



ANMCS

unitate afiliată în
PROCES DE ACREDITARE

SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA DROBETA TURNU SEVERIN
JUDETUL MEHEDINTI

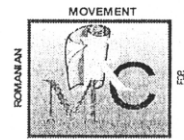
Bd. Mihai Viteazul nr. 6D

Cod fiscal : 4222239 ; Cont IBAN RO88TREZ46121F335000XXXX

Banca : Trezoreria Drobeta Tr. Severin

Telefon : 0252/313751 ; Fax : 0252/321498

oficial@spitjudseverin.ro



ISO 9001 certificat nr.507C

Exemplarul nr. ___

REGULAMENTUL DE ORDINE INTERIOARĂ AL SPITALULUI JUDETEAN DE URGENTA DROBETA TURNU SEVERIN

AVIZAT CONSILIUL ETIC

AVIZ NR. 19 / 12 / XII / 2021

SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA
DR. TR. SEVERIN
CONSILIUL ETIC

AVIZAT SINDICAT SANITAS



DECIZIE Nr. 314/31.12.2021

PENTRU APROBAREA REGULAMENTULUI INTERN AL SPITALULUI SPITALULUI JUDETEAN DE URGENTA DROBETA TURNU SEVERIN

Managerul Spitalului Judetean de Urgenta Drobeta Turnu Severin

În scopul stabilirii la nivelul Spitalului Judetean de Urgenta Dr.Tr.Severin (denumit in continuare SJU DTS) a regulilor privind protecția, igiena și securitatea în muncă, drepturile și obligațiile angajatorului, ale salariaților, ale pacienților, aparținătorilor acestora și vizitatorilor, procedura de soluționare a cererilor sau reclamațiilor individuale ale salariaților, regulile concrete privind disciplina muncii în unitate, abaterile disciplinare și sancțiunile aplicabile și a modalităților de aplicare a dispozițiilor legale sau contractuale specifice;

Cu respectarea principiului nediscriminării și al înlăturării oricărei forme de încălcare a demnității,

În temeiul dispozițiilor:

- art. 241-246 din Legea nr.53/24.06.2003- Codul muncii republicat, cu modificările și completările ulterioare,

emite următoarea decizie

Art. 1. – Se aprobă „REGULAMENTUL INTERN A SPITALULUI SJU DTS”, prevăzut în anexa care face parte din prezenta decizie.

Art. 2. – (1) La data intrării în vigoare a prezentului ordin, se abrogă:

- „Regulamentul intern al Spitalului SJU DTS”, înregistrat la 14.01.2016

Art. 3. - Înțelesurile principalilor termeni utilizați în prezentul Regulament, sunt prevăzuți în Anexa nr. 1.

**Managerul Spitalului SJU DTS
DR. Bobilca Mohora Elonora**



Avizat legalitate
Consilier juridic _____

CUPRINS

CAPITOLUL I - DISPOZIȚII GENERALE	8
1.1. Domeniul de aplicabilitate	8
1.2. Domeniul de adresabilitate	8
1.2.1. Modul de aducere la cunoștință a prevederilor Regulamentului	9
CAPITOLUL II - REGULI PRIVIND PROTECȚIA, IGIENA ȘI SECURITATEA ÎN MUNCĂ	10
CAPITOLUL III - REGULI PRIVIND RESPECTAREA PRINCIPIULUI NEDISCRIMINĂRII ȘI A ÎNLĂTURĂRII ORICĂREI FORME DE ÎNCĂLCARE A DEMNITĂȚII	12
CAPITOLUL IV - DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE CONDUCERII SPITALULUI ȘI ALE PERSONALULUI ACESTUIA	15
4.1. Drepturile și obligațiile conducerii Spitalului	15
4.2. Drepturile și obligațiile personalului Spitalului	17
CAPITOLUL V - PROCEDURA DE SOLUȚIONARE PE CALE AMIABILĂ A CONFLICTELOR INDIVIDUALE DE MUNCĂ, A CERERILOR SAU A RECLAMAȚIILOR INDIVIDUALE ALE SALARIAȚILOR ȘI PACIENȚILOR. PROCEDURA DE SOLUȚIONARE PE CALE AMIABILĂ A CONFLICTELOR INDIVIDUALE DE MUNCĂ	19
CAPITOLUL VI - REGULI CONCRETE PRIVIND DISCIPLINA MUNCII ÎN SPITAL	24
CAPITOLUL VII - ABATERILE DISCIPLINARE ȘI SANȚIUNILE APLICABILE	25
CAPITOLUL VIII - REGULI REFERITOARE LA PROCEDURA DE CERCETARE DISCIPLINARĂ	27
CAPITOLUL IX - MODALITĂȚI DE APLICARE A ALTOR DISPOZIȚII LEGALE REGULAMENTARE SAU CONTRACTUALE SPECIFICE	30
IX.1. Conducerea activităților	30
IX.2. Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor și controlul vehiculelor	31
IX.3. Efectuarea triajului epidemiologic al personalului la începerea activității zilnice	32
IX.4. Apărarea împotriva incendiilor	33
IX.5. Evacuarea și relocarea pacienților la nivelul spitalului, precum și evacuarea clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie	34
IX.6. Reguli de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute	41
IX.7. Protecția datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora)	43
IX.8. Modalitatea în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate	45
IX.9. Modalitatea de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal	47
IX.10. Modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil	49
IX.11. Modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora	52
IX.12. Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate	54
IX.13. Stabilirea necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale	55
IX.14. Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul	58

IX.15. Modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu	62
IX.16. Colectarea și raportarea indicatorilor de monitorizare	63
IX.17. Modalitatea de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate	65
IX.18. Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern	67
IX.19. Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienți	69
IX.20. Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass- media	71
IX.21. Modul de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic	72
IX.22. Modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare și administrative	74
IX.23. Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților	76
IX.24. Modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz	77
IX.25. Modalitatea de identificare corectă a pacientului și monitorizarea sistemului de identificare a acestuia	79
IX.26. Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare	82
IX.27. Modul de comunicare între membrii echipelor medicale	83
IX.28. Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor	87
IX.29. Modul de comunicare către aparținători a degradării stării pacientului și accesul aparținătorilor la pacientul aflat în stare terminală și protocolul de comunicare către aparținători în situațiile de deces al pacientului, inclusiv a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului	88
IX.30. Modul de comunicare cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic	91
IX.31. Modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați	92
IX.32. Deplasarea pacienților la nivelul spitalului	93
IX.33. Modul de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor	95
IX.34. Modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament	96
IX.35. Modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric	98
IX.36. Modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o spital cu competență de a trata cazuri oncologice	101
IX.37. Modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare	103
IX.38. Situații în care nu se comunică pacientului/reprezentantului legal informațiile despre starea de sănătate a pacientului	104
IX.39. Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale	105
IX.40. Modalitatea de servire a mesei la patul pacientului	107
IX.41. Comunicarea în situații deosebite/exceptionale	109
IX.42. Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor, inclusiv colaborarea cu medicii de familie pentru monitorizarea pacienților cu BCR în baza unui plan de monitorizare individuala	113
IX.43. Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor	116
IX.44. Predarea/preluarea pacienților cu suspiciune de boală cronică renală (B.C.R.) de/către medicul nefrolog	118

IX.45. Prescrierea medicamentelor în limitele competenței specialităților	121
IX.46. Modul de respectare a intimității pacientului	123
IX.47. Asigurarea accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate	124
IX.48. Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale	128
IX.49. Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice	129
IX.50. Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament	132
IX.51. Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii	134
IX.52. Reglementarea modalității de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare	135
IX.53. Reglementarea modalității de obținere a consimțământului informat	138
IX.54. Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente	141
IX.55. Utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului	142
IX.56. Determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități	144
IX.57. Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale	148
IX.58. Modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile	150
IX.59. Colaborarea dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești	153
IX.60. Preluarea pacienților în structurile de terapie intensivă	156
IX.61. Accesul și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Secției A.T.I.	160
IX.62. Accesul în Secția A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia	161
IX.63. Modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română	163
IX.64. Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere	163
IX.65. Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive pe perioada desfășurării activității specifice	165
IX.66. Modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian	167
IX.67. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe	168
IX.68. Modul de verificare a stării de portaj pentru personal	173
IX.69. Accesul vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic	175
IX.70. Modalități de identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente	177
IX.71. Modalități de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții	178
IX.72. Reguli privind respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate	179
IX.73. Reglementări cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile	182
IX.74. Modul de atenționare a sefilor de secție referitor la medicația cu mișcare încetinită	184
IX.75. Monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice	184
IX.76. Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților	186
IX.77. Controlul calității hranei	187
IX.78. Modalități de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de	188

prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș	
IX.79. Gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale	189
IX.80. Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia	193
IX.81. Modul de realizare al meniurilor zilnice	194
IX.82. Modul de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă	195
IX.83. Circuitul documentelor în cadrul spitalului	196
IX.84. Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului	199
IX.85. Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului	201
IX.86. Arhivarea documentelor la nivelul spitalului	203
IX.87. Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului	205
IX.88. Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului	208
IX.89. Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului	210
IX.90. Consultarea unităților arhivistice. Eliberarea adeverințelor și duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale solicitate de către pacienți / aparținători / împuterniciți sau alte persoane, îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii	219
IX.91. Utilizarea echipamentului individual de protecție	223
IX.92. Menținerea sănătății ocupaționale a personalului din cadrul Compartimentului îngrijiri paliative	227
IX.93. Reglementare privind activitatea echipei pluridisciplinare în Compartimentul Îngrijiri paliative	229
IX.94. Reglementare privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase	231
<u>CAPITOLUL X - CRITERIILE ȘI PROCEDURILE DE PROMOVARE ȘI DE EVALUARE PROFESIONALĂ A SALARIAȚILOR</u>	232
<u>CAPITOLUL XI – ORGANIZAREA TIMPULUI DE MUNCA</u>	235
<u>CAPITOLUL XII - DISPOZIȚII FINALE</u>	241

CAPITOLUL I - DISPOZIȚII GENERALE

Art.1. Prezentul Regulament este întocmit în baza și limitele prevederilor actelor normative din **Anexa nr. 2** la prezentul Regulament și concretizează regulile privind protecția, igiena și securitatea în muncă, drepturile și obligațiile angajatorului, ale salariaților, procedura de soluționare a cererilor sau reclamațiilor individuale ale salariaților, regulile privind disciplina muncii în unitate, abaterile disciplinare și sancțiunile aplicabile și modalitățile de aplicare a dispozițiilor legale sau contractuale specifice, precum și reguli aplicabile în cadrul Spitalului în domeniile la care se referă cuprinsul prezentului Regulament.

Art.2. Regulamentul precizează modul specific de aplicare a prevederilor legale în domeniul:

- a) drepturilor și îndatoririlor tuturor categoriilor de personal din cadrul Spitalului precum și cerințelor care stau la baza relațiilor între acestea, specifice Spitalului;
- b) raporturilor de muncă și de serviciu, încheiate între Spital, în calitate de angajator, reprezentată de manager și personalul contractual, în calitatea de angajat, precum și drepturile și obligațiile ce decurg din aceste raporturi juridice.

1.1. Domeniul de aplicabilitate

- Art.1.** (1) Prezentul Regulament prevede responsabilități, reguli, drepturi și obligații menționate în legislația în vigoare care sunt adaptate la specificul activităților desfășurate în Spital, stabilind modalitățile de pregătire și îndeplinire a obiectivelor din planul cu activitățile Spitalului și/sau ordine și dispoziții ale eșaloanelor superioare.
- (2) Regulamentul se aplică în toate compartimentele funcționale ale Spitalului, iar respectarea prevederilor acestuia este obligatorie.

1.2. Domeniul de adresabilitate

Art.1. (1) Prevederile Regulamentului se adresează :

- a) personalului încadrat / detașat sau aflat în misiune ori alte activități care se desfășoară în Spital;
 - b) pacienți/persoane internate/beneficiari ai actului medical în cadrul Spitalului;
 - c) însoțitorii persoanelor cu handicap/aparținători;
 - d) studenți, cursanți, practicanți și voluntari;
 - e) personal de cercetare;
 - f) vizitatori;
 - g) comisionarii de echipamente, medicamente, materiale de întreținere;
 - h) personalul terților pentru întreținere echipamente medicale și nonmedicale;
 - i) altor persoane din afara spitalului, care participă temporar la activități care se desfășoară în Spital (medici aflați în pregătire/ perfecționare, reprezentanți firme, muncitori etc.).
- (2) Dispozițiile referitoare la organizarea timpului de lucru și disciplină, din prezentul Regulament se aplică în mod corespunzător tuturor persoanelor care participă la diferite activități, pe timpul prezenței în unitate.

Art.2. (1) Regulamentul se aplică tuturor salariaților Angajatorului, indiferent de durata contractului individual de muncă, de atribuțiile pe care le îndeplinesc și de funcția pe care o ocupă, precum și celor care lucrează în cadrul spitalului pe bază de delegare sau detașare.

- (2) Salariații detașați sunt obligați să respecte, pe lângă disciplina muncii din unitatea care i-a detașat și regulile de disciplină specifice locului de muncă unde își desfășoară activitatea pe timpul detașării.

- Art.3.** (1) Relațiile de muncă se bazează pe principiul consensualității și al buneicredințe.
- (2) Drepturile și obligațiile privind relațiile de muncă dintre angajator și salariat se stabilesc potrivit legii, prin negociere, în cadrul contractelor individuale de muncă.
 - (3) Salariații nu pot renunța la drepturile ce le sunt recunoscute prin lege.
 - (4) Orice tranzacție prin care se urmărește renunțarea la drepturile recunoscute de lege salariaților sau limitarea acestor drepturi este lovită de nulitate.
 - (5) Pentru buna desfășurare a relațiilor de muncă, Angajatorul și salariații se vor informa și se vor consulta reciproc, în condițiile legii.

1.2.1. Modul de aducere la cunoștință a prevederilor Regulamentului

- Art.1.** (1) Cunoașterea și respectarea Regulamentului este obligatorie pentru toate categoriile de personal din cadrul Spitalului.
- (2) Conducerea Spitalului răspunde de aducerea la cunoștința personalului a prezentului Regulament și de păstrarea acestuia în locuri unde să poată fi consultat permanent.
 - (3) După redactare și aprobare, Regulamentul va fi postat pe serverul Spitalului într-un director special creat în acest sens, astfel încât să se asigure posibilitatea diseminării prevederilor acestuia.

- Art.2.** (1) Modificările sau derogările de la prevederile prezentului Regulament se fac numai cu aprobarea managerului Spitalului, devenind operaționale numai după aducerea lor la cunoștința tuturor salariaților.

- Art.3.** (1) Prelucrarea prevederilor prezentului Regulament, precum și a modificărilor la acesta, este obligatorie.
- (2) Regulamentul precum și modificările la acesta, va/vor fi prelucrate de către conducerea Spitalului cu șefii/coordonatorii de microstructuri din organigrama Spitalului, urmând ca aceștia să-l prelucreze cu tot personalul din subordine în perioada imediat următoare, în cel mai scurt timp posibil.
 - (3) Șefii compartimentelor funcționale ale Spitalului au obligația de a prelucra prevederile prezentului Regulament cu personalul din subordine, personalul nou încadrat, sau la întoarcerea acestuia din perioade de absență mai mari de 6 luni calendaristice. În aceste cazuri prelucrarea Regulamentului se va face în prima zi de lucru.
 - (4) Prezentul Regulament își produce efectele din momentul încunoștiințării salariaților, sub semnătură.
 - (5) Conducerea Spitalului va pune la dispoziția salariaților, la cerere, în vederea documentării și consultării, exemplare din prezentul Regulament.
 - (6) Orice salariat interesat poate sesiza angajatorul cu privire la dispozițiile prezentului Regulament, în măsura în care face dovada încălcării unui drept al său.
 - (7) Controlul legalității dispozițiilor cuprinse în Regulament este de competența instanțelor judecătorești, care pot fi sesizate în termen de 30 de zile de la data comunicării de către angajator a modului de soluționare a sesizării formulate potrivit alin. (6).

- Art.4.**(1) Personalul specificat în art. 4 alin. (1), ia la cunoștință sub semnătură de prevederile prezentului regulament, după cum urmează:

- a) personalul încadrat în funcții în cadrul Spitalului la data intrării în vigoare a prezentului Regulament, prin semnarea unor tabele-nominale de luare la cunoștință, care se constituie ca anexe la o circulară emisă de către managerului Spitalului;
- b) noii angajați încadrați în funcții în cadrul Spitalului ulterior datei de intrare în vigoare a prezentului Regulament, prin semnarea unei declarații pe propria răspundere (în dublu exemplar) pusă la dispoziție de către structura de resurse umane a Spitalului, în care declară că au luat la cunoștință de prevederile acestuia și au fost informați cu privire la

responsabilitățile, drepturile asociate postului precum și privind procedurile și protocoalele utilizate în desfășurarea activității lor.

- (1) Prezentul Regulament și modificările la acesta se postează inclusiv pe pagina web a Spitalului, astfel încât se asigure posibilitatea luării acestuia la cunoștință de către toate categoriile de persoane specificate în art. 4 alin. (1).
- (2) În cazul persoanelor din afara spitalului, care desfășoară activitate temporară într-un loc de muncă din unitate, aducerea la cunoștință (prelucrarea) prezentului Regulament, cât și a atribuțiilor din fișa de post întocmită cu această ocazie, este atributul persoanei care coordonează și răspunde de activitatea celui în cauză/conducătorul locului de muncă.

Art.5. Orice modificare ce intervine în conținutul prezentului Regulament este supusă procedurilor de informare prevăzute la art. 7 – 10 din prezentul Regulament.

CAPITOLUL II - REGULI PRIVIND PROTECȚIA, IGIENA ȘI SECURITATEA ÎN MUNCĂ

Art.1. (1) Conducerea Spitalului este obligată să respecte următoarele reguli privind protecția, igiena și securitatea și sănătatea în muncă:

- a) să asigure protecția, igiena și securitatea personalului în toate aspectele legate de muncă; măsurile luate pentru aceasta nu trebuie să comporte în nici un caz obligații financiare pentru angajat; obligațiile personalului în domeniul securității și sănătății în muncă nu aduc atingere principiului responsabilității angajatorului.
- b) în cadrul propriilor responsabilități, angajatorul va lua măsurile necesare pentru protejarea securității și sănătății salariaților, inclusiv pentru activitățile de prevenire a riscurilor profesionale, de informare și pregătire, precum și pentru punerea în aplicare a organizării securității și sănătății în muncă și mijloacelor necesare acesteia, cu respectarea următoarelor principii generale de prevenire:
 - evitarea riscurilor;
 - evaluarea riscurilor care nu pot fi evitate;
 - combaterea riscurilor la sursă;
 - adaptarea muncii la om, în special în ceea ce privește proiectarea locurilor de muncă și alegerea echipamentelor și metodelor de muncă, în vederea atenuării, cu precădere, a muncii monotone și a muncii repetitive, precum și a reducerii efectelor acestora asupra sănătății;
 - luarea în considerare a evoluției tehnicii;
 - înlocuirea a ceea ce este periculos cu ceea ce nu este periculos sau cu ceea ce este mai puțin periculos;
 - planificarea prevenirii și instruirii în toate fazele acesteia;
 - adoptarea măsurilor de protecție colectivă cu prioritate față de măsurile de protecție individuală;
 - aducerea la cunoștința salariaților a instrucțiunilor proprii corespunzătoare.
- c) să organizeze locul de muncă, astfel încât să fie garantată securitatea și sănătatea în muncă a personalului;
- d) să organizeze controlul permanent al stării materialelor, utilajelor și substanțelor folosite în procesul muncii, în scopul asigurării sănătății și securității personalului;
- e) să asigure condițiile de acordare a primului ajutor în caz de accident de muncă;
- f) să asigure crearea condițiilor de preîntâmpinare a incendiilor, precum și pentru evacuarea personalului în situații speciale și în caz de pericol iminent;
 - a. să realizeze evaluarea riscurilor pentru sănătate și securitate în muncă;

- g) să supravegheze sănătatea personalului în funcție de riscurile privind securitatea și sănătatea în muncă astfel încât acesta să poată beneficia de supravegherea sănătății la intervale regulate;
- h) să informeze personalul despre riscurile, precum și măsurile și activitățile de prevenire și protecție atât la nivelul spitalului, în general, cât și la nivelul fiecărui post de lucru în parte;
- i) să evalueze riscurile pentru securitatea și sănătatea personalului, inclusiv la alegerea echipamentelor de muncă, a substanțelor sau preparatelor chimice utilizate și la amenajarea locurilor de muncă iar, ulterior evaluării să ia măsurile de prevenire necesare, astfel încât metodele de lucru aplicate de către acesta să asigure îmbunătățirea nivelului securității și al protecției sănătății personalului și să fie integrate în ansamblul activităților spitalului respective și la toate nivelurile ierarhice;
- j) să stabilească pentru întreg personalul, prin fișa postului, atribuțiile și răspunderile ce le revin în domeniul securității și sănătății în muncă, corespunzător funcțiilor exercitate;
- k) să asigure personalului accesul la servicii medicale, inclusiv la serviciul medical de medicina muncii;
- l) să consulte personalul și să asigure participarea acestuia la discutarea problemelor de securitate și sănătate în muncă;
- m) să asigure echipament de muncă individual fără pericol pentru sănătatea și securitatea personalului; în cazul degradării sau al pierderii calităților de protecție al acestuia, angajatorul va acorda în mod obligatoriu echipament individual de protecție nou;
- n) să mențină prin structura logistică a spitalului, o stare igienică adecvată în spațiile de lucru și de folosință comună, asigurând materialele și substanțele necesare realizării acesteia precum și coordonarea personalului din subordine implicat în această activitate;
- o) să asigure toți salariații pentru risc de accidente de muncă și boli profesionale, în condițiile legii și efectuarea controlului medical la angajare și periodic;
- p) să asigure accesul salariaților la serviciul medical de medicină a muncii, organizat cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare
- q) să respecte și celelalte obligații prevăzute de legislația în domeniul securității și sănătății în muncă, în partea care-l privește.

(2) Instruirea în domeniul securității și sănătății în muncă este obligatorie în următoarele situații:

- a) în cazul noilor angajați– instruire generală și la locul de muncă;
- b) în cazul salariaților care își schimbă locul de muncă sau felul muncii;
- c) în cazul salariaților care își reiau activitatea după o întrerupere mai mare de 6 luni;
- d) în situația în care intervin modificări ale legislației în domeniu;
- e) periodic tuturor angajaților de către șeful structurii.

(3) Locurile de muncă trebuie să fie organizate astfel încât să garanteze securitatea și sănătatea salariaților.

Art.2. Personalul Spitalului este obligat să respecte următoarele reguli privind protecția, igiena și securitatea în muncă:

- a) să-și desfășoare activitatea, în conformitate cu pregătirea și instruirea sa, precum și cu instrucțiunile primite din partea angajatorului, astfel încât să nu expună la pericol de accidentare sau îmbolnăvire profesională atât propria persoană cât și alte persoane care pot fi afectate de acțiunile sau omisiunile sale în timpul procesului de muncă;
- b) să utilizeze corect echipamentele de muncă, substanțele periculoase, echipamentele de transport;
- c) să utilizeze corect echipamentul individual de protecție primit, asigurând în permanență o întreținere corespunzătoare a acestuia;
- d) să aducă la cunoștința conducătorului locului de muncă și/sau angajatorului accidentele suferite de propria persoană sau de alte persoane;
- e) să comunice imediat angajatorului și/sau responsabililor desemnați orice situație de muncă despre care are motive întemeiate să o considere un pericol pentru securitatea și sănătatea proprie sau a celorlalți angajați, precum și orice deficiență a sistemelor de protecție;

- f) să dea relațiile solicitate de către inspectorii de muncă și inspectorii sanitari.
- g) să ia măsurile necesare pentru evitarea oricărei poluări prin eliminarea deșeurilor, precum și prin utilizarea eficientă a energiei.
- h) să își însușească și să respecte și celelalte obligații prevăzute de legislația în domeniul securității și sănătății în muncă și măsurile de aplicare a acestora, în partea care-l privește.
- i) în vederea asigurării igienei corecte și eficiente a mâinilor personalului medico-sanitar și de îngrijire este interzisă purtarea inelelor, brățarilor, ceasurilor sau altor bijuterii.
- j) este interzisă purtarea unghiilor lungi, lăcuite sau artificiale.

Art.3. Instruirea pe linie de securitate și sănătate în muncă și însoțirea altor persoane care participă temporar la activități care se desfășoară în cadrul spitalului cu permisiunea angajatorului, se va face de către responsabilii cu securitatea în muncă din fiecare loc de muncă conform prevederilor legale în vigoare.

Art.4. În contractele de prestări servicii vor fi prevăzute clauze cu privire la instruirea lucrătorilor externi pe linie de securitate și sănătate în muncă.

Art.5. În contractele de achiziție de aparatură și echipamente medicale sau de suport a activității medicale vor fi prevăzute clauze cu privire la obligativitatea instruirii personalului propriu al Spitalului de către reprezentanți ai firmelor furnizoare de aparatură/echipamente.

Art.6. Activitatea de securitate și sănătate în muncă, protecția mediului și supraveghere tehnică în cadrul Spitalului, este îndrumată și controlată de personalul încadrat în structura din organigrama Spitalului care are ca domeniu de responsabilitate securitatea și sănătatea în muncă.

Art.7. Conducătorii ierarhici superiori ai compartimentelor funcționale ale Spitalului răspund de aplicarea și respectarea legislației de securitate și sănătate în muncă, protecția mediului și supravegherea tehnică în vigoare pentru personalul din subordine și cooperează cu personalul care are atribuții în domeniul securității și sănătății în muncă, protecția mediului și supravegherea tehnică nominalizat prin decizie internă.

Art.8. Instructajul privind securitatea și sănătatea în muncă, protecția mediului și supravegherea tehnică se execută potrivit prevederilor instrucțiunilor și normelor privind organizarea și desfășurarea activității de securitate și sănătate în muncă în vigoare.

Art.9. Comunicarea și cercetarea evenimentelor, înregistrarea și evidența accidentelor de muncă și a incidentelor periculoase, semnalarea, cercetarea, declararea și raportarea bolilor profesionale se face în conformitate cu prevederile *Legii nr.319/2006 a securității și sănătății în muncă*, cu modificările și completările ulterioare, coroborat cu dispozițiile *HG 1425/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii securității și sănătății în muncă nr. 319/2006* cu modificările și completările ulterioare.

CAPITOLUL III - REGULI PRIVIND RESPECTAREA PRINCIPIULUI NEDISCRIMINĂRII ȘI A ÎNLĂTURĂRII ORICĂREI FORME DE ÎNCĂLCARE A DEMNITĂȚII

- Art.1.** (1) În cadrul relațiilor de muncă funcționează principiul egalității de tratament față de toți salariații.
- (2) Discriminarea se caracterizează prin reunirea a două elemente, mai precis tratarea diferită a unor persoane aflate în situații identice sau comparabile (sau, dimpotrivă, tratarea identică a unor persoane aflate în situații diferite), pe de o parte, și lipsa unei justificări obiective pentru un asemenea tratament, pe de altă parte.
- (3) Orice discriminare directă sau indirectă față de un salariat, discriminare prin asociere, hărțuire sau faptă de victimizare, bazată pe criteriul de rasă, cetățenie, etnie, culoare, limbă, religie, origine socială, trăsături genetice, sex, orientare sexuală, vârstă, handicap, boală cronică

necontagioasă, infectare cu HIV, opțiune politică, situație sau responsabilitate familială, apartenență, ori activitate sindicală, apartenență la o categorie defavorizată, este interzisă.

- (4) Constituie discriminare indirectă orice prevedere, acțiune, criteriu sau practică aparent neutră care are ca efect dezavantajarea unei persoane față de o altă persoană în baza unuia dintre criteriile prevăzute la alin. (2), în afară de cazul în care acea prevedere, acțiune, criteriu sau practică se justifică în mod obiectiv, printr-un scop legitim, și dacă mijloacele de atingere a acelui scop sunt proporționale, adecvate și necesare.
- (5) Constituie discriminare prin asociere, orice act sau faptă de discriminare săvârșit(ă) împotriva unei persoane care, deși nu face parte dintr-o categorie de persoane identificată potrivit criteriilor prevăzute la alin. (2), este asociată sau prezumată a fi asociată cu una sau mai multe persoane aparținând unei astfel de categorii de persoane.
- (6) Orice comportament care constă în a dispune, scris sau verbal, unei persoane să utilizeze o formă de discriminare, care are la bază unul dintre criteriile prevăzute la alin. (2), împotriva uneia sau mai multor persoane este considerat discriminare.
- (7) Nu constituie discriminare excluderea, deosebirea, restricția sau preferința în privința unui anumit loc de muncă în cazul în care, prin natură specifică a activității în cauză sau a condițiilor în care activitatea respectivă este realizată, există anumite cerințe profesionale esențiale și determinante, cu condiția ca scopul să fie legitim și cerințele proporționale.

Art.2. (1) Orice salariat care prestează o muncă beneficiază de condiții de muncă adecvate activității desfășurate, de protecție socială, de securitate și sănătate în muncă, precum și de respectarea demnității și a conștiinței sale, fără nicio discriminare.

- (2) Tuturor salariaților care prestează o muncă le sunt recunoscute dreptul la plată egală pentru muncă egală, dreptul la negocieri colective, dreptul la protecția datelor cu caracter personal, precum și dreptul la protecție împotriva concedierilor nelegale.

Art.3. (1) Este interzisă discriminarea prin utilizarea de către angajator a unor practici care dezavantajează persoanele de un anumit sex, în legătură cu relațiile de muncă, referitoare la:

- a) anunțarea, organizarea concursurilor sau examenelor și selecția candidaților pentru ocuparea posturilor vacante;
- b) încheierea, suspendarea, modificarea și/sau încetarea raportului juridic de muncă ori de serviciu;
- c) stabilirea sau modificarea atribuțiilor din fișa postului;
- d) stabilirea remunerației;
- e) beneficii, altele decât cele de natură salarială și măsuri de protecție și asigurări sociale;
- f) informare și consiliere profesională, programe de inițiere, calificare, perfecționare, specializare și recalificare profesională;
- g) evaluarea performanțelor profesionale individuale;
- h) promovarea profesională;
- i) procesul de învățământ;
- j) aplicarea măsurilor disciplinare;
- k) dreptul de aderare la sindicat și accesul la facilitățile acordate de acesta;
- l) orice alte condiții de prestare a muncii, potrivit legislației în vigoare.

- (2) Sunt exceptate de la aplicarea prevederilor alin. (1) lit. a) locurile de muncă în care, datorită naturii sau condițiilor particulare de prestare a muncii, prevăzute de lege, particularitățile de sex sunt determinante.

Art.4. (1) Hărțuirea unei persoane de către o altă persoană la locul de muncă este considerată discriminare după unul din criteriile prevăzute la art.1 alin. (2) și este interzisă.

- (2) Hărțuirea constă în orice tip de comportament care are la bază unul dintre criteriile prevăzute la art.5 alin. (3) care are ca scop sau ca efect lezarea demnității unei persoane și duce la crearea unui mediu intimidant, ostil, degradant, umilitor sau ofensator.
- (3) Constituie hărțuirea și victimizarea ori aplicarea unui tratament advers, venit ca reacție la o plângere sau acțiune în justiție cu privire la încălcarea principiului tratamentului egal și al nediscriminării.
- (4) Persoana care se consideră hărțuită va raporta incidentul printr-o plângere în scris, care va conține relatarea detaliată a manifestării de hărțuire la locul de muncă.

- Art.5.** (1) Hărțuirea sexuală a unei persoane de către o altă persoană la locul de muncă este considerată discriminare după criteriul de sex și este interzisă.
- (2) Hărțuirea sexuală reprezintă orice formă de comportament nedorit, constând în contact fizic, cuvinte, gesturi sau alte mijloace indecente, materiale vizuale ofensatoare, invitații compromițătoare, cereri de favoruri sexuale sau orice altă conduită cu conotații sexuale, care afectează demnitatea, integritatea fizică și psihică a persoanelor la locul de muncă.
- (3) Constituie discriminare după criteriul de sex orice comportament definit drept hărțuire sexuală, având ca scop:
- de a crea la locul de muncă o atmosferă de intimidare, de ostilitate sau de descurajare pentru persoana afectată;
 - de a influența negativ situația persoanei angajate în ceea ce privește promovarea profesională, remunerația sau veniturile de orice natură ori accesul la formarea și perfecționarea profesională, în cazul refuzului acesteia de a accepta un comportament nedorit, ce ține de viața sexuală.
- (4) Toți salariații trebuie să respecte regulile de conduită și răspund în condițiile legii pentru încălcarea acestora.
- (5) Angajatorul nu va permite și nu va tolera hărțuirea sexuală la locul de muncă și face public faptul că încurajează raportarea tuturor cazurilor de hărțuire sexuală, indiferent cine este ofensatorul, că angajații care încalcă demnitatea personală a altor angajați, prin orice manifestare confirmată de hărțuire sexuală la locul de muncă, vor fi sancționați disciplinar.

- Art.6.** (1) Persoana care se consideră hărțuită sexual va raporta incidentul printr-o plângere în scris, care va conține relatarea detaliată a manifestării de hărțuire sexuală la locul de muncă.
- (2) Angajatorul va oferi consiliere și asistență victimelor actelor de hărțuire sexuală, va conduce investigația în mod strict confidențial și, în cazul confirmării actului de hărțuire sexuală, va aplica măsuri disciplinare corespunzătoare.
- (3) Cercetarea sesizării de hărțuire se va face de o comisie numită de manager.
- (4) La terminarea investigației se va comunica părților implicate rezultatul anchetei, într-un termen ce nu va depăși 8 săptămâni de la depunerea plângerii. Pe parcursul anchetei, nu vor fi admise referiri cu privire la stilul de viață al persoanei reclamate.
- (5) Dacă se stabilește că a avut loc un act de hărțuire sexuală, hărțuitorului i se vor aplica sancțiuni disciplinare corespunzătoare, în termen de 2 săptămâni de la terminarea anchetei.
- (6) Măsurile vor fi comunicate, în scris, atât reclamantului, cât și reclamatului.
- (7) Dacă se stabilește că nu a avut loc un act de hărțuire sexuală, se va comunica reclamantului care, dacă dorește, se poate adresa justiției.
- (8) Dacă actul de hărțuire sexuală la locul de muncă vine din partea unei persoane care nu este angajată în spital, victima se va adresa șefului ierarhic.
- (9) Dosarele cu plângerile de hărțuire sexuală vor fi păstrate confidențial cel puțin 3 ani de la data rezolvării lor.
- (10) Orice fel de represalii, în urma unei plângeri de hărțuire sexuală, atât împotriva reclamantului, cât și împotriva oricărei persoane care ajută la investigarea cazului, vor fi considerate acte discriminatoare și vor fi sancționate conform dispozițiilor legale în vigoare.
- (11) În cazul în care ancheta stabilește că reclamantul a adus acuzații false, cu rea-credință, acesta va răspunde potrivit legii.
- (12) Hărțuirea unei persoane prin amenințare sau constrângere, în scopul de a obține satisfacții de natură sexuală, de către o persoană care abuzează de autoritatea sau influența pe care i-o conferă funcția îndeplinită la locul de muncă constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la un an sau cu amendă, potrivit dispozițiilor art. 223 alin. (1) din Codul penal, cu modificările și completările ulterioare.

- Art.7.** (1) Angajații au obligația să facă eforturi în vederea promovării unui climat normal de muncă în unitate, cu respectarea prevederilor legii, a contractelor colective de muncă, a regulamentului intern, precum și a drepturilor și intereselor tuturor salariaților.
- (2) Pentru crearea și menținerea unui mediu de lucru care să încurajeze respectarea demnității fiecărei persoane, pot fi derulate proceduri de soluționare pe cale amiabilă a plângerilor

individuale ale salariaților, inclusiv a celor privind cazurile de violență sau hărțuire sexuală, în completarea celor prevăzute de lege.

- Art.8.** (1) Constituie hărțuire morală (psihologică sau mobbing) la locul de muncă orice comportament exercitat cu privire la un angajat de către un alt angajat, care este superiorul său ierarhic, de către un subaltern și/sau de către un angajat comparabil din punct de vedere ierarhic, în legătură cu raporturile de muncă, care are loc într-o perioadă, este repetitiv sau sistematic și implică un comportament fizic, limbaj oral sau scris, gesturi sau alte acte intenționate și care are drept scop sau efect, o deteriorare a condițiilor de muncă prin lezarea drepturilor sau demnității angajatului, prin afectarea sănătății sale fizice sau mentale, ori prin compromiterea viitorului profesional al acestuia, comportament manifestat în oricare din următoarele forme:
- a) conduită ostilă sau nedorită;
 - b) comentarii verbale;
 - c) acțiuni sau gesturi.
- (2) Fiecare angajat are dreptul la un loc de muncă lipsit de acte de hărțuire morală. Niciun angajat nu va fi sancționat, concediat sau discriminat, direct sau indirect, inclusiv cu privire la salarizare, formare profesională, promovare sau prelungirea raporturilor de muncă, din cauză că a fost supus sau că a refuzat să fie supus hărțuirii morale la locul de muncă.
- (3) Angajații care săvârșesc acte sau fapte de hărțuire morală la locul de muncă răspund disciplinar, în condițiile legii și ale prezentului regulament intern.
- (4) Conducerea Spitalului are obligația de a lua orice măsuri necesare în scopul prevenirii și combaterii actelor de hărțuire morală la locul de muncă.
- (5) Este interzisă stabilirea de către conducerea Spitalului, în orice formă, de reguli sau măsuri interne care să oblige, să determine sau să îndemne angajații la săvârșirea de acte sau fapte de hărțuire morală la locul de muncă.
- (6) Procedura privind sesizarea, investigarea și soluționarea cazurilor de hărțuire morală se realizează în conformitate cu prevederile art.6 alin. 1-11.

CAPITOLUL IV - DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE CONDUCERII SPITALULUI ȘI ALE PERSONALULUI ACESTUIA

4.1. Drepturile și obligațiile conducerii Spitalului

Art.1. Conducerea Spitalului are, în principal, următoarele **drepturi**:

- a) să stabilească organizarea și funcționarea activităților ce se desfășoară în Spital în concordanță cu dispozițiile legale în vigoare;
- b) să stabilească atribuțiile corespunzătoare fiecărei categorii de personal, precum și cele la nivel individual, în condițiile legii;
- c) să dea dispoziții, indicații conform competențelor în domeniu, sub rezerva legalității acestora;
- d) să exercite controlul asupra modului de îndeplinire a sarcinilor/atribuțiilor de serviciu de către personalul din subordine;
- e) să propună structura organizatorică, reorganizarea/restructurarea spitalului sau a unei părți din aceasta sub rezerva respectării prevederilor legislației în vigoare;
- f) să constate săvârșirea abaterilor disciplinare și să aplice sancțiunile corespunzătoare, în conformitate cu normele legale aplicabile pentru fiecare categorie de personal în parte;
- g) să stabilească obiectivele de performanță individuală, precum și criteriile de evaluare a realizării acestora, urmând ca rezultatele obținute să fie utilizate în procesul de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a salariaților.

Art.2. Conducerea Spitalului are, în principal, următoarele **obligații**:

- a) să asigure permanent condițiile tehnice și organizatorice necesare pentru aplicarea întocmai a prevederilor actelor normative referitoare la încadrarea/angajarea, salarizarea, promovarea/avansarea, securitatea și sănătatea în muncă, încadrarea în condiții de muncă, răspunderea disciplinară, pensionarea, acordarea drepturilor sociale stabilite sau rezultate din raporturile de muncă sau de serviciu;
- b) să ia toate măsurile pentru organizarea și desfășurarea lucrului în condiții de deplină siguranță, pentru însușirea de către întregul personal a normelor de protecție a muncii, de prevenire și stingere a incendiilor și a măsurilor de aplicare a acestora, pentru stabilirea atribuțiilor pentru fiecare loc de muncă și controlul îndeplinirii acestora;
- c) să asigure accesul la formarea profesională, la perfecționarea pregătirii generale și de specialitate, prin participarea personalului la diferite forme de pregătire și perfecționare în conformitate cu normele legale aplicabile în acest domeniu;
- d) să impună obligativitatea acordării serviciilor medicale în mod nediscriminatoriu asiguraților;
- e) să ia toate măsurile necesare în vederea păstrării confidențialității față de terți asupra tuturor informațiilor decurse din serviciile medicale acordate asiguraților;
- f) să dispună măsurile specifice necesare respectării de către întreg personalul SJU DTS a prevederilor *Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date*;
- g) să impună prin măsuri specifice obligativitatea respectării dreptului la libera alegere a furnizorului de servicii medicale;
- h) să ia măsuri specifice pentru neutilizarea de către personalul SJU DTS a materialelor și a instrumentelor a căror condiție de sterilizare este nesigură;
- i) să aplice prevederile legislației și normelor specifice categoriilor de personal în privința rapoartelor/cererilor, sesizărilor, propunerilor sau reclamațiilor privind raporturile de muncă sau de serviciu;
- j) să informeze salariații asupra condițiilor de muncă și asupra elementelor care privesc desfășurarea relațiilor de muncă;
- k) să comunice periodic salariaților situația economică și financiară a Spitalului, cu excepția informațiilor sensibile sau secrete, care, prin divulgare, sunt de natură să prejudicieze activitatea spitalului.
- l) să se consulte cu sindicatul sau reprezentatii salariaților, după caz, în privința deciziilor susceptibile să afecteze substanțial drepturile și interesele acestora;
- m) să acorde salariaților toate drepturile care decurg din lege, din contractul colectiv de muncă aplicabil și contractele individuale de muncă;
- n) să plătească toate contribuțiile și impozitele aflate în sarcina sa precum și să rețină și să vireze contribuțiile și impozitele datorate de salariați, în condițiile legii;
- o) să înființeze Registrul general de evidență a salariaților și să opereze înregistrările prevăzute de lege;
- p) să ia decizii, să le exprime prin dispoziții scurte, clare și precise, să asigure condițiile necesare îndeplinirii acestora și să urmărească executarea lor;
- q) să dispună executarea unor acțiuni numai în temeiul legii;
- r) să elibereze, la cerere, toate documentele care atestă calitatea de salariat a solicitantului;
- s) să asigure confidențialitatea datelor cu caracter personal ale salariaților;
- t) să aducă la cunoștința personalului din subordine, în părțile ce îl privesc, ordinele și dispozițiile legale nou intrate în vigoare, precum și asigurarea înțelegerii corecte a acestora;
- u) să respecte principiile și regulile de conduită prevăzute în „*Codul etic și deontologic profesional din cadrul SJU DTS*”;
- v) Sa se consulte cu Sindicatul Sanitas Mehedinti, in privinta deciziilor susceptibile sa afecteze substantial drepturile si interesele acestora;
- w) alte obligații prevăzute de actele normative în vigoare.

4.2. Drepturile și obligațiile personalului Spitalului

Art.1. (1) Personalul Spitalului are, în principal, următoarele **drepturi**:

- a) dreptul la salariu corespunzător funcției ocupate, inclusiv dreptul la salarizarea reglementată de legislația specifică unităților sanitare cu paturi;
- b) dreptul la repaus zilnic și săptămânal;
- c) dreptul la concediu de odihnă anual, concediu medical, concediu maternal/paternal, concediu de creștere a copilului, alte forme prevăzute pentru salariați de legislația privind timpul de muncă și concediile;
- d) dreptul la promovare pe baza rezultatelor obținute în evaluarea anuală a performanțelor profesionale individuale;
- e) dreptul la respectarea onoarei și demnității în muncă;
- f) dreptul la egalitate de șansă și tratament;
- g) dreptul la informare și consultare;
- h) dreptul la acces la formare și perfecționare profesională continuă;
- i) dreptul la consultare în vederea determinării și ameliorării condițiilor de muncă și a mediului de muncă și de a beneficia de îngrijire specifică în cazul unor accidente de muncă (cu risc infecțios);
- j) dreptul la asistență medicală, recuperare și refacere a capacității de muncă în conformitate cu legislația aplicabilă în domeniu;
- k) dreptul la protecție socială în caz de concediere, ieșire la pensie, în condițiile legii;
- l) dreptul la negociere colectivă și individuală;
- m) dreptul de a participa la acțiuni colective;
- n) dreptul la securitate și sănătate în muncă și echipament de protecție corespunzător;
- o) dreptul de a constitui sau de a adera la un sindicat, în condițiile legii;
- p) dreptul la asistență juridică, în condițiile legii;
- q) dreptul de a participa la activitatea de voluntariat în folosul public, în condițiile respectării prevederilor legale incidente în vigoare, având obligația de a informa în scris în acest sens conducerea Spitalului;
- r) alte drepturi prevăzute de lege sau de contractele colective de muncă aplicabile.

(2) Drepturile salariaților vor fi acordate și exercitate cu respectarea dispozițiilor legale în vigoare.

Art.2. Pentru rezultate deosebite obținute în activitatea desfășurată, personalului de toate categoriile li se pot acorda recompense morale și materiale, potrivit legislației incidente aplicabile în domeniu, specifice fiecărei categorii de personal în parte.

Art.3. Personalul Spitalului are, în principal, următoarele **obligații**:

- a) să fie loial spitalului și să respecte prevederile actelor normative în vigoare;
- b) să execute dispozițiile legale date de șefi în îndeplinirea atribuțiilor de serviciu;
- c) să îndeplinească atribuțiile prevăzute în fișa postului ocupat și să folosească timpul de lucru în scopul realizării responsabile a acestora și la un nivel maxim de competență;
- d) să îndeplinească obligațiile ce-i revin în calitatea sa de salariat al spitalului;
- e) să se prezinte la spital în condițiile instituirii stării de asediu sau de urgență, ocazie cu care va executa atribuțiile specifice stabilite de șefi ierarhici;
- f) să respecte programul de lucru și să folosească integral și eficient timpul de lucru pentru îndeplinirea obligațiilor de serviciu;
- g) să nu absenteze nejustificat și să nu părăsească locul de muncă în timpul programului fără aprobarea șefilor ierarhici, iar în cazul în care continuarea lucrului este absolut necesară, este obligat, fără a i se pune în pericol sănătatea și a afecta calitatea activității desfășurate, să continue lucrul până i se asigură înlocuitor;
- h) să anunțe imediat șeful ierarhic, prin orice mijloc, cu privire la imposibilitatea prezentării la serviciu (boala, situații fortuite, etc) și să prezinte justificarea legală a situației intervenite în timpul cel mai scurt posibil;
- i) să asigure prezentarea certificatului medical la spital în termenul prevăzut de lege;
- j) să respecte disciplina muncii;
- k) să dea dovadă de fidelitate față de angajator în executarea atribuțiilor de serviciu;

- l) să respecte dispozițiile legale privind păstrarea secretului de serviciu, obligație care se menține și după încetarea raporturilor de muncă conform actelor normative în vigoare;
- m) să nu săvârșească fapte/acte care ar putea pune în primejdie securitatea spitalului, a personalului acesteia sau a propriei persoane;
- n) să nu scoată din spital, fără aprobare, informații (indiferent de mediul de stocare), documente, echipamente sau orice alte bunuri care aparțin acesteia;
- o) să predea lucrările, documentele și materialele/bunurile pe care le are în primire în vederea exercitării atribuțiilor de serviciu, în situația desfacerii contractului individual de muncă (, precum și în situația absenței mai mari de 30 de zile din unitate, conform prevederilor legale în vigoare;
- p) să respecte prevederile cuprinse în prezentul Regulament, contractul individual de muncă;
- q) să respecte măsurile de securitate și sănătate a muncii în unitate;
- r) să nu încalce regulile de bună cuviință și de respect față de superiori, egali și subalterni și să aibă o ținută îngrijită și decentă;
- s) să manifeste grijă față de bunurile date în folosință sau în păstrare;
- t) să respecte programarea aprobată privind efectuarea concediului de odihnă, iar decalarea acestuia să fie efectuată numai în cazuri deosebite, după aprobarea prealabilă a conducerii;
- u) să-și ridice permanent calificarea profesională prin frecventarea și absolvirea formelor de pregătire și perfecționare profesională recomandate, cunoașterea dispozițiilor legale, a normelor și instrucțiunilor privind activitatea pe care o desfășoară;
- v) să participe la evaluările periodice realizate de către angajator;
- w) să depună declarația de interese și/sau declarația de avere în condițiile legii;
- x) să asigure îndeplinirea sarcinilor de serviciu suplimentare stabilite de conducerea Spitalului pentru buna desfășurare a activității;
- y) să respecte principiile și regulile de conduită prevăzute în „*Codul etic și deontologic profesional din cadrul SJU DTS*”;
- z) să acorde servicii medicale în mod nediscriminatoriu pacienților;
- aa) să păstreze confidențialitatea față de terți asupra tuturor informațiilor decurse din serviciile medicale acordate asiguraților, și asupra altor date cu carter personal cu care operează pentru îndeplinirea atribuțiilor de serviciu;
- bb) să respecte prevederile *Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date*;
- cc) să respecte dreptul pacienților/asiguraților la libera alegere a furnizorului de servicii medicale;
- dd) în acordarea serviciilor medicale să nu utilizeze materiale și instrumente a căror condiție de sterilizare este nesigură;
- ee) alte obligații prevăzute de actele normative în vigoare.

- Art.4.** (1) Fiecare salariat are datoria să semnaleze imediat situațiile observate de incendiu, inundație sau orice situații în care se pot produce deteriorări sau distrugerii, inclusiv observarea unor colete sau obiecte uitate sau suspecte, precum și neregulile potențial generatoare de astfel de situații și să acționeze, după caz, pentru rezolvarea acestora și pentru diminuarea efectelor lor negative.
- (2) Salariații care pot acționa în astfel de situații au obligația de a o face în timpul cel mai scurt posibil, fiind obligați să își ia anterior toate măsurile de protecție pentru a nu-și periclita viața sau securitatea fizică.

Art.5. Salariaților Spitalului le este interzis:

- a) să facă declarații sau să dea publicității în presă informații/articole/documente referitoare la Spital și în numele acestuia, cu excepția celor de interes public;
- b) să introducă în spital băuturi alcoolice, substanțe toxice sau droguri, să se prezinte la serviciu sau să desfășoare activități sub influența acestora;
- c) să desfășoare, în cadrul programului de lucru, alte activități decât cele legate de atribuțiile postului sau de sarcinile spitalului;

- d) să părăsească locul de muncă în timpul programului de lucru fără aprobare sau pentru alte interese decât cele ale spitalului;
- e) folosirea în scopuri personale, aducerea la cunoștință pe orice cale sau copierea pentru alții, fără aprobarea scrisă a conducerii spitalului, a unor documente sau informații privind activitatea Spitalului sau a datelor specificate în fișele sau dosarele personale ale angajaților;
- f) efectuarea de mențiuni, ștersături, rectificări sau semnarea pentru alt salariat în condica de prezență;
- g) atitudinea necorespunzătoare față de ceilalți angajați (insulta, calomnia, purtarea abuzivă, lovirea sau vătămarea integrității corporale sau a sănătății).

Art.6. În situații deosebite, determinate de necesitatea bunei funcționări a spitalului sau a unei părți a acesteia, fiecare salariat - indiferent de funcția sau postul pe care îl/o ocupă, are obligația de a participa la executarea oricăror lucrări și la luarea tuturor măsurilor cerute de situația de urgență, fiind la dispoziția conducerii Spitalului, în limita competențelor stabilite.

CAPITOLUL V - PROCEDURA DE SOLUȚIONARE PE CALE AMIABILĂ A CONFLICTELOR INDIVIDUALE DE MUNCĂ, A CERERILOR SAU A RECLAMAȚIILOR INDIVIDUALE ALE SALARIAȚILOR ȘI PACIENTILOR. PROCEDURA DE SOLUȚIONARE PE CALE AMIABILĂ A CONFLICTELOR INDIVIDUALE DE MUNCĂ

În prezentul capitol se va include și procedura de soluționare pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă în conformitate cu prevederile art 242 lit. d) din Codul muncii, prin adaptarea la specificul spitalului a prevederilor Legii nr. 213/30.09.2020.

Art.1. Reglementarea procedurii de gestionare a cererilor sau a reclamațiilor individuale ale salariaților și pacienților are ca principale scopuri:

- a) Stabilește modul în care sunt preluate, înregistrate, analizate și se răspunde reclamațiilor primite de la personalul propriu al spitalului cât și de la pacienți;
- b) Identificarea activităților / proceselor care nu converg înspre asigurarea conformării la cerințele standardelor de acreditare și luarea de decizii în vederea implementării de corecții și acțiuni corective;
- c) Asigură posibilitatea întocmirii unor planuri de măsuri pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei reclamațiilor care să conțină propuneri punctuale de îmbunătățire a activităților în scopul creșterii calității serviciilor de sănătate și conexe acestora oferite de spital;
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - nemulțumiri din partea persoanelor care au adresat reclamații;
 - repartizarea incorectă a reclamațiilor în vederea soluționării acestora;
 - măsuri inadecvate în sensul soluționării în limitele prevederilor legale a tuturor reclamațiilor;
 - întâzieri în transmiterea răspunsurilor formulate pentru fiecare dintre reclamații..

Art.2. (1) Oricare din angajați poate solicita sprijinul șefilor direcți și al conducerii Spitalului pentru rezolvarea problemelor personale și are dreptul să facă sesizări în legătură cu acțiunile unor șefi sau cu dispozițiile pe care le consideră nedrepte. De asemenea, pacienții nemulțumiți de calitatea serviciilor de sănătate acordate în cadrul Spitalului au dreptul de a adresa verbale, în scris conducerii spitalului reclamații/sesizări, observații sau recomandări.

- (2) Solicitățile personalului propriu al spitalului care conțin propuneri, sesizări, reclamații sau cereri pot fi verbale, în scris ori prin poștă electronică, referirile acestora fiind numai în legătură cu problemele proprii apărute la locul de muncă și în activitatea desfășurată. Este interzis ca în rapoartele scrise, înaintate prin serviciile de poștă să fie trecute date cu conținut secret de serviciu.
- (3) Rapoartele scrise ale personalului propriu al spitalului, cât și reclamațiile/sesizările pacienților trebuie semnate, cele nesignate nu vor fi luate în considerare, fiind socotite nule, indiferent de conținutul lor.
- (4) Cel care face o sesizare, reclamație sau cerere poartă întreaga răspundere pentru afirmațiile sale, în conformitate cu prevederile legislației.

Art.3. Rapoartele adresate de către personalul propriu al spitalului trebuie să fie făcute în limitele politetii, să se refere numai la problemele care pot fi probate cu dovezi și să privească strict persoana celui în cauză. Ele se adresează conducătorului ierarhic superior, iar la solicitarea semnatarului se înaintează ulterior și altor șefi ierarhici. Niciun manager/șef nu are dreptul să interzică subordonatului să înainteze un raport managerului/șefului ierarhic superior.

- Art.4.** (1) Reclamațiile de orice natură adresate atât de către personalul propriu al spitalului cât și de către pacienți/apartinători, inclusiv cele depuse pe site-ul Ministerului Sanatatii/SJU DTS sau pe e-mail-urile entitatii se înregistrează în registrul de evidență a petițiilor de către personalul compartimentului registratură situat în pavilionul Bloc Materno-Infantil, urmând a fi prezentate managerul spitalului. Compartimentul Relatii cu Publicul, Registratura, Secretariat din cadrul SJU DTS va emite un anunt cu privire la mentiunile prevazute la acest alineat, anunt ce se va transmite si afisa pe toate sectiile spitalului, pe adresele de e-mail ale SJU DTS si on line.
- (2) Reclamațiile formulate de pacienți și depuse pe site-ul Ministerului Sanatatii/SJU DTS sau pe adresele de e-mail ale entitatii sunt transmise secretariatului spitalului, de catre salariatii imputerniciti ai entitatii sa verifice aceste site-uri, adrese de e-mail, pentru a fi inregistrate si ulterior transmise managerului SJU DTS.
 - (3) Managerul este obligat să primească rapoartele subordonaților cât și reclamațiile pacienților și să acorde toată atenția rezolvării legale a acestora.
 - (4) Repartizarea reclamațiilor în vederea soluționării lor de către personalul de specialitate din cadrul spitalului se face de către managerul spitalului.
 - (5) Reclamația individuală primită de la angajat sau pacient va fi tratată confidențial și se va comunica soluționarea în termenul stabilit de lege, urmând ca problemele de ordin general să poată fi aduse la cunoștința întregului personal din subordine, în părțile care-l privesc.
 - (6) În cazul în care problemele sesizate în cerere sau în reclamație necesită o cercetare mai amănunțită, conducerea spitalului numește o persoană sau o comisie care să verifice realitatea lor.
 - (7) În urma verificării problemelor sesizate în cerere sau în reclamație, persoana sau comisia numită întocmește un proces verbal cu constatări, concluzii, avize, hotarari și propuneri și îl supune aprobării conducerii Spitalului.

Art.5. (1) Managerul este obligat să analizeze proces-verbal și să ia măsuri pentru a-l rezolva, răspunsul fiind comunicat verbal sau în scris celui în cauză în termen de 30 de zile de la data înregistrării acestuia în registrul special destinat, indiferent dacă soluția este favorabilă sau nefavorabilă. În cazul în care:

- sesizarea nu este de competența sa - îl va înainta, în termen de cel mult 5 zile lucrătoare instituțiilor în drept, comunicând aceasta celui în cauză;
 - problemele din cerere nu au putut fi soluționate în termenul legal - întrucât au necesitat o cercetare mai amănunțită - poate prelungi termenul de soluționare, cu cel mult 15 zile, cu obligația de a aduce – în scris - la cunoștință despre aceasta autorului reclamației, în intervalul celor 30 de zile de la dată înregistrării reclamației, despre luarea în evidență a acesteia și prelungirea termenului de soluționare.
- (2) Pentru rezolvarea unor probleme curente ale personalului propriu al spitalului (solicitări de concedii, învoiri, participări la diferite forme de perfecționare, etc.), care nu necesită un răspuns elaborat, șefii ierahici vor înscrie hotărârea luată în rezoluție pe cererile personale ale subordonaților, care vor lua la cunoștință despre aceasta, funcție de situație, pe aceeași cerere.

- (3) Răspunsurile către petiționari se redactează de către structura de specialitate care a soluționat raportul/reclamația, dacă nu se prevede altfel prin acte normative specifice, iar semnarea acestora se face de către managerul spitalului, precum și de către șeful structurii de specialitate care a soluționat petiția. În răspuns se va indica, în mod obligatoriu, temeiul legal al soluției adoptate.

Art.6. (1) Salariații nu pot formula două petiții privitoare la aceeași problemă.

- (2) În cazul în care răspunsul nu a fost primit în termenul legal sau nu îl satisface, solicitantul are dreptul să se adreseze șefului ierarhic al celui care i-a formulat răspunsul inițial, respectiv autorității tutelare, menționând cauza pentru care recurge la acest drept.
- (3) În cazul în care un salariat/pacient adresează în aceeași perioadă de timp două sau mai multe petiții cu același obiect, acestea se vor conexe, salariatul/pacientul urmând să primească un singur răspuns.
- (4) Dacă după trimiterea răspunsului se primește o nouă petiție cu același conținut sau care privește aceeași problemă, aceasta se clasează, făcându-se mențiune că s-a verificat și i s-a dat deja un răspuns petiționarului.

Art.6. (1) Șeful unei structuri din cadrul spitalului care comite o nedreptate sau are o atitudine nejustificată față de un subaltern, pentru că acesta a făcut o reclamație sau o sesizare justă, poartă răspunderea pentru aceasta.

Art.7. (1) Evidența cererilor, rapoartelor și sesizărilor/reclamațiilor scrise personalului din spital sau din afara acesteia, se ține la nivelul secretariatului spitalului, într-un registru special destinat.

- (2) Evidența cererilor, rapoartelor și sesizărilor personalului din spital sau din afara acesteia, prezentate verbal cu ocazia audiențelor solicitate managerului Spitalului, va fi consemnată într-un registru destinat acestui scop, păstrat la nivelul secretariatului Spitalului.
- (3) Clasarea și arhivarea reclamațiilor adresate de către personalul propriu și/sau pacienți, expedierea răspunsurilor către aceștia și anexarea xerocopiilor răspunsurilor la petiții se realizează de către fiecare structura/comisie/salariat... din cadrul entității care este nominalizată să analizeze petiția/sesizarea/... sau, după caz, de către personalul secretariatului spitalului.

Art.8. (1) În cadrul spitalului, personalul S.M.C.S.S. va întocmi analize lunare ale modului în care au fost soluționate sugestiile și reclamațiile primite și înregistrate la nivelul registraturii spitalului în luna precedentă, care vor fi supuse atenției Conducerii Unității și, după caz, Comitetului director.

- (2) În mod distinct, în cadrul analizelor menționate la alineatul (1) se va acorda o atenție sporită următoarelor categorii de reclamații:
- a) reclamații/sesizări ale pacienților și/sau personalului propriu privind hrana primită;
 - b) reclamații/sesizări ale pacienților și/sau personalului propriu privind aspectul lenjeriei și al efectelor.

- (3) În sensul celor menționate la alineatul (2), directorul administrativ al spitalului are obligația de a pune la dispoziția S.M.C.S.S. toate informațiile necesare întocmirii analizei lunare a reclamațiilor primite, în partea care privește soluționarea celor care se referă la hrana primită și aspectul lenjeriei, în contextul în care acesta subordonează în mod direct bucătăria și spălătoria spitalului, iar serviciile asigurate de către acestea au un impact major în ceea ce privește modul în care este percepută calitatea serviciilor asigurate de către spital, precum și modul în care se adoptă măsuri eficiente de siguranță a pacienților și angajaților spitalului.

Art.9. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procedurii de gestionare a cererilor sau a reclamațiilor individuale ale salariaților și pacienților sunt următorii:

- a) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu referitoare la probleme etice în ultimul an calendaristic încheiat, să nu fie mai mare de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință;
- b) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu referitoare la aspecte de comunicare cu pacienții în ultimul an calendaristic încheiat, să nu fie mai mare de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință.

- c) Numărul de reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu privind hrana primită în ultimul an calendaristic încheiat, să nu fie mai mare de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință;
- d) Numărul de reclamații ale pacienților / aparținătorilor / personalului propriu privind aspectul lenjeriei și al efectelor în ultimul an calendaristic încheiat, să nu fie mai mare de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință;
- e) Numărul de reclamații ale pacienților/personalului privind activitatea din cadrul spitalului în ultimul an calendaristic încheiat, să nu fie mai mare de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință;
- f) În ultimul an calendaristic încheiat, colectarea sugestiilor și/sau reclamațiilor pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu să se realizeze în proporție de 100% la nivelul cutiilor poștale din cadrul structurilor spitalului
- g) Numărul de sugestii și/sau reclamații ale pacienților/ aparținătorilor/ personalului propriu înregistrate în registratură să fie în proporție de 100% în raport cu cele colectate în ultimul an calendaristic încheiat.

Art.10. (1) Reglementarea procedurii de soluționare pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă are ca principale scopuri:

- a) stabilirea modului extrajudiciar de soluționare a unor eventuale conflicte individuale de muncă;
 - b) stabilirea în mod expres a dreptului părților de a fi asistate de către un consultant extern;
 - c) degrevarea instanțelor judecătorești;
 - d) asigurarea soluționării cu celeritate a eventualelor litigiilor de muncă;
 - e) posibilitatea de a stabili prin contractul individual de muncă a opțiunii de soluționare pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă.
 - f) adaptarea legislației muncii astfel încât să permită informarea și consultarea reciprocă a angajatorilor și angajaților încă de la încheierea relațiilor de muncă și ulterior, pe parcursul derulării acestora;
- (2) Procedura de soluționare amiabilă pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- neinformarea angajatorilor și angajaților la încheierea relațiilor de muncă și pe parcursul derulării acestora;
 - aglomerarea instanțelor de judecată cu conflicte individuale de muncă ce ar fi putut fi soluționate extrajudiciar.
 - tergiversarea soluționării litigiilor de muncă.

Art.11. (1) Părțile din contractul individual de muncă pot decide asupra parcurgerii sau neparcurgerii procedurii de conciliere în scopul soluționării unui conflict individual de muncă pe cale amiabilă.

- (2) Procedura devine obligatorie atunci când la încheierea contractului individual de muncă sau pe parcursul executării acestuia părțile cuprind expres în contractul individual de muncă o clauză prin care stabilesc ca orice conflict individual de muncă să se soluționeze pe cale amiabilă prin conciliere.
- (3) Prin parcurgerea procedurii se urmărește soluționarea amiabilă a unui conflict de muncă cu ajutorul unui consultant extern specializat în legislația muncii, în condiții de neutralitate, imparțialitate, confidențialitate și având liberul consimțământ al părților. În această procedură fiecare parte poate fi asistată sau reprezentată de un consultant extern- avocat, expert în legislația muncii, mediator specializat în legislația muncii, care prin rolul său activ va stăruie ca părțile să acționeze responsabil pentru stingerea conflictului, cu respectarea drepturilor salariaților recunoscute de lege sau stabilite prin contractul individual de muncă.
- (4) Deschiderea procedurii de conciliere are ca prim pas transmiterea unei invitații scrise în cuprinsul căreia se va stabili expres data la care va avea loc deschiderea procedurii de conciliere.

(5) Data deschiderii procedurii de conciliere nu poate depăși 5 zile lucrătoare de la data comunicării invitației. Comunicarea invitației la conciliere trebuie să se realizeze prin mijloacele de comunicare prevăzute expres în contractul individual de muncă (poștă, email, înmânare sub semnătură de primire), astfel încât să fie adusă la cunoștința celeilalte părți într-un termen rezonabil.

(6) Procedura de conciliere, potrivit dispozițiilor art. 231¹ alin (8)-(9) din Codul Muncii, se constată închisă în următoarele situații:

1. când în urma dezbaterilor, părțile conflictului de muncă ajung la o soluție;

În această situație consultantul extern va redacta un acord care va conține înțelegerea părților și modalitatea de stingere a conflictului. Acordul se semnează de către părți și consultantul extern și va produce efecte de la data semnării sau de la o altă dată expres prevăzută în conținutul acestuia.

2. prin constatarea de către consultantul extern eșuării concilierii;

Dacă ambele părți se prezintă la data stabilită pentru deschiderea concilierii însă nu reușesc soluționarea pe cale amiabilă a conflictului individual de muncă, procedura concilierii se încheie prin întocmirea unui Proces-verbal semnat de părți și de către consultantul extern.

