execută dispoziţiile / hotărârile / deciziile transmise;

4.4.2. Valorificarea rezultatelor activitatii

· optimizarea sistemului de comunicare internă;
· analiza gradului de utilitate a sistemului aplicat în instituţie

4.4.3. RAPORTAREA INFECȚIILOR LEGATE DE PROCESUL DE INGRIJIRE, DIAGNOSTICARE SI TRATAMENT SURVENITE PE PARCURSUL SPITALIZARII

I. Obligatiile principale in activitatea de prevenire a infectiilor nosocomiale:

(1) Obligatiile unitatii:

a) Stabilirea obiectivelor fezabile in ceea ce priveste actiunile de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale si de pregatire profesionala specifica realizarii acestora;
b) Elaborarea si adoptarea Planului anual de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale cu actiunile si activitatile necesare realizarii obiectivelor propuse si nominalizarea atributiilor si responsabilitatilor de la toate nivelele si componentele activitatii profesionale si manageriale din unitate;
c) Asigurarea unui mediu profesional si functional-organizatoric adecvat, care sa favorizeze utilizarea unor metode si modele eficiente pentru realizarea activitatilor si responsabilitatilor asumate prin Planul anual de supraveghere si control a infectiilor nozocomiale;
d) Crearea unor conditii igienico-sanitare adecvate profilului activitatilor sub aspect edilitar, dotari nemedicale, incalzire, iluminat, aprovizionarea cu apa, alimentatie, indepartarea reziduurilor, cai de acces, etc;
e) Asigurarea, in cadrul bugetului alocat, a finantarii adecvate pentru realizarea activitatilor in concordanta cu obiectivele si actiunile propuse in Planul anual de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale;
f) Evaluarea indeplinirii atributiunilor si asumarea responsabilitatilor prevazute in planul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale, ori de cate ori situatia epidemiologica o impune, respectiv in cadrul bilantului anual de activitate, prezentat in fata consiliului de administratie al unitatii.

(2) Obligatiile personalului:

a) Adoptarea de catre intregul personal medico-sanitar, la nivelul tuturor competentelor medicale si manopere de ingrijiri, a unui comportament adecvat aplicarii masurilor de prevenire a infectiilor si respectarea principiului precautiunilor universale;
b) Asigurarea unor conditii de mediu fizic functional si servicii conexe
c) actului medical, inclusiv prin izolare functionala, care sa permita evitarea sau diminuarea riscului transmiterii infectiilor in relatie cu prestatia de ingrijiri;
d) Respectarea principiilor asepsiei si antisepsiei la toate nivelele si momentele ingrijirii si terapeuticii acordate;
e) Utilizarea unor manopere si proceduri de ingrijire si terapie bazate pe protocoale de activitate profesionala care corespund criteriului riscului minim acceptat in conditiile riscului asumat;
f) Aplicarea unor masuri profesionale de profilaxie nespecifica, dupa caz specifica, pentru protejarea bolnavilor si a personalului fata de riscul la infectie;
g) Integrarea in activitatea profesionala curenta a supravegherii specifice a asistatilor, cunoasterea si recunoasterea riscului la infectie, respectiv inregistrarea, stocarea, prelucrarea si transmiterea informatiilor privind infectiile clinic manifeste sau depistate, in conformitate cu normativele profesionale;
h) Solicitarea consultantei interdisciplinare, respectiv a colaborarii si coordonarii profesionale de specialitate pentru evaluarea riscului pentru infectie si dupa caz, a combaterii unor situatii endemice sau epidemice prin infectii nosocomiale, depistate si raportate in conformitate cu reglementarile in vigoare;

4.4. 4. Colectarea datelor.

Identificarea infectiilor nosocomiale constituie sarcina permanenta a medicilor din spitale/ambulatoriu, din sistemul sanitar de stat si privat.

Diagnosticul de infectie nosocomiala se va mentiona in actele medicale cu care lucreaza medicul (ex.: foaia de observatie clinica, fisa de consultatie, registrul de consultatie, etc.).

Inregistrarea si declararea infectiilor nosocomiale se face pe Fisa cazului de infectie nosocomiala de catre asistenta desemnata (asistenta sefa) din fiecare sectie sau directorul de ingrijiri din unitatea sanitara respectiva.

Responsabilitatea corectitudinii datelor inregistrate revine medicului in ingrijirea caruia se afla pacientul.

Fisele cazurilor de infectii nosocomiale vor fi transmise imediat compartimentului / serviciului de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale.

4.4.6. Controlul inregistrarii si declararii cazurilor de infectie nosocomiala

a) Compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale stabileste un ritm de control pentru depistarea cazurilor nediagnosticate, neinregistrate si neanuntate (ritm recomandat: minim la 2 zile, maxim la 7 zile).

b) Compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale inregistreaza si declara cazurile de infectie nosocomiala descoperite la verificarile pe care le face la nivelul sectiilor, dupa consult cu medicul care ingrijeste pacientul.

c) Centralizarea datelor se face de catre asistenta compartimentului/serviciului de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale pentru spitalul pe care il deserveste.

d) Unitatile sanitare private inregistreaza si declara cazurile de infectii nosocomiale in acelasi regim ca si unitatile sanitare de stat.

4.4.7. Analiza datelor.

Datele se prelucreaza si se analizeaza saptamanal de catre compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale.

Validarea datelor se face de compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale care poate solicita in acest sens medicul care are in ingrijire pacientul.

4.4.8. Diseminarea datelor. Datele interpretate sunt diseminate catre:

- Sectii, pentru informare si completarea masurilor.
- Consiliul de administratie, care prin analiza ia decizii legate de obiectivele mentionate in prezenta Anexa, in legatura directa cu asigurarea actului medical.
- Compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale are obligatia intocmirii Darii de seama statistice trimestriale si transmiterea acesteia catre Directia de Sanatate Publica.

4.4.9. Atitudinea in caz de izbucnire epidemica.

Izbucnirea epidemica reprezinta inregistrarea unui numar de cazuri de infectie nosocomiala in exces net fata de numarul de cazuri asteptat.

Responsabilitatea pentru izbucnirea unui episod epidemic revine in exclusivitate unitatii care l-a generat.

Compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale stabileste din punct de vedere tehnic conduita in rezolvarea izbucnirii epidemice. Odata cu informarea operativa la Directiile de Sanatate Publica Judetene, conform Ord. MS nr 8/2000, Compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale poate solicita colaborarea acesteia.

Sectiile la nivelul carora se inregistreaza izbucniri epidemice sunt responsabile de ducerea la indeplinire a masurilor stabilite de Compartimentul/serviciul de supraveghere si control a infectiilor nosocomiale in vederea rezolvarii episodului epidemic.

Consiliul de administratie al unitatii sanitare este abilitat sa stabileasca masurile administrative corespunzatoare in cazul unei izbucniri epidemice.

5. Anexe

FORMULARE - **FISA CAZULUI DE INFECTIE NOSOCOMIALA**

FISA CAZULUI DE INFECTIE NOSOCOMIALA

IN SECTIA..... SPITALUL .....
Data completarii (zz/ll/aa): .....
Bolnavul: Nume..... Prenume..... Sexul.....
Data nasterii (zz/ll/aa): ..... Varsta la data internarii ....
Data internarii (zz/ll/aa): .....
Nr. FO .....
Diagnostic la internare
.....
Diagnostic la 72 de ore
.....
Salon Nr.....
Daca a fost mutat
se specifica salonul si data mutarii: .....
In sectiile cu profil chirurgical:
Denumirea operatiei .....
data interventiei (zz/ll/aa):.....
Infectie nosocomiala:
Diagnostic clinic: .....
debut (zz/ll/aa): .....
Examene microbiologice pentru diagnosticul de infectie nosocomiala:
Data recoltarii probei
(zz/ll/aa)
Denumirea examenului efectuat
Germeni izolati
Diagnostic

Antibiograma:.....
Data externarii (zz/ll/aa): .....
Nr. total zile spitalizare: .....
Starea la externare (vindecat, ameliorat, stationar, transferat, decedat):.....
Diagnosticul la externare (sau deces): .....
.....

Nr. zile de tratament pentru infectia nozocomiala: .....
Factori de risc.....
.....
.....
Semnatura

Registru de evidenta a incidentelor cu expunere a personalului cu agenti infectiosi

din Sectia _____

Nr. Crt.	Data si ora expuneri i	Numele și prenumel e	Categorie profesional a	Mod de contaminare / produs biologic	Pacientul sursa Nume, prenume, Nr. FOCG	Masuri aplicate imediat conform proceduri i PL-03-18	Rezultate teste pacient(Ac HIV (ELISA), Ag HBs, Ac VHC;	Rezultate teste personalul accidentat: Ac HIV (ELISA), Ag HBs, Ac HBs, Ac VHC.	Rezultate teste personalul accidentat: Ac HIV (ELISA), Ag HBs, Ac HBs, Ac VHC, la 3 luni	Rezultate teste personalul accidentat: Ac HIV (ELISA), Ag HBs, Ac HBs, Ac VHC, la 6 luni
1	2	3	4	5	6	**7**	8	9	**10**	**11**
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Dornescu Corina	CPCIN	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Preşedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor şi a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

Considerente:

1. Infecțiile nosocomiale (IN) sunt factori care agravează starea clinică a pacienților, crescând în același timp costurile de îngrijire a acestora.
2. Eradicarea acestui tip de infecții este dificilă deoarece cauzele determinante sunt complexe: metode de diagnostic, tehnici de îngrijire și tratamente, numărul persoanelor cu vârstă crescută și a celor cu sisteme imunitare slăbite în creștere.
3. Metodele avansate de tratament introduse la ora actuală și creșterea rezistenței microbiene la antibiotice amplifică importanta acestei probleme. Creșterea rezistentei microbiene este datorată atât consumului crescut de antibiotice, cât și răspândirii crescute a microbilor rezistenți în comunitate. Această tendință este remarcată și pe plan internațional și european.
4. Tratamentul modern cu antibiotice reprezintă pentru epoca actuală o revoluție în lupta împotriva celor mai grave boli transmisibile atât în rândul oamenilor, cât și al animalelor. Acest aspect este amenințat în momentul de față de faptul că dezvoltarea unor antibiotice noi, eficiente, este mai lentă decât procesul de răspândire a rezistentei microbiene.
5. A împiedica creșterea rezistentei antimicrobiene în vederea asigurării unui act medical eficace și a păstrării sănătății publice reprezintă un motiv serios în vederea continuării eforturilor de a reduce consumul nejustificat de antibiotice, dar și de utilizare corectă a acestora.
6. Controlul mai eficace al bolilor transmisibile și utilizarea cât mai corectă a antibioticelor reprezintă cele două fațete ale aceleiași monede. Cele mai grave infecții au ca etiologie bacterii rezistente la antibiotice de aceea eforturile de control ale acestor tipuri de infecții sunt direcționate atât către reducerea numărului de infecții cât și către scăderea dezvoltării antibiotico-rezistenței.
7. Infecția nosocomială a rămas în continuare o problemă de sănătate publică de actualitate pentru România, unde se observă încă o sub-raportare și o sub-evaluare a importanței acestei problematici (în țările membre UE incidența

acestor infecții este între 5% și 15%, în România înregistrându-se o incidență între 1-3% !!!).

8. Acest aspect determină cheltuieli suplimentarea pentru sănătate (creșterea duratei de spitalizare, tratamente medicamentoase complexe și pe perioade mai lungi, etc.)

Definiții de caz:

SEPTICEMIE :

- pacient care are cel puțin o hemocultura pozitiva pentru un patogen identificat

SAU

- Pacient care are cel puțin una din următoarele: febra (>380C), frisoane sau hipotensiune

ȘI

- 2 hemoculturi pozitive pentru germeni care fac parte din flora normala a tegumentului (din 2 probe separate de sânge în decurs de 48 de ore. ex. Staphilococus - coagulazo negativ, Micrococus sp., Bacillus sp., Corynebacterium sp., Propionibacterium acnes)

Originea septicemiei:

Atât septicemiile primare (septicemii cu origine necunoscuta sau asociata cateterului) cat și cele secundare (secundare unei infecții cu alta localizare) trebuie sa fie raportate. Septicemiile vor fi raportate diferit în funcție de origine:

A. septicemii de cateter: cultura pozitiva cu același microorganism de pe cateter sau ameliorarea simptomelor în 48 de ore după îndepărtarea cateterului.

Nota:

1. daca exista confirmarea microbiologica, se raportează septicemia cu origine C-CVC sau C-PVC ca CRI3-CVC sau respectiv CVI3-PVC- vezi definiția CRI3;
2**.** daca nu se face cultura din cateter atunci raportați ca septicemie cu origine C- CVC[1] sau C-PVC[2]

B. Septicemie secundara unei alte infecții: același microorganism este izolat dintr-o infecție cu alta localizare sau exista date clinice convingătoare ca septicemia este secundara unei infecții cu alta localizare, proceduri diagnostice invazive sau unui corp străin.

În funcție de origine vor fi notificate astfel:

- § infecție pulmonara (S-PUL)
- § infecție urinara (S-UTI)
- § infecție de tract digestiv (S-DIG)
- § infecție de plaga chirurgicala (S-SSI)
- § infecție de piele și țesuturi moi (S-SST)
- § altele (S-OTH): sistem nervos central, osteomielita, etc.

C. Septicemie necunoscuta (UO): septicemie de origine necunoscuta (a fost verificata originea dar nu s-a putut găsi sursa)

PNEUMONIA (PN1-PN5) asociata îngrijirilor în ATI Radiologic:

- § doua sau mai multe radiografii pulmonare seriate sau CT-uri cu imagini sugestive de pneumonie la pacienți cu afecțiuni cronice cardiace sau pulmonare. La pacienții fără componenta cronica pulmonara sau cardiaca, o singura radiografie sau CT sugestiva este suficienta.

SI

- § Cel puțin una din următoarele manifestări clinice:

[1] C-CVC = cateter vascular central

[2] C-PVC = cateter vascular periferic

a. febra>380 C fără alte cauze
b. leucopenie (<4000WBC/mm3) sau leucocitoza(≥12000WBC/ mm3)
c. nou debut de sputa purulenta sau schimbarea caracteristicilor sputei (culoare, miros, cantitate, consistenta)
d. tuse sau dispnee sau tahipnee,
e. la examenul clinic: raluri sau zgomote bronhice, ronhusuri, wheezing
f. înrăutățirea schimburilor gazoase (desaturarea cu Oxigen sau creșterea necesarului de oxigen/creșterea ventilației sau hiperventilatie etc.)

ȘI

§ În acord cu metoda de diagnostic etiologic utilizata.

Diagnosticul etiologic:

a).Metoda de diagnostic etiologic:

· Culturi cantitative pozitive din probe cu contaminare minima recoltate din tractul respirator inferior (PN1)
· Lavaj brohoalveolar cu un prag ≥ 104 unități formatoare de colonii (UFC)/ml sau ≥ 5% din celulele obținute prin lavaj bronho-alveolar care conțin bacterii intracelulare la examenul microscopic direct (clasificate conform categoriilor de diagnostic al lavajului bronh-oalveolar)
· Proba recoltata cu perie protejata (PB Wimberley) cu un prag ≥ 103 UFC/ml
· Aspirat distal protejat (ADP) cu o limita ≥ 103 UFC/ml
· Culturi cantitative pozitive din probe posibil contaminate din tractul respirator inferior (PN2)
· Culturi cantitative din probe recoltate din tractul respirator inferior (ex. Aspirat endotraheal) cu un prag ≥ 106 UFC/ml

b.) Metode de microbiologie alternative (PN 3)

· hemoculturi pozitive care nu sunt corelate cu alta sursa de infecție
· culturi pozitive din lichidul pleural
· abcese pleurale sau pulmonare cu aspirat pozitiv
· examen histologic al pulmonului cu aspect de pneumonie
· examene pozitive pentru pneumonie cu virusuri sau germeni particulari (ex. Legionella, Aspergilius, mycobacteria, mycoplasma, pneumocistis carinii):
  ü detecție a antigenului viral sau anticorpilor din secrețiile respiratorii (ex. PCR, teste imunoenzimatice,teste imunoflorescența,etc.)
  ü examen direct pozitiv sau cultura pozitiva din secrețiile bronhice sau țesuturi
  ü seroconversie (ex. virusul gripal, Chlamydia)
  ü detectarea antigenelor în urina (Legionella)

c.) Alte

· probe pozitive din cultura sputei sau culturi non cantitative din probele recoltate din tractul respirator inferior (PN4)
· fără probe microbiologice pozitive (PN5)

Nota: *aceasta subdivizare permite o mai buna evaluare și comparare a tipurilor de pneumonii nosocomiale. Pentru PN1 și PN2 pragurile de pozitivitate sunt validate numai în condițiile de recoltare a probelor* ***fără*** *tratament antibiotic anterior.*

INFECTIA URINARA asociata îngrijirilor în ATI (UTI)

1. UTI-A: infecție urinara simptomatica și confirmata microbiologic:

· pacient care are cel puțin unul din următoarele semne și simptome fără alta cauza necunoscuta:febra(>380 C), disurie, polakiurie sau tensiune suprapubiana

SI

- pacient care are o urocultura pozitiva, adică ≥105 microorganisme per ml cu nu mai mult de 2 specii de microorganisme

2. UTI-B: infecție urinara simptomatica fără confirmare microbiologica:

- Pacient care are cel puțin doua din următoarele simptome fără alta cauza recunoscuta: febra(>380 C), disurie, polakiurie sau tensiune suprapubiana

SI

- Cel puțin un criteriu din următoarele:
  a. Esteraza leucocitara și sau nitrat pozitiv în testul rapid;
  b. Piurie cu ≥10leucocite/ml sau cu ≥ 3 leucocite /pe un câmp microsopic cu imersie (x90) în urina necentrifugată;
  c. Microorganisme vizibile la colorația gram a urinei necentrifugate;
  d. Cel puțin 2 uroculturi în care se izolează repetat același patogen urinar (bacterii gram
  e. negative sau staphilococus saprophiticus) cu≥102 colonii per ml de urina necentrifugata e) ≤105 colonii per ml dintr-un singur patogen urinar bacterii gram negative sau staphilococus saprophiticus) la un pacient tratat cu un antibiotic eficient pentru o infecție urinară;
  f. Diagnostic de infecție de tract urinar pus de medic;
  g. Medicul instituie terapie adecvata pentru o infecție de tract urinar.

3. UTI –C bacteriurie asimptomatica este exclusa din supravegherea infecțiilor dobândite în ATI, totuși septicemiile secundare unei bacteriurii asimptomatice vor fi raportate ca septicemii cu sursa (origine)S-BSI

INFECTII ASOCIATE CATETERULUI VENOS CENTRAL (CRI)

1. CRI1: infecție locala (fără pozitivarea hemoculturii)

- Cultura cantitativa de pe cateter venos central (CVC) ≥ 103 UFC/ml(3)sau cultura semicantitativa de pe CVC ≥ 15 UFC/ml(4)

SI

- Puroi/inflamație la nivelul inserției dispozitivului

2. CRI2: infecție generalizata asociata cu CVC (fără hemocultura pozitiva)

- Cultura cantitativa de pe CVC ≥ 103 UFC/ml sau cultura semicantitativa de pe CVC ≥ 15 UFC/ml

SI

- Îmbunătățirea simptomatologiei clinice la 48 de ore de la îndepărtarea cateterului

3. CRI3: septicemie asociata CVC cu diagnostic etiologic

- Septicemie apăruta cu 48 de ore înainte sau după îndepărtarea cateterului

SI

- Culturi pozitive cu același microorganism: - cultura cantitativa de pe CVC ≥ 103 UFC/ml sau cultura semicantitativa din CVC≥15UFC/ml

SAU

- Raportul dintre numărul de microorganisme obținute prin hemocultura cantitativa din CVC și hemocultura periferica > 5

SAU

- Întârziere diferențiala a pozitivării hemoculturilor : hemocultura din CVC se pozitivează cu 2 sau mai multe ore înaintea celei din hemocultura periferica (hemoculturi prelevate în același timp)
- Cultura pozitiva cu același microorganism din secreția purulenta de la locul de inserție

NOTA:

- Colonizarea CVC nu trebuie raportata;
- O CRI3 este de asemenea o septicemie cu sursa C-CVC; totuși când se raportează o CRI3, septicemia nu

trebuie raportata separat; CRI3 nu se mai raportează ca septicemie. Orice septicemie asociata cateterului confirmata microbiologic se raportează ca CRI3

INFECTIILE DOBANDITE IN SECTIILE DE CHIRUGIE Definițiile de caz utilizate pentru infecțiile de situs chirurgical

Tipurile de infecții de situs chirurgical		
Infecție plaga superficiala	**Infecție plaga profunda**	**Infecție de organ/cavitate**
Infecție care apare în decurs de 30 de zile după intervenția chirurgicala **SI** care se limitează numai la piele și țesutul subcutan **SAU** cel puțin una din următoarele caracteristici: **1.** Drenaj purulent cu sau fără confirmare etiologica de laborator din incizia superficiala **2.** Izolarea unui microorganism dintr-o cultura din fluid/țesut recoltate aseptic dintr-o incizie superficiala **3.** Cel puțin unul din următoarele semne sau simptome: durere sau tensiune, edem localizat, roșeața sau căldura și deschiderea deliberata a plăgii de către chirurg în cazul în care culturile sunt negative **4.** Diagnostic de infecție superficiala de plaga pus de chirurg sau medicul curant	Infecție care apare în decurs de 30 de zile de la operație în cazul în care nu este lăsat nici un dispozitiv/dren la nivelului inciziei operator sau în decurs de un an în cazul în care dispozitivul este lăsat la acel nivel **SI** Infecția pare a fi corelata cu operația **SI** Infecția cuprinde țesuturile moi profunde(fascia, mușchi) ale inciziei **SI** Cel puțin una din următoarele: **1.** Drenaj purulent cu origine în incizia adânca dar nu din organ/spațiu component al situsului chirurgical **2.** Dehiscenta spontana sau deschiderea deliberata de către chirurg a plăgii operatorii când pacientul prezintă următoarele semne și simptome:febra(>38*C), durere localizata sau tensiune în cazul în care culturile sunt negative **3.** Un abces sau alte evidente de infecție care implica incizia adânca și care sunt găsite la examinarea directa, în timpul reintervenției sau la examenul histopatologic sau radiologic. **4.** Diagnosticul chirurgului sau al medicului curant	Infecție care apare în decurs de 30 de zile de la operație în cazul în care nu exista nici un dispozitiv/dren lăsat în situsul chirurgical sau în decurs de un an în cazul în care acesta este lăsat în situsul chirurgical **SI** Infecția poate fi corelata cu operația **SI** Infecția cuprinde oricare parte anatomica (ex. organ și spațiu) altele decât incizia inițiala **SI** Cel puțin una din următoarele: **1.** Puroi obținut dintr-un dren situat intr-o rana prin înțepare a organului/spațiului **2.** Izolarea unui microorganism dintr-o cultura din organ/cavitate recoltate aseptic **3.** Un abces sau alte evidente de infecție care implica organul/cavitatea adânca și care sunt găsite la examinarea directa, în timpul reintervenției sau la examenul histopatologic sau radiologic. **4.** Diagnosticul chirurgului sau al medicului curant

Investigațiile specifice de laborator vor aborda obligatoriu următoarele microorganisme:

a. *Staphylococcus aureus*
b. *Enterococus*
c. *Enterobacteriaceae (Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae)*
d. *Pseudomonas aeruginosa*
e. *Acinetobacter spp*

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE CONTROL A MENIURILOR ȘI CALITATII HRANEI**	**190** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele și Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Radu Zoica	Asistenta șefă	05.06.2013	
1.2	Verificat	Anton Simona	Medic internist	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabilește modul de lucru privind întreținerea instalației electrice.

2. DOMENIU DE APLICARE

2.1**.** Procedura se aplică de către electricianul unității

2.2. La procedura participa:

- Sef Birou Administrativ;
- magazinerul instituției.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

31. Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = ...

4.2 Echipa de proces = ...

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

a) Stabilirea meniului zilnic

Asistenta dieteticiană, stabilește meniul zilnic, în baza datelor statistice, privind pacienții internați, trimise de fiecare secție

Datele statistice – SITUAȚIA DE HRANĂ - sunt furnizate de fiecare secție până la ora 14.30. Acestea cuprind pacienții internați în secție până la ora respectivă. (vezi anexa)

Pacienții internați în gardă, între orele 14.30 și 07.30 vor fi trecuți pe o anexa a situației de hrană care este predata până la ora 08.00, la asistenta dieteticiană. Aceasta anexa cuprinde diferența între numărul de internări și externări din ziua respectivă.

Datele statistice vor fi furnizate în fiecare zi până la ora 14.30, respectiv 08.00. Este obligația asistentelor șefe să transmită aceste date în timp util.

Pentru problemele legate de corectarea datelor transmise , asistenta șefa ia legătura telefonic cu asistenta dieteticiana.

Asistenta dieteticiană transmite meniul zilei următoare, către toate secțiile, pana la ora 15.00.

b) Controlul calității hranei

Medicul de gardă are datoria de a controla zilnic calitatea hranei. Controlul se face la blocul alimentar împreună cu asistenta dieteticiană; se controlează :

- calitatea hranei;
- dacă corespunde calitativ cu rețetarul zilei;
- dacă corespunde cantitativ.

c) Controlul secțiilor

Medicul de gardă, împreună cu asistenta șefă și gospodina verifică mâncarea din punct de vedere:

- organoleptic;
- cantitativ;
- calitativ.

Controlul se face având ca referința rețetarul zilnic primit prin e-mail.

Asistentele şefe – obligații:

- Întocmesc situația de hrană - conform formularului anexa.
- întocmesc registrul de control al calității hranei,
- participa la ridicarea hranei de la blocul alimentar, personal sau printr-un reprezentant stabilit (altă asistenta).

N.B. în cazul în care este un alt reprezentant al asistentei șefe care participa la ridicarea hranei aceasta va fi nominalizat în scris în registrul de control în ziua respectivă.

Medicul sef de secție are obligația de a verifica cel puțin o dată pe săptămâna activitatea de control a calității hranei.

d) Raportarea

Fiecare din cei de mai sus va întocmi zilnic un raport care va fi consemnat în registrul de control al secției.

Diferențele constatate, calitativ sau cantitativ vor fi raportate în scris.

6. ANEXE / INSCRISURI

6.1 Foaia de alimentație

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA PENTRU LUAREA ÎN GESTIUNE ŞI PĂSTRAREA BUNURILOR DE VALOARE**	**200** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele și Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Serv Administrativ	05.06.2013	
1.2	Verificat	Stroescu Julianna	Director financiar contabil	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedură definește modul de luare în gestiune a bunurilor de valoare personale, ale pacienților, pe perioada internării, în seiful spitalului.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în toate secțiile spitalului și la camera de garda.

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Asigurarea unui climat de încredere din partea pacientului și păstrarea bunurilor de valoare personale.

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor și metodologiei de acreditare a spitalelor

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = asistenta medicala

6.2 Echipa de proces = asistenta medicala + administratorul spitalului

7. DESCRIEREA PROCESULUI

La internarea pacientului, daca acesta poseda bunuri de valoare sub forma de bani, bijuterii etc. și isi exprima dorința de a fi puse în păstrare și asigurate, se procedează astfel:

- Se va prezenta pacientului posibilitatea de pastrare a bunurilor în seiful spitalului
- Se va inregistra pacientul și bunul de valoare predat. Pacientul va semna pentru predare și asistentul de primire
- La externare, pacientul va solicita bunul dat în pastrare.
- Administratorul spitalului va verifica modul de înregistrare a bunurilor date în păstrare și modul de depozitare a a cestora

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

8.1. CAIET INDIVIDUAL / PER PACIENT, PENTRU PASTRAREA BUNURILOR DE VALOARE

8.2 TABEL DE INREGISTRARE A BUNURILOR PEROSNALE LUATE IN GESTIUNE

Nr. crt.	NUME SI PRENUME PAICENT	CI și CNP	Denumirea bunului de valoare	Data depozitarii	Semnatura de primire	Data eliberării	Semnatura de eliberare
1							
2							

Bon de predare / primire (in doua exemplare)

Subsemnatul....., identificat cu CI, seria ..... Nr ..... și cu CNP....., internat în secția .....am predat .....
.....
In data de..... în păstrarea Spitalului Sfântul Sava Buzău.

Subsemnatul....., identificat cu CI, seria..... Nr..... și cu CNP....., angajat al Spitalului Sfântul Sava Buzău în funcția de ..... am preluat bunul .....
..... în data de.....

Semnătura pacient care a predat
.....

Semnătura angajat care a preluat
.....

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA CONTROLUL GESTIUNII INTRARI-IESIRI STOCURI MATERIALE**	**201** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/4**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Stroescu Julianna	Serv contabilitate		
1.2	Verificat	Stroescu Julianna	Director economic		
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager		

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Procedura are ca scop stabilirea unui set unitar de reguli pentru înregistrarea în contabilitate a intrării de stocuri, precum şi a modului de operare în programul de contabilitate a operaţiunilor privind intrarea acestora, astfel încât:

- să se asigure integritatea patrimoniului;
- să se reflecte cantitativ şi valoric toate intrările de stocuri;
- să poată fi furnizate informaţiile necesare stabilirii valorii patrimoniului şi a efectuării controlului;
- să se asigure datele necesare efectuării inventarierii patrimoniului;
- să se asigure controlul gestiunilor de bunuri materiale;

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în cadrului Comp. Financiar-Contabil.

3. DEFINIŢII ŞI ABREVIERI

3.1. Definiţii:

Stoc - Cantitate de bunuri (exprimata in etalon natural) existenta in gestiune la un moment dat si reflectata in fisa de magazie.

Stoc curent - Cantitatea de materiale necesara asigurarii desfasurarii neintrerupte a procesului de productie

Stoc iniţial **-** Stoc de materiale existent la inceputul perioadei si reflectat in fisa de magazie a unitatii comerciale.

Stoc de alarmă - Stoc de alerta care indica apropierea epuizarii stocului curent si deci necesitatea intocmirii unei noi comenzi de marfuri. Marimea acestui stoc depinde de distanta la care este situat furnizorul fata de unitatea comerciala respectiva si de timpul necesar pentru onorarea comenzii.

Stoc final - Stoc de materiale existent la sfarsitul perioadei si care devine stoc initial pentru perioada urmatoare.

Gestiunea stocurilor reprezintă totalitatea acţiunilor de stabilire, control şi evaluare a modului de asigurare a intrărilor necesare continuităţii procesului de producţie, pe de-o parte, de control şi evaluare a produselor finite existente şi necesare satisfacerii nevoilor clienţilor, pe de altă parte

4.DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- Legea nr. 500/2002 – privind finantele publice cu modificările ulterioare
- SE CEN/TS 15224:2009 – Servicii de sănătate. Sisteme de management al calităţii. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2000
- Ordin 946/2005 – pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzand standardele de management /control intern la enitităile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial.
- Ordin nr. 1389/2006 privind modificarea si completarea Ordinului ministrului finantelor publice nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzand standardele de management/control intern la entitatile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial
- Legea Contabilităţii nr.82/1991, publicată în M. Of. nr.48/14.01.2005, republicată în temeiul art. IV din Ordonanţa Guvernului nr. 70/2004 pentru modificarea şi completarea Legii contabilităţii nr. 82/1991, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 773 din 24 august 2004, aprobată cu modificări prin Legea nr. 420/2004, publicată în Monitorul Oficial al României;
- O.M.F.P. nr.1917/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea si conducerea contabilităţii instituţiilor publice, Planul de conturi pentru instituţiile publice si instrucţiunile de aplicare a acestuia;
- H.G.R. nr. 831/02.02.1997 pentru aprobarea modelelor formularelor comune privind activitatea financiară şi contabilă şi a normelor metodologice privind întocmirea şi utilizarea acestora , cu modificări şi completări ;
- H.G.R. nr. 1179 / 2004 pentru aprobarea modelelor formularelor comune privind activitatea financiară şi contabilă, cu modificări;
- Ordinul nr. 1850/14.12.2004 al ministrului finanţelor publice, privind registrele şi formularele financiar contabile , cu modificări;
- Ordinul nr. 2226/27.12.2006 al ministrului finanţelor publice, privind utilizarea unor formulare financiar-contabile de către persoanele prevăzute la art.1 din Legea contabilităţii nr. 82 / 1991- republicata , cu modificări;.

5. RESPONSABILITĂŢI

Directorul financiar contabil:

- Organizarea şi conducerea contabilităţii;
- Verifică articolele contabile din jurnalele parţiale aferente intrărilor/ieşirilor de stocuri;
- Exercitarea controlului asupra operaţiunilor economico-financiare înregistrate în contabilitate;
- Urmăreşte respectarea întocmai a prezentei proceduri;
- Urmăreşte revizuirea în timp a procedurii, în funcţie de schimbările reglementărilor utilizate.

5.2 Personalul Biroului Contabilitate:

- Primirea spre operare a documentelor care îndeplinesc condiţiile de formă şi fond pe baza Borderoului de predare a documentelor întocmit de gestionari;
- Contabilizarea operaţiunilor privind intrările/ieşirile de stocuri;
- Respectarea procedurii de lucru;
- Propunerea de modificare a procedurii în funcţie de modificările legislaţiei în domeniu.
- Pe timpul aplicării procedurii, utilizează toate reglementările aflate în vigoare

6.DESCRIEREA POCEDURII

În baza documentelor de evidenta contabila, persoanele din cadrul biroului contabilitate întocmesc Note contabile care sunt verificate de directorul financiar contabil.

Înregistrările în contabilitate se fac pe baza documentelor justificative, cronologic, prin respectarea succesiunii documentelor după data întocmirii sau intrării lor, şi sistematic, în conturile sintetice şi analitice.

Contabilitatea sintetică se desfăşoară în analitic, pe gestiuni şi locuri de folosinţă, iar în cadrul acestora pe surse de finanţare şi activităţi (curentă şi mobilizare).

Înregistrarea intrărilor de stocuri se face pe baza documentelor justificative întocmite de către gestionari, conform „Planului de conturi general pentru instituţiile publice„

Stocurile pot intra în administrarea unităţii pe mai multe căi:

- achiziţii;
- transfer de la alte unităţi ;
- transfer fără plată de la alte instituţii publice din finanţarea altui ordonator principal de credite;
- producţie proprie şi prelucrare în unitate;
- prelucrare la terţi;
- dezmembrări şi casări de imobilizări sau alte stocuri;
- plusuri de inventar;
- donaţii de la persoane fizice sau juridice;

Înregistrarea în contabilitate a stocurilor se face la valoarea de intrare (contabilă), prin care se înţelege:

- costul de achiziţie, pentru cele procurate cu titlu oneros;
- costul de producţie, pentru cele realizate în unitate;
- valoarea justă (valoarea actuală, sau de utilitate) stabilită de specialişti, cu aprobarea ordonatorului de credite, pentru cele primite cu titlu gratuit, plusuri de inventar sau rezultate cu ocazia scoaterii din funcţiune a mijloacelor fixe.
- Documentele justificative pe baza cărora se înregistrează în contabilitate a intrările de stocuri sunt:
- Factura fiscală, Factura şi Bonul fiscal însoţite de Nota de recepţie şi constatare diferenţe, pentru achiziţii;
- Avizul de însoţire a mărfii şi Nota de recepţie şi constatare diferenţe pentru stocurile transferate de la alte unităţi ;
- Procesul verbal de inventariere pentru plusurile de inventar constatate cu ocazia inventarierii;
- Procesul verbal de scoatere din funcţiune a mijloacelor fixe de declasare a unor bunuri materiale, pentru stocurile rezultate din casarea mijloacelor fixe sau a obiectelor de inventar;
- Proces-verbal de transformare pentru bunurile rezultate din prelucrare;
- Bon de predare-transfer, restituire, pentru stocurile predate la magazie ca neconsumate şi pentru care iniţial s-a întocmit Bon de consum;
- Contractul de donaţie, pentru stocurile primite cu acest titlu;

Înregistrarea scăderii stocurilor se face pe baza documentelor justificative întocmite de gestionari conform „Planului de conturi general pentru instituţiile publice.

În cazul obiectelor de inventar, conform O.M.F.P. 1917/2005, se trec pe cheltuieli cu ocazia casării (nu la darea în folosinţă).

Documentele justificative pe baza cărora se înregistrează în contabilitate ieşirile de stocuri sunt particularizate în funcţie de natura acestora, astfel:

- Bon de consum ;
- casări – scăderea din contabilitate se face pe bază de Proces-verbal de casare;
- lipsuri la inventariere – scăderea din contabilitate se face pe bază de Proces-verbal de inventariere şi Proces-verbal de cercetare administrativă.
- Transferurile interne de stocuri se bazează pe modificarea necesarului de bunuri materiale de la o gestiune la alta, impunând întocmirea următorului document justificativ:
- Bon de predare-transfer, restituire.
- Articolele contabile aferente acestor tipuri de operaţiuni vor respecta prevederile O.M.F.P. 1917/2005, cu menţiunea că înregistrarea operaţiunilor economico-financiare trebuie să respecte principiile contabilităţii de drepturi şi obligaţii, iar corespondenţele stabilite în cadrul funcţiunii fiecărui cont nu sunt limitative, ele putând fi dezvoltate cu respectarea conţinutului economic al operaţiunii, a cerinţelor contabilităţii bazate pe angajamente şi a prevederilor legale în vigoare.

Contabilitatea analitică se ţine cu ajutorul formularelor:

- fişa de cont pentru operaţiuni diverse – pentru fiecare cont sintetic şi se dezvoltă pe conturi analitice. Se completează la începutul anului pe baza notei de contabilitate de preluare a soldurilor de la sfârşitul anului precedent, iar în cursul anului pe baza documentelor justificative referitoare la operaţiile intervenite. La sfârşitul fiecărei luni, în fişele analitice se totalizează rulajele pe luna respectivă şi cumulat de la începutul anului, în vederea întocmirii balanţei analitice de verificare a operaţiunilor înregistrate, iar în fişele de cont sintetic se face totalul cumulat al rulajului pe debit şi pe credit, precum şi soldul contului. Prin utilizarea

aplicaţiei de contabilitate, completarea acestor fişe, precum şi stabilirea rulajelor lunare şi cumulate, se face automat .

- fişa de cont analitic pentru valori materiale – se întocmeşte separat pentru fiecare fel de material, obiect de inventar, semifabricat, produs etc. pe fişe separate în funcţie de sursele de finanţare şi se sortează pe gestiuni, grupe sau subgrupe pe bunuri materiale, stabilindu-se stocul şi soldul perioadei.
- fişa de magazie – se întocmeşte de către gestionar, separat pentru fiecare fel de material, pe baza documentelor de intrare.

7. INREGISTRARI

- Bon predare
- Bon consum
- Fişa de magazie

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Stroescu Julianna	Serv contabilitate	05.06.2013	
1.2	Verificat	Stroescu Julianna	Director financiar contabil	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Cosntantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

1.1 Procedura are ca scop stabilirea unui set unitar de reguli pentru înregistrarea în contabilitate a intrării de imobilizări, precum şi a modului de operare în programul de contabilitate a operaţiunilor privind intrarea acestora, astfel încât:

- să se asigure integritatea patrimoniului;
- să se reflecte cantitativ şi valoric toate intrările de imobilizări;
- să poată fi furnizate informaţiile necesare stabilirii valorii patrimoniului şi a efectuării controlului;
- să se asigure datele necesare efectuării inventarierii patrimoniului;
- să se asigure controlul gestiunilor de bunuri materiale;

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în cadrului Comp. Financiar - Contabil.

3. DEFINIŢII ŞI ABREVIERI

Definiţii: Imobilizare - Scoatere din circuitul financiar al unei unitati economice a unor fonduri.

4.DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- Legea nr. 500/2002 – privind finantele publice cu modificările ulterioare
- SE CEN/TS 15224:2009 – Servicii de sănătate. Sisteme de management al calităţii. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2000
- Ordin 946/2005 – pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzand standardele de management /control intern la enitităţile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial.
- Ordin nr. 1389/2006 privind modificarea si completarea Ordinului ministrului finantelor publice nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzand standardele de management/control intern la entitatile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial
- Legea 571/2003 – privind Codul Fiscal , cu modificări ulterioare;
- Legea 82/1991- Republicată – legea contabilităţii;

- Legea 213/1998 – privind proprietatea publică şi regimul juridic al acesteia;
- Legea 15/1994 – privind amortizarea capitalului imobilizat în active corporale şi necorporale, cu modificările şi completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului 909/1997 – pentru aprobarea Normelor de aplicare a Legii 15/1994, cu modificările şi completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului 2139/2004 – pentru aprobarea Catalogului privind clasificarea şi duratele normale de funcţionare a mijloacelor fixe;
- Hotărârea Guvernului 105/2007 - privind stabilirea valorii de intrare a mijloacelor fixe, cu modificări şi completari ;
- Ordonanţa Guvernului 81/2003 – privind reevaluarea şi amortizarea activelor fixe în patrimoniul instituţiilor publice , cu modificări;
- Ordinul ministrului finanţelor publice 1487/2003 – pentru aprobarea Normelor metodologice privind reevaluarea şi amortizarea activelor fixe în patrimoniul instituţiilor publice şi al persoanelor juridice fără scop patrimonial , cu modificări;
- Ordinul ministrului finanţelor publice 1792/2002 pentru aprobarea Normelor metodologice privind angajarea, lichidarea, ordonanţarea şi plata cheltuielilor instituţiilor publice, precum şi organizarea, evidenţa şi raportarea angajamentelor bugetare şi legale, cu modificări;
- Ordinul ministrului finanţelor publice 1917/2004 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea şi conducerea contabilităţii instituţiilor publice, Planul de conturi pentru instituţiile publice şi instrucţiunile de aplicare a acestuia – cu modificările şi completările ulterioare, cu modificări şi completări ulterioare;

5. RESPONSABILITĂŢI

Directorul financiar contabil:

- Organizarea şi conducerea contabilităţii;
- Verifică articolele contabile din jurnalele parţiale aferente intrărilor/ieşirilor de stocuri;
- Exercitarea controlului asupra operaţiunilor economico-financiare înregistrate în contabilitate;
- Urmăreşte respectarea întocmai a prezentei proceduri;
- Urmăreşte revizuirea în timp a procedurii, în funcţie de schimbările reglementărilor utilizate.

Personalul Biroului Contabilitate:

- Primirea spre operare a documentelor care îndeplinesc condiţiile de formă şi fond pe baza Borderoului de predare a documentelor întocmit de gestionari;
- Contabilizarea operaţiunilor privind intrările/ieşirile de stocuri;
- Respectarea procedurii de lucru;
- Propunerea de modificare a procedurii în funcţie de modificările legislaţiei în domeniu.
- Pe timpul aplicării procedurii, utilizează toate reglementările aflate în vigoare

6.DESCRIEREA POCEDURII

Activele imobilizate se împart, conform Legii 213/1998 în:

- active imobilizate aparţinând domeniului public al statului;
- active imobilizate aparţinând domeniului privat al statului – care la rândul lor, conform O.G. 81/2003, se împart în:
  - Ø active imobilizate aparţinând domeniului privat amortizabil;
  - Ø active imobilizate aparţinând domeniului privat neamortizabil.

Conform legii 15/1994: „Sunt considerate mijloace fixe obiectul sau complexul de obiecte ce se utilizează ca atare şi îndeplineşte cumulativ următoarele condiţii:

a) *are o valoare de intrare mai mare decât limita stabilita prin hotărâre a Guvernului. Aceasta valoare poate fi actualizată anual, în funcţie de indicele de inflaţie;*

b) *are o durata normală de utilizare mai mare de un an."*

În cazul imobilizărilor necorporale, condiţia de valoare nu se aplică.

Înregistrările în contabilitate se fac pe baza documentelor justificative, cronologic, prin respectarea succesiunii documentelor după data întocmirii sau intrării lor, şi sistematic, în conturile sintetice şi analitice.

Contabilitatea sintetică se desfăşoară în analitic , pe gestiuni şi locuri de folosinţă, iar în cadrul acestora pe surse de finanţare.

Înregistrarea intrărilor de imobilizări se face pe baza documentelor justificative conform „Planului de conturi general pentru instituţiile publice„ detaliat în analitic.

Activele imobilizate pot intra în administrarea unităţii pe mai multe căi:

- achiziţii;
- transfer de la alte unităţi ;
- transfer fără plată de la alte instituţii publice din finanţarea altui ordonator principal de credite;
- investiţii şi modernizări;
- dezmembrări de imobilizări;
- plusuri de inventar;
- donaţii de la persoane fizice sau juridice;

Înregistrarea în contabilitate a imobilizărilor se face la valoarea de intrare (contabilă), prin care se înţelege:

- costul de achiziţie, pentru cele procurate cu titlu oneros;
- costul de producţie, pentru cele realizate în unitate;
- valoarea justă (valoarea actuală sau de utilitate) stabilită de specialişti, cu aprobarea ordonatorului de credite, pentru cele primite cu titlu gratuit, plusuri de inventar sau rezultate cu ocazia scoaterii din funcţiune a mijloacelor fixe.
- Documentele justificative pe baza cărora se înregistrează în contabilitate intrările de imobilizări sunt:
- Factura fiscală ;
- Avizul de însoţire a mărfii;
- Procesul verbal de recepţie a mijlocului fix;
- Proces-verbal de punere în funcţiune;
- Proces-verbal de predare-primire pentru imobilizările primite de la alte instituţii publice din finanţarea altui ordonator principal de credite prin transfer fără plată;
- Fişa mijlocului fix;
- Procesul verbal de inventariere pentru plusurile de inventar constatate cu ocazia inventarierii;
- Procesul verbal de scoatere din funcţiune a mijloacelor fixe, pentru mijloacele fixe rezultate din dezmembrarea altor mijloace fixe;
- Contractul de donaţie, pentru stocurile primite cu acest titlu.

Înregistrarea scăderii de imobilizări se face pe baza documentelor justificative conform „Planului de conturi general pentru instituţiile publice„ detaliat în analitic la valoarea contabilă.

Documentele justificative pe baza cărora se înregistrează în contabilitate ieşirile de imobilizări sunt:

- Factură – vânzare de imobilizări;
- Proces-verbal de scoatere din funcţiune a mijloacelor fixe;
- Proces-verbal de inventariere însoţit de Proces-verbal de cercetare administrativă – pentru lipsuri la inventariere.

Transferurile interne de imobilizări se bazează pe modificarea necesarului de imobilizări de la o gestiune la alta, impunând întocmirea următorului document justificativ:

- Bon de mişcare a mijloacelor fixe.

Articolele contabile aferente acestor tipuri de operaţiuni vor respecta prevederile O.M.F.P. 1917/2005, cu menţiunea că înregistrarea operaţiunilor economico-financiare trebuie să respecte principiile contabilităţii de drepturi şi obligaţii, iar corespondenţele stabilite în cadrul funcţiunii fiecărui cont nu sunt limitative, ele putând fi dezvoltate cu respectarea conţinutului economic al operaţiunii, a cerinţelor contabilităţii bazate pe angajamente şi a prevederilor legale în vigoare.

Contabilitatea analitică se ţine cu ajutorul formularelor:

- fişa de cont pentru operaţiuni diverse – pentru fiecare cont sintetic. Se completează la începutul anului pe baza notei de contabilitate de preluare a soldurilor de la sfârşitul anului precedent, iar în cursul anului pe baza documentelor justificative referitoare la operaţiile intervenite. La sfârşitul fiecărei luni, în fişele analitice se totalizează rulajele pe luna respectivă şi cumulat de la începutul anului, în vederea întocmirii balanţei analitice

de verificare a operaţiunilor înregistrate, iar în fişele de cont sintetic se face totalul cumulat al rulajului pe debit şi pe credit, precum şi soldul contului. Prin utilizarea aplicaţiei de contabilitate BALPRO completarea acestor fişe, precum şi stabilirea rulajelor lunare şi cumulate, se face automat în momentul închiderii jurnalelor parţiale;

- fişa pentru operaţiuni bugetare – se întocmeşte pe structura clasificaţiei economice şi bugetare aprobate;
- fişa mijlocului fix – se întocmeşte pentru fiecare mijloc fix şi pentru mai multe mijloace fixe de acelaşi fel şi aceeaşi valoare. Contabilitatea analitică a mijloacelor fixe se ţine pe fiecare obiect de evidenţă, prin care se înţelege obiectul singular sau complexul de obiecte cu toate dispozitivele şi accesoriile lui, destinat să îndeplinească în mod independent, în totalitatea lui, o funcţie distinctă;
- Registrul numerelor de inventar – serveşte ca document de atribuire a numerelor de inventar la toate mijloacele fixe existente în unitate.

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Stroescu Julianna	Serv contabilitate	05.06.2013	
1.2	Verificat	Stroescu Julianna	Director financiar contabil	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

SCOP

Stabileste conditiile in care o persoana poate fi angajata in functia de gestionar;

In vederea acoperirii eventualelor pagube ce s-ar putea produce in gestiune, stabileste garantiile in numerar si dupa caz, in functie de natura si valoarea bunurilor gestionate si a garantiilor suplimentare;

Stabileste raspunderea gestionarilor in cazul incalcarii dispozitiilor legale cu privire la gestionarea bunurilor.

DOMENIUL DE APLICARE

Prezenta Procedura se aplică în cadrul **SPITALULUI**

DEFINIŢII

Definirea termenilor utilizaţi este conforma cu SR EN ISO 9001:2008.

ABREVIERI

PO – procedura operationala

DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

LEGEA 22/1969 – actualizata, privind angajarea gestionarilor, constituirea de garantii si raspunderea in legatura cu gestionarea bunurilor agentilor economici, autoritatilor sau institutiilor publice.

Ordinul Administratiei Publice nr. 5133/1997.

SR EN ISO 9001:2008 - Sisteme de management al calitatii. Cerinte

DESCRIEREA ACTIVITĂŢILOR

Dispozitii generale

Gestionar este acel angajat care are ca atributii principale de serviciu primirea, pastrarea si eliberarea de bunuri aflate in administrarea, folosinta sau detinerea, chiar temporara a **Spitalului Sfântul Sava**, indiferent de modul de dobindire si de locul unde se afla bunurile.

Functiile prin a caror ocupare angajatul dobandeste calitatea de gestionar sunt urmatoarele:

- Casier;
- Administrator;
- etc.

Aceste functii sunt denumite ***functii de gestionari.***

Prin Ordinul Administratiei Publice nr. 5133/1997 s-a modificat L. 22/1969 in legatura cu persoanele carora li se constituie garantii.

Se interzice incredintarea oricarei gestiuni banesti sau materiale, ca atributiuni principale de serviciu, altor functii in afara celor prevazute ca si functii de gestionari.

Salariatii care au alte obligatii principale de serviciu altele decat pe acelea de manuire, nu pot fi considerati gestionari si ca atare nu au obligatia de a constitui garantie in numerar sau suplimentara. In cazul cand acestia efectueaza unele aprovizionari pentru unitate, devenind temporar „gestionar de fapt" la receptia acestor bunuri in unitate raspund de eventualele lipsuri, care se recupereaza de la salariatul respectiv conform prevederilor legale.

Sunt considerate bunuri, bunurile materiale, mijloacele banesti sau orice alte valori:

- Bunurile care nu fac obiectul unei gestiuni propriu-zise, cum sunt: cladirile, instalatiile, masinile unelte si aparatele folosite, mijloacele de transport, mobilierul, obiectele PSI, echipamentele de protectie, alte mijloce fixe si alte obiecte de inventar, vor fi predate salariatilor care le folosesc si care, fara a avea calitatea de gestionar, raspund de administrarea si exploatarea lor.

Conditii privind angajarea gestionarilor

Poate fi gestionar cel care a implinit virsta de 21 ani, a absolvit liceul sau o scoala echivalenta si are cunostintele necesare pentru a indeplini aceasta functie. Ocuparea unei functii pentru care salariatul dobandeste calitatea de gestionar se face prin concurs.