3. prin neprezentarea uneia dintre părți la data stabilită prin invitație

În această situație lipsa părții este asimilată unui refuz, iar procedura se încheie prin întocmirea unui proces-verbal semnat de părți și consultantul extern.

(7) În cazul în care părțile au semnat numai o înțelegere parțială, când s-a constatat eșuarea concilierii, precum și atunci când o parte nu a fost prezentă la data stabilită pentru conciliere, orice parte se poate adresa instanței de judecată competentă, cu respectarea prevederilor art. 208 și 210 din Legea 62/2011, cu modificările și completările ulterioare, în vederea soluționării în totalitate a conflictului individual de muncă.

(8) Chiar dacă prin voința angajatului și a angajatorului procedura concilierii devine obligatorie, parcurgerea acesteia nu înlătură posibilitatea părților contractului individual de muncă să se adreseze instanței de judecată, însă termenul de contestare a conflictelor de muncă se va suspenda pe toată durata concilierii. Astfel că la data la care cauza de suspendare a încetat, adică procedura a fost închisă conform procesului verbal, termenul de contestare a conflictului de muncă își reia cursul, socotindu-se pentru împlinirea termenului și timpul scurs înainte de suspendare.

(9) Părțile au libertatea de a determina natura conflictelor individuale de muncă care urmează să se soluționeze prin procedura concilierii. Părțile pot avea în vedere soluționarea oricărui conflict, indiferent de natura sa sau pot limita soluționarea amiabilă, conform voinței comune, la anumite categorii de interese (economice, financiare, sociale) sau numai cu privire la anumite etape privind derularea și executarea contractului individual de muncă (modificarea, suspendarea sau încetarea contractului individual de muncă).

(10) Parcurgerea procedurii în lipsa unui consultant extern nu este de natură a produce consecințe juridice, ci poate constitui, cel mult, o tranzacție cu privire la fondul litigios.

Art.12. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procedurii de de soluționare pe cale amiabilă a conflictelor individuale de muncă

- vizează în mod exclusiv soluționarea conflictelor individuale de muncă;
 - modalitate amiabilă de soluționare a conflictelor individuale de muncă, fără a îngreși accesul la justiție;
 - este o procedură facultativă, părțile au posibilitatea de a opta, atât la momentul încheierii contractului individual de muncă cât și pe parcursul executării acestuia, să cuprindă sau nu în contract o clauză prin care stabilească soluționarea conflictului prin conciliere;
1. Numărul de conflicte individuale de muncă înregistrate în secretariatul spitalului are valoare de maxim 30 conflicte de munca ;
 2. Numărul de conflicte individuale de muncă soluționate prin conciliere din totalul conflictelor individuale de muncă înregistrate are valoare de maxim 30 ;
 3. Numărul de conflicte individuale de muncă eșuate sa nu fie mai mare de 30 din totalul conflictelor individuale de muncă înregistrate.

CAPITOLUL VI - REGULI CONCRETE PRIVIND DISCIPLINA MUNCII ÎN SPITAL

Art.1. Relațiile care se stabilesc între categoriile de personal, precum și între persoane în cadrul Spitalului sunt relații de:

1.Subordonare.

Acest tip de relație reprezintă regula în executarea activităților desfășurate în Spital, poziționarea personalului Spitalului în cadrul acestei relații fiind stabilită prin organigrama Spitalului, Regulamentul de organizare și funcționare a Spitalului, precum și prin specificațiile din fișele posturilor. Această relație se exprimă prin darea/executarea dispozițiilor de către cei în drept, potrivit competențelor cu care sunt învestiți.

2. Colaborare.

Acest tip de relație apare în desfășurarea unor activități comune și complexe, care necesită conlucrarea din partea unor compartimente distincte, sau a unor persoane din compartimente distincte. Acest tip de relație se stabilește, în principiu - prin dispoziția șefului direct al compartimentelor/ persoanelor implicate sau a conducerii Spitalului, iar dacă este necesară rezolvarea problemelor în timp scurt - din inițiativa personalului, cu informarea ulterioară a celor responsabili de stabilirea acestei relații.

Art.2. Informarea reciprocă și cooperarea dintre compartimentele funcționale ale Spitalului se realizează, în principal, prin următoarele forme:

- a) participarea la ședințe ale consiliilor, comitetelor și comisiilor care funcționează în cadrul Spitalului;
- b) participarea în cadrul grupurilor de lucru organizate pentru întocmirea unor diferitelor lucrări;
- c) schimburi de informații și documente;
- d) consultări pe probleme de specialitate;
- e) executarea în comun a unor activități de instruire;
- f) participarea la ședințe/întâlniri ale personalului stabilite de către managerul Spitalului;
- g) luarea la cunoștință a celor dispuse prin DECIZIE de către managerul Spitalului.

Art.3. (1) Pentru a evita risipa de forțe și mijloace, pe linia principalului domeniu de activitate pe care-l gestionează, șefii compartimentelor funcționale ale Spitalului impun, cu aprobarea managerului Spitalului, conduita care este urmată de întregul personal al spitalului în domeniul incident.

- (2) În situația desfășurării unor activități comune a mai multor compartimente din cadrul Spitalului, managerul va stabili prin decizie internă atribuțiile și limitele de acțiune / competențe ale fiecărui compartiment în parte.

Art.4. În Spital sunt interzise:

- a) prezentarea la serviciu în stare de ebrietate sau oboseală înaintată, introducerea sau consumul de băuturi alcoolice, practicarea de activități care contravin atribuțiilor de serviciu sau care perturbă activitatea altor salariați;
- b) nerespectarea programului de lucru, întârzierea sau absentarea nemotivată;
- c) părăsirea locului de muncă în timpul programului de lucru fără aprobare sau pentru alte interese decât cele ale Angajatorului;
- d) executarea în timpul programului a unor lucrări personale ori străine interesului Angajatorului;
- e) scoaterea din unitate, prin orice mijloace, a oricăror informații (indiferent de suportul de stocare al acestora), bunuri și documente aparținând acestuia, fără acordul scris al conducerii Spitalului;
- f) înstrăinarea oricăror bunuri date în folosință, păstrare sau de uz comun, precum și deteriorarea funcțională și calitativă sau descompletarea acestora, ca rezultat al unor utilizări ori manevrări necorespunzătoare;
- g) folosirea în scopuri personale, aducerea la cunoștință pe orice cale sau copierea pentru alții, fără aprobarea scrisă a conducerii, a unor documente sau informații privind activitatea Spitalului sau a datelor specificate în fișele sau dosarele personale ale angajaților;
- h) prestarea oricărei activități remunerate sau neremunerate, în timpul orelor de program sau

- în timpul liber - în beneficiul unui concurent direct sau indirect al Angajatorului;
- i) efectuarea de mențiuni, ștersături, rectificări sau semnarea pentru alt salariat în condica de prezență;
 - j) atitudinea necorespunzătoare față de ceilalți angajați sau față de managementul spitalului (conduita necivilizată, insulta, calomnia, purtarea abuzivă, lovirea și vătămarea integrității corporale sau a sănătății);
 - k) comiterea de fapte care ar putea pune în pericol siguranța Angajatorului, a propriei persoane sau a colegilor;
 - l) manifestări de natura a aduce atingere imaginii Angajatorului;
 - m) folosirea în scopuri personale a autovehiculelor Angajatorului, a oricăror materiale, mijloace fixe sau materii prime ale acestuia;
 - n) fumatul în incinta Spitalului;
 - o) organizarea de întruniri în perimetrul spitalului fără aprobarea prealabilă a conducerii;
 - p) introducerea, răspândirea sau afișarea în interiorul instituției a unor anunțuri, afișe, documente etc. fără aprobarea conducerii Spitalului;
 - q) propaganda partizană unui curent sau partid politic.

CAPITOLUL VII - ABATERILE DISCIPLINARE ȘI SANCTIUNILE

APLICABILE

Art.1. Sunt interzise și se consideră abateri disciplinare ale salariaților Spitalului Județean de Urgență Dr. Tr.Severin următoarele fapte:

- a) îndeplinirea serviciului într-o ținută nepotrivită, fără echipament individual de muncă, cu îmbrăcăminte civilă sau indecentă, alta de cea prevăzută a fi acordată de către angajator;
- b) manifestarea unei atitudini și comportări necorespunzătoare față de pacienți, aparținători sau față de ceilalți salariați; abateri de la normele de morală;
- c) purtarea echipamentului individual de lucru sau a echipamentului individual de protecție, acordat de unitate, în afara programului de lucru, pe stradă sau în locuri și situații ce pot crea o imagine nefavorabilă unității și salariaților ;
- d) prezentarea la serviciu cu întârziere sau lipsa nemotivată de la serviciu, producând astfel perturbări în activitate;
- e) părăsirea locului de muncă înainte de terminarea programului, respectiv de venirea salariatului care preia serviciul; plecarea fără motive, în timpul programului, de la locul de muncă, fără ordin de serviciu sau fără aprobarea șefului de compartiment;
- f) efectuarea de schimb de tură sau gărzi fără aprobarea șefului ierarhic ;
- g) plecarea în concediu de odihnă, concediu de studii sau alt fel de concediu fără aprobarea șefului de secție/compartiment și a managerului;
- h) comunicarea sau divulgarea pe orice cale, copierea pentru alții sau în scop personal, fără aprobare scrisă din partea conducerii, de acte, note scrise, desene, planuri, fișe, foi de observație, date sau elemente privind activitatea unității;
- i) lăsarea neasigurată a ștampilelor, carnetelor de adeverințe medicale, certificatelor, formularelor de prescripții medicale, fișelor de solicitare, foilor de parcurs sau a altor documente cu regim special;
- j) executarea de lucrări sau prestații străine de interesul unității, în scop personal sau pentru alte persoane în timpul serviciului sau cu mijloacele materiale ale unității, precum și efectuarea de convorbiri telefonice cu caracter particular;
- k) împiedicarea, sub orice formă, a altor salariați să își execute sarcinile ce le revin;
- l) săvârșirea de acte ce ar putea să pună în pericol siguranța unității, instalațiilor, aparaturii, utilajelor, clădirilor, a bolnavilor, personalului sau a propriei persoane;
- m) scoaterea din unitate a aparaturii medicale, instrumentarului, uneltelor, echipamentului individual de protecție sau a echipamentului individual de lucru, a oricăror bunuri sau materiale aparținând Spitalului Județean, fără bon de ieșire eliberat și semnat de cei în drept, precum și înstrăinarea ori însușirea medicamentelor, articolelor de îmbrăcăminte, sau a oricăror alte bunuri ce i-au fost încredințate de unitate pentru folosire, păstrare sau utilizare în interes de serviciu;

- n) introducerea în incinta unității de persoane străine, fără aprobarea conducerii unității sau fără legătură cu activitatea unității;
- o) încălcarea secretului de serviciu și profesional;
- p) neprezentarea la serviciu la solicitarea unității, pentru acordarea asistenței medicale de urgență sau înlăturarea urmărilor în caz de calamități naturale, incendii, accidente colective de muncă sau alte cazuri de forță majoră;
- q) primirea de bani sau alte foloase pentru activitățile prestate în cadrul atribuțiilor de serviciu;
- r) nerespectarea ordinii și curățeniei; neluarea sau ignorarea măsurilor stabilite prin norme tehnice ale Ministerului Sănătății Publice privind prevenirea și răspândirea infecțiilor;
- s) utilizarea abuzivă sau în scopuri personale a mijloacelor de transport din dotarea spitalului;
- t) necompletarea sau completarea necorespunzătoare a evidențelor, precum și comunicarea de date sau informații inexacte;
- u) neparticiparea sau refuzul nejustificat de a lua parte la instructaje, cursuri de pregătire sau alte forme destinate informării și perfecționării profesionale;
- v) neefectuarea controlului medical periodic, controlului medical la reluarea muncii sau alt control medical stabilit de medicul de medicina muncii;
- w) încălcarea regulilor de comportare în relațiile de serviciu, neîndeplinirea sau îndeplinirea defectuoasă a obligațiilor de serviciu cuprinse în fisa postului, insubordonarea;
- x) practicarea în unitate a jocurilor de noroc.
- y) săvârșirea oricăror fapte ce ar aduce atingere sau știrbire demnității, ar produce acte de discriminare directă sau indirectă în ceea ce privește sexul, religia, vârsta, rasa, naționalitatea, culoarea, etnia, opțiunea politică, originea socială, handicapul, situația sau responsabilitatea familială, apartenența sau activitatea sindicală;
- z) sustragerea sau deteriorarea cu intenție a graficelor de lucru sau de gărzi și a oricăror anunțuri scrise, fapte ce ar produce perturbări în asistența medicală, în activitatea unității, precum și în sistemul informațional, cu repercusiuni imprevizibile asupra actului medical;
- aa) efectuarea de mențiuni, stersaturi, rectificări sau semnarea pentru un alt salariat în condica de prezenta ;
- bb) nerespectarea măsurilor de securitate și sănătate a muncii în unitate (art39(alin 2) lit e) din Codul Muncii și Legea 319/2006;

(2) Enumerarea faptelor arătate mai sus nu este limitativă, sancțiunile disciplinare putându-se aplica și pentru nerespectarea oricăror alte prevederi legale.

Art.2. Se considera abateri deosebit de grave și se sancționează cu desfacerea contractului de muncă de la prima comitere următoarele fapte:

- a) introducerea și consumul de băuturi alcoolice în incinta unității sau la locurile de muncă sau facilitarea acestora; prezentarea la serviciu în condiții care îl fac necorespunzător pentru muncă, precum și efectuarea serviciului sub influența alcoolului; prezentarea la serviciu în stare de ebrietate și sub influența substanelor interzise sau consumul de băuturi alcoolice în timpul programului de lucru , cat si refuzul de a fi testat in vederea stabilirii starii de ebrietate ;
- b) furtul de bani, sustragerea sau deteriorarea cu intenție a bunurilor, de orice fel și de orice valoare, destinate asigurării asistenței medicale de urgență;
- c) neprezentarea la locul de munca 3 zile consecutiv fără motiv obiectiv, și lăsarea serviciului descoperit, sau efectuarea de schimb de tură sau gardă, prin înțelegere, fără aprobarea prealabilă a conducerii unității;
- d) refuzul de a duce la îndeplinire sarcinile trasate de șeful ierarhic sau conducerea unității, exceptând cazurile când acestea ar fi vădit împotriva legii, ce ar pune în pericol integritatea ori starea tehnică a instalațiilor, utilajelor, aparaturii, clădirilor, etc., ar prezenta pericol de incendiu sau accidentare, ori ar pune în pericol vieți omenești;
- e) fapte săvârșite cu vinovăție și care au produs sau ar fi putut produce accidentarea persoanelor, care au periclilit sau ar fi putut periclita viața unor persoane, care au drept scop sau consecință scoaterea din funcțiune a instalațiilor, aparaturii, utilajelor, etc.;

- e) refuzul de a efectua delegarea sau detașarea în condițiile legii;
- f) scoaterea din circuitul normal a autosanitarelor și mijloacelor de transport din dotarea spitalului și efectuarea cu acestea de curse clandestine sau în interes particular;
- g) acte de violență sau insulte la adresa colegilor sau a conducătorilor ;
- h) acte de hartuire sexuală și sau psihologică ;
- i) manifestări de a aduce atingere imaginii angajatorului (difuzarea/postarea în spațiul public și sau on.line de articole defaimatoare) ;
- j) încălcarea obligației de fidelitate față de angajator în executarea atribuțiilor de serviciu(art.39 (ali.2) lit d) din Codul Muncii ;
- k) alte abateri de gravitatea celor de mai sus care ar perturba activitatea de asistență medicală;

Art.3. (1) Neîndeplinirea unui decizii date de către manager sau altă autoritate legală nu constituie abatere de la disciplinară dacă aceasta nu este dată în forma prevăzută de lege și nu este în concordanță cu actele normative în vigoare.

- (2) Pentru săvârșirea de abateri disciplinare, precum și pentru nerespectarea procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale, în raport cu consecințele acțiunilor și/sau inacțiunilor săvârșite cu vinovăție de către salariați, prin care acesta a încălcat normele legale incidente în vigoare, acestuia i se va aplica una dintre sancțiunile prevăzute în Codul Muncii Lg.53/2003 cu modificările și completările în vigoare.
- (3) Atributul de verificare a modului de respectare a protocoalelor și procedurilor de prevenire și limitare a I.A.A.M. revine în exclusivitate în sarcina coordonatorului Serviciului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, acesta având obligația de a propune managerului spitalului sancțiuni pentru personalul care nu respectă respectivele protocoale/proceduri.
- (4) Personalul S.J.U.D.T.S este obligat să se prezinte la examenele medicale prin care se asigură supravegherea stării de sănătate, conform planificării stabilite anual de către medicul de medicina muncii. Împotriva personalului care refuză efectuarea examinărilor medicale și a investigațiilor recomandate, managerul spitalului poate dispune sancționarea disciplinară conform prevederilor normative în vigoare.

CAPITOLUL VIII - REGULI REFERITOARE LA PROCEDURA DE CERCETARE DISCIPLINARĂ

Art.1. (1) Procedura de cercetare disciplinară este stabilită în mod punctual, atât privind actele procedurale cât și dispozițiile care se emit în funcție de competența atribuită, prin reglementările normative în domeniu - menționate la articolul 5 din prezentul Regulament, iar respectarea întocmai a acesteia este obligatorie.

- (2) Cercetarea disciplinară prealabilă se realizează în situația aplicării sancțiunilor disciplinare, altele decât „Avertismentul scris”.

Art.2. În desfășurarea procedurii disciplinare se vor respecta următoarele principii:

- abaterea disciplinară este singurul temei al sancțiunii disciplinare;
- sancțiunea disciplinară se stabilește individual și numai după ce s-a dovedit vinovăția celui în cauză;
- la stabilirea sancțiunii disciplinare se ține seama de cauzele, de împrejurările în care s-a comis abaterea și de urmările acesteia, de gradul de vinovăție al salariatului, de comportarea generală a acestuia în serviciu, existența/inexistența altor sancțiuni, precum și de împrejurările care atenuează sau agravează răspunderea disciplinară;
- constituie circumstanțe agravante:
 - o încercarea de ascundere a adevărului,
 - o fapta repetată, săvârșită cu premeditare,
 - o producerea ei în grup sau pe timpul îndeplinirii unei misiuni/activități dispuse.
- sancțiunea disciplinară trebuie aplicată corect, fără părtinire, cu calm și obiectivitate, fără intenție de răzbunare și fără a se adresa cuvinte ofensatoare care să lezeze demnitatea celui sancționat;
- se interzice aplicarea sancțiunilor colective, precum și aplicarea mai multor sancțiuni pentru aceeași abatere săvârșită.

Art.3. Principalele activități desfășurate de către Comisia de cercetare disciplinară sunt prevăzute în Regulamentul de Organizare și Funcționare la nivelul SJU DTS.

Art.4. (1) Comisia de cercetare disciplinară are ca scop principal cercetarea disciplinară a faptelor săvârșite de salariații Spitalului Județean de Urgență Dr. Turnu Severin, în conformitate cu prevederile Legii nr.53/2003 – Codul Muncii, republicată, cu modificările și completările ulterioare

(2) Pentru efectuarea cercetării disciplinare prealabile managerul va desemna prin decizie o comisie ce va efectua cercetarea disciplinară.

(3) Decizia de cercetare disciplinară prealabilă trebuie să conțină:

- descrierea acțiunii sau inacțiunii cercetate;
 - data producerii acesteia;
 - prevederile avute în vedere ca fiind încălcate;
 - cine a făcut sesizarea;
 - componența comisiei de disciplină;
 - data și ora la care are loc prima audiere din partea comisiei de cercetare disciplinară prealabilă;
- (4) Comisia poate fi formată din: 1 președinte, minim 2 membri, 1 secretar și un observator din partea sindicatului reprezentativ la nivel de unitate. Competența comisiei numita să efectueze cercetarea disciplinară este limitată la cercetarea faptelor săvârșite de salariații din cadrul instituției.

(5) Angajatorul dispune de prerogativă disciplinară, având dreptul de a aplica, potrivit legii, sancțiuni disciplinare salariaților săi ori de câte ori constată că aceștia au săvârșit o abatere disciplinară.

Abaterea disciplinară este o faptă în legătură cu munca și care constă într-o acțiune sau inacțiune săvârșită cu vinovăție de către salariat, prin care acesta a încălcat normele legale, regulamentul intern, contractul individual de muncă sau contractul colectiv de muncă aplicabil, ordinele și dispozițiile legale ale conducătorilor ierarhici.

Art.5. (1) Comisia desemnata să efectueze cercetarea disciplinară are următoarele atribuții principale:

- a) stabilirea împrejurărilor în care fapta a fost săvârșită;
- b) analiza gradului de vinovăție a salariatului precum și consecințele abaterii disciplinare;
- c) verificarea eventualelor sancțiuni disciplinare suferite anterior de salariat;
- d) efectuarea cercetării disciplinare prealabile;
- e) stabilirea sancțiunii ce urmează a fi aplicată.

(2) Modul de lucru al Comisiei este următorul:

- comisia se va întruni la data și ora stabilită;
- în vederea desfășurării cercetării disciplinare prealabile, salariatul va fi convocat în scris de comisia numită de angajator să realizeze cercetarea, incluzând obiectul, data, ora și locul întrevăderii.
- neprezentarea salariatului la convocarea făcută în condițiile prevăzute, fără un motiv obiectiv, da dreptul comisiei să propună sancționarea, fără efectuarea cercetării prealabile, întocmindu-se în acest sens un proces-verbal în care se va consemna și neprezentarea salariatului.
- în cursul cercetării disciplinare prealabile, salariatul are dreptul să formuleze și să susțină toate apărările în favoarea sa și să ofere Comisiei imputernicite să realizeze cercetarea, toate probele și motivațiile pe care le consideră necesare, precum și dreptul de a fi asistat, la cererea sa, de către un reprezentant al sindicatului al cărui membru este.
- analizarea fiecărui caz se va consemna într-un proces verbal care va cuprinde toate aspectele, atât cele sesizate, cât și măsurile propuse.
- comisia, după efectuarea cercetării disciplinare, înaintează procesul verbal al cercetării disciplinare prealabile, în care se găsesc concluziile cercetării, împreună cu toate actele care stau la baza acestuia și propune managerului sancțiune disciplinară.
- procesul-verbal va fi întocmit numai după ce comisia a efectuat o cercetare a cazului, cu ascultarea părților implicate, inclusiv, dacă este cazul, a unor terțe persoane care pot aduce lamuriri suplimentare cazului. Ascultarea părților trebuie consemnată în scris și semnată de către acestea.

- procesul-verbal va fi înaintat managerului, în vederea luării măsurilor ce se impun în conformitate cu legislația în vigoare.

Art.6. (1) Managerul dispune aplicarea sancțiunii disciplinare printr-o decizie emisă în forma scrisă, în termen de 30 de zile calendaristice de la data luării la cunoștință despre săvârșirea abaterii disciplinare, dar nu mai târziu de 6 luni de la data săvârșirii faptei.

(2) Comisia are obligația de a-și desfășura activitatea cu respectarea următoarei proceduri:

- convoacă în scris pe salariatul cercetat;
- convocarea va cuprinde cel puțin obiectul, data și locul întrevederii;
- în cadrul cercetării se vor stabili faptele și urmările acestora, împrejurările în care au fost săvârșite.

Cercetarea disciplinară pe care o realizează Comisia, respectă întocmai prevederile cap. II – ”Răspunderea disciplinară” din titlul XI ”Răspunderea juridică” al Legii 53/2003 – Codul muncii, cu modificările și completările ulterioare.

Art.7. (1) Decizia de cercetare disciplinară prealabilă, împreună cu copia actului de sesizare a faptei, se comunică celui cercetat cu semnătură de primire. În cazul în care salariatul refuză primirea, decizia de cercetare, care constituie o convocare scrisă a salariatului în fața comisiei de disciplină, de natura celei prevăzute de prevederile art. 251 alin. (1) lit. b din Codul Muncii, va fi comunicată prin poștă cu scrisoare recomandată, cu confirmare de primire, sau prin executor judecătoresc, la domiciliul sau reședința salariatului.

(2) Neprezentarea salariatului la convocarea făcută în vederea desfășurării cercetării disciplinare prealabile, fără un motiv obiectiv, dă dreptul de a fi aplicată o sancțiune disciplinară fără realizarea cercetării disciplinare prealabile.

Art.8. (1) Comisia de cercetare disciplinară procedează la o primă audiere, a tuturor salariaților care erau prezenți, sau ar fi trebuit să fie prezenți la locul și data la care a avut loc fapta, precum și a tuturor salariaților care au fost implicați sau au legătură cu fapta cercetată.

(2) După prima audiere, comisia de cercetare disciplinară analizează declarațiile persoanelor auditate, și comunică concluziile stabilite, celui cercetat.

(3) Dacă se consideră că există o abatere disciplinară, comisia de cercetare disciplinară comunică celui cercetat acuzația/iile ce i se aduc, însoțite de copii după actele comisiei care stau la baza acuzației și i se acordă un termen de 3 zile lucrătoare pentru a-și formula, într-o notă explicativă, apărarea în scris și pentru a prezenta noi probe în apărarea sa, inclusiv martori.

(4) În cursul cercetării disciplinare, salariatul are dreptul să formuleze și să susțină toate apărările în favoarea sa și să ofere comisiei de cercetare disciplinară, toate probele și motivațiile pe care le consideră necesare, precum și dreptul de a fi asistat și reprezentat la cererea sa, de un reprezentant al sindicatului al cărui membru este sau de un avocat.

(5) După primirea notei explicative, comisia disciplinară dă curs apărărilor salariatului, formulate în scris sau exprimate oral în cursul audierii, după caz reaudiază salariatul, audiază martorii propuși și analizează probele materiale propuse în apărare.

(6) După cercetarea apărărilor salariatului, formulate sau solicitate prin nota explicativă, dar și în lipsa notei explicative, comisia de disciplină, pe baza analizei tuturor probelor, propune sau nu o sancțiune disciplinară. Propunerea de sancțiune disciplinară se comunică managerului Spitalului sau înlocuitorului său, care dispune aplicarea sancțiunii disciplinare printr-o decizie emisă în formă scrisă, în termen de 30 de zile calendaristice de la data luării la cunoștință despre săvârșirea abaterii disciplinare, dar nu mai târziu de 6 luni de la data săvârșirii faptei.

Art.9. (1) Decizia de sancționare disciplinară se comunică personal salariatului, în cel mult 5 zile de la data emiterii, și își produce efectele de la data comunicării.

(2) În cazul în care salariatul refuză primirea deciziei de sancționare, persoana însărcinată cu comunicarea acesteia va încheia un proces verbal în care va consemna data refuzului, împrejurările în care s-a încercat comunicarea deciziei de sancționare, precum și persoanele prezente, procedând ulterior la comunicarea deciziei prin poștă cu scrisoare recomandată, cu confirmare de primire, sau prin executor judecătoresc, la domiciliul sau reședința salariatului. Totodată, persoana care se ocupă de comunicarea deciziei de sancționare va informa conducerea Spitalului despre refuzul salariatului de a primi decizia de sancționare.

CAPITOLUL "IX" - MODALITĂȚI DE APLICARE A ALTOR
DISPOZIȚII LEGALE REGULAMENTARE SAU CONTRACTUALE
SPECIFICE

IX.1. Conducerea activităților

- Art.1.** (1) Managementul și controlul în cadrul Spitalului se execută pe toate treptele ierarhice.
(2) În situații de normalitate sau de criză conducerea și controlul se exercită de către managerul Spitalului care-și manifestă competența și atribuțiile prin structurile și microstructurile specializate din organigrama Spitalului și gestionează întreaga gamă a activităților.
- Art.2.** (1) Managerul Spitalului, în exercitarea actului de comandă, în funcție de situația operativă, tehnică sau administrativă, poate atribui, temporar, prin delegare de competență, o parte din atribuțiile și responsabilitățile sale unor persoane subordonate. Prin acest act, transferă acestor persoane autoritatea și responsabilitatea asupra deciziilor luate în numele său. Delegarea de competență nu înlătură integral răspunderea managerului, în legătură cu atribuțiile delegate.
(2) În lipsa managerului Spitalului, înlocuitorul legal al acestuia aprobă sau avizează după caz documentele justificative curente, semnează corespondența curentă, adeverințele necesare personalului, etc., în strictă conformitate cu limitele delegării impuse de către manager.
(3) Angajarea sub orice formă a spitalului, a unei părți din aceasta sau a resurselor umane, materiale și financiare a acesteia, cu terțe persoane sau instituții, se poate face de către înlocuitorul la comanda Spitalului sau de către un responsabil de problemă nominalizat de către manager să participe la o anumită activitate în afara spitalului, în limita delegării de competență primite, înscrisă în decizie managerială.
(4) „*Delegarea de competență*” se va înscrie în decizie a managerului Spitalului și va cuprinde cel puțin următoarele aspecte: nominalizarea persoanei delegate, perioada de delegare, activitatea și instituția în cadrul căreia persoana delegată reprezintă interesele Spitalului (după caz), domeniul în care este delegat să reprezinte Spitalul, liniile directoare pentru problema în care este delegat (doar la nevoie) și limitele delegării.
(5) Inițierea procedurii de delegare de competență se poate face și verbal, în cadrul ședințelor de lucru a managerului Spitalului, dar înscrierea în decizie este obligatorie.
(6) Pe timpul delegării de competență, persoana delegată este obligată să se consulte telefonic cu managerul Spitalului în situația că există premise ale depășirii limitelor acesteia și, să adopte poziția indicată de acesta.
(7) Depășirea limitelor delegării de competență sau angajarea sub orice formă a spitalului, a unei părți din aceasta sau a resurselor umane, materiale și financiare a acesteia, cu terțe persoane sau instituții fără a exista o delegare de competență scrisă sau verbală, constituie abatere disciplinară și se pedepsește în conformitate cu prevederile actelor normative incidente în vigoare.
(8) Pentru îndeplinirea activităților specifice Spitalului, în cadrul spitalului se pot stabili următoarele tipuri de relații:
- **Relațiile organizatorice**, raporturile care se stabilesc în interiorul instituției, între microstructuri organizatorice, dar și între personalul acestora, în scopul desfășurării normale a activităților, pe baza statului de organizare;
- **Relațiile ierarhice**, raporturile care se stabilesc, pe linie de subordonare, între microstructurile Spitalului dar și între persoanele acestora. Pentru exercitarea competențelor ce-i revin, managerul emite Decizii;
- **Relațiile funcționale**, raporturile care se stabilesc între două sau mai multe microstructuri, dintre care una are asupra celorlalte o autoritate funcțională ce se concretizează în transmiterea unor reglementări, indicații, proceduri, prescripții din domeniul de

- specialitate al activității sale. Acestea se angajează și dezvoltă în baza funcției principale pe care o îndeplinește fiecare microstructură componentă;
- **Relațiile de colaborare (cooperare)** se pot stabili între microstructurile (persoanele) din cadrul Spitalului, între acestea și alte structuri similare din alte unități sanitare, cu care nu sunt în relații de autoritate, precum și cu structuri medicale și nemedicale din afara Spitalului;
 - **Relațiile de control** se stabilesc între microstructurile (persoanele) din cadrul Spitalului, investite legal în acest sens și microstructurile (persoanele) care pot fi controlate de către acestea, potrivit actelor normative în vigoare.

IX.2. Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor și controlul vehiculelor

Art.1. Accesul și circulația în cadrul Spitalului se organizează în conformitate cu prevederile planurilor de paza ale pavilionelor spitalului și în conformitate cu prevederile Deciziei nr.83/20.03.2015. Accesul se execută prin punctul de control-acces personal și prin punctul de control-acces autovehicule.

Art.2. Accesul persoanelor și documentele necesare accesului:

- (1) Accesul în Spital pentru intervenții tehnice, reparații, activități de deservire, curățenie și întreținere este permis numai angajaților Spitalului și angajaților operatorilor economici care au contracte cu Spitalul. Aceste activități se execută numai în prezența unui reprezentant al structurii/microstructurii în care se desfășoară, după ce s-au luat toate măsurile necesare de protecție împotriva accesului neautorizat la eventualele informații clasificate deținute.
- (2) Accesul reprezentanților instituțiilor care, potrivit competențelor legale, au atribuții de coordonare și control se face pe baza legitimației de serviciu și a delegației speciale semnată de conducătorul autorității pe care o reprezintă. Accesul în locuri în care se gestionează informații clasificate (zonele de securitate și administrative) se face doar în prezența unei persoane titulare de încăpere. Accesul acestora în locuri în care se gestionează informații clasificate (zonele de securitate și administrative), la documente/informații clasificate se face doar pe baza documentelor de acces la informații clasificate menționate expres în delegațiile de control, cu respectarea principiului “necesitatea de a cunoaște”.

Art.3. Accesul și controlul vehiculelor

- (1) Accesul autovehiculelor proprietate ale personalului Spitalului posesor de permis de acces și parcare permanent pe care este înscris și numărul de înmatriulare al autovehiculului se face pe baza acestuia. Acesta din urmă conține semnătura și ștampila managerului care prin aceasta certifică acordul de acces în cadrul obiectivului Spitalului.
- (2) Accesul autovehiculelor altor instituții/furnizori este permis pe baza foii de parcurs, însoțită de documentele de identitate ale conducătorului vehiculului; accesul celorlalte persoane din vehicul se efectuează după regulile generale de acces; la autovehiculele care transportă diferite materiale se verifică, în plus, și documentele de însoțire a mărfii.
- (3) Autovehiculele de intervenție și ale societăților de prestări servicii vor intra în baza delegației de serviciu, prin punctul de control acces nr. 2, după legitimare și obținerea de către personalul de serviciu a aprobării accesului.
- (4) Accesul în incinta obiectivului al autoturismelor aparținând altor persoane din afara spitalului, este INTERZIS, cu excepția situației în care acestea transportă pacienți nedeplasabili din punct de vedere locomotor. Accesul acestora din urmă se permite în baza documentelor de identitate ale persoanelor aflate în autoturism și a regulilor generale de acces în unitate.
- (5) Posesorii autovehiculelor sunt obligați:
 - să parcheze autovehiculul numai pe locul care i s-a indicat, fără a obstrucționa accesul persoanelor sau autovehiculelor;
 - să prezinte pentru verificare documentele sau materialele care urmează a fi introduse sau scoase din perimetrul obiectivului;

- să elibereze locurile de parcare din interuorul spitalului în caz de incendiu, calamități naturale, pe timpul alarmării Spitalului, în cazul desfășurării unor festivități, precum și pentru efectuarea unor lucrări, aprovizionări sau intervenții.

Art.4. Controlul materialelor

- (1) Asigurarea cu echipamente, materiale, medicamente etc., necesare Spitalului se face pe baza comenzilor de achiziții, în format electronic sau letric, înaintate unităților distribuitoare de către compartimentele beneficiare și semnată de către managerul Spitalului. Persoanele desemnate, din cadrul formațiunilor care urmează să preia în gestiune respectivele articole execută verificarea materialelor care urmează să fie introduse în Spital pe baza actelor de primire (avizului de însoțire a mărfii și facturilor fiscale).
- (2) Persoanele din cadrul Spitalului desemnate să scoată din spital materiale și bunuri (de dimensiuni tip-bagaj de mână) sau persoanele delegate de la alte unități, la ieșirea din obiectiv sunt obligate să prezinte, personalului de paza la punctul de control acces, documentele care însoțesc materialele ce urmează a fi scoase. În cazul în care se constată neconcordanță între materialele existente asupra delegaților și documentele de însoțire a materialelor, personalul aflat în serviciul la punctul de control acces este obligat să raporteze șefului pazei și să permită scoaterea materialelor numai cu aprobarea persoanelor cărora le-a raportat situația creată.

Art.5. Personalul din cadrul Spitalului are obligația să prezinte, de fiecare dată, atât la intrarea cât și la ieșirea din incinta obiectivului, documentele de acces și să se supună controlului celor care răspund de securitatea obiectivului. La cererea personalului de serviciu/paza la punctul de control acces, pe lângă permisul de acces, se prezintă și alte documente care să ateste identitatea persoanei.

Art.6. Accesul persoanelor din afara spitalului în zonele cu acces limitat/interzis sau administrative este permis numai dacă acestea sunt însoțite de personal anume desemnat de managerul Spitalului.

Art.7. În cazul modificării datelor personale (schimbarea datelor de identitate etc.), posesorul documentelor de acces în obiectiv are obligația să solicite schimbarea acestora în termen de maximum 10 zile. Schimbarea documentelor de acces se face în maximum 30 de zile.

Art.8. Documentele de acces sunt valabile numai pentru perioada în care posesorul întrunește condițiile în baza cărora acestea au fost eliberate. În cazul încetării raporturilor de muncă/serviciu, posesorul documentelor de acces are obligația să le predea la structura de resurse umane a Spitalului.

Art.9. Pierderea ori distrugerea documentelor de acces se raportează imediat ierarhic. Managerul dispune cercetarea împrejurărilor în care s-a produs pierderea și ia măsuri pentru prevenirea folosirii neautorizate a documentelor pierdute.

Art.10. Evidența permiselor de acces în spital și de acces în zonele de securitate și zonele administrative este atribuția **SERVICIULUI ADMINISTRATIV**.

IX.3. Efectuarea triajului epidemiologic al personalului la începerea activității zilnice

Art.1. În conformitate cu prevederile cap. II articolul 1, litera r) din *O.M.S. nr. 1101/2016 privind aprobarea „Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare”*, întregul personal care vine în contact cu pacienții, care manipulează, prepară sau distribuie medicația, hrana și lenjeria, utilizează aparatura, echipamente în procesul de acordare a îngrijirilor (medici, farmaciști, asistente, îngrijitoare, infirmiere, brancardieri, bucătărese, spălătorese, etc.) va fi supus unei examinări la intrarea în serviciu, pentru evaluarea stării de sănătate și depistarea precoce a eventualelor boli transmisibile, în vederea prevenirii I.A.A.M.

Art.2. (1) Triajul epidemiologic cuprinde evaluarea stării de sănătate a persoanelor care urmează să intre în serviciu și va cuprinde observații asupra prezenței de simptome decelabile: febră, rinoree, disfație, tuse, stare generală alterată, vărsături, diaree, infecții sau erupții cutanate sugestive pentru o boală infecto-contagioasă.

- (2) Fiecare secție medicală deține în acest sens un „Registru de triaj epidemiologic al personalului”, care va fi completat zilnic, pentru fiecare tură de lucru, înaintea începerii activității, de către asistenta șefă în timpul programului acesteia sau persoana desemnată de aceasta în lipsa sa precum și pe celelalte ture.
- (3) În cazul în care se constată unul sau mai multe simptome din cele enumerate la alin. (1), se notează în „Registrul de triaj epidemiologic al personalului”, se anunță șeful de secție/compartiment sau medicul de gardă, după caz. Acesta examinează persoana și hotărăște dacă starea de sănătate îi permite îndeplinirea obligațiilor de serviciu, după care notează în respectivul registru diagnosticul și decizia sa, apoi semnează și parafează. Orice suspiciune de boală transmisibilă se declară de șeful de secție/medicul de gardă către C.S.P.L.I.A.A.M.
- (4) În funcție de situație, persoana examinată se poate redistribui pentru altă activitate în cadrul serviciului, sau se îndrumă spre medicul de familie / specialist pentru recomandarea tratamentului.
- (5) Până la sosirea persoanei înlocuitoare, persoana care asigură tura nu părăsește serviciul.
- (6) Dacă se consideră ca starea de sănătate permite efectuarea serviciului, deși unele simptome sunt prezente, aspectul va fi consemnat în „Registrul de triaj epidemiologic al personalului”, alături de măsurile de protecție care s-au stabilit și care trebuie respectate (de exemplu: masca de protecție, mănuși, etc.).
- (7) Dacă persoanele evaluate sunt sănătoase, se consemnează în Registrul de triaj epidemiologic al personalului și se semnează de către cel care a efectuat triajul.
- (8) Întreg personalul care vine în contact cu pacienții, precum și personalul care prepară hrana are obligația de autodeclara voluntar îmbolnăvirile.
- (9) S.P.I.A.A.M. verifică periodic consemnarea efectuării triajului epidemiologic al personalului la nivelul tuturor sectoarelor de activitate.

IX.4. Apărarea împotriva incendiilor

Art.1. Activitatea de prevenire și stingere a incendiilor în cadrul Spitalului este organizată și se desfășoară în conformitate cu prevederile Legii 307/2006, *Ordinului comun al M.A.I./M.S. nr. 146/1427 din 2013 pentru aprobarea Dispozițiilor generale de apărare împotriva incendiilor la unități sanitare, O.M.A.I. 712/2005 modificat și completat prin O.M.A.I. 786/2005 - privind instruirea în domeniul situațiilor de urgență* și cu „Planul de apărare împotriva incendiilor”, aprobat de managerul spitalului și în baza deciziilor emise de managerul spitalului.

- Art.2.**
- (1) Scopul prezentei reglementări de apărare împotriva incendiilor este de prevenire și reducere a riscurilor de producere a incendiilor, de asigurare a condițiilor pentru limitarea propagării și dezvoltării acestora prin măsuri tehnice și organizatorice, pentru protecția utilizatorilor, forțelor care acționează la intervenție, bunurilor și mediului împotriva efectelor incendiilor.
 - (2) Șefii structurilor/microstructurilor funcționale (medici sefi, asistenți sefi, directori, șef serviciu, șef birou, etc) ale Spitalului Județean de Urgență Dr.Tr.Severin răspund de aplicarea și respectarea normelor de prevenire și stingere a incendiilor pentru personalul din subordine și cooperează cu personalul responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor, nominalizat de către managerul Spitalului Județean de Urgență Dr.Tr.Severin prin decizie internă.
 - (3) Întreg personalul Spitalului Județean de Urgență Dr.Tr.Severin este obligat:
 - a) să-și însușească și să aplice normele de prevenire și stingere a incendiilor stabilite pentru locul de muncă în care își desfășoară activitatea;
 - b) să cunoască și să respecte măsurile de apărare împotriva incendiilor aduse la cunoștință sub orice formă de către managerul Spitalului;
 - c) să utilizeze conform instrucțiunilor de exploatare substanțele periculoase, instalațiile, utilajele, mașinile, aparatura și echipamentele de lucru;
 - d) să nu efectueze manevre nepermise ale mijloacelor tehnice de protecție sau de intervenție pentru stingerea incendiilor;

- e) să coopereze cu personalul desemnat de manager în vederea realizării măsurilor de apărare împotriva incendiilor;
 - f) să comunice imediat șefilor nemijlociți orice situație pe care o consideră pericol de incendiu, precum și orice defecțiune sesizată la sistemele de protecție sau de intervenție pentru stingerea incendiilor.
- (4) Activitatea de instruire a personalului se desfășoară în conformitate cu prevederile legislației menționate la **art.1.** și a precizărilor managerului consemnate în decizie internă.
- (5) În Spitalul Județean de Urgență Dr.Tr.Severin, principalele categorii de utilizatori nominalizați la alin. (1) sunt:
- a) pacienți/persoane internate/beneficiari ai actului medical;
 - b) personalul medical;
 - c) personalul mediu sanitar și auxiliar care desfășoară activități complementare actului medical;
 - d) personalul tehnic-administrativ;
 - e) însoțitorii persoanelor cu handicap/aparținători;
 - f) studenți, cursanți, practicanți și voluntari;
 - g) vizitatori;
 - h) comisionarii de echipamente, medicamente, materiale de întreținere;
 - i) personalul terților pentru întreținere echipamente medicale și nonmedicale.

IX.5. Evacuarea și relocarea pacienților la nivelul spitalului, precum și evacuarea clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie

Art.1. Reglementarea procesului de evacuarea și relocarea pacienților la nivelul spitalului, precum și a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie, are ca principale scopuri:

- a) Minimizarea/limitarea riscurilor și efectelor în urma unor situații de urgență;
- b) Protecția personalului și a bunurilor materiale;
- c) Stabilirea măsurilor și acțiunilor de intervenție pentru personalul spitalului în vederea evacuării și redislocării pacienților în cazul declanșării unor situații de urgență cu efecte sau potențial periculos pentru spital, zonele învecinate sau mediul înconjurător;
- d) Stabilirea de măsuri organizatorice privind asigurarea desfășurării actului medical în condiții de siguranță pentru personalul propriu și pacienți pe timpul evacuării și relocării pacienților;
- e) Eliminarea/tratarea următoarelor riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o producerea de accidente
 - o producerea de pagube materiale;
 - o blocarea căilor de evacuare;
 - o afectarea / blocarea actului medical;
 - o afectarea stării de sănătate a pacienților.

Art.2. Obligațiile generale specifice personalului propriu sunt următoarele:

- a) să se instruiască permanent privind modul de acțiune în situații de urgență;
- b) să se instruiască permanent privind modul de folosire și situațiile în care se folosesc mijloacele tehnice portabile de stins incendii;
- c) să participe, conform atribuțiilor stabilite, la evacuarea și relocarea în condiții de siguranță a pacienților/persoanelor internate, însoțitorilor persoanelor cu handicap/aparținătorilor și a vizitatorilor, precum și a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale în caz de nevoie;
- d) să anunțe orice eveniment observat care poate produce o situație de urgență;
- e) păstrarea permanentă a căilor de evacuare libere;

- f) menținerea în stare operațională a surselor alternative de alimentare cu energie electrică și a iluminatului de siguranță;
- g) menținerea în stare de funcționare a instalației de alarmare și avertizare/semnalizare;
- h) marcarea corespunzătoare a căilor de evacuare;
- i) asigurarea existenței mijloacelor specifice de evacuare: târgi, cărucioare, paturi cu roțile.
- j) să respecte normele generale de apărare împotriva incendiilor, prevederile normelor legale incidente prezentei reglementări, precum și regulile și măsurile specifice stabilite în cadrul spitalului;
- k) să respecte instrucțiunile specifice de exploatare a aparatelor/echipamentelor aflate în dotarea spitalului;
- l) să intervină, conform instrucțiunilor proprii de apărare împotriva incendiilor, pentru stingerea oricărui început de incendiu, utilizând mijloacele de apărare împotriva incendiilor din dotare.
- m) Sa respecte si sa duca la indeplinire prevederile deciziilor emise de managerul institutiei pe linia situatiei de urgenta
- n) Sa isi insuseasca si sa actioneze conform ghidului de organizare si desfasurare a evacuarii din constructii cu destinatia de unitati sanitare in cazul manifestarii unei situatii de urgenta generata de producerea unui incendiu sau a unui seism la nivelul spitalui
- o) Sa respecte si sa duca la indeplinire atributiile stabilite pe linia situatiilor de urgenta conform graficului intocmit pe fiecare sectie

Art.3. Obligațiile generale specifice pacienților/persoanelor internate, însoțitorilor/apartenenților și vizitatorilor sunt următoarele:

- a) să respecte instrucțiunile/regulile specifice privind apărarea împotriva incendiilor;
- b) să nu aducă în stare de neutilizare instalațiile de protecție împotriva incendiilor și mijloacele tehnice de primă intervenție în caz de incendiu;
- c) să nu aducă în stare de neutilizare semnele, afișele, marcajele sau altele asemenea destinate apărării împotriva incendiilor;
- d) să anunțe orice eveniment observat și care poate produce o situație de urgență;
- e) să respecte indicațiile personalului unității sanitare în cazul producerii unui incendiu, pentru evacuarea în siguranță a spațiilor.

Art.4. Regulile generale obligatorii valabile pentru toate categoriile de utilizatori nominalizat la Art.2. alin. (5) de la pct. IX.4 „*Apararea împotriva incendiilor*” sunt următoarele:

- a) să anunțe orice eveniment observat care poate produce o situație de urgență;
- b) să respecte indicatoarele/seemnele/afișele/marcajele specifice existente precum și indicațiile personalului propriu în situații de urgență, pentru evacuarea în siguranță a clădirilor;
- c) să nu deterioreze mijloacele tehnice portabile de stins incendii.

Art.5. Pentru asigurarea condițiilor de evacuare și salvare a utilizatorilor în siguranță în situațiile de urgență care impun evacuarea, se interzice:

- a) blocarea în poziție deschisă a ușilor caselor scării, a celor de pe coridoare, a celor cu dispozitive de închidere automată sau a altor uși care, în caz de incendiu, au rolul de a opri pătrunderea fumului, gazelor fierbinți și propagarea incendiilor pe verticală sau orizontală;
- b) blocarea, în poziție închisă, a ușilor de pe căle de evacuare, prevăzute cu sisteme de acționare electrică, precum și amplasarea de obiecte de mobilier în spațiile de manevră ale acestora;
- c) blocarea căilor de acces, de evacuare și de intervenție cu materiale, echipamente sau aparatură păstrate/depozitate care reduc lățimea sau înălțimea liberă de circulație stabilită ori care prezintă pericol de incendiu sau explozie, precum și efectuarea unor modificări la acestea, prin care se modifica situația inițială;
- d) amenajarea de boxe ori locuri de lucru, depozitarea de materiale, mobilier sau obiecte, amplasarea de copiatoare, dozatoare pentru sucuri/cafea etc., care ar putea împiedica evacuarea persoanelor și bunurilor, precum și accesul personalului de intervenție;
- e) încuierea ușilor de pe traseele de evacuare a utilizatorilor;

- f) blocarea căilor de evacuare, acces și intervenție, a hidranților de incendiu interiori și exteriori, a surselor de apă, a intrărilor în clădiri și a scărilor exterioare de acces către poduri și terase cu diferite materiale, mărfuri, precum și prin parcare mijloacelor de transport și se asigură curățarea acestora pe timp nefavorabil și întreținerea periodică pentru a fi practicabile/utilizabile în orice situație.

Art.6. La stabilirea priorităților privind evacuarea trebuie să se țină cont, printre altele, și de:

- a) autonomia de deplasare a beneficiarilor actului medical;
- b) procedurile specifice actului medical;
- c) mijloacele de transport sau de deplasare pentru personalul evacuat;
- d) gabaritul căilor de evacuare.

Art.7. Situațiile de urgență sunt acele evenimente excepționale, cu caracter nonmilitar, care prin amploare și intensitate amenință viața și sănătatea populației, mediului înconjurător, valorile materiale și culturale importante iar pentru restabilirea stării de normalitate sunt necesare adoptarea de măsuri și acțiuni urgente, alocarea de resurse suplimentare și managementul unitar al forțelor și mijloacelor implicate. **Situațiile de urgență care impun evacuarea, în raport de amploarea acestora, sunt următoarele:**

- a) incendii;
- b) căderi masive de precipitații;
- c) furtuni și viscol;
- d) producerea unui cutremur;
- e) alunecări de teren;
- f) căderi de obiecte cosmice;
- g) explozie;
- h) accidente, avarii, explozii și incendii în activități de transport și depozitare produse periculoase;
- i) accidente, avarii, explozii, incendii sau alte evenimente în activitățile nucleare sau radiologice;
- j) prăbușiri de construcții, instalații sau amenajări;
- k) eșecul utilităților publice;
- l) producerea unui incendiu;
- m) epidemii/ epizootii/zoonoze.

Art.8. Etapele procesului de evacuare în cazul manifestării unei situații de urgență generată de producerea unui cutremur, dezastru natural, căderi de obiecte cosmice sau explozie, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) După seism personalul din cadrul unității sanitare va verifica siguranța încăperilor și căilor de evacuare din componența clădirii și spațiilor specifice, precum și dacă există răniți.
- b) Este obligatoriu să se aștepte încetarea/ liniștirea situației și să se evite panica iar la derularea acțiunilor de evacuare se va ține cont de caracteristicile clădirii. După încetarea evenimentului nu se părăsește imediat clădirea ci se așteaptă semnalul de alarmare/evacuare stabilit de conducerea unității sanitare.
- c) Cadrele medicale trebuie să liniștească pacienții folosind expresii de tipul „*Păstrați-vă calmul! Panica poate produce victime!*”, „*Fiți calmi, nu părăsiți încăperea!*”.
- d) Toți utilizatorii clădirilor și spațiilor specifice spitalului trebuie să se protejeze, pe cât posibil, stând ghemuiți, sub mese, sub paturi, ținându-se cu mâinile de picioarele acestora, sub o grindă de rezistență sau lângă un stâlp de rezistență/perete interior de rezistență, sub tocurele ușilor (preferabil-pentru a putea ține sub observație pacienții din saloane/rezerve în timpul evenimentului), cu ușile întredeschise, pentru a menține libere căile de evacuare.
- e) Însoțitorii persoanelor cu dizabilități și/sau cu handicap locomotor (nedeplasabile) trebuie să aibă grijă de acestea, protejându-le, pe cât posibil, sub o grindă sau lângă un stâlp de rezistență.

- f) Tuturor persoanelor din clădire, inclusiv cele cu dizabilități și/sau cu handicap locomotor (nedeplasabile) li se recomandă să numere de la 1 la 60 pentru a avea o percepție reală asupra timpului.
- g) Nici o persoană nu trebuie să stea lângă obiecte grele amplasate pe pereți, respectiv tablouri, ghivece cu flori, etc.
- h) Nici o persoană nu trebuie să stea lângă ferestre deoarece geamurile se pot sparge în timpul evenimentului.
- i) Sub nici o formă nu se vor parcurge scările în timpul producerii evenimentului, fiind deasemenea, interzisă utilizarea lifturilor, așteptându-se liniștirea situației.
- j) După seism personalul din cadrul unității sanitare va verifica siguranța încăperilor și căilor de evacuare din componența clădirii și spațiilor specifice, precum și dacă există răniți.
- k) După încetarea evenimentului, personalul nominalizat în echipa responsabilă cu evacuarea/salvarea utilizatorilor pentru fiecare nivel al construcției și spațiilor specifice va asigura verificarea stării traseelor de evacuare (scări interioare, holuri, coridoare, uși, ieșiri, etc.), iar în cazul în care acestea sunt libere, neblocate, va da semnalul de alarmare/evacuare stabilit de conducerea unității sanitare.
- l) În funcție de starea clădirii, ordinea de evacuare (pe orizontală, pe verticală, parțială sau totală) va fi stabilită potrivit urgențelor.
- m) Șeful echipei de evacuare/salvare coordonează evacuarea utilizatorilor pe nivelul pentru care a fost desemnat.
- n) La acțiunile de evacuare/salvare pot participa rudele pacienților aflate în vizită la aceștia sau orice persoană aflată în interiorul clădirii și spațiilor specifice unității sanitare.
- o) Cadrele medicale care au în grijă pacienți cu dizabilități și/sau handicap locomotor (nedeplasabili) verifică dacă însoțitorii au grijă de aceștia și îi pregătesc pentru evacuare/salvare.
- p) Persoanele care vor ieși primele din clădire sunt utilizatorii spațiilor ce se află în saloane/rezerve/cabinete/spații situate la parter, în ordinea apropierii acestora față de ieșiri, urmând ca afluirea personalului spre exteriorul clădirilor, să se realizeze de la etajele superioare ale clădirilor, după caz.
- q) Utilizatorii spațiilor care prezintă dizabilități și/sau handicap locomotor (nedeplasabili) vor fi sprijiniți de persoanele însoțitoare care-i vor ajuta să se evacueze.
- r) Pe timpul derulării operațiunilor de evacuare se va evita aglomerația holurilor, în special a scărilor și se va circula, pe cât posibil, pe lângă pereții ce nu au ferestre (de preferat).
- s) Pentru protecția personală, utilizatorii pot folosi orice obiect pe care îl vor plasa deasupra capului, care va fi menținut în această poziție de la ieșirea din clădire până la locurile de adunare.
- t) Toți utilizatorii construcției ies din clădire în șir de câte o persoană folosind toate traseele stabilite ca sigure în urma verificării integrității acestora spre locurile de adunare stabilite. Locurile de adunare sunt amplasate, pe cât posibil, în centrul curților interioare.
- u) Șefii echipelor responsabile cu evacuarea/salvarea utilizatorilor spațiilor pentru fiecare nivel al construcțiilor și spațiilor specifice unității sanitare se vor asigura că toți utilizatorii acestora au părăsit încăperile și/sau au fost evacuați/salvați și vor anunța rezultatul managerului spitalului/șefului secției din care au fost evacuați pacienții, după caz sau, în lipsa acestora, personalului desemnat cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor/personalului de specialitate cu atribuții în domeniul situațiilor de urgență.
- v) În situația în care există persoane care, datorită afectării construcției în urma producerii seismului (scări rupte, prăbușite, pereți căzuți, etc.) au rămas blocate în diverse spații, acestea vor folosi mijloace acustice (bătăi în corpuri metalice/pereți sau alte obiecte dure, strigăte de ajutor, etc.) pentru a fi auzite de personalul echipelor de evacuare/salvare din cadrul serviciilor profesionale pentru situații de urgență chemați pentru intervenție prin apel la numărul unic 112.

Art.9. Etapele procesului de evacuare și relocare în cazul manifestării unei situații de urgență generată de producerea unui incendiu presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Persoana care va observa incendiul va apela imediat la numărul unic 112 și va anunța incidentul.
- b) Se va acționa sistemul de alarmare în caz de incendiu din dotarea Spitalului Județean de Urgență Dr.Tr.Severin de către pompierul de serviciu/înlocuitorul legal(în cazul constituirii Serviciului Privat pentru Situații de Urgență) sau altă persoană stabilită în acest sens. În cazul în care nu funcționează sistemul, alarmarea se va face prin voce, utilizând megafoane sau alte mijloace (ex.: Alarmă, Incendiu, Evacuarea!) și sistemul de comunicații aflat la dispoziția personalului de serviciu din structurile în care izbucnește incendiul.
- c) Personalul nominalizat în echipele de evacuare/salvare va evacua pacienții în exteriorul construcțiilor și spațiilor specifice unității sanitare sau în alte zone ale acestora, conform planurilor de evacuare, ținând cont, totodată, de tipul de evacuare decis în acestea (“pe orizontală”, “pe verticală”, “parțială” sau “totală”).
- d) În oricare din situațiile mai sus prezentate, cheia unei acțiuni reușite constă în trierea pacienților și stabilirea categoriilor cu prioritate la evacuare. Este recomandat să se încerce evacuarea etapizată, mai întâi în spații din unitatea sanitară neafectate/izolate de incendiu și abia apoi în altă locație/unitate sanitară cu paturi.
- e) Pacienții stabili din punct de vedere fizic, precum și cei din ambulatoriu, care nu necesită eforturi prea mari din partea personalului pentru a fi transportați, trebuie să fie evacuați cu prioritate. Pacienții în stare gravă sau care necesită echipamente de susținere a vieții vor fi evacuați în etapa a II-a. De asemenea, se va ține cont și de locația evacuării, prioritatea de această dată fiind inversată.
- f) La acțiunile de evacuare/salvare pot participa rudele pacienților aflate în vizită la aceștia sau orice persoană aflată în interiorul clădirilor și spațiilor specifice unității sanitare.
- g) Se vor închide toate ferestrele încăperilor de către personalul medical aflat în interiorul acestora.
- h) Odată cu asigurarea operațiunilor de evacuare, se va asigura închiderea ușilor de pe căile principale de circulație, respectiv al încăperilor din ariile afectate, astfel încât, să se preîntâmpine alimentarea cu oxigen a incendiului din zona/zonile unde acesta se manifestă.
- i) Se vor menține deschise căile de acces în unitatea sanitară și se vor elibera căile de acces pentru autovehiculele de intervenție ale forțelor specializate.
- j) Responsabilii din cadrul echipelor de evacuare/salvare de pe fiecare nivel sau zonă delimitată din cadrul construcțiilor anunță situația evacuării conducătorului unității sanitare/ șefului secției în care au fost evacuați pacienții, după caz sau, în lipsa acestora, cadrului tehnic responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor.
- k) Personalul responsabil cu verificarea evacuării tuturor utilizatorilor va verifica toate încăperile aferente fiecărui nivel al clădirilor și spațiilor respective pentru a se asigura că nu au rămas persoane în respectivele locații și că toți utilizatorii acestora au părăsit încăperile și/sau au fost evacuați și anunță rezultatul conducătorului unității sanitare/șefului secției în care au fost evacuați pacienții, după caz, sau în lipsa acestora, cadrului tehnic responsabil cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor.
- l) Se va intra în clădiri doar după intervenția și cu acordul serviciilor de urgență profesionale.
- m) În cazul în care incendiul este de mică amploare personalul stabilit în organizarea intervenției de stingere la locul de muncă va acționa cu mijloace de primă intervenție din dotare (stingătoarele portative).
- n) Pacienții/persoanele internate se definesc, în funcție de posibilitatea de a evacua în caz de incendiu, astfel:
 - o pacienți care au autonomie totală privind deplasarea;

- pacienți care se deplasează lent și cu dificultate sau utilizează dispozitive de mers precum bastoane, cârje, cadre de sprijin;
- pacienți care necesită implicarea personalului responsabil pentru evacuarea acestora, prin utilizarea de mijloace de transport, cum ar fi cărucioare, tărgi, paturi;
- pacienți în incapacitate de mișcare din cauza dependenței acestora de echipamentele și instalațiile utilizate în procesul medical, care au nevoie de o acțiune specială de însoțire și verificare a aparatului medical;
- pacienți grav bolnavi, pentru care evacuarea poate fi periculoasă și/sau imposibilă pe termen scurt, determinată de complexitatea aparatului care le asigură supraviețuirea și dependența totală a acestora.

Art.10. Etapele procesului de evacuare și relocare a pacienților la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Stabilirea priorităților de evacuare ținând cont de autonomia de deplasare a beneficiarilor actului medical, procedurile specifice actului medical, mijloacele de transport pentru personalul evacuat, dimensiunea căilor de evacuare. În situații care impun evacuarea și relocarea pacienților, responsabilitatea pentru stabilirea priorităților de evacuare revine:
 - i. Directorului medical (înlocuitorului legal), în cazul unei evacuări/ relocări totale/generale;
 - ii. Șefilor de secție (înlocuitorului legal), în situația unei evacuări/relocări parțiale.
- b) O măsură preliminară în astfel de situații este marcarea din timp de către asistenții medicali șefi a ușilor saloanelor cu etichete de culoare roșie (pentru persoanele care nu se pot evacua singure), galbenă (pentru persoanele care necesită sprijin la evacuare) și verde (pentru persoanele care se pot evacua singure). Ulterior, repartizarea în saloane a pacienților la momentul internării se va face de către asistenții medicali șefi prin luarea în considerare a autonomiei pacienților în caz de producere a unor urgențe.
- c) Evacuarea pacienților se realizează:
 - i. în mod organizat, sub supravegherea directă și strictă a personalului medical stabilit prin dispoziția conducerii spitalului;
 - ii. pe locurile dinainte stabilite în incinta spitalului, în baza planurilor de evacuare.
- d) Evacuarea în cazul pacienților grav bolnavi, în incapacitate de mișcare din cauza dependenței acestora de echipamentele medicale care le asigură menținerea funcțiilor vitale se realizează cu asistență nemijlocită a personalului medical și, dacă este cazul, se asigură transportul către alte spitale utilizându-se unități mobile de reanimare;
- e) Locurile de adunare temporară la evacuarea clădirii în diferite situații sunt în centrul curților interioare, după caz (acestea nu se amplasează în proximitatea clădirilor);
- f) La finalul operațiunilor de evacuare, directorul medical sau șefii de secție (înlocuitorii legali), după caz, verifică lista pacienților pentru a se stabili dacă au fost evacuate toate persoanele.
- g) După analizarea situațiilor și a consecințelor/urmărilor evenimentului care a generat evacuarea, conducerea spitalului decide:
 - i. dacă este posibilă revenirea pacienților în spațiile din care au fost evacuați dacă acestea nu sunt afectate și permit continuarea desfășurării actului medical;
 - ii. dacă este necesară și posibilă relocarea pacienților în alte spații la nivelul spitalului, care nu au fost afectate și permit continuarea desfășurării actului medical;
 - iii. dacă este necesară relocarea pacienților în alte spații/unități sanitare, caz în care se dispune solicitarea sprijinului structurilor specializate de intervenție în situații de urgență prin apelarea numărului unic 112. Până la sosirea echipajelor specializate pentru evacuarea și relocarea pacienților, acestora continuă să li se asigure asistență medicală, în limita posibilităților, în spații neafectate, amenajate temporar în incinta spitalului sau în curtea interioară a spitalului.
- h) Anual, prin decizie a managerului se numește personalul propriu care are responsabilități privind evacuarea persoanelor care nu se pot evacua singure.

- i) Anual, la propunerea personalului cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor se planifică și se execută activități/exerciții de evacuare și relocare la nivelul spitalului în diferite situații;
- j) Conform planificării întocmite în acest sens, prin responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor, se verifică existența suficientă și starea mijloacelor proprii destinate evacuării/relocării pacienților în diferite situații: târghi, cărucioare, paturi cu rotile;
- k) Efectuarea instruirii periodice a personalului propriu care are responsabilități privind evacuarea persoanelor și bunurilor.

Art.11.(1) Evacuarea clădirilor/spațiilor precum și a medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență se realizează în baza unui *”Plan de acțiune în caz de dezastru natural și/sau catastrofă”*, întocmit și actualizat în permanență de către responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor.

- (2) În *”Planul de acțiune în caz de dezastru natural și/sau catastrofă”* sunt prevăzute persoanele convocate pentru fiecare tip de situație cu risc identificată și înlocuitorii acestora, responsabilitățile care revin respectivelor persoane în diferite situații de urgență, precum și schema de alarmare pentru situații cu risc/urgențe/catastrofe.
- (3) Planul de acțiune în caz de dezastru natural și/sau catastrofă prevede modul de anunțare al echipelor de intervenție pentru diverse situații cu risc/urgențe/catastrofe.
- (4) Prevederile referitoare la responsabilitățile în caz de dezastru natural și/sau catastrofă sunt menționate în fișele de post ale persoanelor responsabile cu intervenția în caz de dezastru natural și/sau catastrofă, prin grija șefilor ierarhici ai acestora, aspect care se verifică de către responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor.
- (5) Anual, prin grija responsabilului cu apărarea împotriva incendiilor, se planifică simularea/verificarea funcționalității schemei de alarmare a personalului în caz de dezastru natural și/sau catastrofă.

Art.12.(1) Evacuarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență se va face de către personalul spitalului în mod organizat, numai după primirea acordului serviciilor de urgență profesionale.

- (2) Personalul care realizează evacuarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/spațiile afectate va purta în mod obligatoriu echipament de protecție.
- (3) Evacuarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/spațiile afectate se va face prin relocarea acestora în spații neafectate, acordându-se prioritate acelor materiale/echipamente de strictă necesitate, considerate ca fiind critice pentru îndeplinirea obiectivelor spitalului. Se va urmări de asemenea relocarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale cu valoare ridicată din clădirile/spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență.
- (4) Funcție de amploare, activitatea de evacuare a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale din clădirile/spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență este condusă de către managerul spitalului sau responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor. Indiferent de natura/valoarea medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale care se doresc a fi evacuate din clădirile/spațiile afectate în urma producerii diferitelor situații de urgență se va acorda o prioritate maximă siguranței personalului implicat în evacuare.