Inscrierea la concurs se face pe baza prezentarii de catre candidat a urmatoarelor documente:

- acte doveditoare ale pregatirii scolare;
- acte doveditoare ale activitatii profesionale;
- cazierul judiciar;
- adeverinta, de la locul de munca sau de la locurile de munca din ultimul an, din care sa rezulte daca a produs pagube, natura acestora si daca au fost acoperite;
- acte doveditoare privind posibiltatile materiale ale candidatului de a constitui garantia suplimentara corespunzatoare valorilor ce urmeaza a i se incredinta spre gestionare.

Verificarea cunostintelor necesare exercitarii functiei de gestionar este obligatorie si se face anticipat numirii in functie, pe baza de examen de catre comisia de incadrare si promovare din fiecare unitate, la data sustinerii concursului pentru ocuparea postului. Un exemplar din actul incheiat de comisie se va atasa la decizia de numire a gestionarului.

Categoriile de gestiuni si functiile pentru care gestionarul trebuie sa fi absolvit liceul ori scoala profesionala in specialitatea corespunzatoare gestiunii sau o scola echivalenta si sa aiba un anumit stagiu in munca de gestionar, sunt urmatoarele:

Nr. crt.	Categoria de gestiune	Functia	Studii necesare	Stagiu necesar	
				in functii administrative	din care in munca de gestiune
1	Gestiunile de echipamente, utilaje, aparataje pt centrale electrice	Administrator	Liceul ori scoala profesionala in specialitatea corespunzatoare gestiunii	4 ani	2 ani
		Magazioner		2 ani	1 an
2	Gestiunile de echipamente, utilaje, aparataje electrice si posturi de transformare	Administrator	Liceul ori scoala profesionala in specialitatea corespunzatoare gestiunii	4 ani	2 ani
		Magazioner		2 ani	1 an
3	Gestiunea de materiale de constructii cu un sold mediu anual care depaseste 500 lei	Administrator	Liceul ori scoala profesionala in specialitatea corespunzatoare gestiunii	4 ani	2 ani
		Magazioner		2 ani	1 an
4	Gestiunile de materii si materiale	Administrator	Liceul ori scoala profesionala in specialitatea corespunzatoare gestiunii	4 ani	2 ani
		Magazioner		2 ani	1 an

Nu poate fi gestionar cel condamnat pentru savarsirea vreuneia dintre infractiunile prevazute in

lista *Anexa nr.1*, chiar daca a fost gratiat.

Nu poate fi angajat sau trecut in functia de gestionar cel aflat in curs de urmarire penala sau de judecata pentru savarsirea vreuneia dintre infractiunile prevazute in lista anexa.

Prin "savarsirea infractiunii" se intelege comiterea oricareia dintre faptele prevazute in lista anexa, pe care legea le pedepseste ca infractiune consumata sau ca tentativa, precum si participarea la comiterea acestora ca autor, instigator sau complice.

Daca in cursul urmaririi penale, al judecatii sau dupa condamnare a intervenit amnistia, cel care a savarsit vreuna dintre infractiunile prevazute in lista anexa nu poate fi gestionar timp de 2 ani de la data intervenirii amnistiei. Cel caruia i s-a suspendat conditionat executarea pedepsei nu poate fi gestionar in cursul termenului de incercare si 2 ani de la expirarea acestui termen.

In cazul in care gestiunea este incredintata mai multor persoane, angajarea sau trecerea in functia de gestionar se face cu avizul scris al celorlalti gestionari.

Angajarea sau trecerea unei persoane intr-o functie din subordinea gestionarului se face cu avizul scris al acestuia.

Avizul scris al gestonarilor se va da de catre acestia in termen de 3 zile de la data solicitarii. Gestionarul care nu acorda avizul la angajarea sau trecerea intr-o functie din subordinea sa a unei persoane trebuie sa motiveze in scris cauzele refuzului.

Avizele sunt obligatorii, insa continutul lor are doar caracter consultativ pentru conducerea unitatii care angajeaza.

Angajatii sezonieri sau temporari pot fi gestionari, cu respectarea prevederilor legale.

Conducatorii unitatilor, angajatii cu atributii de control financiar, precum si contabilii, cu exceptia acelora care sunt incadrati in subunitati mici izolate teritorial, nu pot face operatii de primire, pastrare si eliberare de bunuri.

De asemenea, nu pot exercita atributiuni de gestionare cei care urmaresc si in acelasi timp consuma bunurile.

Garantii

In vederea acoperirii eventualelor pagube ce s-ar produce in gestiune, gestionarul are obligatia de a constitui un angajament de platan si o ***garantie in numerar*** si dupa caz, in functie de natura si valoarea bunurilor gestionate.

Nu este obligat sa constituie garantie cel care inlocuieste temporar un gestionar sau cel caruia i se incredinteaza o gestiune pe o perioada de cel mult 60 zile pana la numirea unui gestionar.

Gestiunile unde este obligatorie constituirea de garantii, felul garantiilor si limitele acestora se stabilesc prin Hotarare a C.A.

Volumul de valori incredintate se stabileste ca medie a stocurilor pe ultimele 12 luni.

Nu mai este necesara constituirea de garantii in numerar sau suplimentare la urmatoarele categorii de salariati care au alte atributii principale de serviciu decat pe cele de manuire de bunuri:

§ alte persoane care sunt trimise ocazional sa aduca in unitate diferite materiale.

Acesti salariati, la receptionarea bunurilor in cadrul gestiunilor din unitate, raspund de eventualele lipsuri cantitative care se vor recupera de la acestia conform prevederilor legale in vigoare.

Constituirea garantiei se face prin contract incheiat in scris, potrivit anexelor 2 – 5 la prezenta procedura. Contractul de garantie se incheie in *3 exemplare, la Serviciul Secretariat*, dintre care un exemplar se retine la dosarul de personal al angajatului, un exemplar se inmaneaza gestionarului, iar cel de-al treilea exemplar se depune la Serviciul Contabilitate pentru a fi luat in evidenta in vederea retinerii garantiei.

Garantiile reciproce intre gestionari nu sunt admise. Aceeasi persoana nu poate constitui garantii pentru mai multi gestionari. Cel care constituie garantia va declara, in scris, daca a mai constituit alte garantii.

Garantia in numerar

Garantia in numerar va fi de minimum un salariu si de maximum trei salarii tarifare lunare ale gestionarului; ea nu va putea depasi valoarea bunurilor incredintate.

Garantei in numerar se va retine in rate lunare de 1/10 din salariul tarifar lunar sau din castigul mediu pe o luna, dupa caz, in intervalul de timp de 10 pana la 30 luni. In situatia in care, din cauza altor retineri, ratele din contul garantiei in numerar nu pot fi retinute, gestionarul este obligat sa le depuna.

Garantia in numerar va fi depusa lunar de catre unitate la banca, intr-un cont special al unitatii respective pe numele gestionarului.

Pentru garantia depusa, se acorda o dobanda anuala, stabilita de banca, care nu poate fi

mai mica decit dobanda acordata pentru depozitele la termen pe un an.

Garantia in numerar si dobanda aferenta pot fi ridicate de catre gestionar la incetarea contractului sau de munca sau la trecerea intr-o functie pentru care nu se cere garantie, in situatia in care nu a cauzat o paguba sau cand paguba a fost acoperita in intregime. Unitatea este obligata, in aceste cazuri, sa elibereze gestionarului, in termen de cel mult 10 zile, suma retinuta drept garantie in numerar plus dobanda aferenta.

Daca gestionarul a cauzat o paguba in gestiune la locul sau de munca si aceasta nu se acopera integral in termen de o luna de la obtinerea titlului executoriu definitiv, unitatea se va despagubi din garantia in numerar constituita in favoarea sa.

In situatia in care sumele depuse drept garantie au fost ridicate, in intregime sau in parte, de unitate pentru a se despagubi, gestionarul este obligat sa reintregeasca garantia in numerar in rate lunare de 1/3 din salariul tarifar sau din castigul mediu lunar.

RESPONSABILITATI

Manager

In termen de 30 de zile de la data intrarii in vigoare a prezentei proceduri stabileste printr-o decizie persoanele responsabile cu revizuirea si recalcularea garantiilor in conformitate cu prevederile prezentei proceduri.

Raspunderea angajatorului

Managerul precum si orice alt angajat vinovat de angajarea, trecerea sau mentinerea unei persoane in functia de gestionar fara respectarea conditiilor de virsta, studii si stagiu, precum si a dipozitiilor referitoare la antecedentele penale, raspund integral pentru pagubele cauzate de gestionar, in solidar cu acesta.

Aceeasi raspundere o are si cel vinovat de nerespectarea dispozitiilor referitoare la garantiile gestionare, in limita garantiei neconstituite.

Raspunderea gestionarului

Incalcarea dispozitiilor legale cu privire la gestionarea bunurilor atrage raspunderea materiala, disciplinara, administrativa, penala sau civila, dupa caz.

Potrivit Codului muncii angajatii raspund material pentru pagubele cauzate in gestiuni, prin fapte ce nu constituie infractiuni.

Gestionarul raspunde integral fata de unitate pentru pagubele pe care le-a cauzat in gestiunea sa.

Primirea de bunuri in cantitati inferioare celor inscrise in actele insotitoare, cu vicii aparente, cu sigilii violate sau alte indicii de degradare a produselor fara a se fi intocmit acte legale de constatare, precum si nesolicitarea asistentei tehnice de specialitate la primirea bunurilor, desi aceasta era necesara, atrag de asemenea raspunderea gestionarului.

Gestionarul raspunde integral si in cazul in care atributiile sale fiind exercitate de un delegat numit de o comisie, se constata o paguba fara a se putea stabili ca aceasta s-a produs in absenta gestionarului.

Cand paguba in gestiune a fost cauzata de gestionar impreuna cu alt angajat sau alti angajati ai unitatii, raspunderea fiecaruia se stabileste in functie de masura in care au contribuit la producerea pagubei.

Daca nu se poate determina masura in care fiecare a contribuit la producerea pagubei, despagubirea se repartizeaza intre cei in cauza proportional cu castigul mediu al fiecaruia pe ultimele 3 luni. In cazul pagubei constatate intr-o gestiune in care manipularea bunurilor se face in colectiv de mai multi angajati sau in schimburi succesive, fara predare de gestiune intre schimburi, despagubirea se repartizeaza si proportional cu timpul lucrat de fiecare, de la ultima inventariere, in gestiunea in care s-a produs paguba.

Exemple privind modul de repartizare a despagubirii in cazurile de raspundere materiala a mai multor salariati:

1. paguba in gestiune a fost cauzata de gestionar impreuna cu alti angajati si nu se poate determina masura in care fiecare a contribuit la producerea ei.

   In acest caz acoperirea pagubei se face integral de catre cei in cauza in cote proportionale cu castigul mediu al fiecaruia pe ultimele 3 luni.

exemplul nr. 1

Paguba produsa este in valoare de 5000 lei, vinovati fiind salariatii A, B si C.

Pentru stabilirea partii de paguba de care raspunde fiecare angajat se aplica urmatoarele formule:

Ø cota procentuala din paguba (col 3) = $\frac{\text{castig mediu salariat}}{\text{}}$ *100

$$\text{paguba de acoperit aferenta fiecarui angajat (col 4)} = \frac{\text{total castig mediu} \quad \text{valoare paguba} * \text{cota procent.}}{100}$$

Salariati vinovati	Castig mediu (lei)	Dauna de acoperit	
		%	lei
col 1	col 2	col 3	col 4
A	1,100.00	26.19	1,309.52
B	2,200.00	52.38	2,619.05
C	900.00	21.43	1,071.43
Total	4,200.00	100.00	5,000.00

2. manipularea bunurilor s-a facut in mod colectiv de mai multi angajati sau in schimburi succesive, fara predare de gestiune intre schimburi.
   In acest caz acoperirea pagubei se face integral de catre cei in cauza in cote proportionale cu castigul mediu al fiecaruia pe ultimele 3 luni, precum si cu timpul lucrat de fiecare, de la ultima inventariere, in gestiunea la care s-a produs paguba, astfel :

exemplul nr. 2

Paguba produsa este in valoare de 5000 lei, vinovati fiind salariatii A, B si C.

Salariati vinovati	Castig mediu (lei)	Zile lucrate	Total col 2xcol 3	Dauna de acoperit (lei)
col 1	col 2	col 3	col 4	col 5
A	1,100.00	90	99,000.00	1,527.78
B	2,200.00	90	198,000.00	3,055.56
C	900.00	30	27,000.00	416.67
Total	4,200.00		324,000.00	5,000.00

$$\text{paguba de acoperit aferenta fiecarui angajat} = \frac{\text{castig mediu salariat} * \text{zile lucrate de salariat} * \text{valoare paguba}}{\text{total coloana 4 (col 4)}}$$

Raspunde integral angajatul care, nesocotind indatoririle sale de serviciu, a adus pagube unitatii prin aceea ca:

a) nu a asigurat gestionarului, in cazurile prevazute de lege, asistenta tehnica de specialitate pentru verificarea calitativa a bunurilor ori a prestat o asistenta tehnica necorespunzatoare;

b) nu a luat masurile necesare pentru pastrarea bunurilor in conditii corespunzatoare;

c) a dat gestionarului dispozitii gresite sau contrare legii.

Raspunde, in limita valorii pagubei ramase neacoperite de autorul direct al ei, din momentul constatarii insolvabilitatii acestuia, cel vinovat de:

a) angajarea sau trecerea unei persoane intr-o functie de gestionar sau din subordinea gestionarului fara avizul acestuia;

b) neluarea sau luarea cu intarziere a masurilor necesare pentru inlocuirea gestionarului sau a angajatilor aflati in subordinea sa, desi a fost avertizat in scris si motivat ca nu-si indeplinesc atributiile in mod corespunzator;

c) neluarea masurilor necesare pentru stabilirea si acoperirea pagubelor in gestiune;

d) neefectuarea inventarierilor la termenele si in conditiile legii, in situatia in care prin aceasta a contribuit la cauzarea pagubei;

e) nerespectarea oricarei alte indatoriri de serviciu, daca fara incalcarea acesteia paguba s-ar fi putut evita.

Angajatul care primeste, pastreaza si elibereaza bunuri fara a avea calitatea de gestionar raspunde integral, aplicandu-i-se in mod corespunzator prevederile referitoare la raspunderi.

La constatarea unei pagube in gestiune, persoana raspunzatoare poate sa-si ia un angajament scris pentru acoperirea acesteia; angajamentul scris constituie titlu executoriu.

Daca, ulterior, aceasta persoana constata ca nu datoreaza sau ca datoreaza numai in parte suma

pentru care si-a luat angajamentul, ea va putea face cerere de desfiintare a angajamentului la unitate sau la organul de jurisdictie competent, in termen de 30 zile de la data cand a cunoscut aceasta imprejurare.

De asemenea, validitatea angajamentului va inceta in intregime sau in parte atunci cand unitatea sau organul de jurisdictie competent constata, cu prilejul verificarii sau, dupa caz, al solutionarii unei cauze care are legatura cu angajamentul, ca acesta a fost luat pentru o suma nedatorata.

Organul de jurisdictie competent poate suspenda executarea angajamentului.

In vederea despagubirii unitatii pentru pagubele cauzate in gestiune, care nu se pot acoperi din garantia in numerar, este obligatoriu ca o data cu introducerea actiunii civile impotriva persoanei raspunzatoare de producerea prejudiciului, sa se ia masuri pentru infiintarea unei popriri asiguratoare sau a unui sechestru asigurator asupra bunurilor din garantia suplimentara.

In procesele penale masurile asiguratorii se iau de organele de urmarire penala sau de instanta de judecata la cererea partii civile sau din oficiu potrivit Codului de Procedura Penala.

Orice persoana privitor la care, prin hotarare judecatoreasca, s-a constatat ca a dobandit de la un gestionar bunuri sustrase de acesta din unitate si ca le-a obtinut in afara obligatiilor de serviciu ale gestionarului, cunoscand ca acesta gestioneaza astfel de bunuri, raspunde solidar cu gestionarul de acoperirea pagubei, in limita valorii bunurilor dobandite.

ANEXE

Anexa nr. 1 – Model de angajament de plata.

ANEXA 1

ANGAJAMENT DE PLATĂ

Subsemnatul [1] ..... fiul lui ..... şi al ....., născut la data de ..... în localitatea ....., sectorul/judeţul ....., domiciliat în ....., str. ..... nr. ....., bloc ....., scara ....., etaj ....., apart. ....., sectorul/judeţul ....., posesorul buletinului/cărţii de identitate seria ..... nr. ..... eliberat/ă de ..... la data de ....., cod numeric personal ....., având funcţia de[2] ....., sunt de acord ca in cazul in care se constata că din vina mea s-a produs vreun prejudiciu unitatii [3] ..... cu sediul în ....., str. ..... nr. ....., sectorul/judeţul ....., cod fiscal ..... îmi iau angajamentul de a plăti contravaloarea acestui prejudiciu prin [4] ..... .

Data .....
Semnătura .....
Martori [5]
.....
.....

NOTE

1. Se înscrie numele şi prenumele complet al celui care şi-a asumat angajamentul.
2. Se precizează funcţia şi locul de muncă în momentul semnării angajamentului, indicându-se şi unitatea la care este angajat, precum şi sediul ei.
3. Se arată denumirea unităţii păgubite.
4. Se precizează modalitatea de executare, care trebuie să fie în conformitate cu dispoziţiile legale.
5. Semnătura martorilor prezenţi (la fiecare în parte se indică domiciliul şi actul de identitate).

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROTOCOL PENTRU PRELUAREA-PREDAREA OBIECTELOR PERSONALE**	**205** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Serv administrativ	05.06.2013	
1.2	Verificat	Stroescu Julianna	Director financiar contabilitate	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Procedura descrie modalitatea de lucru la garderoba spitalului in vederea echiparii paicentului admis la internare in haine de spital.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate sectiile spitalului si la garderoba.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

Legea nr.46/2003, privind drepturile pacientilor

4. RESPONSABILITĂŢI

Responsabil de proces = garderobier + infirmier

Echipa de proces = asistent sef birou internari

5. DESCRIEREA PROCESULUI

- Urmare deciziei de internare, bolnavul este insotit la garderoba / baie (dus) / pentru predarea hainelor si pentru imbaiere si se va schimba in hainele de spital / haine proprii de interior
- Pacientul/apartinatorul preda hainele proprii pacientului, garderobierului pe baza unui inventar, si dupa inregistrarea in registrul de garderoba, se va emite un PV de predare-primire, in dublu exemplar, semnat de pacient/apartinator si garderobier

PROGRAMUL GARDEROBEI

Varianta I – garderoba cu program permanent

Varianta II – garderoba cu program pana la ora 15.00

- In aceasta situatie, personalul din sectiile spitalului sunt instruiti sa acceseze garderoba

- Fiecare sectie dispune de o cheie de la garderoba, iar infirmiere de serviciu va proceda la predarea-primirea hainelor pacientului dupa imbaiere si control epidemiologic

6.ANEXE

- Registrul de evidenta garderoba
- Proces verbal predare-primire

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**METODOLOGIE DE RAMBURSARE A CHELTUIELILOR EFECTUATE CATRE ASIGURATI PE PERIOADA INTERNARII**	**206** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Stroescu Julianna	Serv contabilitate	05.06.2013	
1.2	Verificat	Stroescu Julianna	Director financiar contabil	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Stabilește modul de returnare a cheltuielilor efectuate in spital de către un pacient asigurat, care a fost nevoit sa-si cumpere medicamente sau materiale sanitare, deoarece spitalul nu a dispus de acestea

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secțiile si compartimentele spitalului.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

- Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
- art.72 din Contractul Cadru pe anul 2010 In temeiul art.72 al 3 din contractul cadru pe anul 2010

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = medic curant
Echipa de proces = director medical+ contabil

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

1. Pacientul asigurat are dreptul sa beneficieze la recomandarea medicului curant de medicamente, materiale sanitare, sau alte investigații prevăzute la art.71 lit. a,b si d din Contractul Cadru. Toate acestea trebuie sa fie disponibile in spital.
2. Medicul curant in urma verificării si constatării lipsei (inexistenta mijloacelor de investigație necesare) din spitalul a medicamentelor, materialelor sanitare va întocmi documentele medicale necesare (referat), pe care le va înainta spre avizare sefului de secție din secția unde se afla internat asiguratul respectiv.
3. Seful de secție va solicita managerului avizul pentru ca pacientul sa suporte din fonduri proprii necesarul lipsa
4. Seful de secție in urma verificărilor va da aviz medicului curant sa prescrie necesarul pacientului spere achiziționare

5. Pacientul va fi instruit să cumpere medicamentele / materialele sanitare contra cost, solicitând Factura si Bon fiscal, pe care le va depune la secretariatul spitalului, împreună cu Cererea de solicitare returnare cheltuiala efectuată
6. Cheltuielile pacientului reprezentate prin factura se vor înregistra in evidentele spitalului si se vor returna pacientului in funcție de prevederile bugetare cu aceasta destinație si locul de pe lista de așteptare

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Stroescu Julianna	Sef serv contabilitate	05.06.2013	
1.2	Verificat	Stroescu Julianna	Director economic	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP :

a) Scopul acestei proceduri este stabilirea setului de reguli si operatiuni pentru modul in care se scot din uz mijloacele fixe, obiectele de inventar date in folosinta.
b) Stabilirea responsabililor privind intocmirea si aprovizionarea documentelor aferente acestei activitati;

2. DOMENIU :

Procedura se aplica in cadrul compartimentului, financiar contabil, administrativ, sectii si compartimente medicale,comisie de inventariere a imobilizarilor corporale si a materialelor de natura obiecteor de inventar.

3. REFERINTE, NORMATIVE :

- Ord. nr.81 – reevaluarea si amortizarea activelor fixe;
- H.G. nr.105/2007;
- Legea nr.15/1994
- H.G. nr.1553/2003;
- Ord. nr.946/2005;
- Ordinul 2861/2009.

1) Scoaterea din uz a mijloacelor fixe / obiectelor de inventar se face la propunerea comisiei de inventariere a imobilizarilor corporale si a materialelor de natura obiectelor de inventar numita prin act administrative. Propunerile sunt analizate de comisia numita prin decizie a managerului unitatii care intocmeste procesele verbale de inventariere care se prezinta, in termen de 7 zile lucratoare de la data incheierii operatiunilor de inventariere, administratorului, ordonatorului de credite sau persoanei responsabile cu gestiunea entitatii. Acesta, cu avizul conducatorului compartimentului financiar-contabil si al conducatorului compartimentului juridic, decide asupra solutionarii propunerilor facute, cu respectarea dispozitiilor legale.
1) Propunerea de casare a mijloacelor fixe din grupa a II a sunt supuse aprobarii ordonatorului principal de credite.

2) Dupa aprobarea managerului unitatii se procedeaza la casarea si dezmembrarea mijloacelor fixe si obiectelor de inventar;
3) La dezmembrare se analizeaza partile componente care ar putea fi folosite ca piese de schimb.
4) In cazul in care astfel de situatie se inregistreaza in evidenta contabila la valoarea justa de piata, inregistrarea se face pe baza NIR-ului intocmit de gestionar.
5) Procesul verbal de scoatere din uz este supus vizei de C.F.P..
6) Materialele care pot fi reciclate sunt predate la unitatea REMAT pe baza de aviz de insotire, factura emisa de unitate, dupa inregistrarea in gestiune.
7) Contravaloarea acestor materiale este de natura veniturilor proprii.

RESPONSABILITATI :

2) Managerul unitatii decide asupra propunerilor facute;
3) Membrii comisiei de inventariere;
4) Persoanele care au atributii de sefi de sectie, asistenti sefi, gestionari;
5) Persoanele care opereaza evidenta analitica;
6) Persoanele care au atributiuni in serviciul administrativ privind dezmembrarea si scoaterea din uz a mijloacelor fixe / obiecte de inventar;
7) Directorul financiar contabil:
    a. verifica si vizeaza pentru C.F.P. toate documentele justificative de intrare a mijloacelor fixe, materiale, obiecte de inventar, propunerile cuprinse in procesele verale ale comisiei de inventariere;
    b. Urmareste respectarea intocmai a prezentei proceduri;
8) Consilierul juridic avizeaza propunerile de casare cuprinse in procesul verbal al comisiei de inventariere;

DISPOZITII FINALE :

a) Procedura va fi adusa la cunostinta personalului care executa activitatea / activitatile respective / respectiva.
b) Actuala procedura va fi revizuita in cazul in care apar modificarile legale cu caracter general si intern pe baza carora se desfasoara activitatea /activitatile care face / fac parte obiectul acestei procedure.
c) Pe perioada absentei de la serviciu a persoanelor nominalizate, prezenta procedura in forma initiala sau revizuita se aplica si de catre inlocuitorii acestora.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURĂ PRIVIND APROVIZIONAREA SECȚIILOR CU MATERIALE MEDICALE**	**208** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele și Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Serv administrativ	05.06.2013	
1.2	Verificat	Stroescu Julianna	Director fin-cont	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabilește modul de lucru privind aprovizionarea cu materiale medicale a secțiilor / departamentelor din spital.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică în toate secțiile și departamentele spitalului care oferă servicii medicale sau care participa la aprovizionare / achiziții.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

3.1 Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = asistent farmacie

4.2 Echipa de proces = farmacist sef + asistent de farmacie + director medical + sef secție / departament

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

In vederea aprovizionării ritmice a secțiilor din spital cu materiale medicale (medicamente + materiale sanitare) se elaborează următoarele documente:

I. Condica de medicamente pentru tratamentul curent al pacienților, zilnic sau pentru o perioada de timp – pana la ora 12.00 dimineața
II. Condica pentru aparatul de urgenta din secție – de cate ori e nevoie
III. Condica pentru aparatul de urgenta de la Camera de garda – de cate ori este nevoie
IV. Condica pentru medicamente opioide - – de cate ori este nevoie
V. Condica pentru materiale sanitare – pana la ora 9.00 dimineața, când este nevoie
VI. Bon pentru materiale sanitare din magazia spitalului - – de cate ori este nevoie

Documentele de mai sus sunt redactate în urma recomandărilor medicilor curanți și sub semnătura și parafa.

Aceste solicitări ajung la Farmacia spitalului, care le prelucrează (introducere în programul informatic) și eliberează produsele solicitate astfel:

I. Medicația pacientului internat se eliberează distinct per pacient, pana la ora 14.00, zilnic (sau la 2 zile)
II. Celelalte solicitări se eliberează în funcție de programul de lucru al farmaciei și de timpul alocat.

In situații de urgenta (pacient nou internat în garda, urgenta medicala la pacient în secție etc.), se trimite Condica dedicata urgentei și se eliberează în regim de urgenta

6. ANEXE / INSCRISURI

Nu e cazul

Nr. .../...../201...

APROBAT
MANAGER

SISTEM DE EVALUARE A

ACORDURILOR DE PARTENERIAT ÎNCHEIATE

Evaluarea anuală a modului de derulare a parteneriatelor încheiate în diverse domenii, îngrijiri la domiciliu, servicii sociale, religios etc. se face în fiecare an , până în data de 15 ianuarie a anului următor, pentru anul încheiat.

Rapoartele vor cuprinde:

- Lista parteneriatelor, pe domenii
- Evaluarea, prin indicatori pe fiecare dintre parteneriate

Responsabil: serviciul financiar va raporta Comitetului director

Indicatori de evaluare:

1. Număr acțiuni desfășurate
2. Număr beneficiari
3. Costuri aferente fiecărui acord/ contract/ convenție
4. Costuri totale

Director financiar contabil

Raport de evaluare a acordurilor de parteneriat[1]

Parteneriate îngrijiri la domiciliu

Denumirea firmelor de îngrijiri la domiciliu cu care există acord	Nr. de cazuri raportate ca preluate pentru continuare de tratament	Costuri anuale
Fundația Crucea Alb Galbenă		
Total cazuri preluate		
	Costuri	

Pentru pacienții preluați și care aveau asigurare medicală nu se raportează costuri, aceste fiind suportate de CNAS. Dacă au existat pacienți care au solicitat îngrijiri contra cost deoarece din diverse motive nu s-au încadrat în normele existente se va specifica și valoarea.

Parteneriate consiliere religioasă

Denumirea confesiunii religioase / preot cu care există acord	Nr. solicitări anuale sau servicii efectuate	Costuri anuale
Confesiune Ortodoxă – Preot		
Confesiune Catolică – Preot		
Confesiune Protestantă – Preot		
Confesiune Iudaică – Rabin		
Confesiune Musulmană – Iman		
Total cazuri preluate		
	Costuri	

Parteneriate cu alte spitale

Spitalul cu care există acord și domeniul de servicii prestat	Nr. solicitări anuale sau servicii efectuate	Costuri anuale
Spitalul Județean de Urgență Buzău (urgențe, pacienți decedați)		
Total cazuri preluate		
	Costuri	

[1] Serviciul financiar va completa tabele la finele fiecărui an, în baza facturilor lunare
Pentru serviciile de îngrijiri la domiciliu as. șefă va solicita acestor firme numărul de pacienți preluați de la spitalul nostru

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**Procedura de punere în aplicare a deciziilor Colegiului medicilor sau Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România (OAMGMAMR)**	**210** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/1**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

Scop: punerea în aplicare a deciziei Colegiului medicilor sau a Ordinului Asistenţilor Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenţilor Medicali din România (OAMGMAMR)

Deciziile Colegiului medicilor care au influențe asupra activității spitalului în relație cu pacienții și CNAS se referă la acele situații în care dintr-un anumit motiv activitatea profesională este afectată. Aceste decizii pot de suspendare temporară a dreptului de practică sau interzicere definitivă a acestui drept.

Ca urmare a primirii unei notificări scrise în acest sens din partea Colegiului medicilor, spitalul are obligația de conformare imediată care constă în suspendarea pe o perioadă sau interzicerea practicii medicale a respectivei persoane în cadrul spitalului.

În funcție de durata deciziei se vor lua masuri privind suspendarea sau rezilierea contractului de muncă sau colaborare și anunțarea acestor modificări la Agenţia Naţională pentru Ocuparea Forţei de Muncă. De asemenea spitalul are obligația de a anunța în scris suspendarea sau rezilierea și către CJAS cu care este în relație, anexând decizia Colegiului medicilor.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA** **ARHIVAREA DOCUMENTELOR SI INREGISTRARILOR**	**209** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/7**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătura**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Arhivar	05.06.2013	
1.2	Verificat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOPUL

Prezenta procedura stabileşte modul de arhivare, păstrarea şi responsabilităţile privind arhivarea documentelor în cadrul **SPITALULUI.**

2. DOMENIUL DE APLICARE

Procedura se aplică de către toate compartimentele din cadrul **SPITALULUI** pentru arhivarea şi păstrarea tuturor documentelor pe suport hârtie, înregistrări foto, video, audio.

Prezenta procedură nu se aplică pentru arhivarea documentelor în formă electronica.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

SR EN ISO 9001:2008 „Sisteme de management al calităţii. Cerinţe.”

SR EN ISO 9000:2006 „Sisteme de management al calităţii. Principii fundamentale şi vocabular.”

Legea 16/1996 a Arhivelor Naţionale actualizată

4. DEFINIŢII ŞI PRESCURTĂRI

Conform SR EN ISO 9000:2006 “Sisteme de management al calităţii. Principii fundamentale şi vocabular”, precum şi următoarele:

Documente grupate în funcţie de problematica conţinută, specifică fiecărei entităţi şi de termenul de păstrare.

Lista prin care este stabilit termenul de păstrare pentru fiecare document.

Sortarea pentru eliminare, respectiv distrugere a documentelor, prin stabilirea valorii practice a acestora.

Lista care cuprinde documente grupate în funcţie de problematica conţinută şi termenul de păstrare.

5. PROCEDURA

Evidenta documentelor

Toate documentele primite sau redactate in sectia dumneavoastra se supun arhivarii.

De exemplu :

- Foi de obsevatie atat in internarea continua cat si de zi
- Registre de consultatii
- Registrul de schimbare de tura
- Raportul de garda
- Adrese primite de la conducerea spitalului, alte sectii, alte departamente,
- Adrese trimise de sectia dumneavoastra (copia)
- Referate
- Acte de control
- Borderouri
- Grafice de tura
- Foi de alimentatie
- Coatoare de concedii medicale, retete, etc.
- State de plata
- Adrese
- Dosare de achizitii
- Dosare de concurs
- Etc.....

La nivelul **SPITALULUI**, toate compartimentele sunt obligate să înregistreze şi să ţină evidenţa tuturor documentelor intrate, a celor întocmite pentru uz intern şi a celor ieşite, precum şi evidenţa înregistrărilor utilizate - conform procedurii de sistem PS-01 „Controlul documentelor si inregistrarilor".

Documentele/înregistrările se păstrează de către elaboratori şi utilizatori la locul de muncă (arhivă activă), pe durata specificată în documentele SMC, reglementări legale.

După expirarea perioadei de păstrare operativă, şefii departamentelor întocmesc propuneri pentru arhivare în arhiva **SPITALULUI**, care sunt aprobate de Manager.

Anual, persoana responsabilă cu îndosarierea documentelor la fiecare compartiment grupează documentele în unităţi arhivistice potrivit problematicii şi a termenelor de păstrare stabilite în nomenclatorul arhivistic al **SPITALULUI.**

Nomenclatorul arhivistic este întocmit de către responsabilul cu patrimoniu din cadrul **SPITALULUI**, pe baza propunerilor transmise de şefii departamentelor organizatorice din **SPITALULUI**, este aprobat prin decizie a Managerului, şi confirmat de către Directia Judeteana a Arhivelor Nationale.

În fiecare dosar se introduce o pagina de garda, care se completează de către persoana responsabilă cu îndosarierea documentelor la fiecare compartiment. Se numerotează fiecare pagină din dosar şi totalul de pagini se înscrie pe pagina de gardă.

Documentele astfel grupate, se depun de către persoana responsabilă cu îndosarierea acestora, în al doilea an de la constituire, la depozitul arhivei **SPITALULUI**, pe bază de inventar de documente si proces verbal de predare primire.

Evidenţa tuturor intrărilor şi ieşirilor de unităţi arhivistice în/din depozitul arhivei este consemnată de către arhivarul unităţii într-un registru de evidenta.

Scoaterea documentelor din evidenţa arhivei se face numai cu aprobarea managerului **SPITALULUI**, în urma selecţionării sau transferului în alt depozit de arhivă.

Selectionarea documentelor

În cadrul **SPITALULUI** functioneaza o Comisie de selecţionare, numită prin decizie a Managerului.

Această comisie se întruneşte anual sau ori de câte ori este necesar, la propunerea arhivarului unităţii, pentru a aproba lista cu documentele care urmează a fi înlăturate ca fiind nefolositoare, expirându-le termenul de păstrare; hotărârea luată se consemnează într-un Proces Verbal al Comisiei de selectionare.

Documentele se scot din evidenţele arhivelor şi se pot elimina numai în baza Proceselor Verbale ale comisiei menţionate anterior.

Pastrarea documentelor

Managerul numeşte prin decizie o persoană în funcţia de arhivar al unităţii, care este obligată să păstreze documentele deţinute în arhivă în condiţii corespunzătoare.

Conducerea unităţii, la propunerea arhivarului unităţii, alocă spaţiul necesar pentru arhivă

Arhivarul unităţii asigură îndeplinirea condiţiilor (temperatură, umiditate, luminozitate, condiţii de siguranţă) în incinta spaţiului destinat arhivării.

Arhivarul unităţii urmăreşte întoarcerea documentelor ieşite la solicitarea sefilor de compartimente spre consultare şi sesizează managerul în cazul întârzierii acestora sau a altor probleme apărute în arhivă.

Păstrarea documentelor în arhivă se face pe durata prevăzută în nomenclatorul arhivistic.

6. RESPONSABILITĂŢI

Ordonatorul de credite:

- Alocă spaţiul necesar arhivării.
- Asigură resursele umane şi materiale pentru crearea condiţiilor de funcţionare normală a arhivei.
- Numeşte prin decizie componenţa Comisiei de selecţionare la nivelul **SPITALULUI**.
- Numeşte prin decizie arhivarul unităţii.
- Aprobă scoaterea documentelor din evidenţa arhivei, în urma selecţionării sau mutării în alt depozit.

Sefii de compartimente

- Asigură păstrarea la locul de muncă (operativă) şi depunerea la arhivă a documentelor după expirarea perioadei de păstrare operativă, legarea, cartonarea şi identificarea.
- Propun predarea documentelor la arhiva SPITALULUI.
- Coordonează îndosarierea documentelor pe unităţi arhivistice la nivelul entităţii.
- Propune persoana responsabilă cu îndosarierea documentelor.
- Fac propuneri pentru întocmirea, modificarea şi completarea Nomenclatorului arhivistic al filialei, pentru documentele create/păstrate de către entitatea pe care o conduc.

Arhivarul responsabil cu arhivarea la SPITALUL .....

- Preia documentele grupate în unităţi arhivistice de la entităţi pentru păstrarea în arhivă. 9.3.2. Asigură documentele deţinute în arhivă în condiţii corespunzătoare.
- Ţine evidenţa intrărilor-ieşirilor unităţilor arhivistice din arhivă.
- Verifică modul de păstrare în timp a documentelor.
- Pune la dispoziţie, în anumite situaţii, pe bază de semnătură şi ţine evidenţa documentelor împrumutate entităţilor creatoare, pe baza registrului de evidenţă a intrărilor-ieşirilor unităţilor arhivistice; la restituire verifică integritatea documentelor împrumutate.
- Convoacă comisia de selecţionare în vederea analizării dosarelor cu termenele de păstrare expirate, care sunt propuse pentru distrugere.
- Asigură difuzarea Nomenclatorului arhivistic tuturor compartimentelor organizatorice din cadrul SPITALULUI.

Comisia de selectionare

Analizează şi aprobă lista întocmită de către arhivarul **SPITALULUI** cu documentele având termenele de păstrare depăşite, propuse spre a fi distruse.

7. ANEXE

Anexa 1 – Nomenclator arhivistic de documente
Anexa 2 – Pagina de gardă dosar
Anexa 3 – Inventarul de documente pentru arhivare
Anexa 4 – Proces Verbal predare-primire documente pentru arhivare
Anexa 5 – Registru de evidenţă intrări-ieşiri documente în/din arhivă
Anexa 6 – PV al Comisiei de selecţionare
Anexa 7 – Logigrama activităţii

Anexa 1

APROBAT **Se confirmă**
Manager _____

NOMENCLATORUL ARHIVISTIC
aprobat prin Decizia nr. ..... din .....

Serviciile	**Denumirea dosarului** **(conţinutul pe scurt al problemelor la care se referă)**	**Termenul de păstrare**	**Obs.**
A. Serviciul ….	1.		
	2.		
	3.		
B. Serviciul ….	1.		
	2.		
	3.		

Data: zz.ll.aaaa **Întocmit**
Nume Prenume

Anexa 2
Pagina de garda

Denumire dosar ……
(conţinutul pe scurt al problemelor la care se referă)

de la data …… până la data de …….
(pentru documentele conţinute)

Indicativ dosar .....(ex: II. B 3)**.....**
(conform nomenclatorului arhivistic)

Nr. de pagini ……
Termen de păstrare ……
(conform nomenclatorului arhivistic)

Anexa 3 **Unitatea sanitara .....**

INVENTARUL DE DOCUMENTE PENTRU ARHIVARE
pe anul .....
Pentru documentele care se păstrează permanent sau temporar

Nr. crt.	Indicativul dosarului (după nomenclator)	Conţinutul pe scurt al dosarului, registrului	Datele extreme	Nr. filelor	Obs.

Prezentul inventar format din ..... file conţine ..... dosare, registre, condici etc.
Dosarele de la nr. crt. ..... au fost lăsate la ....., nefiind încheiate.
La preluare au lipsit dosarele de la nr. crt. .....
Astăzi, ..., s-au preluat .....dosare.

Am predat,
Nume Prenume
Semnătura

Am primit,
Nume Prenume
Semnătura

Anexa 4
Unitatea sanitara .....

PROCES VERBAL DE PREDARE – PRIMIRE
DOCUMENTE PENTRU ARHIVARE

Astăzi, ..., subsemnaţii .....,
delegaţi ai compartimentului .....,
şi ..... arhivarul _____ am procedat primul la predarea şi al doilea la preluarea documentelor create în perioada .....de către compartimentul menţionat, în cantitate de ..... dosare.
Predarea – primirea s-a făcut pe baza inventarelor anexate, cuprinzând ..... pagini, conform dispoziţiilor legale.

Am predat,
Nume Prenume
Semnătura

Am primit,
Nume Prenume
Semnătura

Anexa 5 **Unitatea sanitara .....**

PROCES VERBAL Nr. ...../.....

Comisia de selecţionare, numită prin Decizia nr..... din ....., selecţionând în şedinţele din ..... documentele din anii*) ..... avizează/aprobă ca dosarele din inventarele anexate să fie înlăturate ca nefolositoare, expirându-le termenele de păstrare prevăzute în nomenclatorul arhivistic al unităţii.

APROBAT
Comisia de selecţionare

Preşedinte,
Nume Prenume
Semnătura

Membri,Secretar,
Nume Prenume
Semnătura

Nume Prenume
Semnătura

*) Anii extremi

Anexa 6
Unitatea sanitara
.....

REGISTRUL DE EVIDENŢĂ
INTRĂRI-IEŞIRI DOCUMENTE ÎN/DIN ARHIVĂ

Nr. crt.	INTRĂRI ÎN ARHIVĂ						IEŞIRI DIN ARHIVĂ					
	Data intrării	Denumire Compartiment	Datele extreme ale documentelor	Număr de dosare			Scoatere din evidenţă		Predare spre consultare			
				După inventar	Primite efectiv	Depuse ulterior	Data ieşirii	Nr./data PV Comisie de selecţionare	Data predării	Unde s-au predat	Act de predare nr./dată	Total dosare ieşite
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13

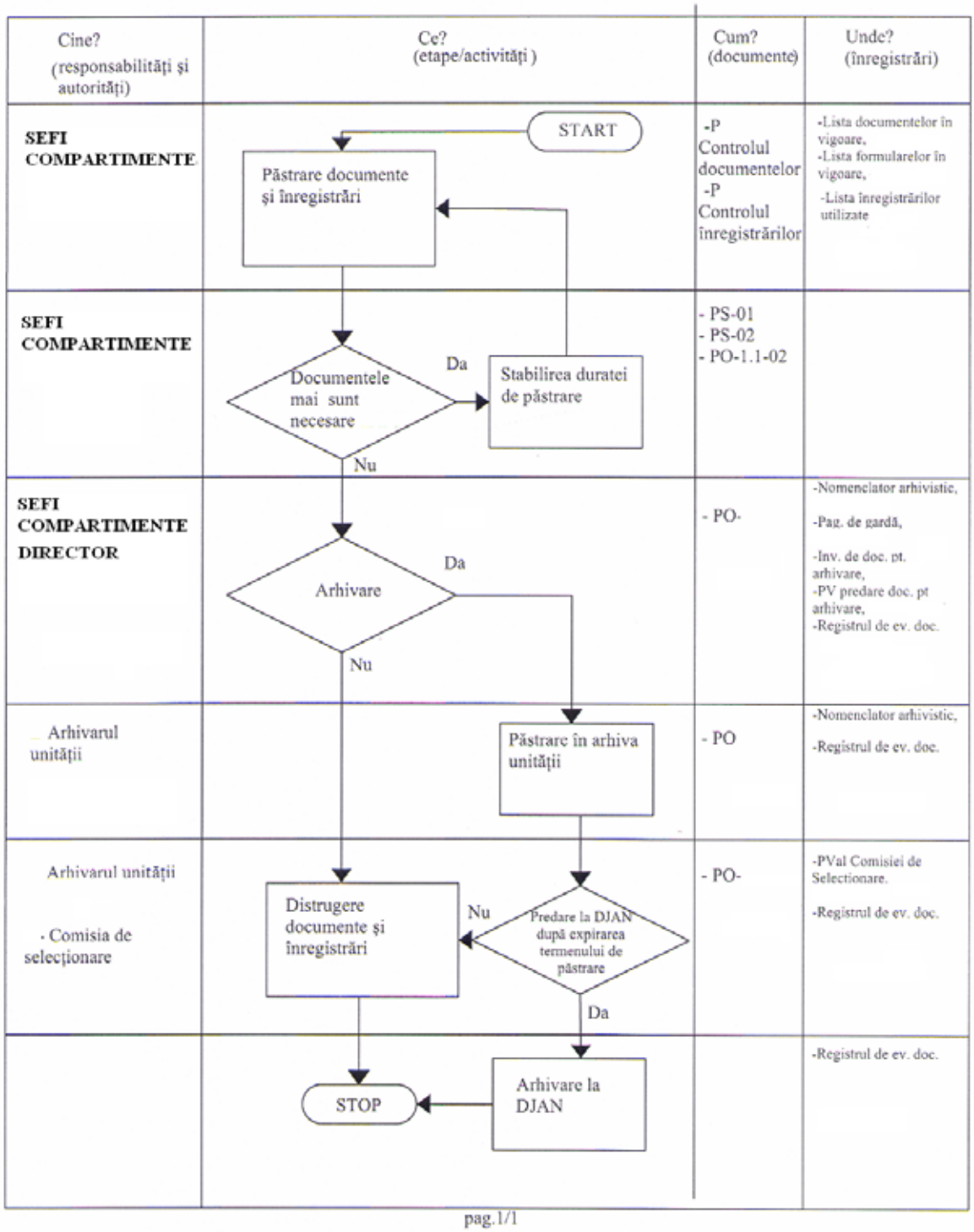
Legendă:
01 - numărul de ordine al inventarului
02 - data preluării dosarelor din inventarul respectiv
03 - denumirea compartimentului de la care provine inventarul
04 - datele extreme ale documentelor specificate în pagina de gardă a dosarelor
05 - numărul total al dosarelor din inventarul respectiv
06 - totalul dosarelor primite efectiv în arhivă din inventarul respectiv
07 - numărul dosarelor lăsate la compartiment şi depuse ulterior
08 - data scoaterii dosarelor din evidenţă
09 - denumirea, numărul de înregistrare şi data actului pe baza căruia au fost scoase din evidenţă
10 - data predării documentelor spre consultare
11 - denumirea entităţii către care s-a făcut predarea spre consultare
12 - denumirea, numărul de înregistrare şi data actului pe baza căruia au fost scoase din evidenţă
13 - totalul dosarelor ieşite

Obs.: Pe eticheta registrului se trece denumirea acestuia, denumirea unităţii şi codul registrului.

ANEXA 7

LOGIGRAMĂ

ARHIVAREA DOCUMENTELOR ŞI ÎNREGISTRĂRILOR



pag.1/1

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA DE CIRCULATIE A DOCUMENTELOR	221	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director Medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura se aplica urmatoarelor categorii de documente:
a) documente elaborate intern;
b) documente de provenienta externa;

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate sectoarele de activitate ale spitalului.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = angajatul unitatii
Echipa de proces = sef sector activitate + angajat

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

NOTA: documentele pentru care exista prevederi speciale in prezenta procedura sunt urmatoarele:

1) hotarari
2) dispozitii
3) decizii
4) note de serviciu
5) note interne

1) **HOTARAREA**: document elaborat in urma hotararilor Comitetului Director
Hotararile vor fi consemnate separat intr-un “Registru de hotarari” de catre Secretariat
2) **DISPOZITIA**: document elaborat de Manager, care poate avea ca obiect urmatoarele:
- realizarea masurilor rezultate din hotararile CD;

- numirea sau eliberarea din functie a persoanelor din subordinea sa;
- delegarea de autoritate fata de ceilalti directori componenti ai CD.

NOTA: Dispozitiile vor fi semnate de Manager sau inlocuitorul sau, prin delegarea de autoritate

Nr. de exemplare in care se intocmeste, multiplicarea si distribuirea acestora se face prin grija Directorului RUNOS. Originalul dispozitiei se pastreaza in "Registrul de Dispozitii Manager" Cele care fac obiectul unei reglementari legale vor fi semnate de seful Biroului Juridic.

3) DECIZIILE: documente emise de Manager. Deciziile sunt elaborate de Director RUNOS, vizate de seful serviciului RUNO, iar cele care fac obiectul unor reglementari legale sunt vizate si de catre Biroul Juridic.

PROCEDURA DE CIRCULATIE A DOCUMENTELOR

Dupa vizare sunt transmise spre aprobare Managerului, după semnare sunt înregistrate la Secretariat si difuzate prin grija Directorului RUNOS, pe baza unei liste de distribuire.

Originalul deciziei si lista de distribuire sunt păstrate la serviciul RUNO in "Registrul Decizii Manager".

4) NOTELE DE SERVICIU: se înregistrează la nivelul Secretariatului de către funcțiile emitente si sunt distribuite compartimentelor sau secțiilor implicate prin grija Secretariatului.

Distribuirea se face pe baza listei de distribuire de către persoana care a elaborat nota de serviciu. Notele de chemare pentru efectuarea orelor suplimentare se multiplica in 2 ex., unul se anexează la pontajul colectiv si se păstrează la serviciul/biroul respectiv si unul la serviciul Salarizare, cu aprobările precizate in procedura de efectuare a orelor suplimentare.

5) NOTELE INTERNE: se înregistrează la Secretariat de către funcțiile emitente, iar distribuția se face pe baza unei liste de distribuire prin grija funcției emitente.

CORESPONDENTA

A) Corespondenta adresata Conducerii de către salariații acesteia si de către persoane fizice / juridice din afara spitalului

- Corespondenta care vizează probleme personale – se înregistrează la Secretariat si nr. de înregistrare se trece pe document

Prin grija Secretariatului, corespondenta se transmite Managerului care decide modul de rezolvare a problemelor cuprinse in aceasta;

- Corespondenta care vizează probleme de serviciu – poarta viza sefului de serviciu / birou, sef secție / compartiment,

Director de resort si se transmite către Secretariat de către secția / serviciul emitent. Rezoluția se pune pe document si se transmite serviciului / biroului emitent prin grija Secretariatului. Un exemplar din acest document este păstrat la emitent.

B) Corespondenta trimisa de conducere se prezintă pentru semnare de către secția / compartimentul, serviciul / biroul, Director de resort, Manager. Prin grija Secretariatului se întocmesc zilnic borderouri pentru corespondenta efectuata in doua exemplare: originalul se transmite la Serviciul Financiar pentru decontarea cheltuielilor de expediere, iar celalalt exemplar se păstrează la Secretariat.

Datele cuprinse in borderoul de corespondenta sunt următoarele:

- nr. curent / nr. posta
- localitatea
- destinatar
- total suma

C) Faxuri transmise de spital. – Faxurile expediate de spital se prezintă spre semnare de către secția / serviciul, biroul emitent, directorului de resort si apoi Managerului, fiind reprezentantul legal al instituției.

D) Corespondenta intre secțiile / compartimentele, serviciile / birourile

– aceasta corespondenta poarta semnătura sefului secției / serviciului emitent si a Directorului de resort.

După semnare, se înregistrează la Secretariat si se difuzează prin grija semnătura de primire a persoanei primitoare.

Pe exemplarul păstrat la emitent se regăsesc numele, prenumele si acestui compartiment destinatarului.

6. ANEXE / INSCRISURI

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1	Elaborat	Sandu Cosmin	Comp achizitii	05.06.2013	
2	Verificat	Sandu Cosmin	Director economic	05.06.2013	
3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2	Revizia 1			
3	Revizia 2			
4	Revizia 3			

1. SCOP

SCOPURI GENERALE

Stabileste modul de realizare a activitatii, compartimentele si persoanele implicate;
Asigura existenta documentatiei adecvate derularii activitatii;
Asigura continuitatea activitatii, inclusiv in conditii de fluctuatie a personalului;
Sprijina auditul si/sau alte organisme abilitate in actiuni de auditare si/sau control, iar pe manager, in luarea deciziei;

SCOPURI SPECIFICE PROCEDURII OPERATIONALE

Stabilirea unui set unitar de reguli pentru reglementarea atribuirii contractelor de achizitie publica;
Stabilirea responsabilitatilor privind intocmirea, avizarea si aprobarea documentelor aferente acestei activitati;
Identificarea si asigurarea necesarului de produse, servicii si lucrari;
Promovarea concurentei intre operatorii economici;
Garantarea tratamentului egal si nediscriminarea operatorilor economici;
Asigurarea transparentei si integritatii procesului de achizitie publica;

2. DOMENIU DE APLICARE

Întocmirea formalităţilor necesare în vederea achiziţionării produselor, serviciilor şi lucrărilor necesare desfăşurării activităţii instituţiei;
Principalele activităţi de care depinde şi/sau care depind de activitatea procedurată:
- întocmirea programului anual al achiziţiilor publice;
- initirea procedurii de achizitie publica;
- întocmirea documentaţiei de atribuire;
- chemarea la competitie a operatorilor economici;
- derularea procedurii de atribuire;
- atribuirea contractului de achzitie publica sau incheierea acordului cadru;
- definitivarea dosarului de achizitie publica;

- derularea contractului sau acordului cadru;
- finalizarea contractului;

Compartimente implicate în activitatea procedurată:

- compartimente furnizoare de date: toate compartimentele instituţiei;
- compartimente beneficiare a activităţii procedurate: toate compartimentele instituţiei.