Art.13. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de evacuare și relocare a pacienților la nivelul spitalului, precum și a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare și dispozitivelor medicale provocată de manifestarea unei situații de urgență generată de producerea unui cutremur, dezastru natural, căderi de obiecte cosmice, explozie sau de producerea unui incendiu sunt următorii:

- a) Numărul de instruirii/ antrenări planificate privind punerea în practică a măsurilor stabilite în diferite situații în ultimul an calendaristic, să se realizeze în proporție de 100% conform planificării;

- b) Numărul verificărilor/ controalelor planificate privind cunoașterea de către personal a reglementărilor și a modului de acțiune în diferite situații, să se realizeze în proporție de 100% conform planificării în ultimul an calendaristic încheiat;
- c) Numărul exercițiilor planificate de evacuare a clădirilor în diferite situații, pentru spațiile în care se află persoane netransportabile, să se realizeze în proporție de 100% conform planificării în ultimul an calendaristic încheiat;
- d) În ultimul an calendaristic încheiat să se planifice și să se execute minim un exercițiu de evacuare în cooperare cu I.S.U.;
- e) În urma evaluării anuale a nivelului de apărare împotriva incendiilor se alocă în proporție de 100% resursele necesare dotării cu mijloace tehnice împotriva incendiilor conform normativelor specifice și pentru menținerea funcționalității celor existente, în limita bugetului cu această destinație aprobat.
- f) În ultimul an calendaristic încheiat, în cadrul tuturor structurilor medicale, repartiția pacienților relocați în saloane respectă permanent codificarea privind mobilitatea acestora;
- g) În ultimul an calendaristic încheiat, în cadrul tuturor structurilor medicale, sunt disponibile permanent suficiente târgi, cărucioare, paturi cu roțile pentru evacuarea pacienților;
- h) Personalul este în permanență suficient pentru evacuarea pacienților nedeplasabili din saloanele marcate cu codul roșu, prin aplicarea prevederilor Planului Alb;
- i) În ultimul an calendaristic încheiat, în cadrul tuturor structurilor medicale, s-a avut în vedere ca paturile din saloanele cu pacienți nedeplasabili să fie mobile putând fi evacuate

IX.6. Reguli de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute

Art.1. Reglementarea procesului de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute are ca principale scopuri:

- a) Asigură aducerea la cunoștința personalului spitalului, în timp oportun, a legilor, regulamentelor, ordinelor, normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute care vizează activități importante în cadrul Spitalului;
- b) Asigură posibilitatea explicării unor termeni sau prevederi normative nou intrate în vigoare asigurându-se o conduită unitară a factorilor de răspundere din cadrul Spitalului în ceea ce privește aplicarea noilor norme legislative intrate în vigoare.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - interpretarea / aplicarea eronată a unor termeni sau prevederi normative;
 - consecințe asupra personalului sau instituției.

Art.2. Procesul de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Prin grija consilierului juridic actele normative nou intrate în vigoare sau cele modificate și/sau completate, care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, se postează într-unul din subdomeniile/folderele existente în directorul "Biblioteca electronica/Legislatie" dispus pe serverul spitalului, în termen maxim de 5 zile lucrătoare de la data publicării acestora în Monitorul Oficial.
- b) În situația în care este necesară postarea unor acte normative care completează și/sau modifică acte normative aflate în vigoare, care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, se va proceda prin grija consilierului juridic, după cum urmează:
 - i. Se va radia forma neactualizată a actului normativ modificat și/sau completat;
 - ii. Se va posta forma actualizată a actului normativ care a fost modificat și/sau completat iar la finalul denumirii acestuia se va adăuga luna și anul în care a fost realizată ultima modificare și / sau completare (de forma: "Legea 53_2003 Codul

muncii_dec2018”), în termen maxim de 5 zile lucrătoare de la data publicării acestora în Monitorul Oficial.

- c) Despre intrarea în vigoare a unor noi acte normative sau despre modificarea și completarea unor acte normative în vigoare, care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, prin grija consilierului juridic se întocmesc, se afișează și se postează în directorul ”*Biblioteca electronică/Legislație*” de pe serverul Spitalului anunțuri privind intrarea în vigoare, modificarea și/sau completarea diferitelor acte normative incidente domeniilor de activitate ale Spitalului. Respectivele anunțuri cuprind, după caz:
- i. Denumirea actelor normative nou intrate în vigoare;
 - ii. Denumirea actelor normative modificate și/sau completate, cu menționarea datei la care acestea au fost ultima dată modificate și/sau completate;
 - iii. Atunci când se consideră necesar se menționează scurte indicații privind impactul pe care îl aduce intrarea în vigoare a respectivelor acte normative;
 - iv. Denumirea directorului și a subdomeniului/folderului acestuia în care se postează actele normative nou intrate în vigoare sau cele modificate și/sau completate.
- d) Legile, regulamentele, ordinele, normele, dispozițiile și instrucțiunile nou apărute sau cele care presupun modificarea și/sau completarea unor acte normative aflate în vigoare, care vizează activități importante în cadrul Spitalului și care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, se prezintă personalului acestuia de către managerul Spitalului / șefii de microstructuri ale Spitalului, la propunerea șefilor acestora în a căror responsabilitate intră domeniul incident al respectivelor norme, în cadrul ședințelor de prelucrări de ordine care au loc săptămânal, la raportul de gardă cu participare lărgită a întregului personal al Spitalului (nu participă personalul aflat în tură liberă, recuperare, concedii, precum și personalul a cărui prezență este strict necesară în compartimentele în care își desfășoară activitatea). De regulă, raportul de gardă cu participare lărgită a întregului personal al Spitalului se desfășoară în fiecare zi de vineri, ora 08.00, în Spitalului.
- e) Cu ocazia executării activității enunțate la punctul precedent, după caz, persoanele care prezintă legile, regulamentele, ordinele, normele, dispozițiile și instrucțiunile nou apărute sau cele care presupun modificarea și/sau completarea unor acte normative aflate în vigoare, vor face precizări privind impactul pe care-l are intrarea în vigoare a respectivelor norme și responsabilitățile care revin personalului Spitalului.
- f) Șefii de microstructuri din cadrul Spitalului au obligația de a informa verbal personalul din subordine care nu a participat la raportul de gardă cu participare lărgită a întregului personal al Spitalului, despre intrarea în vigoare și/sau modificarea unor acte normative incidente domeniului de activitate, în prima zi lucrătoare în care respectivele persoane se prezintă la serviciu.
- g) Legile, regulamentele, ordinele, normele, dispozițiile și instrucțiunile nou apărute care vizează doar anumite domenii din cadrul Spitalului și care sunt de interes doar pentru personalul anumitor microstructuri, se prezintă personalului acestora de către șefii de microstructuri în a căror responsabilitate intră domeniul incident al respectivelor norme, imediat după luarea la cunoștință privind intrarea în vigoare a acestora.

Art.3. În situația în care parte din personalul Spitalului nu participă, din motive întemeiate, la raportul de gardă în care se aduce la cunoștință despre intrarea în vigoare sau/și despre modificări ale unor acte normative aflate în vigoare, care vizează activități importante în cadrul Spitalului și care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, este obligat ca în prima zi în care se prezintă la program, ulterioară executării respectivei activități, să procedeze la luarea la cunoștință a prevederilor legale prezentate în cadrul activităților la care nu a participat, consultând în acest sens anunțurile postate în directorul ”*Biblioteca electronică/Legislație*” de pe serverul Spitalului despre modificarea și/sau completarea diferitelor acte normative incidente domeniilor de activitate ale Spitalului.

Art.4. Indicatorii de eficiență (dupa caz) și eficacitate a activității de aducere la cunoștință a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispozițiilor și instrucțiunilor nou apărute, sunt următorii:

- a) Toate actele normative nou intrate în vigoare sau care au fost modificate și/sau completate, incidente domeniilor de activitate ale Spitalului, au fost postate pe serverul Spitalului, în termenul stabilit;
- b) Toate actele normative nou intrate în vigoare sau care au fost modificate și/sau completate, incidente domeniilor de activitate ale Spitalului, s-au afișat anunțuri la avizier, în termenul stabilit, în măsura în care acestea nu au fost postate pe server spital;
- c) Toate actele normative nou intrate în vigoare sau care au fost modificate și/sau completate, incidente domeniilor de activitate ale Spitalului, au fost prezentate la rapoartele de gardă cu participare lărgită, în termenul stabilit.

IX.7. Protecția datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora)

Art.1. Reglementarea procesului de prelucrare a datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora are ca principale scopuri:

- a) Se asigură respectarea de către spital a legislației în vigoare cu privire la securitatea datelor;
- b) Se asigură garantarea și protejarea drepturilor și libertăților fundamentale ale persoanelor fizice;
- c) Asigură stabilirea de măsuri tehnice și organizatorice pentru îndeplinirea obligațiilor referitoare la securitatea și controlul sistemelor informatice, în vederea asigurării confidențialității datelor și informațiilor precum și pentru păstrarea în siguranță a acestora, în cadrul activității curente executate de angajați.
- d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - încălcarea limitelor dezvăluirilor datelor personale;
 - generarea de prejudicii morale și/sau materiale;
 - distrugerile accidentale sau ilegale ale datelor cu caracter personal;
 - pierderea, dezvăluirea sau modificarea fără drept a acestora.

Art.2. Procesul de protecție a datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora) presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Stocarea în siguranță a informațiilor reprezintă un atribut al modulului informatică și se realizează astfel încât să se asigure un nivel adecvat de protecție și securitate.
- b) Pentru îndeplinirea prevederilor legale referitoare la prelucrarea datelor cu caracter personal și satisfacerea cerințelor păstrării în siguranță a datelor și informațiilor, prin grija modulului informatică se elaborează și implementează măsuri organizatorice și tehnice orientate pe anumite direcții de acțiune, și anume identificarea și autentificarea utilizatorilor, tipul de acces, colectarea datelor, execuția copiilor de siguranță, computerele și terminalele de acces, fișierele de acces precum și instruirea personalului.
- c) În vederea asigurării confidențialității datelor și informațiilor fiecare utilizator pentru a căpăta acces la baza de date cu caracter personal trebuie să se identifice prin cod și parolă. Codurile de identificare și parolele sunt atribuite prin grija microstructurii informatică, sunt unice, iar fiecare utilizator este obligat să păstreze confidențialitatea acestora.
- d) Orice modificare a datelor cu caracter personal se poate face numai de către utilizatori desemnați de operator. Computerele și terminalele vor fi setate de către microstructura informatică astfel încât dacă pe ecran apar date cu caracter personal asupra cărora nu se acționează o perioadă prestabilită de timp, sesiunea de lucru se va închide.

- e) Deasemenea orice accesare a bazei de date cu caracter personal va fi înregistrată în sistem, microstructura informatică având posibilitatea de a vizualiza aceste informații.
- f) Pentru protecția datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora modulul de comunicații și informatică va fi în măsură să instruiască personalul/utilizatorii cu privire la riscurile ce le comportă această activitate. Deasemenea pentru menținerea securității prelucrării datelor cu caracter personal se va interzice folosirea de către utilizatori a programelor software care provin din surse externe și implementarea unor sisteme de devirusare.

Art.3. (1) În cazul procesului de furnizare a serviciilor medicale Spitalului colectează și prelucrează date cu caracter personal aparținând pacienților, medicilor, angajaților și candidaților care acced la un post în cadrul spitalului, după cum urmează:

- a) în cazul pacienților, în scopul îndeplinirii atribuțiilor legale ce revine personalului spitalului conform legii, realizarea dezideratului de medicină preventivă, de stabilire a diagnosticelor medicale, de administrare a unor îngrijiri sau tratamente ori de gestionare a serviciilor de sănătate care acționează în interesul persoanei vizate;
- b) în cazul medicilor, în scopul îndeplinirii obligațiilor legale aferente contractelor de muncă și de gestionarea a serviciilor de sănătate;
- c) în cazul angajaților, în scopul îndeplinirii obligațiilor legale aferente contractelor de muncă;
- d) în cazul candidaților, pentru activități specifice structurii RUNOS.

(2) Furnizarea datelor solicitate de spital este necesară pentru îndeplinirea scopurilor mai sus menționate.

Art.4. Datele personale privind starea de sănătate sunt protejate conform regulilor stabilite de legislația în domeniul drepturilor pacienților, prelucrarea acestora fiind permisă numai cu respectarea secretului profesional.

Art.5. Pentru conformarea la cerințele legale sau de acreditare, o parte din aceste date personale sunt transmise către terțe părți: Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, SNSP, D.S.P., REVISAL și ANAF, transmiterea făcându-se cu respectarea prevederilor legale privind protecția datelor personale, utilizând după caz sisteme de criptare, pseudonimizare sau anonimizare.

Art.6. (1) Datele personale pot fi păstrate în scopuri statistice, științifice sau istorice, colectarea și prelucrarea acestora făcându-se atât prin utilizarea suportului de hârtie cât și cu ajutorul unor aplicații informatice, după caz.

(2) Persoanele vizate de prelucrarea datelor cu caracter personal au următoarele drepturi:

- a) de a fi informate cu privire la datele colectate, scopul colectării, prelucrării, categoriile de destinatari ai datelor cu caracter personal,
- b) de a solicita rectificarea sau corectarea informațiilor în situația în care acestea sunt incorecte sau incomplete,
- c) de a solicita ștergerea lor când prelucrarea nu mai este necesară,
- d) de a solicita restrângerea prelucrării.

Art.7. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a reglementării privind modul de prelucrare a datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora:

- a) Numărul de reclamații cu privire la asigurarea confidențialității datelor și informațiilor personale precum și păstrarea în siguranță a acestora, în cadrul activității spitalului, este de maxim 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință;
- b) Numărul de reclamații cu privire la asigurarea accesului la datele personale ale pacientului determinate de îngrădirea drepturilor pacienților/aparținătorilor, este de maxim 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință;

IX.8. Modalitatea în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate

Art.1. Reglementarea modalității în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate, are ca principale scopuri:

- a) Asigură punerea în aplicare a prevederilor normative incidente în vigoare care privesc drepturile pacientului;
- b) Pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care spitalul dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - erori de diagnostic și tratament;
 - erori de adresabilitate: când, cui, cum se solicită consultul;
 - agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art.2. Modul în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) La internare sau pe parcursul furnizării serviciilor de sănătate, după caz, medicul curant are obligația să aducă la cunoștința pacientului faptul că are dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală, de la medici din cadrul spitalului sau medici acreditați din afara Spitalului.
- b) În sensul celor menționate la lit. a), medicul curant asigură completarea de către pacient/reprezentantul legal a rubricii ”*Pacientul a fost încunoștințat că are dreptul la o a doua opinie medicală*” din formularul ”*Acordul pacientului informat*” – instituit de prevederile O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, care se regăsește în F.O.C.G., prin bifarea căsuței ”DA”, urmată de obținerea semnăturii pacientului.
- c) În situația în care pacientul își manifestă dorința de a avea acces la o ”a doua opinie medicală” din partea unui medic din cadrul spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), medicul curant îi va facilita pacientului obținerea acesteia prin asigurarea accesului medicului indicat de către pacient la acesta și la datele sale medicale, situație în care pacientul va achita la casieria spitalului contravaloarea serviciilor medicale prestate la cerere.
- d) În situația în care pacientul își manifestă dorința de a avea acces la o ”a doua opinie medicală” din partea unui medic din cadrul spitalului în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate, iar acest aspect presupune repetarea respectivelor investigații dar cu alte echipamente medicale decât cele utilizate în prima etapă, medicul curant îi va facilita pacientului obținerea acesteia situație în care pacientul va achita la casieria spitalului contravaloarea serviciilor medicale prestate la cerere.
- e) În situația în care pacientul solicită a doua opinie medicală în ceea ce privește rezultatul investigațiilor efectuate de Serviciul de Anatomie patologică, de la medici care nu sunt angajați ai spitalului, conform legislației în vigoare, art.6 lit.b din HG 451/2004 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii nr.104/2003 privind manipularea cadavrelor umane și prelevarea organelor și țesuturilor de la cadavre în vederea transplantului, medicul anatomopatolog este obligat, ca la cererea pacientului sau aparținătorilor acestuia sau a reprezentantului legal, a medicului curant sau a medicului

anatomopatolog din alt spital, să elibereze blocurile de parafină și/sau lamele histopatologice în vederea unui consult, cu condiția asumării responsabilității returnării lor de către persoana care le solicită în scris și cu menționarea datelor de indentitate ale acesteia. În acest sens, persoana solicitantă completează o declarație în Serviciul Anatomie patologică conform cu prevederile legale anterior invocate. În urma solicitării, se eliberează blocurile de parafină și/sau lamele histo/citopatologice cerute, aspect care se notează în Registrul evidența predare-primire lame și blocuri de parafină.

- f) Exprimarea unei o "a doua opinii medicale" din partea unui medic din cadrul spitalului, este condiționată de acordul inițial al respectivului medic cât și de acordul șefului de secție căruia îi este subordonat medicul curant al pacientului care își manifestă dorința de a avea acces la o "a doua opinie medicală" (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate).
- g) În situația în care pacientul își manifestă dorința de a avea acces la o "a doua opinie medicală" din partea unui medic din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), medicul curant îi va facilita pacientului obținerea acesteia prin asigurarea accesului medicului indicat de către pacient la acesta și la datele sale medicale, cu aprobarea șefului de secție și a directorului medical (prin parafarea F.O.C.G.). În condițiile în care medicul care a acceptat să ofere pacientului o "a doua opinie medicală" nu este angajat/colaborator al spitalului, șeful secției va aproba accesul acestuia la pacient în spital și la informațiile medicale disponibile, fără a permite efectuarea de acte medicale utilizând resursele spitalului.
- h) În situația în care pacientul își manifestă dorința de a avea acces la o "a doua opinie medicală" din partea unui medic din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), iar acest lucru presupune deplasarea pacientului la o altă unitate sanitară publică, cu aprobarea șefului de secție și a directorului medical (se parafează F.O.C.G.), medicul curant îi va facilita pacientului obținerea acesteia prin asigurarea accesului medicului indicat de către pacient la acesta și la datele sale medicale.
- i) Pacienților care își manifestă dorința de a avea acces la o "a doua opinie medicală" din partea unui medic din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), li se facilitează accesul în limita convențiilor/contractelor/protocoalelor de colaborare încheiate de către Spitalului cu alte unități sanitare publice sau medici acreditați, care au ca subiect accesul pacienților la o "a doua opinie medicală".
- j) Solicitarea de a avea acces la o "a doua opinie medicală" din partea unui medic din cadrul spitalului sau din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), se poate formula de către pacient în scris sau verbal.
- k) Exprimarea unei o "a doua opinii medicale" de către medici încadrați în cadrul S.J.U.D.T.S. se înscrie în F.O.C.G.-ul pacientului internat care a solicitat respectiva opinie, cu mențiunea că respectiva opinie este formulată la cererea expresă a pacientului.
- l) Exprimarea unei o "a doua opinii medicale" de către medici acreditați încadrați în cadrul altor unități sanitare decât Spitalului, se înscrie pe documente medicale, după caz, care se atașează ulterior la F.O.C.G.-ul pacientului internat care a solicitat respectiva opinie, cu mențiunea că respectiva opinie este formulată la cererea expresă a pacientului.
- m) Plata serviciilor medicale acordate pacienților internați de către unități sanitare publice/medici acreditați din afara Spitalului se suportă integral de către pacienții care și-au manifestat dorința de a avea acces la o "a doua opinie medicală", în baza tarifelor practicate de către respectivele unități sanitare publice/medici acreditați.
- n) În ultimul trimestru al fiecărui an, directorul medical va propune planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la procedurile care asigură accesul pacientului la "a doua opinie medicală".

- o) Anual, de regulă în luna decembrie, prin grija directorului medical, Consiliul medical va analiza situația cazurilor pentru care a fost solicitată o ”a doua opinie medicală”, primită de la medici angajați ai spitalului. În acest sens, lunar, în cadrul ședințelor Consiliului medical se vor centraliza de către secretarul Consiliului medical situațiile pentru care a fost solicitată o ”a doua opinie medicală”, primită de la medici angajați ai spitalului.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a reglementării privind modul în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” unor alți medici angajați ai spitalului precum și medicilor care nu sunt angajați ai spitalului, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate sunt următorii:

- a) Asigurarea la cerere, în proporție de 100%, a accesului la o ”a doua opinie medicală” din partea unui medic din cadrul spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), tuturor pacienților care solicită acest lucru pe parcursul ultimului an calendaristic.
- b) Asigurarea la cerere, în proporție de 100%, a accesului la o ”a doua opinie medicală” din partea unor medici acreditați din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), tuturor pacienților care solicită acest lucru pe parcursul ultimului an calendaristic.
- c) Să existe permanent în vigoare, minim o convenție/contract/protocol de colaborare încheiat de către Spital cu alte unități sanitare publice sau medici acreditați, care au ca subiect accesul pacienților la o ”a doua opinie medicală”.
- d) Accesul la o ”a doua opinie medicală” din partea unor medici acreditați din afara spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate) în specialități medicale similare celor din Spitalului se realizează în proporție de 100% în ultimul an calendaristic încheiat.

IX.9. Modalitatea de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal

Art.1. Reglementarea procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal are ca principale scopuri:

- a) Se înscrie în politica de prevenire a discriminării în acordarea serviciilor medicale a S.J.U.D.T.S.;
- b) Asigură un set unitar de reguli pentru încetarea furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal;
- c) Descrie modalitățile prin care relația medic-pacient poate înceta, fără a afecta deontologia profesională și normele de conduită;
- d) Garantează și protejează drepturile pacienților împotriva oricăror forme de discriminare pe criterii interzise de lege;
- e) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o apariția unui conflict medic - pacient / aparținători;
 - o reclamații ale pacienților / aparținătorilor;
 - o acționarea în instanță.

Art.2. Etapele procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Între medic și pacient trebuie să existe o relație de încredere iar acordarea asistenței medicale se face după acceptarea anterioară de către medic a persoanei ca pacient. Personalul medical din cadrul Spitalului nu are dreptul să refuze o persoană pe criterii etnice, religioase și de orientare sexuală sau pe alte criterii de discriminare interzise de lege. Criteriile de acceptare ca pacienți de către medici a persoanelor cărora li se adresează, sunt următoarele:

- i. metoda de prevenție, diagnostic, tratament la care urmează să fie supusă persoana în cauză să facă parte din specialitatea/competența medicului, medicului dentist, asistentului medical;
 - ii. persoana în cauză să facă o solicitare scrisă către medic, medicul dentist, asistentul medical de acordare a asistenței medicale, cu excepția cazurilor în care persoana este lipsită de discernământ sau a situațiilor de urgență medico-chirurgicală. Solicitarea va fi păstrată în fișa medicală sau, după caz, într-un registru special;
 - iii. aprecierea medicului, medicului dentist, asistentului medical că prin acordarea asistenței medicale nu există riscul evident de înrăutățire a stării de sănătate a persoanei căreia i se acordă asistența medicală. Aprecierea se face după un criteriu subiectiv și nu poate constitui circumstanță agravantă în stabilirea cazului de malpraxis.
- b) Spitalul are obligația de a asigura efectuarea de intervenții medicale asupra pacientului numai dacă dispune de dotările necesare și de personal acreditat pentru a acorda respectivele îngrijiri medicale sau are servicii externalizate în baza unor contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale acreditați. Intervențiile medicale asupra pacientului pot fi efectuate și în absența acestor condiții numai în cazuri de urgență apărute în situații extreme.
 - c) Refuzul acordării asistenței medicale poate avea loc strict în condițiile legii sau dacă prin solicitarea de persoana în cauză îi cere medicului acte de natură a-i știrbi independența profesională, a-i afecta imaginea morală ori solicitarea nu este conformă cu principiile fundamentale ale exercitării profesiei de medic. În urma acceptării pacientului, personalul medical acordă îngrijirile medicale conform standardelor terapeutice stabilite de protocoalele aprobate la nivel național, asigurându-se că prevalează interesul și binele pacientului.
 - d) Întrucât drepturile universale de respectare a intimității și dreptul la autodeterminare coexistă actului medical, nici un pacient nu poate fi consultat împotriva propriei voințe, obligația de îngrijire nu subzistă în cazul pacienților care refuză explicit să-și dea consimțământul pentru consult sau tratament. Refuzul pacientului de a mai primi asistența medicală se înscrie de către acesta pe formularul *"Acordul pacientului informat"* anexă la *O.M.S. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI "Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, care se introduce în F.O.C.G/documentele medicale. În această situație, pacienților trebuie să li se explice consecințele refuzului sau opririi actelor medicale, persistența pacienților în a nu accepta acordarea de servicii medicale conducând la încetarea furnizării acestora fără afectarea deontologiei profesionale.
 - e) Încetarea furnizării asistenței medicale și a responsabilității medicale încetează și în situația în care pacientul nu respectă cu strictețe prescripția sau recomandarea medicală.
 - f) Personalul medical este dator să stăruie și să se asigure că decizia profesională luată în legătură cu pacientul respectă normele și obligațiile profesionale și regulile de conduită deontologică, vindecarea bolii reprezentând momentul încetării relației medic-pacient.
 - g) În situația în care patologia prezentată necesită și justifică asistența altui medic, cu competențe sporite, medicul curant întrerupe relația cu pacientul și îl trimite altui medic, furnizându-i acestuia din urmă toate datele medicale obținute, care justifică asistența altui medic cu competențe sporite.
 - h) Pentru a beneficia de servicii medicale pacienții respectă cu strictețe indicațiile medicului și au obligația să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar. Ori de câte ori un pacient dovedește un comportament ostil, o conduită necivilizată, medicul curant are posibilitatea de a întrerupe relația cu pacientul ireverențios.
 - i) În toate situațiile în care pacientul manifestă o atitudine ostilă și/sau ireverențioasă față de medic, întreruperea relației va fi inițiată de către medic printr-o notificare adresată respectivului pacient în care își exprimă dorința terminării relației. În măsura în care nu se pune în pericol starea sănătății pacientului, medicul trimite notificarea cu cel puțin 5

zile înainte pentru a-i da posibilitatea respectivului pacient de a găsi o altă alternativă, în caz contrar medicul asigură asistența medicală până la găsirea altui medic sau până la ameliorarea stării de sănătate. În vederea realizării notificării anterior menționată, medicul trebuie să motiveze temeiul refuzului, astfel încât acesta să nu fie unul arbitrar. Notificarea se întocmește de către medicul curant în dublu exemplar, unul fiind transmis pacientului cu minimum 5 zile înaintea terminării relației, iar celălalt exemplar urmând să rămână la medic. În notificare se va preciza că terminarea relației în momentul notificării nu pune în pericol viața pacientului.

- j) În mod obligatoriu, la încetarea furnizării asistenței medicale pacientului echipa medicală consemnează în documentele medicale respectiva decizie.
- k) De asemenea, pacientul declarat DECEDAT, conform prevederilor legale în vigoare, în situația în care nu este posibilă prelevarea de organe și/sau țesuturi și/sau celule de origine umană, deoarece nu sunt îndeplinite cerințele legale pentru obținerea acordului pentru donare sau există situații care exclud prelevarea, poate fi deconectat de la suportul mecanic ventilator sau de oxigenare extracorporeală și nu mai poate primi îngrijiri medicale în ATI.
- l) Diagnosticul de moarte cerebrală va fi stabilit de 2 medici primari anestezie - terapie intensivă sau de un medic primar anestezie - terapie intensivă și un medic primar neurologie sau neurochirurgie care vor utiliza în acest sens criteriile de diagnostic pentru confirmarea morții cerebrale prevăzute de Anexa 3 la *O.M.S. 1170/2014 privind aprobarea modelelor de formulare pentru aplicarea prevederilor titlului VI din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*. Echipa medicală va înregistra diagnosticul de moarte cerebrală în protocolul prevăzut în Anexa 3 la același Ordin.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal sunt următorii:

- a) În ultimul an calendaristic încheiat, decizia de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, a fost consemnată în F.O.C.G. în toate cazurile în care s-a impus;
- b) Numărul de reclamații ale pacienților motivate de încetarea abuzivă a medicilor a asistenței medicale, este de maxim 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință;
- c) În ultimul an calendaristic încheiat, în toate situațiile în care s-a impus, au fost transmise notificări pacienților în care medicii își exprimă dorința terminării relației medic-pacient, acestea având motivat temeiul refuzului.

IX.10. Modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil

Art.1. Reglementarea procesului de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea unor reguli unitare adecvate de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil.
- b) Stabilirea condițiilor în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o agravarea stării de sănătate / decesul pacientului.

Art.2. (1) Eroarea profesională săvârșită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, care a produs prejudiciu asupra pacientului, atrage răspunderea civilă a personalului medical și/sau a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice.

- (2) Personalul medical răspunde civil pentru prejudiciile produse în exercitarea profesiei și atunci când își depășește competențele, cu excepția cazurilor de urgență în care nu este disponibil personal medical ce are competența necesară.
- (3) **Situațiile în care este permisă depășirea competențelor medicale, în afara specialității,** sunt acele situații în care pacienții necesită intervenții salvatoare de viață de următoarea natură:
- a) Intervenții salvatoare de viață la nivelul căilor aeriene:
 - Ventilație pe mască și balon;
 - Susținere avansată a căilor aeriene;
 - Rezolvarea chirurgicală a căii aeriene;
 - Ventilație de urgență CPAP (cu presiune pozitivă continuă);
 - Ventilație de urgență BiPAP (cu presiune pozitivă pe două nivele);
 - Manevra Heimlich;
 - b) Intervenții salvatoare de viață prin terapie electrică:
 - Defibrilare;
 - Cardioversie de urgență;
 - Pacing extern;
 - c) Intervenții salvatoare de viață prin următoarele proceduri:
 - Decompresia pneumotoraxului sufocant;
 - Pericardiocenteza;
 - Toracotomie de urgență;
 - Compresiuni toracice externe;
 - d) Intervenții salvatoare de viață prin intervenții hemodinamice:
 - Resuscitare volemică cu fluide i.v.;
 - Administrare de sânge;
 - Controlul sângerărilor majore;
 - e) Intervenții salvatoare de viață prin administrarea de medicamente:
 - Naloxone;
 - Glucoza 33%;
 - Dopamină;
 - Atropină;
 - Adenozin;
 - Adrenalină.
 - f) Se încadrează la acest nivel și pacienții care prezintă una sau mai multe dintre următoarele situații clinice: pacient intubat, apneic, fără puls, detresă respiratorie severă, SaO₂<90%, modificări acute ale statusului mental, inconștient¹.
- (4) Exemple de situații în care pacienții necesită intervenții salvatoare de viață:
- a) stopul cardiorespirator;
 - b) insuficiență respiratorie severă; – SpO₂<90%;
 - c) pacienții sever traumatizați care nu răspund la stimuli verbali;
 - d) pacienții cu supradozaj medicamentos și FR≤6 resp./min.;
- (5) Nu se consideră intervenții salvatoare de viață următoarele:

¹ Starea de inconștiență este definită astfel:

- pacientul nu vorbește și nu execută comenzile (modificare acută); și/sau
- pacientul nu răspunde la stimuli sau răspunde doar la stimuli dureroși.
- insuficiență respiratorie severă cu respirații agonice sau gasping;
- bradicardie severă sau tahicardie cu semne de hipoperfuzie;
- pacienții cu traumatisme care necesită resuscitare volemică imediată;
- pacienți cu durere toracică, palizi, cu transpirații profuze, TA<70mmHg (determinată anterior prezentării);
- puls slab filiform, FC<30;
- copil hiporeactiv, obnubilat, letargic;
- pacient areactiv cu halenă etanolică;
- hipoglicemie cu alterarea statusului mintal.

- a) Administrarea de oxigen:
 - pe mască facială
 - pe canulă nazală;
- b) Monitorizarea cardiacă;
- c) Următoarele teste diagnostice:
 - electrocardiograma;
 - testele de laborator;
 - CT sau ecografie FAST în traumă;
 - Ecografie;
 - Linie i.v.;
 - gardă i.v. pentru administrarea medicației;
- d) Administrarea următoarelor medicamente:
 - Aspirină;
 - Nitroglicerină i.v.;
 - Antibiotice;
 - Heparină;
 - Analgetice;
 - Beta-agoniști pe cale inhalatorie.

Art.3. (1) Etapele procesului de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului efectuează activitățile medicale conform specificului și atribuțiilor proprii, pentru a nu afecta siguranța pacientului și a diminua încrederea în deciziile sau integritatea sa profesională, asigurând asistență medicală nediscriminatoriu;
- b) În situații de urgență cu risc vital imediat personalul medico-sanitar poate efectua acte medicale cu depășirea competenței deținute în condițiile în care nu este disponibil personalul medico-sanitar care deține competența necesară și starea pacientului nu permite amânarea intervenției medicale sau transferul acestuia la o altă unitate, prioritatea avută în vedere fiind aceea de susținere a funcțiilor vitale ale pacientului, aceasta fiind condiția necesară și suficientă pentru a exclude malpraxisul medical.
- c) Personalul medical care a intervenit cu depășirea competenței va completa formularul de „Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență” prevăzut în Anexa nr. 2 la O.M.S. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Raspunderea civila a personalului medical si a furnizorului de produse si servicii medicale, sanitare si farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificările și completările ulterioare, și va menționa inclusiv condițiile care au permis depășirea competenței – situația de urgență cu risc iminent pentru viața/degradarea ireversibilă a stării de sănătate a pacientului și lipsa personalului medical competent. Acest formular va fi semnat de către membrii personalului medico-sanitar care au acordat asistența medicală (medici/asistenți medicali) și de către șeful structurii medicale care atestă personalul medical existent la locul furnizării actului medical.
- d) În cazul în care la apariția unei situații de urgență cu risc vital imediat există posibilitatea și/sau timpul necesar solicitării și obținerii acordului pacientului/reprezentantului legal, rudei cele mai apropiate, autorității tutelare, actul medical se va efectua după obținerea acestuia.
- e) În situația apariției unei situații de urgență majoră cu risc vital imediat pentru pacient, personalul medico-sanitar va acționa cu promptitudine acordând asistență medicală, chiar și în lipsa dotărilor și/sau a competențelor necesare, pentru a evita punerea în mod ireversibil în pericol a vieții pacientului.
- f) Ulterior acordării asistenței medicale și stabilizării funcțiilor vitale, personalul medico-sanitar care a efectuat îngrijirile va solicita sprijinul personalului medico-sanitar cu competențele necesare încadrat în Spitalului sau, în lipsa acestuia, va direcționa pacientul

către o unitate spitalicească de o categorie superioară și care îi poate acorda respectivului pacient tratamentul medical adecvat.

- (2) Anual, prin grija directorului medical se va organiza instruirea personalului medico-sanitar angajat al spitalului cu privire la condițiile în care depășirea competențelor medicale este permisă în interesul pacientului, precum și a normelor etice și legale aplicabile efectuării actelor medicale cu depășirea competenței

Art.4. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil sunt următorii:

- a) În ultimul an calendaristic încheiat, în toate situațiile în care s-a impus a fost acordată asistență medicală în situații de risc vital, chiar și în lipsa dotărilor și a competențelor necesare, pentru a evita punerea în mod ireversibil în pericol a vieții pacientului;
- b) Excluderea cazurilor de malpraxis medical, prin dovedirea bunei credințe a personalului medical și respectarea principiilor acordării asistenței medicale în situații de urgență și care pun în pericol viața pacientului s-a realizat în proporție de 100% în toate cazurile în care s-a impus;

IX.11. Modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora

Art.1. Reglementarea procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea unui set unitar de reguli pentru acordarea de servicii medicale în lipsa consimțământului/acordului informat al pacientului/apartinătorului;
- b) Asigură continuitatea activităților de asistență medicală desfășurate în cadrul spitalului, inclusiv în condiții de fluctuație a personalului medical;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - agravarea stării de sănătate / decesul pacientului;
 - acuzații de malpraxis a personalului medical
 - deficit de imagine a spitalului
 - acțiune în instanță.

Art.2. Etapele procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestuia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cazurile în care pacientul este lipsit de discernământ² sau din anumite motive nu și-l poate exprima, iar medicul și /sau asistentul medical nu pot contacta reprezentantul legal³, soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată⁴, datorită situației de urgență, și nu se poate solicita – în cazul minorilor - nici autorizarea autorității tutelare, deoarece intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului, personalul medical va acorda asistența medicală fără acordul pacientului.
- b) Ulterior, medicul/asistentul medical care a/au efectuat îngrijirea va/vor efectua un raport scris ce va fi păstrat la foaia de observație a pacientului, prin completarea formularului de "*Raport privind asistența medicală acordată în situații de urgență*" prevăzut în Anexa nr. 2 la *O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii*

² Capacitatea psihică a unei persoane de a-si da seama de caracterul si urmarile faptei pe care o savarseste si de a-si manifesta constient vointa;

³ Părinte, tutore sau curator;

⁴ Persoană majoră care însoțește pacientul minor și care are o legătură cu acesta bazată pe descendența unei persoane dintr-o altă persoană sau pe faptul că mai multe persoane au un ascendent comun, până la gradul al IV-lea inclusiv;

medicale, sanitare și farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu respectarea următoarelor reguli:

- i. În raport se vor descrie împrejurările în care a fost acordată îngrijirea medicală, cu precizarea elementelor care atestă situația de urgență, precum și a datelor din care să rezulte lipsa de discernământ a pacientului sau / și imposibilitatea exprimării acestuia;
 - ii. Raportul trebuie să conțină numele și prenumele persoanei sau, după caz, ale persoanelor care au acordat asistența medicală, data și ora la care raportul a fost întocmit, actul medical efectuat în cauză (în detaliu), semnătura persoanei sau persoanelor care au efectuat actul medical;
 - iii. Raportul va fi păstrat ca anexă la Foaia de observație clinică generală/Foaia de spitalizare de zi.
- c) În cazul în care medicul curant consideră că intervenția este în interesul pacientului reprezentat, iar reprezentantul legal al acestuia refuză să își dea consimțământul (prin completarea câmpului dedicat acestei situații din formularul “*Acordul Pacientului Informat*”), decizia este declinată unei comisii de arbitraj de specialitate, aceasta constituindu-se la propunerea medicului curant.
- d) Comisia de arbitraj este constituită din 3 medici pentru pacienții internați în spital și din 2 medici pentru pacienții din ambulator. În mod obligatoriu din comisie face parte medicul curant, ceilalți membri ai comisiei vor fi medici confirmați în specialități medicale specifice patologiei pacientului pentru care a fost constituită respectiva comisie.
- e) Comisia va efectua un raport scris, care va conține descrierea circumstanțelor care au determinat constituirea comisiei, prezentarea deciziei argumentate a acesteia și a actului medical efectuat precum și semnăturile celor 2 sau 3 medici, după caz.

Art.3. (1) Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la actul medical de care beneficiază. Acordul în cunoștință de cauză al pacientului cu privire la intervențiile și manevrele medicale ce pot avea consecințe imprevizibile trebuie obținut după ce pacientul este informat, la capacitatea lui de înțelegere, comunicându-i-se orice informație utilă pentru a lua decizia cea mai potrivită, ulterior completând formularul de consimțământ informat.

(2) Pentru legalitate, consimțământul implică următoarele componente:

- a) informarea pacientului, prin furnizarea de către medic de date și informații medicale relevante cu privire la diagnostic, tratament și riscuri și înțelegerea lor de către pacient;
- b) abilitatea pacientului de a înțelege, alege sau refuză actul medical;
- c) dreptul pacientului de a lua decizia.

(3) În situația în care pacientul este analfabet sau cu dizabilități, toate informațiile medicale i se vor citi și va fi întrebat dacă aceasta este voința sa, medicul menționând acest aspect în formularul de consimțământ.

Art.4. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora sunt următorii:

- a) Acordarea de către personalul medical a asistenței medicale fără acordul pacientului în cazurile în care pacientul este lipsit de discernământ sau din anumite motive nu și-l poate exprima, iar medicul și /sau asistentul medical nu pot contacta reprezentantul legal, soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată, datorită situației de urgență, și nu se poate solicita – în cazul minorilor - nici autorizarea autorității tutelare, s-a realizat într-un interval de timp cât mai scurt, astfel încât să nu fie pusă în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului, în proporție de 100% în toate cazurile în care s-a impus;
- b) În ultimul an calendaristic încheiat, au fost întocmite ”Rapoarte privind asistența medicală acordată în situații de urgență” în toate situațiile în care personalul medical a acordat asistență medicală fără acordul pacientului în cazurile în care pacienții au fost lipsiți de discernământ sau din anumite motive nu și-au putut exprima acordul, iar medicul și /sau asistentul medical nu au putut contacta reprezentanții legali, datorită situației de urgență, și nu s-a putut solicita – în cazul minorilor - nici autorizarea autorității tutelare.

- c) Numărul de rapoarte ale Comisiilor de arbitraj constituite în raport cu numărul de situații în care acestea s-au constituit în ultimul an calendaristic încheiat are valoarea egală cu 1.

IX.12. Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate

Art.1. Reglementarea procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate are ca principale scopuri:

- a) menținerea unui climat de liniște și confort pentru pacient;
- b) siguranța pacientului și protejarea bunurilor acestuia;
- c) protejarea imaginii pacientului împotriva filmării/fotografierii în incinta spitalului în scopuri care le exclud pe cele medicale;
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o dispariția bunurilor personale ale pacientului;
 - o apariția unor conflicte.

Art.2. Etapele procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În incinta și perimetrul spitalului, în fiecare dintre locațiile spitalului, este asigurată paza și protecția pacienților/apartinătorilor, față de accesul persoanelor neautorizate de către personalul din serviciul de pază.
- b) La prezentarea pacientului pentru internare în cadrul Spitalului, acesta are posibilitatea de preda spre păstrare bunurile de valoare, odată cu predarea efectelor personale. Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților este prevăzut la pct. IX.80 din prezentul Regulament.
- c) La nivelul secțiilor medicale sunt avute în vedere următoarele măsuri:
 - i. în vederea asigurării unui climat minim de confort pentru pacient, managementul spitalului/secțiilor medicale limitează accesul aparținătorilor în spațiile destinate activităților medicale, acesta făcându-se conform unui program de vizită afișat și cu respectarea regulilor privind protecția împotriva infecțiilor asociate asistenței medicale.
 - ii. prin grija personalului medical este asigurată evitarea depășirii timpului de vizită și perturbarea activităților de asistență medicală de către aparținători care pot agresa în diferite moduri pacienții internați (verbal, vizual, prin atitudine, olfactiv etc.);
- d) Împotriva oricăror factori perturbatori precum și a intruziunilor asupra pacienților, spitalul acționează, de regulă, funcție de momentul producerii evenimentului de natură să creeze disconfort pacienților, prin intermediul personalului medico-sanitar propriu, iar în situațiile în care se depășește posibilitatea de gestionare a acestor situații, personalul medical solicită sprijinul personalului din serviciul de pază.
- e) Pentru situațiile în care personalul din serviciul de pază consideră necesar, acesta va fi în măsură să apeleze la efectivele Inspectoratului Județean de Poliție Mehedinți în conformitate cu prevederile protocolului încheiat în acest scop.
- f) În ceea ce privește relația cu mass-media a pacienților, aceasta se realizează potrivit pct. „IX.19. Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia” din prezentul Regulament.
- g) Se interzice cu desăvârșire accesul reprezentanților mass-media în A.T.I.**
- h) Spitalul asigură respectarea demnității umane și drepturile pacienților în sensul că declarațiile referitoare la starea de sănătate, prognosticul, tratamentul și alte circumstanțe în legătură cu boala unui pacient vor fi făcute numai cu acordul acestuia sau a reprezentanților legali/ familiei / aparținătorilor.
- i) Nerespectarea de către purtătorul de cuvânt și către oricare alt angajat al Spitalului a confidențialității datelor despre pacient, atrage sancționarea disciplinară a acestuia, contravențională, penală, conform prevederilor legale.

Art.3. Cu excepția situațiilor în care imaginile sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului și tratamentul sau pentru evitarea suspectării unei culpe medicale, fotografierea sau filmarea

pacenților în spital se efectuează numai cu consimțământul scris al acestora, obținut prin completarea formularului „Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea” prevăzut în anexa nr. 1 la O.M.S. nr. 1410/2016 – Norme de aplicare a Legii nr.46/2003 a drepturilor pacienților, cu modificările și completările ulterioare.

Art.4. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de intervenție în cazul persoanelor neautorizate sunt următorii:

- a) Numărul de reclamații ale pacienților care au subiect afectarea siguranței pacientului prin intruziuni externe în raport cu numărul de pacienți externați, în ultimul an calendaristic încheiat, este maxim 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
- b) Numărul de reclamații ale pacienților care au subiect furturi de bunuri de valoare în raport cu numărul de pacienți externați în ultimul an calendaristic, este maxim 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
- c) Numărul de situații în care personalul medical a intervenit în scopul asigurării siguranței pacienților împotriva intruziunilor externe, este în raport direct cu numărul de pacienți externați în ultimul an calendaristic încheiat;
- d) Număr de situații în care personalul din serviciul de zi pe spital a intervenit în scopul asigurării siguranței pacienților împotriva intruziunilor externe, este în raport direct cu numărul de pacienți externați în ultimul an calendaristic;
- e) Numărul de situații în care prestatorul de servicii de pază a intervenit în scopul asigurării siguranței pacienților împotriva intruziunilor externe, este în raport direct cu numărul de pacienți externați în ultimul an calendaristic încheiat;

IX.13. Stabilirea necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale

Art.1. (1) Reglementarea procesului de stabilire a necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale are ca principale scopuri:

- a) Se asigură posibilitatea de stabilire a necesarului de personal în raport cu volumul de activitate, din perspectiva optimizării procesului de furnizare a serviciilor și raportat la normativul de personal.
- b) Permite realizarea unei structuri optime de personal pentru fiecare dintre microstructurile medicale raport la nevoile curente de asistență medicală.
- c) Repartizarea judicioasă a serviciilor de gardă pentru medicii din cadrul liniilor de gardă continue și celor organizate la domiciliu, astfel încât să fie asigurată continuitatea asistenței medicale prin liniile de gardă corespunzător nivelului de clasificare al spitalului.
- d) Stabilirea în mod echitabil a serviciilor de gardă pentru medicii din liniile de gardă, precum și a serviciilor de tură, astfel încât să fie asigurate toate serviciile din cursul lunii.
- e) Îndeplinirea normei de lucru / obligației de gardă de către întreg personalul medico-sanitar, după caz, în cadrul unei luni calendaristice.
- f) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o lipsă acută de personal medico-sanitar;
 - o dimensionarea greșită a structurilor;
 - o disfuncții în asigurarea asistenței medicale;
 - o agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art.2. Etapele procesului de stabilire a necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Asigurarea continuității asistenței medicale este obligatorie pentru unitățile sanitare publice din sectorul sanitar și se asigură de către medici prin serviciul de gardă și prin serviciu în două sau trei ture, după caz, de către personalul sanitar și auxiliar-sanitar.
- b) Organizarea liniilor de gardă permanente și a liniilor de gardă la domiciliu:
- i. Anual, de regulă în luna noiembrie, după consultarea Consiliului medical și în baza deciziei Comitetului director, structura de resurse umane solicită Consiliului Județean, să aprobe liniile de gardă permanente și liniile de gardă la domiciliu care urmează să funcționeze în următorul an calendaristic;
 - ii. În baza aprobării primite, prin aplicarea prevederilor legale incidente în speță, se constituie respectivele linii de gardă formate din medicii încadrați în spital (în funcție de specialitate) precum și medicii încadrați în afara spitalului, care sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății în specialitatea stabilită pentru linia de gardă și care își desfășoară activitatea în unități sanitare în care nu sunt organizate linii de gardă în aceeași specialitate;
 - iii. Incluziunea acestor medici în echipa de gardă a spitalului se face cu avizul șefului de secție și cu aprobarea managerului spitalului precum și cu acordul unității sanitare unde aceștia au norma de bază, în baza unui Contract de Munca cu timp parțial.
 - iv. Medicii din compartimentele cu paturi, care sunt incluși în linia de gardă, în cadrul timpului de muncă de 7 ore în medie pe zi vor executa activitate curentă de 6 ore în cursul dimineții în zilele lucrătoare și 18 de ore de gardă lunar (obligație de gardă);
 - v. Orele de gardă se efectuează în afara programului de la norma de bază și se desfășoară în baza unui contract individual de muncă cu timp parțial;
 - vi. Graficele cu planificarea serviciilor din liniile de gardă se întocmesc lunar de către medicul șef de secție avizate de către directorul medical, se aprobă de către manager până în data de 25 a lunii în curs pentru luna următoare, după verificarea acestora cu atenție de către structura de resurse umane;
 - vii. După aprobarea respectivelor grafice de către manager, aducerea acestora la cunoștință tuturor medicilor din linia de gardă se afișează la nivelul secțiilor și pe site-ul unității medicale;
 - viii. Schimbarea serviciilor după aprobarea graficului de gardă de către manager, se poate face numai în situații cu totul deosebite cu minim 2 zile înainte de efectuarea serviciului, printr-o cerere a medicului care dorește schimbarea garzii, cu avizul medicului șef de secție, aprobarea directorului medical și managerului cu înștiințarea structurii de resurse umane;
 - ix. Orele de gardă prestate și chemările de la domiciliu se consemnează în mod obligatoriu în condica de prezență pentru activitatea de gardă;
 - x. Efectuarea a două gardi consecutive de către același medic este interzisă;
 - xi. **Este interzis medicilor care sunt de gardă să părăsească unitatea sanitară pe durata serviciului de gardă;**
 - xii. După activitatea continuă aferentă activității curente și activității într-o linie de gardă, medicul beneficiază de o perioadă de repaus de 24 de ore. Prevederea se aplică și pentru activitatea prestată într-o linie de gardă într-o zi de duminică sau de sărbătoare legală care este urmată de o zi normală de lucru. În situația în care se acordă ziua liberă prevăzută anterior, completarea orelor care fac parte din norma de bază, de 5, 6 sau 7 ore zilnic, se poate face prin prelungirea activității curente aferente altor zile din cursul lunii, având în vedere specialitatea, adresabilitatea și modul concret de organizare a activității, aceste fiind consemnate în graficul de activitate/garzi al medicului.
 - xiii. **Refuzul medicilor de a respecta graficele de gardi întocmite lunar de conducerea secțiilor și a compartimentelor și aprobate de managerul spitalului constituie abatere disciplinară.**

- c) Organizarea serviciului în ture:
- i. Graficele lunare de activitate, pe locuri de muncă, se întocmesc de către șeful de secție/compartiment, se aprobă de conducerea spitalului și se afișează la loc vizibil sau accesibil pentru întreg personalul sanitar și auxiliar-sanitar;
 - ii. Prin graficele lunare de activitate întocmite anticipat pentru o lună, pe locuri de muncă, se stabilește:
 - numărul de personal pe fiecare tură în raport cu nevoile asistenței medicale;
 - rotația pe ture a personalului;
 - intervalul legal dintre două zile consecutive de lucru.
 - iii. În vederea întocmirii graficelor de lucru pentru programul în ture se va ține cont de următoarele precizări:
 - asistență medicală la paturi - 1 asistent medical la 8-12 paturi / tură;
 - asistență medicală la paturi (A.T.I.) - 1 asistent medical la 4 paturi / tură;
 - personal auxiliar - 1 infirmieră la 20-25 paturi /tură;
 - personalul care lucrează în locurile de muncă unde activitatea se desfășoară în 3 ture, pentru a beneficia de sporul prevăzut pentru activitatea desfășurată în 3 ture are obligația de a presta lunar un număr egal de zile în tura a 2-a și tura a 3-a. Numărul de zile în care își desfășoară activitatea în tura a 2-a și a 3-a va fi stabilit de consiliul de administrație al Spitalului, pe bază de grafice lunare, în așa fel încât să se asigure continuitatea activității;
 - iv. Până pe data de 25 a lunii se va desfășura activitatea de întocmire a graficelor de lucru, verificarea acestora de către structura de resurse umane, avizarea de către directorul medical / director îngrijiri cu aprobarea managerului și depunerea acestora la structura de resurse umane;
 - v. Modificarea graficelor de lucru se va face doar la propunerea șefului secției cu aprobarea manager spitalului prin raport scris, cu minimum 5 zile înainte de data pentru care se solicită schimbarea;
 - vi. Până pe data de 03 a lunii pentru luna anterioară se vor întocmi fișele de prezență colectivă de către toți șefii locurilor de muncă, verificarea acestora de către structura de resurse umane și aprobarea acestora de către manager și predarea acestora la structura financiar în vederea calculului drepturilor salariale.
- d) În situația că la nivelul unor structuri medicale se constată că există deficit de personal sanitar/auxiliar-sanitar din anumite categorii profesionale, în vederea optimizării procesului de furnizare a serviciilor, la solicitarea scrisă sau verbală a șefilor de secții în care se constată respectivul deficit, în cadrul ședințelor de Consiliu medical se propune luarea unor decizii care privesc modificarea temporară sau definitivă a locului de muncă al unor angajați. În acest sens structura de resurse umane emite respectivele decizii, acestea fiind luate doar după consultarea cu reprezentării angajaților/sindicatul.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de stabilire a necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale sunt următorii:

- a) Permanent s-a realizat repartizarea echitabilă a serviciilor în cursul unui an astfel încât toți medicii care execută serviciu de gardă să efectueze același număr de servicii și pe cât posibil acestea să fie repartizate în mod egal în cursul unei săptămâni;
- b) Permanent se acoperă în totalitate serviciile de tură în cursul fiecărei luni calendaristice, pentru fiecare din structurile medicale în care este organizat serviciul de tură;
- c) Permanent s-a realizat repartizarea echitabilă a turelor cu respectarea numărului de ture în toate cele 2/3 schimburi, din fiecare structură medicală, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat.

IX.14. Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul

Art.1. Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea la nivelul spitalului a unor reguli privind modalitățile de comunicare a personalului cu pacienții;
- b) Stabilirea la nivelul spitalului a unor reguli privind limitele de competență în domeniul comunicării cu pacienții pentru fiecare dintre categoriile profesionale de personal existente în cadrul spitalului;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - comunicarea cu pacientul de către persoane care nu au competență;
 - comunicarea către pacient a unor informații inexacte privind starea sa de sănătate;
 - neînțelegerea de către pacient a datelor comunicate;
 - conduită inadecvată a pacientului (nerespectarea recomandărilor).

Art.2. Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Potrivit legislației în vigoare, pacientul are următoarele drepturi în ceea ce privește informația medicală:
 - i. dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza;
 - ii. dreptul de a fi informat asupra identității și statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate;
 - iii. dreptul de a fi informat asupra regulilor și obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării;
 - iv. dreptul de a fi informat 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 recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic;
 - v. dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferință;
 - vi. dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său;
 - vii. dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală;
 - viii. dreptul să primească, la externare, un rezumat scris al investigațiilor, diagnosticului, tratamentului, îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării și, la cerere, o copie a înregistrărilor investigațiilor de înaltă performanță, o singură dată.
- b) Informațiile se aduc la cunoștința pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate; în cazul în care pacientul nu cunoaște limba română, informațiile i se aduc la cunoștința în limba maternă ori în limba pe care o cunoaște sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare.
- c) În relația cu pacienții personalul Spitalului are obligația de a respecta următoarele norme de etică și comunicare:
 - ix. Pacientul va fi considerat ca fiind persoana cea mai importantă ! În acest sens:
 - pacienții vor fi salutați politicos;
 - adresarea se va face cu numele de familie;
 - când se vor face referiri la un pacient, personalul medical nu va folosi denumiri de boală sau organ bolnav;
 - personalul medical va respecta valorile culturale și tradițiile fiecărui pacient;
 - x. Siguranța pacientului, sănătatea și bunăstarea sa vor fi protejate ! În acest sens:
 - comunicarea este esențială în desfășurarea procesului de îngrijire;
 - întreaga atenție trebuie concentrată asupra pacientului;
 - tonul vocii să fie ferm, plin de încredere, să arate respect față de pacient și adecvat cu gesturile și punctele de vedere exprimate;

- ajutarea pacientului la participarea la diferite forme de relaxare și recreere;
- nu trebuie să se pronunțe și nu se va aduce la cunoștință pacientului evoluția tratamentului sau prognosticul negativ al bolii;
- xi. Intimitatea fiecărui pacient și confidențialitatea informațiilor personale trebuie protejate! În acest sens:
 - în spațiile publice sunt interzise discuții despre pacienți;
 - doar persoanele autorizate de spital și care sunt implicate în îngrijirea pacientului pot avea acces la dosarul medical;
 - informațiile privitoare la pacienți pot fi utilizate numai de către persoanele desemnate;
 - la cererea pacientului, accesul vizitatorilor va fi limitat.
- xii. Comportamentul întregului personal angajat în procesul de îngrijire va fi orientat spre satisfacerea nevoilor pacienților! În acest sens:
 - personalul de îngrijire trebuie să-și decline cu claritate identitatea și funcția;
 - personalul de îngrijire va raporta persoanelor abilitate orice abatere de la etica medicală, precum și omisiunile și erorile apărute în îngrijirea pacienților;
 - personalul nu are voie să discute cu pacienții probleme personale;
 - personalul nu are voie să angajeze discuții contradictorii cu pacienții;
 - personalul va evita intimități nepotrivite cu pacienții;
- xiii. Comunicarea să se realizeze într-un limbaj adecvat, adaptat nivelului de înțelegere al pacientului și stării în care acesta se află.
- xiv. Comunicarea veștilor rele o va face medicul curant sau, în lipsa sau la indicația acestuia, de către asistentă medicală.
- d) În cadrul Spitalului limitele de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții se stabilesc după cum urmează:
 - i. Medicii curanți și medicii care realizează consulturile interdisciplinare:
 - aceștia sunt obligați să informeze pacientul/apartinătorii despre:
 - numele medicului curant al pacientului;
 - starea sănătății acestuia (stabil, ameliorat, agravat etc)., direct sau prin intermediul reprezentanților legali;
 - data estimată a externării;
 - după caz, decizia unui transfer în altă secție;
 - decizia unui transfer în altă unitate sanitară – numele unității sanitare, eventual număr de telefon, etc.
 - informațiile de mai sus se vor da în limita competențelor profesionale determinate de:
 - Specialitatea medicală/specialitățile medicale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
 - Gradul profesional / gradele profesionale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
 - Confirmarea în grade universitare/didactice/de cercetare potrivit legislației incidente în vigoare;
 - Confirmarea în titluri de ”Doctor în medicină”;
 - Absolvirea unor supraspecializări și obținerea unor atestate de studii complementare/competențe profesionale potrivit legislației incidente în vigoare
 - relația medicului cu pacientul va fi una exclusiv profesională și se va clădi pe respectul acestuia față de demnitatea umană, pe înțelegere și compasiune față de suferință;
 - medicul va solicita și va primi consimțământul numai după ce, în prealabil, persoana respectivă, sau cea îndreptățită să își dea acordul a primit informațiile adecvate;
 - obligația medicului de a păstra secretul profesional este opozabilă inclusiv față de membrii familiei care persistă și după ce persoana a încetat să îi fie pacient sau a decedat;

- medicul va elibera persoanelor îndreptățite numai documentele permise de lege și care atestă realitatea medicală;
 - pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului, dacă întreruperea tratamentului sau a îngrijirilor au drept consecință punerea în pericol a vieții acestuia.
- ii. Asistenții medicali care asigură realizarea procedurilor de îngrijire a pacienților:
- nu au dreptul să dea informații medicale din F.O.C.G., la eventuale întrebări ale pacientului în acest sens îndrumă pe acesta să se adreseze medicului curant;
 - păstrează o atitudine de strictă neutralitate și neamestec în problemele familiale ale pacientului, exprimându-și părerea numai dacă intervenția este motivată de interesul sănătății pacientului, cu consimțământul prealabil al acestuia;
 - nu se pronunță și nu aduce la cunoștință pacientului evoluția tratamentului sau prognosticul negativ al bolii;
 - nu discută cu pacienții probleme personale;
 - nu are voie să angajeze discuții contradictorii cu pacienții, va evita intimități nepotrivite cu pacienții;
 - dacă pacientul se află într-o stare fizică sau psihică ce nu-i permit exprimarea lucidă a voinței, aparținătorii sau apropiații celui suferind trebuie preveniți și informați corect, pentru a hotărî în numele acestuia, cu excepția imposibilității (de identificare, de comunicare, de deplasare, etc.), sau a urgențelor.
 - nu poate face discriminări pe baza rasei, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale, față de pacienți.
 - obiectul secretului îl constituie tot ceea ce asistentul medical/moașa, a aflat direct sau indirect, în legătura cu viața intimă a pacientului, precum și problemele de diagnostic, pronostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și alte diverse fapte, inclusiv autopsiei; informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate de către asistentul medical/moașa numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres.
 - în aplicarea prevederilor O.M.S. 1142/2013 privind aprobarea procedurilor de practică a asistenților medicali generaliști:
 - pot da pacientului informații în ceea ce privește intervențiile autonome, care pot fi prestate în cadrul rolului propriu de asistent medical;
 - în ceea ce privește intervențiile delegate de către medic (efectuate sub prescripție medicală), pot oferi pacientului informații cu respectarea limitelor stabilite de către medicul/medicia care a/au delegat realizarea respectivelor intervenții, într-una din următoarele variante: 1.exclusiv la prescripția medicului; 2. exclusiv la prescripția medicului, cu condiția ca un medic să poată interveni în orice moment; 3. la prescripția și în prezența unui medic;
 - pentru intervențiile la care asistentul medical participă alături de medic, asistentul medical poate oferi informații doar fiind delegat de către medic și în prezența acestuia, cu respectarea limitelor prevăzute de actul normativ sus-invocat.
- iii. Personalul sanitar auxiliar (infirmieră, îngrijitoare):
- nu are acces la F.O.C.G.;
 - nu are dreptul să dea informații medicale din F.O.C.G., la eventuale întrebări ale pacientului în acest sens îndrumă pe acesta să se adreseze asistentului medical;
 - obiectul secretului îl constituie tot ceea ce infirmiera, a aflat direct sau indirect, în legătura cu viața intimă a pacientului, precum și problemele de diagnostic, prognostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și alte diverse fapte, inclusiv autopsiei;
 - informarea pacientului se face strict în legătură cu manevra ce urmează a fi executată, după caz: transport, hrănire, toaletă, schimbarea hainelor și/sau a lenjeriei, alimentație, mobilizare;

- se pronunță doar prin a informa pacientul asupra activităților specifice din Planul de îngrijiri conform fișei postului fiecăruia;
 - nu discută cu pacienții probleme personale;
 - nu are voie să angajeze discuții contradictorii cu pacienții, va evita intimități nepotrivite cu pacienții.
- iv. Toate celelalte categorii de personal din cadrul Spitalului pot da informații pacienților și aparținătorilor acestora doar în domeniile în care își exercită atribuțiile înscrise în fișele de post, în măsura în care nu există prevederi normative interne sau aplicabile la nivel național care să limiteze difuzarea acestora.
 - v. Șeful / coordonatorul fiecărei structuri medicale stabilește persoana/persoanele care transmit telefonic informațiile către aparținători, în acest sens fiecare structură medicală având telefon dedicat pentru comunicarea aparținători-pacienți.
 - vi. În cazuri excepționale, în care vizitarea pacienților nu este permisă (situații epidemiologice speciale determinate de boli infecto-contagioase cu risc înalt: COVID, febră hemoragică, antrax, Ebola, etc), persoana/persoanele prevăzută/e la lit. d supct.v) comunică, în scris, prin intermediul SMS/mijloace tehnice electronice (ex. e-mail, etc), aparținătorilor - persoane hipoacuzice, informații referitoare la evoluția stării de sănătate a membrilor familiei acestora.
 - vii. În cazul în care activitatea medicală din cadrul spitalului se desfășoară în condiții de normalitate, fie se adoptă aceeași conduită ca cea prevăzută la lit. d) subpct. vi), fie aparținătorul –persoană hipoacuzică se prezintă personal la spital în timpul programului de lucru și obține informații despre starea pacientului direct de la medicul curant, în funcție de disponibilitatea acestuia (prioritare sunt activitățile medicale: vizită medicală, consultațiile pacienților, prescriere tratament, etc).
 - viii. Ceilalți aparținători pot obține informații prezentându-se personal la spital în timpul programului de lucru al medicului curant, în funcție de disponibilitatea acestuia (prioritare sunt activitățile medicale: vizită medicală, consultațiile pacienților, prescriere tratament, etc), fie telefonic la numerele și intervalele orare afișate pe site-ul spitalului.
 - ix. Transmiterea datelor privind starea de sănătate a pacienților se face cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor) și doar prin utilizarea adreselor de email de serviciu și în niciun caz a adreselor de email personale configurate prin servicii publice gratuite adresate persoanelor fizice, evitându-se astfel accesul unor terțe părți la datele cu caracter personal ale pacienților.
 - x. Informarea prin SMS a aparținătorilor hipoacuzici se face de personalul desemnat în acest sens, utilizând doar telefonul dedicat pentru acest tip de comunicare, existent la nivelul fiecărei structuri medicale
 - xi. În FOCG se consemnează dacă aparținătorul este persoană hipoacuzică, iar comunicarea datelor se face doar la adresa de email/ numărul de telefon al aparținătorului hipoacuzic prevăzute în FOCG.