3. DEFINIŢII ŞI ABREVIERI

Definiţii:

Acceptarea ofertei câştigătoare - Actul juridic prin care autoritatea contractantă îşi manifestă acordul de a se angaja juridic în contractul de achiziţie publică ce va fi încheiat cu ofertantul a cărui ofertă a fost desemnată câştigătoare

Acord-cadru - Inţelegerea scrisă intervenită între una sau mai multe autorităţi contractante şi unul sau mai mulţi operatori economici, al cărei scop este stabilirea elementelor/condiţiilor esenţiale care vor guverna contractele de achiziţie publică ce urmează a fi atribuite într-o perioadă dată, în mod special în ceea ce priveşte preţul şi, după caz, cantităţile avute în vedere

Candidat - Oricare operator economic care a depus candidatura în cazul unei proceduri de licitaţie restrânsă, negociere sau dialog competitiv

Candidatură- Documentele prin care un candidat îşi demonstrează situaţia personală, capacitatea de exercitare a activităţii profesionale, situaţia economică şi financiară, capacitatea tehnică şi profesională, în vederea obţinerii invitaţiei de participare pentru depunerea ulterioară a ofertei, în cazul aplicării unei proceduri de licitaţie restrânsă, negociere sau dialog competitiv

Contract de achiziţie publică - Contractul care include şi categoria contractului sectorial, astfel cum este definit la art. 229 alin. (2), cu titlu oneros, încheiat în scris între una sau mai multe autorităţi contractante, pe de o parte, şi unul sau mai mulţi operatori economici, pe de altă parte, având ca obiect execuţia de lucrări, furnizarea de produse sau prestarea de servicii, în sensul prezentei ordonanţe de urgenţă

Contractant - Ofertantul care a devenit, în condiţiile legii, parte într-un contract de achiziţie publică

Documentaţie de atribuire - Documentaţia ce cuprinde toate informaţiile legate de obiectul contractului de achiziţie publică şi de procedura de atribuire a acestuia, inclusiv caietul de sarcini sau, după caz, documentaţia descriptivă

Drept special sau exclusiv - Dreptul care rezultă din orice formă de autorizare acordată, conform prevederilor legale sau ca urmare a emiterii unor acte administrative, de o autoritate competentă şi care are ca efect rezervarea desfăşurării de activităţi în domeniul anumitor servicii publice numai de către una sau de către un număr limitat de persoane, afectând în mod substanţial posibilitatea altor persoane de a desfăşura o astfel de activitate

Fonduri publice - Sume alocate din bugetele prevăzute la art. 1 alin. (2) din Legea nr. 500/2002 privind finanţele publice, cu modificările ulterioare

Licitaţie electronică - Procesul repetitiv realizat după o primă evaluare completă a ofertelor, în care ofertanţii au posibilitatea, exclusiv prin intermediul mijloacelor electronice, de a reduce preţurile prezentate şi/sau de a îmbunătăţi alte elemente ale ofertei; evaluarea finală trebuie să se realizeze în mod automat prin mijloacele electronice utilizate

Mijloace electronice - Utilizarea echipamentelor electronice pentru procesarea şi stocarea de date care sunt difuzate, transmise şi recepţionate prin cablu, radio, mijloace optice sau prin alte mijloace electromagnetice

Ofertant - Oricare operator economic care a depus ofertă

Ofertă - Actul juridic prin care operatorul economic îşi manifestă voinţa de a se angaja din punct de vedere juridic într-un contract de achiziţie publică; oferta cuprinde propunerea financiară şi propunerea tehnică

Operator economic - Oricare furnizor de produse, prestator de servicii ori executant de lucrări - persoană fizică/juridică, de drept public sau privat, ori grup de astfel de persoane cu activitate în domeniul care oferă în mod licit pe piaţă produse, servicii şi/sau execuţie de lucrări

Operatorul sistemului electronic de achiziţii publice - Persoană juridică de drept public care asigură autorităţilor contractante suportul tehnic destinat aplicării, prin mijloace electronice, a procedurilor de atribuire

Procedură de atribuire - Etapele ce trebuie parcurse de autoritatea contractantă şi de către candidaţi/ofertanţi pentru ca acordul părţilor privind angajarea în contractul de achiziţie publică să fie considerat valabil; procedurile de atribuire sunt: licitaţia deschisă, licitaţia restrânsă, dialogul competitiv, negocierea, cererea de oferte, concursul de soluţii

Propunere financiară - Parte a ofertei ce cuprinde informaţiile cu privire la preţ, tarif, alte condiţii financiare şi comerciale corespunzătoare satisfacerii cerinţelor solicitate prin documentaţia de atribuire

Propunere tehnică - Parte a ofertei elaborată pe baza cerinţelor din caietul de sarcini sau, după caz, din documentaţia descriptivă;

"Scris" sau "în scris" - Orice ansamblu de cuvinte şi cifre care pot fi citite, reproduse şi apoi comunicate. Acest ansamblu poate include şi informaţii transmise şi stocate prin mijloace electronice

Sistemul electronic de achiziţii publice - SEAP - Desemnează sistemul informatic de utilitate publică, accesibil prin internet la o adresă dedicată, utilizat în scopul aplicării prin mijloace electronice a procedurilor de atribuire

Vocabularul comun al achiziţiilor publice - CPV - Desemnează nomenclatorul de referinţă aplicabil contractelor de achiziţie publică, adoptat prin Regulamentul nr. 2.195/2002/CE al Parlamentului European şi al Consiliului privind vocabularul comun al achiziţiilor publice, publicat în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene nr. L 340 din 16 decembrie 2002, asigurând corespondenţa cu alte nomenclatoare existente

Zile - Zilele calendaristice, în afara cazului în care se menţionează că sunt zile lucrătoare

4.DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

Legislaţie europeană

Directiva 2004/17/CE de coordonare a procedurilor de atribuire a contractelor de achiziţii în sectoarele apei, energiei, transporturilor şi serviciilor poştale;

Directiva 2004/18/CE privind coordonarea procedurilor de atribuire a contractelor de achiziţii publice de lucrări, de bunuri şi de servicii;

Directiva 89/665/CEE privind coordonarea actelor cu putere de lege şi actelor administrative privind aplicarea procedurilor privind căile de atac faţă de atribuirea contractelor de achiziţii publice de produse şi a contractelor publice de lucrări;

Directiva 92/13/CEE privind coordonarea actelor cu putere de lege şi actelor administrative referitoare la aplicarea normelor comunitare cu privire la procedurile de achiziţii publice ale entităţilor care desfăşoară activităţi în sectoarele apei, energiei, transporturilor şi telecomunicaţiilor;

Regulamentul (CE) nr. 2151/2003 de modificare a Regulamentului (CE) nr. 2195/2002 privind Vocabularul comun privind achiziţiile publice (CPV);

Regulamentul (CE) nr. 213/2008 de modificare a Regulamentului (CE) nr. 2195/2002 privind Vocabularul comun privind achiziţiile publice (CPV) şi a Directivelor 2004/17/CE şi 2004/18/CE în ceea ce priveşte procedurile de achiziţii publice, în ceea ce priveşte revizuirea CPV (în vigoare de la 15.09.2008);

Comunicarea Comisiei nr. 2006/C 179/02 privind reglementările de drept comunitar aplicabile contractelor nesupuse sau nesupuse în totalitate prevederilor directivelor privind achiziţiile publice (limba engleză);

Legislaţie naţională primară (legi, ordonanţe de urgenţă)

Ordonanţa de Urgenţă nr. 34/2006 privind atribuirea contractelor de achiziţie publică, a contractelor de concesiune de lucrări publice şi a contractelor de concesiune de servicii (actualizată);

Ordonanţa de Urgenţă nr. 30/2006 privind funcţia de verificare a aspectelor procedurale aferente procesului de atribuire a contractelor de achiziţie publică, a contractelor de concesiune de lucrări publice şi a contractelor de concesiune de servicii (actualizată);

Ordonanţa de Urgenţă nr. 54/2006 privind regimul contractelor de concesiune de bunuri proprietate publică;

Legea nr. 22/2007 pentru aprobarea Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 54/2006 privind regimul contractelor de concesiune de bunuri proprietate publicăLegea nr. 554/2004 a

contenciosului administrativ (actualizată);

Ordonanţa de Urgenţă nr. 119/2007 privind măsurile pentru combaterea întârzierii executării obligaţiilor de plată rezultate din contracte comerciale (actualizată);

Codul de procedură civilă (actualizat);

Legea nr. 500/2002 privind finanţele publice (actualizată);

Legea nr. 346/2004 privind stimularea înfiinţării şi dezvoltării întreprinderilor mici şi mijlocii (actualizată);

Legislaţie naţională secundară (hotărâri de guvern, ordine, etc.)

Hotărârea de Guvern nr. 925/2006 pentru aprobarea normelor de aplicare a prevederilor referitoare la atribuirea contractelor de achiziţie publică din OUG nr. 34/2006 privind atribuirea contractelor de achiziţie publică, a contractelor de concesiune de lucrări publice şi a contractelor de concesiune de servicii (actualizată);

Hotărârea de Guvern nr. 1.660/2006 pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor referitoare la atribuirea contractelor de achiziţie publică prin mijloace electronice din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 34/2006 privind atribuirea contractelor de achiziţie publică, a contractelor de concesiune de lucrări publice şi a contractelor de concesiune de servicii (actualizată);

Hotărârea de Guvern nr. 198/2008 pentru modificarea şi completarea Normelor de aplicare a prevederilor referitoare la atribuirea contractelor de achiziţie publică

prin mijloace electronice din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 34/2006 privind atribuirea contractelor de achiziţie publică, a contractelor de concesiune de lucrări publice şi a contractelor de concesiune de servicii, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 1.660/2006;Ordinul ANRMAP nr. 155/2006 privind aprobarea Ghidului pentru atribuirea achiziţiilor publice (abrogat);

Hotărârea de Guvern nr. 71/2007 pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor referitoare la atribuirea contractelor de concesiune de lucrări publice şi a contractelor de concesiune de servicii prevăzute în Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 34/2006 privind atribuirea contractelor de achiziţie publica, a contractelor de concesiune de lucrări publice şi a contractelor de concesiune de servicii;

Hotărârea de Guvern nr. 168/2007 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Ordonanţei de urgenţă a Guvernului nr. 54/2006 privind regimul contractelor de concesiune de bunuri proprietate publică;

Hotărârea de Guvern nr. 782/2006 pentru aprobarea Regulamentului de organizare şi funcţionare al Consiliului Naţional de Soluţionare a Contestaţiilor;

Ordinul nr. 2181/2007 privind aprobarea Manualului operaţional pentru activitatea de observare şi verificare a atribuirii contractelor de achiziţie publică, a contractelor de concesiune de lucrări publice şi a contractelor de concesiune de servicii;

Ordinul nr. 915/2008 pentru aprobarea condiţiilor contractuale generale şi speciale la încheierea contractelor de lucrări (în vigoare de la 1 iulie 2008)

Hotărârea de Guvern nr. 264/2003 privind stabilirea acţiunilor şi categoriilor de cheltuieli, criteriilor, procedurilor şi limitelor pentru efectuarea de plăţi în avans din fonduri publice;

Ordinul nr. 183/2006 privind aplicarea dispoziţiilor referitoare la contractul de publicitate media;

Hotărârea de Guvern nr. 827/2007 pentru aprobarea Normelor privind procedura specifica pentru elaborarea si transmiterea cererii de constatare a faptului ca o anumita activitate relevanta este expusa direct concurentei pe o piata la care accesul nu este restrictionat;

SE CEN/TS 15224:2009 – Servicii de sănătate. Sisteme de management al calităţii. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2000

Ordin 946/2005 – pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzțnd standardele de management /control intern la enitităţile publice și pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial.

Ordin nr. 1389/2006 privind modificarea si completarea Ordinului ministrului finantelor publice nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzand standardele de management/control intern la entitatile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial

5. RESPONSABILITĂŢI

Manager

Avizează contractele de achiziție de produse/servicii /lucrări

Avizează referatul de constituire a Comisiei de evaluare oferte

Avizează Programul anual de achiziţii

Aprobă toate documentele biroului achiziţii

Responsabil Achiziții

Participa la întocmirea Programul anual de achiziţii

Elaborează documentaţia de atribuire a contractelor de achiziţie

Respecta etapele derulării procesului de achiziţie conform cu Ghidul pentru atribuire a contractelor de achiziţie

Întocmeşte dosarul achiziţiei publice

Întocmeşte contractele pe care le supune avizării şi aprobării funcţiilor competente;

Urmăreşte derularea contractelor/comenzilor cu furnizorii de produse şi/sau servicii

Înregistrează angajamentele şi contractele în registru

Asigură interfaţa cu furnizorii, la nivelul său de competenţă, pentru rezolvarea divergenţelor în vederea perfectării şi derulării corespunzătoare a comenzilor/contractelor de achiziţie.

Asigură recepţia produselor/ serviciilor achiziţionate

Înregistrează facturile de la furnizori.

6. DESCRIEREA POCEDURII

GENERALITATI

ETAPELE PROCESULUI DE ACHIZITIE PUBLICA

Activitatea de achizitie publica se structureaza dupa cum urmeaza:

Identificarea necesitatilor obiective de produse, servicii si lucrari, care se realizeaza prin cumularea tuturor referatelor de necesitate transmise de fiecare compartiment al autoritatii contractante si aprobate de manager.

Elaborarea Planului Anual al Achizitiilor Publice (P.A.A.P.) care cuprinde totalitatea contractelor/ acordurilor cadru pe care autoritatea contractanta intentioneaza sa le atribuie.

Emiterea dispozitiei de numire a persoanei responsabile cu aplicarea fiecarei proceduri de achizitie publica.

Persoana responsabila asigura pentru fiecare achizitie, grupat sub un cod CPV, calcularea si intocmirea unei note estimative a valorii contractului potrivit art 23 si Cap. II, Sectiunea a 2-a din OUG 34/2006.

Intocmirea unei Note justificative privind alegerea tipului de procedura doar in situatiile in care procedura de atribuire propusa a fi aplicata este alta decat Licitatia Deschisa sau Licitatia Restransa, nota justificativa care se aproba de conducatorul autoritatii contractante si se avizeaza de oficiul juridic (art. 5 alin 2 si 3 din HG 925/2006).

Elaborarea si aprobarea Documentatiei de atribuire:

- Caietul de sarcini
- Fisa de date a achizitiei
- Proiectul de contract

Intocmirea declaratiei de conformitate a documentatiei de atribuire cu legislatia in vigoare

Intocmirea unei Note justificative privind criteriile de calificare (art 8 alin 2 HG. 925/ 2006) doar in cazul in care autoritatea contractanta impune cerinte minime de calificare referitoare la:

§ situatia economica si financiara (art 185 alin 1 OUG 34/ 2006)
§ capacitatea tehnica si/sau profesionala (art 188 OUG 34/ 2006)

Intocmirea unei Note justificative privind alegerea criteriului de atribuire – mai exact trebuie motivat modul in care a fost stabilita ponderea factorilor de evaluare in cazul in care criteriul de atribuire ales prin documentatia de atribuire este oferta cea mai avantajoasa din punct de vedere economic.

Publicarea Anuntului de participare si a documentatiei de atribuire in SEAP prin completarea formularul on-line disponibil pe site-ul www.e-licitatie.ro.

Notificarea UCVAP in toate situatiile in care autoritatea contractanta organizeaza o procedura de negociere fara publicarea unui anunt de participare (adresa de inaintare + fisa de prezentare + invitatie de participare la negociere). Pentru celelalte tipuri de procedura de achizitie publica, indiferent de pragul valoric, UCVAP-ul, in mod selectiv , efectueaza verificarea procesului de atribuire a contractelor, pe baza unor criterii de selectie.(art. 2 din OUG 30/2006, astfel cum a fost modificat prin OUG 52/08.06.2011)

In cazul in care procedura de achizitie a fost selectata in vederea verificarii de catre UCVAP, autoritatea contractanta are obligatia de a transmite toate documentele solicitate de acestia prin decizia de verificare.

Primirea solicitarilor de clarificari din partea operatorilor economici interesati de procedura care au neclaritati cu privire la documentatia de atribuire.

Transmiterea raspunsurilor la solicitarile de clarificare, Raspunsuri la solicitarile de clarificari, insotite de intrebarile aferente, se transmit tuturor operatorilor economici care au obtinut documentatia de atribuire (art 78 alin 3 OUG 34/ 2006) in termen de cel mult 3 zile lucratoare de la primirea solicitarii.

Desemnarea comisiei de evaluare a ofertelor

Primirea si inregistrarea ofertelor, in cazul in care procedura se desfasoara offline. In cazul in care procedura se desfasoara online ofertele de depun direct in SEAP.

Deschiderea Ofertelor la data, ora si locul indicate in anuntul de participare.

Inainte de deschiderea plicurilor ce contin ofertele, membrii comisiei de evaluare completeaza si semneaza cate o Declaratie de confidentialitate si impartialitate.

Intocmirea Procesului Verbal al Sedintei de Deschidere a Ofertelor

Comunicarea Procesului Verbal al Sedintei de Deschidere a Ofertelor tuturor operatorilor economici participanti la procedura de atribuire, in cel mult o zi lucratoare de la deschidere, indiferent daca acestia au fost sau nu prezenti la sedinta respectiva. Comunicarea se face si catre UCVAP in cazul in care acestia participa la licitatie.

Evaluarea ofertelor care la randul ei presupune mai multe etape:

- § Verificarea indeplinirii cerintelor minime de calificare;
- § Solicitarea clarificarilor/ completarilor la documentele de calificare (daca se impune);
- § Stabilirea operatorilor economici calificati si a ofertelor inacceptabile (dupa caz);
- § Verificarea propunerilor tehnice ale ofertantilor declarati calificati;
- § Solicitarea clarificarilor la propunerile tehnice (dupa caz);
- § Stabilirea propunerilor tehnice neconforme si a celor admisibile;
- § Intocmirea unui Proces Verbal de evaluare a documentelor de calificare si a propunerii tehnice;
- § Verificarea propunerilor financiare ale ofertantilor;
- § Solicitarea clarificarilor la propunerea financiara (daca este cazul);
- § In caz de egalitate de pret – solicitarea unei noi reofertari;
- § Intocmirea unui Proces Verbal de reofertare
- § Stabilirea ofertelor admisibile
- § Aplicarea criteriului de atribuire si stabilirea ofertei castigatoare

Transmiterea informatiilor si a documentelor solicitate de UCVAP pentru lamurirea aspectelor procedurale (daca este cazul).

In cazul in care se primeste o Nota Intermediara emisa de UCVAP autoritatea contractanta are doua optiuni:

a) Adopta masuri corective in cazul in care isi insuseste nota intermediara a UCVAP-ului, masura pe care o transmite tuturor operatorilor economici participanti la procedura de atribuire UCVAP-ului

b) Formuleaza un punct de vedere in cazul in care nu isi insuseste nota intermediara a UCVAP

Primirea avizului consultativ formulat de UCVAP in cazul notelor intermediare neremediate

Decizia autoritatii contractante de a da sau nu curs avizului consultativ formulat de UCVAP

Elaborarea Raportul procedurii de atribuire

Comunicarea acceptarii ofertei castigatoare catre ofertantii castigatori si a rezultatului procedurii catre ofertanti necastigatori

Primirea unei contestatie la procedura de achizitie publica formulata de ofertantii care se considera lezati intr-un drept sau interes legitim printr-un act al autoritatii contractante sau prin incalcarea dispozitiilor legale in materia achizitiilor publice.

Instiintarea tuturor participantilor la procedura de atribuire despre formularea unei contestatii

Formularea Punctului de vedere al autoritatii contractante cu privire la contestatia primita, care se transmite atat la Consiliul National de Solutionare a Contestatiilor (CNSC) cat si contestatorului.

Asteptarea Deciziei Consiliului

Dupa primirea Deciziei CNSC, partea care se considera nedreptatita de aceasta decizie poate formula o Plangere impotriva deciziei CNSC, care se trimite spre solutionare instantei de judecata competente, in caz contrar, procedura de achizitie se reia de unde a ramas la momentul formularii contestatiei cu respectarea deciziei CNSC.

Formularea Intampinarii, documentul prin care autoritatea contractanta se apara impotriva acuzatiilor aduse prin plangerea formulata impotriva deciziei CNSC.

Asteptarea hotararii judecatoresti de solutionare a plangerii timp in care contractul de achizitie publica nu poate fi incheiat.

Primirea Hotararii judecatoresti de solutionare a plangerii. In functie de decizia luata prin hotararea judecatoreasca se procedeaza, fie la semnarea contractului de achizitie publica, fie la anularea actelor autoritatii contractante considerate ilegale si refacerea lor.

Incheierea contractului de achizitie publica

Completarea Notei de comanda (exclusiv pentru produse) – este documentul in baza caruia furnizorii livreaza marfa.

Primirea Raportului de activitate al UCVAP, intocmit de observatori UCVAP participanti la procedura

Publicarea Anuntul de atribuire sau, dupa caz, a anuntului de tip erata de anulare a procedurii

Prelungirea duratei contractelor (de furnizare sau de servicii cu caracter de regularitate) care expira la 31 decembrie, prin incheierea unor Acte aditionale la acestea

Emiterea unui Documentul constatator care contine informatii referitoare la indeplinirea obligatiilor contractuale de catre contractant.

Intocmirea si transmiterea Raportului anual catre ANRMAP, document care sintetizeaza toate contractele de achizitie publica atribuite in anul anterior si care se transmite in format electronic pana la data de 31 martie a fiecarui an.

DOCUMENTE UTILIZATE

Lista si provenienta documentelor

Referatul de necesitate – se intocmeste de catre conducatorii compartimentelor;

Programul Anual al Achizitiilor Publice - se elaboreaza de catre Compartimentul de achizitii publice;

Dispozitia de numire a persoanei responsabile - se emite de catre manager;

Nota estimare valoare contract - se intocmeste de catre persoana responsabila;

Nota justificativa privind cerintele minime de calificare si selectie - se elaboreaza de catre persoana responsabila;

Nota justificativa privind stabilirea criteriilor de atribuire - se elaboreaza de catre persoana responsabila;

Nota justificativa privind selectarea procedurii de atribuire - se elaboreaza de catre persoana responsabila;

Documentatia de atribuire - se elaboreaza de catre persoana responsabila;

Declaratia de conformitate a documentatiei de atribuire cu legislatia in vigoare - se elaboreaza de catre persoana responsabila;

Anuntul de participare – se redacteaza de catre persoana responsabila cu introducerea datelor in SEAP;

Adresa de inaintare catre UCVAP - se intocmeste de catre persoana responsabila;

Decizia de verificare a UCVAP – se intocmeste de catre observatorii UCVAP si se inregistreaza la secretariatul autoritatii contractante;

a) Referatul privind emiterea dispozitiei de constituire a comisiei de evaluare - se intocmeste de catre Sef Serviciu Achizitii Publice si Administrativ;

b) Dispozitia de numire a comisiei de evaluare - se emite de catre manager;

Solicitarea de clarificari - se formuleaza de catre operatorii economici;

Raspunsul la solicitarea de clarificari - se redacteaza de catre persoana responsabila;

Declaratia de confidentialitate si impartialitate - se completeaza si se semneaza de membrii comisiei de evaluare;

Procesul verbal al sedintei de deschidere a ofertelor - se redacteaza de catre persoana responsabila, se semneaza de catre membrii comisiei de evaluare si de reprezentantii ofertantilor participanti la sedinta;

Solicitare de completare a documentelor incomplete - se redacteaza de catre persoana responsabila;

Solicitare de clarificari sau de indreptare a erorilor aritmetice - se redacteaza de catre persoana responsabila;

Procesul verbal de evaluare a ofertelor - se redacteaza de catre persoana responsabila, se semneaza de catre membrii comisiei de evaluare;

Nota intermediara emisa de UCVAP(daca este cazul) - este emisa de observatorii UCVAP;

a) Masuri corective - se redacteaza de catre consilierul juridic, se semneaza de catre membrii comisiei sau doar de catre persoana responsabila (in functie de persoana/persoanele care au semnat actul pentru care se iau masurile corective);

b) Punctul de vedere al autoritatii contractante cu privire la nota intermediara formulate - se redacteaza de catre consilierul juridic, se semneaza de catre persoana responsabila;

Avizul consultativ al UCVAP(daca este cazul) - este emis de observatorii UCVAP;

Decizia autoritatii contractante cu privire la avizul consultativ - se redacteaza de catre consilierul juridic, se semneaza de catre persoana responsabila;

Raportul procedurii de atribuire - se intocmeste de catre persoana responsabila, se semneaza de catre membrii comisiei de evaluare;

Comunicarea acceptarii ofertei castigatoare - se redacteaza de catre persoana responsabila;

Comunicarea rezultatului procedurii - se redacteaza de catre persoana responsabila;

Contestatia formulata in cadrul procedurii de achizitie publica - se redacteaza de catre ofertantul care se considera lezat intr-un drept al sau prin-un act al autoritatii contractante;

Punctul de vedere al autoritatii contractante cu privire la contestatia formulate - se formuleaza de catre consilierul juridic;

Decizia CNSC – emisa de CNSC, se inregistreaza la secretariatul autoritatii contractante;

Plangere impotriva deciziei CNSC - se formuleaza de partea care se considera nedreptatita de decizia CNSC;

Intampinare - se formuleaza de catre consilierul juridic;

Hotararea judecatoreasca de solutionare a plangerii – emisa de instanta de judecata, se inregistreaza la secretariatul autoritatii contractante;

Contractul de achizitie publica - se redacteaza de catre persoana responsabila;

Nota de comanda (exclusiv pentru produse) - se completeaza de catre persoana responsabila;

Raportul de activitate al UCVAP - se elaboreaza de catre observatorii UCVAP;

Anuntul de atribuire – se redacteaza de catre persoana responsabila cu introducerea datelor in SEAP;

Acte aditionale - se redacteaza de catre persoana responsabila;

Document constatator - se intocmeste de catre persoana responsabila;

Raportul anual catre ANRMAP - se intocmeste de catre persoana responsabila;

Continutul si rolul documentelor

Referatul de necesitate – este documentul intern prin care conducatorii fiecarui compartiment al autoritatii contractante identifica necesitatile obiective de produse, servicii si lucrari necesare desfasurarii activitatii lor specifice si solicita introducerea lor in Programul Anual al Achizitiilor Publice.

Programul Anual al Achizitiilor Publice - este documentul intern care cuprinde totalitatea contractelor/ acordurilor cadru pe care autoritatea contractanta intentioneaza sa le atribuie pe parcursul unui an bugetar. P.A.A.P trebuie sa cuprinda cel putin informatii referitoarea la:

- § produsele, serviciile, lucrarile ce se intentioneaza a fi achizitionate;
- § codurile CPV ce le corespund acestora;
- § valoarea estimata, fara TVA, exprimata in lei si in euro;
- § procedura ce urmeaza a fi aplicata;
- § data estimata pentru inceperea/ finalizarii procedurii;
- § persoana responsabila pentru atribuirea contractului respectiv;

Dispozitia de numire a persoanei responsabile – este documentul intern prin care managerul desemneaza persoana responsabila cu aplicarea fiecarei proceduri de achizitie publica in parte;

Nota estimare valoare contract - este documentul intern intocmit potrivit art 23 si Cap. II, Sectiunea a 2-a din OUG 34/2006, prin care se determina valoarea fiecarui contract in parte. Valoarea estimata a contractului de achizitie publica reprezinta un concept economic carea exprima pretul cel mai probabil care se intentioneaza a fi platit pentru achizitia unor produse, servicii sau lucrari, la o anumita data.

Scopul estimarii valorii contractului de achizitie publica este:

- § cuantificarea resurselor financiare necesare realizarii achizitiei;
- § identificarea de posibile surse de finantare viabile;
- § alegerea procedurilor de atribuirea respectivelor contracte;

Nota justificativa privind cerintele minime de calificare si selectie - este documentul intern care se intocmeste doar in cazul in care autoritatea contractanta impune cerinte minime de calificare referitoare la :

- § Situatia economica si financiara (art 185 alin 1 din OUG 34/2006);
- § Capacitatea tehnica si/ sau profesionala (art 188 din OUG 34/2006);

Nota justificativa privind stabilirea criteriilor de atribuire - este documentul intern prin care trebuie motivat modul in care a fost stabilita ponderea factorilor de evaluare in cazul in care criteriul de atribuire ales prin documentatia de atribuire este „oferta cea mai avantajoasa din punct de vedere economic”.

Nota justificativa privind selectarea procedurii de atribuire - este documentul intern care se intocmeste doar in situatiile in care procedura de atribuire propusa pentru a fi aplicata este alta decat Licitatia Deschisa sau Licitatia ;

Documentatia de atribuire – este documentul care cuprinde cerintele formale, tehnice si financiare care permit descrierea obiectiva a obiectului contractului de achizitie publica si pe baza caruia operatorii economici isi vor elabora ofertele. Contine : fisa de date a achizitiei, caietul de sarcini, formularele si proiectul de contract.

Declaratia de conformitate a documentatiei de atribuire cu legislatia in vigoare;

Anuntul de participare – este anuntul prin care institutia aduce la cunostinta persoanelor interesate faptul ca va organiza, intr-un anumit termen, o procedura de achizitie publica.

Notificarea UCVAP (Unitatea de coordonare si verificare a achizitiilor publice) se face in toate situatiile in care autoritatea contractanta organizeaza o procedura de negociere fara publicarea unui anunt de participare. Pentru celelalte tipuri de procedura de achizitie publica, indiferent de pragul valoric, UCVAP-ul, in mod selectiv , efectueaza verificarea procesului de atribuire a contractelor, pe baza unor criterii de selectie (art.2 din OUG 30/2006).

Decizia de verificare a UCVAP (daca este cazul) – este documentul prin care autoritatea contractanta este instiintata ca o anumita procedura in derulare a fost selectata in vederea verificarii de catre observatorii UCVAP. In acest caz, autoritatea contractanta are obligatia de a transmite toate documentele solicitate de acestia prin decizia de verificare.

a) Referatul privind emiterea dispozitiei de constituire a comisiei de evaluare – este documentul intern prin care se propune conducerii desemnarea unei comisii de evaluare a ofertelor pentru fiecare procedura de achizitie publica in parte.

b) Dispozitia de numire a comisiei de evaluare

Solicitarea de clarificari – este cererea formulata de operatorii economici care dupa vizualizarea documentatiei de atribuire considera ca anumite informatii cuprinse in aceasta sunt neclare sau pot duce la interpretari diferite.

Raspuns la solicitarea de clarificari – este documentul prin care institutia isi precizeaza punctul de vedere cu privire la aspectele semnalate de operatorii economici.

Declaratia de confidentialitate si impartialitate – este documentul prin care membrii comisiei de evaluare declara pe proprie raspundere ca nu se afla intr-una din situatiile de incompatibilitate prevazute de lege, precum si prin care se angajeaza sa respecte confidentialitatea informatiilor pe care le afla cu ocazia desfasurarii procedurii de achizitie publica.

Procesul verbal al sedintei de deschidere a ofertelor – este documentul in care este consemnat modul de desfasurare a sedintei, aspectele formale constatate la deschiderea ofertelor, elementele principale ale fiecarei oferte.

Solicitare de completare a documentelor incomplete - este cererea institutiei prin care se solicita ofertantului sa prezinte documentele complete solicitate in cuprinsul documentatiei de atribuire si pe care acesta le-a depus cu anumite lipsuri cu ocazia deschiderii ofertelor.

Solicitare de clarificari sau de indreptare a erorilor aritmetice - este cererea institutiei prin care i se pune in vedere ofertantului sa-si precizeze pozitia cu privire la anumite aspecte neclare din oferta sa, sau prin care, in caz de inadvertente, i se cere permisiunea de a le corecta.

Procesul verbal de evaluare a ofertelor – este documentul in care se consemneaza daca ofertantii indeplinesc criteriile de calificare precum si conformitatea ofertelor cu cerintele specificate in caietul de sarcini.

Nota intermediara emisa de UCVAP (daca este cazul) – document intocmit de observatorii UCVAP ori de cate ori constata neconformitati in aplicarea legislatiei in domeniu pe parcursul derularii procedurii de achizitie publica.

a) Masuri corective – document intocmit de autoritatea contractanta prin care aceasta isi insuseste notele intermediare emise de UCVAP, dispunand modificarea, incetarea, revocarea sau anularea actelor considerate nelegale in legatura cu procedura verificata.

b) Punctul de vedere al autoritatii contractante cu privire la nota intermediara formulata - document intocmit de autoritatea contractanta prin care aceasta nu isi insuseste notele intermediare emise de UCVAP, dispunand continuarea procesului de atribuire a contractului de achizitie publica.

Avizul consultativ al UCVAP (daca este cazul) – este documentul intocmit de observatorii UCVAP cand se constata neconcordante neremediate in urma notelor intermediare.

Decizia autoritatii contractante cu privire la avizul consultativ - document intocmit de autoritatea contractanta prin care se decide daca se da sau nu curs avizului consultativ al UCVAP.

Raportul procedurii de atribuire – este documentul care prezinta rezultatele si cele mai importante aspecte ale activitatii comisiei de evaluare a ofertelor privitoare la procedura de atribuire a unui contract de achizitie publica.

Comunicarea acceptarii ofertei castigatoare – este notificarea prin care ofertantul castigator este anuntat cu privire la acceptarea ofertei sale si prin care este invitat sa incheie contractul de achizitie publica in termenul prevazut de lege.

Comunicarea rezultatului procedurii – este notificarea prin care ofertantilor necastigatori li se aduc la cunostinta motivele pentru care ofertele lor nu au fost declarate castigatoare.

Contestatia formulata in cadrul procedurii de achizitie publica – este documentul prin care orice ofertant care se considera lezat intr-un drept sau interes legitim printr-un act al autoritatii contractante sau prin incalcarea dispozitiilor legale in materia achizitiilor publice poate solicita Consiliului National de Solutionare a Contestatiilor (CNSC) fie anularea actului, fie obligarea autoritatii contractante la emiterea unui act, fie recunoasterea dreptului pretins sau a interesului legitim.

Punctul de vedere al autoritatii contractante cu privire la contestatia formulata– este documentul prin care autoritatea contractanta se apara impotriva acuzatiilor aduse prin contestatia formulata in cadrul procedurii.

Decizia CNSC – este documentul prin care CNSC solutioneaza contestatia

Plangere impotriva deciziei CNSC – reprezinta calea de atac impotriva deciziei CNSC

Intampinare - este documentul prin care autoritatea contractanta se apara impotriva acuzatiilor aduse prin plangerea formulata impotriva deciziei CNSC.

Hotararea judecatoreasca de solutionare a plangerii - este documentul prin care instanta de judecata solutioneaza plangerea.

Contractul de achizitie publica – reprezinta contractul incheiat intre institutie si ofertantul castigator al procedurii de achizitie publica, avand ca obiect furnizarea de produse, prestarea de servicii sau executia de lucrari.

Nota de comanda (exclusiv pentru produse) – este documentul in baza caruia furnizorii livreaza marfa.

Raportul de activitate al UCVAP – este documentul care se intocmeste la finalul fiecarei proceduri de achizitie publica verificata si in care se consemneaza principalele constatari de pe parcursul derularii procedurii, anexand toate notele intermediare, precum si avizul consultativ, daca este cazul.

Anuntul de atribuire – este anuntul prin care institutia aduce la cunostinta persoanelor interesate rezultatul procedurii de atribuire.

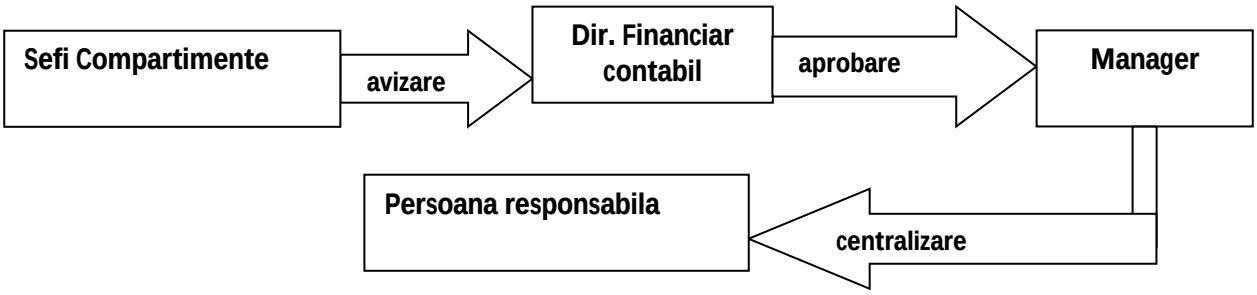
Acte aditionale - reprezinta actele prin care se modifica anumite clauze din contractul de achizitie publica.

Document constatator – este documentul care contine informatii referitoare la modul de indeplinirea a obligatiilor contractuale de catre ofertantul castigator.

Raportul anual catre ANRMAP – este documentul care sintetizeaza toate contractele de achizitie publica atribuite in anul anterior si care se transmite in format electronic pana la data de 31 martie a fiecarui an.

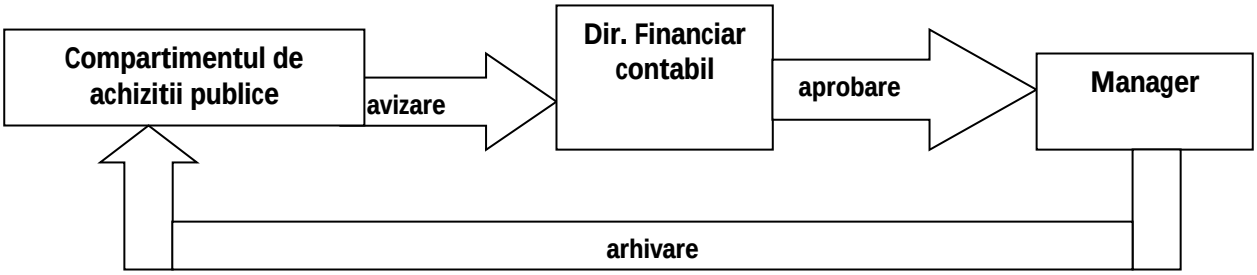
Circuitul documentelor

Referatul de necesitate se intocmeste de catre conducatorii compartimentelor, se avizeaza de catre directorul financiar contabil, se aproba de catre manager si se centralizeaza la persoana responsabila in vederea elaborarii pe baza lor a Programului Anual al Achizitiilor Publice.



Programul Anual al Achizitiilor Publice se elaboreaza de catre Compartimentul de achizitii publice, **se avizeaza** de catre directorul financiar contabil, **se aproba** de catre manager, **se arhiveaza** in cadrul Compartimentului de achizitii publice. Orice modificare ce intervine in cuprinsul sau pe parcursul anului va urma aceeasi procedura de avizare si aprobare.

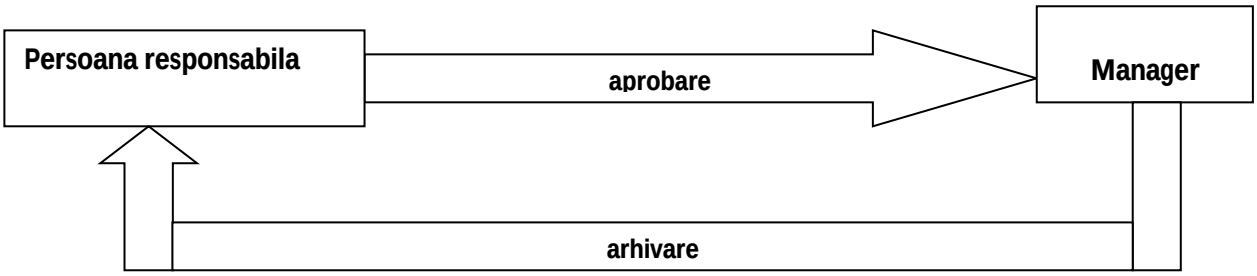
Schema nr. 2



Dispozitia de numire a persoanei responsabile – **se emite** de catre Manager.

Nota estimare valoare contract se intocmeste de catre persoana responsabila, se avizeaza de catre directorul financiar contabil, se aproba de catre manager, se arhiveaza de catre persoana responsabila.

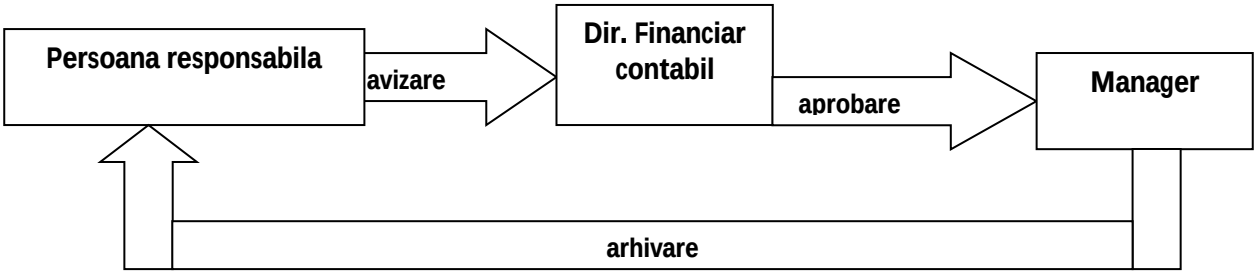
Nota justificativa privind cerintele minime de calificare si selectie se elaboreaza de catre persoana responsabila, **se aproba** de catre manager si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de catre persoana responsabila.



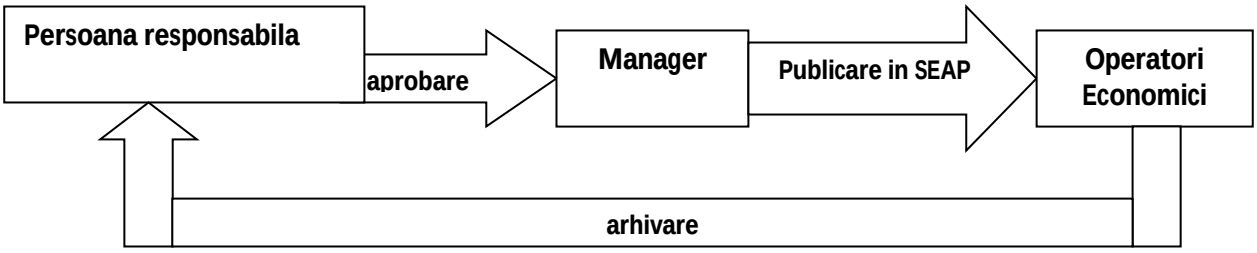
8

Nota justificativa privind stabilirea criteriilor de atribuire se elaboreaza de catre persoana responsabila, **se aproba** de catre manager si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de catre persoana responsabila (a se vedea schema nr.4).

Nota justificativa privind selectarea procedurii de atribuire - se elaboreaza de catre persoana responsabila, **se avizeaza** de catre consilierul juridic, **se aproba** de catre manager si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de catre persoana responsabila.



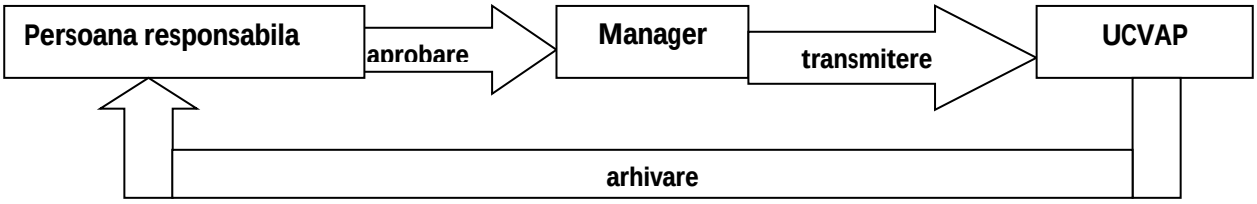
Documentatia de atribuire se elaboreaza de persoana responsabila, **se aproba** de catre manager, **se transmite** operatorilor economii **prin publicarea in SEAP** si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de catre persoana responsabila.



Declaratia de conformitate a documentatiei de atribuire cu legislatia in vigoare se intocmeste de catre persoana responsabila, **se aproba** de catre manager si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de catre persoana responsabila (a se vedea schema nr.4).

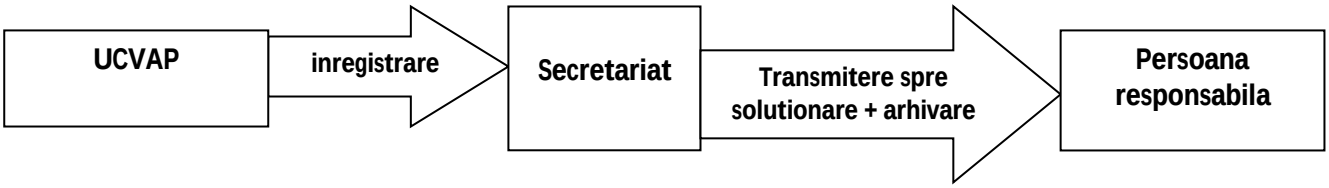
Anuntul de participare se publica in SEAP , persoana responsabila cu introducerea datelor in SEAP, completand formularul on-line disponibil pe site-ul www.e-licitaii.ro.

Notificarea UCVAP (Unitatea de coordonare si verificare a achizitiilor publice) despre organizarea procedurii de achizitie **se intocmeste** de catre persoana responsabila, **se aproba** de catre manager, **se transmite** UCVAP-ului si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de catre persoana responsabila.



Decizia de verificare a UCVAP (daca este cazul) **se inregistreaza** la secretariatul autoritatii contractante si **se transmite** persoanei responsabile in vederea solutionarii acesteia si ulterioar a **arhivarii** la dosarul achizitiei.

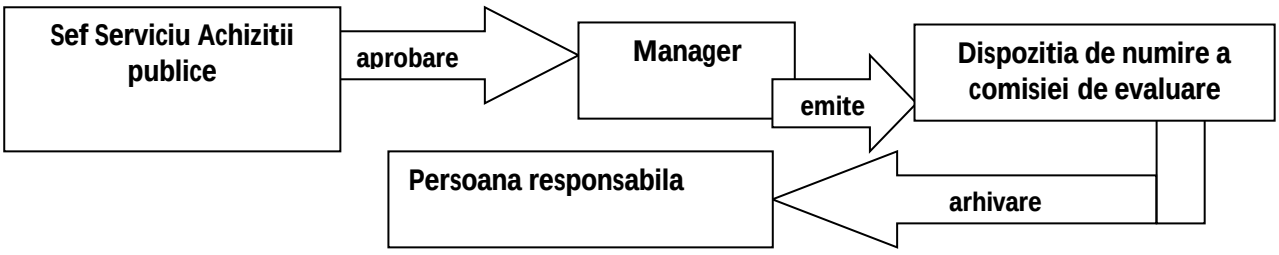
Schema nr. 8



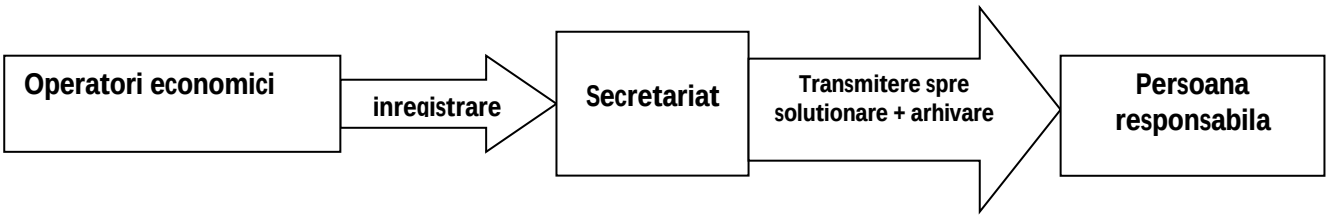
a) **Referatul privind emiterea dispozitiei de constituire a comisiei de evaluare se intocmeste** de catre Sef Serviciu Achizitii publice si Administrativ , **se aproba** de catre manager care **va emite.**

b) **Dispozitia de numire a comisiei de evaluare**

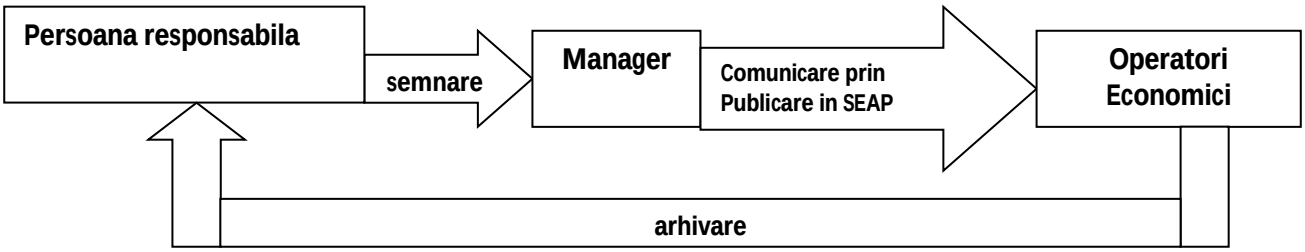
Cele doua documente **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de catre persoana responsabila.



Solicitarea de clarificari se formuleaza de catre operatorii economici, se **inregistreaza** la secretariat si **se transmite** persoanei responsabile in vederea solutionarii acesteia si ulterioar a **arhivarii** la dosarul achizitiei.

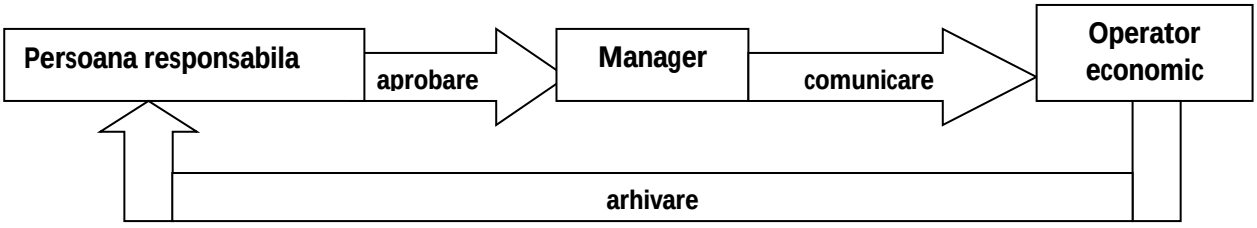


Raspuns la solicitarea de clarificari se redacteaza de catre persoana responsabila, **se semneaza** de catre manager, **se comunica** operatorilor economici prin publicarea in SEAP de catre persoana responsabila si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei.



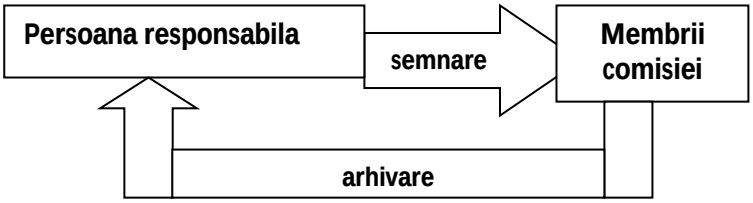
Declaratia de confidentialitate si impartialitate se completeaza de membrii comisiei de evaluare si cand este cazul si de catre observatorii UCVAP si **se ataseaza** dosarului achizitiei publice.

Procesul verbal al sedintei de deschidere a ofertelor –**se redacteaza** de catre persoana responsabila, **se semneaza** de catre membrii comisiei de evaluare, daca este cazul si de reprezentantii ofertantilor, **se transmite** tuturor operatorilor economici participanti la procedura de atribuire si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de catre persoana responsabila.

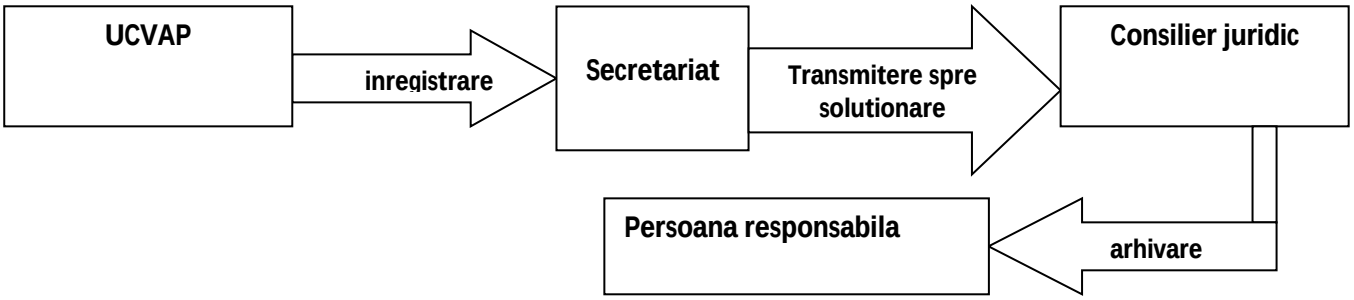


Solicitare de clarificari sau de indreptare a erorilor aritmetice - se redacteaza de catre persoana responsabila**, se aproba** de manager, **se comunica** ofertantului respectiv si **se ataseaza** dosarului achizitiei publice de catre persoana responsabila (a se vedea schita nr. 13)

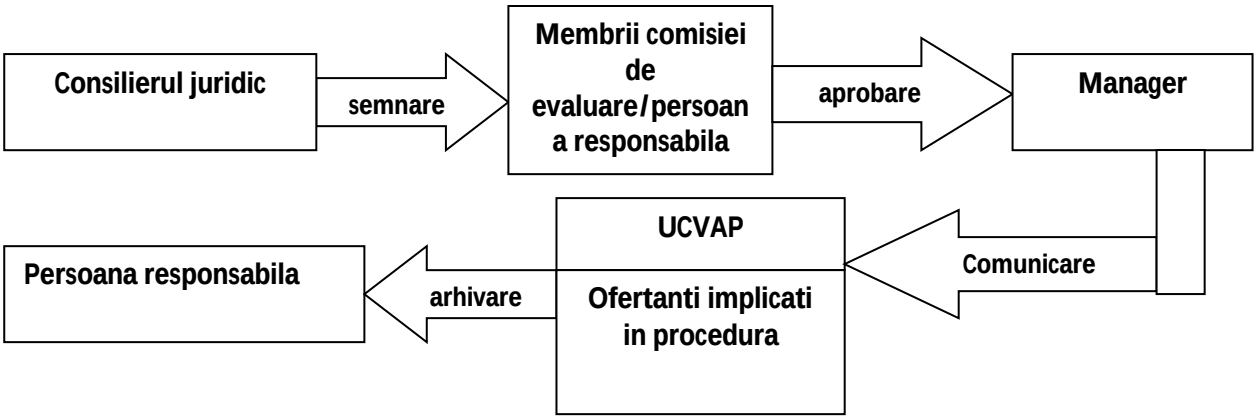
Procesul verbal de evaluare a ofertelor se intocmeste de catre persoana responsabila, **se semneaza** de catre membrii comisiei de evaluare si **se ataseaza** dosarului achizitiei publice de catre persoana responsabila.



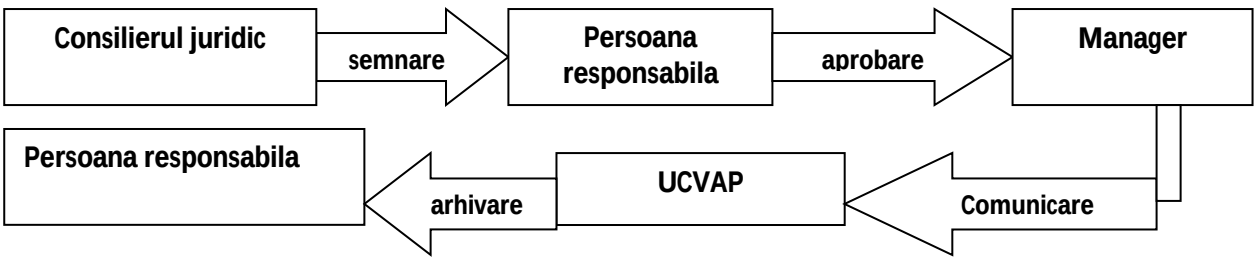
Nota intermediara emisa de UCVAP(daca este cazul) se inregistreaza la secretariatul autoritatii contractante, **se transmite** consilierului juridic in vederea solutionarii acesteia, se **arhiveaza** la dosarul achizitiei de catre persoana responsabila.



a) Masuri corective se redacteaza de catre consilierul juridic, **se semneaza** de catre membrii comisiei sau doar de catre persoana responsabila (in functie de persoanele care au semnat actul pentru care se iau masurile corective), **se aproba** de catre manager, **se comunica** prin grija persoanei responsabile: atat UCVAP-ului cat si tuturor ofertantilor implicati in procedura si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de catre persoana responsabila.



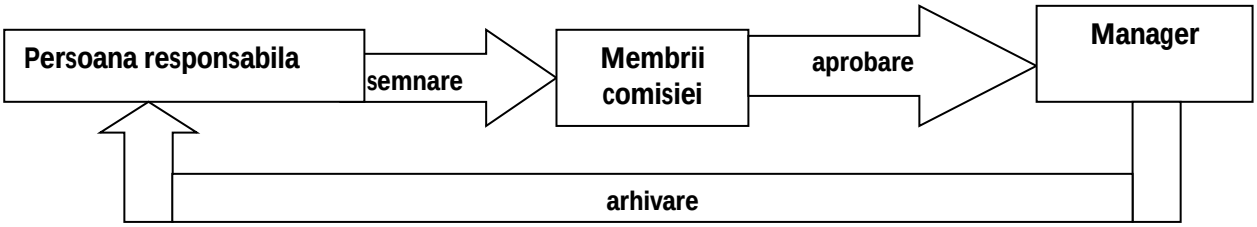
b) Punctul de vedere al autoritatii contractante cu privire la nota intermediara se redacteaza de catre consilierul juridic, **se semneaza** de catre persoana responsabila, **se aproba** de catre manager, **se comunica** prin grija persoanei responsabile UCVAP-ului si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de catre persoana responsabila.



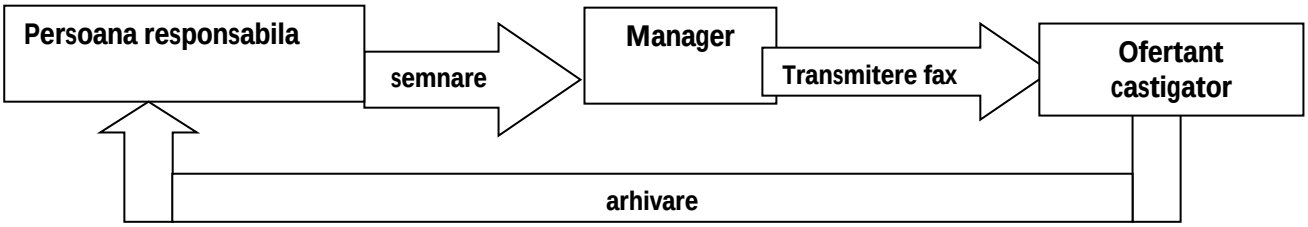
Avizul consultativ al UCVAP(daca este cazul) **este emis** de observatorii UCVAP, **se inregistreaza** la secretariatul autoritatii contractante, **se transmite** consilierului juridic in vederea solutionarii acestuia, se **arhiveaza** la dosarul achizitiei de catre persoana responsabila (a se vedea schema nr.15).

Decizia autoritatii contractante cu privire la avizul consultativ se redacteaza de catre consilierul juridic, **se semneaza** de catre persoana responsabila, **se aproba** de catre manager, **se comunica** prin grija persoanei responsabile UCVAP-ului iar daca se da curs avizului consultativ si ofertantilor implicati in procedura si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de catre persoana responsabila (a se vedea schema nr.17).

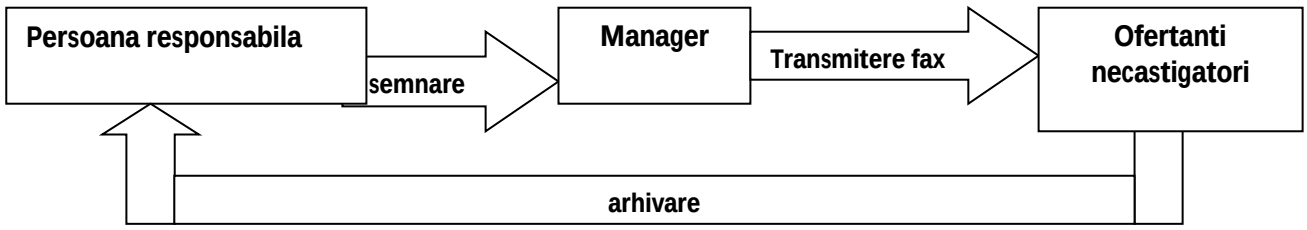
Raportul procedurii de atribuire se intocmeste de catre persoana responsabila, **se semneaza** de catre membrii comisiei de evaluare, **se aproba** de catre manager si **se ataseaza** dosarului achizitiei publice de catre persoana responsabila.



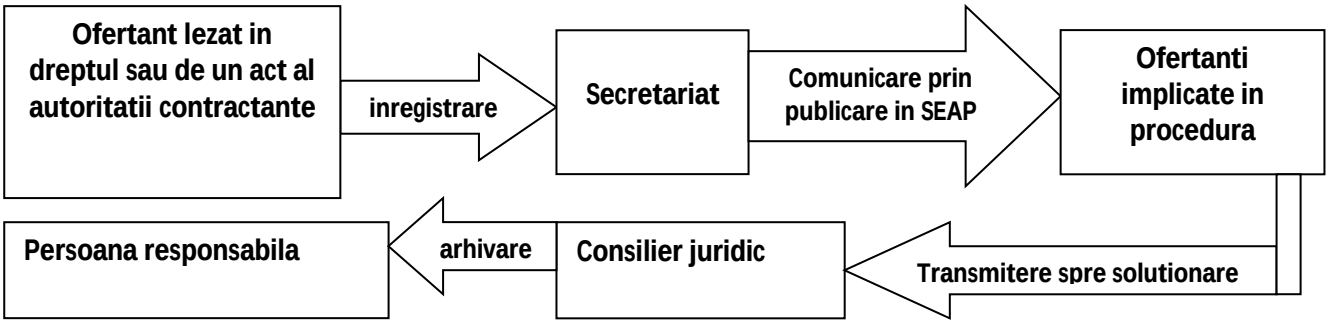
Comunicarea acceptarii ofertei castigatoare se redacteaza de catre persoana responsabila, **se semneaza** de catre manager, **se transmite** prin fax ofertantului desemnat castigator si **se ataseaza** dosarului achizitiei publice de catre persoana responsabila.



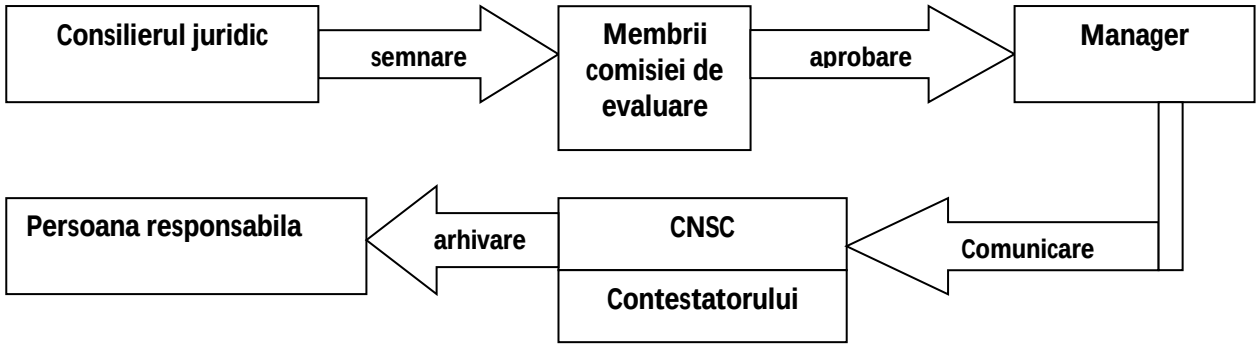
Comunicarea rezultatului procedurii –se redacteaza de catre persoana responsabila, **se semneaza** de catre manager, **se transmite** prin fax ofertantilor necastigatori si **se ataseaza** dosarului achizitiei publice de catre persoana responsabila.



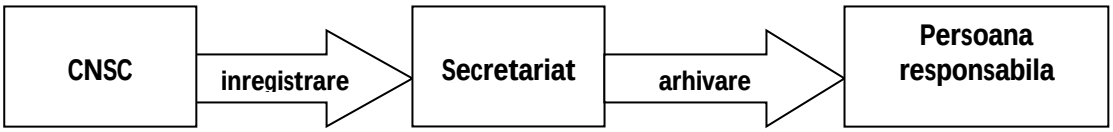
Contestatia formulata in cadrul procedurii de achizitie publica se redacteaza de catre ofertantul care se considera lezat intr-un drept al sau prin-un act al autoritatii contractante, **se inregisteaza** la secretariatul autoritatii contractante, **se comunica** tuturor ofertantilor implicati in procedura, prin publicarea in SEAP, de catre persoana responsabila, **se trimite** spre solutionare consilierului juridic si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de persoana responsabila.



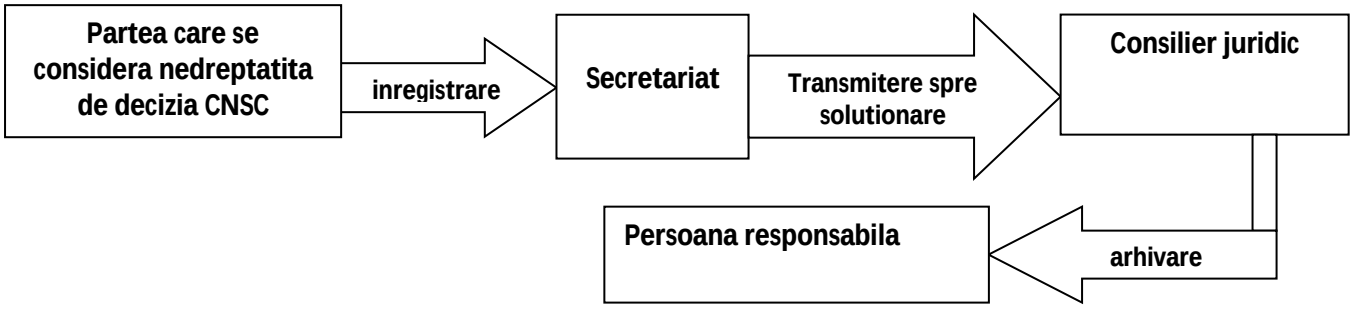
Punctul de vedere al autoritatii contractante cu privire la contestatia formulata se formuleaza de catre consilierul juridic, **se semneaza** de catre toti membrii comisiei de evaluare, **se aproba** de catre manager, **se comunica** prin grija persoanei responsabile: atat CNSC-ului cat si contestatorului, si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de persoana responsabila.



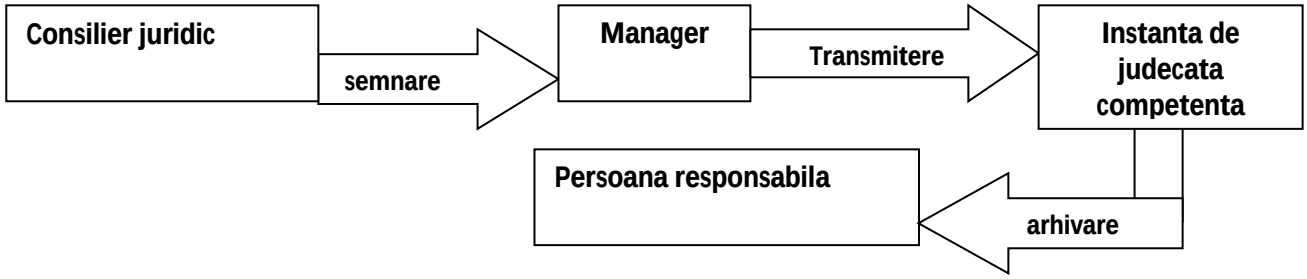
Decizia CNSC se inregistreaza la secretariatul autoritatii contractante si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de persoana responsabila



Plangere impotriva deciziei CNSC CNSC **se formuleaza** de partea care se considera nedreptatita de decizia CNSC, **se inregistraza** la secretariatul autoritatii contractante, **se trimite** spre solutionare consilierului juridic si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de persoana responsabila.

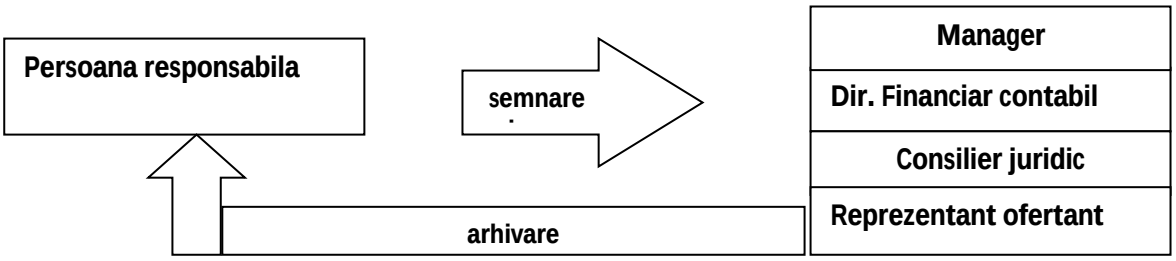


Intampinare se formuleaza de catre consilierul juridic, **se semneaza** de catre manager, **se transmite** prin grija consilierului juridic instantei de judecata competente si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de persoana responsabila.

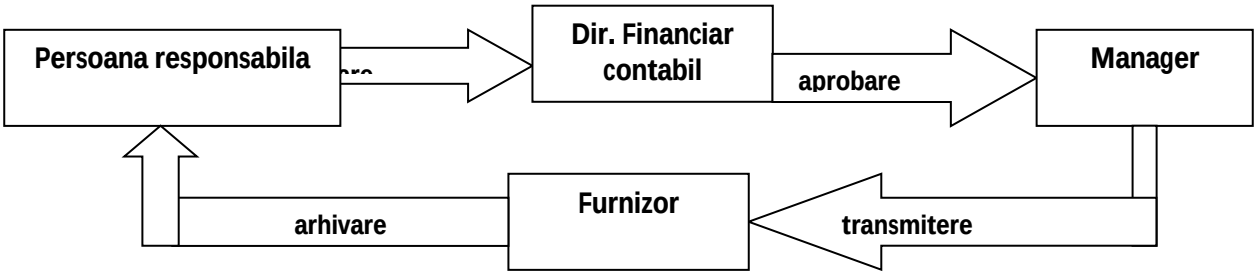


Hotararea judecatoreasca de solutionare a plangerii se inregistreaza la secretariatul autoritatii contractante si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de persoana responsabila.

Contractul de achizitie se redacteaza de catre persoana responsabila, **se semneaza** de catre consilierul juridic, directorul financiar contabil si manager precum si de reprezentantul ofertantului, in doua exemplare, un exemplar ramanand la dosarul achizitiei, iar celalalt revenindu-i ofertantului contractant.



Nota de comanda (exclusiv pentru produse) **se completeaza** de catre persoana responsabila, **se avizeaza** de catre directorul financiar contabil, **se aproba** de catre manager, **se transmite,** prin grija persoanei responsabile, furnizorului si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de persoana responsabila.

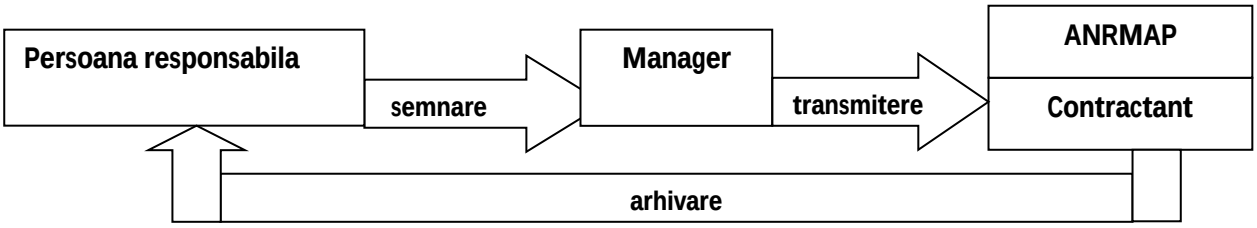


Raportul de activitate al UCVAP se elaboreaza de catre observatorii UCVAP, **se inregistreaza** la secretariatul autoritatii contractante si **se arhiveaza** la dosarul achizitiei de persoana responsabila.

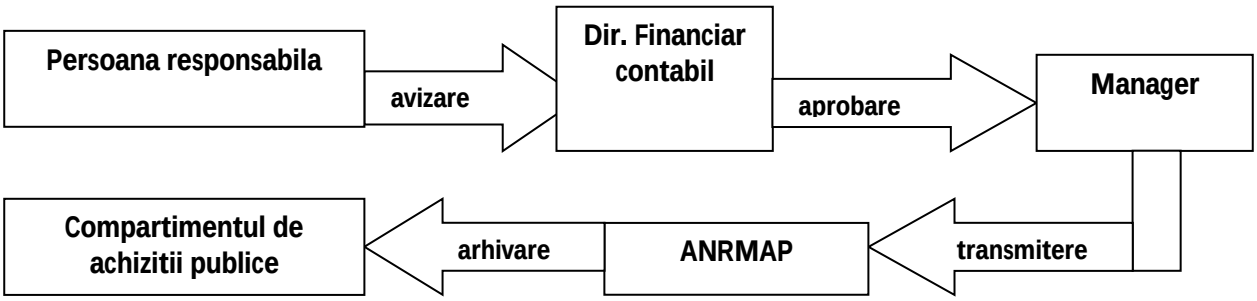
Anuntul de atribuire se publica in SEAP , persoana responsabila cu introducerea datelor in SEAP, completand formularul on-line disponibil pe site-ul www.e-licitaii.ro.

Acte aditionale - se redacteaza de catre persoana responsabila, **se semneaza** de catre consilierul juridic, directorul financiar contabil si manager precum si de reprezentantul ofertantului, in doua exemplare, un exemplar ramanand la dosarul achizitiei, iar celalalt revenindu-i ofertantului contractant (a se vedea shema nr 27).

Certificat constatator se intocmeste de catre persoana responsabila, **se semneaza** de catre manager, si **se transmite** contractantului si la ANRMAP.



Raportul anual catre ANRMAP se intocmeste de catre persoana responsabila, **se avizeaza** de catre directorul financiar contabil, **se aproba** de catre manager, si **se transmite** la ANRMAP.



Toate documentele enuntate mai sus se inregistreaza la secretariatul Spitalului.

MODUL DE LUCRU

Planificarea operaţiunilor şi acţiunilor activităţii

Pentru realizarea unui management eficient al activitatii autoritatii contractante se recomanda planificarea achizitiilor publice.

Planificarea, sau altfel spus ***„ gandirea care precede actiunea”*** reprezinta principalul instrument managerial prin care autoritatea contractanta devine capabila sa-si defineasca obiectivele si actiunile precum si conditiile de realizarea a acestora.

Scopul planificarii este acela de a stabili obiectivele precum si modalitatile de realizare, respectiv actiunile, resursele necesare (umane, tehnice, financiare) si alocarea lor in scopul alocarii acestora.

Rolul planificarii este de a stabili cel mai adecvat curs al actiunilor viitoare pentru ca autoritatea contractanta sa obtina rezultatele dorite.

Un instrument de lucru pentru planificarea activitatii in domeniul achizitiilor publice, util atat compartimentului de achizitii, cat si al celui financiar contabil, care favorizeaza o executie bugetara eficienta este **Planul anual al achizitiilor publice.**

La elaborarea planului se va tine cont de:

- necesitatile obiective de produse, servicii si lucrari;
- gradul de prioritate a necesitatilor;
- anticiparile cu privire la fondurile ce urmeaza a fi alocate prin bugetul annual;
- contractele de achisitie publica aflate in derulare;

Programul anual al achizitiilor publice:

- **se intocmeste,** intr-o prima forma, pana la sfarsitul ultimului trimestru al anului in curs, inainte de elaborarea propunerii de buget;
- **se definitiveaza** dupa aprobarea bugetului propriu al autoritatii contractante;
- **se poate modifica si/ sau completa** ori de cate ori este nevoie, daca apar modificari in buget, respectiv sunt identificate noi surse financiare sau apar noi necesitati;

Derularea operatiunilor si actiunilor activitatii

INTOCMIREA PROGRAMULUI ANUAL AL ACHIZITIILOR PUBLICE

1 Identificarea necesităţilor

Identificarea necesităţilor obiective se realizeaza prin **cumularea referatelor de necesitate** transmise de fiecare compartiment al autoritatii contractante.

În cursul ultimului trimestru al fiecărui an calendaristic, persoana responsabilă solicită conducătorilor de compartimente să estimeze care vor fi necesităţile pentru anul calendaristic următor pe baza referatelor de necesitate întocmite în cursului anului ce se încheie şi a programului de activitate aprobat pentru anul următor. În funcţie de necesităţile identificate, aceştia vor elabora referatele de necesitate pentru anul următor, fiind necesar ca solicitările să fie fundamentate temeinic cu privire la caracteristicile reperelor şi a cantităţilor.

Referatele de necesitate centralizate de către persoana responsabilă vor constitui proiectul de program anual al achiziţiilor publice.

.2 Punerea în corespondenţă cu CPV

Produsele, serviciile si lucrarile ce fac obiectul achizitiei publice se pun in corespondenta cu sistemul de grupare si codificare utilizat in CPV.

Utilizarea codurilor CPV este strans legata de depasirea barierelor lingvistice dintre autoritatea contractanta si ofertanti, astfel incat informatia privind obiectul contractului sa fie accesibila si précisa pentru toti operatorii economici vorbitori de alte limbi.

Pasii pentru selectarea odului CPV:

- identificarea produsului, serviciului sau lucrarii;
- gasirea codului numeric care se potriveste cat mai exact achizitiei;

3 Estimarea valorii

Persoana responsabilă asigură pentru fiecare achiziţie grupată sub un cod CPV calcularea valorii estimative, pe baza regulilor de estimare potrivit art 23 si Cap. II, **Sectiunea a 2-a din OUG 34/2006.**

Valoarea estimata a contractului de achizitie publica trebuie exprimata **in lei** si/sau echivalent in euro, **fara TVA;**

Pasii care trebuie urmati pentru estimarea valorii contractului sunt:

- identificarea tuturor costurilor aferente obtinerii produselor, serviciilor sau lucrarilor necesare;
- insumarea tuturor costurilor identificate;

Valoarea estimata trebuie stabilita:

- **inainte** de initierea procedurii de atribuire a contractului de achizitie;
- sa fie **valabila la momentul transmiterii spre publicare** a anuntului de paricipare sau invitatiei de participare;

.4 Ierarhizarea necesitatilor

După finalizarea operaţiunii de estimare a valorii, compartimentul specializat, impreauna cu departamentul financiar contabil si conducatorul autoritatii, vor stabili gradul de prioritate a necesităţilor, precum şi data preconizată pentru desfăşurarea procedurilor de achiziţie avand in vedere:

- importanta contractului fata de atingerea scopului general al autoritatii contractante;

- durata de realizarea a contractului;
- anticiparea fluxului de numerar;

5 Selectarea procedurii de atribuire

În funcţie de valoarea estimată şi de complexitatea contractelor ce vor fi atribuite, persoana responsabilă va selecta procedura de achiziţie pentru fiecare achiziţie grupată sub un cod CPV în parte.

Procedurile de **licitatie deschisa** si **licitatie restransa** reprezinta regula de atribuire a oricarui contract de achzititie publica.

Exceptiile de la regula de atribuire a contractului de achizitie publica sunt: dialogul competitiv, negocierea, cererea de oferta.

Alegerea procedurilor de atribuire care reprezinta exceptii de la regula intra in responsabilitatea exclusiva a autoritatii contractante.

Contractul de achizitie publica poate fi atrubuit prin licitatie deschisa sau restransa indiferent de valoarea estimata a acestuia. Cererea de oferta poate fi aplicata doar cu respectarea pragurilor valorice prevazute la art. 124 din OUG 34/2006.

Este interzisa divizarea unui contract in mai multe contracte de valoarea mai mica in scopul evitarii procedurii de licitatie deschisa sau restransa.

Alegerea unei alte proceduri decat a celor prevazute de regula se face pe baza unei note justificative care se aproba de catre conducatorul autoritatii contractante, cu avizul compartimentuilui juridic si constituie un inscris esential al osarului achizitiei.

6 Identificarea fondurilor

Identificarea fondurilor reprezinta operatiunea prin care se urmareste asigurarea finantarii necesare indeplinirii contractului de achizitie publica.

In masura in care autoritatea contractanta poate identifica fondurile necesare in vederea indeplinirii contractului de achizitie publica ce se doreste a fi atribuit, poate initia procedura de atribuire potrivit legislatiei in vigoare, insa la momentul semnarii contractului, ce reprezinta angajamentul legal, creditele bugetare trebuie sa fie disponibile in mod obligatoriu.

7 Definitivarea programului anual şi aprobarea acestuia

După aprobarea bugetului de venituri şi cheltuieli de către autoritatea contractanta, se procedează la definitivarea programului anual al achiziţiilor publice în funcţie de fondurile disponibile certe si de posibilitatea de atragere a altor fonduri, forma finală a acestuia fiind aprobată de conducatorul autoritatii.

8 Elaborarea şi transmiterea anunţurilor de intenţie

Daca se doreste reducerea termenelor de asteptare ale procedurilor de achizitie se pot publica în SEAP/JOUE anunţuri de intenţie privind achiziţiile publice ce se intenţionează a fi atribuite în cursul anului.

INITIEREA PROCEDURII DE ACHIZITIE PUBLICA

Pentru produsele/serviciile/lucrările prevăzute în programul anual al achiziţiilor publice, la termenele stabilite în acesta, urmărite de către persoana responsabilă, se va iniţia procedura de achiziţie, avându-se în vedere şi termenele prevăzute în legislaţie în cazul în care s-a publicat un anunţ de intenţie.

Pentru produsele/serviciile/lucrările solicitate de către conducătorii de compartimente şi care nu se regăsesc în programul anual, aceştia vor întocmi trimestrial un referat de necesitate prin care vor solicita introducerea/modificarea reperelor respective în program. Referatul de necesitate, vizat de către contabilul-şef şi aprobat de către director, se înaintează persoanei responsabile, pe baza acestuia procedându-se la modificarea/completarea programului anual, în cazul în care există fonduri pentru soluţionarea aceastuia. Anexele de modificare a programului vor urma aceeaşi procedură de aprobare ca şi programul anual iniţial.

ELABORAREA DOCUMENTAŢIEI DE ATRIBUIRE

Persoana responsabilă solicită compartimentului beneficiar să stabilească specificaţiile tehnice ale produselor/serviciilor/lucrărilor ce vor face obiectul achiziţiei, care se vor constitui în caietul de sarcini.

În funcţie de complexitatea şi importanţa contractului, persoana responsabilă propune cerinţele minime de calificare şi selecţie pe care trebuie să le îndeplinească ofertanţii/candidaţii. Această propunere se concretizează în nota justificativă, elaborată de către persoana responsabilă şi care se supune spre aprobare directorului.

De asemenea, având în vedere specificul achiziţiei, persoana responsabilă propune, printr-o notă justificativă, criteriul de atribuire al contractului: „oferta cea mai avantajoasă din punct de vedere economic" sau „preţul cel mai scăzut". În cazul în care se propune „oferta cea mai avantajoasă din punct de vedere economic", nota justificativă trebuie să menţioneze şi algoritmul de calcul cu criteriile ce vor fi luate în considerare şi ponderile asociate acestora, stabilite prin consultare cu şeful compartimentului solicitant. Nota justificativă respectivă se aprobă de către director.

În funcţie de complexitatea contractului, valoarea estimată a acestuia şi pragurile valorice impuse de lege, persoana responsabilă propune, printr-o notă justificativă, alegerea unei alte proceduri de atribuire decât licitaţia deschisă/restrânsă. Nota justificativă se avizează de către Oficiul juridic şi se aprobă de către director şi se arhivează la dosarul achiziţiei.

Dacă se consideră necesar, persoana responsabilă poate propune solicitarea unei garanţii de participare sau a garantiei de buna executie, precum şi cuantumul acestora.

După analizarea tuturor acestor aspecte expuse mai sus, persoana responsabilă completează Fişa de date a achiziţiei, stabileşte formularele şi modelele şi redactează proiectul de contract ce va finaliza procedura.

După definitivarea elaborării documentaţiei de atribuire, aceasta se supune aprobării directorului, după care se înregistrează la secretariatul instituţiei.

După definitivarea elaborării documentaţiei de atribuire persoana responsabila intocmeste o **declaratie de conformitate** a documentatiei de atribuire cu legislatia in vigoare care se aproba de catre manager.

CHEMAREA LA COMPETIŢIE

Publicarea anunţului de participare

Anunţul de participare se publică, prin grija persoanei responsabile, în SEAP/JOUE, în funcţie de procedura selectată şi de valoarea estimată a achiziţiei. În cazul procedurii de cerere de oferte, se publică numai o **invitaţie de participare** în SEAP.

Instiintarea UCVAP privind verificarea procedurala

Instiintarea UCVAP despre organizarea procedurii de achizitie publica se face de catre persoana responsabila in toate situatiile in care autoritatea contractanta organizeaza o procedura de **negociere fara publicarea unui anunt de participare** , prin transmiterea unei **adrese de inaintare, a fisei de prezentare si a invitatie de participare la negociere**. Pentru celelalte tipuri de procedura de achizitie publica, indiferent de pragul valoric, UCVAP-ul, ***in mod selectiv*** , efectueaza verificarea procesului de atribuire a contractelor, pe baza unor criterii de selectie.(art. 2 din OUG 30/2006, astfel cum a fost modificat prin OUG 52/08.06.2011)

In cazul in care procedura de achizitie a fost selectata in vederea verificarii de catre UCVAP, autoritatea contractanta **are obligatia de a transmite toate documentele solicitate de acestia prin decizia de verificare.**

Punerea la dispozitie a documentaţiei de atribuire

In ceea ce priveste punerea la dispozitia operatorilor economici a documentatiei de atribuire **regula** o constituie, **postarea in SEAP** a acesteia, asigurandu-se astfel accesul direct, nerestrictionat si deplin la continutul documentatiei.

Prin **excepţie** în situaţia în care ataşarea documentaţiei de atribuire în SEAP nu este posibilă din motive tehnice, autoritatea contractantă are obligaţia de a pune la dispoziţia oricărui operator economic care a înaintat o solicitare în acest sens sau, după caz, căruia i s-a transmis o invitaţie de participare a unui exemplar din documentaţia de atribuire, pe suport hârtie ori pe suport magnetic. În acest caz autoritatea contractantă are obligaţia de asigura **obţinerea gratuită** a documentaţiei de atribuire pentru orice operator economic care o ridică direct de la sediul autorităţii contractante sau de la altă adresă indicată de acesta. În cazul în care documentaţia este transmisă prin poştă, autoritatea contractantă are dreptul de a solicita operatorilor economici care vor să

beneficieze de această facilitate **o plată** care nu trebuie să depăşească însă costul aferent transmiterii documentaţiei respective.

Primirea si raspunsul la solicitarile de clarificari din partea operatorilor economici

În cazul în care operatorii economici consideră că o anumită informaţie cuprinsă în documentaţie nu este suficient de clară sau poate induce interpretări diferite, pot solicita clarificarea acesteia. Solicitările se transmit prin poştă/fax/e-mail, se înregistrează la secretariat şi se înmânează cu promptitudine persoanei responsabile.

În scopul elaborării răspunsului, persoana responsabilă se poate consulta cu conducătorii compartimentelor care au propus specificaţiile tehnice. Răspunsul, aprobat de către director, se va posta in SEAP prin grija persoanei responsabile astfel incat sa fie accesibil tuturor operatorilor economici

In situatia in care atasarea documentatiei in SEAP nu este posibila din motive tehnice răspunsul la solicitarea de clarificari se va transmite către toţi operatorii economici care au obţinut un exemplar din documentaţia de atribuire şi/sau se va ataşa documentaţiei de atribuire pentru a fi transmis împreună cu aceasta operatorilor economici care solicită un exemplar din documentaţie după data elaborării răspunsului.

DERULAREA PROCEDURII DE ATRIBUIRE

Verificarea respectarii regulilor de participare si de evitare a conflictului de interese

Nu au dreptul să fie implicaţi în procesul de verificare/evaluare a candidaturilor/ofertelor următoarele persoane:

a) persoane care deţin părţi sociale, părţi de interes, acţiuni din capitalul subscris al unuia dintre ofertanţi/candidaţi sau subcontractanţi ori persoane care fac parte din consiliul de administraţie/organul de conducere sau de supervizare a unuia dintre ofertanţi/candidaţi sau subcontractanţi;

b) soţ/soţie, rudă sau afin, până la gradul al patrulea inclusiv, cu persoane care fac parte din consiliul de administraţie/organul de conducere sau de supervizare a unuia dintre ofertanţi/candidaţi;

c) persoane despre care se constată că pot avea un interes de natură să le afecteze imparţialitatea pe parcursul procesului de verificare/evaluare a candidaturilor/ofertelor.

In acest sens membrii comisiei de evaluare semneaza in ziua deschiderii ofertelor o **declaratie de confidentialitate si impartialitate**.

Primirea ofertelor

In cazul procedurilor desfasurate offline, până la data limită de depunere a ofertelor, prevăzută în documentaţia de atribuire, secretariatul instituţiei primeşte plicurile ce conţin ofertele şi înregistrează scrisorile de înaintare care le însoţesc, urmând a le transmite persoanei responsabile.

In cazul procedurilor desfasurate **online** ofertele se depun in SEAP, pana la data limită de depunere, sistemul informatic nemaipermitand depunerea dupa data setata ca fiind data limita de depunere a ofertelor.

Persoana responsabilă anunţă în timp util pe membrii comisiei de evaluare despre derularea procedurii de achiziţiei, precum şi data, ora şi locul unde va avea loc şedinţa de deschidere a ofertelor.

Deschiderea ofertelor

La data, ora şi locul anunţate în prealabil, se întruneşte comisia de evaluare, preşedintele acesteia fiind persoana responsabilă.

Persoana responsabilă procedează la deschiderea plicurilor (procedura offline) respectiv la accesarea fisierelor in SEAP(procedura online) şi anunţă următoarele informaţii:

- Denumirea ofertanţilor;
- Modificările şi retragerile de oferte;
- Documentele prezentate de ofertanţi;
- Existenţa garanţiilor de participare, în cazul în care au fost solicitate;
- Elementele principale ale propunerilor financiare, inclusiv preţul (doar in cazul procedurilor **offline**). In cazul procedurilor **online** autoritatea contractanta are acces la propunerile financiare doar dupa momentul evaluarii ofertelor in SEAP prin introducerea numele ofertantilor ale caror oferte sunt admisibile, precum si ale ofertantilor ale caror oferte au fost declarate inacceptabile si neconforme
- Cursul de referinţă care va sta la baza evaluării ofertelor prezentate în altă monedă;
- Propuneri de oferte alternative, dacă este cazul.

Procesul-verbal al şedinţei de deschidere, semnat de membrii comisiei de evaluare şi, dacă este cazul, de reprezentanţii ofertanţilor prezenţi la şedinţa de deschidere, se transmite prin poştă sau fax tuturor operatorilor economici care au depus ofertă.

Evaluarea ofertelor

Într-o şedinţă ulterioară, anunţată în prealabil de către persoana responsabilă, se procedează la examinarea şi evaluarea ofertelor depuse.

Ofertele se examinează din punct de vedere al propunerii tehnice, prin confruntare cu specificaţiile tehnice cuprinse în caietul de sarcini, precum şi din punct de vedere al propunerii financiare, pentru a se urmări dacă se încadrează în fondurile alocate achiziţiei respective.

Când criteriul de atribuire este „*preţul cel mai scăzut*", evaluarea se realizează prin compararea preţurilor în lei, fără TVA, a fiecărei oferte în parte şi prin întocmirea, în ordine descrescătoare a preţurilor respective, a clasamentului pe baza căruia se stabileşte oferta câştigătoare.

În cazul în care criteriul de atribuire este „*oferta cea mai avantajoasă din punct de vedere economic"*, se acordă pentru fiecare ofertă în parte un punctaj rezultat ca urmare a aplicării algoritmului de calcul stabilit în documentaţia de atribuire. Votul membrilor comisiei de evaluare se reflectă într-un punctaj individual acordat fiecărei oferte în parte. În ordine descrescătoare a punctajului acordat, comisia întocmeşte un clasament ce va fi cuprins într-un proces-verbal de evaluare a ofertelor, semnat de membrii comisiei, care se va ataşa la raportul procedurii.

În cazul în care se consideră necesar de către comisie sau dacă se constată erori aritmetice în elaborarea ofertelor, persoana responsabilă transmite ofertanţilor solicitări de clarificare a ofertei sau de îndreptare a erorilor aritmetice, acordând un termen rezonabil pentru răspunsul acestora.

După finalizarea evaluării ofertelor, comisia de evaluare elaborează şi semnează **raportul procedurii** prin care propune atribuirea contractului ofertantului câştigător, sau în cazurile prevăzute de lege, anularea procedurii, pe care îl supune aprobării directorului.

În termen de 3 zile lucratoare de la elaborarea raportului procedurii, persoana responsabilă redactează **comunicarea rezultatului procedurii** şi **comunicarea acceptării ofertei câştigătoare**, care se semnează de către director şi se transmit prin poştă şi fax ofertanţilor participanţi.

ATRIBUIREA CONTRACTULUI DE ACHIZIŢIE PUBLICĂ

După expirarea termenului de aşteptare prevăzut de lege, la data menţionată în comunicarea acceptării ofertei câştigătoare se încheie contractul de achiziţie publică cu ofertantul a cărui ofertă a fost declarată câştigătoare.

În termen de 48 de zile de la încheierea procedurii prin atribuirea contractului, persoana responsabilă transmite în SEAP **anunţul de atribuire**.

DERULAREA CONTRACTULUI

In cazul in care s-a solicitat prin documentatia de atribuire, se poate constitui si o **garantie de buna executie**, care insa nu trebuie sa depaseasca 10% din pretul contractului, fara TVA şi se eliberează, pe baza unei solicitări scrise, garanţia de participare depusă în vederea participării la procedură.

După îndeplinirea obligaţiilor asumate se procedează la recepţii parţiale, dacă este cazul, şi la recepţia finală, printr-un proces-verbal de recepţie întocmit şi semnat de comisia de recepţie, după care se face plata prin grija Serviciului Financiar- Contabilitate.

După trecerea termenului stipulat în lege, se eliberează garanţia de bună execuţie, în urma unei solicitări scrise.

După îndeplinirea obligaţiilor contractuale de către contractant, persoana responsabilă are obligaţia de a redacta şi înainta spre aprobare managerului certificatul constatator care conţine informaţii referitoare la îndeplinirea obligaţiilor contractuale de către acesta şi la eventualele prejudicii, după cum urmează:

a) pentru contractele de **furnizare**: în termen de 14 zile de la data recepţiei produselor care fac obiectul respectivului contract şi, suplimentar, în termen de 14 zile de la data expirării perioadei de garanţie a produselor în cauză;

b) pentru contractele de **servicii**, altele decât contractele de servicii de proiectare: în termen de 14 zile de la data terminării prestaţiilor care fac obiectul respectivului contract;

c) pentru contractele de **servicii de proiectare**: în termen de 14 zile de la data terminării prestaţiilor care fac obiectul respectivului contract şi, suplimentar, în termen de 14 zile de la data încheierii procesului-verbal de recepţie la terminarea lucrărilor proiectate;

d) pentru contractele de **lucrări**: în termen de 14 zile de la data încheierii procesului-verbal de recepţie la terminarea lucrărilor şi, suplimentar, în termen de 14 zile de la data încheierii procesului-verbal de recepţie finală a lucrărilor, întocmit la expirarea perioadei de garanţie a lucrărilor în cauză.

Certificatul constatator se întocmeşte în 3 exemplare, câte unul pentru contractant, ANRMAP şi dosarul achiziţiei. Certificatul constatator se transmite către ANRMAP în cel mult 10 zile de expirarea termenelor prevazute pentru eliberarea lor.

ACHIZIŢIA PRIN CUMPĂRARE DIRECTĂ

In cazul achizitiilor care nu depasesc pragul valoric impus de art. 19 din OUG 34/2009, respectiv **15000 de euro**, autoritatea contractanta poate **achizitiona direct** produse, servicii sau lucrari. Estimarea se efectueaza de catre persoana responsabila, eventual cu sprijinul compartimentului solicitant.

Aceasta procedura se aplica in urma cercetarilor de piata efectuate pentru aflarea nivelului curent al preturilor si a nivelului calitativ al produselor, serviciilor sau lucrarilor necesare.

In urma studiului de piata operatorii economici trimit oferte de pret, care sunt analizate de persoana responsabila.

De asemenea persoana responsabila procedeaza la consultarea catalogului de produse, servicii, lucrari existent in SEAP, in vederea identificarii oportunitatilor de contractare in sistemul electronic.

In functie de modalitatea de achizitie selectata achizitia directa se desfasoara astfel:

a) **Direct**, **prin emiterea unei comenzi ferme** catre operatorul economic selectat, pe baza ofertelor primite, in vederea atribuirii achizitiei respective;

b) **Prin intermediul SEAP**, prin transmiterea de notificari operatorilor economici care ofera produsele, serviciile sau lucrarile in cauza.

Indiferent de modalitatea de achizitie, aceasta se realizeaza pe baza de document justificativ (factura fiscala), care in acest caz se considera a fi contract de achizitie publica.

MONITORIZAREA ACTIVITĂŢII

Până la data de 31 martie a fiecărui an, persoana responsabilă elaborează **raportul anual privind contractele atrubuite in anul anterior** care trebuie transmis catre ANRMAP. Informatiile solicitate se transmit in format electronic, conform formularului standardizat disponibil in SEAP.

Valorificarea rezultatelor activităţii

Evaluarea procesului de achizitie publica din punct de vedere al performatiei si conformitatii acestuia cu prevederile legale, necesitatile si obiectivele autoritatii contractante, reprezinta o etapa necesara si oportuna pentru a face retrospectiva planificarii initiale, managementului si calitatii procedurilor derulate, tehnicilor si intrumentelor utilizate.

Scopul acestei evaluari este de a identifica, pe de o parte, acele elemente/ evenimente/ decizii care au avut o contributie pozitiva la indeplinirea contractului si pe de alta parte, pe cele care au cauzat disfunctionalitati ale sistemului.

Procedura operationala va evidentia experienta acumulata de personalul implicat in procesul de achizitie si va orienta echipele viitoare catre cele mai bune practice in domeniu.

Pe baza rezultatelor obţinute, se vor face propuneri de îmbunătăţire a prezentei proceduri operaţionale.

7. Evidente si inregistrari

- conform procedurii

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Cab. Av. Tudorancea	Comp juridic	05.06.2013	
1.2	Verificat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. Scopul procedurii

Procedura are drept scop prevenirea scurgerilor de informaţii din cadrul Spitalului

Obiective:

- apararea informatiilor clasificate detinute impotriva activitatii de compromitere, sabotaj, sustragere, distrugere, etc;
- prevenirea accesului neautorizat a oricarei surse la altfel de informatii, a cunoasterii si diseminarilor ilegale;
- Identificarea si inlaturarea riscurilor si vulnerabilitatilor ce pot pune in pericol protectia informatiilor clasificate;
- Asigurarea cadrului procedural necesar protectiei informatilor clasificate.

2. Domeniul de aplicare

Procedura se aplică în cadrul Spitalului.

3. Documente de referinţă

O.M.F.P. nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzând standardele de management/control intern la entităţile publice şi pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial;

OMFP 1649/2011 privind modificarea si completarea Ordinului ministrului finantelor publice nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzand standardele de management/control intern la entitatile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial;

Ordinul ministrului finanţelor publice nr. 1389/2006 pentru modificarea si completarea - Ordin nr. 946/2005.

OG nr. 119/1999 privind controlul intern şi controlul financiar preventiv, republicată.

Regulament de Organizare şi Funcţionare;

HG nr. 781/2002 privind protectia informatiilor secrete de serviciu.

Lege nr. 182/2002 privind protectia informatiilor clasificate.

Ordin nr. 1763/2007 – privind stabilirea cerinţelor tehnice pentru donarea, prelevarea, testarea, procesarea, conservarea, distribuirea, codificarea şi trasabilitatea ţesuturilor şi celulelor de origine umană

utilizate în scopuri terapeutice, precum şi notificarea incidentelor adverse severe şi a reacţiilor adverse grave survenite în timpul transplantării lor.

Directiva 23/204/CE a Parlamentului European şi a Consiliului din 31 martie 2004 referitoare la stabilirea standardelor de calitate şi siguranţă asupra donării, procurării, testării, procesării, conservării, stocării şi distribuirii ţesuturilor şi celulelor umane.

Directiva 17/2006/CE a Parlamentului European şi a Consiliului din 8 februarie 2006 pentru implementarea Directivei 23/2004/CE a Parlamentului European şi a Consiliului cu privire la cerinţele tehnice pentru donarea, prelevarea şi testarea ţesuturilor şi celulelor umane.

Directiva 86/2006/CE a Parlamentului European şi a Consiliului din 24 octombrie 2006 pentru implementarea Directivei Parlamentului European şi a Consiliului 23/2004/CE.