Art.3. În mod obligatoriu, la nivelul Spitalului, comunicarea cu pacienții/ aparținătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului

Art.4. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de stabilire a limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacienții sunt următorii:

- a) Numărul de reclamații cu privire la aspecte de comunicare cu pacienții, înregistrate în ultimul an calendaristic încheiat, referitoare la fiecare dintre categoriile de personal medico-sanitar și auxiliar sanitar implicat în procesul de asigurare a asistenței medicale, să nu depășească 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

- b) Numărul de aprecieri de serviciu /evaluări profesionale anuale ale personalului Spitalului, pe categorii profesionale în care personalul evaluat a obținut calificativul „Satisfăcător” și „Nesatisfăcător” în ceea ce privește comunicarea cu pacienții/ aparținătorii să nu depășească 0,05% din totalul angajaților spitalului;

IX.15. Modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu

Art.1. (1) Reglementarea privind verificarea a competențelor certificate ale personalului propriu are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea de către spital pentru fiecare structură în parte, a personalului de toate categoriile, având studiile și competențele specifice potrivit cerințelor posturilor pe care este încadrat acesta;
- b) Evaluarea permanentă a cerințelor posturilor trecute în fișele posturilor în raport cu studiile și competențele deținute de către personalul încadrat pe acestea;
- c) Asigurarea desfășurării tuturor activităților legate de monitorizarea competențelor certificate ale personalului propriu;
- d) Eliminarea / tratarea următoarelor riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - prestarea de servicii medicale precum și a unor servicii de suport medical de către personal care nu are competențe;
 - blocarea activității medicale;
 - agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art.2. (1) Etapele procesului de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Documentele privind competențele certificate se verifică de către personalul structurii de resurse umane în următoarele situații:
 - la depunerea dosarului de candidat în vederea participării la un concurs / examen – comisia examen/concurs cu sprijinul secretarului (din cadrul structurii resurse umane) și consilierului juridic al spitalului;
 - la întocmirea dosarului profesional în urma promovării concursului/examenului de încadrare – șeful structurii de resurse umane cu sprijinul consilierului juridic al spitalului ;
 - la completarea dosarului profesional ca urmare a absolvirii unor cursuri sau obținerii / dobândirii unor noi competențe.
- b) În mod obligatoriu la dosarul de concurs, candidații vor depune copiile documentelor de studii legalizate de un notar acreditat;
- c) În aplicarea prevederilor *O.M.S. 895/2019 privind condițiile necesare în vederea exercitării profesiei de medic, medic stomatolog și, respectiv, farmacist pe teritoriul României în cadrul unităților sanitare publice și private*, în vederea exercitării profesiei de medic, medic stomatolog sau farmacist, serviciul RUNOS solicită următoarele documente (în termen de valabilitate):
 - cererea în care se menționează postul pentru care persoana interesată dorește să concureze sau să se angajeze, după caz;
 - diploma de licență și certificatul de specialist sau primar pentru medici, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;
 - documente privind schimbarea numelui (certificat de căsătorie, certificat de divorț, hotărâre judecătorească etc.), în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;
 - certificatul de membru al organizației profesionale sau avizul de practică temporară sau ocazională a profesiei valabil, din care să rezulte că profesionistul este avizat pe specialitățile și competențele în care urmează să își desfășoare activitatea în unitatea sanitară, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;

- dovada/inscrisul din care să rezulte că nu i-a fost aplicată una dintre sancțiunile prevăzute la art. 455 alin. (1) lit. e) și f), la art. 541 alin. (1) lit. d) sau e), respectiv la art. 628 alin. (1) lit. d) sau e) din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare*, în original;
 - cazierul judiciar, în original;
 - certificat medical format A5 din care să rezulte ca este apt din punct de vedere fizic și neuropsihic pentru exercitarea activității pentru postul pentru care candidează sau dorește să se angajeze, în original;
 - actul de identitate în termen de valabilitate, în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului.
- d) De asemenea, în aplicarea prevederilor *Legii 118/2019 privind Registrul national automatizat cu privire la persoanele care au comis infractiuni sexuale, de exploatare a unor persoane sau asupra minorilor, precum si pentru completarea Legii nr. 76/2008 privind organizarea si functionarea Sistemului National de Date Genetice Judiciare*, la dosarul de concurs se va depune și certificatul de integritate comportamentală, eliberat de structurile de cazier judiciar.
- e) Pentru medici, medici dentiști, farmaciști și asistenți medicali, personalul structurii de resurse umane vor consulta suplimentar bazele de date ale organizațiilor profesionale în care sunt înscrși aceștia, pentru a avea certitudinea existenței respectivelor persoane în aceste evidențe precum și faptul că activitatea acestora nu este suspendată temporar;
- (2) Dosarul profesional individual se completează cu documentele dobândite de salariat ulterior încadrării – documente care se operează în evidențele de personal. Pentru actele doveditoare ale eventualelor modificări intervenite ulterior angajării, cu privire la absolvirea unor cursuri, specializări/competențe, acestea se vor prezenta în original și copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului, în maxim 5 zile lucrătoare de la obținerea respectivei certificări.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu, sunt următorii:

- a) Număr de situații în care se face dovada exercitării profesiei în baza unor acte de studii-competențe false, este în raport direct cu numărul total de angajări într-un an calendaristic;
- b) Numărul de monitorizări realizate de către personalul din serviciul resurse umane a studiilor / competențelor personalului prin verificarea medicilor/ farmaciști și asistenților medicali pe platformele puse la dispoziție de organizațiile profesionale din care fac parte aceștia, este în raport direct cu totalul de astfel de personal angajat în ultimul an calendaristic;
- c) Permenent, pe perioada ultimului an calendaristic încheiat, întreg personalul medico-sanitar a fost încadrat pe posturi vacante conform competențelor profesionale din fișele posturilor, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

IX.16. Colectarea și raportarea indicatorilor de monitorizare

Art.1. Reglementarea procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea coordonării de către conducerea spitalului, prin intermediul întregului personal al S.M.C.S.S. a procesului de asigurare și îmbunătățire a calității serviciilor de sănătate și siguranței pacientului în colaborare cu șefii tuturor sectoarelor de activitate;
- b) Evaluarea permanentă a mediului de îngrijire și adaptarea permanentă a acestuia la necesitățile asistenței medicale asigurată de către spital;
- c) Asigurarea desfășurării tuturor activităților legate de monitorizarea și îmbunătățirea calității în vederea optimizării continue a proceselor de la nivelul spitalului;

- d) Identificarea activităților / proceselor care nu converg înspre asigurarea conformării la cerințele standardelor de acreditare și luarea de decizii în vederea implementării de corecții;
- e) Se asigură posibilitatea de întocmire a unor planuri de măsuri pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare, precum și a obiectivelor ”Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului”, care să conțină propuneri punctuale de îmbunătățire a activităților în scopul creșterii calității serviciilor de sănătate oferite de către spital.
- f) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - Menținerea unor neconformități care afectează procese / activități curente care se derulează în cadrul spitalului;
 - Neluarea unor măsuri pertinente și imediate de eliminare/diminuare a neconformităților constatate;
 - Neconformarea la standardele și cerințele A.N.M.C.S.

Art.2. Etapele procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Anual, de regulă în ultimul trimestru al anului, personalul S.M.C.S.S. coordonează întocmirea proiectului ”Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului”, prezentând proiectul acestuia în ședința Consiliului medical.
- b) În mod obligatoriu, potrivit deciziei Comitetului director înscrisă în P.V. nr. _____, proiectul ”Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului” prevede indicatori de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților aferente ”Planului strategic de dezvoltare al Spitalului”.
- c) Totodată, anual, de regulă în luna noiembrie sau decembrie, personalul S.M.C.S.S. prezintă spre aprobare managerului spitalului ”Planificarea anuală a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare”, în cadrul căreia se planifică activități de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare – anexe la *Ordinul președintelui ANMCS privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor.*
- d) De regulă, cel puțin odată pe an – în luna noiembrie, personalul S.M.C.S.S. colectează date privind indicatorii de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților înscrisi în ”Planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului”, emițând în acest sens un raport informativ care se supune analizei Consiliului medical, respectiv Comitetului director.
- e) Pentru punerea în aplicare a obiectivelor avute în vedere în cadrul ”Planificării anuale a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare”, membrii S.M.C.S.S. desfășoară în perioadele aprobate prin aceasta activități de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare.
- f) În termen de 10 zile lucrătoare de la evaluarea cerințelor/indicatorilor care fac obiectul setului de liste de verificare aprobat a fi evaluate pe parcursul unei luni calendaristice, potrivit ”Planificării anuale a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare” existente, personalul S.M.C.S.S. înaintează managerului Spitalului rapoarte informative însoțite de analize și planuri de măsuri cu propuneri concrete pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare.
- g) Analizele menționate la litera f) se prezintă atât la ședințele Consiliului medical, ale Comitetului director cât și la rapoartele de gardă cu participare lărgită care au loc săptămânal la nivelul spitalului.
- h) În cadrul ședințelor Comitetului director în care se analizează rapoartele informative semestriale prevăzute la litera d) precum și rapoartele informative însoțite de analize precum și de planuri de măsuri – prevăzute la litera f), se stabilesc responsabilități,

responsabili și termene de implementare a propunerilor formulate pentru îmbunătățirea calității elaborate în urma analizei fișelor de autoevaluare.

- i) În ceea ce privește procesul de colectare a indicatorilor de monitorizare, potrivit prevederilor art. 4 lit. j) din *”Regulamentul de organizare și funcționare al Comisiei de coordonare a implementării managementului calității serviciilor și siguranței pacienților”* înregistrat la nivelul spitalului la nr. membrii respectivei comisii au obligația de a: *”Pune la dispoziția S.M.C.S.S. informațiile necesare întocmirii de autoevaluări pentru monitorizarea implementării managementului calității și urmărește ca rezultatele acestora să fundamenteze măsurile de îmbunătățire a calității serviciilor, adoptate la nivelul spitalului”*.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare sunt următorii:

- a) Gradul de colectare a indicatorilor de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților din total indicatori de evaluare/monitorizare propuși a fi colectați, se realizează în proporție de 100% în ultimul an calendaristic încheiat
- b) Se formulează minim o propunere privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților în urma procesului de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare, pentru fiecare neconformitate constată în situația indicatorilor neîndepliniți.
- c) Gradul de îndeplinire a obiectivelor înscrise în *”Planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului”* este 100% (în limita BVC alocat).
- d) Gradul de conformare la cerințele/indicatorii aferenți fiecărei liste de verificare supusă procesului de autoevaluare într-un an calendaristic, este de minim 51%.

IX.17. Modalitatea de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate

Art.1. Reglementarea procesului de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate are ca principale scopuri:

- a) Sunt stabilite etapele principalelor direcții de acțiune care privesc realizarea auditului clinic al procedurilor documentate, protocoalelor medicale și a reglementărilor la nivelul sectoarelor de activitate ale Spitalului;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o menținerea în vigoare/aplicarea unor proceduri documentate/protocoale medicale neconforme (fără a fi analizate periodic în vederea identificării unor eventuale neconformități datorate modificării unor prevederi normative, resurselor disponibile, responsabilităților etc., care au fost avute în vedere la redactarea acestora).

Art.2. (1) Etapele procesului de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Anual, de regulă în luna decembrie, personalul S.M.C.S.S. întocmește *”Programul anual de audit clinic”* pe care-l supune aprobării managerului Spitalului.
- b) *”Program anual de audit clinic”* se aduce prin grija șefului S.M.C.S.S. la cunoștința personalului spitalului și se postează pe serverul spitalului.
- c) În mod obligatoriu, în cadrul fiecărui *”Program anual de audit clinic”* se au în vedere următoarele referențiale:
 - i. unul dintre obiectivele vizate să fie cel de evaluare a eficacității și eficienței protocoalelor diagnostice și terapeutice existente la nivelul spitalului;
 - ii. S.M.C.S.S. asigură coordonarea activității de audit clinic la nivelul spitalului;

- iii. în componența echipelor desemnate pentru realizarea misiunilor de audit clinic planificate fac parte în mod obligatoriu un reprezentant al S.M.C.S.S. și câte un specialist, din fiecare specialitate supusă auditării
- d) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit (ad-hoc) sunt de competența managerului spitalului. Acestea se solicită pentru motive justificate (reclamații, constatarea unor neconformități, producerea de evenimente adverse / indezirabile etc.), context în care programul anual de audit clinic intern se completează și se reaprobă⁵.
- e) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern se realizează de către managerul spitalului în condițiile stipulate la pct. IX.21 „Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern” din prezentul Regulament.
- f) Pe parcursul anului, fiecare dintre echipele de audit clinic nominalizate în extrasul „Programului anual de audit clinic” execută misiuni de auditare clinică specifice potrivit obiectivelor înscrise în respectivul ”Program”, cu respectarea perioadei în care aceste misiuni au fost programate. În acest sens, șeful fiecărei echipe de audit clinic va întocmi un ”Plan de audit clinic” al misiunii de audit clinic programate, cu minim 5 - 15 zile lucrătoare anterior de efectuarea propriuzisă a acesteia, care va fi aprobat de către managerul spitalului.
- g) În termen de 10 zile lucrătoare de la finalizarea fiecărei misiuni de audit clinic se are în vedere întocmirea câte unui raport de audit clinic, care va fi înaintat spre analiză Consiliului medical și/sau Comitetului director (în situația că există în acesta propuneri care fac obiectul deciziei respectivului Comitet). Șeful fiecărei echipe de audit clinic va avea în vedere ca rapoartele de audit clinic ale misiunilor de auditare a protocoalelor să motiveze dacă este necesară, sau nu, revizuirea acestora.
- h) În afara misiunilor de audit clinic înscrise anual în ”Programul anual de audit clinic”, la nivelul spitalului se desfășoară audituri / analize ale procedurilor documentate / protocoalelor medicale / reglementărilor, după cum urmează:
- i. Prin grija directorului medical:
 - a. analize ale îmbunătățirii practicilor profesionale ca urmare a utilizării protocoalelor de diagnostic și/sau tratament;
 - ii. Prin grija șefilor secțiilor medicale / serviciului de urgență al spitalului / Ambulatoriu integrat:
 - a. analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament;
 - b. analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate și eficiență ai protocoalelor de diagnostic și tratament;
 - iii. Prin grija Comitetului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale:
 - a. analiză semestrială a respectării procedurilor și protocoalelor de prevenire și limitare a I.A.A.M;
 - iv. Prin grija coordonatorului U.T.S.:
 - a. evaluări trimestriale ale respectării protocoalelor privind indicațiile și administrarea tratamentului transfuzional pentru fiecare pacient care a necesitat administrare de sânge și/sau componente sanguine;
 - v. Prin grija șefului S.M.C.S.S.:
 - a. raport anual cu privire la nivelul de conformitate a reglementărilor/ procedurilor/ protocoalelor;
 - b. raport anual privind nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității rezultat în urma evaluării periodice a protocoalelor – prezentat Consiliului medical;

⁵ATENȚIE! Nu este obligatoriu ca toate evenimentele adverse/ indezirabile înregistrate la nivelul spitalului să facă obiectul unei misiuni de audit clinic.

c. raport anual privind nivelul de îndeplinire al planului de măsuri de îmbunătățire a calității rezultat în urma evaluării periodice a procedurilor – prezentat Comitetului director.

(2) În mod obligatoriu în cadrul analizelor care se efectuează (la minim 1 an de la intrarea în vigoare) pentru fiecare dintre procedurile documentate / protocoalele medicale / reglementările existente la nivelul Spitalului vor avea în vedere analiza eficacității acestora și a riscului rezidual obținut comparativ cu riscul rezidual estimat.

(3) Analizele menționate la alineatul (2) vor fi însoțite în mod obligatoriu de rapoarte de analiză care să cuprindă concluzii și propuneri de menținere, revizuire, reeditare sau abrogare a reglementărilor, după caz.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor și protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate din cadrul S.J.U.D.T.S. sunt următorii:

a) Toate misiunile de audit clinic planificate în ultimul an calendaristic încheiat îndeplinesc următoarele deziderate:

- i. Relevanță – urmăresc problematica identificată în raport cu practica curentă de la nivelul spitalului (analize și rapoarte, sesizări, evenimente adverse din spital);
- ii. Transparență – participarea întregului personal implicat și comunicarea rezultatelor (este cunoscut de către personal, informațiile sunt accesibile);
- iii. Fără caracter acuzator– identifică zonele unde sunt necesare intervenții și emit recomandări privind modalitatea de îmbunătățire (intervenții și re-evaluări).

b) Identificarea deficiențelor (diferențelor) se face permanent în raport cu un referențial (ghiduri clinice, ghiduri metodologice, reglementări legale și administrative, standarde naționale și internaționale), în proporție de 100% în toate situațiile în care se impune acest lucru;

c) Corectarea deficiențelor (reducerea diferențelor) se realizează prin implementarea unui plan de măsuri elaborat pe baza rezultatelor auditării, urmată de reevaluare pentru a măsura progresul, în proporție de 100% pentru toate misiunile de audit clinic planificate și efectuate;

d) Numărul de misiuni de audit efectuate pe parcursul unui an calendaristic din total misiuni de audit planificate este realizat în proporție de 100%, în măsura în care pe parcursul perioadei de referință nu au existat situații excepționale care să nu permită organizarea misiunilor de audit;

Numărul de audituri / analize ale procedurilor documentate / protocoalelor medicale / reglementărilor efectuate pe parcursul unui an calendaristic din total audituri / analize necesar a fi întocmite pentru conformarea unora dintre cerințele / indicatorii A.N.M.C.S. este de minim 1/misiune de audit clinic

IX.18. Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern

Art.1. (1) Reglementarea procesului de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern are ca principale scopuri:

- a) De a stabili în mod punctual situațiile și / sau criteriile care sunt necesar a fi luate în considerare de către managerul spitalului în luarea deciziei de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o solicitarea nejustificată de misiuni de audit clinic extern;
 - o apariția unor conflicte de interese.

Art.2. Procesul de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Programarea auditului clinic intern se realizează de către personalul S.M.C.S.S. și se aprobă de către manager. Activitățile/procesele auditate se programează astfel încât până

la sfârșitul anului să fie cuprinse toate, măcar o dată. În acest sens șeful S.M.C.S.S. prezintă spre aprobare managerului Spitalului, în luna decembrie a fiecărui an calendaristic, un "Program anual de audit clinic intern". Acesta prevede în principal:

- i. Structurile medicale auditate;
 - ii. Temele auditului clinic intern;
 - iii. Componența echipelor de audit clinic (în componența echipelor desemnate pentru realizarea misiunilor de audit clinic planificate fac parte un reprezentant al structurii de management al calității și câte un specialist, din fiecare specialitate supusă auditării;
 - iv. Luna în care se va iniția misiunea de audit clinic.
- b) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit (ad-hoc) intern este de competența managerului spitalului. Acest lucru se poate face la propunerea personalului S.M.C.S.S. (structură care are calitatea de coordonator al activității de audit clinic intern) sau la propunerea oricărui membru al comisiei de audit clinic intern. Motivele pentru care se poate solicita o misiune de audit clinic extern pot fi de următoarea natură:
- i. Existența unor reclamații pentru a căror rezolvare se consideră oportună nominalizarea unei echipe de audit clinic extern;
 - ii. Constatarea unor neconformități;
 - iii. Modificări organizatorice importante;
 - iv. Deficiențe majore în derularea unui proces;
 - v. Se constată ineficacitatea acțiunilor corective întreprinse în urma efectuării unui audit clinic intern programat;
 - vi. Introducerea unor modificări majore de sistem sau proces;
 - vii. Producerea de evenimente adverse / indezirabile;
 - viii. Inexistența sau insuficiența în cadrul spitalului a personalului cu formarea profesională necesară îndeplinirii unor misiuni de audit clinic intern. În această ultimă situație, personalul cooptat din sursă externă va participa în echipa de audit alături de personal propriu, selecționat în raport de obiectivele de audit clinic avute în vedere.
- c) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern se realizează de către managerul spitalului, din proprie inițiativă sau ca urmare a propunerii formulate de către personalul S.M.C.S.S. sau la propunerea oricărui membru al comisiei de audit clinic intern, după caz, în termen maxim de 5 zile de la ivirea situației care reclamă realizarea unei misiuni de audit clinic extern. Respectiva solicitare se face cel puțin în următoarele situații:
- i. Atunci când există dubii în ceea ce privește rezultatele auditului clinic intern propriu;
 - ii. Atunci când este necesară auditarea unor activități/procese puse în execuție de către șefii/coordonatorii structurilor medicale;
 - iii. În oricare alte situații care pot presupune un potențial conflict de interese;
 - iv. În situația producerii unor evenimente indezirabile, funcție de situația concretă;
 - v. În situația în care spitalul nu are personal instruit în cadrul programului de formare în domeniul managementului calității serviciilor de sănătate, specializarea "Audit clinic";
 - vi. În situația în care se dorește auditarea unor activități/procese iar pentru constituirea echipei de audit clinic intern nu există medici specialiști necesari.
- d) În raport cu situația concretă care a determinat solicitarea unei misiuni de audit clinic extern și tema propusă spre auditare, prin grija structurii de achiziții se inițiază demersuri de achiziție prestări servicii de audit clinic extern, în baza unui caiet de sarcini întocmit de către șeful S.M.C.S.S.. La stabilirea echipei de audit clinic extern se au în vedere, pe lângă competențele studii necesare, următoarele criterii:
- i. asigurarea independenței auditorilor;
 - ii. evitarea conflictului de interese;
 - iii. abilitatea auditorilor de a interacționa eficient.

- e) Misiunile de audit clinic extern se încheie cu un Raport de audit clinic care se înaintează, în termen de 10 zile lucrătoare de la finalizarea misiunii, atât managerului spitalului cât și șefului S.M.C.S.S., prin grija șefului echipei de audit clinic extern.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern sunt următorii:

- a) Sunt solicitate misiuni de audit intern (ad-hoc) pentru motive de natură să justifice astfel de misiuni în toate situațiile în care se impune în ultimul an calendaristic încheiat;
- b) Sunt solicitate misiuni de audit clinic extern pentru motive de natură să justifice astfel de misiuni, în toate situațiile în care se impune în ultimul an calendaristic încheiat;
- c) Gradul de asigurare a independenței auditorilor care participă la misiuni de audit clinic extern în raport cu obiectivele misiunii, este de 100% pentru toate misiunile de audit clinic planificate și efectuate în ultimul an calendaristic încheiat;
- d) Gradul de evitare a conflictului de interese a auditorilor care participă la misiuni de audit clinic extern în raport cu obiectivele misiunii este de 100% pentru toate misiunile de audit clinic planificate și efectuate în ultimul an calendaristic încheiat;
- e) Gradul de asigurare a nivelului de competență necesar auditorilor care participă la misiuni de audit clinic extern în raport cu obiectivele misiunii este de 100% pentru toate misiunile de audit clinic planificate și efectuate în ultimul an calendaristic încheiat.

IX.19. Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienți

Art.1. Reglementarea accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia are ca principale scopuri:

- a) Se asigură comunicarea cu mass-media astfel încât să se asigure informarea publicului și promovarea spitalului, cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare aplicabile;
- b) Stabilește modalitatea de acces al mass-mediei în instituție și la pacienți;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o accesul neautorizat al mass-media la pacienți internați în cadrul Spitalului, în condițiile inexistenței unei aprobări în acest sens a conducerii spitalului cât și obținerii anterioare a acordului pacientului;
 - o reclamații ale pacienților în legătură cu accesul neautorizat la aceștia al mass-media.

Art.2. Realizarea accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) managerul Spitalului numește anual, o persoană responsabilă în relația cu mass-media (R.R.M.M.), precum și o persoană responsabilă de comunicarea cu mass-media în situații de criză. R.R.M.M. este responsabil cu elaborarea și prezentarea mesajelor în numele Spitalului și cu asigurarea informării în timp util atât a mass-mediei, cât și a populației. R.R.M.M. este principala persoană de contact pentru mass-media.
- b) În cadrul Spitalului relația cu mass-media este asigurată numai prin intermediul R.R.M.M. Excepție de la regulă fac următoarele cazuri:
 - i. accesul delegațiilor cu acordul managerului, când aceștia vor fi însoțiți de manager, R.R.M.M. sau persoane numite prin decizie de către manager;
 - ii. accesul delegațiilor altor ministere, numai dacă aceștia își asumă răspunderea pentru reprezentanții mass-media care îi însoțesc.
- c) Spitalului prin R.R.M.M. are obligația să comunice din oficiu pe pagina proprie de web: http://_____ro/ sau la sediul său informațiile de interes public prevăzute de art. 5 alin. (1) din *Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public*.
- d) În vederea asigurării accesului în spital, acreditarea reprezentanților mass-media se face pe baza aprobării managerului, la cererea instituției de presă al cărui angajat este ziaristul. În cererea pentru obținerea unei acreditări, instituția de presă solicitantă din România va prezenta următoarele documente:
 - i. Formularul de acreditare;

- ii. Fișa personală a ziaristului/ ziariștilor propuși pentru a fi acreditați;
 - iii. Copie după cartea de identitate a ziaristului/ ziariștilor;
 - iv. Declarație pe proprie răspundere a jurnalistului
 - v. Copie după legitimația de presă;
 - vi. Motivația avută în vedere pentru solicitarea accesului în Spitalului. Dacă motivul pentru care solicită accesul mass-media în cadrul spitalului este acela de a interviua un pacient se vor menționa toate detaliile considerate necesare, acestea urmând a fi prezentate pacientului în vederea obținerii în prealabil a acordului scris al acestuia.
- e) În baza documentelor prezentate de către ziarist/instituția de presă solicitant/ă, Spitalul va elibera, în termen de maximum 2 zile lucrătoare de la data depunerii actelor, acreditarea. Refuzul acordării acreditării și/sau retragerea acreditării unui ziarist se comunică în scris și nu afectează dreptul organismului de presă de a obține acreditarea pentru un alt ziarist.
- f) Acordarea interviurilor în cadrul Spitalului se realizează numai de către manager, R.R.M.M. precum și de către alt personal din cadrul spitalului care are aprobarea managerului în acest sens, cu respectarea următoarelor reguli:
- i. declarațiile referitoare la o persoană se vor face respectând drepturile și libertățile fundamentale ale omului;
 - ii. informațiile cu privire la o persoană reținută pentru cercetări, arestată sau aflată în detenție se vor pune la dispoziția mass-media numai cu acordul scris al persoanei;
 - iii. nu va fi dezvăluită în nici un fel identitatea persoanei victimă a unei infracțiuni privitoare la viața sexuală cu excepția cazului în care aceasta și-a dat acordul scris;
 - iv. informațiile puse la dispoziția mass-media în cadrul interviului vor ține cont de dreptul la protejarea imaginii publice și a vieții intime, private și familiale ale pacientului în cauză;
 - v. informațiile cu privire la persoanele aflate în tratament, date cu caracter personal sau privind starea de sănătate, probleme de diagnostic, prognostic, tratament, circumstanțe în legătură cu boala și cu alte diverse fapte, inclusiv rezultatul unei autopsii se vor pune la dispoziția reprezentanților mass-media numai cu consimțământul explicit al persoanei sau în cazul unei persoane care nu-și poate da consimțământul ori decedată, cu acordul familiei sau reprezentantului legal al acesteia.
- g) R.R.M.M. va însoți reprezentanții mass-media în cazul în care aceștia doresc interviuarea unui pacient, dar va permite acest lucru numai după ce pacientul își va da în prealabil acordul în scris pentru interviuarea sa și, asistă pacientul pe tot timpul interviului. Acordul în scris referitor la oferirea informațiilor cu privire la starea de sănătate, medicația, tratament sau cu privire la luarea unor interviuri, se vor da pe formularul prevăzut în **Anexa nr. 3 la prezentul Regulament**, atât de către pacient cât și de către medicul curant al acestuia. În situația în care, în cadrul interviului se dorește fotografierea și/sau filmarea pacientului, acesta – inclusiv medicul curant al pacientului - își vor da consimțământul scris, prin completarea formularului „*Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unitatii sanitare*“, prevăzut în anexa nr. 1 la *O.M.S. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*.
- h) În sensul celor menționate la lit. g), după obținerea acreditării, R.R.M.M. va transmite jurnalistului acreditat acceptul pacientului de a acorda interviul solicitat în cadrul spitalului, respectiv de a fotografia și sau filma, cu menționarea datei și intervalului orar în care pacientul a acceptat acest lucru.
- i) R.R.M.M. nu va fi tras la răspundere în cazul unor filmări cu camera ascunsă sau a unor interviuri înregistrate cu echipamente audio ascunse de către reprezentanții mass-media, împotriva voinței pacientului/pacienților interviuați/i.
- j) Reprezentanții mass-media au obligația de a se identifica la punctul de control-acces de la intrarea spitalului. Personalul de serviciu (agentul de securitate) al spitalului va solicita cartea de identitate și ordinul de serviciu/legitimația de serviciu a reprezentanților mass-

media și va anunța managerul spitalului și R.R.M.M. despre prezența reprezentanților mass-media pe teritoriul spitalului. Accesul reprezentanților mass-media în spital se face numai pe baza legitimației de acreditare și a documentului de identitate, precum și cu acordul managerului spitalului. Paznicul (agentul de pază) al spitalului nu va permite intrarea reprezentanților mass-media în cadrul spitalului până când nu vor fi însoțiți de către R.R.M.M. sau manager.

- k) Regulile privind accesul reprezentanților mass-media în spital sunt următoarele:
- i. Toți reprezentanții mass-media care vor oferi informații înregistrate audio/video despre spital, personalul acestuia sau pacienții internați în cadrul spitalului au obligația de a asigura informarea obiectivă a publicului prin prezentarea corectă a faptelor și evenimentelor
 - ii. Pe teritoriul Spitalului accesul reprezentanților mass-media se face însoțit numai de R.R.M.M., manager sau o altă persoană delegată de către manager
 - iii. Reprezentanții mass-media vor purta pe parcursul vizitei în spital ținuta de protecție adecvată spațiilor medicale în care se realizează accesul și ecuson de identificare
 - iv. Reprezentanții mass-media nu vor recurge la înșelăciune în vederea obținerii unor informații susținând că sunt persoane angajate ale Spitalului
 - v. Reprezentanții mass-media nu vor lua interviuri, nu vor efectua filmări ale pacienților din cadrul spitalului decât după ce se va obține acordul scris al acestora
 - vi. Reprezentanții mass-media care vor obține și utiliza informații din cadrul spitalului folosind mijloace de înregistrare audio/video ascunse se fac răspunzători pentru faptele lor și vor suporta consecințele acestora potrivit prevederilor legale incidente în vigoare. Utilizarea metodelor menționate atrage după sine interzicerea accesului în cadrul spitalului cu alte ocazii pe termen nelimitat dar și posibilitatea acționării în instanță de către reprezentanții spitalului sau de către pacient.
 - vii. **Accesul reprezentanților mass-media va fi permis pe teritoriul spitalului numai după asumarea prin semnătură a acestor reguli.**

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de reglementare a accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia sunt următorii:

- a) În toate situațiile de aplicare a reglementării, sunt depuse documentații complete conform prevederilor din prezentul Regulament, de către instituțiile de presă, în vederea obținerii acreditării propriilor ziariști care doresc să realizeze interviuri în cadrul spitalului;
- b) În toate situațiile de aplicare a reglementării, sunt întocmite acorduri scrise ale pacienților internați în spital privind interviuarea de către ziariști acreditați de către spital.

IX.20. Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media

Art.1. Reglementarea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea unor reguli unitare care stabilesc competențele comunicării personalului cu mass-media;
- b) Comunicarea cu mass-media asigură informarea publicului și promovarea spitalului, cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o transmiterea unor date eronate;
 - o transmiterea unor date care nu trebuie făcute publice.

Art.2. (1) Relațiile cu mass-media a personalului spitalului, sunt admise cu respectarea strictă a regulilor stabilite în **Anexa nr. 4 la prezentul Regulament.**

- (2) Acordarea de interviuri și/sau declarații de presă în legătură cu activitatea desfășurată în cadrul Spitalului, precum și participarea personalului Spitalului la emisiuni de radio sau de televiziune

se aprobă de către managerul Spitalului/înlocuitorul legal, în urma consultării personalului de informare și relații publice, fără a se solicita alte aprobări.

- (3) Personalul de informare și relații publice se consultă, în ceea ce privește oportunitatea acordării de interviuri și/sau declarații de presă, cu structurile de informare și relații publice de la autoritatea tutelară.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de reglementare a limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media sunt următorii:

- a) Numărul de informații eronate/incomplete furnizate versus numărul total de informații furnizate către mass-media în ultimul an calendaristic are valoare egală cu 0.
- b) Numărul de persoane angajate în spital care și-au depășit competența în raport cu numărul de persoane angajate în spital care au intrat în contact cu mass-media în ultimul an calendaristic încheiat, este de maxim 1%.
- c) Raportul dintre numărul de intervenții la forul tutelar din numărul total de situații apărute în relația cu mass-media în ultimul an calendaristic încheiat are valoare egală cu 1.

IX.21. Modul de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic

Art.1. Reglementarea modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*" are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea unui set de reguli care să asigure monitorizarea eficientă a desfășurării activităților emergente obiectivelor strategice înscrise în "*Planul strategic de dezvoltare Spitalului*".
- b) Se asigură posibilitatea de întocmire a unor planuri de măsuri pentru eliminarea / ameliorarea neconformităților constatate care să conțină propuneri punctuale pentru îndeplinirea în volum complet și la termen a activităților subsecvente obiectivelor strategice asumate prin *Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*".
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - Identificarea cu întârziere a unor neconformități care pun în pericol atingerea obiectivelor strategice asumate prin "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*";
 - Neexecutarea / întârzierea activităților prevăzute în "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*";
 - Luarea unor măsuri care nu se fundamentează pe o analiză succintă a realității, context în care există riscul ca acestea să nu-și atingă scopul sau, din contră, să dăuneze atingerii obiectivelor propuse.

Art.2. Etapele modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*" presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Potrivit prevederilor "*Regulamentului de organizare și funcționare a S.M.C.S.S.*" personalul încadrat în cadrul S.M.C.S.S. se constituie ca membrii ai echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic de dezvoltare al Spitalului.
- b) Anual, de regulă în luna noiembrie, membrii echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*", întocmesc o analiză anuală a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al respectivului Plan.
- c) În mod punctual, în cadrul analizei menționate la lit. b) se evidențiază stadiul executării activităților înscrise în graficul Gantt din cadrul "*Planului de îmbunătățire a calității în Spitalului*" Indicatorii de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*", care vor fi utilizați în analiza menționată la lit. b) sunt următorii:

- i. Gradul de îndeplinire a fiecăruia dintre obiectivele și activitățile emergente planificate prin graficul Gantt din cadrul ”Planului strategic de dezvoltare Spitalului”.
 - ii. Se face sau nu dovada că fundamentarea obiectivelor ”Planului strategic de dezvoltare Spitalului” a fost făcută în conformitate cu resursele disponibile și potențiale identificate.
 - iii. Se confirmă / infirmă că rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populației și piața de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.
 - iv. Se confirmă / infirmă că obiectivele planului strategic sunt cunoscute și asumate la nivelul structurilor implicate în realizarea acestora.
- d) În baza deciziei Comitetului director înscrisă în P.V. nr. _____, înregistrat la nr. _____, **indicatori de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor planului privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților (Bază: indicatorul 01.01.02.02.01 și indicatorul 01.07.05.01.01), sunt următorii:**
- i. Număr de proceduri operaționale/protocoale revizuite în termen din totalul de proceduri operaționale existente;
 - ii. Număr de persoane (membrii ai echipelor de proces) instruite în raport cu procedurile operaționale/protocoale revizuite, din totalul personalului Spitalului care aplică proceduri (funcție de conținutul procedurilor operaționale, se vor utiliza indicatori de genul: ”număr personal instruit, în ultimul an calendaristic încheiat, în privința normelor de per număr total angajați cu responsabilități în domeniu”);
 - iii. Număr de persoane (membrii ai echipelor de proces) care au luat la cunoștință de prevederile procedurilor operaționale/protocoale revizuite, din totalul personalului Spitalului care aplică proceduri;
 - iv. Număr de informări privind acte normative incidente proceselor derulate în spital, care nu au fost aplicate în practică până în prezent sau a celor nou intrate în vigoare pentru care s-au făcut propuneri de implementare;
 - v. Număr de rapoarte informative privind propunerile/ sugestiile formulate în domeniul îmbunătățirii managementului calității și elaborarea de acte normative interne emise în vederea consultării angajaților, din numărul total de informări făcute la nivelul anului în curs;
 - vi. Numărul de protocoale a căror indicatori au fost monitorizați pe parcursul unui an calendaristic, din numărul total de protocoale revizuite la începutul anului;
 - vii. Numărul de analize pe marginea obiectivelor, activităților și indicatorilor care au fost monitorizați pe parcursul unui an calendaristic și care au determinat implementarea unor propuneri de îmbunătățire;
 - viii. Număr total de angajați care au luat la cunoștință de prevederile RI și ROF din numărul total de angajați ai spitalului;
 - ix. Număr de cadre universitare din numărul total de medici încadrați în cadrul spitalului (dacă spitalul are statut de ”clinic”);
 - x. Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților înregistrate;
 - xi. Procentul cheltuielilor cu achiziții de echipament din total cheltuieli în raport cu propunerile de achiziție formulate prin „Planul anual de achiziții publice”;
 - xii. Procentul cheltuielilor cu lucrări de reparații/îmbunătățiri din total cheltuieli în raport cu propunerile de achiziție formulate prin „Planul de reparații curente” și „Bugetul de venituri și cheltuieli”;
 - xiii. Nivel mediu de satisfacție a pacientului legat de condițiile hoteliere, în anul calendaristic încheiat;
 - xiv. Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr paturi, pe secție/compartiment;
 - xv. Număr de sisteme de alarmă individuale, funcționale per număr cabine WC, pe secție/compartiment;

- xvi. Suma alocată cheltuielilor destinate prevenirii I.A.A.M din buget per număr cazuri rezolvate, în ultimul an calendaristic încheiat;
 - xvii. Număr pacienți mulțumiți ("bine" + "foarte bine") de serviciile oferite de spital per total pacienți internați, în ultimul an calendaristic încheiat;
 - xviii. Număr studii de cercetare științifică (dacă spitalul are statut de "clinic");
 - xix. Număr de acțiuni organizate la nivelul spitalului cu impact în mass-media care asigură promovarea spitalului ca instituție sanitară de prestigiu;
 - xx. Număr de solicitări de modificări de structură organizatorică / a statului de organizare cu impact în diversificarea ofertei de servicii medicale;
 - xxi. Gradul de asigurare a tuturor spațiilor necesare la nivelul structurilor medicale din spital (serviciul de urgență al spitalului, secții medicale, structuri paraclinice, Ambulatoriu integrat, Farmacie, spitalizare de zi, etc.) în conformitate cu prevederile legale în vigoare incidente.
- e) Analiza menționată la lit. b) se transmite Comitetului director ca anexă la un raport de analiză, urmând a fi supusă atenției în proxima ședință a Comitetului director care va decide luarea, după caz, a unor măsuri adecvate de remediere a disfuncțiilor constatate, va nominaliza responsabilii și termenele de implementare a respectivelor măsuri.
- f) Rezultatele analizei menționată la lit. b) urmează a fi utilizate în:
- i. Redactarea "*Planului de îmbunătățire a calității în Spitalului*" aferent anului următor;
 - ii. Eventuala revizuire a obiectivelor strategice cuprinse în "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*" și emiterea „*Planificării anuale a activităților pentru realizarea "Planului strategic de dezvoltare S.J.U.D.T.S. în anul _____ (inclusiv a celor care nu au fost realizate pe parcursul anului _____)*”

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a reglementării modului de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*" sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul de intervenții la forul tutelar din numărul total de situații apărute în relația cu mass-media în ultimul an calendaristic încheiat are valoare egală cu 1.
- b) Seface dovada respectării termenului de desfășurare a analizei anuale a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*";
- c) Utilizarea în cadrul analizei anuală a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice și a activităților emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al "*Planului strategic de dezvoltare al Spitalului*" a unui set de date care să asigure relevarea tuturor disfuncțiilor constatate reprezintă o regulă care se respectă permanent;
- d) Se asigură un grad de 100% de realizare a obiectivelor strategice și a activităților emergente acestora în raport cu cele înscrise în Graficul Gantt din "*Planul strategic de dezvoltare Spitalului*", în limita BVC alocat, cu condiția în care pe parcursul perioadei de referință să nu fi existat situații excepționale care să nu permită realizarea obiectivelor strategice;

IX.22. Modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare și administrative

Art.1. Reglementarea procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative are ca principale scopuri:

- a) Punerea la dispoziția unităților sanitare și administrative interesate de canale de comunicare variate;
- b) Asigurarea comunicării externe a spitalului care să răspundă atât nevoilor proprii cât și nevoilor partenerilor externi ai acestuia;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- neasigurarea tuturor canalelor de comunicare necesare cu unitățile sanitare și administrative care să răspundă nevoilor proprii ale spitalului;
- reprezentarea necorespunzătoare a spitalului în relațiile cu alte instituții.

Art.2. (1) Etapele procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Comitetul director definește în cadrul unei ședințe a acestuia situațiile care impun comunicarea cu alte unități sanitare și administrative sau organizații de profil din domeniul de interes al spitalului, stabilind în acest sens o *"Listă de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital"*.
- b) Modificarea și completarea *"Listei de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital"* revine în exclusivitate Comitetului director.
- c) Identificarea instituțiilor cu care se agreează a fi încheiate parteneriate / protocoale / acorduri de colaborare pentru fiecare dintre situațiile menționate în *"Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital"* și încheierea efectivă cu acestea a respectivelor parteneriate / protocoale / acorduri de colaborare este de competența consilierului juridic al Spitalului. La încheierea respectivelor parteneriate / protocoale / acorduri de colaborare consilierul juridic va urmări pe cât posibil ca acestea să fie încheiate pe perioade nelimitate (multianual), prin aplicarea prevederilor incidente în vigoare, după caz.

(2) Potrivit deciziei Comitetului director luată în ședința acestuia din _____ (P.V. _____ înregistrat sub nr. _____) ***"Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital"*** cuprinde următoarele situații:

- a) Transferul sau facilitarea accesului pacientului la serviciile medicale, în situațiile în care se depășește competența asumată/capacitatea de rezolvare a cazului;
- b) Asigurarea continuității îngrijirilor în colaborare cu servicii de asistență socială.
- c) Educația pacienților / aparținătorilor în parteneriat cu organizații de profil;
- d) Comunicarea/colaborarea cu asociații ale pacienților;
- e) Facilitarea la nivelul spitalului a posibilității asigurării asistenței spirituale conform confesiunii pacientului;
- f) Acordarea de îngrijiri și interrelaționare cu pacienții cu dizabilități și nevoi speciale în colaborare cu organizații de profil;
- g) Colaborarea cu organizații de profil pentru a prelua, dacă este cazul, câinii utilitari pe perioada internării pacienților cu dizabilități (verificați dacă în F.A.E. 2 din CaPeSaRo mai există în LV 5 indicatorul 02.01.04.01.06. Dacă acesta nu mai există, se radiază acest pct. g);
- h) Colaborarea cu alte unități sanitare publice/specialiști externi instituției pentru situația în care pacienții solicită *"a doua opinie medicală"*, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate;
- i) Asigurarea, la nevoie, a serviciilor unui translator pentru pacienții care nu sunt vorbitori de limba română;
- j) Asigurarea, la nevoie, a serviciilor unui interpret mimico-gestual.
- k) Colaborarea cu alte unități sanitare publice în caz de urgență;
- l) Colaborarea dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești;
- m) Colaborarea cu instituții de învățământ superior medical, respectiv unitățile de învățământ medical.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative sunt următorii:

- a) Numărul de parteneriate / protocoale / acorduri de colaborare încheiate în ultimul an calendaristic este în raport direct cu fiecare dintre situațiile menționate în *"Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital"* (minim 1 contract / situație din listă).

- b) Raportul dintre numărul de parteneriate / protocoale / acorduri de colaborare în vigoare pentru fiecare dintre situațiile menționate în "Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital", are valoare egală cu 1.

IX.23. Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților

Art.1. (1) În contextul în care conducerea Spitalului conștientizează că asociațiile reprezintă vocea pacienților și militează pentru schimbarea aspectelor care afectează viețile lor și pe ale celor din jurul acestora, reglementarea procesului de comunicare cu asociații ale pacienților are ca principale scopuri:

- a) de a sprijini dreptul pacienților la instrumente pentru îngrijirea sănătății și de a crește gradul de conștientizare cu privire la problemele care au un impact semnificativ asupra calității vieții comunităților locale;
- b) de a oferi pacienților sprijin și oportunități de informare despre cum pot trăi cu afecțiunea pe care o au;
- c) asociațiile de pacienți este necesar să constituie o „verigă de legătură” între personalul medical al Spitalului și pacienți, care să funcționeze în ambele sensuri: nu doar ca prin intermediul asociațiilor să aflăm problemele cu care se confruntă pacienții în tratarea afecțiunilor de care suferă, ci tot prin intermediul lor să transmitem pacienților noutățile din sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- d) de a susține campaniile de informare și educare, concepute pentru a atrage suportul publicului general, al profesioniștilor din domeniul medical și al autorităților de reglementare.
- e) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - limitarea numărului și calității informațiilor necesare îngrijirii sănătății pentru pacienții care se adresează Spitalului;
 - scăderea adresabilității;
 - prejudicii de imagine.

(2) Comunicarea cu asociații ale pacienților se mai realizează și în cadrul organizării procedurii de alegere și desemnare a reprezentanților asociațiilor de pacienți în cadrul Consiliului etc.

Art.2. (1) Etapele procesului de comunicare cu asociații ale pacienților presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Postarea pe site-ul spitalului de către personalul structurii de informatică a informațiilor cuprinse în "*Catalogul asociațiilor de pacienți*" care se regăsește pe site-ul Ministerului Sănătății (<http://www.infrastructura-sanatate.ms.ro/asociatii-pacienti>) și care cuprinde o bază de date în care sunt prezente organizațiile de pacienți care au dorit să se înscrie pentru a fi găsite mai ușor de către cei interesați. Catalogul se dorește a fi un instrument de utilizat atât de către pacienții care doresc să caute informații despre asociațiile de pacienți pe anumite patologii și din anumite zone, cât și de către alte instituții, furnizori de servicii medico-sociale, companii private, medici, etc. care au nevoie de informații despre organizațiile de pacienți.
- b) Inițierea de către consilierul juridic al Spitalului de colaborări cu asociații ale pacienților se face la cererea scrisă a unor pacienți ai spitalului care sunt diagnosticați în diferite boli comune domeniului de activitate a respectivelor asociații, în termen de maxim 5 zile lucrătoare de la primirea în acest sens a avizului Consiliului medical, în condițiile în care respectivele asociații sunt înscrise în "*Catalogul asociațiilor de pacienți*" care se regăsește pe site-ul Ministerului Sănătății.
- c) În situația unui răspuns favorabil din partea respectivelor asociații, contractul / protocolul de colaborare încheiat cu acestea va avea ca obiect de activitate schimbul de informații necesare îngrijirii sănătății pentru pacienții care se adresează Spitalului.
- d) Din oficiu, în situația în care în cadrul Spitalului datele statistice relevă la un moment dat o adresabilitate sporită din partea unor pacienți diagnosticați în diferite boli comune

domeniului de activitate a unor asociații de pacienți înscrise în ”*Catalogul asociațiilor de pacienți*” care se regăsește pe site-ul Ministerului Sănătății, cu avizul Consiliului medical se va proceda la încheierea unor contracte/ protocoale de colaborare cu respectivele asociații, fără a fi necesar să existe anterior solicitări ale pacienților în acest sens.

- (2) În cadrul organizării procedurii de alegere și desemnare a reprezentanților asociațiilor de pacienți în cadrul Consiliului etic, managerul Spitalului este responsabil de invitarea asociațiilor de pacienți înscrise în registru în județul respectiv, prin invitații transmise prin fax sau scrisoare cu confirmare de primire și prin publicare pe site-ul spitalului. În vederea prezentării candidaturilor acestora, asociațiile de pacienți pot nominaliza un singur reprezentant, care trebuie să aibă domiciliul stabil în județul de dispunere a Spitalului. Desemnarea reprezentanților asociațiilor de pacienți în Consiliul etic al Spitalului se realizează de către acestea conform prevederilor normative incidente în vigoare. În absența unei candidaturi din partea asociațiilor de pacienți, Consiliul etic se consideră legal constituit.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu asociații ale pacienților sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul de contracte / protocoale de colaborare încheiate cu asociații ale pacienților raportat la numărul de cereri scrise ale pacienților în ultimul an calendaristic, are valoare egală cu 1;
- b) Permanent se asigură respectarea în integralitate a prevederilor normative incidente în vigoare constituirii Consiliului etic al Spitalului.

IX.24. Modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz

Art.1. Reglementarea procesului de asigurare a suportului psihologic pentru personal are ca principale scopuri:

- a) asigurarea condițiilor pentru un management eficient al resursei umane și adaptarea la solicitările curente;
- b) îmbunătățirea performanțelor profesionale individuale;
- c) creșterea eficienței organizaționale;
- d) creșterea calității vieții personalului;
- e) diminuarea efectelor manifestărilor psihocomportamentale relaționate cu stresul și evenimentele traumatice.
- f) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - scăderea calității vieții personalului;
 - apariția/menținerea unor potențiale efecte ale manifestărilor psihocomportamentale relationate cu stresul și evenimentele traumatice;
 - scăderea moralului la nivel individual și organizaționale;
 - existența și/sau persistența unor complicații ale reacțiilor la stres operațional, a manifestărilor psihocomportamentale disfuncționale/ dezadaptative și evoluția unor tulburări psihice.

Art.2. (1) În cadrul Spitalului activitatea de asistență psihologică se desfășoară conform reglementărilor privind statutul profesiei de psiholog cu drept de liberă practică.

- (2) În Spitalului exercitarea actului psihologic se face de către psihologii cu drept de liberă practică, încadrați pe funcții de specialitate, care dețin atât atestat de liberă practică.

Art.3. (1) Activitatea de asistență psihologică constă în evaluarea psihologică a resursei umane și intervenția psihologică specializată.

- (2) Evaluarea psihologică a resursei umane în cadrul Spitalului se realizează de către psihologii cu drept de liberă practică încadrați pe funcții de specialitate, individual sau în grup, în următoarele situații:

- a) în cadrul evaluărilor psihologice periodice la indicația medicului de medicina muncii;
 - b) la solicitarea managerului spitalului sau a șefului/coordonatorului direct cu aprobarea managerului – alte categorii de personal care își desfășoară activitatea în cadrul spitalului pe perioadă determinată (medici rezidenți, studenți voluntari, personal detașat din alte unități medicale, voluntari etc);
- (3) Evaluarea psihologică se solicită de către medical de medicina muncii din cadrul serviciilor medicale profilactice pentru supravegherea sănătății personalului, ori manager.
- (4) Evaluarea psihologică periodică se finalizează cu un raport de evaluare psihologică și acordarea avizului psihologic APT, APT CONDIȚIONAT, INAPT TEMPORAR sau INAPT, care este consemnat în fișa de evaluare psihologică individuală.

Art.4. (1) Activitatea psihologilor încadrați pe funcții de specialitate în cadrul Spitalului se desfășoară în cabinetul psihologic, sala de examinare colectivă.

(2) De regulă, modalitatea de asigurare a suportului psihologic presupune respectarea următoarelor etape:

- a) se comunică personalului locul, data și ora întâlnirii cu psihologul;
- b) se solicită personalului evaluat să completeze formularul de “Acord liber consimțit” prevăzut în **Anexa nr. 5 la prezentul Regulament**;
- c) se efectuează evaluarea psihologică propriu-zisă, cu asigurarea condițiilor prevăzute de alineatul următor;
- d) se elaborează un răspuns la cererea formulată, precum și un “Plan de intervenție psihologică”, după caz;
- e) se comunică rezultatul angajatului, precum și celui care a făcut solicitarea/ managerul spitalului;
- f) la nevoie se asigură monitorizare, consiliere și/sau psihoterapie, după caz și se programează o reevaluare după un interval de timp (variabil între o lună și 6 luni), funcție de particularitățile cazului;
- g) psihologul întocmește un raport de psihodiagnostic după fiecare etapă, care se anexează la dosarul personal al angajatului păstrat la nivelul cabinetului psihologic. Acesta cuprinde: gradul, numele și prenumele persoanei diagnosticate, data și motivul evaluării, motivul evaluării, istoric, instrumente utilizate în evaluare, concluzii și recomandări și va fi asumat prin semnătură de către psiholog.

(3) Condițiile de desfășurare a asistenței psihologice trebuie să asigure:

- a) dreptul la intimitate al beneficiarului serviciilor psihologice;
- b) calitatea și autenticitatea manifestărilor psihocomportamentale ale persoanei;
- c) integralitatea și confidențialitatea datelor și informațiilor cu caracter profesional.

(4) În afara evaluărilor psihologice făcute la angajare pentru personalul spitalului, psihologul asigură suport psihologic în următoarele situații:

- la solicitarea scrisă a angajatului;
- la solicitarea scrisă a șefului direct, avizată de către manager;
- la solicitarea scrisă a medicului de medicina muncii;
- la solicitarea managerului.

Art.5. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de asigurare a suportului psihologic pentru personal sunt următorii:

- a) În ultimul an calendaristic încheiat, în toate situațiile se respectă prevederile normative incidente și etapele necesare asigurării suportului psihologic, funcție de particularitățile cazului;
- b) Numărul de evaluări și/sau intervenții psihologice și înregistrate în registrele de consultații în ultimul an calendaristic încheiat, este în raport direct cu numărul de solicitări emise în acest sens;

IX.25. Modalitatea de identificare corectă a pacientului și monitorizarea sistemului de identificare a acestuia

Art.1. Reglementarea procesului de identificare corectă a pacientului și monitorizarea sistemului de identificare a acestuia are ca principale scopuri:

- a) Dă asigurări privind cunoașterea în orice moment a identității corecte a pacientului și favorizează cunoașterea de către întregul personal a acelor factori personali ai pacientului care pot presupune un risc pentru siguranța sa;
- b) Stabilește reguli privind monitorizarea permanentă a procesului de identificare corectă a pacientului astfel încât să fie diminuate/excluse eventuale erori în identificarea pacienților în diferite etape ale acordării de asistență medicală acestora;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - generarea de costuri de noncalitate (întârziere în punerea diagnosticului, solicitarea de probe suplimentare, tratamentul unui pacient greșit pentru o boală de care nu suferă);
 - pierdere de timp în stabilirea conduitei tratamentului și supravegherea pacientului care are nevoie de acesta;
 - confuzie care poate duce la evenimente adverse asociate asistenței medicale, inclusiv decesul pacientului.

Art.2. (1) În contextul în care identificarea incorectă a pacientului reprezintă o cauză fundamentală a foarte multor erori medicale, activitatea de identificare a pacientului este obligatorie a fi făcută în toate etapele procesului de asigurare de servicii de sănătate. Se recomandă în acest sens următoarele:

- a) Identificarea pacientului se realizează în toate situațiile pe minim două căi, identificarea verbală fiind una dintre acestea în situația pacientului conștient / cooperant.
 - b) Identificarea verbală a pacientului se face cu voce sonoră și clară în toate etapele procesului de asigurare de servicii de sănătate, prin cel puțin doi identificatori (astfel cum sunt prevăzuți la aliniatul (2)).
 - c) Niciodată nu trebuie utilizați ca identificatori ai pacientului, numărul patului sau al locației fizice a pacientului (salon stânga, dreapta, etc.).
 - d) Este necesară coparticiparea pacienților în toate etapele procesului de asigurare de servicii de sănătate și informarea acestora asupra importanței și relevanței corecte lor identificări.
- (2) Datele de identificare obligatorii trebuie conformate prin nume și prenume complet al pacientului, tipul documentului de identitate, numărul acestuia, codul numeric personal, codul de identificare al asiguratului, sexul, data nașterii, adresa domiciliului, vârsta și numărul său de telefon. În procesul de identificare trebuie ținut cont de următoarele opțiuni:
- a) adult cu document de identitate.
 - b) adult fără document de identitate.
 - c) identificare pe timpul acordării tratamentelor/îngrijirilor de sănătate.
- (3) În contextul sus menționat, etapele procesului de identificare corectă a pacientului și monitorizarea sistemului de identificare a acestuia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:
- a) Identificarea pacientului la biroul de internare se face de către personalul acestuia verbal și în baza, după caz, a următoarelor documente: act de identitate, biletul de internare de la medicul de familie sau medicul specialist, bilet de transfer, recomandare internare pentru pacienții cu plată, dovada calității de asigurat (adeverință de la locul de muncă din care să reiasă ca unitatea angajatoare are achitate la zi asigurările sociale de sănătate, cupon de pensie din ultima lună, adeverință de șomaj sau carnet de șomaj, chitanță de la casa de asigurări de sănătate, privind plata asigurării medicale sau dovada de coasigurat, xerocopie după certificatul de naștere (pentru copii sub 14 ani) sau buletinul de identitate și dovada de coasigurat) și card de asigurat;
 - b) Registratorul medical va introduce în sistemul informatic al spitalului setul minim de date la nivel de pacient regasite în FOCG – completata de personalul medical.

Listează brătara de identificare pacient din sistemul informatic.

Printarea brătării se poate realiza în două moduri:

- din fereastra de adăugare unei noi internări, unde există la dispoziție bifa „*Printare brătara cod de bare*”. După ce se bifează acest câmp, la apăsarea butonului „*Salvare*” va fi imprimată brătara pacientului.
- din cadrul registrului de internare, unde se regăsește un buton de printare.

Personalul medical/ auxiliar va proceda la fixarea brătării pacientului respectiv:

- identifică pacientul, în baza FOCG (spitalizare continuă /spitalizare de zi)
- se dezlipsește secțiunea de hartie din partea îngustă a brătării
- acest lucru va expune o zonă cu adeziv pentru fixarea brătării
- se lipește brătara la bratul non – dominant al pacientului, asigurându-se de precizia manevrei
- dacă brătara este prea mică pentru pacientul respectiv, se mai listează o brătara „în alb”, ce va veni în completarea brătării inițiale (cu date de identificare)
- în situația unei brătării prea mari pentru pacientul internat (nou-născut, alte situații medicale) se va proceda la fixarea acesteia la picior
- se instruieste pacientul asupra importanței acestui dispozitiv de identificare pe toată perioada internării

În situația în care pacientul refuză punerea brătării de identificare, acest lucru se consemnează în mod obligatoriu în F.O.C.G. și se comunică întregului personal medico-sanitar care urmează să intre în contact cu respectivul pacient, de către medicul curant al acestuia;

- c) Identificarea pacientului care se prezintă în serviciul de urgență al spitalului se face verbal și pe baza unui act de identitate. În cazul pacienților care sunt aduși inconștienți/confuzați, cu deteriorare cognitivă, fără aparținători sau fără acte de identitate, se atribuie acestora un nume provizoriu și se contactează Inspectoratul de Poliție.
- d) Identificarea pacientului care se prezintă pentru diferite servicii medicale în Ambulatoriu se realizează verbal, prin intermediul actului de identitate și a biletului de trimitere.
- e) Identificarea pacientului trimis din Ambulatoriu/pacient cu plată în vederea investigațiilor paraclinice se face verbal și printr-un act de identitate.
- f) Identificarea pacientului internat în regim de spitalizare de zi se realizează verbal, prin intermediul F.S.Z. și/sau prezentarea unui act de identitate.
- g) Identificarea pacientului în regim de spitalizare continuă în secții medicale/chirurgicale (mai puțin Secția A.T.I.) presupune:
 - i. la prezentarea în secție se identifică pacientul verbal și pe baza F.O.C.G.;
 - ii. pacientul se repartizează la salon;
 - iii. se notează cu markerul/pixul (sau se tipărește, funcție de posibilitățile tehnice) pe o brățăară de identificare numele și prenumele pacientului, secția medicală în care este internat pacientul și data nașterii acestuia. Pentru identificarea pacienților cu risc de cădere și pentru identificarea (vizuală), de către personalul medical, a pacienților internați cu dizabilități/nevoi speciale/manifestări agresive se vor utiliza brățări de identificare cu etichete de culori diferite, conform deciziei Consiliului medical. Schimbarea etichetelor divers colorate care se atașează la brățările de identificare se poate realiza pe tot parcursul internării pacienților de către asistenta de salon, funcție de evoluția/evaluările ulterioare periodice ale pacientului;
 - iv. se informează și se explică pacientului importanța aplicării brătării de identificare și ulterior se aplică brătara de identificare la unul dintre membrele superioare. În situația în care pacientul refuză punerea brătării de identificare, acest lucru se consemnează în mod obligatoriu în F.O.C.G. și se comunică întregului personal medico-sanitar care urmează să intre în contact cu respectivul pacient, de către medicul curant al acestuia;
 - v. identificarea la patul pacientului se face verbal și cu ajutorul brătării de identificare a pacientului;

- vi. Nou-născutul este identificat de către asistenta de serviciu din Secția de Neonatologie, care participă la nașterea nou-născutului în sala de naștere sau sala de operație, prin așezarea unei brățări pe antebraț sau pe antepicior imediat după naștere, de culoare albastră în cazul băieților sau de culoare roz în cazul fetițelor, pe care se trece numele de familie al mamei, nr. FO al mamei, sexul nou-născutului, data și ora nașterii. Totodată se completează un cartonaș cu următoarele date: nume, prenume nou-născut, data și ora nașterii, greutatea, lungimea (eventual perimetrul cranian-în funcție de cartonaș) nou-născutului, nume, prenume mamă, numele medicului care asistă nașterea, scor Apgar, observații. Acest cartonaș se pune în pătuțul nou-născutului în locul special destinat.
 - h) Identificarea pacientului în regim de spitalizare continuă în Secția A.T.I. presupune:
 - i. la prezentarea în secție se identifică pacientul verbal și pe baza F.O.C.G.;
 - ii. pacientul se repartizează la salon;
 - i) Identificarea pacientului internat în regim de spitalizare continuă în vederea efectuării investigațiilor și/sau consulturilor intersecții/interclinice, se realizează de către personalul medico-sanitar verbal, prin brățara de identificare, F.O.C.G. și, după caz, biletul de trimitere de la medicul specialist cu toate datele de identificare și precizarea expresă a recomandării medicului care prescrie expunerea medicală (felul investigației, zona/segmentul examinat);
 - j) Identificarea pacientului internat în vederea efectuării unei intervenții chirurgicale se face cu respectarea întocmai a prevederilor *O.M.S. 1529/2013 privind aprobarea Listei de verificare a procedurilor chirurgicale*. În acest sens, înaintea inducției anestezice, pacientului i se cere să confirme: identitatea, zona anatomică supusă intervenției chirurgicale, procedura chirurgicală careia urmează să-i fie supus și consimțământul informat.
 - k) La externarea din spital asistentul medical de salon va detașa brățara de identificare de la membrul pacientului și o va arunca în recipientul cu deșuri infecțioase.
- (4) Monitorizarea sistemului de identificare corectă a pacientului se realizează în toate etapele procesului asigurare de servicii de sănătate, de la internare – până la externare, prin grija șefilor / coordonatorilor ierarhici direcți a personalului care realizează identificarea pacientului. În acest sens, șefii / coordonatorii ierarhici direcți a personalului care realizează identificarea pacientului au următoarele obligații:
- a) Monitorizarea permanentă a modului în care personalul din subordine / coordonat realizează identificarea corectă a pacientului în toate etapele procesului asigurare de servicii de sănătate prin observare directă a procesului;
 - b) Luarea imediată de măsuri corective în situația că observă realizarea deficitară a procedurii de identificare a pacientului;
 - c) Identifică și analizează factorii cauzali a unor eventuale erori de identificare incorectă a pacienților, toate acestea în prezența unei atitudini proactive, preventive și sistematice;
 - d) Accentuează în permanență responsabilitatea întregului personal medico-sanitar și auxiliar sanitar din subordine în realizarea identificării adecvate a pacientului;
 - e) Instruiește periodic personalul din subordine cu privire la identificarea corectă a pacienților.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de identificare corectă a pacientului și monitorizarea sistemului de identificare a acestuia sunt următorii:

- a) Numărul de evenimente adverse asociate asistenței medicale în ultimul an calendaristic datorate unor erori de identificare eronată a pacienților, are valoare maximă admisă egală cu 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;;
- b) Numărul de instruirii cu privire la identificarea corectă a pacienților, realizate în ultimul an calendaristic încheiat este în raport direct cu numărul aceluiași instruirii planificate;

IX.26. Accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare

Art.1. Reglementarea accesului și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare are ca principale scopuri:

- a) Utilizarea la nivelul spitalului de proceduri unitare privind asigurarea confidențialității pacienților și stabilirea de măsuri în vederea verificării respectării acestora de către personalul medical;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - accesul necontrolat la datele pacienților;
 - utilizarea datelor în alte scopuri.

Art.2. (1) Etapele procesului de asigurare a accesului și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului sau din afara acestuia care dorește să aibă acces și să utilizeze baza de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii (inclusiv de nursing), analize, documentare, va depune la registratură o cerere scrisă în acest sens în care va menționa documentele medicale (constituite în unități arhivistice) la care dorește să aibă acces, perioada pentru care solicită accesul (aceasta nu poate fi mai mare de 30 de zile calendaristice) și motivul solicitării.
- b) Persoana care deservește registratura prezintă, în maxim 24 ore, spre aprobare, managerului spitalului, cererea de studiere a documentelor medicale.
- c) Pentru personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului care a întocmit cererea menționată la lit. a), aceasta se avizează de către șeful ierarhic al acestuia, directorul medical și se aprobă de către managerul Spitalului care, în rezoluție, va desemna în sarcina șefului S.E.S.M. precum și a șefului registraturii punerea la dispoziția solicitantului a unităților arhivistice solicitate.
- d) Pentru personalul medico-sanitar din afara Spitalului care a întocmit cererea menționată la lit. a), aceasta se aprobă, după caz, de către managerul Spitalului numai după primirea unui aviz favorabil din partea Consiliului medical care va analiza respectiva solicitare în proxima ședință care se desfășoară ulterior depunerii cererii în discuție. În adoptarea unei conduite adecvate în speță Consiliul medical va avea în vedere următoarele criterii:
 - i. Respectarea normelor de protecție a informațiilor clasificate (dacă există asemenea informații în spital);
 - ii. Respectarea confidențialității datelor pacienților;
 - iii. Scopul studiului să nu contravină normelor de etică profesională;
 - iv. Numele Spitalului să fie menționat în cursul lucrării finale;
 - v. Spitalul să aibă acces la rezultatele studiului prin înmânarea unui exemplar al lucrării finale.
- e) În situația în care Consiliul medical dă aviz favorabil cererii, va fi completat un protocol de studiu, conform modelului prevăzut în **Anexa nr. 6 la prezentul Regulament**, semnat de către solicitant și managerul spitalului, respectiv directorul medical.
- f) După obținerea aprobării, gestionarul arhivei va prelua cererea aprobată, va extrage din arhivă unitatea arhivistică/unitățile arhivistice în cauză și va comunica solicitantului locul unde poate fi aceasta/acestea studiat/e și următoarele condiții pe care trebuie să le respecte:
 - i. Studiul documentelor ridicate din arhiva medicală se va face în spații adecvate dispuse în structura din care face parte personalul propriu al Spitalului sau altă locație din interiorul spitalului, conform aprobării date de manager și/sau directorul medical;
 - ii. Pentru personalul medico-sanitar din afara Spitalului, Consiliul medical va desemna o persoană din structura S.E.S.M. care va supraveghea respectarea de către solicitant a condițiilor cuprinse în protocolul de studiere a documentelor din arhivă
 - iii. Studiul documentelor poate consta în lecturarea acestora, luarea de notițe sau copierea scrisă de părți din document;

- iv. Este interzisă fotocopierea, prin orice procedeu a documentelor ridicate din arhiva medicală;
 - v. Persoana care ridică documentele din arhiva medicală este responsabilă de integritatea acestora pe perioada cât le are în studiu;
 - vi. Este interzisă scoaterea din spital a documentelor originale luate din arhiva medicală.
 - g) Solicitantul va semna de primirea unității arhivistice/unităților arhivistice solicitate în "Registru de consultare a dosarelor".
 - h) În perioada de timp în care se află în posesia documentelor primite din arhiva medicală personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului va înregistra respectivele documente în propriul registru de evidență a documentelor (această prevedere se trece DOAR dacă angajații spitalului care gestionează documente au registre de evidență a documentelor).
 - i) După studierea documentelor, cu încadrare în perioada aprobată, cercetătorul va restitui gestionarului arhivei medicale documentele medicale, acesta din urmă semnând de restituire în Registrul de evidență a documentelor (această prevedere – inserată după virgulă, se trece DOAR dacă angajații spitalului care gestionează documente au registre de evidență a documentelor)
 - j) Atât la ridicarea cât și la depunerea documentelor medicale constituite în unități arhivistice din/în arhiva medicală, gestionarul arhivei împreună cu persoana care ridică/depune respectivele documente, vor verifica integritatea unităților arhivistice prin numărare filă cu filă.
- (2) Anual, la nivelul Spitalului, directorul medical va organiza evaluări periodice cu privire la cunoștințele și atitudinea personalului medical legate de respectarea normelor etice și legale aplicabile păstrării confidențialității datelor medicale.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de asigurare a accesului și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare sunt următorii:

- a) Numărul anual de cereri aprobate prin care se solicită de către personalul propriu medico-sanitar accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare este în raport direct cu numărul total cereri depuse cu acest subiect, cu respectarea prevederilor legale în vigoare;
- b) Numărul anual de cereri aprobate prin care se solicită de către personalul medico-sanitar din afara Spitalului privind accesul și utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare este în raport direct cu numărul total cereri depuse cu acest subiect, a cu respectarea prevederilor legale în vigoare;
- c) Numărul de unități arhivistice ridicate din arhiva medicală este direct proporțională cu numărul de unități arhivistice care au fost returnate în aceasta în termenul maxim aprobat pentru studiu, în ultimul an calendaristic încheiat;
- d) Numărul de unități arhivistice ridicate din arhiva medicală este în raport direct cu numărul de unități arhivistice care au fost returnate în aceasta fără lipsuri, în ultimul an calendaristic încheiat;
- e) Raportul dintre numărul de evaluări periodice planificate este direct proporțională cu numărul de evaluări periodice efectuate anual cu privire la cunoștințele și atitudinea personalului medical legate de respectarea normelor etice și legale aplicabile păstrării confidențialității datelor medicale;

IX.27. Modul de comunicare între membrii echipelor medicale

Art.1. Reglementarea procesului de comunicare între membrii echipelor medicale are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea transmiterii complete, corecte și în timp util a tuturor informațiilor necesare pentru furnizarea unui serviciu medical de calitate.

- b) Asigurarea că procesul de comunicare interdisciplinară se bazează pe respect și pe competența fiecărui membru al echipei medicale.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - erori apărute în procesul de îngrijire, cauzate de comunicarea defectuoasă în cadrul echipei medicale;
 - nemulțumiri ale pacienților cauzate de comunicarea defectuoasă în cadrul echipei medicale;
 - nemulțumiri ale personalului medical/auxiliar referitoare la comunicarea în cadrul echipei medicale.

Art.2. Comunicarea între membrii echipelor medicale (medic, asistent medical, infirmier, kinetoterapeut, îngrijitor, registrator medical etc.) presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Toți membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului trebuie să fie conștienți de faptul că procesul de comunicare reprezintă un aspect major al practicii medicale în domeniul cum sunt consultare, consiliere, lucru în echipă, sarcini de conducere, educație pentru sănătate și învățământ. Personalul medical trebuie să recunoască, să știe și să practice tehnici adecvate de comunicare cu oamenii aflați în cadrul de îngrijire a sănătății: pacienți, membrii familiei acestora, colegi și alți profesioniști în domeniu. Scopul comunicării medicale implică stabilirea relației terapeutice, înțelegerea perspectivei pacientului, explorarea gândurilor și emoțiilor acestuia și ghidarea acestuia în rezolvarea de probleme. Comunicarea între membrii echipei medicale este esențială pentru o îngrijire optimă centrată pe pacient.
- b) Comunicarea eficientă în echipa medicală interdisciplinară influențează atât funcționarea echipei, cât și calitatea îngrijirii pacientului. Cooperarea și comunicarea eficientă între membrii echipei care tratează și îngrijesc pacientul sunt decisive pentru realizarea unui plan de îngrijire corespunzător și pentru obținerea satisfacției pacientului și familiei, pe de o parte, dar și a medicului și celorlalți membri ai echipei, pe de altă parte. O comunicare eficientă a echipei medicale:
 - i. crește abilitățile de diagnostic și apreciere a prognosticului, precum și planificarea corectă a tratamentului pacientului (comparativ cu profesionistul medical care acționează singur)
 - ii. crește controlul simptomelor
 - iii. scade perioada de spitalizare a pacientului
 - iv. conduce la satisfacția pacientului și familiei acestuia
- c) Factori care fac dificilă comunicarea în echipa medicală:
 - i. Îngrijirea complexă, evoluția imprevizibilă a pacienților,
 - ii. Profesioniști de diferite specialități implicați și care interacționează cu pacientul în diferite momente ale zilei, uneori în locații diferite, fără o interacțiune sincronă
 - iii. Profesioniștii care pot avea o viziune diferită asupra nevoilor de îngrijire
 - iv. Ierarhia din domeniul medical (medici versus alte specialități medicale și nemedicale) duce la inhibiția unor membri ai echipei în prezentarea propriilor viziuni și indicații de îngrijire;
 - v. Diferența în educația profesională, vârsta.
- d) Pentru realizarea unei comunicări eficiente în cadrul echipelor medicale din Spitalului, este necesară respectarea următoarelor reguli principale:
 - i. Procesul de comunicare să se constituie într-o relație de tip participativ
 - ii. Să sprijine și să încurajeze inițiativa personală în limitele competenței
 - iii. Formularea și comunicarea cerințelor să fie efectuată în mod clar și precis, pentru a nu lăsa loc interpretărilor eronate
 - iv. Din partea membrilor echipei cu poziții superioare (medici, asistenți medicali șefi, coordonatori) nu sunt indicate:
 - Comportament dictatorial
 - Controlul excesiv al modului în care sunt îndeplinite sarcinile
 - Criticile excesive

- i. Colaborarea profesională și comunicarea să fie în interesul pacientului
 - ii. Limbajul utilizat pentru comunicare să fie profesionist, concis, la obiect
 - iii. Comunicarea se fie făcută pe un ton amabil, profesional
 - iv. Comunicarea cu medicul de specialitate se face în scris (indicații medicale, tratamente etc.)
 - v. Dacă există divergențe de opinie, acestea nu se discută de față cu pacientul
 - vi. Oricare ar fi tipul de relație, cadru medical-restul echipei medicale, trebuie înțeles că autoritatea nu presupune lipsa politetii, iar amabilitate nu înseamnă slăbiciune.
- e) Pentru o comunicare eficientă este de preferat o comunicare față-în-față, precum și în cadrul întâlnirilor echipei interdisciplinare/ multidisciplinare. În cadrul acestor întâlniri asistenții medicali au rol central, cu nivel înalt de interacțiune atât cu medicii cât și cu alți participanți la furnizarea serviciului medical.
- f) Emiterea verbală sau telefonică a deciziilor și indicațiilor medicale, rezultatelor de laborator etc. trebuie efectuată cu atenție pentru a nu se pierde din informațiile furnizate. În acest caz procesul de comunicare este constituit din patru faze:
- o ASCULTARE – Receptorul ascultă indicația sau rezultatul complet;
 - o SCRIERE – Receptorul scrie informația într-un format propriu, pe care are posibilitatea de a-l recunoaște ușor (gen „Registru de indicații verbale și/sau telefonice pentru îngrijiri medicale”);
 - o CITIREA – Receptorul citește emițătorului informația așa cum a scris-o;
 - o CONFIRMAREA – Emițătorul confirmă că ceea ce este scris și citit de către receptor, este corect.
- g) Personalul medical transferă informații în etape și situații diferite pe parcursul furnizării asistenței medicale. Un pacient poate fi potențial tratat de o serie de medici și diverși alți specialiști. Pacienții se mișcă destul de des între zona de diagnostic, zona de tratament și zona de îngrijire regulată și se pot întâlni cu mai multe ture de personal pe zi. În acest context, breșele în comunicare pot provoca grave întreruperi în continuitatea îngrijirilor, un tratament inadecvat și leziuni sau dauna potențială a pacientului. Din acest motiv comunicarea între unități și între echipele medicale trebuie să includă toată informația esențială și aceasta să fie furnizată într-un limbaj care să nu permită o interpretare incorectă. Limbajul trebuie să fie clar și normalizat, evitând sau clarificând (dacă este necesar) termeni care pot fi ambigui. În acest sens, membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului au obligația de a solicita precizări în situații de incertitudini care privesc procesul de comunicare.
- h) Pentru o bună comunicare, la nivelul Spitalului, informația se transmite formal prin intermediul documentelor medicale ale pacientului (foaie de observație, fișe de evaluare inițială și de evoluție, rezultate ale investigațiilor și consulturilor interdisciplinare, planuri de îngrijiri, rapoarte de predare-primire etc) și utilizând codificări acceptate de domeniu (codificare diagnostice, codificare proceduri medicale/investigații, simboluri și definiții standardizate), de exemplu:
- o Diagnosticale se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
 - o Procedurile documentate se codifică conform Listei codurilor de identificare ale procedurilor de sistem/operationale aferente domeniilor de activitate
 - o Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator.
- i) Este necesar ca membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului să acorde o importanță deosebită procesului de comunicare în momentul transferului informației specifică pacientului de la o echipă de îngrijire la următoarea, de la un furnizor de îngrijire medicală la altul și/sau de la furnizorii de îngrijiri către pacient și familia acestuia, cu scopul de a asigura continuitatea îngrijirilor și siguranța sănătății pacientului. Informația care se partajează constă, în general, în date referitoare la starea actuală a pacientului, schimbări recente ale stării sale, tratamentul în curs și posibilele complicații care pot apare. O bună comunicare în situația transferurilor presupune:

- Transmiterea informației prin utilizarea unei structuri standard concise care să minimizeze confuzia;
 - Acordarea de timp suficient pentru comunicarea informației importante și pentru ca personalul să formuleze și să răspundă întrebărilor fără întrerupere, întotdeauna când este posibil (în procesul de transfer trebuie incluse secvențe de timp pentru repetare și recitare);
 - Asigurarea informației referitoare la starea pacientului, medicamentelor sale, planurilor de tratament, direcțiilor anticipate și oricăror schimbări relevante ale stării sale;
 - Limitarea interschimbului de informații la ceea ce este necesar pentru prestarea unor îngrijiri sigure pacientului
- j) O importanță majoră a modului de comunicare în cadrul echipei medicale trebuie acordată de către membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului pe perioada transferului pacientului, în următoarele situații:
- transferul de la o tură la alta – în acest sens, medicii, asistenții medicali și infirmierele utilizează registre de predare-primire a gărzii/turei
 - transferul intraclinic, între secții sau specialități, transfer pentru investigații paraclinice
 - transferul în alte unități medicale
 - externarea pacientului

În acest sens, în cadrul Spitalului se utilizează documente tipizate care asigură calitatea și corectitudinea informațiilor medicale la transferul pacienților, după cum urmează:

- registre de predare-primire a gărzii în care medicii consemnează elementele de monitorizare și problemele pacienților internați;
 - registre de predare-primire a turei în care asistenții medicali consemnează intervențiile de efectuat, tratamentele etc. și problemele pacienților internați;
 - registre de predare-primire a turei în care infirmierele consemnează intervențiile / activitățile de efectuat și problemele pacienților internați;
 - predarea pacienților din Secția A.T.I. către o secție non-A.T.I se face în baza formularului de "Fișă de predare-primire a pacientului într-o secție non-A.T.P"
 - La transferul pacientului critic la un spital de nivel superior se utilizează "Fișa medicală de transfer interclinic a pacientului critic";
 - La externare se completează bilete de externare și/sau scrisori medicale care se transmit – prin pacienți – medicilor de familie ai acestora
- k) De asemenea, prin grija șefilor de secții medicale, în procesul de comunicare medicală în zonele de activitate critice (blocul operator, serviciul de urgență al spitalului, proceduri anestezice) se dezvoltă permanent liste de verificare și alte documente tipizate, cu rol de a facilita transferul cu acuratețe a informațiilor medicale între membrii echipelor medicale și de monitorizare a schimbului de informații.
- l) Anual, de regulă în luna aprilie, directorul medical evaluează implementarea modului de comunicare interprofesională, întocmind în acest sens o analiză care se constituie ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor, acestea fiind prezentate în ședință a Consiliului medical.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare între membrii echipelor medicale sunt următorii:

- a) Numărul de erori medicale (evenimente adverse) datorate comunicării deficitare în cadrul echipelor medicale în ultimul an calendaristic are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului, în aceeași perioadă de referință
- b) Numărul de reclamații ale pacienților referitoare la modul de comunicare din cadrul echipei medicale are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului, în aceeași perioadă de referință

- c) Numărul de reclamații ale personalului propriu referitor la comunicarea în cadrul echipei medicale, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului, în aceeași perioadă de referință
- d) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de registre de predare-primire a gărzii/turei întocmite la nivelul secțiilor medicale în volum complet de către medici, asistenți medicali și infirmiere, este proporțional egal cu numărul secțiilor medicale din cadrul Spitalului.
- e) Numărul de reclamații cu privire la aspecte de comunicare între profesioniști înaintate consiliului etic, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului.

IX.28. Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor

Art.1. Reglementarea modului de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor are ca principale scopuri:

- a) Asigură diagnosticarea de urgență și luarea cu celeritate a unor măsuri terapeutice / de îngrijire a pacienților internați de către medicii prescriptori;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o erori de conduită terapeutică / de diagnostic și tratament inadecvat al pacienților de către personalul medico-sanitar.

Art.2. Etapele procesului de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Anual, de regulă în primul trimestru, șefii laboratoarelor paraclinice de la nivelul spitalului (analize medicale, radiologie și imagistică medicală, endoscopie) fac propuneri cu privire la rezultatele cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate medicilor curanți. În situația că nu există motive de implementare a unor noi propuneri cu privire la rezultatele cu valori critice ale investigațiilor de laborator, se mențin valorile adoptate pe parcursul anului precedent.
- b) După adoptare de către Consiliul medical, prin grija secretarului Consiliului medical „*Lista cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate*” va fi postată în format pdf. în directorul „*Reguli de activitate profesională / Consiliu medical*”. Totodată, procesul verbal al Consiliului medical se postează prin grija secretarului Consiliului medical în directorul „*Procese verbale / Consiliu medical*”. Postarea acestor documente se comunică personalului în cadrul proximei întruniri a personalului la raportul de gardă săptămânal cu participare lărgită.
- c) Ulterior acestor etape, personalul laboratoarelor paraclinice de la nivelul spitalului au obligația de a comunica telefonic, cât mai urgent posibil, medicului curant/asistentei de tură (care are obligația de a anunța imediat medicul curant), rezultatele cu valori critice ale investigațiilor de laborator care se încadrează în „*Lista cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate*”, pe măsura identificării acestora, pentru fiecare dintre pacienți. Concomitent cu această activitate, personalul laboratoarelor paraclinice vor înscrie fiecare dintre aceste comunicări/anunțuri telefonice în „*Caietul de anunțuri rezultate critice ale analizelor de laborator*”, respectiv „*Caietul de comunicare/alertare a aspectelor (valorilor) critice a investigațiilor de Radiologie și Imagistică medicală/endoscopie*”.
- d) Fiecare dintre medicii curanți cărora li s-a comunicat telefonic un rezultat cu valori critice ale investigațiilor de laborator, are obligația de a înscrie și să parafeze respectivul rezultat în foaia de observație clinică generală a pacientului pentru care s-au efectuat respectivele investigații de laborator și să ia cu această ocazie imediat măsurile necesare în vederea diagnosticării, efectuării tratamentului și/sau îngrijirilor necesare pentru pacientul pentru care s-au comunicat respectivele rezultate, după caz.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor sunt următorii:

- a) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în „FORMULAR NOTIFICARE rezultate critice ale analizelor de laborator” transmise către medicii curanți este în raport direct cu numărul de situații în care s-a impus transmiterea acestora.
- b) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în “Registrul de Radiologie/Registru ecografie alertare a aspectelor (valorilor) critice a investigațiilor de Radiologie și Imagistică medicală” este direct proporțional cu numărul celor efectiv transmise către medicii curanți;
- c) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în „Caietul de anunțuri rezultate critice ale analizelor de laborator” este direct proporțional cu numărul celor a căror conținut se încadrează în valorile din ”Lista cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate”.
- d) În ultimul an calendaristic încheiat, raportul dintre numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigațiilor înscrise în “Registrul de radiologie/ecografie pentru alertarea cu privire la aspectul (valorilor) critice ale investigațiilor de radiologie și Imagistică medicală/ecografie” și numărul celor a căror conținut se încadrează în valorile din ”Lista cu valori critice ale investigațiilor de laborator ce se comunică cu prioritate”, are valoare egală cu 1.

IX.29. Modul de comunicare către aparținători a degradării stării pacientului și accesul aparținătorilor la pacientul aflat în stare terminală și protocolul de comunicare către aparținători în situațiile de deces al pacientului, inclusiv a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului

Art.1. Scopurile acestei reglementări se referă în principal la:

- a) Stabilește conduita de comunicare către aparținătorii în caz de degradare a stării pacientului și regulile de acces a aparținătorilor la pacienții aflați în stare terminală.
- b) Stabilește conduita de comunicare către aparținătorii a iminenței/survenirea decesului, precum și informațiile care se comunică aparținătorilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - necunoașterea stării de sănătate a pacientului de către aparținători;
 - efectuarea de manevre / acte medicale fără acordul aparținătorilor;
 - îngreunarea eliberării actelor necesare în situația decesului.

Art.2. Implementarea prezentei reglementări presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

1. În situația agravării bolii și/sau existența fazei terminale:

- a) Diagnosticul de fază ireversibilă este un diagnostic evolutiv care se stabilește treptat și se bazează pe lipsa de răspuns a bolnavului și chiar pe agravarea bolii în pofida tratamentului administrat. Dacă la acesta se mai adaugă și vârsta foarte înaintată a bolnavului, diagnosticul de fază ireversibilă devine și mai plauzibil. Stabilirea diagnosticului de fază ireversibilă, sau de fază incurabilă, reprezintă o etapă foarte importantă în evoluția unei boli cronice deoarece ea anunță moartea bolnavului. De aceea diagnosticul de fază incurabilă trebuie stabilit cu mare atenție de către medicul curant, acesta se va consulta – după caz - cu mai mulți medici.
- b) Deși – de exemplu, diagnosticul de cancer sau de ciroză, reprezintă întotdeauna vești rele pentru aparținătorii unui pacient, diagnosticul de fază incurabilă este o veste mult mai

rea, deoarece ea presupune decesul într-o perioadă relativ scurtă a bolnavului. **Cu toate acestea medicul curant al pacientului trebuie să comunice acest lucru bolnavului și/sau familiei, recomandând cu această ocazie instituirea tratamentului paliativ, după caz, aspect pe care-l va consemna în F.O.C.G..** Pentru a comunica diagnosticul de fază incurabilă, medicul curant trebuie să stabilească mai întâi dacă bolnavul ar dori să știe acest lucru și dacă este pregătit să îl afle. În acest sens, medicul curant va aplica întocmai prevederile pct. "IX.38. *Situații în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate*" din prezentul Regulament. În cazul în care bolnavul ar dori să știe adevărul despre boala sa, medicul curant trebuie să-i comunice bolnavului acest lucru cu mult tact. În comunicarea către pacient și familie a diagnosticului de fază terminală, medicul curant este necesar să țină seama de următoarele reguli:

- i. Să caute timpul și locul potrivit;
 - ii. Să respecte sensibilitatea bolnavului;
 - iii. Să folosească expresii potrivite nivelului de înțelegere a bolnavului și /sau a familiei acestuia;
 - iv. Să dea dovada de atașament și de compasiune;
 - v. Să răspundă la întrebările bolnavului și /sau a familiei acestuia;
 - vi. Să nu excludă orice speranță a bolnavului și /sau a familiei acestuia;
 - vii. Să stabilească obiective realiste;
 - viii. Să-l asigure pe bolnav și /sau pe familia acestuia că va face tot ce este posibil și că va ține seama de părerile bolnavului.
- c) Deoarece îmbolnăvirea unui membru al familiei reprezintă un stres foarte mare pentru aparținători, iar decesul unui membru al familiei reprezintă un stres cu mult mai mare, medicul curant trebuie să acorde importanța cuvenită și susținerii psihologice a familiei. În acest sens, medicul curant trebuie să informeze corect familia și să o pregătească pentru ce are de făcut, putând în acest context implica psihologii încadrați în cadrul Spitalului. Comunicarea deschisă, onestă, echilibrată cu familia reprezintă cheia reducerii / eliminării unui eventual conflict familie/medici și facilitează o tranziție ușoară către terapia paliativă a pacientului, către o atmosferă de calm, resemnare, înțelegere a stării de terminare a vieții în condiții de confort, calm, pace sufletească.
- d) Pentru pacienții aflați în stare terminală, Spitalul asigură, cu acordul pacientului, accesul familiei acestuia la pacient sau a aparținătorilor desemnați de către acesta. La cererea pacientului și/sau familiei acestuia, Spitalul poate asigura în cadrul structurii medicale în care este internat pacientul sau în alt spațiu special destinat, funcție de posibilitățile concrete existente la data formulării respectivei cereri, un salon cu 2 paturi în care alături de pacient poate fi cazat un membru al familiei acestuia sau un aparținător desemnat al pacientului. Pe timpul cazării membrului de familie / aparținătorului desemnat al pacientului acestuia i se poate asigura la cerere și hrănirea, costul/zi de cazare și hrănire fiind cele stabilite de către Comitetul director.
- e) Dacă pacientul/familia acestuia dorește externarea, medicul curant va consemna acest aspect în documentele medicale, cu obligația transportului cu autosanitară.
- f) Toate discuțiile, informarea familiei, deciziile legate de întreruperea/îndepărtarea unei modalități terapeutice, cât și neinsituirea alteia noi, vor trebui riguros justificate / documentate / înregistrate în F.O.C.G., dovedind astfel transparența actului medical. De asemenea, familia va semna în documentul medical decizia sa, informată, de a fi de acord/ a înțelege deciziile luate ca fiind în beneficiul deplin al pacientului.
2. În situația survenirii decesului se aplică următorul protocol de comunicare:
- a) Anunțarea aparținătorilor sau a reprezentantului legal despre survenirea decesului se face după 2 ore de la constatarea acestuia de către medicul curant în timpul programului de lucru al spitalului sau de către medicul de gardă în afara programului de lucru al spitalului și în absența medicului curant. Se va menționa în F.O.C.G. data și ora contactării aparținătorilor. **În acest sens, în mod obligatoriu la internare în toate F.O.C.G. se vor înscrie la biroul internări UPU S.J.U.D.T.S datele de contact ale aparținătorilor.** Medicul curant care face oficiul de a anunța aparținătorii despre decesul

pacientului va trebui să fie pregătit să aloce timpul necesar ca să răspundă unor eventuale întrebări ale aparținătorilor legate de: evoluția bolii, tratamentele aplicate pacientului înainte de deces, motivele decesului, felul în care a decurs decesul, astfel încât aparținătorii să fie convingeți că s-a făcut tot posibilul pentru a menține în viață pacientul.

- b) În situația în care există pacienți la care nu s-au identificat aparținători, va fi implicat Asistentul social de la nivelul Spitalului. Dacă, într-un interval de 10 zile de la survenirea decesului, nu se prezintă aparținătorii, decedatul va fi considerat caz social.
- c) Vor fi anunțate de către medicul curant în colaborare cu medicul anatomo-patolog la I.P.J. MH, la Serviciul de Medicină Legală precum și, în timp util, purtătorul de cuvânt al spitalului, următoarele tipuri de decese:
 - i. decesele survenite sub 24 ore de la internare, excepție cazuri cronice cu diagnostic,
 - ii. cazurile când există suspiciuni cu implicații medico-legale prevăzute de lege,
 - iii. cazul decedaților neidentificați,
 - iv. cazul cetățenilor străini decedați în spital.

3. Comunicarea către aparținători a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului presupune, funcție de situația concretă în care a survenit decesul pacientului, transmiterea următoarelor aspecte:

- a) Termenul limită în care aceștia se pot prezenta la spital în vederea încheierii formalităților de externare a decedatului;
- b) Se va comunica aparținătorilor, după caz, situația în care există motive medico-legale de efectuare a autopsiei și termenul limită în care aceștia se pot prezenta pentru a ridica trupul decedatului;
- c) În situația în care nu există motive medico-legale de efectuare a autopsiei și aparținătorii nu solicită efectuarea autopsiei (nu contestă diagnosticul și nici tratamentul medical aplicat) se va comunica posibilitatea ca un aparținător să completeze pe proprie răspundere (de preferință în termen de maxim de 24 de ore de la survenirea decesului) o cerere tipizată prin care se solicită scutire de efectuare a autopsiei.
- d) Se va comunica faptul că respectiva cerere este necesar să fie avizată favorabil de către medicul curant, medicul șef de secție în care a fost internat pacientul, medicul anatomo-patolog și directorului medical. Ulterior aparținătorii vor primi de la medicul curant / gardă din secția / compartimentul unde a decedat pacientul „*Certificatul constatator al decesului*” (fiind necesar în acest sens actul de identitate al persoanei decedate), după ce semnează în cotorul carnetului cu certificate și permisiunea de a ridica trupul decedatului de la camera mortuară.
- e) Aparținătorilor li se predau: cadavrul decedatului, un exemplar din „*Certificatul constatator al decesului*”, obiectele prețioase ce au aparținut persoanei decedate, efectele cu care a venit pacientul aflate în păstrarea spitalului.
- f) La solicitarea aparținătorilor se comunică faptul că înregistrarea decesului intervine după finalizarea procedurilor din spital și reprezintă înregistrarea propriu-zisă a decesului și obținerea „*Certificatul constatator al decesului*” și a „*Adeverinței de înhumare*” de la ofițerul stării civile din SPCLEP sau primăria pe a cărei rază s-a produs decesul.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a. Numărul de sugestii și/sau reclamații din partea aparținătorilor / personalului, determinate de comunicarea deficitară pe timpul agravării bolii/în stare terminală, în perioada evaluată, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în paliativ;
- b. Numărul de sugestii și/sau reclamații din partea aparținătorilor / personalului, determinate de comunicarea deficitară în momentul anunțării decesului raportat la numărul de decedați, în perioada evaluată, are valoare maximă admisă de 2% din totalul pacienților decedați;
- c. Numărul de sugestii și/sau reclamații din partea aparținătorilor / personalului, determinate de comunicarea deficitară referitoare la informațiile primite ulterior decesului, raportat la numărul de decedați, în perioada evaluată, are valoare maximă admisă de 2% din totalul pacienților decedați;

- d. Raportul dintre numărul de evenimente mass-media cu impact negativ asupra spitalului, datorate modului de comunicare defectuos pe timpul agravării bolii pacienților și/sau după survenirea decesului acestora, în perioada evaluată și numărul numărul total de evenimente mass-media, are valoare maxim admisă de 1;
- e. Raportul dintre numărul de propuneri de revizuire/reeditare din partea personalului a reglementării cu privire la modul de comunicare către aparținători a degradării stării pacientului și accesul aparținătorilor la pacientul aflat în stare terminală și protocolul de comunicare către aparținători în situațiile de deces al pacientului, inclusiv a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului înregistrate în perioada analizată și numărul de situații în care se impune acest lucru, are valoare maxim admisă de 1;

IX.30. Modul de comunicare cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic

Art.1. Comunicarea cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic reprezintă un proces extrem de complex care are ca principale scopuri:

- a) Atingerea unor obiective importante cum ar fi diagnosticul clinic și tratamentul pacientului oncologic, aspect care presupune:
 - stabilirea raportului de încredere între medic și pacient;
 - colectarea de informații de la pacient și familia pacientului;
 - transmiterea veștilor proaste și a altor informații cu privire la boală;
 - abordarea emoțiilor pacientului.
- b) O comunicare eficientă medic-pacient/ reprezentant legal, care în asemenea situații conduce la:
 - creșterea gradului de satisfacție a pacientului/reprezentantului;
 - ameliorează complianța la tratament;
 - crește sentimentul de control și capacitatea de a tolera durerea, reduce anxietatea;
 - contribuie la recuperarea stării generale;
 - se facilitează angajamentele în studiile clinice;
 - are loc o trecere mai ușoară de la tratamentul curativ la cel paliativ;
 - generează stare de securitate și siguranță;
 - există premise privind micșorarea duratei de spitalizare, respectiv a costului tratamentului;
 - scade stresul și sindromul burnout caracteristic profesiei de oncolog.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - Reacții de frustrare, frică, durere, furie ale pacienților;
 - Negarea diagnosticului;
 - Consecințe asupra conduitei ulterioare a pacientului (depresie, neurmarea tratamentului adecvat).

Art.2. Anexa nr. 7 din prezentul Regulament prezintă un scurt ghid privind comunicarea cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic.

Art.3. Principalul indicator de eficiență a procesului de comunicare cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic îl reprezintă:

- 1. Numărul de reclamații primite în ultimul an calendaristic încheiat care au ca subiect comunicarea defectuoasă cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic, are valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților aflați în situații de diagnostic oncologic;

IX.31. Modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați

Art.1. Reglementarea modalității de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea de servicii medicale complete pacienților prin implicarea acestora în toate etapele de diagnostic, tratament și îngrijire;
- b) Transformarea procesului de comunicare dintre personalul medical și pacient / familia acestuia, dintr-un proces formal în sens unic – medic pacient, într-un dialog constructiv și participativ, care să responsabilizeze ambele pentru reușita actului medical;
- c) Educarea pacientului și a familiei sale pentru a putea lua decizii informate referitoare la procesul de îngrijiri;
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o imposibilitatea/greutatea comunicării cu pacientul.
 - o reclamații ale pacienților cauzate de neacordarea unor servicii medicale specifice patologiei.

Art.2. Etapele procesului de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În momentul prezentării pentru internare a pacientului cu dizabilități (deficiențe de auz) medicul curant al acestuia va recomanda membrului de familie/apartinătorului care însoțește respectivul pacient să se interneze împreună cu acesta. Această conduită se are în vedere a se adopta în contextul în care se pleacă de la premisa că membrul de familie/apartinătorul care însoțește pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) are capacitatea de a comunica mimico-gestual cu respectivul pacient mult mai eficient decât personalul medico-sanitar implicat în diagnosticarea și tratamentul/acordarea îngrijirilor medicale.
- b) În situația acceptării acestei propuneri, întreg personalul medico-sanitar implicat în diagnosticarea și tratamentul/acordarea îngrijirilor pentru pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz), va implica în fiecare dintre etapele procesului de comunicare cu respectivul pacient membrii familiei/apartinătorii acestuia, astfel încât să se poată lua decizii informate referitoare la procesul de îngrijiri iar actul medical să se concretizeze într-o reușită.
- c) La cererea pacientului și/sau familiei acestuia, Spitalului poate asigura în cadrul structurii medicale în care este internat pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) sau în alt spațiu special destinat, funcție de posibilitățile concrete existente la data formulării respectivei cereri, un salon cu 2 paturi în care alături de pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) poate fi cazat un membru al familiei acestuia sau un aparținător desemnat al pacientului. Pe timpul cazării membrului de familie / aparținătorului desemnat al pacientului cu dizabilități (deficiențe de auz) acestuia i se poate asigura la cerere și hrănirea, costul/zi de cazare și hrănire fiind cele stabilite de către Comitetul director.
- d) În situația în care familia/apartinătorii pacientului cu dizabilități (deficiențe de auz) nu doresc să asiste pacientul cu dizabilități (deficiențe de auz) pe timpul internării acestuia, medicul curant al acestuia va apela la interpretul/interpreții autorizați în limbajul mimico-gestual specific persoanelor cu deficiențe de auz cu care spitalul are încheiate contracte/convenții de colaborare sau, comunicarea se va face în scris, prin intermediul SMS/mijloace tehnice electronice (ex. e-mail, etc).
- e) Comunicarea cu aparținătorii pacientului cu dizabilități (deficiențe de auz) pe timpul internării acestuia se va realiza cu respectarea prevederilor art.2 lit. d) subpct. vi – xi de la pct. ”IX.14. *Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul*” din prezentul Regulament.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul de pacienți cu dizabilități (deficiențe de auz) internați și numărul celor pentru care au fost asigurate, în ultimul an calendaristic încheiat, servicii de comunicare în limbajul mimico-gestual, are valoare egală cu 1.
- b) Numărul de reclamații ale pacienților cu dizabilități (deficiențe de auz) internați sau ale familiilor/apartinătorilor acestora datorate neasigurării de servicii ale unor interpreți autorizați în limbajul mimico-gestual specific, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților cu dizabilități (deficiențe de auz) internați. "
- c) Raportul dintre numărul de pacienți cu dizabilități (deficiențe de auz) internați în ultimul an calendaristic încheiat și numărul celor pentru a căror membri de familie/apartinători s-a asigurat la cerere cazare și hrănire contra cost, are valoare egală cu 1 (dacă există, se vor utiliza paturile pentru aparținători, conform avizului M.S.).

IX.32. Deplasarea pacienților la nivelul spitalului

Art.1. Reglementarea procesului de deplasare a pacienților în spital are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea de condiții de siguranță și confort în timpul deplasării pacienților la nivelul spitalului, cu respectarea circuitelor;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o accidente de orice natură în care sunt implicații pacienții;
 - o reclamații ale pacienților cu privire la modul de deplasare/transport la nivelul spitalului
 - o pierderea/deteriorarea documentelor medicale care însoțesc pacienții care se deplasează la consulturi interdisciplinare și investigații.

Art.2. (1) Etapele procesului de deplasare a pacienților în cadrul Spitalului presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul Spitalului toți pacienții care se deplasează în interiorul acestuia la consulturi interdisciplinare și/sau investigații sunt însoțiți în mod obligatoriu de personal medico-sanitar.
- b) În acest sens medicii șefi/coordonatori de structuri medicale nominalizează personalul medico-sanitar cu responsabilități de însoțire a pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații. Acesta din urmă are obligația de a cunoaște principalele circuite ale spitalului (îndeosebi circuitul hranei, circuitul lenjeriei, circuitul deșeurilor etc.) astfel încât pe timpul însoțirii pacienților la consulturi interdisciplinare și/sau investigații să evite traseele care pot pune în contact pacienții cu diverse surse de I.A.A.M. sau care pot contamina hrana servită în cadrul spitalului.
- c) Modul de deplasare la consulturi interdisciplinare și/sau investigații a pacienților depinde de starea de sănătate și de gradul de autonomie a fiecărui pacient în parte, existând o serie de particularități care privesc această activitate, în raport cu următoarele categorii de pacienți:
 - i. Pacient autonom;
 - ii. Pacient neautonom:
 - Non-grav;
 - Grav/dependent.
- d) Deplasarea pacientului la consulturi interdisciplinare și investigații se face la ora programată în acest sens după ce în prealabil se verifică de către medicii curanți menținerea programării (îndeosebi atunci când programarea a fost făcută cu mai multe zile în urmă) astfel încât să se evite formarea de cozi/aglomerări la medicii care realizează consulturile interdisciplinare sau în spațiile de așteptare pentru diferite investigații.
- e) După ce se confirmă ora programării pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații, medicii curanți înmânează personalului desemnat ca însoțitor

F.O.C.G./F.S.Z. completat al pacientului (cel puțin rubricile privitoare la antecedente personale și heredocolaterale, terapii curente, anamneză, examen clinic pe aparate și sisteme, evoluție pe durata internării, tratament pe durata internării înaintea consultului interdisciplinar). Pe timpul deplasării pacienților în cadrul spitalului, documentele medicale se păstrează în permanență asupra personalului însoțitor al pacienților, acesta fiind direct răspunzător de integritatea respectivelor documente.

- f) În situația pacienților autonomi, funcție de starea lor, aceștia se vor deplasa însoțiți la consulturi interdisciplinare și investigații singuri (mers autonom) sau în cărucioare/fotolii rulante (în mod obligatoriu pacienții vârstnici, pacienți autonomi cu interdicție de a se deplasa). Pe timpul deplasării prin spital pacienții vor fi echipați în ținuta de spital, cu halat, fiind protejați în mod corespunzător temperaturilor mediului extern. Însoțitorii desemnați au obligația de a supraveghea pe tot parcursul deplasării la și de la consulturi interdisciplinare și investigații împotriva căderilor sau a oricăror tipuri de accidentări. După efectuarea consulturilor interdisciplinare și/sau a investigațiilor, la înapoierea în structura medicală în care este internat pacientul, personalul însoțitor anunță medicul curant/medicul de gardă despre întoarcerea pacientului, îi înmânează acestuia documentele medicale ale pacientului și conduce pacientul în salon unde îl instalează în pat într-o poziție cât mai confortabilă pentru pacient.
- g) În cazul pacientului neautonom non-grav, acesta va fi transportat de către personalul desemnat ca însoțitor la consulturi interdisciplinare și/sau investigații cu fotoliu/cărucior rulant, luându-se măsuri adecvate, după caz, împotriva căderii sau alunecării pacientului de pe respectivul mijloc de transport. Pe timpul deplasării prin spital respectivii pacienți vor fi echipați în ținuta de spital, cu halat, fiind protejați în mod corespunzător temperaturilor mediului extern, la nevoie aceștia fiind acoperiți și cu o pătură. După efectuarea consulturilor interdisciplinare și/sau a investigațiilor, la înapoierea în structura medicală în care este internat pacientul, personalul însoțitor anunță medicul curant/medicul de gardă despre întoarcerea pacientului, îi înmânează acestuia documentele medicale ale pacientului și conduce pacientul în salon unde îl instalează în pat într-o poziție cât mai confortabilă pentru pacient.
- h) Transportul pacienților de diferite categorii între locațiile spitalului, se realizează după aceleași reguli mai sus menționate, utilizând o ambulanță.
- i) Responsabilitatea stabilirii modului de transport în interiorul spitalului a pacientului neautonom grav/dependent revine în mod exclusiv medicului curant al respectivului pacient. După caz, pacientul neautonom grav/dependent, va fi transportat de către personalul desemnat ca însoțitor la consulturi interdisciplinare și/sau investigații cu targă de transport, luându-se măsuri adecvate, după caz, împotriva căderii sau alunecării pacientului de pe targă. Funcție de starea de sănătate a pacientului neautonom grav/dependent, pe timpul deplasării acesta va fi însoțit inclusiv de un medic care va asista pacientul, iar pentru transport se poate utiliza targă cu suport lateral și chingi de siguranță sau brancard cu suport lateral rabatabil, butelie oxigen, ventilator transport, monitor de transport, suport pentru perfuzii, seringi automate, pompe de perfuzie, acestea fiind utilizate în caz de nevoie la recomandarea și sub supravegherea medicului care însoțește pacientul. Pe timpul deplasării prin spital respectivii pacienți vor fi echipați în ținuta de spital, cu halat, fiind protejați în mod corespunzător temperaturilor mediului extern, la nevoie aceștia fiind acoperiți și cu o pătură. După efectuarea consulturilor interdisciplinare și/sau a investigațiilor, la înapoierea în structura medicală în care este internat pacientul, personalul însoțitor anunță medicul curant/medicul de gardă despre întoarcerea pacientului, îi înmânează acestuia documentele medicale ale pacientului și conduce pacientul în salon unde îl instalează în pat într-o poziție cât mai confortabilă pentru pacient.
- j) Deplasarea pacienților înspre/dinspre blocul operator se reglementează în mod distinct la nivelul Spitalului. În acest sens, la nivelul blocului operator se asigură mijloace proprii de transport al pacienților, utilizate exclusiv intern.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de deplasare a pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații sunt următorii:

- a) Numărul de evenimente adverse asociate asistenței medicale cauzate de lipsa măsurilor de siguranță luate de către personalul desemnat ca însoțitor pe timpul deplasării pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă = 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
- b) Numărul de situații în care s-au pierdut/deteriorat documente medicale pe timpul deplasării pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă = 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
- c) Numărul de reclamații ale pacienților în legătură cu modul defectuos de deplasare/transport la nivelul spitalului, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă = 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

IX.33. Modul de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor

Art.1. Reglementarea modului de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor are ca principale scopuri:

- a) Sprijină sistemul de programare a pacienților astfel încât acesta să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență;
- b) Asigură preluarea în îngrijire a pacienților astfel încât să fie facilitat accesul la serviciile de sănătate conform nevoilor acestora;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - transmiterea unor afecțiuni către alți pacienți
 - contactarea unor alte boli contagioase.

Art.2. Desfășurarea procesului de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) La nivelul secțiilor se stabilește lunar un număr minim de paturi destinat internării urgențelor calculat ca medie a internărilor zilnice în regim de urgență pe o perioadă de cel puțin 6 luni (în baza informațiilor statistice comunicate lunar), astfel încât la nivelul spitalului să se asigure un procent de 5-10% din numărul total de paturi ale spitalului.
- b) Zilnic, asistentele șefe din cadrul secțiilor medicale comunică serviciului de urgență al spitalului, în baza evidenței proprii, numărul acestor paturi. Lista paturilor libere care se asigură pentru internarea în regim de urgență a pacienților proveniți din serviciul de urgență al spitalului se predă conducerii serviciului de urgență al spitalului, zilnic, inclusiv în zilele de sâmbătă și duminică, precum și de sărbători legale, până cel târziu la ora 12,00. Respectiva listă include și paturile de terapie intensivă cu capacitate de ventilație. Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare responsabilitatea asigurării paturilor libere revine șefilor de secție.
- c) În afara evidenței menționate la lit. b), la nivelul fiecărei secții (mai puțin Secția A.T.I.) se mai ține de către persoanele desemnate de către șefii de secție o evidență a zilnică a paturilor disponibile pentru pacienții programabili, care se calculează, de regulă, ca diferența dintre numărul total de paturi existent în secție din care se scade numărul de paturi ocupate de pacienții internați însumat cu numărul minim de paturi destinat internării urgențelor calculat potrivit precizărilor de la lit. a).
- d) În situația în care numărul pacienților programabili sau a celor care se prezintă fără programare pentru internare depășește numărul de paturi din evidența menționată la lit. c) utilizarea paturilor se desfășoară în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor tratate din secțiile/compartimentele medicale. Acest lucru se

realizează prin colaborarea șefilor de secții și a asistentelor medicale șefe (mai puțin din Secția A.T.I.) care, pot ceda temporar paturi de la o/un secție/compartiment la alta/altul pentru utilizarea acestora funcție de nevoile imediate și ținând cont de compatibilitățile patologiilor.

- e) De regulă, în realizarea activității menționate la lit. d), se va încerca ca cedarea temporară a paturilor să se realizeze la nivelul aceluiași salon, astfel încât secțiile/compartimentele să cedeze temporar unei alte secții/compartiment câte unul/două saloane întregi cu toate paturile aferente, evitându-se ca în cadrul aceluiași salon să fie internați pacienții unor secții/compartimente cu patologii diferite. Cedarea între secții/compartimente de saloane cu paturi sau doar a unor paturi din cadrul saloanelor, se va face ținând cont de compatibilitățile patologiilor, aplicându-se în acest sens prevederile Anexei 1 la *O.M.S. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gărzilor în unitățile publice din sectorul sanitar* care stabilește specialitățile medicale și specialitățile înrudite în care se pot efectua gărzi în funcție de competența profesională. Acest sistem permite în acest context ca inclusiv medicii din linia de gardă a unei secții care a împrumutat temporar altei secții sau altui compartiment saloane sau paturi din saloane, să poată asigura asistență medicală de specialitate pacienților care ocupă respectivele paturi.
- f) În situația în care secțiile de specialitate ale spitalului nu pot asigura numărul de paturi libere prevăzut la lit. a), se reconsideră de către șefii de secții de specialitate programul de internare al pacienților planificați conform evidenței de la lit. c).
- g) În cazul în care Secția A.T.I. nu poate asigura numărul de paturi libere pentru internarea în regim de urgență a pacienților proveniți din serviciul de urgență al spitalului, directorul medical împreună cu șefii secțiilor chirurgicale va lua în considerare replanificarea operațiilor electivă pentru care au fost rezervate paturi în aceste secții; Secția A.T.I. are obligația de a prelua în mod prioritar pacienții ventilați aflați în urgență.
- h) Pentru situația în care se anticipează că transferul de paturi între compartimente/secții este necesar să fie realizat pe o perioadă mai îndelungată de timp (durată mai mare de o lună calendaristică), în mod obligatoriu se va solicita și aprobarea D.S.P. pentru emiterea de către acesta a unei autorizații sanitare de funcționare în acest sens.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor sunt următorii:

- a) Zilnic se destină, pe parcursul întregului an calendaristic, un procent de 5-10% din numărul total de paturi ale spitalului pentru internarea urgențelor calculat în funcție de rata medie lunară a acestora.
- b) Numărul de situații în care, pe parcursul unui an calendaristic, s-a procedat la cedarea între secții/compartimente de saloane cu paturi sau doar a unor paturi din cadrul saloanelor, ținându-se cont de compatibilitățile patologiilor este direct proporțional cu numărul de situații în care s-a impus acest lucru;
- c) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor referitoare la imposibilitatea internării în spital din lipsă de paturi, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maxim admisă de 0(zero), în măsura în care, la data reclamației, gradul de ocupare a paturilor nu este de 100%.

IX.34. Modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament

Art.1. Reglementarea procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament are ca principale scopuri:

- a) Identificarea cauzelor și măsurilor necesare a fi luate în situația unor abateri involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, necunoaștere etc. de la aplicarea de către personalul medico-sanitar a unor protocoale de diagnostic și tratament.

- b) Identificarea cauzelor și măsurilor necesare a fi luate în situația unor abateri voluntare nejustificate medical generate de indisciplină, rea voință etc. de la aplicarea de către personalul medico-sanitar a unor protocoale de diagnostic și tratament.
- c) Conștientizarea personalului medico-sanitar în ceea ce privește necesitatea ca protocoalele de diagnostic și tratament să fie utilizate la nevoie individualizat, conform particularităților cazului;
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - afectarea siguranței pacientului
 - producerea de erori (voluntare / involuntare)
 - agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art.2. Etapele procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Semestrial, prin grija șefilor de structuri medicale, la nivelul fiecărei secții medicale și a serviciului de urgență al spitalului, se întocmesc analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic și tratament proprii fiecărei structuri medicale.
- b) În cadrul analizelor menționate la litera a) se vor identifica:
 - i. Abaterile involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, neștiință etc.;
 - ii. Abaterile voluntare nejustificate medical generate de indisciplină, rea voință etc.;
 - iii. Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului;
 - iv. Abateri voluntare justificate de alte criterii (reglementări juridice; nivel de competență, grade academice universitare; eventuale studii clinice derulate în spital, aprobate de către Comisiile de Etică, care permit abaterea de la protocol).
- c) În cadrul analizelor, pentru fiecare dintre abaterile involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, necunoaștere etc. cât și pentru fiecare dintre abaterile voluntare nejustificate medical generate de indisciplină, rea voință etc. se vor identifica în mod punctual cauzele și vor fi propuse măsuri de remediere, după caz
- d) Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului cât și în baza altor criterii vor fi susținute în cadrul analizelor efectuate de către judecata clinică, cunoștințele și experiența deținută de clinicienii care au decis abaterea de la protocolul dezvoltat. Abaterile de la prevederile protocolului dezvoltat se vor documenta și se vor argumenta, ținând cont de circumstanțele individuale ale fiecărui bolnav, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a practicianului. Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului pot fi legate de:
 - i. Vârste extreme;
 - ii. Sex;
 - iii. Comorbidități;
 - iv. Complicații;
 - v. Comportamente alimentare, sociale, profesionale, culturale, religioase etc.;
 - vi. Atitudinea față de boală a pacientului etc.
- e) Analizele menționate la lit. a) se vor constitui în anexe la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor, care va fi înaintat de către șefii de structuri medicale Consiliului medical.
- f) Pentru a documenta cât mai exact analizele abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament, șefii structurilor medicale pot decide ca respectivele abateri să fie înscrise în F.O.C.G.-urile pacienților în situația cărora au fost aplicate protocoale medicale care fac obiectul analizelor semestriale.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul abaterilor involuntare generate de suprasolicitare, neatenție, necunoaștere etc. și numărul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic încheiat are valoare de maxim 5% din total abateri de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală;

- b) Numărul abaterilor voluntare nejustificate medical generate de indisciplină, rea voință etc. din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic încheiat, reprezintă maxim 1% din total abateri de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală.
- c) Numărul abaterilor voluntare justificate medical prin particularitățile cazului din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic încheiat, reprezintă maxim 90% din total abateri de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală;
- d) Numărul abaterilor voluntare justificate de alte criterii din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic încheiat, reprezintă maxim 4% din total abateri de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală;

IX.35. Modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric

Art.1. Reglementarea procesului de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric are ca principale scopuri:

- a) Se asigură abordarea integrată a pacientului ca o uzanță a practicii medicale desfășurată în cadrul Spitalului;
- b) Se asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă și personalizată pentru fiecare pacient în parte;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - rănirea pacientului /pacienților sau a personalului medical;
 - agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art.2. (1) Procesul de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului, medicul curant are obligația să analizeze dacă este necesar un consult interdisciplinar/consult psihiatric imediat (în timpul internării curente) sau dacă acesta se va recomanda pacientului la externare o evaluare mai complexă în afara episodului curent de internare.
- b) Consulturile interdisciplinare imediate, inclusiv consulturile psihiatrice se vor solicita de către medicul curant doar în cazurile în care sunt necesare pentru stabilirea schemei terapeutice a pacientului în momentul actual sau atunci când diagnosticul prezumtiv intuit de medicul curant poate influența prognosticul actualului episod de boală.
- c) În situația în care patologia asociată a pacientului nu influențează nici terapeutic, nici prognostic episodul actual de boală, pacientului i se va recomanda la externare de către medicul curant completarea investigațiilor în rețeaua ambulatorie.
- d) Decizia de a considera că un consult interdisciplinar, inclusiv consultul psihiatric, este necesar, aparține integral medicului curant. Pacientul nu are dreptul să solicite consulturi interdisciplinare. Internarea pentru un episod actual de boală presupune evaluarea pacientului în ceea ce privește această patologie și nu implică consulturi interdisciplinare fără legătură.
- e) În situația în care medicul curant consideră că este necesară solicitarea consultului interdisciplinar, inclusiv a consultului psihiatric, va lua legătura cu secția/medicul de specialitate și va programa pacientul la consultul interdisciplinar. Solicitarea de consult interdisciplinar înscrisă în F.O.C.G./F.S.Z. se va data, semna și parafa de către medicul curant.
- f) Consultațiile interdisciplinare, inclusiv consulturile psihiatrice, se acordă la recomandarea medicului curant, aprobată de medicul șef de secție, medicul coordonator al compartimentului medical sau, după caz, a directorului medical.

- g) Responsabili de asigurarea consultațiilor interdisciplinare sunt, de regulă, medicii care în ziua respectivă urmează să efectueze garda. În situația că este necesar un consult psihiatric, responsabil cu acordarea acestuia este medicul psihiatru din cadrul Spitalului care va acorda aceste consulturi, de regulă, în cadrul programului său de lucru. În afara programului de lucru a medicului psihiatru încadrat în cadrul Spitalului, pentru consulturile psihiatrice considerate a fi asigurate în regim de urgență maxima, după caz, medicul de gardă poate solicita prezentarea de acasă a medicului psihiatru (caz în care acestuia i se va acorda recuperarea timpului necesar acordării respectivului consult).
- h) Refuzul medicilor de a respecta programul de lucru, de a acorda consultații interdisciplinare și de a respecta graficele de gardi întocmite lunar de conducerea secțiilor, serviciilor medicale, laboratoarelor și a compartimentelor și aprobate de conducerea spitalului sanitare, conform contractului individual de muncă de la norma de bază și contractului individual de muncă cu timp parțial, constituie abatere disciplinară.
- i) Anterior de efectuarea consultului interdisciplinar intern/extern, inclusiv a consultului psihiatric, medicul curant are obligația să completeze în F.O.C.G./F.S.Z. cel puțin rubricile privitoare la antecedente personale și heredocolaterale, terapii curente, anamneză, examen clinic pe aparate și sisteme, evoluție pe durata internării, tratament pe durata internării înaintea consultului interdisciplinar. În condițiile în care la momentul consultului interdisciplinar datele menționate nu sunt prezente în F.O.C.G./F.S.Z. iar situația medicală nu reprezintă o urgență, pacientul va fi reprogramat pentru consult interdisciplinar la o dată ulterioară în vederea evitării unor posibile erori medicale prin lipsa informațiilor medicale complete.
- j) În funcție de starea de sănătate și diagnosticele asociate ale pacientului, acesta se va deplasa la consultul intersecției pe jos, cu căruciorul sau pe targă, obligatoriu însoțit de personal medico-sanitar din secția în care este internat, atât la dus cât și la înapoiere. Pacientul se va deplasa îmbrăcat în ținuta de spital, cu halat și va fi însoțit de F.O.C.G./F.S.Z. Pentru pacienții nedepasabili, în condițiile în care consultul interdisciplinar nu necesită echipamente medicale speciale, medicul curant va solicita consultul la patul bolnavului. În această situație medicul curant va lua legătura cu medicul solicitat la consult și va justifica respectiva cerere.
- k) Medicul care acordă consultul interdisciplinar intern/extern, precum și consultul psihiatric, va consemna atât în F.O.C.G./F.S.Z. al pacientului trimis spre consult interdisciplinar cât și în Registrul de consultații interdisciplinare data și ora consultului, constatările sale, recomandările de investigație și/sau terapeutice și necesitatea unei eventuale reevaluări ulterioare semnând și parafând. În situația în care se constată de către medicul care acordă consultul interdisciplinar că F.O.C.G./F.S.Z. este necompletată cu datele necesare efectuării consultului iar starea pacientului nu reprezintă o urgență, acesta poate refuza acordarea consultului motivând atât în F.O.C.G./F.S.Z. al pacientului trimis spre consult interdisciplinar cât și în Registrul de consultații interdisciplinare motivul refuzului și va transmite medicului curant data noii programări, urmând ca acesta din urmă să remedieze situația semnalată. Dacă situația pacientului reprezintă o urgență, medicul care asigură consultul interdisciplinar/consultul psihiatric va consemna în F.O.C.G./F.S.Z. al pacientului trimis spre consult interdisciplinar cât și în Registrul de consultații interdisciplinare datele constatate și propunerile sale de diagnostic, investigații și tratament, cu mențiunea că este integral responsabilitatea medicului curant să integreze aceste informații în managementul cazului și să ia decizia medicală corespunzătoare.
- l) După terminarea consultului interdisciplinar intern/extern, inclusiv a consultului psihiatric, medicul care a asigurat respectivul consult înmânează F.O.C.G./F.S.Z. al pacientului trimis spre consult interdisciplinar personalului medico-sanitar care a însoțit pacientul, acesta fiind însoțit înapoi pe secție pe care se află internat. F.O.C.G./F.S.Z. al pacientului consultat interdisciplinar va fi înmânat pe secție medicului curant, acesta având responsabilitatea ducerii la îndeplinire a celor menționate în cadrul consultului interdisciplinar.

- m) În situația în care în cadrul consultului interdisciplinar intern/extern precum și a consultului psihiatric se fac recomandări de evaluare diagnostică complexe (analize de laborator, examinări imagistice et.) medicul curant va decide dacă acestea se vor efectua în cursul actualei internări sau vor fi recomandate la externarea pacientului, urmând ca acesta să completeze examinările în rețeaua națională (prin medicul de familie, ambulatorii de specialitate sau internare în alte secții/spitale). Ca regulă generală, se vor efectua strict acele investigații al căror rezultat pot influența episodul actual de boală din punct de vedere prognostic sau terapeutic, urmând ca patologii asociate să fie evaluate în fara respectivei internări.
 - n) În cadrul secțiilor medicale din cadrul Spitalului există posibilitatea stabilirii motivate (de exemplu: încadrarea deficitară cu personal medical) a unui număr maxim de consulturi interdisciplinare acordate zilnic de personalul medical din cadrul secției, propunere care va fi prezentată în acest caz de către medicul șef de secție în cadrul proximei ședințe a Consiliului medical și care, după caz, va fi ulterior aprobată de către director medical și va fi adusă la cunoștința întregului personal medical din cadrul spitalului în cadrul raportului de gardă săptămânal cu participare lărgită.
 - o) În situația în care medicul curant consideră că este necesară solicitarea consultului interdisciplinar, inclusiv a consultului psihiatric, și acest consult nu se poate efectua în cadrul spitalului datorită lipsei de personal medical calificat și/sau a unor echipamente medicale, el va prezenta situația medicului șef/coordonator de secție în vederea obținerii acceptului de a lua legătura cu un medic dintr-o altă instituție sanitară cu care spitalul are încheiate protocoale de colaborare în acest sens și va programa cu această ocazie pacientul pentru consult. Medicul curant va menționa în F.O.C.G./F.S.Z. data, ora și locația unde se propune efectuarea consultului interdisciplinar (instituția medicală, denumirea secției, numele medicului care urmează să efectueze consultul), motivând respectiva solicitare pe care o va semna și parafa. Trimiterea pacienților la consulturile interdisciplinare externe este condiționată de obținerea prealabilă a aprobării director medical.
 - p) Pentru consulturi interdisciplinare externe, inclusiv a consulturilor psihiatrice, medicul curant va lua legătura cu serviciul de urgență din cadrul spitalului în vederea deplasării pacientului cu ambulanța, menționând cu această ocazie situația în care pacientul este necesar să fie însoțit de medic sau doar de personal mediu sanitar, cât și nivelul de dotare cu echipamente medicale ale ambulanței pe timpul transportului.
- (2) Anual, se nominalizează prin grija personalului structurii de resurse umane medicii din cadrul spitalului care acordă consulturi interdisciplinare, respectivii medici având obligația ca în cadrul programului de 6/7 ore în medie pe zi lucrătoare, să acorde, cu prioritate, consulturile interdisciplinare pentru pacienții internați în cadrul spitalului sau pentru cei internați în alte spitale – în baza relațiilor contractuale stabilite între spital și alte unități sanitare publice.
- (3) Medicii șefi/coordonatori de structuri medicale și directorul medical au obligația de a coordona și controla acordarea cu prioritate a consulturilor interdisciplinare.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul de consulturi interdisciplinare interne efectuate de către medicii fiecărei structuri medicale, inclusiv de medicul psihiatru pe parcursul anului calendaristic precedent și numărul de astfel de solicitări, are valoare egală cu 1;
- b) Numărul de consulturi interdisciplinare externe, inclusiv consulturi psihiatrice, efectuate de către medici din afara spitalului pe parcursul anului calendaristic precedent, în baza unor protocoale de colaborare existente – în vigoare este egal cu numărul de astfel de solicitări;
- c) Există permanent minim 1 protocol de colaborare în vigoare care are ca obiect consulturile interdisciplinare încheiate de către Spital cu alte unități sanitare.

IX.36. Modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o spital cu competență de a trata cazuri oncologice

Art.1. Reglementarea modalității prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență în a trata cazuri oncologice are ca principale scopuri:

- a) Descrie managementul pacientului caz oncologic pe timpul internării în Spitalului
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - agravarea stării de sănătate a pacientului din cauza întârzierii deciziei;
 - decesul pacientului.

Art.2. Etapele modalității prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență în a trata cazuri oncologice presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul Spitalului setul de investigații necesare diagnosticării oncologice este stabilit prin protocoalele de diagnostic și tratament aplicabile în structurile medicale cu competență de a trata cazuri oncologice. Suspiciunea de diagnostic oncologic este identificată pe secțiile de profil în funcție de localizarea acestuia.
- b) Diagnosticul oncologic este precizat în baza buletinului de examinări histopatologice de către medicul anatomo-patolog al spitalului, care în caz de tumori maligne trece și codul morfologic după regulile de codificare cuprinse în broșura de clasificare a tumorilor.
- c) Orice tumoră primară nou-diagnosticată, pentru care, prin metode clinice și/sau de laborator, s-a stabilit un diagnostic raportabil, este obligatoriu a fi raportată nominal către:
 - a) Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Sud-Vest Oltenia - Regiunea de Dezvoltare Sud-Vest Oltenia, care grupează județele Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt și Valcea;

Din lista tumorilor raportabile face parte orice tumoră primară pentru care este stabilit diagnosticul de certitudine după data de 1 ianuarie 2008, astfel:

- i. toate cancerele in situ (cod de comportament "2") sau maligne/invazive (cod de comportament "3"), conform Clasificării internaționale a maladiilor pentru oncologie, ediția a treia (CIM-O-3), a Organizației Mondiale a Sănătății, cu excepția carcinoamelor bazocelulare cu cod topografic CIM-O-3 C44.0-C44.9;
 - ii. toate tumorile intracraniene și intraspinale, indiferent de comportamentul lor (benign/incert/malign), cu coduri topografice CIM-O-3 C70-C72 și C75.1-C75.3. Sunt exceptate de la raportare leziunile vasculare benigne ale meningelui (hemangioame) și leziunile chistice;
 - iii. afecțiunile borderline, indiferent de topografie.
- d) Tumorile primare nou-diagnosticate care fac parte din lista tumorilor raportabile vor fi raportate în termen de maximum 30 de zile de la încheierea oricăruia dintre episoadele raportabile de mai jos:
- i. stabilirea unui diagnostic raportabil la un caz nou de cancer sau luarea în evidență pentru urmărire și/sau tratament;
 - ii. analizarea unuia sau mai multor tipuri de tratamente stabilite în cadrul terapiei inițiale;
 - iii. decesul cu sau prin cancer.
- e) Raportarea setului minim de date pentru fiecare tumoră raportabilă se face conform ONC - Formular de raportare a unui caz de cancer, prevăzut în Anexa nr.1 la *O.M.S. 2027/2007 privind activitatea de înregistrare pe baze populaționale a datelor bolnavilor de cancer și înființarea registrelor regionale de cancer*. Toate informațiile disponibile din setul minim de date vor fi completate de către medicul care are competență în stabilirea diagnosticului și/sau a tratamentului oncologic.
- f) Coordonatorul serviciului de anatomie patologică este obligat să transmită către:
- a) Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Sud-Vest Oltenia - Regiunea de Dezvoltare Sud-Vest Oltenia, care grupează județele Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt și Valcea;

- g) Șeful laboratorului de analize medicale are de asemenea obligația să comunice nominal către:
 - a) Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Sud-Vest Oltenia - Regiunea de Dezvoltare Sud-Vest Oltenia, care grupează județele Dolj, Gorj, Mehedinți, Olt și Valcea;
- h) În cazul în care examenul necropsic efectuat în Spitalului pune în evidență și leziuni canceroase nediagnosticate ca atare în timpul vieții, medicul care a îngrijit bolnavul va întocmi un formular ONC și va declara cazul către
 - a) Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer București-Ilfov - Regiunea de Dezvoltare București-Ilfov, care grupează municipiul București și județul Ilfov;
 - b) Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Nord-Est - Regiunea de Dezvoltare Nord-Est, care grupează județele Bacău, Botoșani, Iași, Neamț, Suceava și Vaslui;
 - c) Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Sud-Est - Regiunea de Dezvoltare Sud-Est, care grupează județele Braila, Buzău, Constanța, Galați, Vrancea și Tulcea;
 - d) Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Sud-Muntenia - Regiunea de Dezvoltare Sud-Muntenia, care grupează județele Argeș, Călărași, Dambovită, Giurgiu, Ialomița, Prahova și Teleorman;
- i) Funcție de tipul de tumoră diagnosticat, medicul curant împreună cu șeful de secție, medicul oncolog și cu ceilalți medici implicați în stabilirea diagnosticului oncologic, decide terapia oncologică potrivită, conform ghidurilor internaționale și situației pacientului.
- j) Medicul curant aduce la cunoștința pacientului conduita terapeutică propusă, comunicarea în această situație între medic și pacient se va face cu respectarea prevederilor pct. IX.27 *"Modul de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic"* din prezentul Regulament.
- k) Terapia pacientului diagnosticat oncologic va fi asigurată de echipa formată din medicul curant și medicul oncolog, cu acordul informat al pacientului.
- l) În toate situațiile în care există incertitudini privind diagnosticul și/sau terapia aferentă acestuia sau/și se constată că sunt depășite competențele spitalului (datorate: lipsei specialiștilor, lipsa competențelor profesionale necesare, dotare tehnico-materială insuficientă etc.) pacienților suspecți/diagnosticați oncologic li se comunică diagnosticul prezumtiv și li se face recomandarea de a se adresa unei unități spitalicești cu competență în a trata cazuri oncologice. Recomandarea se face în documentele de externare (scrisoare medicală, bilet de externare), de regulă – respectivii pacienți fiind îndrumați să se adreseze într-o primă etapă spre unitățile sanitare cu competență în a trata cazuri oncologice cu care Spitalul are încheiate contracte/protocoale de colaborare.

Art.3. Indicatorii de eficiență și eficacitate ai reglementării privind modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-o unitate cu competență în a trata cazuri oncologice sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul de pacienți diagnosticați cu tumori primare nou-diagnosticate care fac parte din lista tumorilor raportabile și care au fost raportați către Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Nord Vest - Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca în ultimul an calendaristic încheiat și numărul de situații care impun acest lucru, are valoare egală cu 1.
- Numărul de pacienți suspecți/diagnosticați oncologic este direct proporțional cu numărul de astfel de pacienți cărora li s-a făcut recomandarea în documentele de externare de a se adresa unei alte unități cu competență în a trata cazuri oncologice;

IX.37. Modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare

Art.1. Reglementarea privind modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare are ca principale scopuri:

- a) Crearea cadrului normativ intern care să asigure ca specialiștii din serviciile paraclinice să facă parte din echipa multidisciplinară pentru rezolvarea cazurilor complexe;
- b) Asigurarea de către spital a unei abordări multidisciplinare a practicii medicale, completă și personalizată, prin participarea specialiștilor din serviciile paraclinice în echipele multidisciplinare;
- c) Se asigură abordarea integrată a pacientului ca o uzanță a practicii medicale desfășurată în cadrul S.J.U.D.T.S.;
- d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - erori de diagnostic și tratament;
 - creșterea timpului de diagnosticare
 - aplicarea cu întârziere a unor tratamente adecvate pacienților;
 - agravarea sănătății pacientului.