Legea 677/2001 modificată prin Legea 102/2005 pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

4. Definiţii şi abrevieri ale termenilor utilizaţi

Definiţii:

Termenul	**Definiţia şi/sau, dacă este cazul, actul care defineşte termenul**
Procedură	Prezentare în scris a paşilor ce trebuie urmaţi, a metodelor de lucru stabilite şi a regulilor de aplicat necesare îndeplinirii atribuţiilor şi sarcinilor, având în vedere asumarea responsabilităţilor; **PS** (Procedură de sistem) = procedură care descrie o activitate sau un proces care se desfăşoară la nivelul tuturor compartimentelor din cadrul Spitalului; Compartiment = compartiment / serviciu / birou / secţie / cabinet, etc.; Conducătorul compartimentului = manager/şef birou/ şef serviciu, etc.; **PO** (Procedură Operaţională) = procedură care descrie o activitate sau un proces care se desfăşoară la nivelul unuia sau mai multor compartimente din cadrul Spitalului; **PL** (Procedură de lucru) = procedură care descrie o activitate sau un proces care se desfăşoară la nivelul unui singur compartiment din cadrul Spitalului;
Sistem de control managerial	Ansamblu de structuri organizatorice, responsabilităţi, proceduri, procese şi resurse ce are ca scop implementarea controlului managerial
Neconformitate	Neîndeplinirea unei cerinţe
Analiză	Activitate de a determina potrivirea, adecvarea şi eficacitatea subiectului în cauză, în ceea ce priveşte îndeplinirea obiectivelor stabilite
Părţi interesate	Pacienţii, furnizorii, comunitatea, proprietarii de procese, organizaţiile cu care spitalul interacţionează
Competenta	Constituie capacitatea de a lua decizii, in limite definite, pentru realizarea activitatilor specifice postului
Responsabilitatea	Reprezinta obligatia de a indeplini sarcinile si se inscrie in limitele ariei de competenta
Raportarea	Reprezinta obligatia de a informa asupra indeplinirii sarcinilor
Informatii	orice documente, date, obiecte sau activitati, indiferent de suport, forma, mod de exprimare sau de punere in circulatie
Informatii clasificate	informatiile, datele, documentele de interes pentru securitatea nationala, care, datorita nivelurilor de importanta si consecintelor care s-ar produce ca urmare a dezvaluirii sau diseminarii neautorizate, trebuie sa fie protejate
Clasele de secretizare sunt	secrete de stat si secrete de serviciu
Informatii secrete de stat	informatiile care privesc securitatea nationala, prin a caror divulgare se pot prejudicia siguranta nationala si apararea tarii
Informatii secrete de serviciu	informatiile a caror divulgare este de natura sa determine prejudicii unei persoane juridice de drept public sau privat
Protectie juridica	ansamblul normelor constitutionale si al celorlalte dispozitii legale in vigoare, care reglementeaza protejarea informatiilor clasificate
Protectie prin masuri procedurale	ansamblul reglementarilor prin care emitentii si detinatorii de informatii clasificate stabilesc masurile interne de lucru si de ordine interioara destinate realizarii protectiei informatiilor
Protectie fizica	ansamblul activitatilor de paza, securitate si aparare, prin masuri si dispozitive de control fizic si prin mijloace tehnice, a informatiilor clasificate
Protectia personalului	ansamblul verificarilor si masurilor destinate persoanelor cu atributii de serviciu in legatura cu informatiile clasificate, spre a preveni si inlatura riscurile de securitate pentru protectia informatiilor clasificate
Certificate de securitate	documentele care atesta verificarea si acreditarea persoanei de a detine, de a avea acces si de a lucra cu informatii clasificate

5. Descrierea procedurii

Generalităţi:

- Pentru identificarea documentelor cu caracter secret de serviciu numarul de inregistrare al acestora va fi precedat de litera S, iar pe fiecare pagina se va inscrie "secret de serviciu".
- Informatiile secrete de serviciu constituite in dosare, precum si cele legate in volume distincte se marcheaza pe coperta si pe pagina de titlu.

ü Clasificarea informaţiilor este necesară pentru a permite atât alocarea resurselor necesare protejării acestora cât şi pentru a determina pierderile potenţiale ca urmare a modificărilor, pierderii/distrugerii sau divulgării acestora. Pentru a asigura securitatea şi integritatea informaţiilor, acestea se împart în trei categorii principale:
   - Publice
   - Secrete
   - Strict Secrete

ü **Managerul** şi şefii compartimentelor răspund de evaluarea periodică a schemei de clasificare a informaţiilor. Toate informaţiile din cadrul spitalului trebuie să se regăsească în una din următoarele categorii:

Publice. Acestea sunt informaţiile accesibile oricărui utilizator din interiorul sau exteriorul spitalului. Divulgarea, utilizarea neautorizată sau distrugerea acestora nu produce efecte asupra spitalului sau aceste efecte sunt nesemnificative. Utilizatorii care furnizează aceste informaţii sunt responsabili de asigurarea integrităţii şi disponibilităţii acestora în raport cu cerinţele spitalului.

Exemple: Informaţiile de pe aviziere, servere web publice, ştirile de presă, informările managerului, etc.

Secrete. În această categorie se includ informaţiile prevăzute în legislaţie, care nu trebuie făcute publice. Se includ aici şi informaţiile pe care Spitalul Orasenesc Xxx trebuie să le protejeze conform legislaţiei în vigoare. Datorită valorii economice asociate, aceste date trebuie distruse dacă au fost făcute publice. Aceste date vor fi copiate şi distribuite în cadrul spitalului doar utilizatorilor autorizaţi. Distribuirea acestor informaţii de către utilizatorii autorizaţi trebuie să se facă pe baza acceptului de confidenţialitate. Exemple: clauze contractuale, coduri si parole ale aplicaţiilor.

Strict Secrete sau Confidenţiale.

În această categorie se includ toate informaţiile cu valoare economică sau cu referire la starea de sănătate a pacientului ori alte informații legate de acesta ce nu au legătura cu identitatea (buletine de analiză, diagnostice, radiografii, etc) ce nu trebuie făcute publice. Divulgarea, utilizarea sau distrugerea acestor date poate intra sub incidenţa Codului Civil, Penal sau legislaţiei fiscale. Accesul la aceste informaţii va fi restricţionat. Datele strict secrete nu pot fi copiate, distribuite sau şterse fără acordul scris al conducerii spitalului.

Modul de lucru:

La baza masurilor de prevenire a scurgerii de informatii stau urmatoarele:

- autorizarea personalului pentru acces la informatii clasificate absolut necesare indeplinirii atributiilor de serviciu;
- stabilirea si asigurarea aplicarii masurilor de protectie in mod diferentiat pe zone de securitate si in functie de nivelurile de acces la informatiile clasificate;
- accesul la informatiile clasificate este permis numai in baza verificarilor si abilitarilor legale;
- aplicarea in mod obligatoriu si unitar a masurilor de protectie atat in locurile in care se depoziteaza informatiile clasificate si in cazul sistemelor informationale care stocheaza , prelucreaza sau transmit informatii de acest fel.
- raspunderea personala privind aplicarea masurilor de protectie stipulate prin programul de prevenire a scurgerii de informatii clasificate.

Elemente generale privind informatiile clasificate detinute:

In cadrul Spitalului Orasenesc Xxx se intocmesc, se pastreaza, proceseaza multiplica, manipuleaza, transporta, transmit si se distrug informatii clasificate din clasa : SECRET DE SERVICIU nivelul SECRET

Lista informatiilor clasificate (documente, date, obiecte sau activitati, indiferent de suport sau forme) pe clase si niveluri de secretizare detinute Spitalul Orasenesc Xxx detine informatii clasificate dupa cum urmeaza:

- **clasa secret de serviciu nivelul secret**

- plan de paza, aparare, interventii, listă cu aparatura medicala din dotarea spitalului
- situatii nominale si statistice;
- programul de scurgere a informatiilor clasificate;
- documentele, datele si informatiile din activitatea medicala a spitalului si ambulatoriului;
- mijloace si procedee specifice, metode, tehnice si echipamente de lucru folosite in activitatea medicala;
- documentele, datele si informatiile primite in cadrul relatiilor cu alte institutii;
- regulamentul de organizare si functionare a spitalului;
- documente centralizate cu privire la statele de plata, recompense si pedepse aplicate personalului unitatii;
- documente specifice privind confectionare, evidenta, pastrare, predare- primire a stampilelor, sigiliilor, a stantelor de timbru sec;
- actele de cercetare a personalului unitatii;
- ordine, circulare, rapoarte, situatii, procese verbale si corespondenta privind pastrarea, manipularea si gestionarea documentelor care nu sunt destinate publicitatii;
- rapoarte, dari de seama, informari si sinteze ale activitatiilor cadrelor medicale;
- orice alte documente, date si informatii care fiind date publicitatii ar afecta buna functionare a spitalului ori drepturile si libertatile persoanei (pacientilor).

La nivelul spitalului sunt instituite urmatoarele zone de securitate si administrative:

- sediul administrativ al spitalului
- zonele de securitate sunt instituite in cladirea administrativa a Spitalului

Lista functiilor care necesita acces la informatii clasificate:

SECRET

- manager - 1 functie
- director medical -1 functie
- director financiar-contabil – 1 funcţie

Prezentarea persoanelor desemnate sa indeplineasca atributii pe linia informatiilor clasificate:

- in baza deciziei emise de manager, la nivelul spitalului a fost desemnata sa indeplineasca atributiile functionarului de securitate urmatoarea persoana:

· Nume, prenume
· CNP
· Stare civila
· Telefon fix si mobil

v **Atributiile si competente privind asigurarea protectiei informatiilor clasificate:**

In conformitate cu prevederile art. 31 , alin 1 din Anexa la HG 585/2002 persoanele desemnate sa indeplineasca atributiile functionarului de securitate la nivelul spitalului are urmatoarele atributii:

- pune in aplicare si verifica respectarea prevederilor Ordinelor Ministrului Sănătăţii si ale Managerului
- intocmeste programul de prevenire a scurgerilor de informatii clasificate pe care il supune avizarii managerului, iar dupa aprobare actioneaza pentru aplicarea acestuia.

SECURITATEA CLADIRILOR
Sediul administrativ

Controlul intrarilor si iesirilor

· In jurul zonei de securitate clasa a II a , acolo unde situatia a permis a fost stabilita o zona administrativa, cu perimetru vizibil delimitat. În interiorul careia exista posibilitatea de control al persoanelor.
· In zonele de securitate clasa a II a si administrativ, accesul este permis personalului spitalului si pacientilor,
· Angajatii de serviciu care asigura paza spitalului sunt obligatii sa verifice starea fizica a incuietorilor, usilor, geamurilor si peretilor cladirii, la intrarea in serviciu si pe durata efectuarii acestuia.

- **Prelucrarea datelor cu caracter personal privind starea de sănătate**

· Prelucrarea datelor privind starea de sănătate poate fi efectuată numai de către ori sub supravegherea unui cadru medical, cu condiţia respectării secretului profesional, cu excepţia situaţiei în care persoana vizată şi-a dat în scris şi în mod neechivoc consimţământul atâta timp cât acest consimţământ nu a fost retras, precum şi cu excepţia situaţiei în care prelucrarea este necesară pentru prevenirea unui pericol iminent, pentru prevenirea săvârşirii unei fapte penale, pentru împiedicarea producerii rezultatului unei asemenea fapte sau pentru înlăturarea urmărilor sale prejudiciabile.

· Cadrele medicale ale Spitalului Orasenesc Xxx pot prelucra date cu caracter personal referitoare la starea de sănătate, fără autorizaţia autorităţii de supraveghere, numai dacă prelucrarea este necesară pentru protejarea vieţii, integrităţii fizice sau sănătăţii persoanei vizate. Când scopurile menţionate se referă la alte persoane sau la public în general şi persoana vizată nu şi-a dat consimţământul în scris şi în mod neechivoc, trebuie cerută şi obţinută în prealabil autorizaţia autorităţii de supraveghere. Prelucrarea datelor cu caracter personal în afara limitelor prevăzute în autorizaţie este interzisă.

· Cu excepţia motivelor de urgenţă, autorizaţia prevăzută la aliniatul de mai sus poate fi acordată numai după ce a fost consultat Colegiul Medicilor din România.

· Datele cu caracter personal privind starea de sănătate pot fi colectate numai de la persoana vizată. Prin excepţie, aceste date pot fi colectate din alte surse numai în măsura în care este necesar pentru a nu compromite scopurile prelucrării, iar persoana vizată nu vrea ori nu le poate furniza.

- **Informarea persoanei vizate**

În cazul în care datele cu caracter personal sunt obţinute direct de la persoana vizată, operatorul este obligat să furnizeze persoanei vizate cel puţin următoarele informaţii, cu excepţia cazului în care această persoană posedă deja informaţiile respective:

a. identitatea operatorului şi a reprezentantului acestuia, dacă este cazul;
b. scopul în care se face prelucrarea datelor;
c. informaţii suplimentare, precum: destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor; dacă furnizarea tuturor datelor cerute este obligatorie şi consecinţele refuzului de a le furniza; existenţa drepturilor prevăzute de prezenta lege pentru persoana vizată, în special a dreptului de acces, de intervenţie asupra datelor şi de opoziţie, precum şi condiţiile în care pot fi exercitate;
d. orice alte informaţii a căror furnizare este impusă prin dispoziţie a autorităţii de supraveghere, ţinând seama de specificul prelucrării.

În cazul în care datele nu sunt obţinute direct de la persoana vizată, operatorul este obligat ca, în momentul colectării datelor sau, dacă se intenţionează dezvăluirea acestora către terţi, cel mai târziu până în momentul primei dezvăluiri, să furnizeze persoanei vizate cel puţin următoarele informaţii, cu excepţia cazului în care persoana vizată posedă deja informaţiile respective:

a. identitatea operatorului şi a reprezentantului acestuia, dacă este cazul;
b. scopul în care se face prelucrarea datelor;
c. informaţii suplimentare, precum: categoriile de date vizate, destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor, existenţa drepturilor prevăzute de prezenta lege pentru persoana vizată, în special a dreptului de acces, de intervenţie asupra datelor şi de opoziţie, precum şi condiţiile în care pot fi exercitate;
d. orice alte informaţii a căror furnizare este impusă prin dispoziţie a autorităţii de supraveghere, ţinând seama de specificul prelucrării.

Prevederile alininatului de mai sus nu se aplică în cazul în care prelucrarea datelor se face în scopuri statistice, de cercetare ştiinţifică, ori în orice alte situaţii în care furnizarea unor asemenea informaţii se dovedeşte imposibilă sau ar implica un efort disproporţionat faţă de interesul legitim care ar putea fi lezat, precum şi în situaţiile în care înregistrarea sau dezvăluirea datelor este expres prevăzută de lege.

Organizarea sistemului informatic si securitatea informatică în cadrul Spitalului

Organizarea sistemului informatic în cadrul Spitalului este prezentată în Anexa 1 – Diagrama poziționării calculatoarelor.

• Rețeaua de calculatoare este constituită din:
  - Componente active de rețea (router)
  - Stații de lucru.
• Rețeaua a fost configurată utilizând
  - placă de rețea pentru fiecare stație,

- sisteme de operare pentru stații Windows,
- protocol de comunicație TCP/IP.

• Securitatea informatică este împărțită în următoarele domenii:

Securitatea referitoare la instalare și funcționare

- Instalarea unui echipament de calcul trebuie să respecte specificațiile furnizorului cu privire la alimentarea electrică, ventilare, magnetism, mediu electrostatic etc,
- Administratorul de rețea are obligația de a instala sisteme de operare numai cu licențe.
- Administratorul de rețea are obligația de a gestiona rețeaua wireless, de a parola rețeaua și de a schimba parola la o frecvență stabilită. Deasemeni are obligația de a parola toate stațiile de lucru si de a pune la dispoziție parola doar userului numit prin decizie la stațiile respective.
- În perioadele de indisponibilitate ale unui echipament, elaborarea lucrării (colectarea datelor) se va face pe o altă statie de lucru din cadrul spitalului.
- La o frecventă stabilită se realizează copii de sigurantă pentru calculator. Copiile se păstrează pentru o perioadă de 5 ani.

Securitatea sistemelor

- Toate sistemele cu acces la internet sunt prevăzute cu programe antivirus de calitate, astfel încât să se poată asigura atât securitatea sistemelor respective.

Securitatea conținutului documentelor și a bazelor de date

- Sunt stabilite reguli în ceea ce privește autorizarea de creare/citire/copiere/ștergere.
- Folosirea identificatorului de utilizator (user ID) si a aparolelor permite accesul la :
  - activități diverse asistate de calculator
  - date specifice unui compartiment.
- Pentru softurile si fisierele de maximă importantă se realizează copii pe CD/DVD. Acestea se păstrează în fisete metalice pentru a se asigura împortiva incendiilor.

Securitatea comunicatiei

- Cu privire la protectia transferului de date, se mentionează că, în functie de pozitia în cadrul spitalului fiecare utilizator este autorizat pentru creare/citire/copiere/stergere/modificare documente, după cum este precizat în Anexa 2- Drepturi pentru utilizatori.
- (IMPORTANT SI APOI STERGI – creezi un tabel cu numele personalului si dai drepturi cine are voie de citire cine de scriere de creare fisier, de copiere, etc)

Întreținerea sistemului

- La solicitarea utilizatorului se intervine pentru asigurarea functionării sistemului prin:
  - curătarea, reglarea, înlocuirea componentei defecte,
  - înlocuirea completă a sistemului si trimiterea lui la o firmă specializată în vederea remedierii defectiunilor.
- Fiecare interventie se completează în proces verbal.

5.1. Modalităţi de control intern

a) autocontrolul

- Personalul din cadrul Biroului Resurse Umane şi Salarizare asigură verificarea competenţelor fiecărui angajat, conform cerinţelor postului ocupat;
- Personalul responsabil IT pune în aplicare procedura privind securitatea sistemelor informatice şi verifică modul în care aceasta este respectată;
- Personalul responsbil cu activitatea de pază aplică procedura;
- Managerul, Directorul Medical, Şefii de Compartimente verifică modul în care procedura se aplică în cadrul entităţilor pe care le conduc.

b) controlul ierarhic

- controlul ierarhic se exercită de către managerul Spitalului;

c) **controlul administrativ** se exercită de către auditorul intern**.**

8.3. Resurse necesare:

Resurse materiale

§ mobilier pentru stocarea dosarelor, CD/DVD, etc.;
§ birotică, aparatură şi echipamente specifice;
§ reţea internet ;
§ copiator;
§ imprimantă
§ telefoane, fax-uri pentru legături operative cu alte compartimente şi cu structuri din afara spitalului;
§ papetărie şi tipizate, conform domeniului de activitate desfăşurat în cadrul Spitalului Orasenesc Xxx.

Resurse umane

§ Personalul spitalului;
§ Personalul din cadrul Biroului RUNOS,
§ Auditorul intern,
§ Director Medical ;
§ Director Financiar-Contabil;
§ Responsabil IT ;
§ Manager,

Resurse financiare

§ Conform BVC aprobat pentru anul în curs.

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Serv administrativ	05.06.2013	
1.2	Verificat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

1.1 Procedura are ca scop stabilirea un set unitar de reguli pentru reglementarea activităţilor privind întreţinerile şi reparaţiile instalaţiilor electrice;

2. DOMENIU DE APLICARE

2.1 Procedura se aplică în cadrului Serviciului Administrativ.

3. DEFINIŢII ŞI ABREVIERI

3.1. Definiţii:

Nu se aplică.

3.2.Abrevieri:

- § SMC = Sistem de management al calităţii
- § SCM = Sistem de control managerial
- § Comisie = Comisia de monitorizare, coordonare şi îndrumare petodologică a dezvoltării sistemului de control managerial.
- § PC = Preşedintele Comisiei
- § RMC/RC = Responsabil cu sistemul de management al calităţii / Reprezentantul conducerii cu sistemul de management al calităţii.
- § OMFP = Ordin al Ministrului Finanțelor Publice
- § Ec. = Economist

4.DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- § SR EN ISO 9001:2008 - Sisteme de management al calităţii. Cerinţe.
- § SR EN ISO 9000:2006 - Sisteme de management al calităţii. Principii fundamentale şi vocabular.

§ SE CEN/TS 15224:2009 – Servicii de sănătate. Sisteme de management al calităţii. Ghid pentru utilizarea standardului EN ISO 9001:2000
§ Ordin 946/2005 – pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzţnd standardele de management /control intern la entitățile publice și pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial.
§ Ordin nr. 1389/2006 privind modificarea si completarea Ordinului ministrului finantelor publice nr. 946/2005 pentru aprobarea Codului controlului intern, cuprinzand standardele de management/control intern la entitatile publice si pentru dezvoltarea sistemelor de control managerial
§ Fişe post
§ Dispoziţia nr 66 / 01.03.2011
§ Regulament de organizare şi de lucru al Colectivului de lucru pentru monitorizare, coordonare şi îndrumare metodologică a dezvoltării sistemului de control managerial al ***Spitalului .***

5. RESPONSABILITĂŢI (conform punct. 6)

Responsabilităţile privind întreţinerea clădirilor proprietate ***Spitalului*** sunt următoarele:

Zidari :

§ execută zidării, tencuieli, igienizări, vopsitorii, placaje gresii-faianţă, etc.în toate secţiile spitalului, bloc alimentar, bloc spălătorie, bloc sterilizare, centrale termice, punct termic, etc;
§ manipulează materialele de construcţii cu care lucrează;
§ urmăresc şi răspund de calitatea lucrărilor pe care le efectuează;
§ răspund de gestionarea corectă a materialelor de construcţii şi încadrarea consumurilor conform normelor în vigoare;
§ răspund de modul de păstrare a materialelor şi sculelor folosite la locul de muncă;

Tâmplari

§ întreţinerea şi repararea uşilor, ferestrelor şi a tâmplăriei mobilierului din spital;
§ înlocuirea geamurilor acolo unde este necesar;
§ confecţionarea mobilierului din lemn necesar secţiilor din spital;
§ buna funcţionare şi întreţinere a utilajelor din cadrul atelierului de tâmplărie;
§ buna gestionare a materialelor lemnoase, a geamurilor, sculelor, pieselor de schimb, etc., de la locul de muncă;

Sudori

§ răspunde de supravegherea, întreţinerea şi repararea maşinilor, utilajelor şi instalaţiilor din secţiile spitalului şi din secţiile arondate acestuia;
§ repararea elementelor care implică lucrări de sudură;
§ execuţia de confecţii metalice;

Lăcătuş mecanic

§ răspunde de supravegherea, întreţinerea şi repararea maşinilor, utilajelor şi instalaţilor din secţiile spitalului şi din secţiile arondate acestora;
§ repararea mobilierului metalic şi diverse accesorii din spital;
§ execuţia de confecţii metalice;

6.DESCRIEREA PROCEDURII

Controlul elementelor de constructii

Elementele de constructii care prezinta importanta din punctul de vedere al energeticii cladirii sunt elementele componente ale anvelopei cladirii si anume: peretii exteriori, ferestrele si usile exterioare, planseul peste ultimul nivel, planseul peste subsol neîncalzit, peretii si pardoseala în contact cu solul, [1].

Principalele tipuri de degradari ale elementelor de constructie care pot apare în decursul exploatarii cladirii sunt:

§ degradari ale peretilor la interior
§ degradari ale peretilor, la exterior
§ infiltratii de apa
§ infiltratii de aer

Degradari ale peretilor la interior

Degradarile peretilor la interior se manifesta, în principal, prin aparitia mucegaiului datorita fenomenului de condens.

Fenomenul de condens interior apare pe suprafata elementelor de închidere (pereti, planseu terasa), în cazul în care elementele respective au o rezistenta specifica la transfer termic necorespunzatoare conditiilor de microclimat interior (temperatura si umiditatea relativa a aerului), fapt ce conduce la o temperatura pe suprafata interioara a elementelor de închidere mai mica decât temperatura punctului de roua.

Cauze ale aparitiei condensului si mucegaiului:

§ temperatura interioara scazuta

§ umiditate interioara ridicata (datorata uscarii rufelor în încapere, folosirii aragazului fara evacuarea în exterior a vaporilor si gazelor de ardere, prezentei plantelor în încapere etc.)

§ ventilare insuficienta a încaperii

§ rezistenta termica redusa a elementului de constructie

Aceasta din urma cauza se datoreaza, fie lipsei termoizolatiei, fie diminuarii performantelor materialului termoizolant datorita umezirii sau tasarii.

Degradari ale peretilor la exterior

Acestea se manifesta, în principal, prin degradarea tencuielilor exterioare (exfoliere, desprinderea tencuielii, patarea fatadei).

Cauza principala o constituie alcatuirea necorespunzatoare a structurii peretelui, în special a stratului de finisaj exterior. In cazul în care peretii încaperilor cu umiditati interioare ridicate nu sunt prevazuti cu straturi "bariera de vapori" si finisajul exterior este realizat cu straturi impermeabile (vopsitorii în ulei, straturi ceramice glazurate), apa provenita din condensarea vaporilor de apa din interior, care au trecut prin structura peretelui se acumuleaza în spatele finisajului. In aceste conditii ciclurile de înghet-dezghet acccentueaza dezagregarea unor zone din fatada, cu consecinte nefavorabile asupra protectiei termice a cladirii.

Infiltratii de apa

Infiltratiile de apa, sesizabile pe suprafetele interioare ale elementelor de constructie apar la elementele de închidere atunci când s-a degradat stratul impermeabil de protectie de pe fata exterioara (hidroizolatia).

Cazurile cele mai frecvente sunt:

§ infiltratiile de apa din acoperis

§ infiltratiile de apa din subsoluri

§ infiltratiile de apa din rosturile dintre elementele prefabricate de fatada

§ infiltratiile de apa din rosturile dintre ferestre si pereti

§ infiltratiile de apa cauzate de instalatii (canalizarea pluviala, preaplinul de la rezervoare si vase de expansiune, goliri etc.)

Infiltratiile de apa conduc, pe termen lung la degradarea si deprecierea constructiei si pe termen scurt, la scaderea performantei de izolare termica a cladirii.

Infiltratii de aer

Infiltratiile de aer rece, care se manifesta în sezonul de încalzire, diminueaza confortul termic în încaperi si atrag dupa sine consumuri energetice suplimentare pentru mentinerea cladirii în regim normal de functionare.

Infiltratiile de aer rece se datoreaza:

§ lipsei geamurilor sau unor panouri de închidere ale usilor exterioare (în special la "spatiile comune")

§ închiderii defectuoase a usilor de acces în cladire (usi fara dispozitive automate de închidere)

§ neetanseitatii tâmplariei la contactul între cercevea si geam (îmbatrânirea chitului, degradarea lemnului)

§ neetanseitatii tâmplariei la contactul între toc si pereti (lipsa materialului de etansare)

Operatiuni de întretinere curenta a constructiei

Întretinerea curenta a partii de constructie a cladirii asigura prezervarea calitatii de izolare termica a acesteia.

Operatiuni de întretinere:

§ repararea pavimentelor si trotuarelor din jurul cladirii pentru îndepartarea apelor provenite din precipitatii si eliminarea infiltratiilor

§ refacerea soclurilor cladirii

§ uscarea subsolurilor

§ controlul acoperisului si terasei pentru eliminarea cauzelor de infiltratie a apelor pluviale

§ curatarea, refacerea sau completarea finisajelor peretilor exteriori

§ ventilarea corespunzatoare a încaperilor cu exces de umiditate
§ completarea ochiurilor de geam lipsa la ferestrele si usile exterioare
§ etansarea rosturilor la tâmplaria exterioara
§ vopsitorii la tâmplaria ferestrelor si usilor exterioare
§ remedieri la dispozitivele de închidere ale ferestrelor si usilor exterioare; reglarea dispozitivelor de închidere automata a usilor de acces în cladire

7. INREGISTRARI

- procese verbale
- necesare de materiale

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA DE LUCRU PRIVIND INSTALATIILE ELECTRICE	228 Ed.: 1 Rev.:0 Pag.: 1/2

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.2	Verificat	Sandu Cosmin	Administartor	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabileste modul de lucru privind intretinerea instalatiei electrice.

2. DOMENIU DE APLICARE

2.1**.** Procedura se aplică de catre electricianul unitatii

2.2. La procedura participa:

- Sef Birou Administrativ;
- magazinerul institutiei.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

3.1 Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

3.2 Ordin 946/2005 actualizat - pentru aprobarea codului controlului intern, cuprinzand standardele de management /control intern.

3.3 Legea 95/2006 cu modificarile si completarile ulterioare – privind reforma in domeniul sanatatii.

3.4. Alte documente, inclusiv reglementari interne ale entitatii publice:

Procedura operationala privind circuitul documentelor.

4. Definiţii şi prescurtări ale termenilor utilizati in procedura de lucru

Definitii ale termenilor

Nr. Crt.	Termenul	Definitia si/sau daca este cazul, actul care defineste termenul
1.	Procedura de lucru	Prezentarea formalizata, in scris, a tututor pasilor ce trebuie urmati, a metodelor de lucru stabilite si a regulilor de aplicat in vederea realizarii activitatii, cu privire la aspectul procesual vederea realizarii activitatii, cu privire la aspectul procesual
2.	Editie a unei proceduri de lucru, aprobata si difuzata	Forma initiala sau actualizata, dupa caz, a unei proceduri de lucru aprobata si difuzata

3.	Revizia in cadrul unei editii difuzate	Actiunile de modificare, adaugare, suprimare sau altele asemenea, dupa caz, a uneia sau a mai multor componente ale unei editii a procedurii de lucru, actiuni care au fost aprobate si difuzate

Abrevieri ale termenilor

Nr.	Abrevierea	Termenul abreviat
1.	P.O.	Procedura operațională
2.	PL	Procedura de lucru
3.	E	Elaborare
4.	V	Verificare
5.	A	Aprobare
6.	Ap.	Aplicare
7.	Ah.	Arhivare
8.	Dep.	Departamente
9.	Coresp.	Corespondenta

5. RESPONSABILITĂŢI:

5.1 Responsabil de proces = Electricianul raspunde de intretinerea, revizia si reparatia la toate aparatele electrice din unitate

5.2 Echipa de proces = Seful Birou Administrativ are dreptul sa verifice intreaga activitate a electricianului

6.* DESCRIEREA *PROCEDURII:

Procedura de lucru cuprinde:

1. Intretinerea instalatiei electrice
2. Revizie si reparatii la toate aparatele electrice din dotarea spitalului: sterilizatoare, aparate oxigen, boilere electrice, etc.

MOD DE LUCRU

Procedura cuprinde urmatoarele etape:

1. Intretinerea instalatiei electrice:

- zilnic se efectueaza revizie si daca este necesar reparatii atat in interiorul spitalului cat si in exterior;
- reparatii si schimbat lampi de iluminat, becuri, prize, intrerupatoare, sigurante fuzibile, etc.;
- revizie si reparatii motoare electrice, pompe, hidrofor, put forat exterior, centrala termica;
- revizie, de doua ori pe saptamana si reparatii masini de spalat automate la spalatorie;
- revizie zilnica la grupul electrogen (sigurante, combustibil).

2. Revizie si reparatii la toate aparatele electrice din dotarea spitalului: sterilizatoare, aparate oxigen, boilere electrice, etc.

Infomarea persoanelor responsabile de ducerea la indeplinire a acestora

Sef Birou Administrativ;
Mecanicul de intretinere

7. ANEXE / INSCRISURI

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROTOCOALE DE INTERVENTIE RAPIDĂ ÎN CAZUL DETELIORĂRII ECHIPAMENTELOR SI INSTATALIILOR PREGĂTIRE PENTRU SITUAŢII DE URGENŢĂ SI CAPACITATE DE RĂSPUNS**	**229** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/4**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.2	Verificat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedură stabileşte:

- modul de acţiune în situaţii de urgenţă si in cazul deteriorarii unui aparat, echiapament, instalatie.
- prevenirea şi reducerea impactului asupra mediului incidentelor (inclusiv accidentelor) de muncă asupra lucrătorilor şi mijloacelor medicale care pot fi asociate unei situaţii de urgenţă, în cadrul organizatiei
- metodologia de evaluare a capacităţii de răspuns la situaţii de urgenţă.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică pentru posibile situaţii de urgenţă care se pot produce în cadrul spitalului

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
- SR EN ISO 14001:2005-Sisteme de Management de Mediu. Specificaţii şi ghid de utilizare.
- SR OHSAS 18001:2008 – Sisteme de management al sanatatii si securitatii ocupationale. Cerinte

4. RESPONSABILITĂŢI

Responsabil de proces = angajatul care lucreaza cu aparatul sau instalatia
Echipa de proces = responsabilul de control intern + seful comaprtimentului

5. DESCRIEREA ACTIVITATII / PROCESULUI

Responsabil cu anuntarea defectiunii echipamentului:

- In sectia cu paturi – asistentului de tura
- In laboratoare – personalului angajat
- In alte compartimente ale spitalului – angajatul care lucreaza la echipamentul respectiv

Se anunta:

- Seful direct al compartimentului / sectiei care va lua masurile necesare impuse de imposibilitatea utilizarii echipamentului / instalatiei
- Seful serviciului administrativ, care va mobiliza serviciul tehnic
- Conducerea spitalului in cazuri speciale (de exemplu: deteriorarea voluntara)

Masuri imediate:

- Oprirea echipamentului / instalatiei de a fi folosit
- Indepartarea rezidurilor daca exista
- Evacuarea personalului / pacientilor fara a crea panica
- Inchiderea spatiului cu echipamentul, daca este posibil
- Postarea unui paznic din personal, pentru evitarea accesului altor persoane
- Anuntarea compartimentelor legate in activitate de acest echipament / instalatie

Serviciul administrativ:

- Evalueaza defectiunea
- Stabileste necesarul in vederea remedierii
- Alcatuieste echipa de lucru din cadrul serviciului tehnic
- Instruieste echipa de interventie
- Controleaza rezolvarea reparatiei

In situatia in care reparatia nu poate fi efectuata cu forte proprii spitalului, se solicita conducerii anuntarea firmelor de specialitate cu care spitalul are conventie de colaborare

PENTRU ACCIDENTE MAJORE

1. Identificarea planurilor de urgenţă necesare

Planurile de urgenţă necesare se identifică ţinând seama de:

- Insatalatii / echipamente cu
- aspectele care prezintă risc pentru mediu
- factori de risc aferenţi locurilor de muncă ce ar putea genera incidente (inclusiv accidente),

2. Stabilire responsabilităţi pentru elaborare, implementare planuri de urgenţă şi evaluare capacitate de răspuns

Pentru fiecare plan de urgenţă se stabilesc prin Decizii organizatorice, responsabilii pentru elaborare, aprobare şi implementare Plan de urgenţă

3. Elaborare planuri de urgenţă. Analiza, verificarea şi aprobarea Planurilor de urgenţă

Responsabilii desemnaţi elaborează planurile de urgenţă, principalele planuri fiind de:

- PU 1 - Organizarea apărării împotriva incendiilor ; Plan de interventii SU
- PU 2 – Plan de urgenţă în cazul poluării accidentale
- PU 3 – Plan de prevenire si protectie

PU se elaborează conform Cerintelor legale în vigoare.

PU se verifică de responsabilul desemnat şi se supun aprobării DM şi organelor locale abilitate, după caz.

4. Informarea personalului privind situaţiile de urgenţă

Informarea personalului se realizează prin:

§ afişarea, în fiecare clădire, a planurilor de evacuare, a amplasării / localizării materialelor de intervenţie şi a echipamentelor de protecţie, planului de Organizare a apararii impotriva incendiilor astfel încât să se permita accesul rapid al personalului la acestea

§ conştientizarea personalului cu privire la posibilitatea producerii unor situaţii de urgenţă şi modalităţile de răspuns la acestea

§ Se efectueaza simulari periodice – de catre personalul raspunzator cu situatiile de urgenta din cadrul organizatiei si la cerere, de catre grupul de pompieri si se inregistreaza intr-un proces verbal

6. Instruirea personalului pentru a interveni în situaţii de urgenţă

Instruirea personalului care îşi desfăşoară activitatea la punctele critice, cât şi a echipei de intervenţie se realizează atât din punct de vedere teoretic, cât şi practic

Funcţie de pericolul posibil, exerciţiile de simulare, cuprind:

§ verificarea sistemelor de monitorizare a deversărilor de substanţe si preparate periculoase / poluante,

§ accesul la mijloacele de protecţie şi integritatea acestora,

§ verificarea sistemelor de intervenţie efectuarea de activităţi cuprinse în planurile de urgenţă şi verificarea capacităţii de răspuns a echipei de intervenţie.

6. Controlul şi întreţinerea preventivă a instalaţiilor, echipamentelor

Controlul şi întreţinerea preventivă a echipamentelor se realizează conform procedurii PO-09 „Control medical si furnizare servicii".

7. Constatare accident major

Modul de constatare, comunicarea şi confirmarea accidentului sunt incluse în fiecare plan de urgenţă.

După constatarea accidentului, se raportează imediat la RA, care anunta telefonic la M, elementele descriptive ale situaţiei de urgenţă.

RA implicat completează datele în Registru de urmarire medical

8. Declanşarea PU şi intervenţia conform PU

Pentru declanşarea planului aferent tipului de accident constatat se solicită aprobarea conducerii.

Se reuneşte echipa de intervenţie conform PU şi, dacă este necesar, se completează echipa cu noi membri.

Se acţionează conform Cerintelor din PU.

Comunicarea între membrii echipei de intervenţie este asigurată direct, prin telefoane mobile, fixe, etc.

După caz, se informează şi organismele abilitate despre producerea situaţiei de urgenţă.

9. Planificarea activităţilor necesare pentru restabilirea situaţiei

Acţiuni ce se desfăşoară după ce situaţia este sub control (după caz):

§ Se emite RN, conform procedurilor PS-05 Investigare incidente.Control neconformitati mediu-SSO" , PS-06 „Acţiuni corective" şi PS-07 „Acţiuni preventive" (în toate cazurile)
§ programarea reparaţiilor funcţie de necesităţile imediate,
§ restabilirea utilităţilor, comunicaţiilor, sistemelor computerizate utilizând copiile de siguranţă
§ repunerea în funcţiune a instalaţiilor refacere căi de acces, etc.

10. Evaluarea activităţilor de intervenţie şi capacităţii de răspuns

Se stabileşte Comisia de evaluare a situaţiei de urgenţă (obligatoriu face parte RMI, RPMed, RSU).

După ce situaţia este sub control, se reuneşte Comisia pentru evaluarea situaţiei existente şi a activităţilor desfăşurate în timpul intervenţiei.

Se analizează:

§ cauza producerii situaţiei de urgenţă
§ gravitatea impactului produs de situaţia de urgenţă
§ datele din rapoartele de tură
§ măsurile luate pentru limitarea şi înlăturarea urmărilor poluării accidentale
§ modul de desfăşurare a acţiunilor de intervenţie
§ modul de răspuns a Echipei de intervenţie la aplicarea PU
§ necesarul de materiale de intervenţie şi de protecţie care trebuie înlocuite
§ necesitatea modificării PU si se intocmeste **Raportul privind capacitatea de răspuns la situaţii de urgenţă,**

11. Informarea privind capacitatea de răspuns la situaţia de urgenţă

Se informează atât personalul din cadrul organizatiei cât şi părţile interesate implicate în desfăşurarea acţiunilor, conform PU, despre:

§ restabilirea situaţiei
§ măsurile stabilite pentru aceasta
§ capacitatea de răspuns a echipei de intervenţie

Informare se face cu Adrese (note) scrise.

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

8.1 Organizarea apărării împotriva incendiilor ; - PU 1
8.2 Plan de urgenţă pentru poluări accidentale ; - PU2,
8.3 Plan de Prevenire si Protectie – PPP,
8.4 Raportul privind capacitatea de răspuns la situaţii de urgenţă,
8.5 Suport curs instruire – org. abilitate

8.6 Raport de tură
8.7 Decizii organizatorice
8.8 Adrese (note) scrise; Corespondenta cu partile interesate
8.9. Inventarul distrugerilor; Proces verbal simulare

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**DENUMIREA PROCEDURII:** **MĂSURI PENTRU PREVENIREA RISCURILOR LEGATE DE UTILIZAREA ECHIPAMENTELOR MEDICALE**	**230** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Responsabil SSM	05.06.2013	
1.2	Verificat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura are drept scop descrierea masurilor adoptate pentru prevenirea accidentelor in cazul utilizarii echipamentelor medicale.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secţiile si compartimentele de îngrijire, inclusiv camere de garda si laboratoare.

3. TERMINOLOGIE ŞI ABREVIERI

Nu exista abrevieri

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

ISO 14971/2007 – standardul de management al riscului pentru dispozitive medicale

ISO 15223-2:2010, Dispozitive medicale – Simboluri de utilizat pe etichetele dispozitivelor medicale, etichetarea si furnizarea de informatii

5. RESPONSABILITĂŢI

Responsabil de proces = personalul care utilizeaza aparatura

Echipa de proces = seful de laborator + directorul de ingrijiri + directorul medical

6. DESCRIEREA PROCESULUI

- Se va instui personalul medical pentru utilizarea fiecarui tip de echipament medical, conform cu Manualul de utilizare al aparatului si pe cat posibil de catre profesionistii din firma care a livrat aparatul ; instructajul va fi efectuat de doua ori pe an
- Se va monitoriza fiecare echipament medical in timpul utilizarii, masurand parametrii realizati
- Persoana responsabila cu PSI va evalua si analiza riscul pentru fiecare tip de dispozitiv medical utilizat in spital

- Se va alcatui un registru al riscurilor pentru fiecare aparat medical
- Se vor elabora masuri de control pentru fiecare echipament medical
- Reinstruirea utilizatorilor
- Stabilrea riscurilor in Registrul riscurilor, cu Plan de prevenire a riscurilor
- Plan anual de verificare a aparaturii si calibrare

7. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

- Program de instruire al personalului care utilizeaza echipamente medicale
- Registrul riscurilor pentru echipamentele medicale

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA PREVENIREA RISCURILOR LEGATE DE ACTIVITATEA PROFESIONALA	231 Ed.: 1 Rev.:0 Pag.: 1/5

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.2	Verificat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura are drept scop descrierea masurilor adoptate pentru prevenirea riscurilor legate de diverse activitati si locuri de munca.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secţiile si compartimentele de îngrijire, inclusiv camere de garda si laboratoare.

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

În situaţia în care acest proces este relevant pentru atingerea obiectivelor generale de calitate din Politica privind calitatea, mediul, sanatatea si securitatea ocupationala, atunci obiectivele de calitate sunt stabilite în PMC si sunt monitorizate, conform **PO 08** – „Obiective, Tinte si Programe”

4. TERMINOLOGIE ŞI ABREVIERI

Nu exista abrevieri

5. Legislaţia

a) europeană

Legislaţia UE impune responsabilitatea angajatorilor de a reduce la minimum riscurile care afectează sănătatea şi securitatea lucrătorilor. Cele mai importante directive europene privind afecţiunile de origine profesională ale gâtului şi membrelor superioare sunt:

- § Directiva - cadru 89/391/CEE privind măsurile de încurajare a îmbunătăţirilor în domeniul sănătăţii şi securităţii lucrătorilor.
- § Directiva 90/270/CEE privind cerinţele minime de securitate şi sănătate pentru lucru la echipamente cu ecran de vizualizare.

b) naţională

Legea securităţii şi sănătăţii în muncă nr. 319/2006

HG 1028/2006 privind cerinţele minime de securitate şi sănătate în muncă pentru utilizarea echipamentelor cu ecran de vizualizare.

6. DESCRIEREA PROCEDURII

PRINCIPALELE CATEGORII DE RISCURI PROFESIONALE:

- Agenţii biologici profesionali:micro-organisme, virusuri - de ex. HIV şi hepatita B,C,sânge contaminat;
- Substanţele chimice inclusiv dezinfectanţi, gaze de anestezie şi ntibiotice.,antineoplazice
- Radiatiile ionizante .
- Factori ergonomici- suprasolicitarea osteo-musculo-articulară ,poziţii vicioase în timpul
- Efectuari de activitati ce presupun eforturi fizice de ridicare si transport
- Factori ergonomici- suprasolicitarea osteo-musculo-articulară ,poziţii vicioase în timpul efectuari de activitati ce presupun eforturi fizice de ridicare si transport
- Munca în schimburi, ritmul de lucru , munca de noapte .
- Violenţa din partea publicului.
- Riscuri psiho-sociale,situaţii traumatice, organizarea muncii şi relaţiile cu colegii.
- Accidentele de muncă – căderi, tăieturi, înţepături de ac, şocuri electrice, etc.
- Manevrarea manuală şi poziţiile de lucru vicioase sunt tipice pe timpul asistării pacienţilor.
- Suprasolicitarea fizica , se datoreaza in principal unor posturi nefiziologice,caracterizate prin efectuarea unor eforturi de ridicare,cu trunchiul in pozitie de anteflexie(ridicarea bolnavilor,schimbarea paturilor,impingerea carucioarelor)

Poziţii obositoare pot de asemenea fi prezente în sălile de chirurgie sau în laboratoarele medicale. Dorsalgiile sunt cea mai frecventa manifestare la categoriile de personal expuse.

I. PROPUNEREA ACŢIUNILOR DE PREVENIRE

Pe baza analizei de identificare şi clasificare a riscurilor şi în urma avizului instanţelor reprezentative ale salariaţilor, acţiunile stabilite a căror responsabilitate revine conducătorului întreprinderii vor contribui la elaborarea planului anual de prevenire.

Rezultatele evaluării riscurilor profesionale se reunesc într-un dosar ce conţine referinţe la:

- cadrul de evaluare;
- metoda de analiză a riscurilor selectată precum şi mijloacele de implementare a acesteia;
- metoda de clasificare selectată;
- lista riscurilor identificate şi evaluate. Este, într-adevăr, esenţial să se păstreze aceste elemente pentru a se asigura:
- urmărirea şi continuitatea acţiunii de evaluare a riscurilor în întreprindere (această operaţie trebuie efectuată minimum o datăpe an);
- coerenţa în demersul de evaluare, care este dinamic şi evolutiv.

Măsurile de prevenire includ luarea în consideraţie a următoarelor:

- Atunci când s-au evaluat respectivele activităţi, s-a ţinut cont de manipularea manuală a maselor şi de poziţiile de lucru vicioase?
- Există posibilitatea de a fi utilizate mijloace tehnice auxiliare sau echipamentele reglabile ?
- Locul de muncă poate fi reorganizat astfel încât problema să poată fi evitată sau să i se reducă consecinţele?
- Este organizată instruirea salariaţilor?
- Este asigurată supraveghere medicală şi sunt prevăzute servicii de reabilitare?

AGENTI ALERGIZANTI SI IRITANTI

Riscurile la adresa aparatului respirator , a tegumentelor, si mucoaselor sunt destul de Numeroase.si se datoreaza deficientelor de ventilatie a salilor de operatie, salilor de tratament, Dupa efectuarea operatiilor de dezinfectie sau curatenie.

Formaldehida glutaraldehida, oxidul de etilen se utilizată pentru sterilizarea la rece a instrumentarului şi ca agenti de îmbălsămare,etc.Ele au puternice proprietati iritante cutaneo-mucoase.putand induce astmul bronsic, eczeme alergice de contact , efecte asupra sistemului nervos,efecte iritative ale ochilor, gâtului şi plămânilor,tuse, dureri toracice, cefalee,

Utilizarea numeroaselor tipuri de sapun si antiseptice sta la originea a numeroase dermatite de contact iritative sau alergice.

Angajații sectorului sanitar riscă să fie afectați de (alergii imediate urticariene la latex

Datorită utilizării mănuşilor de protecție.

Reacțiile alergice includ senzația de mâncărime la nivelul pielii, afecțiuni la nivelul nasului, sinusurilor şi ochilor, apariția astmului bronşic,şi chiar şocuri anafilactice intraoperatorii. Sensibilizari au fost semnalate la acceleratorii de vulcanizare a cauciucului si la antioxidanti.

Măsurile de prevenire includ următoarele :

- Utilizarea de mănuşi având conținut mai scăzut de proteine extractibile din latex.
- Limitarea utilizării mănuşilor din latex numai la activitățile cu risc infecțios.
- Utilizarea mănuşilor nepudrate, ori de câte ori este posibil
- Utilizarea bunelor practici de igienă, cum sunt spălarea mâinilor şi evitarea folosirii cremelor tip barieră de protecție împreună cu mănuşile de latex

Cazuri de sensibilizare au fost constatate la unele antibiotice cum sunt:macrolide(penicilina tylosina utilizate in medicina veterinara), la unele neuroleptice si la instrumente metalice care contin crom, nichel, cobalt.

Manusile de cauciuc nu ofera protectie fata de sensibilizantii metalici, eficiente fiind doar cele confectionate din material plastic

La prepararea cisplatinei au fost descrise pusee urticariforme si eczeme.

Caderi ale parului si dispnee de tip astmatiform au fost descrise la manipularea ciclofosfamidei, iar fibrozele pulmonare au fost raportate dupa manipularea bleomicinei.

MEDICAMENTE ANTINEOPLAZICE(MA)

In serviciile de oncologie si nu numai, personalul sanitar manipuleaza medicamente antineoplazice (MA) in locuri de munca special amenajate.

Foarte multe MA pot interfera cu materialul genetic , putind induce mutatii in celulele somatice si germinale

Transformarea maligna a celulelor rezulta in general in urma unor mutatii , deci aceste substante sunt potential cancerigene.

Patrunderea in organism se face pe cale respiratorie(inhalare aerosoli),fie pe cale cutanata(prepararea injectiilor cu citostatice).

S-a observat o crestere a numarului de aberatii cromozomiale , limfocitare la asistentele si infirmierele care manipuleaza citostatice.

Unii autori au incercat o asociere intre cresterea frecventei avorturilor si expunere aprofesionala la MA in primul trimestru de sarcina

GAZELE ANESTEZICE

Personalul care lucreaza in salile de operatie poate fi expus in mod cronic la mici cantitati de gaz anestezic

Aceste gaze actioneaza asupra SNC,rinichichiului, ficatului,hepatita toxica la halotan find o boala profesionala recunoscuta..Studii efectuate asupra unor anestezisti si infirmiere din salile de operatie au aratat o prevalenta crescuta a cefaleei

ACCIDENTE PRIN EXPUNERE LA SINGE(AES):

ConsecinȚele rănilor cauzate personalului medical de înȚepăturile accidentale cu ace de seringă folosite pot fi atât de ordin emoȚional cât şi fizic,deoarece personalul poate fi infectat în acest mod cu virusuri având cale de transmitere sanguină, cum ar fi virusul HIV sau Hepatita B şi C.

Măsurile preventive cuprind în special :

- § Eliminarea utilizării acelor de seringă, ori de câte ori sunt disponibile alternative sigure şi eficiente.
- § Implementarea utilizării unor instrumente dotate cu elemente de securitate şi evaluarea utilizării acestora, pentru a stabili care dintre acestea sunt cele mai eficiente şi adecvate.
- § Modificarea procedeelor de muncă care comportă risc de rănire cu ace, pentru a le face mai sigure. A se evita repunerea capacelor pe ace.

§ Instruirea angajaților privind utilizarea şi îndepărtarea acelor de seringă după utilizare, în condiții de deplină securitate, în containerele corespunzătoare obiectelor ascuțite.

Problemele psiho-sociale, violenȚa din partea publicului, intimidările din partea unor colegi de lucru

Agresiunile din partea din partea bolnavilor la adresa infirmierelor si asistentelor sunt relativ Frecvente,dar rareori ajung la violenta.

Ele apar mai ales in serviciile de urgenta si psihiatrie.

Confruntarea cu durerea sau cu moartea pacienților, lipsa de autonomie şi monotonia sarcinilor de

La anumite locuri de muncă, absența lucrului în echipă, munca în colectivități izolate, absența sprijinului sunt factori suplimentari de stres. Cu toate acestea, este posibilă prevenirea şi ținerea

Sub control a acestor aspecte.

Munca de noapte este o sursa frecventa de insomnii, tulburari de memorie, iritabilitate.

Poate apare deseori un sentiment de singuratate.Aceste manifestari apar deseori pe fondul unei stari de oboseala generala si/sau in contextul unui abuz de medicamente. Munca în schimburi, cu gărzi de noapte, mai ales in cazul chirurgiei de urgenta,poate cauza o serie de probleme de sănătate. În acest sens, măsurile de Ținere sub control şi de prevenire vor include ameliorarea programului de lucru.

Îmbunătățirea performanței din sectorul sanitar, în domeniul de securitate şi sănătate în muncă,va fi benefică nu numai pentru lucrătorii din acest sector, dar şi pentru orice persoană care primeşte un tratament, permițând totodată reducerea costurilor.

MUNCA LA VIDEOTERMINALE

Prevenirea afecţiunilor musculo-scheletice:

Afecţiunile musculo-scheletice acoperă o gamă largă de probleme de sănătate. Principalele tipuri de afecţiuni sunt durerile/traumatismele coloanei vertebrale şi afecţiunile membrelor superioare de origine profesională, cunoscute în mod obişnuit ca «leziuni cauzate de solicitărirepetitive». Există dovezi clare asupra faptului că afecţiunile musculoscheletice sunt direct legate de locul de muncă.

Cauzele fizice ale acestora includ poziţiile de muncă vicioase, mişcările repetitive sub constrângere temporală, mişcările de apăsare pe planul de lucru.

Cauzele organizatorice includ ritmul de muncă, sarcinile de muncă repetitive, constrângerile temporale, remunerarea, munca monotonă şi, de asemenea, aspectele psihosociale. Unele tipuri de afecţiuni sunt specifice unor sarcini de muncă sau profesiuni. Femeile sunt mai afectate decât bărbaţii, mai ales din cauza tipului de muncă pe care o efectuează.