Art.2. (1) La nivelul Spitalului, situațiile care necesită abordare multidisciplinară sunt următoarele:

- Cazurile medicale cu multiple comorbidități, cu evoluție agravată a patologiei de bază și/sau a celor asociate;
 - Cazuri medicale ce implică patologii rare;
 - Cazuri medicale cu patologii ce depășesc nivelul de competență a Spitalului și care prezintă urgențe care nu pot fi transferate la alte spitale.
- (2) **În oricare dintre situațiile enumerate la alineatul (1) medicii clinicieni solicită participarea directă a specialiștilor din serviciile paraclinice în echipele multidisciplinare în cazul că rezultatele investigațiilor paraclinice (analize medicale și/sau imagistică medicală) furnizează informații echivoce și/sau care contravin diagnosticului inițial.**
- (3) Etapele procesului de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:
- a) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului medicul curant are obligația să analizeze dacă este necesară convocarea echipei multidisciplinare.
 - b) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului și a rezultatelor examenelor paraclinice puse la dispoziție de către medicul curant, membrii echipei multidisciplinare au obligația să analizeze dacă este necesară convocarea specialiștilor din serviciile paraclinice în vederea stabilirii conduitei terapeutice.
 - c) Fiecare dintre membrii echipei multidisciplinare, inclusiv specialiștii din serviciile paraclinice, au obligația de a contribui în limitele competențelor și a experienței pe care o au la stabilirea diagnosticului și a unei conduite terapeutice pentru fiecare dintre pacienții pentru care a fost convocată respectiva echipă. În acest sens, fiecare dintre membrii echipei multidisciplinare formulează un diagnostic și un plan de tratament sau de îndrumare a pacientului într-un alt serviciu de specialitate, după caz, în urma evaluării examenului clinic al pacientului al istoricului bolii consemnate în FOCC, coroborate cu rezultatele examinărilor paraclinice consemnate de asemenea în FOCC
 - d) În urma analizei fiecărei propuneri formulate se stabilește un diagnostic unitar și o conduită unică de tratament urmând ca pacientul să fie reanalizat de aceeași comisie la un anumit interval de timp stabilit de comun acord între membrii echipei multidisciplinare, după caz.
 - e) Concluziile se consemnează în FOCC cu menționarea datei și orei la care s-a desfășurat analiza, asumate prin parafa și semnătura fiecărui specialist din comisie.
 - f) În ceea ce privește cazurile medicale deosebite directorul medical analizează toate situațiile care au impus convocarea echipei multidisciplinare în cursul fiecărui trimestru. În urma analizei și la propunerea medicilor curanți care au tratat respectivele cazuri,

directorul medical selectează cazurile cele mai reprezentative pentru a fi discutate în ședințele programate conform alineatului (3).

- g) Ședința este condusă de către directorul medical, fiecare dintre cazurile selectate spre dezbateri fiind prezentate de către medicii curanți care au tratat respectivele cazuri.
- h) În cadrul respectivei ședințe fiecare specialist analizează datele consemnate în FOCG (istoricul bolii, examen clinic, examene paraclinice, conduita de tratament, evoluția bolnavului) și se poartă discuții libere cu privire la aceste date între medicii clinicieni și specialiștii din serviciile paraclinice, trăgându-se concluzii utile care ar putea fi utilizate pe viitor.
- i) Minuta întâlnirii și eventualele propuneri vor fi consemnate într-un proces verbal întocmit de medicul a cărui caz a fost prezentat. În situația discutării mai multor cazuri într-o singură ședință, fiecare dintre medicii curanți a căror cazuri au fost discutate își vor aduce aportul la redactarea minutei respectivei ședințe.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiștii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare sunt următorii:

Raportul dintre numărul de cazuri pentru care au fost convocate echipe multidisciplinare în care a fost nevoie de prezența specialiștilor din serviciile paraclinice în cursul anului precedent și numărul de situații în care s-a impus acest lucru în aceeași perioadă de referință, are valoare egală cu 1;

Numărul de întâlniri între medicii de laborator și medicii clinicieni în scopul analizei cazurilor deosebite, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat este direct proporțional cu numărul de astfel de întâlniri planificate;

IX.38. Situații în care nu se comunică pacientului/reprezentantului legal informațiile despre starea de sănătate a pacientului

Art.1. Reglementarea situației în care nu se comunică pacientului/reprezentantului legal al acestuia informațiile despre starea de sănătate a pacientului are ca principale scopuri:

- a) Respectarea în toate situațiile a drepturilor pacientului instituite prin lege;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o abuzuri în activitatea personalului medico-sanitar
 - o discriminarea pacienților.

Art.2. (1) La internare sau pe parcursul furnizării serviciilor de sănătate, după caz, medicul curant are obligația să aducă la cunoștința pacientului/reprezentantului legal a acestuia faptul că are dreptul de a cere să nu fie informat în cazul în care informațiile medicale prezentate i-ar cauza suferință, precum și dreptul de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.

(2) Pacientul/reprezentantul legal are dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferință.

(3) Pacientul/reprezentantul legal al acestuia are dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său despre starea de sănătate a pacientului.

(4) În situațiile prezentate la alineatele (2) și (3), medicul curant are următoarele obligații:

- a) asigură completarea de către pacient/reprezentantul legal al acestuia a rubricii nr. 7 "Pacientul dorește să fie informat în continuare despre starea sa de sănătate" din formularul "Acordul pacientului informat" – instituit de prevederile O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, care se regăsește în F.O.C.G., prin bifarea căsuței "NU", urmată de obținerea semnăturii pacientului/reprezentantului legal al acestuia. Din acest moment personalul medical nu va mai furniza niciun fel de informații pacientului.

- b) Asigură la solicitarea pacientului/reprezentantului legal care a refuzat să fie informat posibilitatea ca informațiile despre starea medicală a pacientului să fie comunicate altor persoane. Acordul pacientului/reprezentantului legal privind desemnarea persoanelor care pot fi informate despre starea pacientului de sănătate, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale se exprimă în scris, prin completarea formularului „*Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale*“, prevăzut în anexa nr. 5 la O.M.S. nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003. Pacientul/reprezentantul legal al acestuia va completa numele și prenumele persoanei/persoanelor desemnate de către acesta să primească informații cu privire la starea de sănătate a pacientului, precum și calitatea persoanei (grad de rudenie / altă relație).
- (5) Pacientul / reprezentantul legal al acestuia are dreptul de a reveni oricând asupra deciziei consemnate în formularul „*Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale personale*“, prin completarea pe același formular a casetei în care declară sub semnătură faptul că a retras accesul la datele cu caracter confidențial privind starea sa de sănătate persoanei nominalizate pe respectivul formular.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate aferenți situației în care nu se comunică pacientului/reprezentantului legal al acestuia informațiile despre starea de sănătate a pacientului sunt următorii:

- a) Numărul reclamațiilor cauzate de încălcarea drepturilor pacientului în partea care privește nerespectarea dreptului acestuia de a nu mai fi informat cu privire la starea sa de sănătate, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
- b) Numărul reclamațiilor cauzate de încălcarea drepturilor pacientului în partea care privește nerespectarea dreptului acestuia de a desemna o altă persoană care să fie informată cu privire la starea sa de sănătate, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

IX.39. Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale

Art.1. Reglementarea procesului de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale are ca principale scopuri:

- a) Asigură punerea în aplicare a prevederilor normative incidente în vigoare care privesc drepturile pacientului;
- b) Asigură că pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- abuzuri în activitatea personalului medico-sanitar (efectuarea altor manevre decât cele pentru care și-a dat acordul pacientul)
 - discriminarea pacienților.

Art.2. Procesul de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului va solicita „*Acordul pacientului/reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical*“, prevăzut în anexa nr. 2 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului, în toate situațiile în care studenții facultăților de medicină, asistență medicală și moașe, medicii rezidenți, elevii școlilor postliceale de asistență medicală, precum și alți medici, asistenți medicali sau moașe care nu îngrijesc pacientul urmează să aibă acces, în scop didactic, la pacient sau la datele medicale ale acestuia. Accesul la pacient sau la datele medicale ale

acestui este condiționată de obținerea anterioară de către medicii curanți ai pacienților a respectivului formular completat și semnat de către pacient.

- b) Personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului poate realiza fotografierea sau filmarea pacienților, în cazurile în care imaginile sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului și a tratamentului sau pentru evitarea suspectării unei culpe medicale, fără consimțământul acestora.
- c) **În mod obligatoriu înregistrarea audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale este pastrată, în original, atașată la foaia de observare clinică generală⁶ a respectivului pacient, iar motivația înregistrării va fi înscrisă în respectiva foaie.**
- d) În toate situațiile care nu sunt prevăzute la lit. a) personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului este obligat să asigure obținerea consimțământului scris pacientului, prin completarea formularului „*Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta spitalului sanitare*“, prevăzut în Anexa nr. 1 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului.
- e) Consimțământul pacientului este obligatoriu în cazul participării sale în învățământul medical clinic și la cercetarea științifică. Nu pot fi folosite pentru cercetare științifică persoanele care nu sunt capabile să își exprime voința, cu excepția obținerii în acest sens a consimțământului de la reprezentantul legal și dacă cercetarea este făcută și în interesul pacientului.
- f) **În sensul celor menționate la lit. d), personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului va obține inițial consimțământul scris al pacientului/reprezentantului legal, prin completarea formularului „*Acordul pacientului/reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical*“, prevăzut în anexa nr. 2 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului.**
- g) În ultimul trimestru al fiecărui an, directorul medical va propune Consiliului medical planificarea instruirilor periodice ale personalului cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, precum și cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacienților, în scop medical, didactic și de cercetare.
- h) Formularele prin care pacienții își exprimă acordul privind filmarea/fotografierea în incinta spitalului sanitare precum și participarea la învățământul medical se introduc în F.O.C.G. și se arhivează împreună cu aceasta.
- i) Evidența lunară a tuturor formularelor instituite ca anexe la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului care sunt completate de către pacienți și introduse în F.O.C.G. se asigură de asistentele șefe ale fiecărei structuri medicale (sau responsabili nominalizați de șefii de structuri medicale în acest sens), respectiva evidență fiind utilizată ulterior în analizele efectuate de către personalul cu competențe în acest sens din cadrul Spitalului.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scopul medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale, sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul total de pacienți care au completat „*Acordul pacientului privind filmarea/fotografierea în incinta unității sanitare*“ prevăzut în Anexa nr. 1 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului și numărul total al pacienților care au fost înregistrați audio/foto/video în alt scop decât acela de a evita suspectarea unei culpe medicale, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat, are valoare egală cu 1;
- b) Numărul total de pacienți/reprezentanți legali care au completat „*Acordul pacientului/reprezentantului legal privind participarea la învățământul medical*“ prevăzut în anexa nr. 2 la Normele de aplicare a Legii drepturilor pacientului este direct proporțional cu numărul total al pacienților care au participat la învățământul medical clinic și la cercetarea științifică, pe parcursul ultimului an calendaristic;

⁶ În continuare: „F.O.C.G.”

- c) Numărul total de înregistrări audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale este pastrată, atașate în original la foaia de observare clinică generală (inclusiv cu motivare înscrisă în respectiva foaie) este în raport direct cu numărul total al pacienților înregistrați pe parcursul ultimului an calendaristic.
- d) Numărul total de instruiri cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacientului, cu scopul de a evita suspectarea unei culpe medicale, precum și cu privire la condițiile și procedurile de înregistrare audio/foto/video a pacienților, în scop medical, didactic și de cercetare este egal sau mai mare cu/decât numărul acestor instruiri planificate prin planificarea anuală întocmită în acest sens;

IX.40. Modalitatea de servire a mesei la patul pacientului

Art.1. Reglementarea procesului de servire a mesei la patul pacientului are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea la nivelul Spitalului a circuitului alimentelor cu respectarea regulilor de igienă;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o producerea de toxiinfecții alimentare;
 - o agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art.2. Etapele procesului de servire a mesei la patul pacientului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Anual șefii de secții medicale nominalizează din cadrul secțiilor pe care le conduc/coordonează personal pentru distribuirea alimentelor către pacienții (din rândul infirmierelor și, în situația că există deficit din această categorie, se vor nominaliza și asistente medicale);
- b) Livrarea alimentelor preparate de la blocul alimentar se face pentru întreaga cantitate necesară unei secții (în recipiente mari). **Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor către pacienți din cadrul fiecărei secții medicale asigură transportul alimentelor pe secție cu respectarea normelor de igienă, utilizând în acest sens mijloace de transport dedicate și recipiente izoterme care asigură menținerea temperaturii alimentelor transportate.** (după caz:) **Mâncarea se distribuie în vase inox, cutii plastic acoperite (pentru întreaga secție) și individual, per pacient (biberoane, ambalaje de unica folosință). Se respectă programul de distribuție al mesei și programul de servire al mesei pe oficiul alimentar secție, astfel încât temperatura alimentelor să fie optimă pentru servire;**
- c) Alimentele se transportă de către personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor în oficiile alimentare ale fiecărei secții medicale. **Circuitul alimentelor pe secție se realizează în mod distinct de toate celelalte circuite existente (prin delimitare temporală și igienizare corespunzătoare), fiind interzisă intersectarea acestora, stabilirea regulilor în acest sens fiind atributul S.P.I.A.A.M.**
- d) **Distribuția hranei porționate se realizează de către personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor conform programului de servire a mesei care este afișat pe secții, cu respectarea meniului zilnic (care este de asemenea afișat pe secții) și a dietelor recomandate de medic în F.O.C.G.**
- e) Pentru pacienții imobilizați la pat precum și în secțiile în care nu se poate asigura spațiu dedicat unei săli de mese, servirea mesei se face la pat în mod activ sau pasiv în funcție de starea pacientului, asigurându-i-se o poziție cât mai comodă. Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor va respecta cu strictețe orarul meselor asigurând servirea caldă a alimentelor și prezentarea acestora cât mai estetic. Totodată, respectivul personal are în vedere pentru fiecare dintre pacienți date despre regim, orarul meselor, posibilitățile de mobilizare, capacitatea pacientului de a-și folosi membrele superioare, eventuale restricții legate de efectuarea unor examene, precum și administrarea unor medicamente în funcție de orarul meselor.

- f) Personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor va purta pe timpul transportului acestora precum și pe timpul servirii mesei o ținută formată din: halat unica folosinta și capelină altul decât cel utilizat în desfășurarea celorlalte atribuții funcționale.
- i. Alimentarea activă în salon, la pat, presupune:
1. Pacient mobilizabil, dar internat în secție ce nu are în dotare sală de mese:
 - Pacientul se așează confortabil la marginea patului, după ce în prealabil și-a spălat mâinile
 - Infirmiera rabatează măsuta noptierei aferentă patului pacientului și o așează astfel încât să fie comodă pentru pacient și servește masa
 - După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera strânge vesela murdară, curăță măsuta noptierei, o pliază la loc și așează noptiera în poziția inițială.
 2. Pacient imobilizat la pat dar care își poate folosi mâinile:
 - Pacientul este așezat confortabil în pat în șezut sau în poziție semișezândă (în funcție de situație) cu ajutorul manevrării somierei și/sau a pernelor.
 - Se asigură igienizarea mâinilor pacientului cu gel dezinfectant. La cerere se poate asigura spălarea mâinilor la pat.
 - Se asigură protejarea îmbrăcămintei pacientului cu un prosop curat așezat la gât.
 - Infirmiera rabatează măsuta noptierei aferentă patului pacientului și o așează astfel încât să fie comodă pentru pacient și servește masa
 - După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera strânge vesela murdară, curăță măsuta noptierei, o pliază la loc și așează noptiera în poziția inițială.
 - La nevoie/cerere se asigură igienizarea mâinilor pacientului.
 3. Pacient imobilizat la pat în decubit lateral dar care își poate folosi mâinile:
 - Pacientul este așezat cât mai confortabil în pat în decubit lateral stâng, cu capul sprijinit pe pernă.
 - Se asigură igienizarea mâinilor pacientului cu gel dezinfectant. La cerere se poate asigura spălarea mâinilor la pat.
 - Se protejează lenjeria de pat cu o aleză.
 - Se protejează lenjeria bolnavului cu un prosop curat.
 - Infirmiera rabatează măsuta noptierei aferentă patului pacientului și o așează astfel încât să fie comodă pentru pacient și servește masa.
 - Alimentele lichide se servesc din bol cu ajutorul paielor.
 - Alimentele solide vor fi tăiate în bucățele mici.
 - După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera strânge vesela murdară, curăță măsuta noptierei, o pliază la loc și așează noptiera în poziția inițială.
 - La nevoie se asigură igienizarea mâinilor pacientului
- ii. Alimentarea pasivă în salon, la pat a pacientului conștient, imobilizat la pat și cu impotența funcțională parțială sau totală a membrilor superioare (paralizați, epuizați, adinamici, în stare gravă, cei cu ușoare tulburări de deglutiție), presupune:
- Pacientul este așezat confortabil în pat în poziție semișezândă cu ajutorul manevrării somierei și/sau a pernelor sau în decubit dorsal, cu capul ușor ridicat și aplecat înainte cu ajutorul unei perne, pentru a ușura deglutiția.
 - Se protejează lenjeria de pat cu o aleză.
 - Se protejează lenjeria bolnavului cu un prosop curat așezat în jurul gâtului.
 - Infirmiera rabatează măsuta noptierei aferentă patului pacientului și o așează astfel încât să fie comodă și așează mâncarea astfel încât acesta să vadă ce i se introduce în gură și servește pacientul.
 - Se verifică temperatura mâncării.
 - Pacientului i se introduc alimentele în gură, el asigurând masticăția și deglutiția.
 - Alimentele lichide se servesc cu lingura/lingurița sau cu ajutorul paiului. Se supraveghează debitul de lichid pentru a evita încărcarea peste puterile de deglutiție ale pacientului.
 - Alimentele solide vor fi tăiate în bucăți mici sau vor fi pasate cu furculița pentru a ușura masticăția și deglutiția. Se servesc cu lingura/lingurița în cantități mici.

- După ce pacientul a terminat de mâncat infirmiera îl sterge la gură, strânge vesela murdară, curăță măsuța noptierei, o pliază la loc și așează noptiera în poziția inițială.
- Infirmiera verifică și îndepărtează eventualele resturi alimentare care, ajunse sub bolnav pot conduce la formarea escarelor. La nevoie schimbă lenjeria pacientului și/sau a patului.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de servire a mesei la patul pacientului sunt următorii:

- a) Numărul de toxinfecții alimentare produse pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
- b) Numărul de reclamații ale pacienților care au ca subiect distribuția hranei servite pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
- c) Gradul de satisfacție al pacienților înregistrat pe fiecare secție în parte referitor la distribuția hranei servite este consemnat în fiecare dintre analizele lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților.

IX.41. Comunicarea în situații deosebite/exceptionale

Art.1. Reglementarea procesului de comunicare în situații deosebite/exceptionale are ca principale scopuri:

- a) Stabilește modalitatea de comunicare specifică între profesioniști în cadrul spitalului în cazul producerii unor situații de urgență: dezastre, calamități, accidente, sabotaj ori alte situații deosebite/exceptionale.
- b) Asigură crearea unor deprinderi corecte de prevenire și reacție la hazarduri.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - Întârzierea răspunsului la situații deosebite/exceptionale ca urmare a lipsei de informații și/sau a comunicării necorespunzătoare;
 - Apariția pagubelor sau victimelor în situații deosebite/exceptionale ca urmare a lipsei de informații și/sau a comunicării necorespunzătoare;
 - Prejudicii de imagine a instituției determinate de o comunicare necorespunzătoare în situații deosebite/exceptionale.

Art.2. (1) Situațiile deosebite/exceptionale sunt situații de urgență, incluzând aici și protecția civilă și apărarea împotriva incendiilor. Situațiile de urgență reprezintă evenimente produse pe neașteptate care prin posibilele consecințe pot afecta viața, valorile, bunurile materiale și valorile sociale, iar pentru contracararea acestora este nevoie de luarea de măsuri urgente și angajarea resurselor materiale și umane avute la dispoziție.

(2) O comunicare adecvată este vitală pentru creșterea capacității de răspuns a spitalului la aceste situații, aceasta contribuind la realizarea următoarelor obiective:

- a) planificarea și implementarea unui sistem de comunicare coordonat pe timpul situațiilor de urgență, care să contribuie la îmbunătățirea și eficientizarea comunicării atât între microstructurile S.J.U.D.T.S. , dar și cu mass-media și populația afectată.
- b) stabilirea unor reguli cu scopul de a eficientiza comunicarea și de a preveni difuzarea unor informații contradictorii;
- c) comunicarea eficientă în timpul și după producerea situației de urgență;
- d) furnizarea cadrului normativ pentru dezvoltarea asigurarea resurselor necesare comunicării eficiente în timpul unei situații de urgență;
- e) dezvoltarea capacității instituționale de a planifica și de a gestiona comunicarea privind hazardele și situațiile de risc, prin integrarea comunicării la toate nivelurile și prin stabilirea/delimitarea responsabilităților;
- f) stabilirea mijloacelor de comunicare utilizate în situații de urgență;
- g) transmiterea în timp util a informațiilor necesare luării celor mai adecvate măsuri de protecție;

- h) asigurarea spitalului de mesaj la toate nivelurile implicate în managementul situației de urgență respective;
- i) creșterea capacității de acțiune a personalului propriu și a populației prin informare, în scopul prevenirii producerii situațiilor de urgență, dar și în scopul autoapărării;
- j) creșterea nivelului de înțelegere privind riscurile majore, precum cutremure, inundații, alunecări de teren, și a capacității individuale de reacție în situații de urgență pentru personalul spitalului;
- k) dezvoltarea unei colaborări reale cu societatea civilă și implicarea acesteia în mod planificat în programele de informare și voluntariat.

(3) Situațiile de urgență care necesită o comunicare specială se referă la:

- a) Hazardurile (astfel cum sunt acestea definite potrivit prevederilor *H.G. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență*) produse în zona de acoperire a acestuia categorisite astfel:
 - Hazardurile naturale determinate de:
 - interacțiunea factorilor naturali, a celor demografici, sociali și antropici, respectiv elemente de infrastructură, cum ar fi construcții, șosele, căi ferate;
 - modificările climatice legate de tendințele globale de încălzire care generează incertitudini referitoare la intensitatea și frecvența hazardurilor, dar și la apariția unor fenomene noi, cum ar fi tornadele sau deșertificarea;
 - epidemii/epizotii/zoonoze, dar și cu amenințări de pandemii (exemplele elocvente sunt neuroinfecția West Nile în anul 1996, meningita cu Enterovirus Echo în 1999, antrax în 2000, apariția infecției gripale cu un nou serotip gripal sau amenințarea epidemiei de gripă aviară H5N1)
 - Hazardurile hidrologice:
 - viituri și inundații;
 - alunecări de teren determinate de viituri și inundații;
 - Hazardurile seismice
 - Hazardurile tehnologice produse de:
 - erorile de proiectare a instalațiilor industriale, de gradul ridicat de uzură al acestora și/sau de managementul defectuos practicat de proprietarii acestora;
 - transportul substanțelor periculoase;
 - ruperi de baraje sau explozii ale unor instalații cauzate de factori naturali;
 - Evenimentele sau accidente în care apar scurgeri de substanțe radioactive;
 - Evenimentele sau accidente din industria chimică;
 - Evenimentele sau accidente determinate de gradul ridicat de uzură sau proiectarea necorespunzătoare a instalațiilor din industria energetică și din rețeaua de distribuție și transport al hidrocarburilor;
 - Evenimentele sau accidente din industria minieră cauzate de prăbușiri ale galeriilor de mină, alunecări și lichefierii ale haldelor de steril insuficient consolidate și ruperi ale iazurilor de decantare;
 - Evenimentele sau accidente la construcțiile hidrotehnice cauzate de cedarea parțială sau distrugerea digurilor și a barajelor, care pot fi produse de viituri puternice și sunt urmate de inundații cu efecte devastatoare;
 - Distrugerea infrastructurii pentru transport cauzată de cedarea podurilor de cale ferată sau transport rutier.
- b) Căderi de obiecte cosmice
- c) Eșecul utilităților publice
- d) **Situații medicale deosebite care necesită comunicare specifică**, pot fi de următoarea natură:
 - Cazuri medicale ce implică patologii rare;
 - Accidente care au ca urmări victime multiple politraumatizante;
 - Cazuri medicale cu patologii ce depășesc nivelul de competență a spitalului și care prezintă urgențe care nu pot fi transferate din anumite motive (de exemplu: supraaglomerări ale unităților sanitare din zona de acoperire a spitalului);

- Cazuri medicale foarte complicate care necesită o durată de spitalizare mult prelungită;
 - Morți subite;
 - Epidemii/pandemii.
- e) Atacuri teroriste
- f) Exerciții în caz de alarmare, antrenamente și exerciții de mobilizare, instituirea stării de asediu, mobilizare totală/parțială, demobilizare, război.

Art.3. Etapele efective ale procesului de comunicare în situații deosebite/exceptionale sunt următoarele:

- a) Orice persoană din cadrul spitalului care ia cunoștință despre o situație deosebită/de urgență comunică de îndată această situație către șeful ierarhic superior în timpul programului de lucru și medicul de garda/medicul sef de garda în afara programului de lucru, în zilele libere și sărbătorile legale, personal sau prin mijlocul de comunicare pe care-l are la dispoziție;
- b) Șeful ierarhic superior/medicul de garda/medicul sef de garda ia cunoștință despre situația deosebită/de urgență, prin primirea informației din partea personalului angajat din cadrul spitalului sau prin mijloacele de mass-media și, funcție de context, verifică veridicitatea informației și încearcă ca în cel mai scurt timp posibil să adune cât mai multe informații despre evenimentul semnalat, luând ulterior următoarele măsuri:
- raportează managerului/înlocuitorului legal al managerului rezultatele primei evaluări. Dacă situația o impune, folosește mijloace de legătură alternative;
 - la dispoziția managerului, funcție de evenimentul semnalat, pune în aplicare planul de înștiințare și aducere la spital persoanelor responsabile;
 - dacă situația depășește competențele echipelor de intervenție chemate în afara orelor de program, informează forul tutelar și solicită intervenția altor unități din zonă, a detașamentului de pompieri ISU și la nevoie a serviciului de ambulanță.
 - la sosirea managerului, informează despre situația și măsurile luate, rezultatele evaluării preliminare și despre sosirea personalului de intervenție în afara orelor de program;
 - funcție de situația concretă, pune în aplicare planurile de intervenție existente, solicitând prezența de urgență în cadrul spitalului a personalului nominalizat în acestea. Convocarea întregului personal al spitalului se realizează prin lanțul de anunțare întocmit din timp și care este adus la cunoștința întregului personal.
- c) Anual, se nominalizează un responsabil de comunicarea cu mass-media în situații de criză și un responsabil cu informarea și relațiile publice.
- d) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză este responsabil cu elaborarea și prezentarea mesajelor în numele Spitalului și cu asigurarea informării în timp util atât a mass-mediei, cât și a populației. Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză este principala persoană de contact pentru mass-media și, în același timp, "vocea" Spitalului pentru situații de urgență în cadrul conferințelor de presă și în interviurile media.
- e) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză se va asigura ca următoarele reguli vor fi respectate:
- toți comunicatorii primesc același mesaj în timp util;
 - informația este distribuită la nivelul tuturor instituțiilor implicate;
 - purtătorii de cuvânt din fiecare instituție implicată vor furniza mass-mediei doar informațiile aflate în domeniul lor de competență.
- f) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situații de criză este subordonat managerului Spitalului. Acesta face parte din echipa de comunicare, fiind direct responsabil de conținutul și calitatea informațiilor făcute publice.
- g) În mod obligatoriu, în situații deosebite/exceptionale, după adunarea și verificarea informațiilor în vederea difuzării, este necesară respectarea următoarelor reguli:
- informația trebuie transmisă simultan tuturor canalelor mass-media, utilizându-se toate mijloacele disponibile și întreg personalul;

- conferințele de presă se vor organiza cât mai curând posibil, dar numai după verificarea informațiilor, precum și în cazul în care apar informații noi;
 - comunicatele de presă trebuie să reprezinte instrumentul principal de informare atât pentru presă, cât și pentru instituții;
 - solicitările mass-media care nu fac obiectul domeniului de responsabilitate al Spitalului trebuie transferate purtătorului de cuvânt al ministerului sau instituției abilitate să răspundă în acea problemă;
- h) Strategia de comunicare cea mai adecvată în situații deosebite/exceptionale trebuie să fie una proactivă: mesajele vor fi construite anticipat, adaptate fiecărei categorii de public și diseminate, pe cât posibil, înainte ca zvonurile sau speculațiile transmise prin intermediul mass-mediei sau vehiculate pe cale orală să scape de sub controlul comunicatorilor. În cazul apariției unor incidente neprevăzute, strategia adoptată este aceea a informării categoriilor de public-țintă în timp real doar de către persoanele abilitate, cu respectarea regulilor menționate mai sus.
- i) În organizarea conferințelor de presă și colaborarea cu mass-media (inclusiv pentru comunicarea post-dezastru) se vor respecta/adapta, după caz, regulile instituite *prin Ordinul ministrului afacerilor interne nr. 632/2008 privind implementarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență și a „Ghidului și principalele activități de comunicare în timpul situațiilor de urgență”* instituit de H.G. 548/2008 *privind aprobarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență.*
- j) Pentru fiecare dintre hazardurile menționate la art.2 alin. (3) lit. a) din prezentul Regulament, comunicările către proprii angajați ai spitalului cât și către mass-media, vor conține, după caz, informații privind aspectele-cheie prevăzute la pct. IV.D din H.G. 548/2008 *privind aprobarea Strategiei naționale de comunicare și informare publică pentru situații de urgență.*
- k) Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare, Consiliul medical participă alături de manager la organizarea asistenței medicale în situații deosebite/exceptionale. În acest context, la producerea oricăreia dintre situațiile deosebite/exceptionale prevăzute de prezenta reglementare, directorul medical convoacă în regim de urgență Consiliul medical care propune luarea de măsuri funcție de situația concretă.
- l) De asemenea, Consiliul medical se întrunește în regim de urgență în vederea analizei și luării de decizii pentru fiecare dintre situațiile medicale deosebite care necesită comunicare specifică menționate la art.2 alin. (3) lit. d) de la pct. ” IX.41. *Comunicarea în situații deosebite/exceptionale*” din prezentul Regulament.
- m) În conformitate cu prevederile legale în vigoare, Comitetul director – cu sprijinul structurii din cadrul Spitalului care gestionează activitățile de pregătire pentru mobilizare, elaborează și actualizează în permanență planul de acțiune pentru situațiile speciale și de asistență medicală în caz de război, dezastre, atacuri teroriste, conflicte sociale și alte situații de criză.

Art.4. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare în situații deosebite/exceptionale sunt următorii:

- a) Nicio persoană nu este afectată, ca urmare a comunicării ineficiente în timpul eventualelor situații de urgență produse în ultimul an calendaristic încheiat.
- b) Valoarea pierderilor materiale (exprimate în lei), datorate comunicării ineficiente în timpul unei situații de urgență, are valoare nulă.
- c) Se asigură încadrarea 100% a eventualelor posturi existente și/sau nominalizate prin decizie cu personalul necesar să asigure atribuții suplimentare de comunicare și informare publică în cadrul spitalului și abilitate în managementul și gestionarea situațiilor de urgență ;
- d) Raportul dintre numărul de exerciții în domeniu, desfășurate de către spital în managementul și gestionarea situațiilor de urgență, în ultimul an calendaristic încheiat și numărul de astfel de exerciții planificate, are valoare egală cu 1;

- e) Raportul dintre numărul de planuri /proceduri proprii de comunicare care privesc managementul și gestionarea situațiilor de urgență, în ultimul an calendaristic încheiat și numărul acestor tipuri de planuri/proceduri revizuite, este egal cu 1 în măsura în care în analizele efectuate la acestea se propune efectuarea reviziei.

IX.42. Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor, inclusiv colaborarea cu medicii de familie pentru monitorizarea pacienților cu BCR în baza unui plan de monitorizare individuală

Art.1. (1) Reglementarea procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor, inclusiv colaborarea cu medicii de familie pentru monitorizarea pacienților cu BCR în baza unui plan de monitorizare individuală are ca principale scopuri:

- a) Se stabilesc regulile prin care se asigură îndeplinirea procedurilor necesare externării și asigurării continuității îngrijirilor pacienților;
- b) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - agravarea stării de sănătate / decesul pacientului;
 - reinternarea pacientului cu același diagnostic.

Art.2. Etapele procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul Spitalului, comunicarea între medicul de familie și medicul specialist intervine în cazul în care afecțiunea pacientului are la baza funcțiile diferite ale celor două categorii de profesioniști. Exercițându-și rolul de filtru, în scopul asigurării asistenței medicale curente, medicul de familie abordează afecțiunile frecvente, cu criterii clare de diagnostic și tratament, prin urmare, el trebuie să pună diagnosticul (adică să identifice afecțiunea ca entitate, pe de o parte, și să stabilească apartenența sa la asistența medicală curentă, pe de altă parte) și, să inițieze și să monitorizeze tratamentul; pentru această situație, nu este necesară comunicarea cu medicul specialist (ci doar comunicarea cu laboratorul de analize medicale sau cu farmacia, după caz). Solicitarea serviciilor medicului specialist apare în cazul în care pacientul se prezintă la medicul de familie cu o afecțiune care nu îndeplinește (unul sau mai multe dintre) criteriile enumerate anterior (afecțiune rară sau caz atipic al unei afecțiuni frecvente);
- b) În cazul în care sunt necesare serviciile unui medic specialist, medicul de familie inițiază comunicarea cu acesta în scopul stabilirii diagnosticului și tratamentului. Ca urmare, medicul de familie va completa un **bilet de trimitere** ce va cuprinde în mod esențial diagnosticul prezumtiv, și va primi, ulterior investigațiilor efectuate de către medicul specialist, scrisoarea medicală;
- c) La externare, pacienții primesc de la medicul specialist (curant):
 - scrisoare medicală ce poate fi înlocuită de un bilet de ieșire din spital, care conține toate informațiile din scrisoarea medicală;
 - la externare, pacienții primesc în mod obligatoriu prescripții medicale, în funcție de tratamentul indicat, și – după caz - certificat de concediu medical pe perioada internării și în continuare. Potrivit legislației incidente în vigoare ***dacă actul medical nu este finalizat și printr-o prescriere, la externare, pentru fiecare caz identificat în timpul unui control ulterior, se aplică o penalizare directă medicului curant de 200 lei;***
 - decontul pe pacient, document care conține informații privind cheltuielile ocazionate de asistența medicală acordată pacientului.
- d) **Scrisoarea medicală**, care reprezintă răspunsul medicului specialist în urma consultului, trebuie să lămurească întocmai elementele necunoscute medicului de familie și care au determinat inițierea consultului, după structura menționată anterior, respectiv formularea diagnosticului și elementele de susținere a acestuia, indicațiile pentru tratamentul imediat și pe termen lung. Toate aceste elemente fac obiectul documentului medical adresat

medicului de familie, sub forma scrisorii medicale. Evident, pacientul primește recomandările pentru tratamentul inițial sub forma rețetei (simple, compensate sau gratuite, după cum medicamentele prescrise sunt sau nu decontate de sistemul de asigurări de sănătate). Pentru conformitate, scrisoarea medicală trebuie să cuprindă, de asemenea:

- datele de identificare a pacientului (nume, prenume, vârstă, sex, adresa, cod numeric personal);
- date privind cadrul consultației (unitatea medicală, ziua, numărul de registru);
- date privind identitatea medicului consultant (nume, prenume, specialitatea, gradul profesional, codul de parafa).

e) Prescripțiile medicale:

- pentru pacienții cu boli cronice stabilizate, pentru care a fost realizată deja o schemă terapeutică, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile (perioada este stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției, aceasta fiind menționată sub rubrica aferentă CNP-ului/codului unic de asigurare; acești asigurați nu mai pot beneficia de o altă rețetă medicală pentru boala cronică, eliberată în aceeași perioadă);
- prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului - în urma unui episod de spitalizare continuă/spitalizare de zi, cuprinde medicația pentru maximum 30-31 de zile.

f) În mod obligatoriu, pacientul/apartinătorul acestuia va confirma la externare, prin semnătură în F.O.C.G./ F.S.Z., primirea informațiilor și a documentației necesare pentru continuarea îngrijirilor.

Art.3. a) În vederea reducerii ratei de progresie a BCR, pentru pacienții aflați în evidența secției/ compartimentului de nefrologie trebuie și monitorizați atât la nivelul spitalului cât și de către medicii de familie după externare. Comunicarea va se face conform prevederilor din articolele de mai sus.

b) La nivelul secției/ compartimentului de nefrologie va exista evidența pacienților cu BCR care s-au adresat spitalului și a medicilor de familie, cu date de contact actualizate, la care sunt înscrși pacienții cu BCR monitorizați de secție astfel încât comunicarea să fie efectuată precis și în timp util.

c) La externare, în documentele medicale de externare, medicul specialist (curant) nefrolog face mențiuni precise cu privire la stadiul BCR al pacientului, frecvența cu care trebuie să revină la control și parametrii care trebuie monitorizați de către medicul de familie.

d) Modul și ce anume trebuie să monitorizeze medicul de familie la pacientul cu BCR este menționat în *Planul de monitorizare individualizat a pacienților cu BCR*, actualizat și comunicat medicilor de familie de către medicul specialist (curant) nefrolog. Acest plan trebuie să conțină obiectivele, parametrii și frecvența monitorizării și măsurile terapeutice. Planul de monitorizare include elemente generale și elemente specifice și este particularizat în funcție de situația clinică a fiecărui pacient:

- Stadiului Bolii cronice de rinichi
- Stadiul bolii renale primare
- Riscul de progresie a Bolii cronice de rinichi
- Riscul cardio-vascular
- Indicații de monitorizare a TA,
- Indicații de monitorizare a Raportului albumină (proteine)/creatinină urinară în urină proaspăt emisă,
- Indicații de monitorizare a Creatininei serice (RFG)
- Indicații de management reducerea a riscului cardiovascular și renal în funcție de stadiul BCR, patologii asociate, complicații existente și vârsta pacientului:
 - Atât pacienții diabetici, cât și cei non-diabetici cu BCR și albuminurie <30 mg/24 h a căror TA este constant peste 140/90 mmHg vor fi tratați pentru a menține TA sub aceste valori

- Pentru pacienții diabetici și non-diabetici cu BCR și albuminurie ≥ 30 mg/24 h a căror TA este constant peste 130/80 mmHg se va iniția tratament antihipertensiv pentru a menține TA sub aceste valori
- Inhibitorii enzimei de conversie (IECA) sau inhibitorii de angiotensină II se vor utiliza la pacienții diabetici cu BCR și albuminurie între 30 și 300 mg/24 h
- Pentru o valoare a albuminuriei peste 300 mg/24 h, utilizarea IECA sau a inhibitorilor de angiotensină II se vor folosi atât la pacienții diabetici, cât și la cei non-diabetici
- Nu se recomandă utilizarea concomitentă a IECA și a inhibitorilor de angiotensină II, în scopul de a preveni progresia BCR
- La copiii cu BCR, inițierea tratamentului antihipertensiv se va realiza când TA este constantă peste percentila 90 pentru vârstă, sex și înălțime; în astfel de cazuri se va utiliza IECA sau inhibitori de angiotensină II, indiferent de valoarea proteinuriei.
- Referiri la măsurile igienico-dietetice generale:
 - Întreruperea fumatului
 - Încurajarea exercițiilor fizice aerobe
 - Reducerea masei corporale
 - Reducerea aportului de sodiu sub 100mmol/zi 5. (< 2.5 g sare de bucătărie/zi) în caz de HTA și situații cu retenție hidro-salină
 - Reducerea aportului de etanol ≤ 3 unități/zi (bărbați), respectiv ≤ 2 unități/zi (femei) – (1 unitate conține 8 grame de alcool etilic).
- Dieta hipoproteică:
 - Pentru adulții cu Boală cronică de rinichi în stadiile 1-4, este recomandată o dietă cu 0.75–1.0g proteine/kg/zi
 - Administrarea unei diete hipoproteice (< 0.6 g proteine/kg/zi) poate fi luată în discuție la pacienți în stadiul 5, nedializați, în scopul controlului tulburărilor metabolice și, posibil, al încetinirii modeste a progresiei Bolii cronice de rinichi
 - Diетеle sever hipoproteice suplimentate cu cetoanalogi pot fi utile în amânarea inițierii tratamentului substitutiv renal, la bolnavi selecționați în stadiul 5 al Bolii cronice de rinichi.

Art.4. -Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor sunt următorii:

- a) Procentul pacienților externăți fără scrisori medicale/bilete de ieșire din spital din totalul pacienților externăți în ultimul an calendaristic are valoarea maxim admisă 5% (se aproximează în raport cu rezultatele obținute în urma verificării unei tranșe prestabilite de F.O.C.G.);
- b) Procentul pacienților externăți fără prescripție medicală din totalul pacienților externăți în ultimul an calendaristic are valoarea maxim admisă 5% (se aproximează în raport cu rezultatele obținute în urma verificării unei tranșe prestabilite de F.O.C,G)
- c) Raportul dintre numărul medicilor sancționați pentru lipsa unei prescripții medicale la externarea pacientului și numărul total de medici încadrați în Spital, în ultimul an calendaristic încheiat are valoarea maxim admisă 5%;
- d) Procentul pacienților având BCR monitorizați în compartimentul nefrologie fără includerea în documentele de extrenare a *Planului de monitorizare individualizat a pacienților cu BCR* din totalul pacienților monitorizați pentru BCR în cadrul compartimentului nefrologie, în ultimul an calendaristic încheiat are valoarea maxim admisă 5%.

- e) Procentul pacienților cu BCR monitorizați de medicii de familie, în baza reglementării specifice a spitalului din total pacienți cu BCR aflați în evidența compartimentului de nefrologie, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoarea minim admisă de 95%.

IX.43. Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor

Art.1. Reglementarea procesului de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor are ca principale scopuri:

- a) Implicarea activă a farmacologului/farmacistului clinician în activitatea de prescriere și monitorizare a medicației;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - erori de prescriere a medicamentelor;
 - erori de administrare a medicamentelor;
 - apariția I.A.A.M / E.A.A.A.M.

Art.2. Etapele procesului de monitorizare a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor constau în derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Potrivit prevederilor contractului de administrare, diciziei numire medic șef secție, șeful fiecărei secții medicale ”supervizează conduita terapeutică, avizează tratamentul, prescrierea investigațiilor paraclinice, a indicațiilor operatorii și programului operator pentru pacienții internați în cadrul secției”. Acesta analizează medicamentele prescrise sub formă de denumire comercială de către medicul curant, urmărind:
 - i. identificarea claselor farmacologice din care fac parte medicamentele prescrise;
 - ii. verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor;
 - iii. evaluarea posibilităților apariției interacțiunilor medicamentoase cu consecințe clinice.
- b) În situația în care consideră că sunt erori de prescriere șeful fiecărei secții medicale se consultă cu medicul curant și ia decizia finală privind schema de tratament pentru fiecare pacient.
- c) Condicile de prescripții medicale pregătite pentru eliberare, se introduc în sistemul informatic de gestiune al farmaciei de către asistenții medicali/registratorii medicali, care sunt responsabili de corectitudinea datelor introduse, se tipăresc în 2 (două) exemplare, se parafează de către medicii curanți și/sau medicii șefi de secție și se trimit la farmacie pentru a fi eliberate, se semnează cu TOKEN
- d) În cazul medicamentelor prescrise la contravizită, întreaga responsabilitate aparține medicului curant care are obligația de a parafa condicile de prescripții medicale.
- e) Potrivit prevederilor *O.M.S. 75/2010 pentru aprobarea Regulilor de bună practică farmaceutică*, farmacistul/farmacista din cadrul farmaciei spitalului trebuie să utilizeze toată experiența sa/lor profesională pentru analiza medicamentelor ce se regăsesc în condicile de prescripții medicale, urmărind aceleași aspecte terapeutice ca și medicul șef de secție, precum și unele aspecte sociale, de reglementare și aspecte economice. Această analiză se face prin utilizarea următoarelor mijloace de informare:
 - i. întrebări adresate medicului șef de secție în caz de nelămuriri sau ori de câte ori este nevoie de informații suplimentare;
 - ii. utilizarea materialelor, manualelor științifice existente în biblioteca farmaciei, a reglementărilor în vigoare;
 - iii. informații provenind de la centrele de farmacovigilență, autoritățile competente sau de la producătorii de medicamente.
- f) După verificarea fiecărei condici de prescripție medicală, farmacistul/farmacista are/au obligația de a-și da avizul favorabil înainte de eliberare. În situația constatării unor presupuse erori privind prescrierea medicamentelor, acesta/aceștia ia/iau legătura imediat

- cu medicii prescriptori și, după caz, cu medicii șefi de secție, informându-i despre acest lucru. În urma consultării telefonice dintre aceștia, pot apărea următoarele două situații:
- i. medicul curant/medicul șef de secție este de acord cu ce spune farmacistul, iar condicile de prescripții medicale sunt returnate în secție pentru a fi modificate corespunzător și, apoi, sunt retransmise farmaciei spitalului;
 - ii. medicul curant/medicul șef de secție nu este de acord cu ce spune farmacistul și atunci își asumă responsabilitatea pentru prescripțiile de medicamente pe care le-a parafat, scriind pe condici sintagma: "sic volo" (așa vreau eu).
- g) În mod obligatoriu, farmacistul/farmacista clinician supervizează activitatea de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale special stabilite de Consiliul medical prin proces-verbal de ședință.
- h) Utilizarea medicamentelor se face pe calea și orarul prescrise de medicul curant și aprobate de medicul șef de secție. Asistenții medicali care administrează respectivele medicamente trebuie să cunoască aspectul medicamentelor, proprietățile lor, dozele terapeutice maxime și toxice, indicațiile de administrare, modul de administrare, incompatibilitățile, modul de păstrare, efectul terapeutic, timpul de acțiune, efectele secundare, fenomenele de obișnuință și acumulare, fenomenele de hipersensibilitate. În administrarea medicamentelor, asistenții medicali au obligația de a respecta următoarele reguli:
- i. Respectarea întocmai a medicamentelor prescrise și eliberate. Asistenta confruntă medicamentele prescrise în condicile de medicamente cu cele din F.O.C.G.
 - ii. Medicamentele prescrise și eliberate se identifică după etichetă și forma de prezentare.
 - iii. Se observă integritatea, culoarea, sedimentarea, precipitarea, tulburarea sau opalescența medicamentelor lichide. Medicamentele alterate nu vor fi administrate bolnavilor.
 - iv. Respectarea căilor de administrare se specifică în F.O.C.G. și în registrul de predare a turei. Este necesar să se aibă în vedere că anumite medicamente au căi stricte de administrare, utilizarea pe altă cale putând determina accidente grave: embolie uleioasă, necroza țesuturilor, etc.
 - v. Respectarea dozajului prescris: doza unică și doza pe 24h. Dozele notate în F.O.C.G. trebuie să corespundă cu cele din condicile de prescripții medicale. Odată cu identificarea medicamentelor, se verifică și dozele prescrise. Se respectă orarul de administrare pentru a se evita fenomenele cumulative, intoxicațiilor sau ineficienței.
 - vi. Respectarea somnului – medicamentele se administrează în afara orelor de somn cu excepția medicamentelor cu orar fix de administrare (antibiotice, chimioterapice).
 - vii. Se ține cont de incompatibilitatea medicamentelor astfel încât administrarea lor să nu fie ineficientă sau dăunătoare.
 - viii. Soluțiile injectabile aspirate din fiole/flacoane se injectează imediat, deoarece se pot contamina, iar contactul soluțiilor cu aerul poate scădea eficacitatea medicamentelor. Dacă doza indicată pentru administrare este mai mică decât conținutul fiolei/flaconului, cantitatea rămasă în fiolă/flacon se aruncă.
 - ix. Se respectă ordinea succesivă de administrare a medicamentelor: tablete – soluții – picături – injecții – supozitoare.
 - x. Medicamentele se administrează numai de către asistenta medicală, care solicită ajutorul infirmierei de serviciu dacă întâmpină dificultăți în administrarea medicamentelor (pacienți imobilizați, agitați).
 - xi. Respectarea măsurilor de asepsie și igienă pentru a preveni infecțiile intraspitalicești, după cum urmează: la administrarea parenterală a medicamentelor se păstrează condițiile de asepsie, la administrarea per os se utilizează pahare și veselă individuală, administrarea supozitoarelor se face cu mănuși de unică folosință. Asistenta medicală se va spăla pe mâini înainte de a efectua orice manevră medicală și după fiecare pacient.

- xii. Administrarea medicamentelor se consemnează în planul de îngrijire a pacientului, în partea numită fișa de administrare a medicamentului, în care se consemnează data, ora și semnătura asistentei medicale.
 - xiii. Pentru orice neclaritate care privește administrarea medicamentelor, asistenții medicali au obligația să solicite lămuriri, după caz, medicilor curanți, medicilor de gardă, farmaciștilor sau medicilor șefi de secție.
 - xiv. Modul efectiv de administrare a medicamentelor de către asistenții medicali poate fi monitorizat, după caz, de către asistenții șefi, medicii curanți, medicii din linia de gardă, farmaciștii din farmacia spitalului și de către medicii șefi de secții.
- i) La nivelul Spitalului, un colectiv format din șeful farmaciei, șeful S.P.I.A.A.M. și medicul infecționist elaborează un *"Ghid al bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor"* care se aprobă de către Consiliul medical. În raport cu conținutul acestuia, anual, de regulă în luna decembrie, șeful farmaciei în colaborare cu medicii șefi de secții, prezintă Consiliului medical o *"Analiză periodică a respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor"*. Respectiva analiză se va constitui ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Număr de erori în prescrierea medicamentelor în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
- b) Număr de erori în utilizarea medicamentelor în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
- c) Număr de reclamații ale pacienților din cauza prescrierii și utilizării eronate a unor medicamente în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
- d) Raportul dintre numărul de activități de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale în ultimul an calendaristic încheiat și numărul de evenimente adverse cauzate de erori produse în respectiva activitate, are valoare nulă.

IX.44. Predarea/preluarea pacienților cu suspiciune de boală cronică renală (B.C.R.) de/către medicul nefrolog

Art.1. Reglementarea procesului de predare/preluare a pacienților cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog are ca principale scopuri:

- a) Se face dovada faptului că personalul medical din cadrul Spitalului se preocupă de depistarea pacienților cu boală cronică de rinichi⁷;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o agravarea stării de sănătate a pacientului / deces.

Art.2. Etapele procesului de predare/preluare a pacienților cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul Spitalului, potrivit protocolului de depistare a pacienților cu B.C.R. existent, creatinina, clearance-ul de creatinină și sumarul de urină sunt determinări uzuale la pacienții internați fiind, potrivit deciziei Consiliului medical, analize care fac parte din setul minim de analize care se fac pentru toți pacienții internați în regim de spitalizare continuă. Excepțiile de la această regulă sunt luate prin decizie a Consiliului medical la propunerea șefilor de secții/compartimente cu paturi. În plus, în protocoalele clinice este precizată obligativitatea determinării raportului albumină (proteine)/creatinină în urină

⁷ În continuare: „B.C.R.”

- proaspăt emisă sau albuminurie (proteinurie) în urină din 24 ore, la bolnavii internați cu diabet zaharat, boli cardio-vasculare, HTA, antecedente familiale de BCR (dializă-transplant), indiferent dacă aceste diagnostice de internare sunt principale sau secundare.
- b) Personalul medical din cadrul Laboratorului analize medicale al Spitalului calculează rata filtrării glomerulare (RFG) plecând de la creatinina serică și, în situația că valorile eRFG se încadrează la niveluri critice (RFG < 60 ml/min/1,73 mp se efectuează albumina), aplică prevederile pct. IX.28 „Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor” din prezentul Regulament.
- c) Pacienții cu B.C.R. trebuie îndrumați de către medicii curanți către Cabinetul de nefrologie din Ambulatoriul integrat –în situația în care acesta este încadrat cu medic de specialitate „nefrologie” sau serviciile de nefrologie din alt spital cu care are protocol de colaborare pentru consulturi interclinice sau pentru exprimarea unei „a doua opinii medicale”. Trimiterea pentru astfel de consulturi se realizează în scopul:
- confirmarea diagnosticului de B.C.R.
 - precizarea bolii renale primare
 - stabilirea planului de îngrijire
 - evaluare periodică
- d) Situațiile care impun trimiterea de către medicii curanți la astfel de consulturi sunt următoarele:
- Trimitere imediată - sunt acele situații în care întârzierea inițierii tratamentului (inclusiv prin dializă) poate determina evoluție gravă sau deces
 - Trimiterea de urgență - indică posibilitatea agravării situației clinice în lipsa unui tratament prompt
 - Trimiterea de rutină se adresează situațiilor în care consulturile pot fi planificate
- Această ierarhizare este impusă de capacitatea actuală redusă a serviciilor de nefrologie din România și urmărește evitarea situațiilor în care bolnavii nu au acces, în condiții de siguranță, la servicii specializate. În concluzie, criteriile amintite nu trebuie interpretate ca o limitare a libertății medicilor sau a pacienților de a solicita consultații specializate, în orice moment, indiferent de starea clinică.
- e) Criterii cadru pentru trimiterea pacienților de către medicii curanți la consult de specialitate în specialitatea „nefrologie” sunt următoarele:
- A. Probleme nefrologice, indiferent de eRFG:
- Trimitere imediată pentru:
 - Creștere a concentrației creatininei serice cu 0.3mg/dL sau creștere procentuală a creatininei serice cu mai mult de 50% (1.5 ori) față de valorile anterioare sau o reducere a debitului urinar (oligurie documentată de sub 0.5mL/min pentru mai mult de 6 ore);
 - HTA malignă;
 - Tulburări ale echilibrului hidro-electrolitic (hiperkaliemie >7.0mEq/L, hipokaliemie <2.5 mEq/L, hipercalcemie >1 mg/dL);
 - Tulburări ale echilibrului acido-bazic (acidoză metabolică severă, bicarbonat standard <15mEq/L);
 - Trimitere de urgență pentru bolnavii cu eRFG stabil și:
 - Proteinurie >3000mg/g creatinină urinară și hipoalbuminemie, ±edeme (sindrom nefrotic);
 - Proteinurie >1000mg/g creatinină urinară asociată cu hematurie microscopică (sindrom nefritic);
 - Trimitere de rutină pentru bolnavii cu eRFG stabil și:
 - Proteinurie ≥1+ la testul bandetei reactive (>200mg/g creatinină urinară) asociată sau nu cu hematurie microscopică;
 - Hematurie macroscopică cu evaluare urologică negativă
- B. În raport de eRFG (mL/min/1.73m²):
- Trimitere imediată <15mL/min/1.73m², indiferent dacă sunt prezente manifestări ale uremiei sau nu.

- b. Trimitere de urgență 15-29mL/min/1.73m², dacă BCR nu este cunoscută sau eRFG nu este stabilă
- c. Trimitere de rutină în restul cazurilor.
- C. Trimitere de rutină – la valori de 30-59mL/min/1.73m² dacă se constată:
 - Scădere progresivă a eRFG sau creștere progresivă a concentrației creatininei serice;
 - Prezența hematuriei microscopice;
 - Proteinurie >200mg/g creatinină urinară;
 - Anemie inexplicabilă (Hb<11g/dL), acidoză, kaliemie, calcemie sau fosfatemie anormale;
 - Suspiciune de boală sistemică, de ex. LES;
 - PA „necontrolabilă” (≥150/90mmHg la 3 agenți antihipertensivi).
- D. Trimiterea nu este necesară la valori a eRFG cuprinse între 60-89mL/min/1.73m² dacă nu există vreuna din situațiile de mai sus.
- f) Toate scrisorile medicale eliberate de către medicii curanți pentru pacienții externai cu suspiciune de BCR sau BCR confirmată vor conține în mod obligatoriu indicații de monitorizare TA, raport albumină (proteine)/creatinină urinară în urină proaspăt emisă, creatinină serică (RFG). Respectivul scrisori medicale trebuie însoțite și de următoarele informații minimale obligatorii:
 - i. Anamneză medicală generală
 - ii. Simptomatologie reno-urinară
 - iii. medicație
 - iv. Examen fizic (elemente relevante pozitive - PA, diureză etc.)
 - v. Testul bandelei reactive pentru hematurie și proteinurie
 - vi. Raportul proteinurie/creatininurie, în caz de existență a proteinuriei
 - vii. Hemograma
 - viii. Valorile serice: creatinină, sodiu, potasiu, albumine, calciu, fosfat, colesterol, glicemie
 - ix. Hb A1c (în diabetul zaharat)
 - x. Toate rezultatele anterioare ale creatininemiei
 - xi. Ecografie abdominală, dacă este disponibilă
- g) La nivelul fiecărei secții medicale din cadrul Spitalului funcționează o evidență/registru (conform unui model agreeat de către Consiliul medical) în care vor fi înscrși, prin grija asistentei șefe, toți pacienții cu suspiciune de B.C.R. identificați în urma aplicării de către medicii curanți a protocolului de depistare a pacienților cu B.C.R..

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de predare/preluare a pacienților cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul F.O.C.G. cu sumar de urină consemnat și numărul F.O.C.G. verificate în cadrul misiunilor de audit clinic efectuate în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare de minim 90% conform eșantionării stabilite;
- b) Raportul dintre numărul F.O.C.G. cu creatinină serică determinată și numărul F.O.C.G. verificate în cadrul misiunilor de audit clinic efectuate în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare de minim 90% conform eșantionării stabilite;
- c) Raportul dintre numărul pacienților cu diabet zaharat, boli cardio-vasculare, HTA, antecedente familiale de BCR (dializă/transplant) pentru care s-a consemnat în F.O.C.G. raportul albumină (proteine)/creatinină în urină și numărul de F.O.C.G. verificate în cadrul misiunilor de audit clinic efectuate în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare de minim 90% conform eșantionării stabilite;

IX.45. Prescrierea medicamentelor în limitele competenței specialităților

Art.1. Reglementarea procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea unor reguli clare de prescriere a medicației în spital care să fie cunoscute la nivel de secție și farmacie.
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - prescrierea unor tratamente inadecvate;
 - agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art.2. Etapele procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În înțelesul pct. 22 al art. 699 din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, termenul de „prescripție medicală” presupune „*orice prescripție de medicamente emisă de o persoană calificată în acest sens*”
- b) În legătură cu exercitarea profesiei și în limita competențelor profesionale, medicului nu îi pot fi impuse îngrădiri privind prescripția și recomandările cu caracter medical, avându-se în vedere caracterul umanitar al profesiei de medic, obligația medicului de deosebit respect față de ființa umană și de loialitate față de pacientul său, precum și dreptul medicului de a prescrie și de a recomanda tot ceea ce este necesar din punct de vedere medical pacientului.

Prescrierea medicamentelor de către medicul prescriptor se face cu respectarea protocoalelor terapeutice, elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui CNAS, iar pentru medicamentele care nu au protocol terapeutic, prescrierea se face cu respectarea indicațiilor, dozelor și contraindicațiilor din rezumatul caracteristicilor produsului în limita competenței medicului prescriptor. Protocoalele terapeutice constituie baza de prescriere și monitorizare a medicamentelor care se acordă asiguraților pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Respectarea schemelor terapeutice stabilite conform protocoalelor terapeutice prevăzute în anexele nr. 1 și 2 la *OMS 1301/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe baza de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin H.G. nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare*, este obligatorie pentru medicii aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. (în mai 2021 acest Ordin a fost abrogat și înlocuit de: *OMS 564 din 04.05.2001 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiaza asigurații, cu sau fara contributie personala, pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului nr. 720/2008, si a normelor metodologice privind implementarea acestora, cu modificările și completările ulterioare*).

- c) Inițierea și continuarea tratamentului specific unei afecțiuni de către medicii prescriptori aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate se realizează în limita competențelor profesionale ale fiecărui medic prescriptor cu respectarea prevederilor fiecărui protocol terapeutic. Nerespectarea protocoalelor terapeutice de către medicii prescriptori se sancționează în conformitate cu hotărârile Guvernului de aprobare a Contractului-cadru și a programelor naționale de sănătate, iar contravaloarea medicamentelor astfel prescrise nu se recuperează, dacă asiguratul îndeplinește condițiile de eligibilitate prevăzute în protocoalele terapeutice aprobate prin ordin al ministrului

- sănătății și al președintelui CNAS, de a beneficia de astfel de medicamente la data emiterii prescripției.
- d) Medicamentele se eliberează de către medicii prescriptori cu prescripție medicală, în limitele competențelor profesionale, dacă:
- i. prezintă un pericol direct ori indirect, chiar în cazul utilizării corecte, dacă sunt folosite fără supraveghere medicală; sau
 - ii. sunt utilizate frecvent și în mare măsură incorect și ca atare pot prezenta un pericol direct ori indirect pentru sănătatea umană; sau
 - iii. conțin substanțe ori preparate ale acestora ale căror activitate și/sau reacții adverse necesită investigații aprofundate; sau
 - iv. sunt prescrise în mod normal de medic pentru a fi administrate parenteral.
- e) În cadrul Spitalului, prescrierea medicamentelor se realizează de către medicii prescriptori în limitele competențelor profesionale determinate de:
- i. Specialitatea medicală/specialitățile medicale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmați prin ordin al ministrului sănătății;
 - ii. Gradul profesional / gradele profesionale în care fiecare dintre aceștia este/sunt confirmat/i prin ordin al ministrului sănătății;
 - iii. Confirmarea în grade universitare/didactice/de cercetare potrivit legislației incidente în vigoare;
 - iv. Confirmarea în titluri de "Doctor în medicină";
 - v. Absolvirea unor supraspecializări și obținerea unor atestate de studii complementare/competențe profesionale potrivit legislației incidente în vigoare.
- f) Indiferent de modalitatea de prezentare și internare a pacienților în cadrul S.J.U.D.T.S. , prescrierea medicamentelor de către medicii curanți prescriptori se realizează în limitele competențelor stabilite la lit. f), în raport cu diagnosticul /simptomatologia pentru care a fost internat/tratat pacientul.
- g) Pentru prescrierea și tratarea unor diagnostice secundare/comorbidități altele decât diagnosticul /simptomatologia pentru care a fost internat/tratat pacientul, medicul curant prescriptor aplică pct. IX.35. *"Modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric"* din prezentul Regulament, context în care prescrierea unor medicamente specifice tratamentului respectivelor diagnostice secundare/comorbidități, revine în sarcina exclusivă a medicilor care realizează consulturile interdisciplinare.
- h) Schema de tratament finală se stabilește de către medicul curant care solicită atunci când consideră necesar sprijinul medicilor care au realizat consulturile interdisciplinare, precum și a farmacistului, astfel încât să se elimine riscul unor interacțiuni medicamentoase care pot da reacții adverse și/sau ar putea pune în pericol sănătatea/viața pacientului. În mod obligatoriu la stabilirea schemei de tratament finală, medicul curant prescriptor va ține seama inclusiv de o eventuală schemă de tratament preexistentă, pe care pacientul o urmează la momentul inițial al internării.
- i) Medicii șefi de secție au obligația de a verifica zilnic prescrierea tratamentului medicamentos pacienților internați în secție, inclusiv a celor internați în timpul gărzii și să ia măsuri adecvate, după caz, pentru fiecare situație care comportă depășirea competențelor profesionale.
- j) Potrivit prevederilor regulilor de bună practică farmaceutică, farmacistul trebuie să încurajeze o prescriere rațională și să promoveze utilizarea corespunzătoare a medicamentelor, inclusiv în scopul evitării automedicației de către pacienți. Potrivit aceluiași reguli farmacistul trebuie să utilizeze toată experiența sa profesională pentru evaluarea prescripției medicale în ceea ce privește:
- i. toate aspectele terapeutice (farmaceutice și farmacologice);
 - ii. adaptarea sa la persoana în cauză;
 - iii. contraindicațiile și interacțiunile medicamentelor conținute;
 - iv. unele aspecte sociale, de reglementare și, de asemenea, unele aspecte economice.

- k) Situațiile de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în Spital sunt analizate la nivelul Consiliului medical în baza informărilor realizate de către șefii de secții medicale ori farmacistul/farmacisții din cadrul spitalului atunci când se constată astfel de situații.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de prescriere a medicamentelor în limitele competenței specialităților sunt următorii:

- a) Numărul de informări ale Consiliului medical realizate de către șefii fiecărei secții medicale din cadrul spitalului cu privire la situațiile de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în Spital este în raport direct cu numărul total de pacienți în situația cărora a fost depășită această competență, în ultimul an calendaristic încheiat;
- b) Numărul de informări ale Consiliului medical realizate de către farmacistul/ farmaciștii din cadrul spitalului cu privire la situațiile de depășire a competențelor profesionale de către medicii curanți în prescrierea tratamentului medicamentos indicat pacienților internați în Spital este în raport direct cu numărul total de pacienți în situația cărora a fost depășită această competență, în ultimul an calendaristic încheiat;

IX.46. Modul de respectare a intimității pacientului

Art.1. Reglementarea procesului de respectare a intimității pacientului are ca principale scopuri:

- a) Asigură respectarea prevederilor normative incidente în vigoare care privesc drepturile la intimitate a pacientului (pe tot timpul perioadei de spitalizare și a îngrijirilor acordate);
- b) Dispune în sarcina personalului Spitalului obligația privind dreptul pacienților la respect ca persoane umane, fără nici o discriminare;
- c) Asigură păstrarea confidențialității tuturor informațiilor privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale chiar și după decesul acestuia;
- d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o Acționarea în instanță a spitalului în contextul nerespectării unora dintre drepturile pacientului instituite prin lege;
 - o Potențiale reclamații ale pacienților/vizitatorilor/aparținătorilor;
 - o Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

Art.2. (1) În cadrul Spitalului, pe parcursul perioadei de spitalizare, respectarea intimității pacientului presupune derularea de către întregul personal implicat în îngrijirea pacienților a următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Izolarea vizuală a pacientului prin utilizarea în mod uzual de paravane mobile/perdele în spații de consult, de tratament, saloane etc.;
- b) Utilizarea de saloane cu un număr cât mai redus de paturi în care se asigură internarea separată a pacienților funcție de sexul acestora;
- c) Utilizarea după caz a unui sistem de semnalizare luminoasă sau a unei alte modalități funcționale de blocare a accesului în timpul consultației, efectuării unei investigații sau a unei proceduri medicale;
- d) Utilizarea spațiilor amenajate special pentru consultații individuale, existente la nivelul serviciului de urgență al spitalului;
- e) Utilizarea de cabine de duș compartimentate;
- f) Utilizarea de cabine WC pentru persoane cu handicap în măsura existenței acestora pe fiecare secție;
- g) Utilizarea de cabine/spații echipare/dezechipare pacienți delimitate (ușă, paravane, perdele), inclusiv în incinta blocului operator.
- h) Utilizarea de lenjerie de unică folosință (halate, chiloți) pentru pacienții care urmează să sufere intervenții chirurgicale în blocul operator.