AGENŢII NOCIVI POTENŢIALI EXISTENŢI ÎN ACTIVITATEA LA VIDEOTERMINALE?

§ **agenţii fizici** de tipul iluminatului deficitar, prin amenajarea neergonomică a locului de muncă.
§ **agenţi biologici** vehiculaţi prin sistemele de aer condiţionat şi de umidifiere a aerului cu funcţionare necorespunzătoare.
§ p**oziția statică prelungită**, pe un scaun neergonomi, aşezarea necorespunzătoare a obiectelor în planul de lucru, strălucirea şi umbrele la nivelul ecranului pot fi tot atâţia factori care agravează şi suprasolicită organismul în timpul muncii. La acestea se adaugă mişcările repetitive ale degetelor mâinilor pe tastatură şi mouse, poziţia şezândă prelungită, mişcările ochilor pe planul de lucru etc.

Boli profesionale posibile:

§ astenopie acomodativă prin suprasolicitări vizuale, în special în condiţii de iluminat nefiziologic cantitativ şi calitativ;
§ tromboflebita profundă a membrelor inferioare prin poziţie şezândăprelungită;
§ pneumopatia cauzată de agenţi patogeni vehiculaţi prin sistemele deaer condiţionat şi de umidifiere a aerului.
§ boli osteo-musculo-articulare (lombalgii, cervico-scapulalgii, dureri alefeselor şi altele) prin postură incomodă şi poziţie şezândă prelungită.

Abordarea europeană a profilaxiei afecţiunilor musculo-scheletice:

§ Evitarea riscurilor
§ Evaluarea riscurilor care nu pot fi evitate

§ Combaterea riscurilor afecţiunilor musculo-scheletice la sursă
§ Adaptarea muncii la individ, în special proiectarea locurilor de muncă, alegerea echipamentului de muncă şi alegerea metodelor de lucru şi de producţie, având în vedere, în special, atenuarea monotoniei muncii şi a muncii în ritm impus şi reducerea efectelor acestora asupra sănătăţii.
§ Adaptarea la progresul tehnic
§ Înlocuirea caracterului « periculos » cu cel « nepericulos » sau « mai puţin periculos »
§ Dezvoltarea unei politici de prevenire care să cuprindă tehnologia, organizarea muncii, condiţiile de muncă, relaţiile sociale şi influenţa factorilor legaţi de mediul de muncă.

Măsurile de prevenire

a) Profilaxie prin măsuri tehnico-organizatorice

§ amenajarea ergonomică a spaţiului de lucru, de obicei a biroului.
§ condiţiile de microclimat la locurile de muncă trebuie să asigure menţinerea echilibrului termic al organismului uman corespunzător cu nivelul activităţii desfăşurate;
§ asigurarea unui iluminat calitativ şi cantitativ corespunzător;
§ trebuie acordată o atenţie specială: instruirii; informării şi sensibilizării lucrătorilor, precum şi sistemelor ergonomice de lucru.

b) Profilaxie prin măsuri medicale

Examenele medicale profilactice sunt necesare stabilirii aptitudinii medicale profesionale de către medicul de medicina muncii.

Pentru suprasolicitarea aparatului vizual examenele medicale propuse sunt : examen clinic general şi examen oftalmologic.

Contraindicaţii:

§ scăderea acuităţii vizuale cu corecţie optică eficientă;
§ glaucom;
§ disfuncţiile severe ale echilibrului oculo-motor;
§ orice afecţiune oculară acută până la vindecare;
§ tulburările simţului cromatic pentru lucrările vizuale care constituie un
§ risc în cazul neperceperii lor;
§ retinopatia pigmentară.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE LUCRU PRIVIND INTRETINERE, INSTALATII**	**232** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.2	Verificat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabileste modul de lucru privind intretinerea instalatiei de incalzire centrala si instalatiei sanitare.

2. DOMENIU DE APLICARE

2.1**.** Procedura se aplică de catre instalatorul spitalului

2.2. La procedura participa:

- Sef Birou Administrativ;
- instalatorul institutiei.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

3.1 Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

3.2 Ordin 946/2005 actualizat - pentru aprobarea codului controlului intern, cuprinzand standardele de management /control intern.

3.3 Legea 95/2006 cu modificarile si completarile ulterioare – privind reforma in domeniul sanatatii.

3.4. Alte documente, inclusiv reglementari interne ale entitatii publice:

- Procedura operationala privind circuitul documentelor.

4. Definiţii şi prescurtări ale termenilor utilizati in procedura de lucru

Definitii ale termenilor

Nr. Crt.	Termenul	Definitia si/sau daca este cazul, actul care defineste termenul
1.	Procedura de lucru	Prezentarea formalizata, in scris, a tututor pasilor ce trebuie urmati, a metodelor de lucru stabilite si a regulilor de aplicat in vederea realizarii activitatii, cu privire la aspectul procesual vederea realizarii activitatii, cu privire la aspectul procesual
2.	Editie a unei proceduri de lucru	Forma initiala sau actualizata, dupa caz, a unei proceduri de lucru aprobata si difuzata lucru, aprobata si difuzata

3.	Revizia in cadrul unei editii	Actiunile de modificare, adaugare, suprimare sau altele asemenea, dupa caz, a uneia sau a mai multor componente ale unei editii a procedurii de lucru, actiuni care au fost aprobate si difuzate difuzate

Abrevieri ale termenilor

Nr. Crt.	Abrevierea	Termenul abreviat
1.	P.O.	Procedura operationala
2.	PL	Procedura de lucru
3.	E	Elaborare
4.	V	Verificare
5.	A	Aprobare
6.	Ap.	Aplicare
7.	Ah.	Arhivare
8.	Dep.	Departamente
9.	Coresp.	Corespondenta

5. RESPONSABILITĂŢI:

5.1 Responsabil de proces = Instalatorul raspunde de ducerea la indeplinire a procedurilor zilnice

5.2 Echipa de proces = Seful Birou Administrativ are dreptul sa verifice ducerea la indeplinire a procedurilor

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Generalitati

Procedura de lucru cuprinde:

Intretinerea instalatiei de incalzire centrala si instalatiei sanitare.

Modul de lucru

Procedura cuprinde urmatoarele etape:

- § intretinerea instalatiei de incalzire centrala si instalatiei sanitare;
- § de doua ori pe saptamana se efectueaza revizia instalatiei de incalzire centrala;
- § zilnic, se efectueaza revizia centralei termice, aparatelor de masura si control, manometre, termometre;
- § zilnic, se efectuaiaza revizii si reparatii la instalatia sanitara inclusiv hidrofor;
- § revizie si reparatie la pompa foraj de doua ori pe saptamana;
- § de doua ori pe saptamana se efectueaza revizie si reparatie la statia de epurare si curatenie;
- § reparatii si revizie partea mecanica in unitate (yale, broaste usi, paturi, etc.);
- § zilnic, se efectueaza curatenie in curtea spitalului, la container, aleele interioare;
- § lunar, se face dezinfectia si dezinsectia in interiorul spitalului;
- § clorinare statie de epurare, care se efectueaza zilnic.

Infomarea persoanelor responsabile de ducerea la indeplinire a acestora;

Persoanele raspunzatoare pentru ducerea la indeplinire a procedurilor sunt:

Sef birou administrativ

6. ANEXE / INSCRISURI

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediției procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.2	Verificat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Cosntantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

SUBSTANȚE PERICULOASE

Substanță – element chimic si compușii săi in stare naturala sau obținuți printr-un proces de producție, conținând orice aditiv necesar pentru protejarea stabilității produsului si orice impuritate care deriva din procedeul utilizat, exceptând orice solvent care poate fi separat fără a afecta stabilitatea substanței si fără a-i modifica compoziția;

Substanțele si preparatele periculoase sunt următoarele:

a) substanțe si preparate explozive: substanțele si preparatele solide, lichide, păstoase sau gelatinoase, care pot sa reacționeze exoterm in absenta oxigenului din atmosfera, producând imediat emisii de gaze, si care, in condiții de proba determinate, detonează, produc o deflagrație rapidă sau sub efectul căldurii explodează când sunt parțial închise;

b) substanțe si preparate oxidante: substanțele si preparatele care in contact cu alte substanțe, in special cu cele inflamabile, prezintă o reacție puternic exoterma;

c) substanțe si preparate extrem de inflamabile: substanțele si preparatele chimice lichide cu un punct de aprindere foarte scăzut si cu un punct de fierbere scăzut, precum si substanțele si preparatele gazoase care sunt inflamabile in contact cu aerul la temperatura si la presiunea mediului ambiant;

d) substanțe si preparate foarte inflamabile:
- § substanțele si preparatele care pot sa se încălzească si apoi sa se aprindă in contact cu aerul la temperatura ambianta, fără aport de energie; sau
- § substanțele si preparatele solide care se pot aprinde cu ușurința după un scurt contact cu o sursa de aprindere si care continua sa ardă sau sa se consume si după in depărtarea sursei;
- § sau
- § substanțele si preparatele lichide cu un punct de aprindere foarte scăzut; sau
- § substanțele si preparatele care in contact cu apa sau cu aerul umed emana gaze foarte inflamabile in cantități periculoase;

e) substanțe si preparate inflamabile - substanțele si preparatele lichide cu un punct de aprindere scăzut;

f) substanțe si preparate foarte toxice - substanțele si preparatele care prin inhalare, ingestie sau penetrare cutanata in cantități foarte mici pot cauza moartea sau afecțiuni cronice ori acute ale sănătății;
g) substanțe si preparate toxice - substanțele si preparatele care prin inhalare, ingestie sau penetrare cutanata in cantități reduse pot cauza moartea sau afecțiuni cronice ori acute ale sănătății;
h) substanțe si preparate nocive - substanțele si preparatele care prin inhalare, ingestie sau penetrare cutanata pot cauza moartea sau afecțiuni cronice ori acute ale sănătății;
i) substanțe si preparate corosive - substanțele si preparatele care in contact cu țesuturile vii exercita o acțiune distructiva asupra acestora din urma;
j) substanțe si preparate iritante - substanțele si preparatele necorosive care prin contact imediat, prelungit sau repetat cu pielea ori cu mucoasele pot cauza o reacție inflamatorie;
k) substanțe si preparate sensibilizante - substanțele si preparatele care prin inhalare sau penetrare cutanata pot da naștere unei reacții de hipersensibilizare, iar in cazul expunerii prelungite produc efecte adverse caracteristice;
l) substanțe si preparate cancerigene - substanțele si preparatele care prin inhalare, ingestie sau penetrare cutanata pot determina apariția afecțiunilor cancerigene ori pot creste incidenta acestora;
m) substanțe si preparate mutagene - substanțele si preparatele care prin inhalare, ingestie sau penetrare cutanata pot cauza anomalii genetice ereditare sau pot creste frecventa acestora;
n) substanțe si preparate toxice pentru reproducere - substanțele si preparatele care prin inhalare, ingestie sau penetrare cutanata pot produce ori pot creste frecventa efectelor nocive neereditare asupra produsului de concepție sau care pot dăuna funcțiilor ori capacităților reproductive masculine sau feminine;
o) substanțe si preparate periculoase pentru mediu - substanțele si preparatele care, folosite in mediu, ar putea prezenta sau prezintă un risc imediat ori întârziat pentru unul sau mai multe componente ale mediului.

Substanțele se pot afla sub formă:
- gazoasă: de ex. oxigen, monoxid de carbon, azot, etc.
- lichidă: soluții acide, bazice, solvenți, etc.
- solidă: oxid de calciu (var nestins), hidroxid de sodiu (sodă caustică), oxid de siliciu (nisip),etc.
- materii în suspensie:
- pulberi: suspensie de materii solide in aer, rezultată din procese mecanice sau prin turbionare (variație ondulatorie a suspensiilor in funcție de vectorul de viteză);
- fumuri : suspensie de materii solide in aer, rezultată din procese termice si/sau chimice;
- ceată (aerosoli): suspensie de materii lichide in aer, produsă prin condensare sau dispersie.

PERICOLE ASOCIATE SUBSTANȚELOR

PERICOL DE EXPLOZIE SI INCENDIU

Explozivitate

Nu doar substanțele utilizate ca explozivi (supuși unor reglementări si norme speciale) ci si alte substanțe, gazoase, lichide sau solide, pot provoca explozii in amestec cu aerul, in anumite limite de concentrație.

Limitele inferioare si superioare de explozie reprezintă intervalul de concentrații in care amestecul dintre substanță si aer explodează in prezenta unei surse de aprindere. Limitele de explozie pentru gaze si vapori se exprimă in % volum. De exemplu benzenul are limitele de explozie 1,2 - 8% (in acest interval de concentrație amestecul benzen - aer poate exploda in prezența unei surse de aprindere). Limitele de explozie pentru solide se exprimă in mg/mc. Solidele inflamabile prezintă pericol de explozie dacă sunt dispersate in aer sub formă de pulbere. Valorile limitelor de explozie se găsesc in literatura de specialitate și in Fisele tehnice de Securitate.

Inflamabilitate

Temperatură (punct) de inflamabilitate = temperatura minimă (la presiune normală), la care un lichid degajă o cantitate de vapori suficientă pentru a forma cu aerul un amestec inflamabil la contactul cu o flacără sau scânteie. Cu cat punctul de aprindere este mai coborât cu atât substanța este mai inflamabilă.

Temperatură (punct) de ardere = temperatura începând cu care arderea inițiată in tr-un amestec inflamabil persistă si se propagă. Punctul de ardere este superior punctului de inflamabilitate (cu câteva grade Celsius).

Substanțele inflamabile sunt caracterizate in funcție de temperatura (punctul) de inflamabilitate astfel:

- inflamabile - cu temperatura de inflamabilitate peste 21 0C;
- foarte inflamabile (sau ușor inflamabile sau cu inflamabilitate ridicată) - cu temperatura de inflamabilitate între 0 - 21°C (sau solide care se aprind spontan la aer sau se aprind ușor in contact cu o sursă de aprindere si continuă să ardă după in depărtarea sursei);
- extrem de inflamabile - lichidele cu temperatura de inflamabilitate sub 0°C si punct de fierbere sub 35°C.

Există substanțe care se autoaprind in contact cu aerul, chiar in absența unei surse de aprindere (flacără, scânteie, suprafețe supraîncălzite).

Temperatura de autoaprindere = temperatura minimă la care o substanță se aprinde spontan in contact cu aerul si la care arderea continuă chiar in absența unei surse de aprindere (flacără sau scânteie).

Substanțele oxidante (clorați, percloraţi, azotați, acidul cromic, apa oxigenată, peroxizii etc.) pot degaja oxigen, element ce întreține arderea si provoacă incendii in contact cu materialele combustibile, in prezența unei surse de aprindere.

PERICOL PENTRU SĂNĂTATE

Toxicitate

Toxicitatea poate fi definită ca proprietatea ei substanțe de a provoca efecte negative asupra stării de sănătate.

Clasificarea efectelor asupra sănătății

- În funcție de locul în care se manifestă efectul :
  - ü efect local: se manifestă la locul contactului cu agentul chimic;
  - ü efect sistemic:se manifestă in alte zone ale organismului, la distantă fată de punctul de contact cu agentul chimic;
- În funcție de durata de expunere:
  - ü efect acut: apare după o expunere de scurtă durată, in general manifestarea este imediată
  - ü efect cronic: apare după o expunere de durată/ repetată, se poate manifesta după perioade de timp îndelungate de la expunere.
- În funcție de evoluția în timp a efectelor:
  - ü efect reversibil: manifestările asupra stării de sănătate încetează după încetarea expunerii, pe cale naturală sau ca urmare a unui tratament;
  - ü efect ireversibil: manifestările asupra stării de sănătate persistă si după încetarea expunerii,indiferent de tratament.
  - ü toxicitatea este generală, dacă efectul agenților chimici se manifestă nediferențiat asupra organelor.

Atunci când toxicitatea se manifestă asupra unui număr restrâns de organe acestea se numesc organe țintă. Organele țintă sunt organele asupra cărora efectul toxic al unei substanțe se manifestă cel mai pregnant.

Există trei căi de pătrundere a agenților chimici in organism: Inhalare, Contact cu pielea, Ingestie

Inhalarea constă in pătrunderea in organism prin inspirarea substanțelor sub formă de:

- gaze;
- vapori;
- pulberi.

Contactul cu pielea si mucoasele - constă in absorbția in organism prin contactul cu:

- substanțe;
- materiale;
- echipamente de protecție impregnate.

Ingestia este o cale de pătrundere in organism intânită mai ales in cazul:

- accidentelor (o substanță este confundată cu un aliment (ex.zahăr, sare);
- nerespectării normelor de lucru (ex. pipetare cu gura, identificarea substanțelor prin degustare);

- nerespectării normelor de igienă (mâcatul si fumatul cu mâinile nespălate).

Corozivitate

Substanțele corozive atacă țesuturile vii distrugâdu-le in profunzime (arsuri chimice).Sunt afectate in principal pielea si mucoasele nazale,oculare si bucale, dar in caz de ingestie este atacat si tractul gastro-intestinal, cu consecințe foarte grave.

Corozivitatea se manifestă si asupra materialelor si este un factor important in alegerea materialelor de execuție a rezervoarelor de depozitare, a instalațiilor tehnologice si auxiliare precum si a recipienților de depozitare a deseurilor corozive.

Cele mai intâlnite substanțe corozive sunt acizii si bazele tari dar in această clasă intră si compusi oxidați (anumiți peroxizi, de exemplu).

Caracter iritant

Caracterul iritant al substanțelor se manifestă :

- la nivelul pielii, de la senzații de in țepătură, usturime pâă la arsuri.
- la nivelul ochilor, cu acțiuni diferite in funcție de produs (acțiunea bazelor este mai periculoasă decât cea a acizilor):conjunctivite, cheratite si chiar perturbări ale vederii;
- la nivelul bronhiilor, unde produc disconfort respirator in soțit sau nu de tuse si chiar afecțiuni mai grave cum ar fi edemul pulmonar, etc.

Soluțiile diluate ale agenților corozivi pot avea, in funcție de concentrație, caracter iritant.

PERICOL PENTRU MEDIU

Substanțe periculoase pentru mediu

Pe langă efectele negative asupra sănătății si securității la locul de muncă proprietățile periculoase ale substanțelor se manifestă si asupra mediului in conjurător.

Aspectul cel mai important privind efectele agenților chimici in mediu este potențialul de afectare a stării de sănătate a populației. Alte caracteristici ce pot avea un impact asupra mediului sunt mobilitatea, persistența /degradabilitatea, potențialul de bioacumulare, toxicitatea acvatică, etc.

Pentru fiecare clasă de substanțe au fost stabilite :

§ denumirea, printr-un termen consacrat (din păcate, din cauza traducerilor, in legislația română există neconcordanțe de termeni in tre documente) ;
§ definiția, care precizează tipurile de substanțe in cadrabile in clasa respectivă;
§ simbolul grafic de avertizare, pentru a permite o identificare sigură si rapidă a clasei căruia îi aparține un agent chimic. Simbolul grafic de averizare cuprinde:
    - o simbolul de pericol, constituit dintr-o pictogramă;
    - o semnul grafic, constituit dintr-o literă, o literă si semnul +, sau două litere(dintre care prima majusculă).

Semnul grafic contribuie la identificarea neechivocă a calselor de agenți chimici care au acelasi simbol grafic;

§ inscripționarea semnificației acestuia, constituită din unu sau doi termeni ce descriu pericolul. În general, termenii din inscripționare coincid cu denumirea clasei de agenți chimici, conform definiției.
§ în unele cazuri acelasi simbol este folosit pntru mai multe clase de agenți, de exemplu simbolurile pentru clasele de substanțe toxice sau nocive se aplică si substanțelor ce aparțin claselor: sensibilizante, cancerigene, mutagenice, toxice pentru reproducere.

Româia a adoptat prevederile internaționale privind clasificarea agenților chimici si simbolurile grafice de avertizare corespunzătoare.

- explozive: substanțele si preparatele solide, lichide, păstoase sau gelatinoase, care pot să reacționeze exoterm, in absența oxigenului din atmosferă, producând imediat emisii de gaze, si care, in condiții de probă determinate, detonează, produc o deflagrație rapidă sau sub efectul căldurii explodează când sunt parțial închise;

- oxidante: substanțele si preparatele care in contact cu alte substanțe, in special cu cele inflamabile, prezintă o reacție puternic exotermă;
- extrem de inflamabile: substanțele si preparatele chimice lichide cu un punct de fierbere scăzut, precum și substanțele si preparatele gazoase care sunt inflamabile in contact cu aerul la temperatura si la presiunea mediului ambiant;
- foarte inflamabile: substanțele si preparatele care pot să se in călzească si apoi să se aprindă in contact cu aerul la temperatura ambiantă, fără aport de energie sau substanțele si preparatele solide care se pot aprinde cu usurință după un scurt contact cu o sursă de aprindere si care continuă să ardă sau să se consume si după in depărtarea sursei sau substanțele si preparatele lichide cu un punct de aprindere foarte scăzut sau substanțele si preparatele care in contact cu apa sau cu aerul umed emană gaze foarte inflamabile in cantități periculoase;
- inflamabile: substanțele si preparatele lichide cu un punct de aprindere scăzut;
- foarte toxice: substanțele si preparatele care prin inhalare, ingestie sau penetrare cutanată in cantități foarte mici pot cauza moartea sau afecțiuni cronice ori acute ale sănătății;
- toxice: substanțele si preparatele care prin inhalare, ingestie sau penetrare cutanată in cantități reduse pot cauza moartea sau afecțiuni cronice ori acute ale sănătății;
- nocive: substanțele si preparatele care prin inhalare, ingestie sau penetrație cutanată pot cauza moartea sau afecțiuni cronice ori acute ale sănătății;
- corosive: substanțele si preparatele care in contact cu țesuturile vii exercită o acțiune distructivă asupra acestora din urmă.
- iritante: substanțele si preparatele necorosive care, prin contact imediat, prelungit sau repetat cu pielea sau mucoasele pot cauza o reacție inflamatorie;
- sensibilizante: substanțele si preparatele care prin inhalare sau penetrare cutanată pot da naștere unei reacții de hipersensibilizare,
- iar in cazul expunerii prelungite produc efecte nefaste caracteristice;
- cancerigene: substanțele si preparatele care prin inhalare, ingestie sau penetrare cutanată pot determina apariția afecțiunilor cancerigene sau pot creste incidența acestora;
- mutagenice: substanțele si preparatele care prin inhalare, ingestie sau penetrare cutanată pot cauza anomalii genetice ereditare sau pot creste frecvența acestora;
- toxice pentru reproducere: substanțele si preparatele care prin inhalare, ingestie sau penetrare cutanată pot produce ori pot creste frecvența efectelor nocive neereditare in progenitură sau pot dăuna funcțiilor sau capacităților reproductive masculine sau feminine.
- periculoase pentru mediul înconjurător: substanțele si preparatele care, introduse in mediul in conjurător, ar putea prezenta sau prezintă un risc imediat ori intârziat pentru unul sau mai multe componente ale mediului in conjurător.

ETICHETAREA SI AMBALAREA SUBSȚANȚELOR

ETICHETAREA

O primă identificare si informatii esentiale asupra riscurilor potentiale ale substantelor chimice sunt date de eticheta substanței.

Pentru utilizarea fără riscuri a substanțelor chimice, sunt necesare informatii mult mai detaliate decât cele prezentate pe etichetă, informații ce se găsesc în fisele tehnice de securitate.

Elementele de bază ale unei etichete se referă la:

• identificarea agentului chimic

Substanțele chimice au de multe ori denumiri stiințifice sinonime, denumiri tehnice si populare (ele sunt prezentate in fisele tehnice de securitate). Pentru o corectă identificare se recomandă utilizarea unei denumiri recunoscută internațional.

• identificarea pericolelor

țipurile de pericole asociate unui agent chimic sunt precizate prin simbolul de pericol si frazele de risc. În cazul simbolurilor de pericol utilizate pentru mai multe clase de substanțe (de exemplu simbolurile pentru substanțe toxice

utilizate si pentru substanțe cancerigene, mutagene, etc.) frazele de risc permit o incadrare neechivocă a agentului chimic in clasa corespunzătoare. Există 64 de fraze de risc (fraze R) care se pot utiliza ca atare sau in combinație.
Eticheta unei substanțe chimice sau preparat periculos trebuie să conțină obligatoriu următoarele elemente:
- Numele substanței sau o denumire recunoscută internațional;
- Numele, adresa completă si telefonul celui care răspunde de plasarea pe piață a substanței sau preparatului, respectiv producătorul, importatorul sau distribuitorul;
- Simbolurile referitoare la pericol si dacă este cazul, indicații despre pericolele rezultate din folosirea substanței;
- Fraze-tip specifice utilizării substantelor periculoase, referitoare la riscurile care pot apărea la utilizarea substanței periculoase (fraze R);
- Fraze-tip de securitate indicâd recomandări referitoare la prudenta cu care trebuie utilizată substanța periculoasă (fraze S);
- Atribuirea numărului Comunității Economice Europene din IESCE, dacă acesta este alocat;
- Cantitatea nominală (masa nominală sau volumul nominal) de produs conținută in ambalaj, in cazul preparatelor chimice periculoase comercializate persoanelor fizice.
Exemple de fraze de risc
R1 Exploziv în stare uscată; R45 Poate determina apariția cancerului
R23 toxic prin înghițire; R47 Poate determina efecte mutagene
Exemple de fraze de securitate
S3 A se păstra la rece; S 22 A nu se inhala praful
S33 A se lua măsuri împotriva descărcărilor de electricitate statică
Pentru cazurile in care unui agent chimic îi corespund mai multe simboluri de avertizare se aleg primele două, in ordinea descrescătoare a gradului de risc. În dreapta etichetei se amplasează pericolul cu gradul de risc cel mai mare, iar in stâga, cel cu gradul de risc mai redus.

SURSE DE INFORMARE PRIVIND RISCURILE ASOCIATE SUBSTANȚELOR

Eticheta
Prima sursă de informare privind riscurile legate de un agent chimic o constituie eticheta. Informațiile furnizate de etichetă constituie minimum necesar pentru recunoasterea rapidă a pericolelor si a măsurilor de securitate.
Fisele tehnice de securitate
Fisele tehnice de securitate oferă informații mai detaliate decât cele de pe etichetă, referitoare la riscurile legate de agenții chimici. Conform legislației in vigoare, fisele tehnice de securitate au următoarea structură:

FISĂ TEHNICĂ DE SECURITATE
1.Identificarea substanței. Producător/Importator/Utilizator/transportor
Denumire:
Alte denumiri:
Formula chimică:
Masa moleculară:
Obtinere si utilizări:
Unitatea utilizatoare:
2.Compozitia/informatii asupra componentelor
Componenti Cod Proportia Concentratie admisibilă
(Denumire) (Nr.CAS,UE) (%) (mg/mc)
medie vârf
3.Identificarea pericolelor (de aprindere si explozie)
Punct de aprindere:
Temperatura de autoaprindere:
Limite inferioare de aprindere (% volume în aer la 760 mm si 200C):
Limite superioare de aprindere (% volume în aer la 760 mm si 200C):
Pericol de aprindere sau explozie:

4.Primul ajutor
In caz de inhalare:
In cazul contactului cu ochii:
In caz de inghitire:
Contactul cu pielea:
5.Măsuri de prevenire a incendiilor
Materiale pentru stingerea incendiilor:
Procedee speciale de stingere a incendiilor:
6.Măsuri luate în caz de scăpări accidentale
Imprăstieri/scurgeri:
7.Manipulare si depozitare
8.Controlul nivelului de noxe/protectie individuală
Protectia respiratorie:
Protectia ochilor:
Alte mijloace individuale de protectie:
Ventilatia:
Puncte de prim ajutor:
Echipamentul contaminat:
9.Proprietăti fizice si chimice
Punct de fierbere:
Punct de topire:
Solubilitate în apă:
Aspect si miros:
Densitate:
Presiunea vaporilor:
Incompatibilităti chimice:
Produse periculoase de descompunere:
Condiții de evitat:
10.Stabilitate si reactivitate
Stabilitate:
Polimerizare:
11.Informatii toxicologice
Cancerogeneză:
Riscuri:
Organe afectate:
Căi primare de intrare:
Condiții medicale agravate de expunerea pe termen lung:
Efecte acute:
Efecte cronice:.
12.Informatii ecologice.Efectele produsului în mediul înconjurător, persistenta si biodegradabilitatea, toxicitate
Efectele produsului în mediu înconjurător:
țoxicitate:
13.Consideratii referitoare la evacuare (captare, neutralizare, deversare etc.)
Eliminare:
14.Informatii referitoare la transport
Etichetă:
15.Informatii referitoare la reglementări speciale
16.Alte informatii
Control tehnic:
Control administrativ:

Bibliografie:
Datele conținute de fisele tehnice de securitate completează informațiile obținute prin etichetare, dar gradul de detaliere a acestora nu permite aplicarea tuturor indicațiilor fiselor de către angajați, fără a fi asistați de un specialist (medic de in treprindere, responsabil PSI, tehnolog).

Normele specifice de protecție a muncii
Normele specifice de protecție a muncii prezintă in detaliu măsurile de prevenire a comportamentului accidentogen al executantului pentru un anumit tip de activitate din economia națională. Lista activităților pentru care se elaborează norme specifice este stabilită de Legea Protecției Muncii.
Instrucțiuni proprii de securitate a muncii

Instrucțiunile proprii de securitate a muncii cuprind, sub formă de prevederi măsurile de protecție a muncii prin a căror respectare se urmăreste eliminarea comportamentului accidentogen al executantului, detaliind și adapâd din acest punct de vedere Normele Specifice de Protecție a Muncii la condițiile concrete date.
Instrucțiunile se revizuiesc periodic, modificările aducâdu-se la cunostința angajaților.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA DE INTERVENTIE IN SITUATII DE URGENTA	234	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/14	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Resp. prevenire riscuri	05.06.2013	
1.2	Verificat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura descrie modalitatile de raspuns in cazul unor situatii de urgenta

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toata unitatea sanitara.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

3.1. Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = fiecare angajat

6.2 Echipa de proces = conducerea + sefii de sectoare

7. DESCRIEREA PROCESULUI

1. Notiuni generale de comportare si de protectie in caz de dezastre

Adeseori activitatile sociale si economice ale unor grupari umane pot fi tulburate de efecte tragice ale unor fenomene naturale. In plus, unele activitati umane scapate de sub control pot avea urmari dezastruoase asupra unor colectivitati de oameni.

Se pot produce in acest fel dereglari distructive si brutale ale unui sistem, a unei anumite situatii prestabilite. Aparute de regula, in mod brusc, prin surprindere, aceste dereglari pot fi urmate de crearea unui numar mare de victime omenesti, a unui volum mare de distrugeri de bunuri si valori materiale. Evenimentele datorate declansarii unor tipuri de riscuri,din cauze naturale sau provocate de om,generatoare de pierderi umane,materiale sau modificari ale mediuluisi care prin amploare, intensitate si consecinte,ating sau depasesc nivelurile specifice de gravitate stabilite prin regulamentele privind gestionarea situatiilor de urgenta poarta denumirea de dezastre.

Pe langa volumul mare de victime, pierderi si distrugeri,dezastrele produc si grave tulburari ale activitatilor economice si sociale. Desfasurarea acestora este dezorganizata uneori pentru perioade mari de timp, avand ca principale urmari intarzieri in realizarea scopurilor propuse cu toate consecintele ce decurg din acestea:

lipsa unor bunuri de prima necesitate, greutati in asigurarea spatiilor de locuit, slabirea starii morale a colectivitatii locale. .

Sunt considerate riscuri naturale - actiunile dezastruoase care apar in urma unor fenomene ca: cutremurele de pamant, alunecarile de teren, inundatiile, secetele prelungite, furtunile, inzapezirile, epidemiile, epizotiile, incendiile de paduri sau de cultura.

Sunt considerate riscuri tehnologice -riscurile determinate de unele activitati umane ce devin periculoase daca sunt scapate de sub control. In aceasta categorie sunt incluse: distrugerea unor baraje sau altor lucrari hidrotehnice, accidente de circulatie, accidente datorate munitiei neexplodate sau a armelor artizanale, prabusirea unor ruine sau a unor galerii subterane, accidentele industriale, accidente chimice, nucleare, explozii, caderi de obiecte cosmice.

Reguli de comportare si masuri de protectie pe tipuri de risc

Deoarece fiecare tip de risc comporta reguli si masuri de protectie specifice, acestea se vor trata pentru fiecare in parte astfel:

a) Cutremurele de pamant. Masuri de protectie

Pentru a preveni urmarile dezastruoase ale cutremurelor, un rol important revine instruirii tuturor oamenilor cu regulile de comportare pe timpul cutremurului si cu perioadele urmatoare ale acestuia.

Intrucat miscarea seismica este un eveniment imprevizibil, aparut de regula prin surprindere, este necesar sa cunoastem bine modul si locurile care pot asugura protectie in toate imprejurarile: acasa, la serviciu, in locurile publice, cu mijloacele de transport etc. Acestea, cu atat mai mult cu cat timpul pe care il avem la dispozitie pentru realizarea unei oarecare protectii este foarte scurt.

Regulile de comportare si masurile de protectie in caz de cutremur, trebuie sa le realizam inainte de producere, pe timpul producerii cutremurului si dupa ce miscarea seismica a trecut.

Pentru protectie inainte de cutremur este necesar sa se realizeze masuri de protectie a locuintei si in afara acesteia.

In masurile de protectie a locuintei este necesar:

- Recunoasterea locurilor in care ne putem proteja; grinda, tocul usii, birou sau masa rezistenta etc;
- Identificarea si consolidarea unor obiecte care pot cadea sau deplasa in timpul seismului ;
- Asigurarea masurilor de inlaturare a pericolelor de incendiu: protectia si evitarea distrugerilor la instalatiile de alimentare cu electricitate, apa si gaze;
- Cunoasterea locurilor de intrerupere a alimentarii cu aceste surse;
- Asigurarea starii de rezistenta a locuintei. La nevoie se consulta organele de protectie civila locale sau alti specialisti;
- Asigurarea, in locuri cunoscute si usor accesibile, a imbracamintei pentru timp rece, a unei rezerve de alimente a unor materiale si obiecte necesare realizarii unei truse de prim ajutor familial;
- Asigurarea unei lanterne, a unui aparat de radio cu tranzistor si bateriile necesare;

In masurile de protectie in afara locuintei este necesar:

- Cunoasterea locurilor celor mai apropiate unitati medicale, sediile inspectoratelor pentru situatiide urgenta, de politie, de cruce rosie, precum si alte adrese utile;
- Cunoasterea bine a drumului pe care va deplasati zilnic la scoala, cumparaturi, avand in vedere pericolele care pot aparea: spargeri de geamuri, caderea unor obiecte de pe balcoane, conducte de gaze, abur, apa etc. ;

Masurile ce trebuie luate in timpul producerii unui cutremur puternic, sunt urmatoarele:

- Pastrarea calmului, sa nu se intre in panica si sa linistiti pe ceilalti membrii ai familiei: copii, batrani, femei;
- Prevenirea tendintelor de a parasi locuinta: putem fi surprinsi de faza puternica a miscarii seismice in holuri, scari etc. Nu se foloseste in nici un caz ascensorul;
- Daca suntem in interiorul unei locuinte – ramanem acolo, departe de ferestre care se pot sparge, sa se stea inspre centrul locuintei (cladirii), langa un perete. Protejarea se face sub o grinda, toc de usa solid, birou, masa sau banca din clasa suficient de rezistente spre a ne feri de caderea unor lampi, obiecte mobile suprapuse, tencuieli ornamentele etc. ;
- Daca suntem surprinsi in afara unei locuinte (cladiri) ramanem departe de aceasta, ne ferim de tencuieli, caramizi, cosuri,parapete, cornise, geamuri care de obicei se pot prabusi pe strada;

- § Daca suntem la scoala (serviciu), nu fugim la usi, nu sarim pe fereastra, nu se alearga pe scari, nu se utilizeaza liftul, nu alergati pe strada. Deplasarea se face cu calm spre un loc deschis si sigur;
- § Daca a trecut socul puternic al seismului, se inchid imediat sursele de foc cat se poate de repede, iar daca a luat foc ceva se intervine imediat;
- § Daca seismul ne surprinde in autoturism, ne oprim cat se poate de repede intr-un loc deschis, se evita cladirile prea aproape de strada, dincolo de poduri, pasaje, linii electrice aeriene si ne ferim de firele de curent electric cazute;
- § Daca suntem intr-un mijloc de transport in comun sau in tren, stati pe locul dvs. pana se termina miscarea seismica. Conducatorul trebuie sa opreasca si sa deschida usile, dar nu este indicat sa va imbulziti la coborare sau sa spargeti ferestrele. In metrou pastrati-va calmul si ascultati recomandarile personalului trenului, daca acesta s-a oprit intre statii in tunel, fara a parasi vagoanele;
- § Daca va aflati intr-un loc public cu aglomerari de persoane (teatru, cinematrograf, stadion, sala de sedinta etc.) nu alergati catre iesire, imbulzeala produce mai multe victime decat cutremurul. Stati calm si linistiti-va vecinii de rand.

Dupa producerea unui cutremur puternic este necesar sa luam urmatoarele masuri:

- § Nu plecati imediat din locuinta. Acordati mai intai primul ajutor celor afectati de seism. Calmati persoanele speriate si copii;
- § Ajutati-i pe cei raniti sau prinsi sub mobilier, obiecte sau elemente usoare de constructii cazute, sa se degajeze;

Atentie!

Nu miscati ranitii grav (daca nu sunt in pericol imediat de a fi raniti suplimentar din alte cauze), pana la acordarea unui ajutor sanitar – medical calificat. Ajutatii pe loc. Curatati traseele de circulatie de cioburi sau substante toxice, chimicale varsate, alimente etc.

Ingrijiti-va de siguranta copiilor, bolnavilor, batranilor, linistiti-i asigurandu-le imbracaminte si incaltaminte corespunzatoare sezonului in care ne aflam;

Ascultati numai anunturile posturilor de radio-televiziune si recomandarile acestora;

Verificati preliminar starea instalatiilor de electricitate, gaz, apa, canal din locuinta;

Paraseste calm locuinta dupa seism, fara a lua cu dvs. lucruri inutile. Verificati mai intai scara si drumul spre iesire;

Daca la iesire intalniti usi blocate, actionati fara panica pentru deblocare. Daca nu reusiti, procedati cu calm la spargerea geamurilor si curatati bine si zona de cioburi, utilizand un scaun, o vaza metalica (lemn) etc. Deplasati-va intr-un loc deschis si sigur (parc, stadion etc.);

Fiti pregatiti psihic si fizic pentru eventualitatea unor socuri (replici) ulterioare primei miscari seismice, care de regula este mai redus decat cel initial. Nu dati crezare zvonurilor privind eventualele replici seismice si urmarile lor, utilizand numai informatiile si recomandarile transmise ofocoal, receptionate direct de dvs. si nu din auzite;

Nu ascultati sfaturile unor asa-zisi specialisti necunoscuti de dvs. care in asemenea situatii apar ad-hoc.

b) Inundatii. Masuri de protectie.

Impotriva inundatiilor, indiferent de cauza lor, este posibil sa se asigure masuri de prevenire si protectie astfel incat sa se diminueze sau sa se elimine actiunea lor distructiva.

Prevenirea aparitiei inundatiilor sau diminuarea-eliminarea actiunilor distructive se pot asigura prin:

Realizarea unor lucrari destinate sa retina si sa intarzie scurgerea apelor de pe versanti, din afluentii mai mici ai bazinelor sau de torente care s-ar forma ca urmare a unor ploi abundente sau prin topirea zapezilor etc. Aceste lucrari pot fi actiuni de impadurire sau reimpadurire a versantilor, crearea unor tipuri de invelisuri care sa favorizeze infiltratia si sa reduca scurgerea apelor de pe versanti, construirea unor baraje de retinere pe fundul vailor;

Modificarea cursului inferior al raurilor prin construirea unor diguri si canale, precum si prin realizarea unor bazine temporare pe unele portiuni de lunca pentru a retine apa revarsata;

Zonele luncilor inundabile in vederea stabilirii zonelor de interdictie in care se interzice orice constructie in zona canalului de inundatie, a zonelor de restrictie in care sunt admise unele constructii si a zonelor de avertizare situate in afara nivelului inundatiei de proiectare;

Aplicarea unor masuri de proiectare care permit cladirilor si altor constructii civile ori industriale sa reziste la cresterea nivelului apelor si la viteza de deplasare a acestora.

In vederea realizarii protectiei populatiei, animalelor si a bunurilor materiale, aceste masuri de prevenire se completeaza prin:

Organizarea, incadrarea si dotarea serviciilor de urgenta., din aceste zone astfel incat acestea sa poata participa la asigurarea masurilor de protectie si de ducere a actiunilor de salvare;

Stabilirea locurilor si conditiilor in care urmeaza a se desfasura actiunile de evacuare temporara din zonele inundabile;

Asigurarea instiintarii si alarmarii despre pericolul inundatiilor;

Organizarea si desfasurarea actiunilor de salvare;

Asigurarea asistentei medicale si aplicarea masurilor de evitare a aparitiei unor epidemii;

Asigurarea conditiilor necesare pentru sinistrati cu privire la cazare, apa, hrana, asistenta medicala, transport etc.

Protejarea bunurilor existente in locuinte prin urcarea acestora in poduri sau prin evacuarea acestora daca timpul permite;

Evacuarea populatiei si animalelor din zona inundabila;

c) Inzapezirile. Masurile de protectie.

Inzapezirile, de regula au caracter aparte privind masurile de protectie, in sensul ca acest gen de calamitati cu rare exceptii, se formeaza intr-un timp mai indelungat si exista posibilitatea de a lua unele masuri, astfel incat mare parte din efectele acestora sa fie reduse. In aceste imprejurari se recomanda tuturor cetatenilor aflati in zona sa se informeze permanent asupra conditiilor meteorologice si sa ramana in locinte, asigurandu-se necesarul de hrana, apa, combustibil pentru incalzit, iluminat, lopata etc.

Daca sunteti surprinsi in afara locuintei, in calatorii, in mijloacele de transport etc. trebuie sa va pastrati calmul si sa luati masuri contra frigului, cei aflati in mijloacele de transport sa nu-si paraseasca locul pentru ca este pericol de ratacire. Dati alarma cu claxoanele, aprindeti focuri si asteptati ajutoare.

Pentru conducerea interventiei in caz de inzapeziri se defasoara urmatoarele actiuni: recuoasterea locului si estimarea urmarilor; organizarea dispozitivului de actiune si repartizarea formatiunilor si mijloacelor pe puncte de lucru; stabilirea cailor de acces si asigurarea legaturilor intre diferite formatiuni si punctele de lucru, stabilirea legaturilor cu cei surprinsi de inzapezire, organizarea corecta a lucrarilor de salvare si evacuare a acestora.,asigurarea protectiei impotriva degeraturilor,inghetului.

d) Accidentele nucleare. Masuri de protectie.

Un rol important in sesizarea accidentului nuclear, declansarea oportuna a aplicarii masurilor de protectie si a actiunilor de interventie specifice il are supravegherea si controlul radioactivitatii mediului inconjurator, care se realizeaza prin:

Laboratorul de control dozimetric al instalatiilor si mediului inconjurator, existent la nivelul centralei nuclearo-electrice si care are dispuse in zone de risc mai multe posturi fixe pentru masuratori gamma prevazute si cu statii radio pentru transmiterea autoamta a datelor;

Statiile de control a radioactivitatii mediului inconjurator, din subordinea Ministerului Apelor, Padurilor si Protectia Mediului, care sunt dispuse pe intreg teriotoriul Romaniei (inclusiv pe varfurile muntilor -Varful Omul, Varful Toaca Orasul Bechet,mp Craiova si alte zone din tara) si care executa intr-un progran continuu masurarea radioactivitatii atmosferei, apelor de suprafata, vegetatiei si solului, cu ajutorul utilajelor si aparaturii dozimetrice;

Laboratoarele de igiena a radiatiilor apartinand Ministerului Sanatatii, care evalueaza nivelul de radioactivitate si gradul de contaminare radioactiva a mediului inconjurator si a populatiei, prin control sanitar radiotoxicologic si radioecologic. Se masoara continutul radioactiv in aer, al depunerii la sol, apei potabile, vegetatiei, laptelui si produselor lactate, altor produse alimentare considerate ca principali factori de iradiere interna a populatiei. De asemenea, se identifica si izotopii radioactivi critici (Iod – 131 si Cesiu –137 – prin metoda spectometrica si Strontiu –90- prin metoda de analize radiochimice).

Cadrul legal existent in Romania, aliniat celorlalte tari si cerintelor Agentiei Internationale pe Energie Atomica, de la Viena, stabilesc obligatiile obiectivelor nucleare ca si ale autoritatilor publice, in caz de accident nuclear. Potrivit acestor prevederi, obiectivul nuclear intocmeste un plan propriu de protectie si interventie sau

de urgenta pentru amplasament, iar organele judetene si ale municipiului Bucuresti in colaborare cu Comisia Centrala pentru Interventie in caz de accident nuclear, intocmeste planul de protectie si interventie la nivel judetean si al municipiului Bucuresti, care cuprind responsabiliotatile ce revin autoritatilor locale si masurile pentru protectia cetatenilor din zona de risc.

Nici un obiectiv nuclear nu este autorizat sa functioneze daca nu satisface cerintele, inclusiv in domeniul securitatii nucleare, ale radioprotectiei si daca nu are un plan de urgenta coerent si viabil.

In stransa legatura cu planul propriu de interventie al centralei se verifica si planul de protectie si interventie intocmit de organul judetean si al municipiului Bucuresti. Se desfasoara in acest scop activitati de pregatire carre sa permita, intr-o situatie de accident nuclear, actiunea eficienta a personalului cu atributii de conducere, a tuturor factorilor de interventie cat si a populatiei pentru aplicarea masurilor de protectie si regulilor de comportare.

Cu aceasta ocazie se asigura cunoasterea responsabilitatilor, urmarirea si realizarea unor masuri pentru asigurarea instintarii si alarmarii, supravegherea radiactivitatii factorilor de mediu, ducerea actiunii de catre fortele proprii de interventie pentru inlaturarea efectelor produse de accident.

Pentru pregatirea populatiei se folosesc pliante, avand ca obiect agentul nuclear si alte materiale ilustrative care pot sprijini aceasta actiune. Un rol important il are informarea populatiei prin mijloacele audio-vizuale, la care sunt chemate sa participe specialistii din cadrul obiectivului nuclear, care pot sa-si aduca o contributie importanta la marirea increderii cetatenilor in cunoasterea si realizarea celor mai utile masuri de protectie pentru populatie.

La producereea unui accident nuclear se desfasoara urmatoarele activitati mai importante:

- obiectivul trece la starea de urgenta generala;
- in localitatile cuprinse in zona afectata de evacuarea de materiale radioactive in exteriorul amplasamentului, se introduce “alarma la dezastre ‘’(5 sunete –impulsuri)10 sec intre ele)
- prin mijloacele la dispozitie-radiuo, televiziune, reteaua de amplificare etc. se fac recomandari populatiei pentru a se adaposti in locuinte si luarea masurilor de protectie a surselor de apa, alimentelor, grajdurilor, animalelor etc. . Trebuie retinut faptul ca adapostirea in locuinte permite reducerea expunerii la radiatii de 5 ori in raport cu norul si de 20 de ori in raport cu depunerile de radionuclizi din exterior. Utilizarea subsolurilo, adaposturilor de orice tip, constituie un loc bun de protejare impotriva radiatiilor;

Cetatenii din localitatile alarmate, auzind semnalul de “alarma data prin sirene, sau prin clopotele de la biserici trebuie sa desfasoare urmatoarele activitati:

- se deplaseaza rapid spre locuinta;
- asigura protectia surselor de apa, introduc animalele in grajduri, organizeaza unele masuri de protectie in case si grajduri, prin acoperire si etanseizare;
- isi asigura rezerva de apa;
- se adapostesc in locuinta, in incaperea cea mai izolata de exterior si care asigura o etansare mai buna la usi si ferestre;
- dechid radioul sau televizorul pentru a primi comunicatele depre situatia creata si masurile urgente care trebuie luate;
- isi pregatesc mijloace improvizate de protectie pentru aparatul respirator si pentru intreg corpul. Foarte bune sunt mastile contra gazelor si costumele de protectie speciale (cine le are)

Grupurile mai mari de cetateni care prin natura profesiei sunt surprinsi in activitati pe care le desfasoara in exteriorul localitatii si care nu au receptionat semnalul de ‘alarma “ sunt instintati prin curieri (delegati). Acestia se intorc imediat la locuintele lor cu vehiculele sau autovehiculele pe care le au la dispozitie, folosind pe timpul transportului mijloace simple de protectie pentru aparatul respirtor.

Inainte de intrare in locinta, verifica rapid masurile luate de membrii familie, isi dezbraca imbracamintea folosita si intra in locuinta (camera) unde imbraca haine necontaminate.

Masuri de protectie similare se realizeaza si la depozitele alimentare, de cereale etc. Programul se adapteaza in functie de situatia creata si se iau masuri de protectie a personalului.

In scoli, elevii parasesc in ordine, fara panica spatiul scolii si cu mijloace improvizate la indemana se protejeaza aparatul respirator si se deplaseaza catre casele de domiciliu unde respecta indicatiile parintilor pentru dezbracare si imbracarea de haine necontaminate, adapostire etc. Daca se afla in zona I-a de urgenta se adapostescin adaposturi sau Sali de clasa etanseizate asteptand sa fie evacuati.

Prin radiodifuziune, posturile de radio si televiziune, se transmit comunicate catre cetateni, privind administrarea preparatelor pe baza de iod in dozele stabilite, care au fost distribuite in stare de urgenta anterioara sau care continua sa se distribuie. Aceste preparate au rolul de a satura tiroida si a nu permite patrunderea izotopului de iod –131, care este unul dintre radionuclizii critici in situatia de accident nuclear.

Imediat dupa declansarea "starii de urgenta generale", de catre obiectivul nuclear, se intensifica supravegherea radioactivitatii mediului inconjurator.

O masura de protectie foarte utila este evacuarea din zonele in care se apreieaza ca iradierea poate deveni periculoasa (doze cuprinse intre 0. 05-0. 5 Sv) si mai mult in functie de stationarea in zone contaminate.

Protectia se asigura insa prin evacuarea populatiei din localitate inainte de scaparile efective de radioactivitate de la obiectivul nuclear.

In functie de situatia creata, evacuarea se poate realiza si dupa formarea norului radioactiv, dar in acest caz, mijloacele de transport auto vor prelua cetatenii (alesii), direct din locintele lor pentru a micsora riscurile contaminarii.

Se va acorda atentie si fenomenului de autoevacuare din zona amplasamentului nuclear, stabilindu-se, insa, zonele de regrupare si punctele de control a contaminarii radoactive.

Pentru stabilirea dozei de radiatie primita de populatie in zona contaminata se organizeaza controlul dozimetric.

Pentru estimarea dozei de radiatie primita de populatie (elevi) si aprecierea stadiului eventual de bolii de radiatie se face controlul radiobiologic. Incidenta nefasta a radiatiilor asupra organismului uman se poate constata simptomatologic printr-un consult medical general si prin analiza de laborator care scot in evidenta modificari sanguine si retinerea preferentiala a unor izotopi radoactivi in diferite organe.

De mare importanta pentru stabilirea unui diagnostic in cazuri mai dificile este masurarea dozei acumulate cu ajutorul unui aparat, cu cositori de corp uman, numit si antropogametru.

Un capitol important al masurilor care se iau in cazul unui accident nuclear il constituie asigurarea asistentei medicale de urgenta. Ea se realizeaza in unitatile sanitare si spitalicesti din zona unde se amenajeaza spatii protejate si un circuit adecvat, pentru aceasta situatie. Aici se trateaza cazurile de iradiere si contaminare pentru prima urgenta.

In faza urmatoare si dupa evacuare, acestea sunt preluate de spitalele din afara zonei, iar cazurile grave se spitalizeaza si se trateaza in unitati specializate.

In aceasta situatie, se propune comitetului judetean pentru situatii de urgenta, introducerea restrictiilor la consumul de apa din sursele deschise si neprotejate, precum si a alimentelor, in mod deosebit a laptelui care este element de baza pentru copii.

Aceste restrictii introduse odata cu "alarma la dezastre "se transmit prin mijloace de radio si televiziune locale si nationale cu indicatia de a proteja rezervele existente in locuinte. Detinatorii de animale este necesar sa aplice restrictii similare si in hrana acestora,folosind daca este posibil doar furaje (alimente)protejate.

Decontaminarea radioactiva a cladirilor,cailor de acces, scolilor,locurilor de munca si a unor bunuri materiale,are o importanta mai mare in perioada de revenire la normal a vietii economice si sociale in zona. In situatile executarii evacuarii,dopa perioada de esmisie radioactive,este necesara decontaminarera cailor de acces pentru evacuarea si organizarea unor puncte de decontaminare a mijloacelor de transport si a personalului la limita zonei.

Actiunile de decontaminare complexe si de lunga durata se executa de catre formatiunile de protectie civila sau daca este posibil de subunitati ale armatei.

Desi instalatiile nucleare moderne sunt altsfel proiectate,(ex. CNE-Cernavoda)construite si exploatate,incat riscurile radiobiologice pentru populatie (copii)sa fie minime,probabilitatea producerii unui accident trebuie luata in calcul.

De aceea, fiecare cetatean (elev)trebuie sa intaleaga necesitatea pregatirii pentru asemenea situatii prin realizarea masurilor de protectie civila si insusirea regulilor de comportare.

e) Accidente chimice. Masuri de protectie.

In zona de actiune a norului toxic se aplica masura de protectie astfel:

- instiintarea si alarmarea populatiei (elevilor) despre pericolul chimic se executa cu scopul de a avertiza populatia(elevii)despre pericolul chimic, in vederea realizarii masurilor de protectie.

Instintarea se realizeaza in trepte de urgenta, in functie de dinstanta pana la locul accidentului chimic. Alarmarea se executa prin semnalul "alarma la dezastre ''

1. Dupa declansarea “alarmei ”, prin mass- media se transmit populatiei si tinerilor informatii suplimentare privind regurile de comportare,modul de realizare a masurilor de protectie, durata de actiune a norului toxic si alte masuri ce trebuie aplicate dupa trecerea pericolui.
2. Asigurarea protectiei populatiei cu mijloace individuale de protectie se realizeaza pentru a impiedica patrunderea substantelor toxice in organism, prin aparatul respirator sau prin piele. Se pot folosii la nevoie si mijloace simple de protectie, care se confectioneaza conform modelelor de protectie civila.
3. Asigurarea protectiei populatieiprin adapostire se realizeaza numai in adaposturile de protectie civila care au prevazute un sistem corespunzator de de filtroventilatie
4. Asigurarea protectiei prin evacuare (autoevacuare) temporara se executa pentru a realiza protecta populatiei si tinerilor in situatiile cand celelalte mijloace lipsesc sau sunt insuficiente.
5. Introducerrea restrictiilor de consum a apei, produselor agroalimentare si furajelor pentru a preveni intoxicarea oamenilor si animalelor in zona contaminata. restrictiile se transmit cetatenilor prin toate mijloacele de instintare la dispozitie.
6. Introducerea restrictiilor de circulatie si a unor masuri de paza si ordine in zona de actiune a norului toxic pentru a preveni intoxicatiile oamenilor si animalelor si pentru a asigura desfasurarea actiunilor de protectie si interventie.
7. Organizarea cercetarii chimice, a controlului si supravegherii contaminarii se realizeaza in zona accidentului chimic si in zona de actiune a norului toxic, pentru a stabili prezenta substantelor toxice industriale, cantitatea de substanta raspandita, concentratia substantei in zona de raspandire, directia deplasarii norului toxic, limitele zonei de actiune a noruluui toxic cu concentratia letala si de intoxicare.
8. Acordarea primului ajutor si a asistentei medicale de urgenta persoanelor intoxicate in zona accidentuluui chimic si in zona de actiune a norului toxic,se continua scoaterea victimelor de sub actiunea substantelor toxice industriale si transportarea la spitale in vederea tratamentului.
9. Aplicarea masurilor de neutralizarre si de impiedicare a raspandirii sibstantelor toxice industriale, colectarea, transportul si depozitarea materialelor contaminate in vederea micsorarii sau anularii actiunii substantelor toxice industriale, localizarii si inlaturarii accidentului chimic.
10. Asigurarea protectiei animalelor se realizeaza in fermele zootehnice si gospodariile individuale din zona de actiune a norului toxic, prin izolare in grajdurile folosite in mod curent la care se etanseaza usile si ferestrele.
11. Instruirea elevilor, tineretului si intregii populatii din zona afectata, are ca scop constientizarea acesteia privind necesitatea aplicarii masurilor de protectie si respectarea regulilor de comportare in zona contaminata.

In functie de amploarea si urmarile accidentului chimic, se organizeaza si masurile de protectie si interventie de limitare si inlaturare a urmarilor acestuia. Un rol important in toata activitatea revine Comisiei locale pentru situatii de urgenta.

8. **ANEXE**

PLAN DE URGENŢĂ PENTRU POLUĂRI ACCIDENTALE

Tabel Nr. 1. Lista punctelor critice din unitate de unde pot proveni poluări accidentale

Nr. Crt.	Locul de unde poate proveni poluarea accidentală	Cauzele posibile ale poluării	Poluanţi potenţiali	
			Denumirea	Observaţii

Data:	Elaborat		Verificat		Aprobat	
	Funcţia/Nume	Semnătura	Funcţia/Nume	Semnătura	Funcţia/Nume	Semnătura
	Responsabil SU		RMI		Manager	

Tabel Nr. 2. Fişa poluantului potenţial

Nr. Crt.	Denumirea poluantului	Limite admisibile*, mg/dm^3			Periculozitate la maniSUlări		Posibilităţi de combatere	
		Apă de suprafaţă	Apă potabilă	Apă subterană	Caracteristici periculoase	Măsuri de precauţie	Acţiunea	Mijloace necesare

LEGENDĂ:

* Limitele admisibile au fost extrase din HG 188/2002 şi HG 189/2002

- **R10** – produs inflamabil; - **R11** – produs foarte inflamabil; - **R20** – produs toxic prin inhalare; - **R21** – produs toxic în contact cu pielea; - **R36** – produs irritant pentru ochi; - **R38** – produs irritant pentru piele; - **R44** – produs cu risc de explozie; - **R66** – produs exSUnerea repetată poate cauza uscarea sau crăparea pielii; - **R67** – produs a cărui vapori poate cauza diverse boli;	- **S9** – Păstraţi containerul într-un spaţiu bine ventilat; - **S16** – Păstraţi produsul departe de orice sursă de aprindere. Nu fumaţi; - **S24** – Evitaţi contactul cu pielea; - **S25** – Evitaţi contactul cu ochii; - **S26** – În cazul contactului cu ochii spălaţi foarte bine cu apă şi consul-taţi medicul; - **S29** – Nu deversaţi produsul la canal; - **S33** – Luaţi măsuri de precauţie impotriva descărcărilor electrostatice

Data:	**Elaborat**		**Verificat**		**Aprobat**	
	Funcţia/Nume	**Semnătura**	**Funcţia/Nume**	**Semnătura**	**Funcţia/Nume**	**Semnătura**
	Responsabil SU.		RMI		Manager	

Tabel Nr. 3. Program de măsuri şi lucrări în vederea prevenirii poluărilor accidentale

Nr. Crt.	Măsura sau lucrarea	Scop	Responsabilităţi	Termene		Observaţii
				Începere	P.I.F.	

Data:	Elaborat		Verificat		Aprobat	
	Funcţia/Nume	Semnătura	Funcţia/Nume	Semnătura	Funcţia/Nume	Semnătura
	Responsabil SU.		RMI		Manager	

Tabel Nr. 4. Componenţa echipelor de intervenţie

Nr. Crt.	Numele şi Prenumele	Adresa	Telefon	Observaţii

Data:	Elaborat		Verificat		Aprobat	
	Funcţia/Nume	Semnătura	Funcţia/Nume	Semnătura	Funcţia/Nume	Semnătura
	Responsabil SU		RMI		Manager	

Tabel Nr. 5. Lista dotărilor şi materialelor necesare pentru sistarea poluării accidentale

Nr. Crt.	Denumire utilaj/material	Locul de unde provine	Cine deserveşte utilajul	Cine asigură materialul

Data:	Elaborat		Verificat		Aprobat	
	Funcţia/Nume	Semnătura	Funcţia/Nume	Semnătura	Funcţia/Nume	Semnătura
	Responsabil SU		RMI		Manager	

Tabel Nr. 6. Programul anual de instruire a lucrătorilor de la punctele critice şi a echipelor de intervenţie

Nr. Crt.	Data când va avea loc instruirea	Locul	Numele persoanei care asigură instruirea	Cine participă

Data:	Elaborat		Verificat		Aprobat	
	Funcţia/Nume	Semnătura	Funcţia/Nume	Semnătura	Funcţia/Nume	Semnătura
	Responsabil SU		RMI		Manager	

Tabel Nr. 7. Responsabilităţile conducătorilor

Nr. Crt.	Denumire punct critic	Secţia	Numele şi prenumele conducătorilor	Responsabilităţi

Data:	Elaborat		Verificat		Aprobat	
	Funcţia/Nume	Semnătura	Funcţia/Nume	Semnătura	Funcţia/Nume	Semnătura
	Responsabil SU		RMI		Manager	

PLAN DE PREVENIRE SI PROTECTIE

LM nr……		***Locul de munca:***			***Data:***	
		MASURA SAU ACTIUNEA DISPUSA			***Termen de realizare***	***Persoana care raspunde de realizarea masurii***
1	***Riscuri evaluate***				-	-
2	***Masuri tehnice***					
3	***Masuri organizatorice***					
4	***Masuri igienico-sanitare***					
5	***Masuri de alta natura***					
6	***Actiuni in scopul realizarii masurii***					
7	***Numarul personal***	***Total:***	***Barbati:***		***Femei:***	
8	***Programul lucrului in schimburi***	***Schimbul I: 8 ore***	***Schimbul II: -***		***Schimbul III: -***	
9	***Data ultimilor determinari de noxe***					
10	***Prezentarea noxelor care depasesc CMA (noxa/CMA/valoarea rezultata din determinare)***	***Noxa***	-	-	-	
		CMA	-	-	-	
		Valoarea determinata	-	-	-	
11	***Situatia evenimentelor pe ultimi 5 ani***	*Nu au existat evenimente*				

Elaborat:

AVIZAT
CSSM

Aprobat,

MANAGER

RAPORTUL PRIVIND CAPACITATEA
DE RASPUNS LA SITUATII DE URGENTA
NR……..DATA……..

Descrierea accidentului produs/ poluării accidentale: (Incendiu / deversare/explozie/ avarie/ fenomene meteorologice/ cutremure/ altele):		
Data producerii / ora		
Localizarea accidentului		
Cauza:		
Urmările accidentului:		
Planul de urgenţă aplicat:		
Modul de desfăşurare a acţiunilor de intervenţie / Măsuri luate:		
Evaluarea capacităţii de răspuns a echipei de intervenţie la aplicarea planului de urgenţă:		
Necesarul de materiale de intervenţie şi materiale de protecţie ce trebuie înlocuite:		
Măsuri necesare:	Responsabilităţi	Termene
Necesitatea modificării Planului de urgenţă: ☐ Da ☐ N		
Responsabil revizie Plan de urgenţă:		Termen:

Elaborat:			Verificat:		Aprobat:
RSU:			RMI		Manager

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**DENUMIREA PROCEDURII: EVACUARE A PACIENTILOR DIN SECTIE IN CAZ DE INCENDIU**	**236** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Responsabil PSI	05.06.2013	
1.2	Verificat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedură descrie modul de organizare a evacuării pacienților in caz de incendiu, din secțiile spitalului, având ca scop:

- Prevenirea accidentelor in caz de incendiu
- Evacuarea pacienților in caz de urgenta - incendiu

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secțiile spitalului, ambulatoriu, laboratoare etc.

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Organizarea si pregătirea modului de protejare a pacienților si evacuare a acestora in caz de incendiu.

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

- Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor
- Legea 307/2006 privind apărarea împotriva incendiilor
- Normele generale de apărare împotriva incendiilor aprobate cu OMAI 163/2007
- O.M.A.I. 712/2005 modificat şi completat prin O.M.A.I. 786/2005 - privind instruirea în domeniul situaţiilor de urgenţă

5. RESPONSABILITĂŢI

Responsabil de proces = persoana desemnata cu responsabilitatea PSI in spital
Echipa de proces = Medic sef secție + asistent sef secția + director medical

6. DESCRIEREA PROCESULUI

- Organizarea departamentului PSI - anexa
- **Descrierea circuitului de evacuare in caz de incendiu**

- Echipa responsabila de evacuare in caz de incendiu: medic garda + asistenta de serviciu + alt personal – cunoscuta de tot personalul

In caz de pericol de incendiu / avertizare de incendiu / suspiciune de incendiu:
Pas I – stingerea gazului si anunțare obligatorie in tot spitalul – sonerie
Pas II – mobilizarea personalului secției pentru evacuarea pacienților
Pas III – deschiderea ușilor la saloane si anunțarea pacienților de evacuare
Pas IV – ajutarea pacienților imobilizați
Pas V – controlul încăperilor după evacuare

Se vor instrui periodic toți salariații pentru evacuare in caz de incendiu de către responsabilul PSI.

7. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

- Planul de evacuare in caz de incendii
- Programul de pregătire PSI
- Lista cu echipa responsabila si datele de contact

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROTOCOL PRIVIND CURĂŢENIA PENTRU ELECTROCARDIOGRAF, ECOGRAF,	237	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Donescu Corina	CPCIN	15.09.2013	
1.2	Verificat	Dr. Tache Horia	Președinte consiliu medical	15.10.2013	
1.3	Aprobat	Jur. Alexandru Constantin	Manager	16.10.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabilește modul de lucru privind curățenia echipamentelor din secție.

2. DOMENIU DE APLICARE

2.1**.** Procedura se aplică în secțiile spitalului

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

- Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor
- Manualul de nursing
- Ordinul MS nr.261/2007, privind aprobarea Normelor tehnice privind curățenia, dezinfecția și sterilizarea în unitățile sanitare
- Ordinul MS nr.916/2006, privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si control al infecțiilor nozocomiale in unitățile sanitare

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = asistenta șefă

Echipa de proces = asistenta care manipulează aparatul

ATENTIE !!

- ***Înainte de începerea procedurii de curățare verificați ca aparatul să fie decuplat de la sursa de curent (se va scoate din priză) !!!!!***
- ***Curățați lunar suprafața exterioară a electrocardiografului, cablurile, stecherul, cleștele de împământare.***
- ***După curățare, care se va efectua umed, se lasă aparatul la uscat minim 30 minute după care se poate***

cupla la priză.

- ***Curățarea se efectuează numai de personalul care manipulează aparatul pentru a se evita accidentele sau deteriorarea.***

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Materiale de curățare care trebuie utilizate

- Detergent slab de vase
- Cârpe curate, moi și uscate
- Apă

Se interzice utilizarea altor substanțe de curățare: Solvent organici sau anorganici, Alcool, etc.

Curățarea suprafețelor unității și cablurile

1. Apă + o mică cantitate de detergent de vase
2. Înmuiați o cârpă curată în soluție și stoarceți excesul de lichid
3. Ștergeți toată suprafața dispozitivului cu cârpa umedă.
4. Evitați contactul cu supape deschise, fise sau conectori
5. Dacă este nevoie, repetați pasul 2 și pasul 3 până când suprafața e curățată corespunzător
6. Ștergeți cu o cârpă curată și uscată sau cu prosop de hârtie.

Sunt interzise orice alte materiale de curățare ca de exemplu: Solvenți organici, Alcool, Betadine, Acetone, Clorura de amoniu, etc.

Se interzice:	Cufundarea cablurilor și firelor în lichide; Pulverizarea de lichide pe cabluri și fire; Pătrunderea lichidului în conexiuni sau orificii (se folosește numai cârpă stoarsă) Sterilizarea în autoclav sau pupinel a cablurilor, firelor sau altor elemente (deteriorare) Bruscarea sau ștergerea prin tragere a cablurilor și firelor (se pot smulge din conectori) Orice manevră de curățare cu aparatul sub tensiune

Întreținerea prizelor sau a interiorului aparatului este permisă numai personalului specializat de întreținere.

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei** procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.2	Verificat	Sandu Cosmin	Administrator	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Stabileste modul de transport intern in cadrul spitalului, pentru diferite categorii de materiale / produse.

2. DOMENIU DE APLICARE

2.1**.** Procedura se aplică in cadrul compartimentelor de spital.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = persoana care executa transportul
Echipa de proces = administratorul + conducerea compartimentului care transporta

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

I. Transportul lenjeriei curate / murdare

- Lenjeria curata/murdara se transporta pe sectii in saci curati, in functie de codul de culoare stabilit.
- Va fi utilizat carucior special cu destinatie transport lenjerie.
- Se va respecta circuitul aprobat pentru transportul lenjerii / orarul aprobat pentru transportul lenjeriei

II. Transportul alimentelor

- Alimentele in forma bruta se transporta d ela magazia de alimente la blocul alimentar, dimineata, pentru preparare in ziua respectiva.
- Se va folosi carucior de transport destinat alimentelor
- Se va respecta cirduitul aprobat de acces in blocul alimentar al alimentelor neprelucrate
- Mancarea gata preparata se elibereaza prin ghiseul blocului alimentar si se transporta la sala de mese / oficiile de distribuire a mesei din sectii, in caruciore speciale si recipiente destinate pentru alimente preparate.
- Se va respecta circuitul aprobat / orarul aprobat

III. Transportul materialelor sanitare

- Materialele sanitare se elibereaza de la magazia de materiale, infirmierei care le va transporta manual / cu carucior in sectie, respectand circuitul

IV. Transportul probelor de laborator

- Dupa recoltare, proble de laborator vor fi trasportate de asistenta de tura in recipiente / cosuri cu aceasta destinatie

V. Transportul pacienților nedeplasabili

- Pacientii nedeplasabili se transporta cu caruciorul special pentru paicenti sau targa mobila, in functie de situație.
- Transportul este efectuat de asistentul de salon

6. ANEXE / INSCRISURI

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA DE MANAGEMENT A CONFLICTELOR DE MUNCA**	**300** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Cab. Av. Tudorancea	Comp juridic	05.06.2013	
1.2	Verificat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

Descrierea procedurii

Conflictul reprezintă o neînțelegere, o ciocnire de interese, un dezacord puternic, o cearta acuta, un diferend, o discuție violenta. Din punct de vedere managerial, conflictul reprezintă o stare tensionala acuta care apare in situația in care doua sau mai multe persoane, grupuri din cadrul spitalului trebuie sa interacționeze pentru a realiza o sarcina, un obiectiv, pentru a adopta o decizie, pentru a soluționa o problema, dar interesele părților sunt diferite.

Clasificări:

In funcție de efectele lor, conflictele pot fi benefice sau distructive.

In funcție de esența lor, pot fi:

- Esențiale (de substanța)
- Afective (generate de stări emoționale)
- Pseudo-conflicte: conflicte de manipulare

In funcție de subiecții aflați in conflict:

- Conflict individual interior
- Conflict intre indivizii aceluiași grup
- Conflict intre indivizi si grupuri
- Conflict intre grupuri
- Conflict intre organizații

Conflictul cuprinde:

- Stări conflictuale
- Stări afective ale indivizilor (ostilitate, frustrare, frământare, neliniște etc.)
- Stări cognitive
- Stări comportamentale(meschinăria, secretomania etc.)

Soluționarea conflictelor:

a) definirea precisa a subiectului disputei

b) îngustarea terenului de disputa
c) lărgirea spectrului posibilităților de rezolvare

CONFLICTELE DE MUNCA

Definiție: sunt generate de nesatisfacerea intereselor profesionale cu caracter economic si social ale angajaților:

- condițiile in care munca este prestata
- cei doi parteneri sociali: patronatul si salariații
- existenta sindicatelor
- existenta unor situații care generează neînțelegeri: interese cu caracter profesional, cu caracter social, cu caracter economic, etc.

Conflictele de munca pot fi: de interes si de drepturi

CONFLICTE DE INTERESE

Au ca obiect stabilirea condițiilor de munca cu ocazia negocierii contractelor colective de muncă. Sunt conflicte colective.

PROCEDURA SOLUTIONARII CONFLICTELOR DE INTERESE

a) Concilierea conflictelor de interese
b) Medierea conflictelor de interese
c) Arbitrajul conflictelor de interese

CONFLICTE DE DREPTURI

Au ca obiect exercitarea unor drepturi sau îndeplinirea unor obligații

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Cab. Av. Tudorancea	Comp juridic	05.06.2013	
1.2	Verificat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. Scop

Scopul acestei proceduri este:

a) Stabilirea unui set unitar de reguli privind organizarea activitatii de inregistarr si rezolvare a petitiilor

b) Stabilirea responsabilităţilor privind inregistrarea si rezolvarea petitiilor;

2. Domeniul de aplicare

Procedura se aplică la nivelul Spitalului

3. Referinţe normative

3.1. Legislaţia specifică

- Ordonanta nr. 27/2002 privind reglementarea activitatii de solutionare a petitiilor
- (publicata in Monitorul Oficial nr. 84 din 1 februarie 2002)
- Legea nr. 233/2002 pentru aprobarea Ordonantei Guvernului nr. 27/2002
- privind reglementarea activitatii de solutionare a petitiilor

3.2. Reglementări interne:

- Regulamentul de Ordine Interioară;
- Regulamentul de Organizare şi Funcţionare;

3.3. Principii

Pe parcursul întregului proces de organiare a programului de audienţe trebuie avute în vedere următoarele principii:

- Nediscriminare;
- Neutralitatea;
- Continitatea
- Tratament egal;
- Transparenţa;

4. Descrierea procedurii

4.1. Termeni si definitii

Prin petitie se intelege cererea, reclamatia, sesizarea sau propunerea formulata in scris sau prin e-mail, adresata de un cetatean sau de o organizatie legal constituita, in numele colectivului pe care il reprezinta (cuprinzand obligatoriu datele de identificare ale petitionarului).

Prin cerere se solicită emiterea/adoptarea unui act administrativ sau efectuarea unei operaţiuni administrative în temeiul unui drept subiectiv sau unui interes legitim.

Prin reclamaţie se contestă un act administrativ sau modul de rezolvare a unei petiţii.

Prin sesizare se informează autoritatea publică cu privire la o problemă de interes public/personal.

Prin propunere se urmăreşte realizarea unor acţiuni de interes public de către autoritatea publică.

4.2 Desfăşurarea activităţii

Mijloace de petiţionare

Petiţia poate fi formulată:

- în scris, personal la sediul autorităţii publice sau prin poştă, e-mail, fax, etc;
- verbal şi consemnată în scris.

Înregistrarea petiţiei

Autoritatea publică este obligată să primească şi să înregistreze petiţia sau alte documente prezentate în cadrul procedurii de îndată. Compartimentul relatii cu publicul (RP) primeste, inregistreaza petitia in Registrul unic al petiilor si se ingrijeste de rezolvarea petitiilor si de expedierea raspunsurilor catre petitionari.

- În cazul petiţiilor/documentelor **depuse personal** sau prin reprezentant, la sediul autorităţii publice, compartimentul de relaţii cu publicul eliberează dovada înregistrării lor.
- Petiţiile sau orice documente **trimise prin poştă** se socotesc comunicate în termen dacă au fost predate recomandat la oficiul poştal înainte de împlinirea lui.
- În cazul petiţiilor/documentelor depuse prin mijloace de **poştă electronică**, autoritatea publică este obligată să comunice în cel mult 2 zile, prin aceleaşi mijloace, numărul de înregistrare al petiţiei.

În caz de litigiu, dovada depunerii petiţiei prin poştă electronică, respectiv a comunicării numărului de înregistrare, constă în mesajul salvat în dosarul „trimise" al contului de poştăelectronică. Pentru gestionarea în bune condiţii a activităţii de soluţionare a petiţiilor prin mijloace electronice, autorităţile publice au obligaţia de a asigura, prin paginile de internet proprii, posibilitatea ca petiţiile să fie depuse on-line iar petiţionarul să primească automat dovadă de înregistrare.

- Petiţiile pot fi formulate verbal în cadrul programului cu publicul, audienţelor, audierilor şi şedinţelor publice. Aceste petiţii vor fi consemnate în scris şi evidenţiate în registrul petiţiilor prin grija Compartimentului de relaţii publice.

Elementele petiţiei

1) Petiţia cuprinde următoarele elemente:

Ønume, prenume/denumirea petiţionarului;

Ødomiciliul/sediul petiţionarului sau adresa de poştă electronică dacă se solicită răspuns pe această cale;

Ødenumirea autorităţii publice.

Øobiectul petiţiei şi justificarea acesteia;

Øsemnătura petiţionarului sau a reprezentantului său legal (cu excepţia cazului când petiţia este trimisă prin poştă electronică).

2) Petiţia va fi însoţită, după caz, de împuternicirea dată reprezentantului legal, dacă este cazul, de documente sau dovezi prevăzute de reglementările legale în vigoare sau socotite utile de către petiţionar pentru susţinerea petiţiei.

Sancţiuni pentru lipsa elementelor petiţiei

(1) Petitiile anonime sau nesemnate nu se iau în considerare şi se claseaza, exceptând cazul când semnalează încălcări ale legii.

(2) Petiţiile care nu conţin datele de contact ale petiţionarului pot fi respinse de la înregistrare dacă sunt depuse personal. În cazul în care sunt trimise prin poştă, răspunsul este îndosariat şi arhivat conform legii, pentru a fi comunicat petiţionarului în cazul în care acesta îşi precizează datele de contact sau se prezintă personal la sediul autorităţii publice.

Transferul petiţiilor

Petitiile greşit adresate sunt trimise în termen de 5 zile calendaristice de la înregistrare de către compartimentul de relaţii cu publicul autorităţilor publice care au ca atribuţii rezolvarea problemelor sesizate, urmând ca în acelaşi termen petiţionarul sa fie înştiinţat despre transferul petiţiei.

Modul de solutionare a petitiilor

Pentru solutionarea legala a petitiilor ce le sunt adresate conducatorii autoritatilor si institutiilor publice sesizate vor dispune masuri de cercetare si analiza detaliata a tuturor aspectelor sesizate.
In acest sens petitiile, in functie de problematica acestora vor fi date spre rezolvare:

1.Consiliului Etic
2.Comisiei de disciplina
3.Comitetului Director
4.Altor compartimente de specialitate

Compartimentul RP este obligat sa urmareasca solutionarea si redactarea in termen a raspunsului.
Semnarea răspunsului se face de către conducătorul autorităţii sau instituţiei publice ori de persoana împuternicită de acesta, precum şi de şeful compartimentului care a primit spre solutionare petiţia.
În răspuns se va indica, în mod obligatoriu, temeiul legal al soluţiei adoptate
Expedierea raspunsului catre petitionar se face numai de catre compartimentul pentru relatii cu publicul, care se ingrijeste si de clasarea si arhivarea petitiilor.
In situatia in care un petitionar adreseaza mai multe petitii, sesizand aceeasi problema, acestea se vor conexa ori, dupa caz, cea de-a doua se va clasa, daca raspunsul la prima a fost deja trimis petitionarului.
In cazul in care prin petitie sunt sesizate anumite aspecte din activitatea unei persoane, aceasta nu poate fi solutionata de persoana in cauza sau de catre un subordonat al acesteia.

Termenele de solutionare a petitiilor

Termenul general de solutionare a petitiilor este de 30 de zile de la data inregistrarii.
In situatia in care aspectele sesizate prin petitie necesita o cercetare mai amanuntita, conducatorul autoritatii publice poate prelungi acest termen cu cel mult 15 zile.
In cazul in care petitiile se primesc de la o alta autoritate ori institutie publica, curge un nou termen de 30 de zile.
Petitiile care intra in competenta de solutionare a altor autoritati ori institutii publice, se trimit acestora in termen de 5 zile de la inregistrare.

Sanctiuni

Constituie abatere disciplinara si se sanctioneaza potrivit prevederilor Legii nr. 188/1999 privind Statutul functionarilor publici sau, dupa caz, potrivit legislatiei muncii urmatoarele fapte:
a) nerespectarea termenelor de solutionare a petitiilor, prevazute in legea 233/ 2002;
b) interventiile sau staruintele pentru rezolvarea unor petitii in afara cadrului legal;
c) primirea direct de la petitionar a unei petitii in vederea rezolvarii, fara a fi repartizata de seful compartimentului.

5. Responsabilitati şi autoritate

5.1. Manager

- stabileste distribuirea petitiilor
- semneaza raspunsul petitiei, alaturi de seful compartimentului care a rezolvat petitia

5.2. Compartiment registratură şi relaţii cu publicul

-primeşte petitiile şi întocmeşte registrul petitiilor;
-realizează distribuirea catre compartimentele desemnate pentru rezolvarea acestora;
- urmăreşte modul de realizare a acestora pe care îl consemnează în registrul de petitii;
- comunică modul de soluţionare persoanei audiate.

6. Dispoziţii finale

a)Procedura va fi difuzată personalului;
b) Actuala procedură va fi revizuită în cazul când apar modificări organizatorice sau ale reglementărilor legale cu caracter general sau intern pe baza cărora se desfăşoară activitatea de solutionare a petitiilor;

c) Pe perioada absenţei de la serviciu a persoanelor care utilizează prezenta procedură în formă iniţială sau revizuită, aplicarea acesteia se va realiza şi de către înlocuitorii acestor persoane;
d) Anexele 1 şi 2 se păstrează de către coordonatorul **Compartimentului registratură şi relaţii cu publicul**;
e) Această procedură se aplică începând cu data aprobării de către conducătorul instituţiei.

7. Anexe

ANEXA 1 nr. .....din.....

INSTITUTIA
LISTA DE DIFUZARE A PROCEDURII

NR. CRT.	GRAD PROFESIONAL/ FUNCŢIA	NUME şi PRENUMELE	SEMNATURA	DATA LUÂRII LA CUNOŞTINŢĂ
1				
2				

ANEXA 2 nr. .....din.....

INSTITUTIA
LISTA REVIZIILOR

Nr. Crt.	NATURA MODIFICĂRILOR	CAUZA MODIFICĂRII	Data INTRĂRII ÎN VIGOARE
1.			
2.			

ANEXA 3

Formular petitie

Subsemnatul/Subsemnata..... cu domiciliul/reşedinţa în ....., str....., nr....., bl....., sc....., ap....., sector..., judeţ..... telefon fix ....., mobil....., e-mail....., fax....., prin prezenta doresc sa fac o reclamatie/ plangere/ propunere referitoare la activitatea spitalului
Petitia /reclamatie/ plangerea/ propunerea mea este urmatoarea (se descrie situaţia considerată de solicitant ca fiind nesatisfăcătoare):
.....
.....
În sprijinul celor afirmate depun în copie următoarele acte: .... (se vor anexa copii de pe documente doveditoare).
Doresc să fiu informat cu privire la solutionarea petitiei/ plangerii/ propunerii mele pe următoarele coordonate de contact ..... (se vor menţiona numerele de telefon, adresa de e-mail, etc. la care se doreşte contactarea cu celeritate a solicitantului).
Cerere este depusă personal/prin reprezentant.....(se vor menţiona datele de identificare ale acestuia).

Data..... Semnătura.....

Registrul de Petitii

Nr. de inregistrare	Data Zz/ll	Nr si data document	Mod de transmitere : direct/ verbal/ fax/ email/ posta/	Emitent	Domiciliul/ adresa de corespondenţă	Obiectul petiției	Compartimentul / compartimentele vizate	Compartimentul catre care se distribuie	Modul de soluţionare	Data şi modul de comunicare a soluţionării

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**METODOLOGIE DE COLECTARE A CHESTIONARELOR DE OPINIE PENTRU PACIENTI ŞI ANGAJATI**	**303** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/5**

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte Consiliu Medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1) SCOP

Prezenta procedură definește :
- modul de colectare a chestionarelor de opinie completate de pacienți:
- modul de colectare a chestionarelor pentru angajați

2) DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică:
- pacienților internați, în procent de circa 15-20% din internările lunare - **prin sondaj aleatoriu, confidențial și anonim;**
- tuturor salariaților - **anual, confidențial și anonim.**

3) OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Obiectivele procedurii cuprind descrierea:
- modalității de distribuire a chestionarelor;
- modalitatea de colectare a chestionarelor;
- modalitatea de evaluare a chestionarelor.

4) DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

5) RESPONSABILITĂŢI

Chestionarele de satisfacție ale pacienților se distribuie și se colectează de către asistenta șefă de secție.
Chestionarele pentru angajați se distribuie și colectează prin șefii de departamente sau secții.

6) DESCRIEREA PROCESULUI

Pentru chestionarele adresate pacienților

- Asistenta șefa a fiecărei secții / compartiment va înmâna unui eșantion (15-20%) din media pacienților internați lunar un formular de ***Chestionar de satisfacție;***
- După completare de către pacienți sau aparținătorii acestora, chestionarele se depun la cutia pentru chestionare, existenta pe fiecare secție;
- CD va emite o decizie de numire a **responsabilului cu colectarea chestionarelor**; acesta va colecta chestionarele lunar;
- Chestionarele colectate se depun la departamentul de statistică al spitalului;
- Personalul din statistica va analiza chestionarele si va emite un raport statistic;
- Raportul statistic se va înainta consiliului medical pentru analiza si concluzii;
- Consiliul Medical va emite un Raport de analiză a satisfacției pacienților, raport ce va conține și propuneri de îmbunătățire a activității sau condițiilor de cazare;
- Raportul de analiză a satisfacției pacienților se va înainta CD;
- Concluziile analizei vor fi comunicate întregului personal;
- Masurile de îmbunătățire a serviciilor medicale reieșite din opinia pacienților vor fi puse în practica de cei desemnați de conducerea spitalului.
- Completarea chestionarelor este benevolă, confidențială și anonimă.

Pentru chestionarele adresate angajaților

- Asistenta șefa a fiecărei secții sau șeful de compartiment va înmâna tuturor salariaților, anual, un ***Chestionar de satisfacție;***
- După completare, chestionarele se colectează într-un plic, care se sigilează de față cu angajații (pentru respectarea anonimatului);
- Plicurile cu chestionarele colectate se depun la departamentul de statistică al spitalului;
- Personalul din statistica va analiza chestionarele și va emite un raport statistic;
- Raportul statistic se va înainta comitetului director pentru analiză și concluzii;
- Comitetul director va emite un Raport de analiză a satisfacției salariaților, raport ce va conține și propuneri de îmbunătățire a activității sau condițiilor de cazare;
- Concluziile analizei vor fi comunicate întregului personal;
- Masurile de îmbunătățire a serviciilor medicale reieșite din opinia salariaților vor fi puse în practica de cei desemnați de conducerea spitalului;
- Completarea chestionarelor este benevolă, confidențială și anonimă.

Anexa 1

CHESTIONAR DE SATISFACȚIE A PACIENTULUI / APARȚINĂTORULUI

Acest chestionar este anonim si confidențial.

Prin acest chestionar dorim să aflam părerea dv. despre acest spital.
Încercuiți răspunsurile alese, iar chestionarul completat îl depuneți la cutia: ”Sesizări, Reclamații, Chestionar”.
Pentru pacienții copii, fără discernământ sau comatoși completarea se va face de către aparținător, reprezentantul legal sau persoana desemnată de pacient.

1. **În ce secție sunteți sau ați fost internat?**
   a) Cronici ☐ b) Paliativi ☐ c) Recuperare neurologie ☐
2. **Personalul medical a fost amabil cu dumneavoastră?**
   a) Foarte amabil ☐ b) Amabil ☐ c) Nu s-a purtat frumos ☐
3. **Sunteți mulțumit de calitatea informațiilor primite de la personalul medical?**
   a) Foarte bună ☐ b) Bună ☐ c) Slabă ☐
4. **Ați fost însoțit de personal medico-sanitar la consultațiile interdisciplinare sau la investigații, (inclusiv transport intern)?**
   a) Întotdeauna ☐ b) Câteodată ☐ c) Niciodată ☐
5. **Cum considerați ca este calitatea curățeniei din secție?**
   a) Foarte bună ☐ b) Bună ☐ c) Slabă ☐
6. **Cum considerați că este calitatea lenjeriei, a pernelor, saltelelor si a celorlalte obiecte primite de la spital pe perioada internării?**
   a) Foarte bună ☐ b) Bună ☐ c) Slabă ☐
7. **Cum considerați ca este calitatea hranei și serviciului de distribuire?**
   a) Foarte bună ☐ b) Bună ☐ c) Slabă ☐
8. **Va simțiți mulțumit de calitatea serviciilor în acest spital, astfel încât să vă reinternați tot aici, dacă veți avea nevoie sau să recomandați si altora acest spital?**
   a) DA ☐ b) NU ☐
9. **Cum considerați că este calitatea îngrijirilor primite?**
   a) Foarte bună ☐ b) Bună ☐ c) Slabă ☐
10. **Medicamentele care vi s-au administrat în spital au fost:**
    a) Cumpărate de dv. ☐ b) Asigurate de spital ☐ c) Parte asigurate - Parte cumpărate ☐
    d) altă situație …….
11. **Considerați că vi s-a respectat dreptul la confidențialitate pe parcursul spitalizării ?**
    a) DA ☐ b) NU ☐
12. **Dacă nu, precizați de ce simțiți că vi s-a încălcat acest drept?**
    ……
    ……
13. **Considerați că vi s-a respectat dreptul la informare asupra serviciilor primite pe parcursul spitalizării ?**
    a) DA ☐ b) NU ☐
14. **Dacă nu, precizați de ce simțiți ca vi s-a încălcat acest drept?**
    ……
    ……
15. **Considerați ca vi s-a respectat dreptul la intimitate pe parcursul spitalizării ?**
    a) DA ☐ b) NU ☐

16. Dacă nu, precizați de ce simțiți că vi s-a încălcat acest drept?

……
……

17. Ce propuneri aveți în privința îmbunătățirii serviciilor furnizare de spital?

……
……

Va mulțumim pentru timpul acordat!

Anexa 2

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA / SISTEM DE DE ANCHETA A SATISFACTIEI PACIENTULUI / ANGAJATULUI	304	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP: prezenta procedura **descrie:**

- modalitatea de evaluare a satisfacției pacienților / angajaților
- modalitatea de distribuire a chestionarelor
- modalitatea de colectare a chestionarelor de satisfacție / opinie al angajatului / pacientului
- modalitatea de analiza a chestionarelor

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate sectoarele de activitate ale spitalului.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = seful de sector +responsabil cu colectarea chestionarelor si prelucrare
Echipa de proces = serviciul statistica +CM+ CD

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

1. Asistenta șefă este responsabilă cu colectarea chestionarelor de opinie (pacient / angajat) urmând ca analiza sa se facă de statistician.
2. Serviciul RUNOS este responsabil de distribuirea anuala (sau de cate ori este nevoie – schimbare de conducere etc.) de distribuirea formularelor de chestionar (pacient / angajat), prin șefii direcți ai sectoarelor
3. Secțiile de spital prin asistenta șefa vor fi responsabile de distribuirea chestionarelor la pacientii internati si colectarea lor daca pacientul le returneaza
4. Asistentii sefi de sectie vor informa pacientii de modul de completare si depunere (se vor oferi regulamentele daca pacientul solicita)
5. Se va prezenta intr-o sedinta cu personalul modul de completare, faptul ca este benevolă completarea, dar este importantă opinia salariaților pentru echipa de conducere, modul de colectare, etc

6. Chestionarele sunt anonime
7. Chestionarele se pot depune in Cutiile speciale din secții sau pot fi colectate de cel responsabil
8. Concluziile analizei vor fi comunicate întregului personal
9. Masurile de îmbunătățire a activității sau alte masuri solicitate prin opinia salariaților vor fi puse in practica de conducerea spitalului

6. ANEXE / INSCRISURI

- MODEL DE CHESTIONAR
- Metodologie de colectare a chestionarelor

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Președinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedură are drept scop reglementarea actului de conciliere intre pacient si angajat

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică de către tot personalul.

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Realizarea unui acord privind despăgubirile înaintea demarării unui proces ca urmare a deciziei de malpraxis pentru unul sau mai mulți angajați ai spitalului.

4. TERMINOLOGIE ŞI ABREVIERI

Concilierea directă nu este altceva decât un mecanism juridic creat pentru a îi îndruma pe cei care urmează a avea anumite litigii, pe calea realizării unui acord cu debitorii lor. Această procedură se adresează exclusiv domeniului comercial, profesional, și privește obligațiile bănești.

Prin conciliere se pot degreva instanțele de judecarea unui număr mare de pricini și se stabilește, totodată, cadrul procesual în ceea ce privește cuantumul sumelor cerute.

Concilierea se adresează, deci, comercianților, respectiv profesioniștilor, și se practică în procesele privind pretenții bănești.

În urma schimbărilor legislative, concilierea, ca procedură judiciară, este arătată ca alternativă la mediere. Totuși, atât concilierea, cât si medierea sunt necesar a fi demarate anterior începerii unui litigiu comercial.

Conform art. 7201 din Codul de procedura civila, concilierea va fi efectuată într-un termen de cel puțin 15 zile de la primirea documentelor comunicate o dată cu invitația la conciliere.

Un proces nu poate începe mai înainte de a fi respinsă, în mod neechivoc, invitația la conciliere sau mai înainte de trecerea a cel puțin 30 de zile de la ignorarea invitației.

Termenele de conciliere, spre deosebire de alte proceduri, nu sunt absolute. În jurisprudență, s-a conturat, regula flexibilității analizării acestora. Ca principiu, Instanța Suprema a reținut faptul ca: Prezentarea reprezentanților pârâtei la conciliere ca urmare a convocării primite și semnarea de către aceștia a procesului-verbal încheiat cu acea ocazie, fără a formula obiecțiuni cu privire la data fixată pentru conciliere, acoperă nerespectarea de către reclamantă a intervalului de timp, prevăzut de art. 720 C. proc. civ. pentru convocarea concilierii (Secția comerciala, decizia nr.828 din 10 februarie 2005).

5. LEGISLATIE

5.1 Codul de procedura civila

5.2 Legea 95/ 2006 - titlul XV Răspunderea civilă a personalului medical şi a furnizorului de produse şi servicii medicale, sanitare şi farmaceutic

5.3. Ordinul Ministrului Sănătății nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = directorul medical

6.2 Echipa de proces = Consiliul etic, Comitetul director, Consiliul Medical

7. DESCRIEREA PROCESULUI

- Declanșarea procedurii de conciliere se face după primirea deciziei de malpraxis pentru unul sau mai mulți angajați ai spitalului, prin trimiterea unei invitații de conciliere reclamantului
- Procedura se poate declanșa și prin primirea unei invitații de conciliere din partea reclamantului
- Termenul în care se trimite invitația de conciliere este de cel mult 5 zile
- Potrivit reglementarilor legale, invitația la conciliere va fi trimisa în forma scrisă, comunicată prin scrisoare recomandată cu confirmare de primire, telegramă, telex, fax, orice altă formă care asigură trimiterea textului și confirmarea primirii. Invitația va putea fi înmânată personal, cu semnătura de primire.
- Propunerea de conciliere va conține și expunerea motivației celui acuzat și actele doveditoare asupra efectelor actului de malpraxis.
- La ședința de conciliere vor fi prezenți, în funcție de domeniul vizat, Consiliul etic , Comitetul Director sau Consiliul Medical, obligatoriu juristul instituției și va fi invitat și un reprezentant al Societății de Asigurare
- La finalul ședinței va fi semnat procesul verbal de conciliere , concluziile acestuia devenind obligatorii pentru părți

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

PROCES VERBAL DE CONCILIERE DIRECTA

Încheiat astăzi ..../...../201...., la sediul spitalului Sfântul Sava Buzău, intre:

I. Părţile:
Spitalul Sfântul Sava Buzău cu sediul în Buzău str. Crizantemelor, Nr. 5, reprezentat legal prin dl./dna. ……

Și

Dl./dna. …….. carte de identitate serie ..... nr. ....., domiciliat în localitatea ..... str. ..... nr. …, bl....., sc....., ap....., județul .....

s-au întâlnit astăzi ……. ora ……, la sediul spitalului, pentru soluționarea pe cale amiabilă a litigiului apărut între cele două părți, respectiv:

Despăgubirea ..... pentru prejudiciul constatat in urma actului de malpraxis dovedit prin decizia nr..... a Comisiei de monitorizare şi competenţă profesională pentru cazurile de malpraxis județene.

II. Corespondenta
Referitor la stabilirea locului și datei întâlnirii, părțile au purtat următoarea corespondență :
- convocarea la conciliere trimisa de către ..... în data de .....
- decizia nr..... a Comisiei de monitorizare şi competenţă profesională pentru cazurile de malpraxis județene
- alte documente: ……

III. Prezența la conciliere
La concilierea directa dintre parți s-au prezentat :
a) din partea spitalului; …….
b) din partea pacientului …….

IV. Punctele de vedere ale părților
1. Punctul de vedere al ……. este următorul :
.....
.....
.....
.....
.....

2. Punctul de vedere al ……. este următorul :
.....
.....
.....
.....
.....

V. Înțelegerea părților

Având în vedere cele sus menționate, părțile au propus următoarea rezolvare a litigiului :
.....
.....
.....
.....
.....

Prezentul Proces Verbal de Conciliere a fost încheiat în 2 (două) exemplare originale, câte unul pentru fiecare parte.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA PRIVIND CONSTITUIREA COMISIEI DE ARBITRAJ	306	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/1	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Tache Mihail	Director medical	05.06.2013	
1.2	Verificat	Tache Mihail	Presedinte consiliu medical	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Prezenta procedura descrie modalitatea de constituire a comisiei de aprobare a interventiei medicale in situatia cand pacientul se afla in incapacitate de a-si da consimtamantul si nu exista apartinator.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate sectiile spitalului.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

Ordinul nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

Responsabil de proces = medicul de garda / curant
Echipa de proces = medicul curant + medicul sef sectie + Director medical

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

- In situatia in care se interneaza in urgenta un pacient fara discernamant si fara insotitor, adus de ambulanta, de regula, consimtamantul privind oportunitatea unei interventii medicale (pentru pacientii aflati în incapacitatea de a-si da consimtământul), pentru interventii majore chirurgicale / investigatii invazive / resuscitare etc., va fi acordat de echipa medicala prezenta la internare prin semnaturile din FOCG, echipa constituita conform procedurii de constituire a echipei multidisciplinare
- Membrii echipei vor semna in locul reprezentantului legal in FOCG si Formularul de consimtamant
- Membrii echipei sunt : medicul / asistentul medical de pe ambulanta (sau persoana care aduce pacientul), medicul / asistentul medical de la camera de garda, medicul chirurg si ATI (sau cine este prezent la internare: politie etc.)

6. ANEXE / INSCRISURI

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**PROCEDURA privind raspunderea disciplinara si punerea in aplicare a deciziilor Colegiului medicilor**	**350**	
		Ed.: 1	**Rev.:0**
		Pag.: 1/	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	**Numele şi Prenumele**	**Funcţia**	**Data**	**Semnătură**
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Cab. Av. Tudorancea	Comp juridic	05.06.2013	
1.2	Verificat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	**Componenţa revizuită**	**Modalitatea reviziei**	**Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei**
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOPUL

Dreptul angajatorului de a aplica sanctiuni disciplinare salariatiior sai ori de cate ori constata ca acestia au savarsit o abatere disciplinara.

Punerea in aplicare a deciziilor Colegiului medicilor.

2. DOMENIUL DE APLICARE

Procedura se aplică de catre personalul din spital

3. LEGISLATIE

6.1. Legislatie primara

- Codul muncii;
- Contractul colectiv de munca la nivel de unitate;
- Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii

6.2. Alte documente, inclusiv reglementari interne ale entitatii publice.

- ROI,
- ROF
- Statutul C.M.R

7. DEFINIŢII ŞI PRESCURTĂRI ALE TERMENILOR UTILIZATI IN PROCEDURA OPERATIONALA

7.1.Definitii ale termenilor

7.20. Abrevieri ale termenilor

Nr. Crt.	**Abrevierea**	**Termenul abreviat**
1.	**P.O.**	**Procedura operationala**
2.	**E**	**Elaborare**
3.	**V**	**Verificare**
4.	**A**	**Aprobare**
5.	**Ap.**	**Aplicare**
6.	**Arh.**	**Arhivare**

8. DESCRIEREA PROCEDURII OPERATIONALE

8.1. Generalitati

Abaterea disciplinară este o faptă în legătură cu munca şi care constă într-o acţiune sau inacţiune săvârşită cu vinovăţie de către salariat, prin care acesta a încălcat normele legale, regulamentul intern, contractul individual de muncă sau contractul colectiv de muncă aplicabil, ordinele şi dispoziţiile legale ale conducătorilor ierarhici.

Sancţiunile disciplinare pe care le poate aplica angajatorul în cazul în care salariatul săvârşeşte o abatere disciplinară sunt:

a *avertismentul scris;*
b *retrogradarea din funcţie, cu acordarea salariului corespunzător funcţiei în care s-a dispus retrogradarea, pentru o durată ce nu poate depăşi 60 de zile;*
c *reducerea salariului de bază pe o durată de 1 - 3 luni cu 5 - 10%;*
d *reducerea salariului de bază şi/sau, după caz, şi a indemnizaţiei de conducere pe o perioadă de 1 - 3 luni cu 5 - 10%;*
e *desfacerea disciplinară a contractului individual de muncă*.

În cazul în care, prin statute profesionale aprobate prin lege specială, se stabileşte un alt regim sancţionator, va fi aplicat acesta.

Sancţiunea disciplinară se radiază de drept în termen de 12 luni de la aplicare, dacă salariatului nu i se aplică o nouă sancţiune disciplinară în acest termen. Radierea sancţiunilor disciplinare se constată prin decizie a angajatorului emisă în formă scrisă.

Amenzile disciplinare sunt interzise.

Pentru aceeaşi abatere disciplinară se poate aplica numai o singură sancţiune.

Angajatorul stabileşte sancţiunea disciplinară aplicabilă în raport cu gravitatea abaterii disciplinare săvârşite de salariat, avându-se în vedere următoarele:

a împrejurările în care fapta a fost săvârşită;
b gradul de vinovăţie a salariatului;
c consecinţele abaterii disciplinare;
d comportarea generală în serviciu a salariatului;
e eventualele sancţiuni disciplinare suferite anterior de către acesta.

Sub sancţiunea nulităţii absolute, nicio măsură, cu excepţia celei prevăzute la art. 248 alin. (1) lit. a), nu poate fi dispusă mai înainte de efectuarea unei cercetări disciplinare prealabile.

În vederea desfăşurării cercetării disciplinare prealabile, salariatul va fi convocat în scris de persoana împuternicită de către angajator să realizeze cercetarea, precizându-se obiectul, data, ora şi locul întrevederii.

Neprezentarea salariatului la convocarea făcută în condiţiile prevăzute mai sus fără un motiv obiectiv dă dreptul angajatorului să dispună sancţionarea, fără efectuarea cercetării disciplinare prealabile.

În cursul cercetării disciplinare prealabile salariatul are dreptul să formuleze şi să susţină toate apărările în favoarea sa şi să ofere persoanei împuternicite să realizeze cercetarea toate probele şi motivaţiile pe care le consideră necesare, precum şi dreptul să fie asistat, la cererea sa, de către un reprezentant al sindicatului al cărui membru este.

Angajatorul dispune aplicarea sancţiunii disciplinare printr-o decizie emisă în formă scrisă, în termen de 30 de zile calendaristice de la data luării la cunoştinţă despre săvârşirea abaterii disciplinare, dar nu mai târziu de 6 luni de la data săvârşirii faptei.