- (2) Modalitățile de asigurare a intimității pacienților în raport cu persoanele neautorizate este reglementat la pct. IX.12. *”Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate”* din prezentul Regulament.
- (3) Asigurarea intimității pacienților în relația acestora cu mass-media, se realizează potrivit pct. IX.19. *„Accesul mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia”* din prezentul Regulament.
- (4) Pentru asigurarea intimității pacienților implicați în procesul de învățământ medical, personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului aplică în mod obligatoriu prevederile pct. IX.39 *”Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale”* din prezentul Regulament.
- (5) Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia. Informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres.
- (6) Personalului medico-sanitar implicat în activitatea de asistență medicală îi este interzis orice amestec în viața privată, familială a pacientului, cu excepția cazurilor în care această imixtiune influențează pozitiv diagnosticul, tratamentul ori îngrijirile acordate și numai cu consimțământul pacientului.

Art.3. Indicatorii de eficiență și eficacitate a procesului de respectare a intimității pacientului sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul de cabine WC pentru persoane cu handicap și numărul de secții medicale, are valoare egală sau mai mare decât 1;
- b) Raportul dintre numărul de saloane cu 1–2 paturi și număr saloane cu 3-6 paturi, prevăzute cu grup sanitar propriu pe fiecare secție și numărul total de saloane pe fiecare secție, are valoare de minim 70%;
- c) Raportul dintre numărul de cabine de duș cu uși pe secțiile cu spitalizare continuă per numărul de saloane existente pe fiecare secție este de minim 50%;
- d) Gradul de asigurare cu paravane mobile existente și utilizate în fiecare din structurile medicale (inclusiv blocul operator) ale spitalului raportat la numărul de situații care au impus în ultimul an calendaristic încheiat utilizarea acestor paravane, are valoare admisă egală cu 100%;
- e) Numărul de reclamații ale pacienților/vizitatorilor/apartinătorilor referitoare la respectarea intimității pacientului, are valoare maximă admisă de 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

IX.47. Asigurarea accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate

Art.1. Reglementarea procesului de asigurare a accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea dreptului garantat la asistența medicală a persoanelor private de libertate (aflate în perioada de detenție sau arest preventiv);
- b) Descrierea modalității în care personalul medical din cadrul Spitalului furnizează asistență medicală pacienților privați de libertate;
- c) Asigurarea de către spital a condițiilor de securitate a personalului medical și a celorlalți pacienți ai spitalului, în timpul acordării asistenței medicale pacienților privați de libertate.
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - agravarea stării de sănătate a persoanelor private de libertate;
 - incidente de securitate legate de acordarea asistenței medicale pacienților privați de libertate;
 - acționarea în instanță a instituției cu impact negativ în mass-media..

Art.2. (1) Dreptul la asistență medicală al persoanelor private de libertate este garantat. Persoanele private de libertate beneficiază în mod gratuit de asistență medicală și de medicamente, în condițiile legale. Serviciile de asistență medicală și medicamentele sunt asigurate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, din fondurile unităților din sistemul administrației penitenciare, aprobate cu această destinație, și din alte surse, potrivit legii. De asigurarea stării de sănătate a persoanelor private de libertate sunt responsabile administrația penitenciară și structurile sanitare publice, inclusiv Spitalului, în baza relațiilor contractuale pe care le au cu o casele de asigurări de sănătate.

(2) Persoanele private de libertate, care se adresează Spitalului în calitate de pacienți, pentru diferite afecțiuni acute sau cronice, beneficiază de aceleași drepturi și obligații ca ale celorlalți pacienți.

(3) Pacienții privați de libertate beneficiază de asistență medicală în cadrul Spitalului în serviciul de urgență al spitalului, secțiile și compartimentele medicale, cabinetele medicale din cadrul Ambulatoriului integrat, structura de spitalizare de zi, Laboratorul clinic de radiologie și imagistică medicală și Laboratorul de analize medicale.

Art.3. În cursul spitalizării se acordă servicii medicale preventive, curative, de recuperare și/sau paliative. Etapele procesului de asigurare a accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Prezentarea pacienților privați de libertate: Aceștia vor fi aduși la consultații de specialitate la indicațiile și cu mijloacele de transport stabilite de către medicul instituției care deține custodia acestora. Acești pacienți vor fi însoțiți de către personal de pază aparținând instituției care trimite pacientul. Personalul care însoțește pacientul poartă întreaga responsabilitate privind securitatea pacienților, având obligația de a asigura în același timp protecția personalului medico-sanitar și auxiliar sanitar din cadrul Spitalului (care intră în contact cu respectivul pacient), precum și de a sprijini comunicarea acestuia cu pacientul. Pacienții vor fi prezentați împreună cu documentația medicală necesară consultului medical și eventual a internării acestora (bilet de trimitere, documente medicale care fac dovada istoricului bolii etc.). **Intervențiile medicale se efectuează numai cu acordul persoanei private de libertate.**

b) Primirea și managementul pacienților cu afecțiuni cronice: Consulturile de specialitate pentru pacienții cu afecțiuni cronice se efectuează în cabinetele medicale din cadrul Ambulatoriului integrat al spitalului, în timpul programului normal de funcționare al acestuia, pe baza programărilor prealabile efectuate de către personalul medical al instituției care deține custodia pacienților. Atunci când este cazul, investigațiile paraclinice (imagistice, biologice) indicate pentru acești pacienți se vor efectua prin laboratoarele spitalului în regim ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Responsabilitatea privind prezentarea pacienților la data și ora programării revine instituției care trimite pacienții la respectivele consultații.

c) Primirea și managementul pacienților cu afecțiuni acute sau cronice acutizate: Aceasta se realizează în cadrul serviciului de urgență al spitalului al Spitalului în regim permanent. În eventualitatea în care patologia pacienților depășește competența sau sfera de specialitate a personalului medical din cadrul Spitalului, pacienții vor fi redirecționați, direct sau după stabilizarea funcțiilor vitale, către unitățile sanitare competente pentru soluționarea cazului. Transferul pacienților privați de libertate către alte unități sanitare se va efectua fie cu mijloace de transport aparținând instituției care deține custodia pacienților, fie cu echipaje ale serviciului județean de ambulanță, atunci când starea pacientului necesită asistență medicală pe durata transportului. Modalitatea și mijlocul de transport adecvat vor fi stabilite de către medicul de gardă din cadrul serviciului de urgență al spitalului al Spitalului.

d) Internarea pacienților:

i. Pacienții privați de libertate vor fi internați în Spital atunci când starea lor de sănătate necesită tratament medical/chirurgical de urgență care depășește ca limită de timp durata unei internări de zi/ staționării în serviciul de urgență al spitalului Pacienții cu afecțiuni cronice/subacute a căror internare poate fi temporizată fără a

- pune în pericol viața sau sănătatea pacientului, vor fi redirecționați către unitățile sanitare din rețeaua sistemului penitenciar.
- ii. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă a persoanelor private de libertate se acordă în baza biletului de internare, la recomandarea medicului specialist, prin decizie a organului judiciar, sau a oricărei urgențe medico-chirurgicale. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic și se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:
- urgențe medico-chirurgicale și situațiile în care este pusă în pericol viața persoanei private de libertate sau care prezintă acest potențial, ce necesită supraveghere medicală continuă;
 - boli cu potențial endemoepidemic care necesită izolare și tratament;
 - bolnavi aflați sub incidența art. 109, 110, 124 și 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările și completările ulterioare și art. 184 din Legea nr.135/2010 – CODUL DE PROCEDURA PENALA precum și ale Ord. Guvernului nr.1/2000 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală;
 - afecțiuni pentru care diagnosticul și/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi.
- iii. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare de zi se acordă de către medicul curant, în baza unui bilet de trimitere, în conformitate cu prevederile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia. Asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare de zi cuprinde îngrijiri de tip acut și îngrijiri de tip cronic și se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:
- urgențe medico-chirurgicale ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condițiile stabilite în norme, doar în unitățile sanitare cu paturi care acordă și asistența medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă;
 - diagnosticul nu poate fi stabilit și tratamentul nu poate fi efectuat și/sau monitorizat în ambulatoriu;
 - afecțiunile care pot fi diagnosticate și tratate în regim de spitalizare de zi: cele prevăzute în normele de aplicare a contractului cadru aprobate pentru anul în curs
- iv. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice în baza unui bilet de trimitere, în conformitate cu prevederile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia. Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice cuprinde:
- servicii medicale – consultații pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală;
 - servicii medicale curative – consultații pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale bolilor cronice;
 - servicii medicale curative – consultații pentru afecțiuni cronice;
 - depistarea de boli cu potenția endemoepidemică;
 - servicii de planificare familială;
 - servicii diagnostice și terapeutice;
 - servicii de sănătate conexe actului medical;
 - servicii de supraveghere a sarcinii și lehoziei.
- v. În cazul internării pacienților privați de libertate în Spitalului, se vor asigura următoarele condiții, ținând cont de reglementările privind paza acestor pacienți, care prevăd că în afara sistemului penitenciar deținutul trebuie să fie imobilizat în cătușe și supravegheat de cel puțin un gardian:
- În măsura posibilităților acești pacienți vor fi internați singuri într-o rezervă separată, sub supravegherea permanentă a personalului spitalului care deține

- custodia acestor pacienți. Personalului de pază i se va permite accesul în imediata vecinătate a pacientului, în funcție de procedurile medicale desfășurate.
- Dacă nu se pot asigura condițiile de mai sus, pacienții vor fi internați, sub supravegherea permanentă a personalului spitalului care deține custodia acestor pacienți, într-un salon cu cât mai puțini pacienți posibil.
 - În cazul în care pacientul necesită internarea în A.T.I. se va asigura ținuta de protecție specifică pentru una dintre persoanele care trebuie să supravegheze permanent deținutul;
- vi. Persoanele private de libertate pot solicita contra cost orice alt serviciu care nu este asigurat gratuit. Persoanele private de libertate cu vârsta de peste 18 ani au dreptul să refuze o intervenție medicală, asumându-și în scris răspunderea pentru deciziile lor; consecințele refuzului sau ale întreruperii actelor medicale sunt explicate pacientului. În cazul în care pacientul necesită o intervenție medicală de urgență consimântul acestuia nu mai este necesar.
 - vii. Nicio persoană privată de libertate nu poate fi supusă, nici chiar cu consimțământul său, vreunui experiment științific sau medical. Pe parcursul executării pedepsei privative de libertate, persoanele private de libertate nu pot fi donatoare de sânge sau de organe decât pentru membrii de familie până la gradul al IV-lea.
 - viii. În cazul în care la examenul medical se constată că persoana privată de libertate prezintă semne de violență sau declară că a fost supusă la rele tratamente, medicul are obligația de a consemna în fișa medicală cele constatate și de a anunța ofiterul de serviciu din cadrul IPJ Mehedinti
 - ix. În cazul decesului unei persoane private de libertate, personalul medico-sanitar informează directorul penitenciarului și Direcția medicală din cadrul Administrației Naționale a Penitenciarelor în ceea ce privește împrejurările producerii acestuia, cu respectarea reglementărilor incidente aplicabile în Spital. Autopsia medico-legală este obligatorie și se efectuează de către medicul legist care întocmește și certificatul constatator al morții. În termen de 24 de ore se înaintează Direcției Medicale din cadrul Administrației Naționale a Penitenciarelor un referat medical privind modul în care s-a produs decesul și îngrijirile medicale acordate anterior decesului.
- e) Externarea pacienților:
- i. După rezolvarea situațiilor de urgență și stabilizarea pacienților privați de libertate, externarea acestora se poate realiza fie către instituția care deține custodia lor, fie către o altă unitate sanitară (din sistemul penitenciar sau din rețeaua Ministerului Sănătății) în funcție de nivelul sau tipul îngrijirilor medicale necesare în continuare. În situațiile în care recuperarea completă necesită internare de lungă durată, medicul curant – sprijinit de către direcția medicală din cadrul ANP - va contacta instituțiile abilitate și va demara procedurile pentru transferul pacientului către o altă unitate sanitară (din sistemul penitenciar sau din rețeaua Ministerului Sănătății).
 - ii. Externarea/transferul pacientului privat de libertate se va realiza după înștiințarea în prealabil a unității care deține custodia acestuia, cu minim 24 ore înainte de efectuarea propriu-zisă a externării, responsabil.
- f) La externare pacienții vor fi însoțiți de documentele medicale necesare (bilet de ieșire din spital, scrisoare medicală, prescripții medicale) care se vor completa de către medicii curanți ai acestora și care vor conține în mod obligatoriu date privind tratamentele efectuate și recomandări privind tratamentul, condițiile de viață și regimul igienico-dietetic după externare, precum și graficul de supraveghere medicală postexternare.

Art.4. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de asigurare a accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate sunt următorii:

- a) Numărul de pacienți privați de libertate pentru care s-au transmis solicitări de programare asistență medicală în cadrul Spitalului, în ultimul an calendaristic încheiat este direct proporțional cu numărul solicitărilor onorate de programare pentru această categorie de pacienți;

- b) Există o evidență la zi a pacienților privați de libertate internați prin C.G./C.P.U. din totalul pacienților internați în spital, în ultimul an calendaristic încheiat;
- c) Numărul de incidente cauzate de pacienții privați de libertate din totalul incidentelor produse la nivelul Spitalului, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților privați de libertate pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
- d) Numărul de reclamații cauzate de neasigurarea de către personalul medico-sanitar al Spitalului a drepturilor de asistență medicală pentru pacienții privați de libertate, în ultimul an calendaristic încheiat, indiferent de numărul de astfel de pacienți pentru care s-a acordat asistență medicală, are valoare egală cu 0(zero).

IX.48. Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale

Art.1. Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale are ca principale scopuri:

- a) Descrie modalitatea implicării personalului spitalului în rezolvarea cazurilor sociale care pot afecta procesul de îngrijire;
- b) Asigurarea furnizării de asistență medicală pacienților cu probleme sociale;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o agravarea stării de sănătate a persoanelor cu probleme sociale / deces;
 - o deficit de imagine în mass-media;
 - o acționarea în instanță.

Art.2. (1) Dreptul la asistență medicală al persoanelor cu probleme sociale este garantat. Persoanele cu probleme sociale beneficiază în mod gratuit de asistență medicală și de medicamente, în condițiile legale. Serviciile de asistență medicală și medicamentele sunt asigurate din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și din alte surse, potrivit legii.

- (2) Persoanele cu probleme sociale, care se adresează Spitalului în calitate de pacienți, pentru diferite afecțiuni acute sau cronice, beneficiază de aceleași drepturi și obligații ca ale celorlalți pacienți.

Art.3. În cursul spitalizării pacienților cu probleme sociale se acordă, după caz, servicii medicale preventive, curative, de recuperare și/sau paliative. Asigurarea asistenței medicale pentru cazurile cu probleme sociale presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În momentul prezentării la U.P.U. a unui pacient cu probleme sociale - care pot afecta rezultatul îngrijirilor medicale, persoana care întocmește foaia de observație anunță medicul de gardă, care, la rândul său, anunță pe unul dintre asistentii sociali din spital despre prezența unei astfel de persoane.
- b) Asistentul social anunțat întocmește o fișă a pacientului cu probleme sociale, în care înscrie date referitoare la nume, prenume, documentele pe care le are asupra sa, date despre familie, rude, prieteni sau orice altă persoană de contact cu care se poate lua legătura.
- c) În cazul în care pacientul cu probleme sociale nu-și poate dovedi identitatea cu documente, medicul de gardă împreună cu psihologul solicită ajutorul poliției în vederea identificării respectivului pacient.
- d) Dacă identitatea pacientului cu probleme sociale a fost stabilită, medicul de gardă împreună cu asistentul social încearcă contactarea unui membru al familiei sau a unei rude apropiate a respectivului pacient, verificându-se cu această ocazie dacă acesta are calitatea de asigurat al F.N.U.A.S.S.
- e) În cazul în care nici un aparținător nu poate fi localizat, se înștiințează inițial telefonic, apoi printr-un raport scris, Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului, aceasta având obligația instituită de prevederile normative în vigoare de a asigura măsurile necesare pentru protecția în regim de urgență a persoanei adulte aflate în nevoie,

inclusiv prin organizarea și asigurarea funcționării în structura proprie a unor centre specializate.

- f) În paralel cu activitățile de identificare a pacientului cu probleme sociale, a rudelor/apartinătorilor acestuia și de contactare a autorităților cu responsabilități în acest sens, personalul medico-sanitar din cadrul serviciului de urgență a spitalului asigură serviciile de asistență medicală de specialitate necesare respectivului pacient, funcție de necesitățile impuse de starea de sănătate a acestuia. Concomitent cu furnizarea tratamentului medical se asigură servicii psihologice de suport, până la preluarea pacientului de către persoana desemnată din cadrul serviciului de asistență socială. **Intervențiile medicale se efectuează numai cu acordul pacientului cu probleme sociale.**
- g) În situația în care la data prezentării în serviciul de urgență a spitalului a unui pacient cu probleme sociale Spitalului are încheiat și este în vigoare un parteneriat/protocol de colaborare cu servicii de asistență socială în vederea asigurării continuității îngrijirilor pentru persoane cu probleme sociale, medicul de gardă/curant împreună cu asistentul social, aplică prevederile respectivului parteneriat/protocol de colaborare.
- h) La externare pacienții cu probleme sociale vor fi însoțiți de documentele medicale necesare (bilet de ieșire din spital, scrisoare medicală, prescripții medicale) care se vor completa de către medicii curanți ai acestora și care vor conține în mod obligatoriu date privind tratamentele efectuate și recomandări privind tratamentul, condițiile de viață și regimul igienico-dietetic după externare, precum și graficul de supraveghere medicală postexternare

Art.4. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de rezolvare a cazurilor sociale:

- a) Există o evidență la zi a persoanelor cu probleme sociale care s-au adresat spitalului din numărul total al pacienților, în ultimul an calendaristic încheiat
- b) Există o evidență la zi a persoanelor cu probleme sociale care s-au adresat spitalului preluate de serviciul de asistență socială, în ultimul an calendaristic încheiat.

IX.49. Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice

Art.1. Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice are ca principale scopuri:

- a) Stabilește traseul pacientului⁸ în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia;
- b) Dispune în sarcina personalului spitalului responsabilități privind asigurarea continuității asistenței psihologice pentru copii după externare;
- c) Facilitează analiza principalelor modificări comportamentale induse pacienților de boala somatică;
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- generarea de costuri cauzate de noncalitate (întârziere în punerea diagnosticului, neînțelegerea diagnosticului de către pacient, lipsa de complianță la tratament și/sau regim igienico-sanitar);
 - timp prelungit pentru stabilirea conduitei terapeutice și prelungirea duratei de spitalizare;
 - confuzie care poate duce la E.A.A.A.M., inclusiv decesul pacientului.

⁸ Pacient - se înțelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate. În cadrul spitalului se acordă servicii medicale pacienților din toate categoriile de vârstă, în limita specialităților medicale existente în cadrul spitalului. Nu se acordă servicii medicale copiilor care au nevoie de asistență medicală în următoarele specialități medicale: Cardiologie pediatrică; Gastroenterologie pediatrică; Nefrologie pediatrică; Neurologie pediatrică; Oncologie și hematologie pediatrică; Pediatrie; Pneumologie pediatrică; Psihiatrie pediatrică; Chirurgie pediatrică; Ortopedie pediatrică.

Art.2. Modalitatea de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Imediat după internarea pacienților, medicii curanți efectuează anamneza fiecăruia dintre aceștia, având obligația de a observa și consemna în F.O.C.G. particularitățile psihocomportamentale și socioeconomice decelate ale pacientului, care pot afecta rezultatul îngrijirilor medicale.
- b) În realizarea planului de management pentru fiecare dintre pacienții tratați, medicii curanți trebuie să țină seama că traseul pacienților cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice este necesar să fie stabilit ținând seama de acestea. Particularitățile psihocomportamentale care pot fi considerate de interes la pacienții internați sunt acele modificări comportamentale, cognitive și afective, preexistente sau apărute pe parcursul internării, care interferează cu actul medical generând efecte negative asupra sănătății pacientului, sau/și a personalului de îngrijire cum ar fi:
 - i. refuzul de a efectua anumite proceduri medicale indicate de medic,
 - ii. dificultăți de înțelegere a recomandărilor medicale,
 - iii. noncompliance la tratament,
 - iv. autoagresiune,
 - v. ideea suicidară,
 - vi. heteroagresivitate etc.
- c) Semnalarea fiecăruia dintre cazurile cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice se face de către medicul curant, care va solicita în scris, în FOCG/FSZ/Fișă urgență și va anunța verbal psihologul arondat secției, în cel mai scurt timp (în funcție de gravitatea situației) despre necesitatea unei evaluări psihocomportamentale și socioeconomice.
- d) Psihologul programează pacientul pentru ședința de evaluare luând în considerare gravitatea situației. Astfel, în caz de urgență (ideea suicidară și/sau agresivitate) ședința de evaluare va fi programată astfel încât să se desfășoare în cel mai scurt timp posibil, iar programarea cazurilor care nu prezintă o urgență se va face în funcție de locurile disponibile în program pentru restul situațiilor.
- e) Modalitatea de asigurare a evaluării psihologice de către psiholog presupune parcurgerea următoarelor etape:
 - i. Medicul curant comunică pacientului locul, data și ora întâlnirii convenită cu psihologul;
 - ii. Evaluarea psihologică are loc în cabinetul de psihologie sau în salonul în care este cazat pacientul dacă acesta este nedeplasabil. Pentru pacienții cu vârsta mai mică de 18 ani, aceștia vor fi însoțiți de părinte/tutore/reprezentant legal;
 - iii. Psihologul solicită acordul scris pentru fiecare ședință de evaluare psihologică și pentru ca rezultatele să fie aduse la cunoștința medicului curant, pacientul completând în acest sens un formular de *"Acord liber consimțit privind evaluarea psihologică a pacientului"*, potrivit modelului prevăzut de **Anexa nr. 8 la prezentul Regulament**. Formularul/formularele de acord semnat/e de pacient/părinte/tutore/reprezentant legal al acestuia este/sunt atașat/e ulterior la FOCG/FSZ/Fișă urgență.
 - iv. Excepție de la obținerea acordului scris pot fi situațiile în care pacientul prezintă anumite particularități psihocomportamentale care atrag după sine o comunicare dificilă și pun în pericol propria integritate și/sau a terților. În acest caz se face asistență psihologică fără obținerea acordului scris și/sau verbal în prezența medicului curant.
 - v. În situația în care starea pacientului depășește competența psihologului se redirecționează cazul spre medicul psihiatru.

- vi. Evaluarea/asistența psihologică a pacientului se realizează de către psiholog asigurându-se dreptul la intimitate, respectarea confidențialității datelor și informațiilor cu caracter personal.
- f) În evaluarea/asistența psihologică realizată psihologul va lua în considerare situația socioeconomică a pacientului (aceasta putând fi un factor agravant/acutizant a comportamentului psihocomportamental), îndeosebi elemente care privesc:
 - i. Mediu de proveniență (urban / rural)
 - ii. Comportamente ale populației în raport cu anumiți factori (consum de alcool, tutun, droguri etc, sedentarism s.a.)
 - iii. Stare socio-economică (grad de sărăcie, nivel educațional etc)
 - iv. Caracteristici de comunitate (traiful pacientului în comunități defavorizate, persoane instituționalizate, apartenența pacientului la anumite comunități religioase)
- g) În urma evaluării/asistenței psihologice realizată psihologul elaborează un răspuns aferent fiecărei ședințe de evaluare psihologică care se înscrie în ”*Raportul de psihodiagnostic și evaluare clinică*” (conform modelului prevăzut în **Anexa nr. 9 la prezentul Regulament**) care se atașează la FOCG/FSZ/Fișă urgență alături de semnătura și parafa psihologului evaluator.
- h) Asistența psihologică în cadrul spitalului se realizează pe 3 (trei) paliere după cum urmează:
 - i. Asistență psihologică desfășurată în una sau mai multe ședințe, asigurată pacienților internați în spital,
 - ii. Asistență psihologică asociată cu evaluare și tratament psihiatric oferite de medicul psihiatru din spital, pentru pacienții cu vârsta peste 18 ani.
 - iii. Evaluare psihologică inițială cu redirecționarea cazului spre medicul psihiatru încadrat în cadrul spitalului. Pacienții minori pentru care se constată necesitatea unui consult în specialitatea psihiatrie pediatrică vor fi redirecționați către un medic de proximitate confirmat în respective specialitate..
- i) În mod obligatoriu psihologii spitalului vor recomanda acordarea asistenței psihologice pentru pacienții minori și după externarea acestora din spital, în toate situațiile în care se constată această necesitate. Recomandarea va fi menționată în documentele medicale la externare (scrisoare medicală, bilet de externare). Acordarea asistenței psihologice după externare, pentru pacienții minori se poate realiza în următoarele variante:
 - i. Asistență psihologică în cadrul cabinetului de psihologie a ambulatoriului integrat al spitalului
 - ii. La solicitarea aparținătorilor psihologul spitalului va recomanda asigurarea asistenței psihologice de către psihologi de proximitate.
- j) În mod obligatoriu recomandările înscrise de psiholog în ”*Raportul de psihodiagnostic și evaluare clinică*” vor fi avute în vedere de către medicul curant în realizarea planului de management al cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice.
- k) Funcție de evoluția avută pe timpul internării de către fiecare dintre pacienții cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice și de răspunsul acestora la ședințele de evaluare/asistență psihologică, psihologii vor preciza în ”*Raportul de psihodiagnostic și evaluare clinică*” eventuale recomandări pentru asigurarea continuității asistenței psihologice pentru toți pacienții, după externare.
- l) Semestrial psihologul din cadrul spitalului va înainta într-o primă etapă Consiliului medical o ”*Analiză semestrială a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice*” iar eventualele propuneri de măsuri adoptate în consecință vor fi transmise, după caz, Comitetului director al spitalului. Respectiva analiză se va constitui ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Numărul de E.A.A.A.M. în ultimul an calendaristic cauzate de erori de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socio-economice are valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților care reprezintă astfel de cazuri;

- b) Numărul de solicitări scrise în FOCG/FSZ/Fișă urgență ale medicilor curanți prin care aceștia semnaleză fiecare dintre cazurile cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice este în raport direct cu numărul de astfel de cazuri preluate efectiv de către psihologi în ultimul an calendaristic încheiat;

IX.50. Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament

Art.1. Reglementarea accesului la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament are ca principale scopuri:

- a) Stabilește responsabilități prin care se asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea documentelor, informațiilor și înregistrărilor medicale;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- o Incidente de securitate care privesc compromiterea deteriorarea, copierea sau alterarea datelor medicale cu caracter personal ale pacienților.

Art.2. Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul Spitalului pacienții se pot interna în regim de spitalizare continuă sau regim de spitalizare de zi, prin biroul internării sau prin serviciul de urgență al spitalului situație în care se emite o F.O.C.G./F.S.Z.Fișă de urgență, după caz. În această situație accesul la respectivele documente medicale îl au, după caz – funcțiile de compartimentul în care se emit respectivele documente medicale, operatorii care emit respectivele documente / serviciul de urgență al spitalului, medicul de gardă și asistenții medicali din serviciul de urgență al spitalului care realizează triajul precum și care acordă îngrijiri, după caz. În această situație accesul la documentele medicale se limitează la completarea datelor inițiale necesare internării propriu-zise a pacienților în cadrul Spitalului.
- b) În situația prezentării în urgență a pacienților se întocmește o Fișă urgență la care are acces registratorul medical, medicul de gardă și asistenții medicali din serviciul de urgență al spitalului care realizează triajul precum și care acordă îngrijiri după caz, precum și medicii care realizează consulturile interdisciplinare. În această situație accesul la Fișa urgență a fiecărei categorii profesionale anterior menționate este limitată de competențele pe care le au în raport cu pacientul precum și de atribuțiile înscrise în fișele de post. **Fișele urgență emise în serviciul de urgență al spitalului precum și celelalte documente medicale cu care se prezintă pacienții în respectivul serviciu se păstrează pe timpul procesului de evaluare și/sau tratament al acestora în spații/dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine.**
- c) Pacienții care urmează să fie internați în regim de spitalizare continuă/de zi sunt însoțiți în structurile medicale cărora li se adresează, de către personal nominalizat anual din cadrul fiecărei structuri medicale. Respectivul personal răspunde de integritatea documentelor medicale pe timpul însoțirii pacienților până în structurile medicale în care aceștia se internează. La prezentarea în structurile medicale, personalul care însoțește pacienții are obligația de a preda documentele medicale asistentei medicale de salon/asistentei șefe/medicului curant/medicului de garda. Respectivul documente medicale sunt înregistrate la nivelul structurilor medicale în registre de evidență dedicate acestui scop.
- d) **Pe toată durata internării în regim continuu/de zi a pacienților, documentele medicale ale pacienților sunt păstrate la nivelul structurilor medicale în care aceștia sunt internați, în spații/dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine.** Accesul la respectivele documente este permis, după caz, următoarelor categorii de personal:

- i. Șefii de structuri medicale – au responsabilitatea verificării modului de completare a documentelor medicale;
 - ii. Medicii curanți – care au obligația de a înscrie, funcție de cazuistică, anamneza, tabloul clinic, investigații și rezultatele acestora, diagnostice, tratamentul (igieno-dietetic, etiologic, patogenetic, simptomatic, chirurgical, de urgență), prescripții/recomandări pe timpul internării/după externare etc.;
 - iii. Medicii care efectuează consulturi interdisciplinare – conform prevederilor pct. IX.35. *”Modalitatea de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric”* din prezentul Regulament;
 - iv. Medicii din serviciile paraclinice – în limita solicitărilor medicilor curanți;
 - v. Medici care exprimă ”o a doua opinie medicală” - se realizează la solicitarea pacienților, prin aplicarea prevederilor pct. IX.8 *”Modalitatea în care pacientul poate solicita ”a doua opinie medicală” altor medici angajați ai spitalului precum și din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate și în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate”* din prezentul Regulament.
 - vi. Fiziokinetoterapeuții – înscrierile acestora în documentele medicale se realizează în limitele îngrijirilor efectuate potrivit competențelor profesionale avute;
 - vii. Psihologii – se realizează la solicitarea medicilor curanți, prin aplicarea prevederilor pct. IX.49 *”Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice”* din prezentul Regulament;
 - viii. Asistenții medicali – completează planurile de îngrijiri. Completarea de către aceștia și a altor înscrisuri în F.O.C.G./F.S.Z. se realizează numai în situația delegării acestei responsabilități de către medicii curanți. Responsabilitatea respectivelor înscrisuri efectuate de către asistenții medicali în F.O.C.G./F.S.Z revine exclusiv în sarcina medicilor curanți, care au obligația ca în această situație să verifice aceste înscrisuri, să aplice parafa și să le semneze.
 - ix. Infirmerii – completează după caz date din planul de mobilizare a pacientului;
 - x. Registratori medicali - culeg din documentele medicale informații necesare întocmirii condicilor de medicamente, decontului de materiale sanitare și informații privind procedurile medicale efectuate în sala de operație și terapie intensivă.
 - xi. Personalul medico-sanitar care însoțește pacienții la consulturi interdisciplinare sau analize paraclinice răspunde de integritatea documentelor medicale pe timpul însoțirii pacienților. La înapoierea în structurile medicale, personalul care însoțește pacienții are obligația de a preda documentele medicale asistentei șefe sau medicului curant al pacientului.
- e) Medicii din Ambulatoriu integrat completează documentele medicale ale pacienților care se adresează pentru consulturi medicale în cadrul Ambulatoriului integrat. Respectiv documentele se păstrează în spații/dulapuri amenajate și dotate astfel încât să nu fie permis accesul la acestea al persoanelor străine.
 - f) În cadrul farmaciei spitalului, farmaciștii și asistenții de farmacie au acces la condicile de medicamente solicitate din cadrul structurilor medicale, în baza cărora eliberează medicația prescrisă de medicii curanți pentru fiecare dintre pacienții internați.
 - g) În cadrul procesului didactic care se desfășoară în cadrul Spitalului, accesul la informațiile existente în documentele medicale ale pacienților pe timpul cât aceștia se află un proces de evaluare și/sau tratament se realizează potrivit pct. IX.39. *”Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale”* din prezentul Regulament.
 - h) Personalul medico-sanitar are acces în mod controlat la informațiile electronice ale pacienților, prin acordarea de user și parolă pentru fiecare utilizator autorizat în parte. Accesul la datele medicale din sistemul informatic se realizează potrivit prevederilor pct. IX.89. *”Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul*

informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului” din prezentul Regulament.

- i) Spitalul prin angajații săi asigură accesul neîngrădit al pacienților la datele medicale personale ale pacienților pe timpul cât aceștia se află un proces de evaluare și/sau tratament. În acest sens, eliberarea adevărurilor și duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale se realizează potrivit pct. IX.90. *”Consultarea unităților arhivistice. Eliberarea adevărurilor și duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale solicitate de către pacienți / aparținători / împuterniciți sau alte persoane îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii”* din prezentul Regulament.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Număr de incidente de securitate care privesc compromiterea deteriorarea, copierea sau alterarea datelor medicale cu caracter personal ale pacienților în ultimul an calendaristic încheiat are valoare egală cu 0 (zero);
- b) Numărul de amenzi administrative primite pentru nonconformitate din partea autorităților de supraveghere, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare egală cu 0 (zero);

IX.51. Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii

Art.1. Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea condiții pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare necesare, în funcție de patologie.
- b) Asigurarea unei comunicări eficiente pe pagina de internet a spitalului a unor informații relevante pentru pacienți și asigurați, astfel încât să se realizeze implicit dezideratul de continuitate a procesului de îngrijire.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o agravarea stării de sănătate a pacientului / decesul
 - o limitarea opțiunilor de recuperare/reabilitare a pacientului, din cauza lipsei de informații;
 - o reinternarea pacienților cu aceeași afecțiune.

Art.2. (1) Etapele procesului de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Prin grija directorului medical se va întocmi la nivelul Spitalului o listă a organizațiilor care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului. Aceasta cuprinde datele de contact a fiecărei organizații identificate, precum și detalii privind obiectul de activitate al fiecăreia dintre acestea. Respectiva listă are rol dublu, după cum urmează:
 - i. Este utilizată de către Comitetul director, după caz, la întocmirea *”Analizei privind nevoile de îngrijire a populației deservite din zona de acoperire a Spitalului și a pieței de servicii de sănătate din teritoriul acoperit de acesta”*, analiză care se constituie ca anexă la Planul strategic de dezvoltare al spitalului;
 - ii. Se postează pe pagina de internet a spitalului (adresă web: <https://spitjudseverin.ro/informatii-pacienti/>) pentru a asigura informații relevante pentru pacienți și asigurați, astfel încât să se realizeze implicit dezideratul de continuitate a procesului de îngrijire ca și componentă a recuperării active a pacientului, mobiliării precoce și promovarea unui stil de viață sănătos.
- b) Prin grija personalului Serviciului managementul calității serviciilor de sănătate, se realizează în extras o listă cu informații succinte din lista organizațiilor care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de

acoperire a spitalului, extrasele respective afișându-se pe fiecare din structurile medicale astfel încât să se asigure informarea tuturor pacienților despre existența respectivelor organizații. Extrasele din listă vor conține inclusiv informația că detalii privind organizațiile care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului se regăsesc pe pagina de internet a spitalului.

- c) Informații despre întocmirea și postarea listei organizațiilor care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului se comunică imediat după întocmirea acestora în cadrul ședinței Consiliului medical cât și la raportul de gardă cu participare lărgită a personalului care se desfășoară săptămânal, astfel încât întreg personalul medico-sanitar de existența acestor informații. Ulterior, la externarea din spital a pacienților, personalul medico-sanitar are obligația de a informa pe aceștia, raportat la patologiile acestora, despre posibilitățile de accesare a serviciilor de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului.
- d) La cererea pacienților care se externează și care au domiciliul în alte județe decât zona deservită de Spitalului, medicii curanți ai acestora au obligația de a identifica pe internet și a pune la dispoziție pacienților variante de organizații care asigură servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în zona de domiciliu a pacienților.
- e) În situația existenței la nivelul Spitalului a unor contracte/protocoale de colaborare în vigoare cu organizații care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului, despre existența acestora – prin grija directorului medical – se va aduce la cunoștința personalului medico-sanitar din cadrul Spitalului, acesta având obligația de a aplica, atunci când situația o impune, prevederile respectivelor contracte/protocoale de colaborare.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul organizațiilor care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului și cele identificate și centralizate în vederea afișării și informării pacienților care se externează din Spital, are valoare egală cu 1 (există afișată listă cu toate aceste organizații aflate în contract cu CAS)
- b) Există permanent minim 1 contract/protocol de colaborare în vigoare cu organizații care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu și/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului.

IX.52. Reglementarea modalității de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare

Art.1. Reglementarea procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare are ca principale scopuri:

- a) Stabilește datele medicale necesare a fi culese consemnate și monitorizate pe întreaga durată a internării
- b) Înregistrarea corectă, completă, în timp real a datelor medicale.
- c) Evitarea redundanțelor.
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o apariția diferențelor între datele înregistrate și cele reale.

Art.2. Etapele procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Utilizarea datelor cu caracter personal în cadrul Spitalului este necesar să se realizeze în conformitate cu reglementările legale în vigoare prin care se asigură protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.

- b) Colectarea datelor medicale și completarea acestora în documentele medicale pe întreaga durată a internării pacienților în Spitalului se desfășoară în conformitate cu prevederile *O.M.S. nr. 1.782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi.*
- c) Colectarea informațiilor în **format electronic** se efectuează începând cu internarea pacientului până la consemnarea rezultatelor investigațiilor medicale. Înregistrarea datelor în format electronic se realizează astfel:
- În serviciul de urgență al spitalului, pentru a înregistra urgența - datele de identificare ale pacienților
 - Pentru internarea continuă - setul minim de date din F.O.C.G.
 - Pentru internarea de zi - datele de identificare ale pacienților se introduc în F.S.Z.
 - Pentru consultațiile în ambulatoriul integrat - datele de identificare ale pacienților
- d) În momentul internării continue a pacientului în F.O.C.G. se completează în format electronic Setul Minim de Date la Nivel de Pacient (S.M.D.P.). Pentru pacienții internați între orele 07:00 – 15:00 F.O.C.G. se întocmește la nivelul Biroului internări. prin completarea în format electronic a S.M.D.P., respectiv:
- Codul de identificare a cazului internat.
 - Codul de identificare a spitalului
 - Codul de identificare a secției
 - Numărul foii de observație clinică generală
 - Codul de identificare a pacientului - CID
 - Codul situației speciale (suspiciune de accident de muncă, suspiciune de boală profesională, accident rutier, vătămare corporală)
 - Structura prin care se realizează internarea pacientului
 - Sexul
 - Data nașterii
 - Județul de domiciliu al pacientului
 - Localitatea de domiciliu al pacientului
 - Cetățenia
 - Ocupația
 - Nivelul de instruire
 - Statut asigurat
 - Tipul asigurării de sănătate
 - Nr. card european
 - Nr. pașaport
 - Nr. card național
 - Casa de asigurări de sănătate
 - Tipul internării
 - Serie bilet internare
 - Număr bilet internare
 - Criteriul de internare
 - Data internării
 - Ora internării
 - Diagnosticul de trimitere
- e) Documentele medicale completate cu informațiile menționate sus-menționate se listează și însoțesc pacientul pe secția unde acesta se internează.
- f) Ulterior toate informațiile din F.O.C.G. se completează în **format scris** pe suport hârtie, respectiv:
- În situația internării pacientului în afara orelor de program, diagnosticul la internare este cel al medicului din linia de gardă aferentă fiecărei secții și este semnat și parafat; el se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
 - Diagnosticul la 72 ore este cel al medicului curant, se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
 - Diagnosticul la externare se completează și se codifică de către medicul curant în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.

- În caz de transfer intraspitalicesc se va stabili pentru o F.O.C.G. un singur diagnostic principal al episodului respectiv de îngrijiri, iar celelalte diagnostice vor fi trecute, dacă este cazul, la diagnostice secundare și complicații.
 - Anamneza și istoricul bolii va cuprinde pe subcapitole tot ce cunoaște pacientul despre antecedentele familiale, personale și boala care a necesitat spitalizarea. Se consemnează de medicul curant.
 - Investigațiile și procedurile efectuate pe perioada spitalizării (explorări funcționale, investigații radiologice, intervenții chirurgicale) se vor înregistra codificat, specificându-se și numărul acestora, la nivelul serviciilor de profil.
 - Procedurile medicale se codifică conform Listei tabelare a procedurilor din Clasificarea Internațională a Maladiilor, varianta australiană, CIM-10-AM v.3.
 - Investigațiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigațiilor de laborator.
 - Explorările funcționale și investigațiile radiologice se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări funcționale și radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente și separat numărul de explorări și investigații
 - În situația că există posibilitatea tehnică necesară, de la caz la caz, rezultatele investigațiilor de laborator/paraclinice și buletinele de analiză/examinare transmise de către serviciile paraclinice în format electronic, se prindează și se introduc în F.O.C.G./F.S.Z/Fișa C.G.. Pe aceste rezultate/buletine de analize se va înscrie numărul documentului medical de internare a pacientului numai pentru situația că acesta nu este înscris în format electronic.
 - Susținerea diagnosticului și tratamentului, epicriza și recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant.
 - Evoluția și tratamentul prescris se consemnează zilnic de medicul curant. Efectuarea tratamentului se consemnează de asistentul de tură.
 - Tabelul “Transferuri” din F.O.C.G. se completează de către asistentele șefe de secție/asistent tura în momentul venirii și plecării pacientului dintr-o secție în alta – secția menționând data și ora. Medicul curant verifică informațiile și validează prin semnătură și parafă corectitudinea datelor înscrise de asistente. Medicul curant poartă întreaga responsabilitate privind corectitudinea datelor înregistrate în F.O.C.G.
 - Orice incident care apare în legătură cu actul medical pe parcursul spitalizării se consemnează în F.O.C.G. și se anunță medicul șef de secție.
- g) Planul de îngrijiri se inițiază în format hârtie, de către asistentul medical de salon în ziua internării și se completează pe toată durata internării pacientului de către toți asistenții medicali care acordă îngrijiri respectivului pacient.
- h) Asistentul medical șef de secție verifică, prin sondaj, completitudinea și corectitudinea datelor înscrise în planul de îngrijiri/pacient. Planul de îngrijiri se anexează la F.O.C.G.
- i) Documentele medicale de externare (epicriză, bilet de externare, scrisoare medicală, certificat medical, după caz), se întocmesc în format electronic de medicul curant din secția de profil, iar certificatul constatator al decesului se completează olograf de către medicul curant/medicul care constată decesul.
- j) Medicul șef de secție sau persoana desemnată de către acesta are obligația de a verifica toate F.O.C.G. - urile pacienților internați în secție, cel puțin la internarea și externarea acestora.
- k) La nivelul spitalului, semestrial, de regulă pe parcursul lunilor martie și septembrie, directorul medical prezintă Consiliului medical analiza completării corecte și complete a datelor din documentele medicale în baza rapoartelor informative ale șefilor de secție sau a persoanelor desemnate cu verificarea F.O.C.G. cel puțin la internare și externare. Respectiva analiză se va constitui ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.

- l) La nivelul spitalului, semestrial, de regulă pe parcursul lunilor martie și septembrie, șeful S.M.C.S.S. prezintă Consiliului medical informații privind corectitudinea completării prin sondaj a documentelor medicale (F.O.C.G., bilet de externare, trimitere etc).
- m) Cele două analize prevăzute la lit. k) și l) pot fi întocmite în comun prin colaborarea dintre directorul medical și șeful S.M.C.S.S.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul de F.O.C.G. completate conform cerințelor legale și numărul de F.O.C.G. analizate este de minim 50%
- b) Raportul dintre numărul de F.S.Z. completate conform cerințelor legale din total nr F.S.Z. analizate este de minim 50%
- c) Raportul dintre numărul de situații de redundanțe apărute în procesul de colectare și înregistrare date și numărul total de F.O.C.G./ F.S.Z. analizate, nu depășește 10%;
- d) Raportul dintre numărul de Planuri îngrijire adult (anexa la F.O.C.G./F.S.Z.) completat conform reglementărilor interne și numărul total al Planurilor îngrijire adult anexate la F.O.C.G./F.S.Z. analizate, are valoare de minim 50%;

IX.53. Reglementarea modalității de obținere a consimțământului informat

Art.1. Reglementarea procesului de obținere a consimțământului informat are ca principale scopuri:

- a) Se asigură dreptul pacientului instituit prin legislația incidentă în vigoare de a fi informat 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 recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic.
- b) Se asigură dreptul pacientului instituit prin legislația incidentă în vigoare de a refuza sau să oprească o intervenție medicală asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa.
- c) Se face dovada preocupării personalului medico-sanitar de a identifica, evalua și trata riscul infecțios asociat manevrelor invazive.
- d) Se asigură posibilitatea luării de măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităților identificate, referitoare la obținerea consimțământului informat.
- e) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o lipsa acordului informat al pacientului;
 - o efectuarea unor manevre fără acordul pacientului.

Art.2. Etapele procesului de obținere a consimțământului informat presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul Spitalului personalul medico-sanitar are obligația de a informa pacientul cu privire la următoarele:
 - i. serviciile medicale disponibile și modul de acces la acestea;
 - ii. identitatea și statutul profesional al salariaților din cadrul spitalului;
 - iii. regulile pe care trebuie să le respecte pe durata internării;
 - iv. starea de sănătate;
 - v. intervențiile medicale propuse;
 - vi. riscurile potențiale ale fiecărei proceduri care urmează a fi aplicată;
 - vii. alternativele existente la procedurile propuse;
 - viii. date disponibile rezultate din cercetări științifice și activități de inovare tehnologică referitoare la diagnosticul și tratamentul afecțiunii pacientului;
 - ix. consecințele neefectuării tratamentului și ale nerespectării recomandărilor medicale;
 - x. diagnosticul stabilit și prognosticul afecțiunilor diagnosticate
- b) Pentru a fi supus la metode de prevenție, diagnostic și tratament, cu potențial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către medic, medic dentist, asistent medical/moașă, pacientului i se solicită acordul scris. Consimțământul pacientului informat este condiție

obligatorie și pentru recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul pacientului.

- c) Personalul medical care urmează să realizeze actul medical vor obține acordul pacientului utilizând formularul “*Acordul Pacientului Informat*” cuprins în Anexa nr. 1 la *O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice*» din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*. Identitatea și statutul profesional al întregului personal medical implicat în efectuarea actului medical sunt precizate pacientului și menționate în tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul, cuprins în “*Tabelul cu personalul medical care îngrijește pacientul (numele și prenumele pacientului)*” poziționat la finalul formularului “*Acordul Pacientului Informat*”.
- d) “*Acordul Pacientului Informat*” se va obține înainte de realizarea actului medical cu potențial de risc și necesită parcurgerea următoarelor etape:
- i. Stabilirea competenței pacientului/reprezentantului legal pentru semnarea formularului “*Acordul Pacientului Informat*” presupune:
 - În cazul pacientului minor, acordul scris se va obține de la părinte ori de la reprezentantul legal sau, în lipsa acestora, de la ruda cea mai apropiată. Prin rudă cea mai apropiată în sensul prezentului alineat se înțeleg, în ordine, ascendenții și rudele majore care însoțesc pacientul minor, până la al patrulea grad inclusiv.
 - În cazul pacientului major lipsit de discernământ (conform deciziei comisiei de expertiză medico-legală psihiatrică), acordul scris se va obține de la reprezentantul legal desemnat.
 - În cazul pacientului major cu care medicul/asistentul medical/moașa nu poate comunica în mod eficient, din pricina condiției medicale a pacientului la momentul la care este necesară exprimarea consimțământului, acordul scris se poate obține de la soțul/soția sau ruda majoră cea mai apropiată a pacientului. Prin ruda cea mai apropiată se înțeleg, în ordine, părintele, descendentul, rudele în linie colaterală până la al patrulea grad inclusiv.
 - Potrivit prevederilor art. 661 din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*, vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat este de 18 ani. Minorii își pot exprima consimțământul în absența părinților sau reprezentantului legal, în următoarele cazuri:
 - situații de urgență, când părinții sau reprezentantul legal nu pot fi contactați, iar minorul are discernământul necesar pentru a înțelege situația medicală în care se află;
 - situații medicale legate de diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani.
 - ii. Informarea pacientului presupune:
 - În obținerea acordului scris al pacientului, medicul, medicul dentist, asistentul medical/moașa sunt datori să prezinte pacientului informații la un nivel științific rezonabil pentru puterea de înțelegere a acestuia. Informațiile vor fi prezentate folosind un ton conversațional, de preferință în propoziții scurte, evitând construcții gramaticale complexe.
 - Informațiile trebuie să conțină: diagnosticul, natura și scopul tratamentului, riscurile și consecințele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile și consecințele lor, prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului. Mai mult, acordul pacientului informat trebuie să conțină, descrierea, pe scurt, a informațiilor ce i-au fost furnizate de către medic, medicul dentist, asistentul medical/moașă. În mod obligatoriu, în consimțământul informat se va menționa riscul infecțios asociat manevrelor invazive.
 - Informațiile despre actul medical precizate la lit. a) vor fi furnizate pacientului de către personalul medical care are competența să îl realizeze.

- În cazul în care pacientul nu cunoaște limba română, 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
- iii. Clarificarea informațiilor furnizate presupune:
 - Se vor oferi răspunsuri la întrebările pacientului/reprezentantului legal în legătură cu informațiile furnizate
 - Se vor oferi toate informațiile suplimentare solicitate de către pacient/reprezentant legal
- iv. Obținerea acordului pacientului presupune respectarea de către personalul medico-sanitar a următoarelor reguli:
 - După furnizarea informațiilor, clarificarea solicitărilor suplimentare și acordarea timpului de gândire necesar luării deciziei informate pacientul/reprezentantul legal va fi rugat să-și exprime acordul și să semneze formularul “*Acordul Pacientului Informat*”.
 - Pacientului major și cu discernământ care nu poate semna din pricina unei infirmități i se va solicita exprimarea verbală a consimțământului pentru actul medical, medicul, asistentul medical/moașa urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat. Pacientului major și cu discernământ care nu știe carte sau nu vede i se va citi cu voce tare textul acordului, va fi întrebat dacă acesta reprezintă voința sa, medicul/asistentul medical urmând să facă o mențiune în acest sens pe formularul de consimțământ informat.
 - În situația în care intervențiile medicale sunt refuzate de către pacienți se vor aplica prevederile pct. IX.54 “*Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente*” din prezentul Regulament;
 - În situația în care este necesară efectuarea unei intervenții medicale unui pacient care nu își poate exprima voința, personalul medical poate deduce acordul acestuia dintr-o exprimare anterioară a voinței, dacă aceasta este cunoscută;
 - În situația în care pentru efectuarea unei intervenții medicale se solicită consimțământul reprezentantului legal al pacientului, acesta trebuie să fie implicat în adoptarea deciziei, în limitele capacității sale de înțelegere;
 - Medicul curant, asistentul medical/moașa răspund atunci când nu obțin consimțământul informat al pacientului sau al reprezentanților legali ai acestuia, cu excepția cazurilor în care pacientul este lipsit de discernământ, iar reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, datorită situației de urgență;
 - Atunci când reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, medicul, asistentul medical/moașa pot solicita autorizarea efectuării actului medical autorității tutelare sau pot acționa fără acordul acesteia în situații de urgență, când intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului.
 - Formularele “*Acordul Pacientului Informat*” se vor completa și semna în cadrul convorbirii pacientului/reprezentantului legal cu medicul curant/asistentul medical/moașa, după examenul anamnestic și clinic, înaintea începerii activităților medicale specifice diagnosticului și/sau tratamentului.
 - După completare, formularul “*Acordul Pacientului Informat*” cu privire la investigațiile și tratamentele recomandate se introduce în F.O.C.G./F.S.Z. de către medicul curant și se arhivează împreună cu aceasta.
- e) Fotografierea sau filmarea pacienților în spital de către personalul medical, precum și implicarea pacientului în procesul de învățământ medical se realizează potrivit prevederilor pct. IX.39. “*Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale*”.
- f) La internare sau pe parcursul furnizării serviciilor de sănătate, după caz, medicul curant are obligația să aducă la cunoștința pacientului faptul că are dreptul de a cere să nu fie informat în cazul în care informațiile medicale prezentate i-ar cauza suferință, precum și

dreptul de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său. În această situație se aplică prevederile pct. IX.38. ”Situatii în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate” din prezentul Regulament.

Art.3. Vulnerabilitățile din procesul de obținere al consimțământului informat care sunt necesar a fi avute în vedere dat fiind faptul că pot avea consecințe negative atât asupra actului medical cât și asupra relației medic - pacient, sunt următoarele:

- a) răspunderea juridică pentru malpraxis în situațiile în care medicul efectuează actul medical fără consimțământul informat, iar pacientul suferă o vătămare;
 - b) medicul nu completează datele pacientului/reprezentantului legal al acestuia și nu se poate face corelație între pacient și semnătura acestuia înscrisă pe formularul de consimțământ;
 - c) medicul nu explică pacientului/apartinătorului suficient de clar informațiile medicale, riscurile implicate și disconfortul ce urmează a se crea;
 - d) medicul nu descrie actul medical (câmpul nr.crt. 3) astfel încât toate răspunsurile ulterioare menționate de către pacient nu pot fi asociate actului medical;
 - e) participarea unei echipe medicale la intervenție și ne semnarea de către toți membrii a formularului de consimțământ;
 - f) medicul curant nu completează și semnează consimțământul informat pentru fiecare act medical efectuat pacientului;
 - g) neinformarea pacientului cu privire la riscurile neefectuării/efectuării fiecăreia dintre intervențiile medicale.
- (2) Anual, prin grija directorului medical, prin ”Planul anual de perfecționare al personalului Spitalului”, se planifică minim o instruire a personalului medical cu privire la vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat al pacientului. Instruirea/instruirile cu această temă se finalizează prin evaluări ale personalului cu privire la modalitatea de obținere a consimțământului informat de la pacient.
- (3) La nivelul Spitalului se vor întocmi anual de către directorul medical analize privind identificarea vulnerabilităților în procesul de obținere a consimțământului informat, acestea fiind prezentate în ședințe ale Consiliului medical.

Art.4. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea continuității sunt următorii:

- a) Numărul de F.O.C.G. identificate fără formularul “Acordul Pacientului Informat” în cadrul misiunilor de audit clinic intern are valoare 0 (zero) indiferent de numărul total de foi de observație clinică generale auditate;
- b) Număr personal medical instruit cu privire la vulnerabilitățile referitoare la obținerea consimțământului informat per număr total de personal medical;
- c) Raportul dintre numărul de personal medical evaluat cu privire la modalitatea de obținere a consimțământului informat și numărul total de personal medical planificat să execute această evaluare are valoare egală cu 1.
- d) Numărul de reclamații care au ca obiect obținerea consimțământului informat al pacientului, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în aceeași perioadă de referință;

IX.54. Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente

Art.1. Reglementarea procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente are ca principale scopuri:

- a) Informarea pacientului asupra riscurilor consecutive refuzului tratamentului;
- b) Eliminarea / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o agravarea stării de sănătate a pacientului / deces.

Art.2. Etapele procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Medicul curant, medicul din serviciul de urgență al spitalului, medicul din Secția A.T.I., medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, aduce la cunoștința pacientului, într-o modalitate cât mai accesibilă, toate informațiile legate de tratament, proceduri și medicație; acest lucru se realizează din prima zi de internare, în cel mai scurt timp posibil după internarea pacientului;
- b) În urma aducerii la cunoștință a tuturor informațiilor legate de etapele pe care le presupune tratamentul individualizat al pacientului, acesta are posibilitatea să refuze anumite etape ale tratamentului sau tratamentul în integralitatea sa și să oprească orice intervenție medicală asupra sa;
- c) Medicul curant, medicul din serviciul de urgență al spitalului, medicul din Secția A.T.I., medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, are obligația în această situație de a explica cât mai detaliat consecințele refuzului sau opririi actelor medicale;
- d) În acest sens, pe formularul "Acordul pacientului informat" – instituit de prevederile O.M.S. nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XVI Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, care se regăsește în F.O.C.G., pacientul va confirma în scris refuzul tratamentului/opririi actelor medicale prin completarea pct. II: "Subsemnatul pacient/Reprezentant legal,declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către(numele și prenumele medicului/asistentului medical care a informat pacientul) și enumerate mai sus, că mi s-au explicat consecințele refuzului actului medical și îmi exprim refuzul pentru efectuarea actului medical". În caseta din-josul pct. II anterior menționat pacientul va înscrie data și ora refuzului exprimat și va semna.
- e) În această situație, medicul curant, medicul din serviciul de urgență al spitalului, medicul din Secția A.T.I., medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, va consemna în FOCG/FSZ/Fișa urgență/documentele medicale refuzul motivat/nemotivat al pacientului legat de tratamentul propus.
- f) Nu în ultimă instanță medicul curant, medicul din serviciul de urgență al spitalului, medicul din Secția A.T.I., medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, va comunica pacientului care refuză investigații/tratamente posibile alternative terapeutice cu indicarea unităților sanitare/de îngrijire/paliativă în care acesta poate fi tratat.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente sunt următorii:

- a) Numărul de pacienți care declară pe formularul "Acordul pacientului informat" că au înțeles toate informațiile furnizate de către medic/asistentul medical din totalul de pacienți care au completat acest formular este de 100%(cuantificarea indicatorului se realizează cu ocazia verificării de către B.M.C.S.M. a modului de completare a documentelor medicale);
- b) Număr de pacienți care refuză investigații/tratamente în ultimul an calendaristic și completează în acest sens formularul "Acordul pacientului informat", este de 100%.

IX.55. Utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului

Art.1. Reglementarea procesului de utilizare a chestionarului de satisfacție a angajatului are ca principale scopuri:

- a) Asigură adoptarea de către conducerea spitalului a unei politici de personal care să motiveze angajații și să determine îmbunătățirea calității, în raport cu răspunsurile și propunerile formulate de către angajați pe chestionarele de satisfacție;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - lipsa de transparență decizională;
 - necunoașterea nemulțumirilor / nevoilor angajaților;
 - decizii eronate ale conducerii.

Art.2. Etapele procesului de utilizare a chestionarului de satisfacție a angajatului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Formularele de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” se întocmesc de către structura de resurse umane urmărindu-se în permanență respectarea următoarelor cerințe:
 - i. În mod obligatoriu chestionarul de evaluare a satisfacției angajaților va cuprinde întrebări despre percepția calității vieții profesionale a angajaților, îndeosebi în raport cu munca prestată, în contextul în care aceasta este determinată/influențată de următorii factori:
 - Perspectivele de a avansa în carieră
 - Siguranța locului de muncă
 - Securitatea la locul de muncă
 - Posibilitățile de instruire/formare profesională suplimentară
 - Relațiile și interacțiunile de la locul de muncă
 - ii. Chestionarul de satisfacție al angajaților cuprinde întrebări privind comunicarea dintre aceștia, atât în plan orizontal cât și în plan vertical;
 - iii. Modalitatea de aplicare a chestionarului de satisfacție a angajatului va asigura anonimatul acestuia;
 - iv. Chestionarul va cuprinde indicații clare, existente în preambulul acestuia, privind locul de depunere a chestionarului de satisfacție a angajaților completat.
- b) Actualizarea formularelor de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” se realizează de către structura de resurse umane, de regulă, în situația în care se decide de către conducerea spitalului focusarea pe anumite problematici importante în care feed-back-ul din partea angajaților este relevant pentru luarea unor decizii.
- c) Formularele de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” sunt distribuite de către structura de resurse umane – prin șefii de microstructuri - unui număr cât mai mare de angajați, semestrial, de regulă în prima decadă lunii iunie și a lunii decembrie. Distribuția acestora se face în cadrul raportului de gardă cu participare lărgită a personalului spitalului, ocazie cu care se face și instructajul privind modul de completare și de colectare a acestora.
- d) Până la sfârșitul lunii iunie și a lunii decembrie a fiecărui an calendaristic, formularele de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” distribuite se vor completa și se vor introduce în cutia de colectare din fiecare secție / compartiment sau în cutia de colectare.
- e) Centralizarea chestionarelor se va face prin grija personalului responsabil din secții și compartimente/șefilor locurilor de muncă, după caz, care vor asigura predarea acestora la structura de resurse umane cel târziu în ultima decadă lunii iunie și a lunii decembrie a fiecărui an calendaristic.
- f) Analizarea, interpretarea și finalizarea setului de propuneri rezultate din evaluarea răspunsurilor angajaților din chestionare se va realiza la nivelul structurii de resurse umane, de regulă- cel târziu până la finele lunii iunie și a lunii decembrie a fiecărui an calendaristic, întocmind în acest sens „*Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților*” care se va anexa la o un raport de analiză care va cuprinde concluziile privind analiza datelor și propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind respectiva analiză.
- g) Managerul spitalului, în raport de concluziile și propunerile formulate în „*Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților*”, poate decide ca respectiva analiză să fie prezentată în ședință a Consiliului medical sau/și a Comitetului director.
- h) În mod obligatoriu, „*Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților*” se pune de către structura de resurse umane la dispoziția reprezentanților angajaților care, în funcție de concluziile și propunerile formulate în respectiva analiză, vor înainta managerului un proces-verbal de ședință în care vor formula propriile propuneri. La solicitarea reprezentanților angajaților, structura de resurse umane este obligată să pună la dispoziția acestora, în termen de maxim o zi lucrătoare de la formularea cererii, a formularelor de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” care au fost utilizate la redactarea „*Analizei chestionarelor de satisfacție a angajaților*”.

- i) Păstrarea formularelor de „*Chestionar de satisfacție a angajatului*” completate de către angajați se păstrează la nivelul structurii de resurse umane minim o perioadă de un an calendaristic socotită începând cu data la care a fost înregistrată fiecare dintre „*Analizele chestionarelor de satisfacție a angajaților*” la care au fost utilizate respectivele chestionare.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de utilizare a chestionarului de satisfacție a angajatului este reglementată la nivelul spitalului sunt următorii:

- a) Numărul de „Chestionare de satisfacție a angajatului” distribuite în fiecare semestru este în raport direct cu existentul de personal al spitalului la data distribuirii acestora.
- b) Raportul dintre numărul de „Chestionare de satisfacție a angajatului” distribuite în fiecare semestru raportat la numărul de „Chestionare de satisfacție a angajatului” colectate în aceeași perioadă de referință să fie de minim 50%;
- c) Raportul dintre numărul de propuneri fezabile formulate în „Analiza chestionarelor de satisfacție a angajaților” și numărul celor pentru care au fost asigurate resursele necesare punerii în execuție în ultimul an calendaristic să fie de minim 50% (în limita BVC existent)

IX.56. Determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități

Art.1. Reglementarea modului de determinare a gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități are ca principale scopuri:

- a) Permite culegerea de date în scopul identificării problemelor de îngrijire/diagnosticilor de îngrijire actuale sau potențiale ale pacientului, adică determinarea statusului de sănătate al acestuia.
- b) Asigură o evaluare și îngrijire personalizată a pacienților.
- c) Asigură o repartizare corectă a personalului medical și a personalului de îngrijire în funcție de gradul mediu de dependență al pacienților de pe secții/compartimente.
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - necunoașterea statusului de sănătate al pacientului;
 - repartizarea personalului medico-sanitar fără a ține cont de nevoile pacientului;
 - producerea de EAAAM;
 - agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art.2. Etapele procesului de determinare a gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În prima zi de internare, asistentul medical de tură, care preia pacientul în îngrijire, notează în „*Planul de îngrijire al pacientului*”, gradul de dependență calculat prin însumarea scorurilor de dependență la internare pentru fiecare nevoie a pacientului, obținut în urma anamnezei primare. Scorul de dependență la internare se va calcula o singură dată. Scorul de dependență la internare va fi înregistrat și în „*Situația îngrijirilor la externare*”
- b) Scorul de dependență din ultima zi de internare va constitui scorul de dependență la externare și este calculat de asistentul medical de salon aflat pe tură prin însumarea scorurilor de dependență din ultima zi de internare pentru fiecare nevoie a pacientului. Scorul de dependență la externare va fi înregistrat și în „*Situația îngrijirilor la externare*”.
- c) Lunar asistentele șefe de pe fiecare secție vor determina gradul mediu de dependență al pacienților internați în regim de spitalizare continuă atât pentru secțiile de acuți cât și pentru secțiile în care se întocmesc FOCG pentru îngrijiri de tip cronic sau de recuperare de cronici menționate de prevederile art. 3 alin. (6) din OMS nr. 1782/ 2006

privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, astfel:

- vor centraliza pentru pacienții externăți din secție/compartiment, spitalizați în regim de spitalizare continuă, din „Situția îngrijirilor la externare” următoarele informații:
 - numărul FOCG
 - gradul de dependență obținut prin însumarea scorurilor de dependență la internare
 - gradul de dependență obținut prin însumarea scorului de dependență la externare sau gradul de dependență obținut prin însumarea scorurilor de dependență din ultima zi a lunii în curs pentru pacienții internați a căror externare nu se efectuează în luna respectivă
 - Situația se centralizează, de către asistenții șef, în ultima zi a lunii, ocazie cu care se întocmește formularul „Tabel grad mediu de dependență” la nivel de secție/compartiment pentru luna în curs, conform anexei nr. 1. În situația în care o secție include mai multe compartimente de diferite specialități clinice, „Tabelul cu grad mediu de dependență” se va întocmi în mod distinct pentru fiecare dintre acestea.
 - Gradul mediu de dependență la internare, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la internare a tuturor pacienților din cadrul secției/compartimentului și raportarea sumei la numărul total al acestora pe parcursul fiecărei luni calendaristice.
 - Gradul mediu de dependență la externare/ ultima zi a lunii în curs, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la externare/ ultima zi din lună a tuturor pacienților din cadrul secției/compartimentului și raportarea sumei la numărul total al acestora pe parcursul fiecărei luni calendaristice.
 - Rezultatul acestor calcule reprezintă valoarea lunară a indicatorului „gradul mediu de dependență la internare”, respectiv „gradul mediu de dependență la externare/ ultima zi a lunii în curs” pentru fiecare secție medicală/compartiment de sine stătător (acută sau cronic).
- d) Lunar, asistenții șefi ai structurilor de spitalizare de zi organizate distinct, vor determina gradul mediu de dependență DOAR pentru pacienții care beneficiază de serviciile de sănătate acordate în Spitalizare de Zi și a căror foaie de observație se închide la o dată ulterioară zilei de internare, pentru că doar pentru aceștia se completează plan de îngrijiri adaptat spitalizării de zi:
- vor centraliza, separat, pentru pacienții externăți din secție/compartiment, spitalizați în regim de spitalizare de zi, din „Situția îngrijirilor la externare” următoarele informații:
 - numărul FSZ
 - gradul de dependență obținut prin însumarea scorurilor de dependență la internare
 - gradul de dependență obținut prin însumarea scorului de dependență la externare sau gradul de dependență obținut prin însumarea scorurilor de dependență din ultima zi a lunii pentru pacienții internați a căror externare nu se efectuează în luna respectivă.
 - Situația se centralizează, de către asistenții șef, în ultima zi a lunii și se întocmește formularul „Tabel grad mediu de dependență” la nivel de secție/compartiment pentru luna în curs, conform anexei nr. 1.