Sub sancţiunea nulităţii absolute, în decizie se cuprind în mod obligatoriu:

a descrierea faptei care constituie abatere disciplinară;
b precizarea prevederilor din statutul de personal, regulamentul intern, contractul individual de muncă sau contractul colectiv de muncă aplicabil care au fost încălcate de salariat;
c motivele pentru care au fost înlăturate apărările formulate de salariat în timpul cercetării disciplinare prealabile sau motivele pentru care, în condiţiile prevăzute la art. 251 alin. (3), nu a fost efectuată cercetarea;
d temeiul de drept în baza căruia sancţiunea disciplinară se aplică;
e termenul în care sancţiunea poate fi contestată;
f instanţa competentă la care sancţiunea poate fi contestată.

Decizia de sancţionare se comunică salariatului în cel mult 5 zile calendaristice de la data emiterii şi produce efecte de la data comunicării.

Comunicarea se predă personal salariatului, cu semnătură de primire, ori, în caz de refuz al primirii, prin scrisoare recomandată, la domiciliul sau reşedinţa comunicată de acesta.

Decizia de sancţionare poate fi contestată de salariat la instanţele judecătoreşti competente în termen de 30 de zile calendaristice de la data comunicării.

Potrivit Statutului C.M.R., art. 109 (1) şi Legii 95/2006 art. 443 (1) plangerea, sesizarea impotriva unui medic se adreseaza Colegiului al carui membru este medicul.

Colegiul judetean este prima instanta de judecata, dupa care, daca nu veti fi multumit de decizia data puteti face contestatie la Colegiul Medicilor din Romania, care are obligatia sa rejudece dosarul.

Potrivit Statutului C.M.R.,art. 109 alin. (2) „Plangerea trebuie sa contina elemente de identificare ale medicului intimat şi trebuie depusa personal sau prin poşta cu confirmare de primire.”, alin. (3) Nu se vor inregistra plangerile trimise prin fax ori depuse sau trimise in copii.”

Conform art. 449 (1) Actiunea disciplinara poate fi pornita in termen de cel mult 6 luni de la data savarşirii faptei sau de la data cunoaşterii consecintelor prejudiciabile.

Conform art. art. 104. – (1) din Statutul CMR, abaterea disciplinara angajeaza raspunderea disciplinara a faptuitorului, caruia i se va aplica una din urmatoarele sanctiuni:

- mustrare;
- avertisment;
- vot de blam;
- amenda de la 1.000.000 lei la 15.000.000 lei. Plata amenzii se va face in termen de 30 de zile de la data ramanerii definitive a hotararii disciplinare. Neachitarea in acest termen atrage suspendarea de drept din exercitiul profesiei, pana la achitarea sumei;
- interdictia de a exercita profesia ori anumite activitati medicale pe o perioada de la o luna la un an;
- retragerea calitatii de membru al Colegiului Medicilor din Romania.

Retragerea calitatii de membru al Colegiului Medicilor din Romania opereaza de drept, pe durata stabilita prin hotarare definitiva de instantele judecatoresti cu privire la interzicerea exercitarii profesiei.

La sanctiunile prevazute la alin.(1) se poate prevedea, dupa caz, obligarea celui sanctionat la efectuarea unor cursuri de perfectionare sau de educatie medicala, ori alte forme de pregatire profesionala.

Decizia pronuntata se comunica persoanei sanctionate, persoanei care a facut sesizarea, Ministerului Sanatatii, Biroului executiv al Colegiului Medicilor din Romania si persoanei cu care medicul sanctionat are incheiat contractul de munca.

in termen de 15 zile de la comunicare, persoana sanctionata, persoana care a facut sesizarea, Ministerul Sanatatii, presedintele colegiului teritorial sau presedintele Colegiului Medicilor din Romania pot contesta decizia pronuntata de comisia de disciplina a colegiului teritorial.

Actiunea disciplinara poate fi pornita in termen de cel mult 6 luni de la data savarsirii faptei sau de la data cunoasterii consecintelor prejudiciabile.

Sanctiunile prevazute la art. 447 alin. (1) lit. a)-d) din Legea 95/006 privind reforma in domeniul sanatatii se radiaza in termen de 6 luni de la data executarii lor, iar cea prevazuta la lit. e), in termen de un an de la data expirarii perioadei de interdictie.

În cazul aplicarii sanctiunii prevazute la art. 447 alin. (1) lit. f), din Legea 95/006 privind reforma in domeniul sanatatii, medicul poate face o noua cerere de redobandire a calitatii de membru al colegiului dupa expirarea perioadei stabilite prin hotarare judecatoreasca definitiva de interdictie a exercitarii profesiei sau dupa 2 ani de la data aplicarii sanctiunii de catre comisiile de disciplina. Redobandirea calitatii de membru al Colegiului Medicilor din Romania se face in conditiile prezentei legi.

În situatia in care, prin decizia comisiei de disciplina, au fost dispuse si masurile prevazute la art. 447 alin. (3), din Legea 95/006 privind reforma in domeniul sanatatii cu completarile si modificarile ulterioare, radierea sanctiunii se va face numai dupa prezentarea dovezii ducerii la indeplinire a masurii dispuse de comisia de disciplina.

Repetarea unei abateri disciplinare pana la radierea sanctiunii aplicate constituie o circumstanta agravanta, care va fi avuta in vedere la aplicarea noii sanctiuni.

Cercetarea disciplinara se efectueaza de catre persoane din cadrul comisiei sau departamentului de jurisdictie profesionala.

Unitatile sanitare sau cele de medicina legala au obligatia de a pune la dispozitia comisiilor de disciplina sau a persoanelor desemnate cu investigarea abaterilor disciplinare, documentele medicale solicitate, precum si orice alte date si informatii necesare solutionarii cauzei.

Impotriva deciziei de sanctionare a Comisiei superioare de disciplina, in termen de 15 zile de la comunicare, medicul sanctionat poate formula o actiune in anulare la sectia de contencios administrativ a tribunalului in raza caruia isi desfasoara activitatea.

Decizia adoptata de catre comisia de disciplina de la nivel teritorial se comunica medicului cercetat, persoanei care a facut sesizarea si Biroului Executiv al Consiliului National.

Impotriva deciziei comisiei de disciplina de la nivel teritorial, cel sanctionat poate face contestatie in termen de 15 de zile de la data comunicarii ei.

Daca nu se formuleaza contestatie, decizia de sanctionare se comunica unitatii profesionale cu care medicul sanctionat se afla in raporturi de munca precum si Ministerului Sanatatii.

8.2. Documente utilizate

Dispozitii, note explicative, probe.

8.3. Resurse necesare

8.3.1. Resurse materiale: program legislativ actualizat, acces Internet, rechizite, calculatoare personale, acees la baza de date, imprimanta.

8.3.2. Resurse umane:

Personalul implicat in cadrul procesului are competenta necesara din punct de vedere al studiilor, al instruirii, al abilitatilor si al experientei.

8.3.3. Resurse financiare:

Prevederile bugetare ale sumelor necesare privind cheltuielile de functionare (materiale consumabile, intretinerea logisticii, cheltuieli aferente personalului implicat, pregatire profesionala)

Procedura

Seful ierarhic superior **Pacientul/ apartinatorul**	Informează conducătorul entităţii publice despre savarsirea vreunei posibile abateri disciplinare; Sesizeaza posibile culpe medicale la Colegiul al carui membru este medicul.
Angajatorul/managerul **Colegiul medicilor**	1. Dispune aplicarea sancţiunii disciplinare printr-o decizie emisă în formă scrisă, în termen de 30 de zile calendaristice de la data luării la cunoştinţă despre săvârşirea abaterii disciplinare, dar nu mai târziu de 6 luni de la data săvârşirii faptei. Cerceteaza si dispune aplicarea unei sanctiuni. Decizia de sanctionare se comunica unitatii profesionale cu care medicul sanctionat se afla in raporturi de munca precum si Ministerului Sanatatii.

9. RESPONSABILITATI SI RASPUNDERI IN DERULAREA ACTIVITATII

9.1. Manager

9.2 Presedintele colegiului medicilor

9.3. Sef ierarhic

9.4. Personalul din cadrul comp. juridic si runos

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROTOCOL PENTRU INTEGRAREA ANGAJAŢILOR NOI MODALITĂŢI DE INTEGRARE ÎN ORGANIZAŢIE A NOILOR ANGAJAŢI PROCEDURĂ PENTRU PREZENTAREA INSTITUŢIEI NOU-ANGAJAŢILOR ŞI REZIDENŢILOR	351	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Belu Marilena	Serv Resurse umane	05.06.2013	
1.2	Verificat	Belu Marilena	Sef serviciu resurse umane	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:

Prezentul protocol prezinta modul de integrare a noilor angajați in Spitalul Sfântul Sava.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate departamentele spitalului.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

31. Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare
3.2 Ordinul MS nr.1224 / 2012, privind normativul de personal
3.3 Legea 53/2003, cu modificarile si completarile ulterioare

4. RESPONSABILITĂŢI:

4.1 Responsabil de proces = sef departament / sectie
4.2 Echipa de proces = conducerea spitalului

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

1. Unitatea a emis decizii privind îndrumătorii desemnaţi pentru monitorizarea noilor angajaţi pentru fiecare loc de muncă.
2. Noul angajat va semna contractul individual de muncă. I se va înmâna o xerocopie a contractului individual de muncă, sub semnătură.
3. 3. Noului angajat i se va înmâna Fişa Postului cuprinzând sarcinile specifice postului ocupat, sub semnătură si va fi instruit asupra responsabilitatilor postului de catre reprezentant al biroului BRU si asupra respectarii drepturilor pacientului.
4. Va semna Declaratia de confidentialitate in conformitate cu Protocolul de pastrare a confidentialitatii adoptat de unitatea sanitara conform legislatiei in vigoare.
5. Noul angajat va lua cunoştiinţă de prevederile Regulamentului de Organizare şi Funcţionare, Regulamentului Intern, Organigrama unităţii. Dupa caz, i se va inmana Codul de deontologie profesionala pentru medic / asistent etc.

6. Noului angajat i se va face instructajul general privind sănătatea şi securitatea în muncă de către Serviciul Extern de Protecţia Muncii (8 ore).
7. Noului angajat i se va face instructaj privind prevenirea si combaterea IN si va primi:
   - **Ghidul de prevenire si combatere a IN al Spitalului**
   - **Harta cu punctele de risc epidemiologic**
8. Noul angajat va fi condus la noul loc de munca unde va fi prezentat sefului direct si colegilor de munca
9. Noului angajat i se face instructajul la locul de muncă de către şeful locului de muncă (8 ore).
10. Noului angajat i se înmânează Fişa pentru sănătate şi securitate în muncă şi Fişa pentru situaţii de urgenţă si Carnetul de sanatate pentru a se prezenta la Serviciul Extern de Protecţia Muncii, respectiv cabinetul de medicina muncii
11. Noului angajat i se înmânează: ecuson, programul de lucru, echipament de lucru (după caz).
12. Un salariat al Biroului Resurse Umane va conduce noul angajat într-o vizită pentru a cunoaşte instituţia.:
    - Intrările şi ieşirile din clădire
    - Poziţionarea în clădire a biroului
    - Prezentarea locaţiei celorlalte departamente
    - Prezentarea sectoarelor şi zonelor interzise accesului public
    - Alarma de incendiu

6. ANEXE / INSCRISURI

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	SISTEM DE ORGANIZARE SI SCHIMBARE A TURELOR PENTRU PERSONAL MEDIU SI AUXILIAR	352	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Belu Marilena	Serv Resurse umane	05.06.2013	
1.2	Verificat	Belu Marilena	Sef serviciu resurse umane	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedura are drept scop descrierea modalitatii de organizare si schimbare a turelor in spital, atat pentru personalul mediu medical, cat si pentru personalul auxiliar.

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secţiile si compartimentele de îngrijire, inclusiv camere de garda .

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Reglementarea organizarii turelor de asistenti medicali, infirmieri, ingrijitori de curatenie si supraveghetori.

4. TERMINOLOGIE ŞI ABREVIERI

Nu exista abrevieri

5. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

5.1. Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor.

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = asistenta sefa a sectiei / compartimentului

6.2 Echipa de proces = directorul de ingrijiri + seful sectiei / compartimentului + asistenta sefa

7. DESCRIEREA PROCESULUI

Organizarea turelor pentru asistentii medicali si personalul auxiliar, cat si schimbarea acestora, se face conform cu ordinele Ministerului Sanatatii, astfel :

· Schimbarea turelor de serviciu, a garzilor, cu aprobarea scrisa a unitatii;

- In unitatile publice din sectorul sanitar personalul de la locurile de munca in care activitatea se desfasoara fara intrerupere – 3 ture – si are program de 8 ore zilnic, in raport de necesitatile asistentei medicale poate lucra, prin rotatie in ture de 8 ore cu 16 ore libere sau 12 ore cu 24 ore libere.
- Personalul sanitar mediu si personalul auxiliar sanitar incadrat in structurile de primire urgente – unitate de primire urgente sau compartiment de primire urgente desfasoara activitate in trei ture.
- Personalul din unitatile publice cu paturi din sectorul sanitar care lucreaza in locurile de munca unde activitatea se desfasoara in 3 ture pentru a beneficia de sporul prevazut pentru activitatea desfasurata in 3 ture are obligatia de a presta lunar un numar egal de zile in tura a -2-a si tura a 3-a. Numarul de zile in care isi desfasoara activitatea in tura a 2-a si a 3-a va fi stabilit de consiliul de administratie al fiecarei unitati publice sanitare, pe baza de grafice lunare in asa fel incat sa se asigure continuitatea activitatii.
- Prin graficele lunare de activitate intocmite anticipat pentru o luna, pe locuri de munca, se stabileste :
    a) numarul de personal pe fiecare tura in raport de nevoile asistentei medicale;
    b) rotatia pe ture a personalului;
    c) intervalul legal dintre doua zile consecutive de lucru.
  - Graficele lunare de activitate, pe locuri de munca se intocmesc de seful de compartiment si se aproba de conducerea unitatii.
  - Modificarea graficelor lunare se poate face de catre conducerea unitatii, la propunerea sefului de compartiment.
  - Personalul din unitatile publice din sectorul sanitar unde activitatea se desfasoara in 3 ture poate fi scutit temporar de a presta activitate in tura de noapte atunci cand se afla in una din urmatoarele situatii:
    a) in caz de graviditate, lehuzie si pe timpul cat alapteaza;
    b) are program redus pe baza de certificat medical;
    c) starea de sanatate contravine desfasurarii activitatii in tura a 3-a, dovedita cu certificat medical;
    d) pensionare de invaliditate de gradul III.

    Activitatea este consemnată zilnic în condicile de prezenţă pe secţii şi compartimente de muncă, cu trecerea orei de începere a programului şi ora de terminare a programului.
  - Condicile de prezenţă sunt verificate zilnic de medicul şef şi, respectiv, şeful Biroului RUNOS (ori delegatul biroului în acest sens), care au obligaţia de a confirma prin semnătură, concordanţa prezenţei din secţie sau compartimente cu cea din condică.
  - Programul de lucru, inclusiv gărzile, se stabileşte de conducerea unităţii, respectându-se legislaţia în vigoare.

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE

- Grafic de tura
- Cerere de schimbare tura

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA DE PROMOVARE IN GRADE SAU TREPTE	353	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Belu Marilena	Serv. resurse umane	05.06.2013	
1.2	Verificat	Belu Marilena	Serv. resurse umane	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

I. Scopul:

Sa asigure evolutia in cariera a personalului contractual, prin trecerea intr-un grad, treapta profesionala sau functie superioara.

II. Baza legala:

H.G.nr.286/2011 pentru aprobarea regulamentului cadru privind promovarea in grade sau trepte profesionale.

III. Aplicabilitatea procedurii:

Biroul R.U.N.O.S.

Responsabili:

Sefii de sectie, compartimente, laboratoare, birouri, personalul biroului R.U.N.O.S, responsabilizat cu atributiile de încadrare a personalului.

Atribuţiile responsabililor:

Promovarea persoanelor încadrate cu contract individual de muncă în grade sau trepte profesionale se face, de regulă, pe un post vacant sau temporar vacant, iar în situaţia în care nu există un asemenea post se face prin transformarea postului din statul de funcţii în care acestea sunt încadrate într-unul de nivel imediat superior.

Promovarea în grade sau trepte profesionale a personalului contractual din sectorul bugetar se face prin examen.

Regulamentul de organizare şi desfăşurare a examenului de promovare în grade sau trepte profesionale a personalului contractual se aprobă prin act administrativ al ordonatorului principal de credite.

Examenul de promovare în grade sau trepte profesionale a personalului contractual constă în susţinerea unei probe scrise sau a unei probe practice, după caz, şi interviu stabilite de comisia de examinare.

Proba practică se susţine în cazul funcţiilor contractuale la care este necesară verificarea abilităţilor practice.

Pentru a participa la concursul de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare, candidatul trebuie să fi obţinut calificativul "foarte bine" la evaluarea performanţelor profesionale individuale cel puţin de două ori în ultimii 3 ani.

Comisia de examinare desemnată prin act administrativ de către ordonatorul de credite bugetare, din care fac parte sindicatele sau, după caz, reprezentanţii salariaţilor, va evalua candidatul în cadrul examenului de promovare în grade sau trepte profesionale pe baza următoarelor criterii:

a) cunoştinţe teoretice necesare funcţiei evaluate;

b) comportament în situaţii de criză;

c) abilităţi de comunicare;

d) capacitate de sinteză.

Criteriul prevăzut la alin. (1) lit. a) se evaluează pe baza unei probe scrise din domeniul de activitate al angajatului, care să ateste pregătirea profesională şi gradul de acumulare a experienţei profesionale în domeniul respectiv. Proba scrisă poate fi susţinută şi sub forma unui test-grilă.

Criteriile prevăzute la alin. (1) lit. b) - d) se evaluează în cadrul interviului.

Comisia de examinare poate stabili şi alte criterii de evaluare specifice care vor fi evaluate în cadrul interviului, cum ar fi:

a) complexitate, iniţiativă, creativitate şi diversitate a activităţilor;

b) judecata şi impactul deciziilor;

c) influenţă, coordonare şi supervizare.

În cadrul examenului de promovare fiecare dintre cele două probe, respectiv proba scrisă sau proba practică, după caz, şi interviul vor fi notate cu un punctaj maxim de 100 de puncte.

Membrii comisiei de examinare acordă individual punctaje pentru fiecare dintre cele două probe, consemnate în borderoul de notare.

Punctajul final al fiecăreia dintre cele două probe se calculează ca medie aritmetică a punctajelor .

Punctajul examenului de promovare se calculează ca medie aritmetică a punctajelor finale obţinute la fiecare dintre cele două probe scrisă sau practică, după caz, şi interviul.

Punctajul minim de promovare este de 50 de puncte.

Comisia de examinare este formată din 3 membri, 2 membri din cadrul instituţiei sau autorităţii publice şi un membru de sindicat sau, după caz, un reprezentant al salariaţilor, cu experienţa şi cunoştinţele necesare în domeniul postului în care se face promovarea.

Pentru soluţionarea contestaţiilor prin act administrativ al ordonatorului de credite bugetare se constituie comisia de soluţionare a contestaţiilor.

Calitatea de membru în comisia de examinare este incompatibilă cu calitatea de membru în comisia de soluţionare a contestaţiilor.

Membrii din comisia de soluţionare a contestaţiilor trebuie să aibă experienţa şi cunoştinţele necesare în domeniul postului în care se face promovarea.

Intocmit,
Sef Birou R.U.N.O.S.,

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	DENUMIREA PROCEDURII: ACCESUL LA DATELE CU CARACTER PERSONAL ALE ANGAJAȚILOR	354	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/1	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Cab. Av. Tudorancea	Comp juridic	05.06.2013	
1.2	Verificat	Belu Marilena	Serv. resurse umane	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

SCOPUL : descrierea modului de accesare a informatiilor perosnale ale angajatilor

Datele personale ale angajatilor din dosarele de personal sunt securizate si secrete.

Nu are acces la aceste date decat angajatul care isi solicita dosarul.

Se pot da date personale ale angajatilor, autoritatilor abilitate, în urma unei cereri scrise: politie, curte de contruri, procuratura etc.

In caz de deces al angajatului, rudele primesc in urma solicitairi prin cerere dosarul angajatului.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA COMPLETAREA DOSARULUI PROFESIONAL	355	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Belu Marilena	Serv. Resurse umane	05.06.2013	
1.2	Verificat	Belu Marilena	Serv. Resurse umane	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP: evidenta la zi a datelor cu caracter personal , profesional si evolutia in cariera profesionala .

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in cadrul biroulUI resurse umane, normare, organizare, salarizare si *compartimentul secretariat.*

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

3.1 Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

3.2 Legea nr.330/2009 privind salarizarea unitara a personalului platit din fonduri publice

Pas	Responsabil	Descriere
1	*Salariat*	*Are obigatia de a aduce la cunostinta biroului resurse umane modificarile privind domiciliul sau dupa caz , resedinta , precum si scimbarile intervenite in structura socioprofesionala prin depunerea de documente justificative , in termen de 15 zile de la producerea acestor modificari*
2	*Seful biroului resurse umane*	*Traseaza sarcina modificarii, completarii, operarii in dosarul profesional a modificarilor semnalate , in baza documentelor justificative depuse de catre functionarul public.*
3	*Lucratorul biroului resurse umane*	*Verifica documentatia depusa de solicitant si certifica pentru conformitate cu originalul fiecare xerocopie in parte 9in cazul documentelor prezentate riginal-copie).*
4	*Lucratorul biroului resurse umane*	*Modifica , completeaza si opereaza in dosarul profesional modificarile privind domiciliul sau , dupa caz resedinta precum si schimbarile intervenite in structura socio-profesionala a personalului.*
5	*Seful biroului resurse umane*	*Verifica corectitudinea indeplinirii procedurii*
6	*Salariat*	*Poate solicita prin cerere , eliberarea de adeverinte care sa ateste activitatea profesionala desfasurata , vechimea in munca , in specialitate si in functie , conditiile in care isi desfasoara activitatea etc..*

7	*Managerul unitatii*	*Aproba/respinge cererea si o repartizeaza prin intermediul secretariatului la biroul resurse umane.*
8	*Seful biroului resurse umane*	*Repartizeaza cererea lucratorului de resurse umane, care are atributii cu privire la evidenta personalului si dispune dupa caz, eliberarea adeverintei solicitate.*
9	*Lucratorul biroului resurse umane*	*Intocmeste in termen legal adeverinta solicitata*
10	*Seful biroului resurse umane*	*Verifica sub aspectul legalitatii si conformitatii cu realitatea , documentele elaborate.*
11	*Seful biroului resurse umane*	*Inainteaza managerului unitatii spre aprobare documentele elaborate.*
12	*Managerul unitatii*	*Aproba documentele elaborate si le repartizeaza compartimentului secretariat pentru inregistrare si aplicarea stampilei de unitate.*
13	*Compartimentul secretariat*	*Inregistreaza , aplica ştampila de unitate si inainteaza dupa caz , documentatia biroului resurse umane .*
14	*Lucratorul biroului resurse umane*	*Initiaza procedura inaintarii catre solicitant a documentului solicitat (personal sau prin intermediul compartimentului secretariat , dupa caz) .*

6. ANEXE / INSCRISURI

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	INTOCMIREA STATULUI DE PLATA	356	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Stroescu Julianna	Director financiar	05.06.2013	
1.2	Verificat	Stroescu Julianna	Director financiar	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Document pentru calculul drepturilor banesti cuvenite salariatilor precum si al contributiilor sau altor sume datorate - document justificativ de inregistrare in contabilitate;

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in biroul resurse umane , normare , organizare , salarizare si biroul financiar contabil;

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:

3.1 Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:

5. DESCRIEREA PROCEDURII:

Pas	Responsabil	Descriere
1	*Lucratorul desemnat din cadrul biroului resurse umane*	Intocmeste lunar la data lichidarii drepturilor salariale (15 ale lunii pentru luna anterioara) statul de plata in doua exemplare pe baza documentelor de evidenta a timpului efectiv .
2	*Conducatorul ierarhic superior al salariatului si conducatorul unitatii aproba*	- cerere de efectuare a concediului de odihna - cerere de efectuare a concediului fara plata - certificat de concediu medical - referat ore suplimentare
3	*Lucratorul desemnat din cadrul biroului resurse umane*	Listeaza fisele de prezenta
4	*Conducatorii compartimentelor completeaza*	Completeaza fisele de prezenta pentru salariatii din subordine
5	*Conducatorul unitatii aproba*	Aproba fisele de prezenta pentru fiecare loc de munca
6	*Lucratorul desemnat din*	Deruleaza programul electronic de intocmire al statelor de plata in

	cadrul biroului de resurse umane	urmatoarele etape: 1. modificari incadrare/adaugare de noi angajati – fisa personala a salariatului care cuprinde date referitoare la nume si prenume , functie , gradatie , locul de munca , salariul lunar de incadrare , norma de munca , grupa de munca ; 2. modificari ale constantelorsi anume : constante lunare (numar zile lucratoare din luna , modificarea grilei de impozitare , modificari ale constantelor anuale) cote angajati somaj , CAS , CASS , salariul mediu , prognozat etc.; 3. introducere fise lunare de prezenta ; 4. introducere concedii medicale; 5. introducere premii (premiul anual, premiul lunar); 6. introducere reglari (diferente +/-) 7. introducere sau modificare retineri (rate, popriri, cotizatii) altele decat ogligatiile angajatorului; 8. introducere retineri CAR in baza borderoului emis de CAR Sanitar; 9. listare diverse situatii ale lichidarii (fluturas , state de plata , centralizator plata salarii, centralizator concedii medicale din luna , centralizator retineri pentru diversi etc.);
7	*Lucratorul desemnat din cadrul biroului resurse umane*	Semneaza pentru intocmirea statului de plata
8	*Seful biroului resurse umane*	Semneaza statul de plata
9	*Persoana desemnata sa exercite controlul financiar – preventiv*	Vizeaza pentru plata exemplarului 1 al statului
10	*Directorul financiar contabil*	Aproba plata salariilor
11	*Conducatorul unitatii*	Aproba plata salariilor
12	*Lucratorul desemnat din cadrul biroului financiar contabil*	Arhiveaza exemplarul 1 al statului de plata
13	*Lucratorul desemnat din cadrul biroului resurse umane*	Arhiveaza exemplarul 2 al statului de plata

6. ANEXE / INSCRISURI

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Belu Marilena	Serv. resurse umane	05.06.2013	
1.2	Verificat	Belu Marilena	Serv. resurse umane	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Definirea actelor necesare la angajare

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in toate secţiile.

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

4. TERMINOLOGIE ŞI ABREVIERI

5. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ

5.1. Ordinul MS nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = medicul curant

7.DESCRIEREA PROCEDURII:

La incheierea contractului individual de munca veti solicita salariatului prezentarea urmatoarelor documente:

1. **buletinul de identitate sau cartea de identitate** (OUG 97/2005 privind evidenta, domiciliul, resedinta si actele de identitate ale cetatenilor romani, publicata in Monitorul Oficial nr. 641 din 20 iulie 2005, aprobata cu modificari prin Legea nr. 290/2005, publicata in Monitorul Oficial nr. 959 din 28 noiembrie 2005);
2. **adeverinta de la angajatorul precedent,** care sa ateste activitatea desfasurata la acesta, vechimea in munca, in meserie sau in specialitate. Angajatorul are obligatia de a elibera aceasta adeverinta, potrivit art. 34 alin. 5

din Codul muncii. Cat timp inca se completeaza carnetele de munca, aceasta adeverinta nu este neaparat necesara; din 2010 ea va deveni singura oglinda a activitatii prealabile a candidatului la angajare;

3. **curriculum vitae.**
   - § Nu se mai utilizeaza forma narativa (m-am nascut..., am absolvit..., am fost permanent preocupat de... etc.), ci o forma succinta si clara. Totusi, unii angajatori continua sa solicite, alaturi de curriculum vitae, si un memoriu de activitate, in care candidatul se va exprima cursiv si pe larg.
   - § Acum exista modelul comun european pentru Curriculum Vitae, un model sistematic, cronologic si flexibil, al calificarii si competentelor fiecarei persoane redactat potrivit Hotararii Guvernului nr. 1.021/2004, publicata in Monitorul Oficial nr. 633 din 13 iulie 2004.
   - § Scopul acestui model consta in sporirea transparentei si exactitatii informatiilor existente pe piata fortei de munca si alinierea legislatiei romane la reglementarile comunitare in domeniu. Modelul comun european de curriculum vitae cuprinde urmatoarele categorii de informatii:
     a. informatii cu caracter personal, limbi straine cunoscute, experienta profesionala si studiile urmate;
     b. alte aptitudini ale persoanei, in special aptitudini tehnice, organizatorice, artistice informatii si sociale;
     c. informatii suplimentare care pot fi mentionate in CV sau intr-o anexa a acestuia.
     d. diplome de studii liceale, postliceale, universitare, postuniversitare, doctorat, scoli de arte si meserii etc.;
     e. avize, autorizatii, atestari necesare pentru exercitarea meseriei sau profesiei. Retragerea ulterioara a acestor avize sau atestari de catre autoritatile sau organismele competente va antrena incetarea de drept a contractului individual de munca, potrivit art. 56 lit. h;
     f. avizul sau certificatul medical. Absenta acestuia atrage nulitatea absoluta a contractului individual de munca;
     g. livretul militar sau adeverinta de recrutare (Legea nr. 46/1996, publicata in Monitorul Oficial nr. 120 din 11 iunie 1996, cu modificarile si completarile ulterioare);
     h. cazierul judiciar. Eliberarea cazierului judiciar se realizeaza cu respectarea Hotararii Guvernului nr. 1.373/2004 pentru aprobarea formularelor-tip privind comunicarile cu privire la datele ce urmeaza a fi inscrise in cazierul judiciar sau notate provizoriu in evidenta unitatilor de politie, precum si a celor privind cererile pentru obtinerea certificatelor si copiilor de pe cazierul judiciar, publicata in Monitorul Oficial nr. 841 din 14 septembrie 2004.
     i. nota de lichidare reprezinta un document din care rezulta situatia debitelor la angajatorul precedent (daca persoana a mai fost angajata).
     j. fisa de evaluare a performantelor profesionale individuale din anul anterior (fotocopie), respectiv recomandare de la angajatorul precedent. Daca persoana se incadreaza in munca pentru prima data, recomandarea se va putea elibera de catre unitatea de invatamant absolvita.

Documentele necesare la angajare vor fi mentionate chiar in anuntul publicitar privind postul. Iata modelul unui asemenea anunt publicitar, redactat in asa fel incat candidatii la ocuparea postului sa vina deja pregatiti cu documentele necesare:

DIRECTIA RESURSE UMANE anunta scoaterea la concurs a unui post de ECONOMIST *la Departamentul ..... Directia ..... Serviciul .....*

Concursul va avea loc in ziua de 14 septembrie 2010, ora 10:00.

Conditii pentru inscrierea la concurs:

a. studii superioare economice;
b. experienta minima in specialitate: 2 ani.
c. Candidatii vor prezenta la inscriere:
d. curriculum vitae;
e. memoriu de activitate;
f. diploma de studii (original si copie);
g. certificat medical/adeverinta medicala;
h. certificat de cazier judiciar.

1. *Verificarea aptitudinilor profesionale va consta din:*
    a) interviu cu comisia de examinare;
    b) sustinerea studiului depus la inscriere, avand urmatoarea tematica:
    c) urmarirea si inregistrarea cheltuielilor Directiei Formatii Muzicale ;
2. *Inscrierile se primesc la Directia Resurse Umane pana la data de 13 septembrie 2010, ora 13:00.*

Situatia locurilor de munca vacante -> se depune cu minim 1 zi inaintea angajarii la ghiseu SOMAJ, ITM parter, L-V 8-13

Cererea de angajare (in care este trecut salarul de incadrare) cu aprobarile angajatorului: 1. Per. nedeterm./ determ. 2. functie de baza/ cumul functii 3. data incepere activitate 4. nr.ore/ zi 5. denumirea functiei 6. salar brut

Minuta de informare (prealabila conform articol 17)

Contract de munca -> incheiat cu minim 1 zi inainte de a incepe activitatea, dar in aceeasi zi, sau dupa data "Situatiei locurilor de munca vacante"

- § copie B.I/ C.I.
- § copie act de studii
- § copie certificate casatorie
- § copie certificat nastere/ copie certificate nastere copii
- § declaratie cu persoanele aflate in intretinere (daca este vorba despre functia de baza)
- § programarea concediilor de odihna pentru anul in curs
- § declaratia Protectia Muncii - descriere traseu pana la locul de munca
- § analize medicale (de adus INAINTE de angajare) -> Dosar medical verde: se completeaza de catre angajator si ramane la Cab. Medical, care elibereaza "Fisa de aptitudini" in 2 ex. (unul alb si unul verde) -> 1 ex.- dosar personal (fara fisa de aptitudini nu ai voie sa primesti persoana la munca-contractul este astfel nul potrivit modificarilor noi)
- § fisa de protectia muncii
- § fisa PSI
- § ROI (regulament de ordine interioara semnat si datat)
- § fisa postului semnata
- § minuta de informare (prealabila incheierii actului aditional)
- § acte aditionale (majorari salarii, schimbari functii, durata de munca etc.)

Semnatura in Registrul Contractelor de Munca

Anexe

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	DENUMIREA PROCEDURII: EVALUAREA PERIODICA A POSTURILOR	358 Ed.: 1 Rev.:0 Pag.: 1/3

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Belu Marilena	Serv. resurse umane	05.06.2013	
1.2	Verificat	Belu Marilena	Serv. resurse umane	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP:
Stabileste modul de lucru privind

2. DOMENIU DE APLICARE
Procedura se aplică in compartimentul RUNOS.

3. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ:
Ordinul MS nr.972/2010, privind aprobarea standardelor de acreditare

4. RESPONSABILITĂŢI:
Responsabil de proces = economist
Echipa de proces = sef serviciu RUNOS + directori

5. DESCRIEREA PROCEDURII:
Procesul de evaluare a posturilor este de multe ori confundat cu alte activitati de evaluare, cel mai des cu evaluare performantelor sau cu analiza muncii. Evaluare performantelor masoara rezultatele obtinute de angajat, raportate la standardele companiei. Pe de alta parte, analiza muncii se refera la stabilirea responsabilitatilor si a competentelor corespunzatoare fiecarui post din cadrul unei companii.
Evaluarea posturilor presupune analiza posturilor dintr-o companie pentru a se stabili care este valoarea fiecaruia. Aceasta valoare se refera la impactul pe care il are postul asupra atingerii obiectivelor organizationale.
Rezultatul final al acestei activitati este o ierarhie a posturilor, in functie de importanta lor in cadrul companiei, ierarhie care permite stabilirea unor intervale salariale pentru fiecare categorie de posturi.

Etapele procesului de evaluare a posturilor:
1. Stabilirea criteriilor generale folosite pentru a evalua valoarea unui post şi pentru a crea o ierarhie a posturilor.
Criteriile generale identificate sunt:
a. Abilităţi
b. Efort

c. Responsabilitate
d. Condiţii de muncă

REVIZUIREA Fiselor de post pentru a se stabili caracteristicile comune, precum şi aspectele unice ale fiecărui post. Aceste caracteristici sunt criteriile specifice, care grupate formeaza un criteriu general. De exemplu, criteriul specific Experienta face parte din categoria criteriului general Abiltiati.
Este recomandabil să se identifice între 5-12 criterii specifice, care să fie discutate împreună cu managementul, pentru a se verifica măsura în care acestea surprind valorile interne ale companiei.
Caracteristicile criteriilor specifice:

- Să permită identificarea valorii posturilor
- Să corespundă valorilor interne ale companiei
- Să acopere toate aspectele importante ale cerinţelor posturilor
- Să poată fi gestionate uşor – un număr prea mare al criteriilor face dificilă evaluarea

REVIZIUIREA organigramei

2. Definirea criteriilor specifice Fiecare criteriu este definit în termeni cât mai clari şi uşor de înţeles, după care se stabilesc pentru fiecare nivelele minim şi maxim, astfel încât să se poată identifica cu uşurinţă şi nivelele intermendiare. De exemplu, din categoria de factori generici Abilităţi, criteriul specific experienţă poate fi definit în felul următor:
Experienţă Timpul necesar pentru ca un angajat să obţină performanţe satisfăcătoare raportate la standardul companiei, fără a avea nevoie de supervizare specială.
Nivele Gradul 1 – mai puţin de 3 luni Gradul 2 – între 3 şi 12 luni Gradul 3 – între 1 şi 3 ani Gradul 4 – între 3 şi 5 ani Gradul 5 – mai mult de 5 ani
Exemple de criterii generale si specifice. a. **Abilităţi** – care includ:
Experienţa – necesară pentru a ocupa postul, fie câştigată la locul de muncă actual, fie dobândită din experienţele anterioare
Cunoştinţele – nivelul educaţiei necesar pentru a desfăşura activitatea
Dexteritate manuală – se referă la abilităţile specifice cerute de post
Abilităţi de analiză – măsura în care postul necesită ca ocupantul său să analizeze, să descifreze sau să exploreze noi posibilităţi
Creativitatea – necesară în posturi de genul designer, marketing manager, publicitate
Abilităţi de comunicare: verbală – nivelul cerut pentru a ocupa postul (un post de telesales va avea nevoie de un nivel mai înalt de comunicare verbală decât unul de portar) scrisă – un post de ziaristă avea nevoie de un nivel mai înalt de comunicare scrisă decât unul de casier)
Complexitatea postului – se referă la totalitatea abilităţilor specifice necesare pentru a ocupa postul; aceasta nu este relaţionată neapărat cu nivelul postului: un post de operator CNC poate fi mai complex decât unul de secretară.

b. **Efort** – care se referă la:
Cerinţele fizice ale postului – câtă muncă fizică este necesară pentru postul respectiv (să ridice, să alerge, să stea pe scaun) Cerinţele psihice – efortul mental depus pentru a ocupa postul: luarea deciziilor, concentrare

c. **Responsabilitat**e – care include:
Supervizare – câte persoane raportează direct persoanei care ocupă această poziţie
Buget – valoarea bugetului de care răspunde ocupantul, poate indica şi nivelul ierarhic unde se situează
Luarea deciziei – impactul pe care deciziile luate de ocupantul postului îl au asupra organizaţiei
Gradul de răspundere – în ceea ce priveşte deciziile luate
Impactul postului asupra organizaţiei – cât de important este postul pentru companie

d. **Condiţiile de muncă** – se referă la:
Mediu de lucru expus la risc – timpul în care ocupantul postului poate fi expus la pericole potenţiale la locul de muncă
Condiţii de temperatură – variaţii ale temperaturii la care este expus ocupantul postului
Mirosuri – neplăcute la care poate fi expus angajatul
Zgomote puternice – măsura în care va fi expus la ele şi pe ce durată

Lipsa mediului de lucru expus la pericol – de exemplu munca în birou

3. Ponderarea criteriilor – acordarea de ponderi în funcţie de importanţa fiecărui criteriu pentru postul în cauză (de exemplu, gradul de răspundere are o pondere mai mare pentru o poziţie de middle sau top management, decât pentru una de entry level, unde sunt mai importante cunoştinţele şi abilităţile).
Ponderarea se face acordându-se procente criteriilor astfel încât suma lor să fie 100.

Un prim pas în procesul de ponderare este ierarhizarea criteriilor (este important de reţinut că această etapă se referă la ierarhizarea criteriilor specifice, nu la nivele acestora).
Odată stabilită ierarhia posturilor în cadrul organizaţiei, se calculează intervalul salariul pentru fiecare post, fie raportându-ne la valorile interne ale companiei, fie la piaţa externă. Este foarte important de retinut faptul ca 2 persoane de pe aceeasi pozitie nu trebuie neaparat sa aiba acelasi salariu. Stabilirea grilei de salarizare folosind sistemul de evaluare al posturilor inseamna ca se poate oferi un salariu care sa se incadreze in intervalul presupus de post. In limitele acestui interval se stabileste salariul pentru fiecare angajat de pe postul respectiv, in functie de performantele obtinute.

6. ANEXE / INSCRISURI

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**P R O C E D U R Ă** **privind întocmirea, actualizarea si aprobarea fiselor de post pentru personal**	**359** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1) Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	***1***	***2***	***3***	***4***	***5***
1.1	Elaborat	Ec. Belu Marilena	Serv. R.U.	05.06.2013	
1.2	Verificat	Dr.Tache Mihai	Preş. Cons. Med.	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Jr. Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2) Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	***1***	***2***	***3***	***4***
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

I. Scopul

1) Procedura stabileste pasii ce trebuie parcursi pentru intocmirea, actualizarea si aprobarea fiselor de post pentru personalul Spitaluluil SF SAVA Buzau;
2) serviciul RU gestioneaza fisele de post pentru posturile din structura organizatorica a aparatului propriu al spitalului ;
3) Sarcinile derulate in cadrul acestei proceduri sunt urmatoarele :
   a) Elaborarea fiselor de post
   b) Modificarea /atualizarea fiselor de post

II. Domeniul de aplicare

Procedura se aplica de catre personalul de conducere din cadrul spitalului, care intocmeste fisa de post, in calitate de conducator al compartimentului respectiv, pe de o parte, iar pe de alta parte de persoane care avizeaza si aproba aceste documente.

Definitii si abrevieri ale termenilor procedurii operationale

1.Definitii ale termenilor

Nr.	TERMENUL	Definitia si/sau , daca este cazul , actul normativ care defineste termenul
1	Procedura operationala	Prezentarea formalizata, in scris, a tuturor pasilor ce trebuie urmati, a metodelor de lucru stabilite si a regulilor de aplicat, in vederea executarii activitatii, atributiei sau sarcinii;
2	Editie a unei proceduri	Forma initiala sau actualizata, dupa caz, a unei proceduri operationale, aprobata si difuzata;
3	Revizia in cadrul unei editii	Actiuni de modificare, adaugare, suprimare sau altele asemenea, dupa caz, a uneia sau a mai multor componente ale unei editii a procedurii operationale, actiuni care au fost aprobate si difuzate;
4	Fisa de post	Documentul intocmit de catre serviciul R.U. impreuna cu superiorul ierarhic al personalului aflat in subordine, in care sunt precizate sarcinile si atributiile ce revin titularului de post;

II Abrevieri ale termenilor

Nr.	Abrevierea	Termenul abreviat
1	MS	Ministerul Sanatatii
2	ROF	Regulamentul de organizare si functionare
3	B RUNOS	Biroul RUNOS
4	PO	Procedura operationala
5	E	Elaborare
6	V	Verificare
7	A	Aprobare
8	Av	Avizare
9	Ap	Aplicare
10	Av	Arhivare
11	S	Semnare

Descrierea procedurii:

1) Prevederi legale

- Legea 95/2006 si ordine ale ministrului sanatatii cu modificarile si completarile ulterioare , date in aplicarea acesteia , privind competentele managerului si ale membrilor comitetului director;
- Legea Nr. 53/2003 Codul Muncii – republicata cu modificarile si completarile ulterioare;

2) Potrivit prevederilor legale in vigoare mai sus mentionate, fisa postului se anexeaza la contractul de munca , la dosarul de personal (profesional), iar o copie a acesteia se inmaneaza titularului

3) Elaborarea fiselor de post:

- Serviciul R.U. colaboreaza cu superiorul ierarhic al personalului aflat in subordine, in vederea stabilirii sarcinilor si atributiilor ce revin titularului de post;
- Întocmirea fiselor de post pentru toate posturile ocupate si vacante existente in statul de functii;
- Verificarea de catre serviciul R.U. a indeplinirii prevederilor legale privind intocmirea fiselor de post;
- Avizarea/aprobarea fiselor de post.

4) Fisele de post se modifica/actualizeaza, conform prevederilor legale, ca urmare a :

- modificarii atributiilor de serviciu ale personalului de conducere si de executie;
- promovarii in grad profesional a personalului de executie;
- modificarii Regulamentului de organizare si functionare al Spitalului , cu impact asupra atributiilor postului respectiv;

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	**Procedura operaţională a acordării concediului de odihnă**	**360** **Ed.: 1** **Rev.:0** **Pag.: 1/2**

1) Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea și aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătura
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Ec. Belu Marilena	Serv. R.U.	05.06.2013	
1.2	Verificat	Dr. Tache Mihai	Preș. Cons. Med.	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Jr. Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2) Situaţia ediţiilor și a reviziilor în cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	**x**	**x**	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

Scopul: de a stabili modul în care este acordat concediul de odihnă personalului din spitalul SF SAVA Buzău, compartimentele și persoanele care participă la realizarea activităţii, etapele acesteia și documentele care stau la baza acordării.

Aplicabilitatea procedurii: Toate entitățile funcționale din structura spitalului SF SAVA Buzău

Baza legală: Codul Muncii - Lg. nr.53/2003

RESPONSABIL	DESCRIERE
Serviciul R.U.	Stabileşte, la angajarea unei persoane, numărul de zile calendaristice de concediu de odihnă/an la care salariatul are dreptul, de la data angajării. Durata concediului de odihnă este aceea pe care salariatul o împlineşte în cursul anului calendaristic pentru care se acordă concediul şi se stabileşte potrivit legislaţiei. Concediul de odihnă se efectuează în fiecare an calendaristic, integral sau fracţionat. Concediul de odihna poate fi fracţionat, la cererea salariatului, cu condiţia ca una dintre fracţiuni să nu fie mai mică de 10 zile lucrătoare. Salariaţii spitalului SF SAVA Buzău, au dreptul în fiecare an calendaristic la un concediu de odihnă plătit, după cum urmează: - 21 de zile lucrătoare; Durata concediului de odihnă al salariaţilor din spitalul SF SAVA Buzău, care nu au lucrat tot timpul anului, se stabileşte proporţional cu perioada lucrată stabilită potrivit regulilor de mai sus. Salariaţii care au absentat de la program întregul an calendaristic, fiind în concedii medicale, concediu de maternitate, concedii pentru creşterea copilului sau îngrijirea copilului bolnav, acordate în condiţiile Legii nr.19/2000 privind sistemul public de pensii şi alte drepturi de asigurări sociale, cu modificările și completările ulterioare, ori în concedii fără plată, nu au dreptul la concediu de odihnă pentru acel an. În cazul în care perioadele de concedii prevăzute mai sus, însumate, au fost de 12 luni sau mai mari şi s-au întins pe doi ori pe mai mulţi ani calendaristici, salariaţii au dreptul la un singur concediu de odihnă, acordat în anul reluării activităţii, în măsura în care nu a fost efectuat în anul în care a intervenit absenţa de la serviciu.
Şefii de servicii,sectii,	Programarea de principiu a concediilor de odihnă pentru anul următor se face până la sfârşitul anului în curs, cu consultarea salariaţilor, şi se aprobă de şeful structurii respective.

laboratoare, solicită personalului din subordine efectuarea programărilor concediilor de odihnă.	Concediile de odihnă se programează eşalonat, în tot cursul anului, ţinându-se seama de activităţile specifice desfăşurate şi de nevoile personale ale salariaţilor, fără ca numărul celor aflaţi în acelaşi timp în concediu de odihnă să depăşească o treime din efectivul unităţii. Reprogramarea sau amânarea efectuării concediului de odihnă va putea fi efectuată când salariatul se află în una dintre următoarele situaţii: a) este în concediu medical pentru incapacitate temporară de muncă; b) urmează să îndeplinească sarcini de importanţă deosebită din dispoziţia scrisa a şefului structurii din care face parte; c) solicită concediul de odihnă înainte sau în continuarea concediului de maternitate sau i s-a acordat concediu plătit pentru creşterea copilului în vârstă de până la 2 ani sau a copilului cu handicap până la împlinirea vârstei de 3 ani; d) are recomandare medicală pentru a urma un tratament într-o staţiune balneoclimaterică, caz în care data începerii concediului de odihnă va fi cea indicată în recomandarea medicală sau în biletul de tratament; e) urmează sau este planificat să urmeze un curs de perfecţionare ori de specializare.
Salariatul beneficiar al concediului de odihnă	Completează cererea prin care se solicită efectuarea fracţiunii de 10 zile din concediul de odihnă, solicitarea efectuării se face cu cel puţin 5 zile lucrătoare înainte de data plecării în concediu. Pentru fracţiunile mai mici, cererea se va face cu cel puţin 2 zile lucrătoare înainte de plecare. Cererea de efectuare a concediului, va fi avizată de şeful ierarhic direct și de seful structurii din care face parte și înregistrată la secretariatul unităţii.
Serviciul secretariat	Înaintează spre aprobare managerului general, solicitarea de acordare a concediului de odihnă.
Seful ierarhic	Aprobă/ respinge solicitarea de acordare a concediului de odihnă și o repartizează serviciului R.U. pentru evidenta și completare a dosarului de personal;
Managerul general	Ia măsurile necesare pentru ca salariaţii să efectueze, în fiecare an calendaristic, concediile de odihnă la care au dreptul.

Spitalul SFÂNTUL SAVA - S.R.L. – Buzău	PROCEDURA PRIVIND ACCESUL MASS-MEDIA	409	
		Ed.: 1	Rev.:0
		Pag.: 1/2	

1. **Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea şi aprobarea ediţiei sau după caz, a reviziei în** cadrul ediţiei procedurii operaţionale

	Elementele privind responsabilii/operaţiunea	Numele şi Prenumele	Funcţia	Data	Semnătură
0	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1.1	Elaborat	Cab. Av. Tudorancea	Comp juridic	05.06.2013	
1.2	Verificat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	
1.3	Aprobat	Alexandru Constantin	Manager	05.06.2013	

2. Situaţia ediţiilor si a reviziilor in cadrul ediţiilor procedurii operaţionale

	Ediţia sau, după caz revizia din cadrul ediţiei	Componenţa revizuită	Modalitatea reviziei	Data la care se aplică prevederile ediţiei sau reviziei ediţiei
0	*1*	*2*	*3*	*4*
2.1	Ediţia I	x	x	**06.06.2013**
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			
2.4	Revizia 3			

1. SCOP

Prezenta procedură are drept scop reglementarea accesului mass media in spital

2. DOMENIU DE APLICARE

Procedura se aplică in spital

3. OBIECTIVELE ACTIVITATII / PROCESULUI

Asigurarea confidentialitatii si dreptului la intimitate al pacientului

4. TERMINOLOGIE ŞI ABREVIERI

Nu exista abrevieri

5. LEGISLATIE

5.1. Ordinul Ministrului Sanatatii nr.972/2010, pentru aprobarea Procedurilor, standardelor si metodologiei de acreditare a spitalelor

5.2 Ordin nr. 1365/2008 privind organizarea serviciului de paza si a regimului de acces in unitatile sanitare publice cu paturi din reteaua Ministerului Sanatatii Publice

6. RESPONSABILITĂŢI

6.1 Responsabil de proces = director administrativ

6.2 Echipa de proces = paznici, personal medical, purtator de cuvant

7. DESCRIEREA PROCESULUI

1. Accesul reprezentantilor mass-mediei se face **numai pe baza legitimatiei de acreditare** in specialitate si a documentului de identitate, precum si cu acordul managerului spitalului.
2. Reprezentantii mass-mediei pot filma in spitale numai in spatiile pentru care managerul si-a exprimat acordul in mod explicit, iar intervievarea pacientilor sau filmarea acestora se poate face numai in conditiile legii.
3. Managerul de spital desemneaza un purtator de cuvant al institutiei, care ii insoteste pe reprezentantii mass-mediei, pe durata prezentei acestora in incinta spitalului.

4. Pentru evenimente medicale deosebite (accidente rutiere, accidente de munca, accidente casnice, calamitati, etc.), reprezentantii mass-media vor avea acces in spital pe la intrare Triaj si vor fi primiti in holul intrare-triaj.

   Dupa stabilizarea pacientilor si obtinerea unui diagnostic de internare, toate informatiile solicitate de presa vor fi comunicate de catre purtatorul de cuvant al spitalului

5. Toate informatiile solicitate vor fi date sub rezerva codului deontologic si tinand cont de Legea 46/2003, privind drepturile pacientilor;
6. Presa are acces neingradit in urmatoarele situatii
   - cand insoteste o delegatie oficiala (Ministru, Secretar de Stat, etc.) cu acordul acestora;
   - insotita de Manager si/sau ceilalti Directori din Comitetul Director

8. EVIDENŢE, ÎNREGISTRĂRI ŞI ANEXE