- Gradul mediu de dependență la internare, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la internare a tuturor pacienților din cadrul secției/compartimentului și raportarea sumei la numărul total al acestora pe parcursul fiecărei luni calendaristice.
 - Gradul mediu de dependență la externare/ ultima zi din lună, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la externare/ ultima zi din lună a tuturor pacienților din cadrul secției/compartimentului și raportarea sumei la numărul total al acestora pe parcursul fiecărei luni calendaristice.
- e) Lunar, asistenții șefi ai secțiilor unde se regăsesc și paturi de spitalizare de zi, în afara aplicării prevederilor literei c), vor determina gradul mediu de dependență DOAR pentru pacienții care beneficiază de serviciile de sănătate acordate în Spitalizare de Zi și a căror foaie de observație se închide la o dată ulterioară zilei de internare, pentru că doar pentru aceștia se completează plan de îngrijiri adaptat spitalizării de zi:
- vor centraliza, separat de cei internați prin spitalizare continuă, pentru pacienții externati din secție/compartiment, spitalizați în regim de internare de zi, din „Situția îngrijirilor la externare” următoarele informații:
 - numărul FSZ
 - gradul de dependență obținut prin însumarea scorurilor de dependență la internare
 - gradul de dependență obținut prin însumarea scorului de dependență la externare sau gradul de dependență obținut prin însumarea scorurilor de dependență din ultima zi a lunii pentru pacienții internați a căror externare nu se efectuează în luna respectivă.
 - Situația se centralizează, de către asistentii șef, în ultima zi a lunii și se întocmește formularul „Tabel grad mediu de dependență” la nivel de secție/compartiment pentru luna în curs, conform anexei nr. 1.
 - Gradul mediu de dependență la internare, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la internare a tuturor pacienților din cadrul secției/compartimentului și raportarea sumei la numărul total al acestora pe parcursul fiecărei luni calendaristice.
 - Gradul mediu de dependență la externare/ ultima zi din lună, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la externare/ ultima zi din lună a tuturor pacienților din cadrul secției/compartimentului și raportarea sumei la numărul total al acestora pe parcursul fiecărei luni calendaristice.
- f) Atunci când situația o impune (situații excepționale, de urgențe medicale care necesită redistribuirea de personal din mai multe secții), directorul de îngrijiri (sau persoana nominalizată prin decizie a managerului pentru a îndeplini prin cumul atribuțiile directorului de îngrijiri/asistent șef spital, după caz) întocmește și prezintă Consiliului medical o analiză a gradului mediu de dependență la internare și la externare exprimat în unități de timp, coroborat cu numărul de pacienți îngrijiți lunar pentru fiecare secție/compartiment, în raport cu numărul de personal sanitar mediu și auxiliar. Această analiză se poate utiliza în decizia de repartizare numerică a asistenților medicali și a personalului de îngrijire pe ture la nivelul secțiilor/compartimentelor cu paturi în funcție de gradul mediu de dependență al pacienților internați.

- g) Pentru calculul gradului mediu de dependență raportat la unitatea de timp se va folosi ca și instrument SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) conform tabelului de mai jos:

Elemente ale intervenției asistentei medicale în funcție de următoarele grade de dependență			
I	II	III	IV
Independență	Dependență moderată	Dependență majoră	Dependență totală
Autonomie	Lipsa forței fizice Lipsa voinței Lipsa cunoștințelor Probleme psihice Mediu defavorabil	Existența mai multor surse de dificultate	Existența mai multor surse de dificultate
Proceduri pentru menținerea sănătății	Ajutor parțial	Ajutor permanent	Suplinire totală
Durata medie a înregistrărilor de îngrijire în ÎNGRIJIREA DE BAZĂ			
Max 8.33 minute/24h/pacient	Max 33.2 minute/24h/pacient	Max 83 minute/24h/pacient	Max 166 minute/24h/pacient
Durata medie a înregistrărilor de îngrijire în ÎNGRIJIREA TEHNICĂ			
Max 8.33 minute/24h/pacient	Max 33.2 minute/24h/pacient	Max 83 minute/24h/pacient	Max 166 minute/24h/pacient
Durata medie a înregistrărilor în ÎNGRIJIRE ÎN RELAȚII EDUCATIONALE ȘI ÎNGRIJIRI SPECIALIZATE			
Max 8.33 minute/24h/pacient	Max 33.2 minute/24h/pacient	Max 83 minute/24h/pacient	Max 166 minute/24h/pacient
Durata medie a înregistrărilor de îngrijire în funcție de timpul individualizat de îngrijire TOTAL ÎNGRIJIRI			
Max 25 minute/24h/pacient	Max 100 minute/24h/pacient	Max 250 minute/24h/pacient	Max 500 minute/24h/pacient

- h) Corelația între cele trei categorii de îngrijire din tabelul de mai sus și cele 14 nevoi de îngrijire utilizate în “Planul de îngrijire al pacientului” adoptat la nivelul spitalului, este următoarea:
- ÎNGRIJIREA DE BAZĂ (îngrijiri uzuale, autonome și/sau delegate, acordate zilnic de către personalul sanitar mediu și auxiliar zilnic) corespunde următoarelor nevoi fundamentale:
 - Nevoia de a respira și a avea o bună circulație
 - Nevoia de a se alimenta și hidrata
 - Nevoia de a elimina
 - Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură
 - Nevoia de a dormi și a se odihni
 - Nevoia de a se îmbrăca și dezbrăca
 - Nevoia de a menține temperatura corpului în limite normale
 - Nevoia de a fi curat, îngrijit și a proteja tegumentele și mucoasele
 - ÎNGRIJIREA TEHNICĂ (îngrijiri acordate de către personalul sanitar mediu și auxiliar în contextul unor intervenții delegate și sau sub supravegherea medicului) corespunde următoarelor nevoi fundamentale care se regăsesc și pentru îngrijirea de bază:
 - Nevoia de a respira și a avea o bună circulație

- Nevoia de a se alimenta și hidrata
- Nevoia de a elimina
- ÎNGRIJIREA ÎN RELAȚII EDUCATIONALE ȘI ÎNGRIJIRI SPECIALIZATE (îngrijiri acordate de către personalul sanitar mediu și auxiliar în cazul nevoilor fundamentale deficitare care au ca și punct comun comunicarea) corespunde următoarelor nevoi fundamentale:
 - Nevoia de a evita pericolele
 - Nevoia de a comunica
 - Nevoia de a practica religia
 - Nevoia de a fi util (a fi preocupat în vederea realizării)
 - Nevoia de a se recrea
 - Nevoia de a învăța să-și gestioneze sănătatea
- i) În situația în care se constată sincope în acordarea îngrijirilor medicale, calculul gradului mediu de dependență la internare și la externare exprimat în unități de timp, coroborat cu numărul de pacienți îngrijiți lunar pentru fiecare secție/compartiment, în raport cu numărul de personal sanitar mediu și auxiliar se poate realiza lunar sau ori de câte ori se consideră necesar și la nivelul fiecărei secții, de către asistenta șefă, la solicitarea medicului șef de secție. În situația în care în urma efectuării acestui calcul se constată că numărul de personal sanitar mediu și/sau auxiliar este insuficient, șeful secției solicită, după caz, delegarea de personal sanitar și/sau auxiliar între compartimentele aceleiași secții sau din cadrul altei secții medicale.
- j) Delegarea de personal mediu și/sau auxiliar între compartimente/secții medicale se realizează cu respectarea prevederilor art.2 lit. d) – m) de la pct. IX.57.”*Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale*” din prezentul Regulament.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități sunt următorii:

- a) Numărul de situații în care, pe parcursul unui an calendaristic, s-a procedat la delegarea între secții/compartimente de personal medical mediu și/sau auxiliar, ținându-se cont de calculul gradului mediu de dependență al pacienților la internare este direct proporțional cu numărul total de delegări efectuate;
- b) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor referitoare la insuficiența îngrijirilor efectuate datorate numărului redus de personal medical mediu și/sau auxiliar, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă = 0,05% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
- c) Numărul de E.A.A.A.M. declarate în ultimul an calendaristic în care au fost menționate printre cauzele generatoare numărul insuficient de personal medical mediu și/sau auxiliar, reprezintă maxim 10% din numărul total de E.A.A.A.M. declarate în aceeași perioadă de referință;

IX.57. Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale

Art.1. Reglementarea modului de distribuire a personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale are ca principale scopuri:

- a) Sprijină sistemul de programare a pacienților astfel încât acesta să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență;
- b) Asigură preluarea în îngrijire a pacienților astfel încât să fie facilitat accesul la serviciile de sănătate conform nevoilor acestora;

- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - îngrijiri necorespunzătoare pe secții/compartimente;
 - producerea de EAAAM.

Art.2. Etapele procesului de distribuire a personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale, presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Zilnic, în zilele lucrătoare, la nivelul compartimentelor/secțiilor medicale, în raport cu numărul de pacienți programați pentru internare, numărul de potențiali pacienți internați de urgență (calculat ca medie a internărilor zilnice în regim de urgență pe o perioadă de cel puțin 6 luni) și numărul de pacienți internați neprogramat, șefii/coordonatorii de compartimente medicale efectuează o analiză a necesarului de personal mediu pentru asigurarea de îngrijiri corespunzătoare atât pacienților internați cât și a celor programați pentru internare sau/și a celor care potențial se pot interna, în raport direct cu numărul de paturi neocupate din cadrul compartimentelor medicale.
- b) În situația în care se constată sau se presupune că personalul mediu existent în cadrul compartimentelor medicale este insuficient, șefii/coordonatorii acestora raportează medicilor șefi de secții solicitând distribuirea de personal mediu din cadrul altor compartimente medicale ale aceleiași secții medicale.
- c) În situația prevăzută la lit. b) medicul șef de secție analizează împreună cu șefii de compartimente medicale din subordine, precum și cu asistenta șefă, posibilitatea distribuirii de personal mediu din alt compartiment în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale ale acestuia.
- d) În situația că există posibilitatea de distribuire a personalului mediu între compartimentele aceleiași secții, medicul șef de secție solicită în acest sens avizul directorului medical și aprobarea ulterioară de către managerul spitalului. După obținerea aprobării, șeful de compartiment căruia i se distribuie temporar personal mediu în subordine are obligația ca împreună cu asistenta șefă din secție să asigure instruirea respectivului personal mediu, precizându-i cu această ocazie minim următoarele informații: atribuții funcționale, reguli de securitate și sănătate în muncă specifice și graficul de lucru.
- e) Dacă nu există posibilitatea de redistribuire a personalului mediu între compartimentele aceleiași secții sau, în situația secțiilor necompartimentate, medicul șef de secție care are nevoie temporar de un surplus de personal mediu, informează în cel mai scurt timp posibil pe directorul medical despre necesitatea redistribuirii de personal mediu din altă secție medicală.
- f) În situația prevăzută la lit. e) directorul medical analizează împreună cu medicii șefi de secții, precum și cu asistentele șefe, posibilitatea distribuirii de personal mediu din altă secție în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale ale acestuia.
- g) În situația că există posibilitatea de distribuire a personalului mediu între secțiile spitalului, directorul medical solicită în acest sens aprobarea managerului spitalului. După obținerea aprobării șeful de secție/compartiment căruia i se distribuie temporar personal mediu în subordine are obligația ca împreună cu asistenta șefă din secție să asigure instruirea respectivului personal mediu, precizându-i cu această ocazie minim următoarele informații: atribuții funcționale, reguli de securitate și sănătate în muncă specifice și graficul de lucru.
- h) De regulă, distribuirea de personal mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, se face între secții/compartimente cu profil asemănător (medicale/chirurgicale), ținând în mod obligatoriu cont de competențele profesionale ale respectivului personal.
- i) Pentru personalul mediu care schimbă temporar locul de muncă șeful structurii de resurse umane întocmește în cel mai scurt timp posibil decizii de delegare conforme prevederilor legale incidente, pe care le supune aprobării managerului spitalului.

- j) Deciziile care privesc modificarea temporară sau definitivă a locului de muncă al personalului mediu în vederea optimizării procesului de furnizare a serviciilor se iau prin consultarea cu reprezentanții angajaților. În acest sens, reprezentanții salariaților se vor întruni de urgență într-o ședință la care vor invita și personalul mediu care urmează să fie delegat. Cu această ocazie reprezentanții salariaților vor consulta personalul mediu care urmează a fi delegat temporar. În situația că acesta din urmă își exprimă acordul de a fi delegat, reprezentanții salariaților își vor da acordul pentru redistribuire, întocmind în acest sens proces-verbal de ședință. În caz contrar, reprezentanții salariaților iau act de argumentele salariaților și fac propuneri în consecință managerului spitalului.
- k) În situația delegării personalului sanitar mediu ca urmare a determinării gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități reprezentanții salariaților se vor întruni de urgență într-o ședință la care pot invita pe lângă personalul mediu care urmează să fie delegat și personalul care a realizat calculul gradului mediu de dependență a pacienților internați, pentru a-și justifica propunerile.
- l) Avizul reprezentanților salariaților și cel al consilierului juridic pe proiectul deciziilor de delegare este prealabil și obligatoriu aprobării de către managerul spitalului a deciziilor de delegare temporare sau definitive a personalului mediu între compartimente/secții medicale.
- m) Personalul care în cadrul programului de lucru își desfășoară activitatea fracționat la mai multe locuri de muncă prevăzute în legislația în vigoare incidentă, cu sporuri diferite, va beneficia de sporul prevăzut pentru fiecare loc de muncă, în funcție de timpul efectiv prestat în aceste locuri. Evidența timpului lucrat efectiv, în ore și în zile, în diferite locuri de muncă unde se acordă spor în procente diferite, precum și certificarea efectuării acestuia se realizează de către șeful fiecărui/fiecarei compartiment/secții/laborator/structuri.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de distribuire a personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul de situații în care, pe parcursul unui an calendaristic, s-a procedat la distribuirea între secții/compartimente de personal mediu, ținându-se cont de competențele profesionale și numărul total de distribuiri efectuate, să aibă valoarea egală cu 1;
- b) Numărul de reclamații ale pacienților/apartinătorilor referitoare la imposibilitatea internării în spital din lipsă de personal mediu, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă = 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
- c) Numărul de reclamații ale pacienților/apartinătorilor referitoare la insuficiența îngrijirilor efectuate datorate numărului redus de personal mediu, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă = 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
- d) Numărul de E.A.A.A.M. declarate în ultimul an calendaristic în care au fost menționate printre cauzele generatoare numărul insuficient de personal medical mediu și/sau auxiliar, reprezintă maxim 10% din numărul total de E.A.A.A.M. declarate în aceeași perioadă de referință;

IX.58. Modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile

Art.1. Reglementarea modului de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile are ca principale scopuri:

- a) Stabilește reguli de organizare eficace și eficientă a serviciului de urgență al spitalului și a secțiilor medicale în situații în care se constată că nivelul de competență și/sau dotare al acestora este insuficient pentru asigurarea asistenței medicale optime pentru pacient;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - agravarea stării de sănătate / decesul pacientului.

Art.2. Etapele procesului de transfer interclinic pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Compartimentul juridic din cadrul S.J.U.D.T.S. detine acorduri de colaborare: S.C.J.U.Craiova, S.C.U.Bagdasar-Arseni, S.C.U Pius Brinzeu Tm., S.C.U.Chirurgie Plastica, reparatorie si Arsuri Bucuresti, S.Pneumoftiziologie T.Vladimirescu (Runcu-Gj.), I.Pneumoftiziologie Marius Nasta – Bucuresti, S.Pneumoftiziologie Leamna (Dolj), S.C.U pentru Copii „Louis Turcanu” – TM, S.C.U pentru Copii „Marie Sklodowska Curie” –Bucuresti, S.C.U. pentru Copii „Grigore Alexandrescu” – Bucuresti, I.Boli Cardiovasculare – TM, S.J. Slatina,S.J. Ambulanta,Spital Muncicipal Orsova,S.G.C.F D.T.S,Spital Orasenesc Baia de Arama, prin care se stabilesc regulile de transfer, procedurile de lucru și datele de contact în vederea aplicării *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*. Obiectul respectivului acord de colaborare îl constituie transferul interclinic⁹ al pacienților. După caz, anual, S.J.U.D.T.S. poate încheia acorduri de colaborare similare și cu alte spitale din arealul deservit, pornind de la premisa că acestea se pot regăsi în situația de a avea în anumite specialități medicale un nivel de competență și/sau dotare mai mare decât S.J.U.D.T.S. sau că există patologii neacoperite de specialitățile medicale existente în cadrul spitalului.
- b) Prin grija consilierului juridic, în termen de 5 zile lucrătoare de la data încheierii fiecărui acord de colaborare, acestea se vor multiplica și distribui secțiilor medicale, Ambulatoriului integrat și serviciul de urgență al spitalului, personalul acestora având obligația legală de a respecta cele stabilite prin acord/acorduri.
- c) În baza acordurilor de colaborare încheiate responsabilitatea de evaluare a pacienților și organizarea transferului interclinic al acestora revine:
 - i. În timpul programului normal de lucru: șefilor de secții /compartimente sau înlocuitorii legali ai acestora, pentru pacienții internați în acestea, respectiv pentru pacienții prezentați în urgență;
 - ii. În afara programului normal, medicii din liniile de gardă permanente în fiecare specialitate și medicul de gardă din serviciul de urgență al spitalului Pentru secțiile în care nu este organizată linie de gardă permanentă responsabilitatea de evaluare prealabilă a pacienților și organizarea transferului interclinic revine medicului de gardă din specialitatea inrudita conform Ord. 870/2004.
- d) Înaintea efectuării transferului interclinic medicii responsabili nominalizați la lit. c) au obligația să evalueze pacientul și să îi asigure tratamentul necesar stabilizării în vederea transferului, evitând întârzierile nejustificate care pot influența negativ tratamentul definitiv în centrul de specialitate. Examinările și manevrele efectuate vor fi consemnate în fișa pacientului. Originalul sau o copie a acestei fișe însoțește pacientul la unitatea unde acesta este transferat.
- e) Medicul responsabil cu evaluarea pacientului are obligația să îl informeze pe acesta sau pe aparținătorii acestuia asupra riscurilor și a posibilelor beneficii ale transferului, consemnând această informare. Acceptul pacientului sau al aparținătorilor se obține, dacă este posibil, înaintea începerii transferului, fără ca aceasta să ducă la întârzieri ce ar fi în detrimentul pacientului. În cazul în care acceptul pacientului sau al aparținătorilor nu poate fi obținut, acest lucru este documentat și motivele sunt explicate în fișa pacientului.

⁹ transfer interclinic - transferul unui pacient între două unități sanitare, din care unitatea sanitară care primește pacientul este de un nivel de competență și/sau dotare mai mare decât unitatea sanitară care trimite pacientul

- f) Medicul responsabil cu evaluarea pacientului evaluează starea acestuia, necesitatea transferului, momentul transferului, modalitatea transportului, nivelul asistenței medicale pe durata transferului (competențele echipajului și dotarea necesară) și destinația transferului, având ca scop final asigurarea îngrijirilor medicale optime pacientului transferat, fără întârziere nejustificată. În situația în care spitalul la care se solicită transferul pacientului refuză să accepte din lipsa locurilor, acestuia îi revine obligația de a găsi un loc într-un spital care deține competențe și condiții de investigații și tratament cel puțin egale cu nivelul propriu.
- g) Acceptul pentru transfer se obține de la spitalul care primește pacientul, înaintea începerii transferului, cu excepția cazurilor în care pacientul necesită un transfer de urgență, fiind instabil hemodinamic sau în pericol vital eminent.
- h) Documentația ce cuprinde starea pacientului, investigațiile efectuate și rezultatele acestora, medicația administrată, cu specificația dozelor și a orelor de administrare, consulturile de specialitate etc. este copiată sau trimisă în original spitalului care primește pacientul. În situația în care este posibil, documentația poate fi trimisă și prin poșta electronică. Investigațiile imagistice efectuate/ existente în dosarul pacientului (CT, RX, RMN, angiografii etc.), precum și alte teste vor fi trimise cu documentația medicală a pacientului.
- i) În vederea organizării transferului interclinic medicului responsabil îi revin următoarele reponsabilități:
- i. identifică pacientul cu indicație pentru transfer;
 - ii. inițiază procesul de transfer, prin contactul direct cu medicul din unitatea primitoare;
 - iii. asigură stabilizarea maximă posibilă a pacientului, în limita posibilităților existente în cadrul spitalului;
 - iv. determină modalitatea de transfer, prin consultare cu serviciul care efectuează transferul; transferul se poate face, după caz, în colaborare cu serviciile de ambulanță județene, serviciile mobile de urgență, reanimare și descarcerare (SMURD) sau alte servicii de transport sanitar, abilitate prin lege, care dețin competențele necesare pentru efectuarea acestuia;
 - v. evită întârzierile nejustificate din punct de vedere medical;
 - vi. asigură păstrarea unui nivel adecvat și constant de îngrijire pe durata transferului, până la preluarea pacientului de către medicul din unitatea primitoare, prin indicarea la solicitarea transferului a competențelor echipajului și a nivelului de dotare necesară pentru realizarea în cele mai bune condiții a transferului;
 - vii. transferă documentația și rezultatele investigațiilor pacientului către unitatea primitoare.
- j) Înaintea efectuării transferului pacientul este reanimat și stabilizat în limita posibilităților, evitând întârzierile nejustificate, manevrele de stabilizare, atunci când există indicație, fiind cele prevăzute de pct. 3. din Anexa nr. 1 la *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic.*
- k) Medicul care solicită transferul se asigură că pe timpul acestuia sunt asigurate condițiile prevăzute de pct. 4. din Anexa nr. 1 la *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic.*
- l) Informațiile minime ce trebuie să însoțească pacientul sunt cele prevăzute de pct. 5. din Anexa nr. 1 la *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic.*
- m) Fișa medicală de transfer întreclinic a pacientului critic, al cărui model se regăsește în Anexa nr. 3 la *O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic*, se completează de către medicul care a solicitat transferul și se trimite serviciului de urgență care urmează să efectueze transferul, precum și spitalul care urmează să primească pacientul la numere de fax prestabilite și /sau adresă de e-mail prestabilită prin acorduri de colaborare, după caz. În caz de urgență medicul solicitant poate înmâna fișa echipajului care efectuează transferul la predarea pacientului, el fiind

obligat să trimită o copie spitalului primitor înainte de sosirea pacientului la destinație. O copie a acestei fișe rămâne în serviciul care solicită transferul.

- n) Materialele sanitare și medicamentele necesare pe durata transferului pacientului, inclusiv produsele sanguine, dacă este cazul, sunt asigurate, pentru toată durata transferului, de către S.J.U.D.T.S. – ca unitate sanitară care solicită transferul, urmând ca echipajul de transfer să predea materialele și medicamentele rămase neutilizate medicului din unitatea care primește pacientul, acestea fiind trecute în fișa pacientului.
- o) În cazul pacienților considerați netransportabili din cauza stării lor clinice, dar al căror transfer către o altă unitate sanitară reprezintă unica șansă de salvare a vieții lor, decizia asupra efectuării transferului se ia de către medicii din spitalul în care se află pacientul la momentul respectiv, de comun acord cu medicii din spitalul la care urmează a fi trimis pacientul și cu serviciul care urmează să efectueze transferul. În aceste situații, medicul sau medicii care decid transferul în beneficiul pacientului explică situația și riscurile acestui transfer familiei, care își va da acordul. În lipsa familiei, aceasta va fi reprezentată de medicii din S.J.U.D.T.S. .
- p) În cadrul S.J.U.D.T.S. se asigură accesul personalului medical la un fax funcțional 24 de ore din 24, 7 zile din 7, existent în serviciul de urgență al spitalului. Coordonatorul serviciului de urgență al spitalului are obligația de a asigura în locul de dispunere a faxului/faxurilor numere de contact actualizate a tuturor potențialelor spitale/servicii care pot fi implicate în transferul interclinic al pacienților critici.
- q) De asemenea, prin grija coordonatorului serviciului de urgență a spitalului, la nivelul acestuia există evidența actualizată permanent a numărului și locației unităților de susținere a funcțiilor vitale disponibile în arealul deservit de către S.J.U.D.T.S..

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Există încheiat, permanent, cel puțin 1 acord de colaborare, în termen de valabilitate, prin care se stabilesc regulile de transfer, procedurile de lucru și datele de contact în vederea aplicării O.M.S. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic;
- b) Numărul de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic din secția al spitalului în alte spitale este direct proporțional cu numărul de situații care au impus aceste transferuri;
- c) Raportul dintre numărul de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic din C.G./C.P.U. în alte spitale și numărul de situații care au impus aceste transferuri, are valoare egală cu 1;
- d) Numărul de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic pentru care au fost întocmite Fișe medicale de transfer întreclinic a pacientului critic în raport este direct proporțional cunumărul de pacienți transferați interclinic;

IX.59. Colaborarea dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești

Art.1. Reglementarea procesului de colaborare dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești are ca principale scopuri:

- a) Eficientizarea procesului de îngrijire a pacientului în situații de urgență;
- b) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o agravarea stării de sănătate / decesul pacientului.

Art.2. S.J.U.D.T.S. colaborează cu următoarele categorii de servicii de urgență prespitalicești:

- a) Serviciul Mobil de Urgențe, Reanimare și Descarcerare¹⁰ - scopul acestuia este transferul unui echipaj medical spitalicesc, cu dotarea necesară, la locul unde se află un pacient în

¹⁰ În continuare: „S.M.U.R.D.”

stare critică, în vederea acordării de asistență medicală de urgență calificată, precum și transferul interclinic al pacienților aflați în stare critică.

- b) Serviciul de Ambulanță Județean MEHEDINȚI¹¹ – asigură, după caz, asistență medicală de urgență prespitalicească, consultații medicale de urgență, și transport sanitar neasistat.
- c) Ambulanțe private – asigură la cerere transport sanitar asistat și neasistat.

Art.3. Etapele procesului de colaborare dintre serviciul de urgență al spitalului și serviciile de urgență prespitalicești presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Transferul interclinic al pacientului critic se realizează de regulă potrivit prevederilor pct. IX.58. *“Modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile”* din prezentul Regulament. Atât S.M.U.R.D. cât și S.A.J. MH pot transporta pacienți critici către serviciul de urgență al spitalului al S.J.U.D.T.S. la cererea pacientului sau în lipsa acesteia, în ambele situații decizia aparținând medicului de pe ambulanță care apreciază că în cadrul S.J.U.D.T.S. există nivelul de competență și/sau dotare necesar acordării asistenței medicale de specialitate în raport cu patologia prezentată de către respectivii pacienți.
- b) Anual, compartimentul juridic din cadrul S.J.U.D.T.S. încheie un contract de colaborare sau un act adițional la contractul de colaborare existent cu S.A.J. MH, având ca obiect furnizarea următoarelor servicii medicale:
 - i. Transfer asistat și neasistat, cu excepția pacientului critic;
 - ii. Transport pentru consult interdisciplinar asistat și neasistat;
 - iii. Transport sânge pentru rețineri de stoc;
 - iv. Transportul personalului medical și a altui personal;
 - v. Externări asistate în jud. Mehedinți și în alte județe, cu excepția situațiilor prevăzute în contractul cadru;
 - vi. Alte servicii medicale de urgență și transport sanitar nedecontate de casa de asigurări, furnizate la cererea spitalului sanitar, sau după caz, a pacientului, situație în care costurile sunt suportate de acesta din urmă.
- c) Prin grija consilierului juridic, în termen de 5 zile lucrătoare de la data încheierii fiecărui contract de colaborare, acestea vor fi multiplicat și distribuite secțiilor, Ambulatoriului integrat și serviciul de urgență al spitalului, personalul acestora având obligația legală de a respecta cele stabilite prin respectivul contract.
- d) Pentru pacienții care sunt transportați de serviciile de urgență prespitalicească în cadrul S.J.U.D.T.S. , respectivele servicii vor preda pacienții (cod „Galben”, cod „Verde”, cod „Albastru”), după caz, asistentului medical de triaj sau unui medic de gardă din cadrul serviciului de urgență al spitalului. La predarea respectivilor pacienți se va preda și o fișă medicală a acestora, completată de șeful echipajului de urgență prespitalicească și semnată de acesta.
- e) Personalul serviciului de urgență al spitalului are obligația să preia pacienții transportați de serviciile de urgență prespitalicească în cel mai scurt timp posibil, eliberând echipajul respectiv în cel mult 15 minute de la sosirea în cadrul serviciului de urgență al spitalului
- f) Medicii din serviciul de urgență al spitalului, precum și medicii de gardă din spital nu au dreptul de a reține echipajele serviciilor de urgență prespitalicești, cu excepția cazului în care se constată că pacientul adus de acestea se află în stare critică iar resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile, necesitând transfer imediat către o altă unitate sanitară, situație în care se va obține acordul dispeceratului medical care coordonează echipajul respectiv.
- g) Echipajele care transportă pacienți aflați în stare critică au obligația să anunțe sosirea lor din timp, cu cel puțin 10 minute înaintea sosirii, și să aducă la cunoștința personalului din serviciul de urgență al spitalului, direct ori prin intermediul dispeceratului, datele clinice despre starea pacientului și tratamentul aplicat acestuia până la momentul respectiv.

¹¹ În continuare : „S.A.J.” MH.

- h) Personalul serviciului de urgență al spitalului are obligația, pe baza informațiilor primite de la echipajele de urgență prespitalicească, de a pregăti în prealabil camera de reanimare și de a anunța, după caz și în conformitate cu protocoalele spitalului, specialitățile care trebuie să fie prezente în mod obligatoriu la sosirea cazului.
- i) Funcție de cazuistică, personalul din serviciul de urgență al spitalului va informa și personalul Laboratorului clinic de radiologie și imagistică în vederea pregătirii prelabile, în cazul în care se anticipează necesitatea unei examinări CT/RMN. Totodată, va fi informat și blocul operator, în cazul în care se anticipează necesitatea unei intervenții de urgență în scurt timp.
- j) În cazul unor disfuncționalități sau în cazul în care echipajele de urgență prespitalicească nu respectă competențele sau protocoalele/acordurile existente, medicul-șef al serviciului de urgență al spitalului are obligația de a informa în scris conducerea serviciului de ambulanță sau, după caz, medicul-șef al SMURD despre problemele respective.
- k) La solicitarea echipajelor de urgență prespitalicească, serviciul de urgență al spitalului poate trimite personal medical de specialitate, echipamente, medicamente și materiale sanitare în sprijinul acestora, folosind, după caz, mijloace de deplasare proprii ale spitalului sau mijloace de deplasare ale serviciului de ambulanță ori ale altor instituții care pot asigura sprijinul în acest sens, cu condiția de a se asigura permanența în serviciul de urgență al spitalului propriu.
- l) Structurile medicale din cadrul S.J.U.D.T.S. care din varii motive au nevoie de asigurarea serviciilor medicale de transport, au obligația să solicite în scris sau telefonic respectivele servicii, cu cel puțin 3 ore înaintea efectuării acestora și să aștepte confirmarea apelului din partea S.A.J. MH. În cazul în care transportul pacientului se face în alt județ, solicitarea se face cu minim 24 de ore înainte. Pentru servicii medicale de transport care urmează a fi decontate de către S.J.U.D.T.S., în mod obligatoriu, anterior de contactarea acestora, se va cere aprobarea directorului medical și a managerului spitalului.
- m) Transportul sanitar asistat și neasistat al pacienților cu ambulante private spre/dinspre S.J.U.D.T.S. , se realizează în mod obligatoriu doar după obținerea de către dispeceratul acestora a unui aviz medical prealabil din partea unui medic curant din cadrul spitalului, la solicitarea expres formulată a unui pacient.

Art.4. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colaborare dintre camera de gardă și serviciile de urgență prespitalicești sunt următorii:

- a) Există o evidență completată la zi a intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la efectuarea triajului.
- b) Există o evidență completată la zi a intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primul consult de specialitate.
- c) Există o evidență completată la zi a intervalului mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primele investigații.
- d) Există o evidență exactă a numărului de prezentări la UPU/CPU/cameră de gardă per număr de medici UPU/CPU/cameră de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- e) Există o evidență exactă a numărului de internări de urgență per număr total internări, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- f) Există o evidență exactă a numărului de internări per număr total prezentări în UPU/CPU/camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- g) Există o evidență exactă a numărului de pacienți internați prin UPU/CPU/camera de gardă în perioada Luni-Joi inclusiv per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- h) Există o evidență exactă a numărului de pacienți internați UPU/CPU/camera de gardă în perioada Vineri-Duminică, inclusiv per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- i) Există o evidență exactă a numărului de pacienți internați în intervalul orar 08:01 - 14:00 per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.

- j) Există o evidență exactă a numărului de pacienți consultați interdisciplinar la internare per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- k) Există o evidență exactă a numărului de pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 08:01 - 14:00 per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- l) Există o evidență exactă a numărului de pacienți transportați de SMURD la spital și internați în intervalul orar 08:01 - 14:00 per număr total pacienți transportați de SMURD la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- m) Există o evidență exactă a numărului de pacienți internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- n) Există o evidență exactă a numărului de pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- o) Există o evidență exactă a numărului de pacienți transportați de SMURD la spital și internați în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr total pacienți transportați de SMURD la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- p) Există o evidență exactă a numărului de pacienți internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- q) Există o evidență exactă a numărului de pacienți transportați de Ambulanță la spital și internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți transportați de Ambulanță la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- r) Există o evidență exactă a numărului de pacienți transportați de SMURD la spital și internați în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienți transportați de SMURD la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- s) Există o evidență exactă a numărului de pacienți internați în urgență ca urmare a acutizării unei patologii cronice per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- t) Există o evidență exactă a numărului de pacienți transportați de Ambulanță la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- u) Există o evidență exactă a numărului de pacienți transportați de SMURD la spital per total prezentări la UPU/CPU, pe ultimul an calendaristic încheiat.
- v) Există o evidență exactă a numărului de pacienți transportați de Ambulanțe private la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.

IX.60. Preluarea pacienților în structurile de terapie intensivă

Art.1. Reglementarea procesului de preluare a pacienților în Secția A.T.I. are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea la nivelul spitalului a unor reguli de predare-preluare a cazului aplicând o modalitate de transfer al informațiilor și responsabilităților legate de pacient;
- b) Stabilirea la nivelul spitalului a unor reguli de internare/admisie în Secția A.T.I.;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o agravarea stării de sănătate / decesul pacientului neadmis în Secția A.T.I.
 - o acuzații de malpraxis în situația medicilor care nu aplică criterii clinice de prioritizare la admiterea pacienților în ATI.

Art.2. Etapele procesului de preluare/admisie a pacienților în Secția A.T.I. a S.J.U.D.T.S. presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Preluarea și internarea/admisia pacienților din secții non-A.T.I. în Secția A.T.I. a S.J.U.D.T.S. se realizează în baza următoarelor criterii de internare/admisie:

i. Criterii de prioritate:

Prioritatea 1: Pacienții critici instabili care necesită tratament și/sau monitorizare care nu pot fi efectuate în afara terapiei intensive. De obicei aceste tratamente includ suport ventilator avansat, administrarea continuă de droguri vasoactive etc. (de exemplu:

insuficiența respiratorie acută sau pacienți în postoperator care necesită suport ventilator mecanic și pacienții cu instabilitate hemodinamică sau șoc care necesită monitorizare invazivă și/sau tratament cu medicamente vasoactive).

Prioritatea 2: pacienții care necesită monitorizare intensivă și potențial care au nevoie de intervenție terapeutică imediată (de exemplu: pacienți cu comorbidități cronice care dezvoltă o suferință medicală sau chirurgicală acută).

Prioritatea 3: Pacienții critici cu instabilitate care au șanse reduse de recuperare din cauza bolilor concomitente sau din cauza naturii bolii acute (de exemplu: pacienții cu suferințe maligne metastazate complicate cu infecție, tamponada cardiacă sau obstrucție de căi respiratorii).

Prioritatea 4: Această categorie include pacienții care nu sunt în general admiși în terapie intensivă. Admisia acestora se face pe bază individuală, în circumstanțe deosebite.

Acești pacienți sunt:

- pacienți care nu au un beneficiu anticipat din cauza riscului mic;
- pacienți cu boli terminale ireversibile în iminență de deces.

ii. Criterii de diagnostic:

A. Sistem cardiac:

- infarct miocardic acut cu complicații;
- șoc cardiogen;
- aritmii complexe necesitând monitorizare continuă și intervenție terapeutică imediată;
- insuficiență cardiacă acută cu insuficiență respiratorie și/sau necesitând suport hemodinamic;
- urgențele hipertensive;
- angina instabilă, în mod deosebit însoțită de aritmii, instabilitate hemodinamică sau durere toracică persistentă;
- pacienții resuscitați după oprire cardiacă și care necesită ulterior terapie intensivă;
- stări postoprire cardiacă;
- tamponada cardiacă sau constricție cu instabilitate hemodinamică;
- aneurisme disecante de aortă;
- bloc cardiac complet;
- hipovolemia de orice cauză care nu răspunde la repleția volemică de rutină, incluzând și sângerările postoperatorii, hemoragiile gastrointestinale, hemoragiile date de coagulopatii;
- necesitatea administrării continue de droguri vasoactive pentru menținerea tensiunii arteriale și/sau a debitului cardiac.

B. Sistem pulmonar:

- insuficiență respiratorie acută ce necesită suport ventilator cu intubație traheală sau ventilație noninvazivă;
- embolie pulmonară cu instabilitate hemodinamică;
- pacienții din terapie intermediară care prezintă deteriorarea funcției respiratorii (necesită oxigen pe mască > 50%);
- necesitatea de nursing/îngrijire respiratorie care nu este posibilă în unitatea de terapie intermediară sau în secția obișnuită de spital (fizioterapie pentru eliminarea secrețiilor la mai puțin de două ore);
- hemoptizie masivă;
- insuficiența respiratorie cu iminența de intubație (riscul de apariție a unei insuficiențe respiratorii care ar necesita intubație endotraheală și suport ventilator);
- pacienți intubați pentru protecția căilor respiratorii, chiar dacă nu au alte disfuncții de organ și nu necesită suport ventilator.

C. Tulburări neurologice:

- stroke acut cu alterarea stării de conștiență;
- coma: metabolică, toxică sau anoxică;
- hemoragie intracraniană cu potențial de herniere;
- hemoragie subarahnoidă acută;

- meningita cu alterarea stării de conștiență sau afectarea funcției respiratorii;
 - suferințe ale sistemului nervos central sau suferințe neuromusculare cu deteriorarea funcției neurologice ori pulmonare;
 - status epilepticus;
 - moartea cerebrală sau potențiala moarte cerebrală pentru tratament agresiv de menținere în vederea donării de organe și țesuturi;
 - vasospasm;
 - disfuncție a sistemului nervos central, indiferent de cauză, suficiența pentru a altera reflexele de protecție și căile respiratorii;
 - monitorizare neurologică invazivă.
- D. Ingestie de droguri și supradozare de droguri:
- instabilitate hemodinamică la pacienți cu ingestie de droguri;
 - alterarea stării de conștiență cu protecție inadecvată a căilor respiratorii la pacienți cu ingestie de droguri;
 - convulsii după ingestia de droguri.
- E. Tulburări gastrointestinale:
- sângerari digestive amenințătoare de viață, inclusiv hipotensiune, angină, sângerare activă sau cu condiții de comorbiditate;
 - insuficiență hepatică fulminantă;
 - pancreatita acută severă;
 - perforație esofagiană cu sau fără mediastinită.
- F. Tulburări endocrine:
- cetoacidoză diabetică complicată cu instabilitate hemodinamică, alterarea stării de conștiență, insuficiență respiratorie sau acidoză severă;
 - comă tiroidiană cu instabilitate hemodinamică;
 - stare hiperosmolară cu comă și/sau instabilitate hemodinamică;
 - crizele adrenale cu instabilitate hemodinamică;
 - hipercalcemie severă cu alterarea stării de conștiență, necesitând monitorizare hemodinamică;
 - hipo- sau hipernatremia cu convulsii și/sau alterarea stării de conștiență;
 - hipo- sau hipermagneziemia cu aritmii sau afectare hemodinamică;
 - hipo- sau hipercalemia cu disritmii sau afectare musculară;
 - hipofosfatemia cu slăbiciune musculară.
- G. Renal:
- necesitatea terapiei de epurare extrarenală - hemodializa, hemofiltrare, hemodiafiltrare în acut.
- H. Chirurgicale:
- pacienți în postoperator care necesită monitorizare hemodinamică/suport ventilator sau îngrijire specială la nivel de terapie intensivă.
- I. Diverse:
- sepsis sever sau șoc septic;
 - monitorizare hemodinamică invazivă;
 - condiții clinice care impun nivel de îngrijire de terapie intensivă;
 - injurii de mediu (hipo-/hipertermia, înecul, electrocuție);
 - tratamente noi/experimentale cu potențial de complicații.
- iii. Criteriul: Parametrii obiectivi
- A. Semne vitale:
- puls < 40 sau > 150 b/minut;
 - TA sistolică < 80 mmHg sau 20 mmHg sub TA obișnuită a pacientului;
 - TA medie < 60 mmHg;
 - PA diastolică > 120 mmHg;
 - stopul respirator de orice cauză;
 - frecvența respiratorie > 35 r/minut sau < 8 r/minut;
 - riscul de oprire respiratorie;

- alterarea bruscă a stării de conștiență (modificarea scorului Glasgow cu mai mult de 2);

- crize convulsive repetate sau prelungite;

B. Date de Laborator:

- Na < 110 mEq/L sau > 170 mEq/L;

- K < 2,0 mEq/L sau > 7,0 mEq/L;

- PaO₂ < 50 mmHg;

- SaO₂ < 90 cu O₂ > 50%;

- Creșterea acută a Pa CO₂ cu acidoză respiratorie;

- pH < 7,1 sau > 7,7;

- glicemie > 800 mg/dl;

- Ca > 15 mg/dl;

- nivel toxic al drogurilor sau al altor substanțe chimice la pacienți cu afectare hemodinamică ori neurologică.

C. Rezultate imagistică (radioscopie/radiografie, ecografie, tomografie, rezonanță magnetică) și endoscopie:

- hemoragie vasculară cerebrală, contuzie sau hemoragie subarahnoidină cu afectarea stării de conștiență ori semne neurologice focale;

- rupturi de viscere, vezică urinară, ficat, varice esofagiene sau uter cu instabilitate hemodinamică;

- anevrism de aortă disecant.

D. Electrocardiograma:

- infarct miocardic cu aritmii complexe, instabilitate hemodinamică sau insuficiență cardiacă congestivă;

- tahicardie ventriculară susținută sau fibrilație ventriculară;

- bloc complet cu instabilitate hemodinamică.

E. Semne fizice apărute acut:

- pupile inegale la un pacient inconștient;

- arsuri > 10% din suprafața corporeală;

- anurie;

- obstrucție de căi respiratorii;

- comă;

- convulsii susținute;

- cianoză;

- tamponadă cardiacă.

b) În cazul în care numărul potențialilor beneficiari de terapie intensivă depășește capacitatea secției este necesar un triaj. Triajul se recomandă a fi făcut pe baza criteriilor de prioritați medicale prezentate mai sus. Decizia de triaj aparține șefului Secției ATI sau înlocuitorului de drept, după caz, ori medicului de gardă și trebuie făcută explicit.

c) Vârsta, originea etnică, rasa, sexul, statutul social, preferințele sexuale sau starea financiară a pacienților nu trebuie să influențeze decizia de triaj.

d) Predarea pacienților din Secția A.T.I. către o secție non-A.T.I se face în baza formularului de *”Fișă de predare-primire a pacientului într-o secție non-A.T.P”* al cărui model se regăsește în Anexa nr. 7 la O.M.S. 398/2019 pentru aprobarea Ghidului privind siguranța pacientului în anestezie-terapie intensivă.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de preluare a pacienților în Secția A.T.I. sunt următorii:

a) Numărul de reclamații ale pacienților și /sau aparținătorilor ca urmare a agravării stării de sănătate/decesul unor pacienți care nu au fost admiși în structurile A.T.I. prin aplicarea criteriilor clinice de prioritizare în ultimul an calendaristic încheiat, raportat la numărul de situații care au impus transferul, are valoare egală cu 0 (zero);

b) Raportul dintre numărul de situații în care medicii nu au aplicat criterii clinice de prioritizare la admisia pacienților în structurile A.T.I., din numărul total de astfel de transferuri în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare egală cu 0(zero);

- c) Număr de evenimente în mass-media care s-au concretizat în deficit de imagine a spitalului determinate de reclamații ale pacienților și /sau aparținătorilor ca urmare a agravării stării de sănătate/decesul unor pacienți care nu au fost admiși în structurile A.T.I. prin aplicarea criteriilor clinice de prioritizare în ultimul an calendaristic încheiat din numărul total de evenimente în mass-media care s-au concretizat în deficit de imagine a spitalului, are valoare maxim admisă egală cu 1;

IX.61. Accesul și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Secției A.T.I.

Art.1. Reglementarea accesului și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Secției A.T.I. are ca principale scopuri:

- a) Stabilește măsurile de prevenire a I.A.A.M. pentru personalul din cadrul Secției A.T.I. care asigură asistență medicală de specialitate pacienților infectați cu bacterii multidrog rezistente sau cu afecțiuni cu contagiozitate crescută.
- b) Stabilește măsurile de prevenire a contaminării infecțioase a pacienților cu imunitate compromisă ce necesită izolare.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o contaminarea mediului spitalicesc cu bacterii multidrog rezistente
 - o producerea de I.A.A.M;
 - o agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art.2. Etapele procesului de acces și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Secției A.T.I. presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cadrul Secției A.T.I. se destină în mod obligatoriu, prin grija medicului șef de secție, o rezervă pentru următoarele cazuri/situații care necesită izolare epidemiologică severă, astfel:
 - i. pacienți susceptibili/confirmați de a fi infectați cu bacterii multidrog rezistente;
 - ii. pacienți cu boli infecțioase cu contagiozitate ridicată;
 - iii. pacienți în stare critică cu infecții parazitare cu contagiozitate mare (scabie, pediculoză etc);
 - iv. pacienți cu imunitate compromisă.
- b) Prin grija medicului șef al Secției A.T.I. și a responsabililor din cadrul structurii Administrativ a S.J.U.D.T.S., în cadrul încăperii dedicate pentru care necesita izolare epidemiologică severă, se asigură următoarea infrastructură:
 - i. grup sanitar propriu (toaletă, chiuvetă și duș) cu dotări pentru pacienți cu dizabilități și sistem de alarmare;
 - ii. uși care să permită accesul cu targa și fără praguri;
 - iii. sistem de alarmare la nivelul patului;
 - iv. sistem de semnalizare vizuală a încăperii destinate izolării;
 - v. sistem de igienizare a mâinilor la intrarea (pe exterior) și ieșirea din salon (în interiorul salonului);
 - vi. în situația că respectiva rezervă este cu un singur pat se asigură program adaptat și afișat de vizitare a pacientului de către personalul medical;
 - vii. program de igienizare a salonului afișat și adaptat condițiilor de izolare.
- c) Personalul medico-sanitar care asigură asistență medicală/îngrijirea pacientului care necesită izolare epidemiologică severă ce este internat în respectiva rezervă, are obligația de a lua următoarele măsuri de protecție:
 - i. Dezinfecția mâinilor se realizează cu soluția dezinfectantă, timp de 30 de secunde/până la uscare, înainte de intrarea în rezervă, după acordarea de îngrijirilor precum și înaintea ieșirii din rezervă.
 - ii. Ca echipament de protecție se va utiliza: suprabluză (halat textil sau impermeabil)- pentru îngrijiri cu risc de contaminare, mănuși (curate, nesterile), mască (în cazul

portajului orofaringian), capelină. În mod obligatoriu echipamentul de protecție menționat se îmbracă înainte de intrarea în salon și, după utilizare, echipamentul se va colecta în recipientul pentru deșeurilor contaminate situat în interiorul rezervei, în imediata proximitate a ieșirii din respectiva rezervă.

- iii. Materialul medico - chirurgical va fi pe cât posibil de unică folosință, iar în cazul utilizării la mai mulți pacienți, acesta se va decontamina imediat după folosire (stetoscop, termometru etc).
- iv. F.O.C.G. nu se va introduce în spațiul de izolare al Secției A.T.I.
- v. Lichidele biologice (ex: urina) – nu se păstrează decât în caz de necesitate (teste biochimice), în borcane prevăzute cu capac, care se arunca la deseuri biologice imediat după analizarea probelor/golire;
- vi. Dezinfecția curentă se realizează conform programului de igienizare a rezervei afișat și adaptat condițiilor de izolare. Dezinfecția finală se realizează la eliberarea rezervei.
- vii. Transportul bolnavului la explorări diverse se face doar după anunțarea serviciului respectiv pentru programarea bolnavului ținând cont de statusul pacientului care necesită izolare epidemiologică severă și de condițiile de izolare tehnică pe care trebuie să o aplice respectivul serviciu.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a accesului și regimului vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Secției A.T.I. sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul de instruirii realizate în ultimul an calendaristic specifice procesului de acces, regimului vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al structurii A.T.I. și numărul total de astfel de instruirii planificate, are o valoare egală cu 1;
- b) Raportul dintre numărul de I.A.A.M. înregistrate în structurile A.T.I. pentru care există suspiciuni/se face dovada producerii ca urmare a nerespectării măsurilor de siguranță specifice necesar a fi luate de către personalul care are acces la rezerva pentru izolarea pacienților susceptibili/confirmați de a fi infectați cu bacterii multidrog rezistente și numărul total de I.A.A.M. produse în aceste structuri, este egal cu 0 (zero);
- c) Rezerva pentru cazurile care necesită izolare epidemiologică severă (pentru pacienți susceptibili/confirmați de a fi infectați cu bacterii multidrog rezistente, precum și pentru pacienții cu boli infecțioase cu contagiozitate ridicată, a pacienților în stare critică cu infecții parazitare cu contagiozitate mare (scabie, pediculoză etc) sau a pacienților cu imunitate compromisă) are asigurată infrastructura minim obligatorie prevăzută de prezenta reglementare în permanentă stare de funcționare.

IX.62. Accesul în Secția A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia

Art.1. Reglementarea accesului în Secția A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia are ca principale scopuri:

- a) Stabilește reguli de conduită pentru aparținători/vizitatori.
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o producerea de I.A.A.M.
 - o agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art.2. Accesul în Secția A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Pentru a limita accesul în Secția A.T.I. a S.J.U.D.T.S., ușile de acces în aceasta se prevăd cu sisteme de acces cu cartele prin grija serviciului Administrativ al spitalului.
- b) Accesul vizitatorilor/aparținătorilor și a personalului medical din alte secții în Secția A.T.I. se face doar dinspre Secția chirurgie generală. În acest sens, ușa respectivă este prevăzută cu sonerie care să permită vizitatorilor să se anunțe înainte să primească autorizația să intre în Secția A.T.I.

- c) În situația nefuncționării sistemului de acces cu cartele precum și a soneriei de la ușa de acces, personalul Secției A.T.I. are obligația de a solicita prin șeful Secției A.T.I. remedierea cât mai urgentă a defecțiunilor constatate.
- d) În zona de acces a Secției A.T.I. este asigurat un filtru pentru echiparea vizitatorilor/apartinătorilor, inclusiv a personalului medical din alte secții. Funcționarea respectivului filtru și asigurarea acestuia cu echipament de protecție adecvat pentru vizitatori/apartinători, inclusiv pentru personalul medical din alte secții, este în responsabilitatea asistentului șef din Secția A.T.I.
- e) Accesul vizitatorilor/apartinătorilor în Secția A.T.I. este condiționat de un triaj epidemiologic care se realizează de către personalul din cadrul respectivei secții prin completarea registrului privind ”*Evidența triajului epidemiologic al vizitatorilor/apartinătorilor în cadrul Secției A.T.I.*” (conform indicațiilor înscrise în acesta) care se află în zona-filtru de acces al Secției A.T.I.
- f) Întreg personalul medical din Secția A.T.I. precum și din cadrul celorlalte secții medicale ale S.J.U.D.T.S. , are obligația de a efectua triajul epidemiologic zilnic, acesta fiind consemnat în registrele special destinate acestui scop care se completează de către asistentele șefe/înlocuitorii desemnați ai acestora. Șefii secțiilor medicale din cadrul S.J.U.D.T.S. răspund de efectuarea de către asistentele șefe de secție a triajului zilnic al personalului din subordine și declararea oricărei suspiciuni de boala transmisibilă către compartimentul de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale.
- g) Vizitarea pacienților în Secția A.T.I. este permisă zilnic doar membrilor familiei, respectiv părinți, copii, surori/frați, cu condiția ca vizita să se facă individual sau cel mult două persoane. Pe timpul vizitei/prezenței în Secția A.T.I. aparținătorii au obligația de a avea un comportament civilizată, să vorbească cu un ton scăzut și să respecte indicațiile personalului medico-sanitar din secție. Pe timpul vizitei este interzisă utilizarea telefoanelor mobile, acestea vor fi setate pe modul silențios.
- h) Prin excepție de la prevederile literei g), în cazul pacienților în stare terminală, familia are dreptul de a vizita pacientul indiferent de oră, sau poate solicita prezența permanentă lângă acesta a unui singur membru de familie, cu acordul medicului curant și a șefului de secție din Secția A.T.I., cu păstrarea conduitei menționată la litera g).
- i) Prin excepție de la prevederile literei g), în cazul pacienților internați care au un grad redus de mobilitate din cauza patologiei prezentate și/sau prezintă tulburări cognitive ce implică risc de agresiune și/sau autoagresiune (demențe) accesul unei persoane poate fi permanent cu acordul medicului curant și a șefului de secție din Secția A.T.I., cu păstrarea conduitei menționată la litera g).
- j) Durata vizitei pacienților în Secția A.T.I. este de maxim 15 minute. La finalul intervalului orar de vizită asistenta șefă/înlocuitorul desemnat al acesteia și/sau asistentul medical de tură va anunța acest fapt vizitatorilor.
- k) Programul de vizită al aparținătorilor pacienților internați în Secția A.T.I. se realizează de luni până vineri în intervalul orar 14:30 – 15:30 și 19:00 – 20:00, iar în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale programul de vizită se realizează între orele 10,00 – 13:00 și 17:00 – 20:00. Respectivul program orar este afișat atât pe ușa de acces în Secția A.T.I. cât și pe site-ul spitalului, prin grija asistentei șefe din Secția A.T.I. și a personalului din compartimentul informatică.
- l) În situații excepționale (epidemii, carantină) vizitarea pacienților internați în cadrul Secției A.T.I. va fi strict interzisă, aspect ce se va comunica în timp util pacienților internați în cadrul secției (pentru a exista posibilitatea de comunicare către aparținători) și prin afișare la intrarea în secție precum și pe site-ul spitalului.
- m) În cadrul Secției A.T.I., cât și pe site-ul spitalului, este afișat un număr de telefon prin care se asigură informarea familiei de către medicul curant sau medicul de gardă despre starea și evoluția pacientului. Aparținătorii vor fi informați despre acest număr de telefon la internarea sau la transferul pacientului în secția respectivă, prin grija personalului medico-sanitar din Secția A.T.I. care realizează efectiv transferul.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de admitere a accesului în Secția A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul de I.A.A.M. raportate în ultimul an calendaristic încheiat datorate neefectuării triajului epidemiologic la intrarea de acces în structurile A.T.I. și numărul total de I.A.A.M. produse în aceste structuri, este egal cu 0 (zero);
- b) Numărul de reclamații ale pacienților/vizitatorilor/apartinătorilor datorate nerespectării programului de vizite al structurii A.T.I. în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă = 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul structurilor A.T.I.

IX.63. Modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română

Art.1. Reglementarea modalității de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea de servicii medicale complete pacienților prin implicarea acestora în toate etapele de diagnostic, tratament și îngrijire;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - imposibilitatea/greutatea comunicării cu pacientul.
 - reclamații ale pacienților cauzate de neacordarea unor servicii medicale specifice patologiei.

Art.2. Etapele procesului de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- La nivelul Spitalului comunicarea cu pacienții internați, nevorbitori de limba Română se va realiza prin utilizarea dispozitivelor de traducere non medicale ce traduc automat un număr mare limbi străine. Dispozitive ce sunt localizate la nivelul fiecărui pavilion.
- Pentru Pavilionul „700” acestea vor fi stocate la Centrala Telefonica de unde pot fi ridicate pe baza de semnături la ridicare și la predare.
- Aceste dispozitive vor fi folosite la conversația cu pacientul/pacienții (apartinătorii/reprezentant legal) nevorbitori de limba Română, acolo unde este cazul.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul de pacienți nevorbitori de limba română pentru care au fost asigurate, în ultimul an calendaristic, servicii de translație efectuate cu ajutorul dispozitivelor de traducere non medicale ce traduc automat și numărul de situații care au reclamat astfel de servicii, are valoare egală cu 1;
- b) Raportul dintre numărul de reclamații ale pacienților datorate neacordării de servicii medicale specifice patologiei de care suferă aceștia cauzate de imposibilitatea transmiterii de către pacient a simptomatologiei acesteia, în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

IX.64. Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere

Art.1. Reglementarea procesului de curățire și/sau decontaminare a zonelor cu risc de iradiere are ca principale scopuri:

- a) Asigură implementarea unor măsuri de gestionare a riscului de iradiere;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - apariția unor boli profesionale prin expunere externă la radiații a întregului corp.

Art.2. La nivelul S.J.U.D.T.S. următoarele spații se constituie în zone cu risc de iradiere:

- a) Spațiul de dispunere al aparatelor radiologice – Etaj I – Pavilion „700”;
- b) Spațiul de dispunere al Computer-tomografului – Parter – Pavilion „700”;
- c) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic – Dispensar TBC – Pavilion Alunis;

d) Spațiul de dispunere al aparatului radiologic – Dispensar TBC – Vinju Mare.

Art.3. Etapele procesului de curățire și/sau decontaminare a zonelor cu risc de iradiere presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Întregului personalul al Laboratorului de radiologie și imagistică medicală din cadrul S.J.U.D.T.S. (în calitate de titular al autorizației) care își exercită parte dintre atribuțiile înscrise în fișa de post în apropierea zonelor cu risc de iradiere sau, prin natura atribuțiilor intră pentru perioade scurte în aceste zone, inclusiv pentru efectuarea curățirii și/sau decontaminării acestora, i se acordă în mod gratuit - de către spital, echipament individual de protecție la radiații care se acordă suplimentar echipamentului individual de protecție specific locului de muncă respectiv. Echipamentul individual de protecție acordat unei persoane trebuie să asigure protecția acesteia împotriva tuturor factorilor de risc care acționează asupra sa în timpul îndeplinirii sarcinii de muncă.
- b) S.J.U.D.T.S. , prin structura Administrativ în colaborare cu Biroul achiziții și contractări, este obligat să asigure, în afara echipamentului individual, mijloacele de protecție colectivă la radiații ionizante (ecrane de protecție fixe sau mobile, nișe etc.) și materialele și mijloacele necesare decontaminării suprafețelor, echipamentelor de protecție la radiații și a corpului uman.
- c) Obligațiile pe care le are S.J.U.D.T.S. , responsabilii cu securitatea radiologică și persoanele care beneficiază de echipament individual de protecție la radiații în raport cu activitatea de asigurare și utilizare a echipamentului individual de protecție la radiații, sunt cele menționate de art. 14-16 din „*Normativul de acordare și de utilizare a echipamentului individual de protecție la radiații ionizante*” aprobat prin Ordinul C.N.C.A.N. nr. 421/2004.
- d) Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere este atributul asistentelor medicale de tură și îngrijitoarelor care deservește Laboratorul clinic de radiologie și imagistică medicală, acestea având în acest sens următoarele obligații:
 - i. Zilnic, la începutul programului/schimbarea turei, se curăță de praf aparatele radiologice și se dezinfectează cu soluție necorozivă, recomandată de fabricant;
 - ii. Monitoarele se curăță cu soluție specială conform specificațiilor înscrise în cărțile tehnice ale aparatelor radiologice;
 - iii. Curățirea / decontaminarea aparatelor de face după decuplarea acestora de la rețeaua electrică, ori de câte ori situația o impune (de exemplu: s-a vărsat ceva pe aparat sau pe acesta ajung produse biologice de la pacienți);
 - iv. Zilnic sau la nevoie (în mod obligatoriu după fiecare pacient cu TBC) se realizează dezinfecția spațiilor care se constituie în zone cu risc de iradiere, prin utilizarea lămpilor UV, minim 20 minute;
 - v. Șorturile de radioprotecție utilizate de personalul laboratorului se spală cu apă și săpun și se dezinfectează cu soluții dezinfectante pentru suprafețe; acestea se mențin întinse pe umerase pentru a nu se distruge folia de Pb;
 - vi. Casetele radiografice se spală cu lavete curate umezite în apă cu săpun și se dezinfectează cu aceeași soluție folosită pentru aparatul radiologic; cel puțin odată pe săptămână se verifică foliile întăritoare (eventualele pete se curăță cu alcool sanitar);
 - vii. La CT se utilizează cearceafuri de unică folosință iar părțile mesei, pernele, tetiera, suportii de mâini și de picioare se curăță după fiecare pacient cu agenți de curățare recomandați de fabricantul aparatului;
 - viii. Zilnic, pe timpul curățeniei, se deschid geamurile pentru aerisire; se curăță și se dezinfectează tot mobilierul din cameră cu laveta îmbibată în soluție de detergent și dezinfectant. De asemenea se curăță pavimentele și se golesc coșurile de gunoi. Lavetele utilizate se limpezesc după ștergerea fiecărui element de mobilier, chiuvete, oglinzi și exteriorul dispenserelor pentru săpun lichid, dezinfectant. Înainte de reumplere toate dispenserele se curăță și se clătesc cu apă fierbinte;
 - ix. Săptămânal se curăță și se dezinfectează ușile, ferestrele, caloriferele și coșurile de materiale nesterile;

- x. Întreținerea ustensilelor folosite pentru efectuarea curățării se face zilnic, după fiecare operațiune de curățare și la sfârșitul zilei de lucru; ustensilele se spală, se curăță, se dezinfectează și se usucă (în cazul în care se folosesc la materii organice întâi se realizează dezinfecția apoi curățarea);
 - xi. În situații epidemiologice care implică prezentarea unui pacient/grup de pacienți cu suspiciune/confirmit contaminat cu o boală infecto-contagioasă de risc înalt, se aplică măsuri de dezinfecție terminală prin nebulizarea aerului cu biocid de nivel înalt.
- e) Potrivit contractelor de service încheiate de către spital, pentru fiecare dintre aparatele radiologice dispuse în spațiile care se constituie în zone cu risc de iradiere, se realizează de 1+2 ori/an întreținerea fizică (aspirare praf, verificare).
- f) Anual, prin grija șefului laboratorului clinic radiologie și imagistică medicală se realizează instructaje periodice ale personalului care manevrează produse radioactive, conform planului anual de perfecționare prin cursuri și instruiți aprobat. Acestea se finalizează printr-o evaluare în urma căreia se acordă calificative. Personalul evaluat cu calificative inferioare calificativului de "Bine" va fi reinstruit în mod suplimentar.

Art.4. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Număr de probe pozitive prelevate de către C.P.I.A.A.M. din Laboratorul radiologie și imagistică medicală în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare maximă admisă de 5% din totalul de probe prelevate în aceeași perioadă de referință;
- b) Numărul de instructaje periodice realizate anual cu personalul care lucrează în mediu cu radiații este în raport direct cu numărul de astfel de instruiți planificate;

IX.65. Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive pe perioada desfășurării activității specifice

Art.1. Reglementarea accesului și traficului personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive pe perioada desfășurării activității specifice are ca principale scopuri:

- a) Identifică principalele zone cu risc infecțios din cadrul S.J.U.D.T.S. și stabilește măsuri de supraveghere pentru a preveni și limita infecțiile asociate asistenței medicale (I.A.A.M);
 - b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o producerea de I.A.A.M.
 - o punerea în pericol a vieții pacienților.

Art.2. La nivelul S.J.U.D.T.S. în următoarele spații se execută manevre/intervenții invazive:

- a) Blocul operator
- b) Camerele de expunere a aparatului Roentgen, CT și RMN
- c) Cabinetul de endoscopie
- d) Secție dializa

Art.3. (1) Accesul și traficul personalului sanitar în blocul operator pe perioada desfășurării activității specifice presupune:

- a) Accesul personalului sanitar în blocul operator se va face numai în ținuta de bloc operator, astfel cum este aceasta prevăzută la pct. IX.91. "Utilizarea echipamentului individual de protecție" din prezentul Regulament.
- b) În zona de filtru a Blocului operator este obligatorie schimbarea ținutei de spital cu ținuta de sală.
- c) **Este interzis accesul în sălile de operații a personalului care nu face parte din echipa de intervenție, răspunzător de această chestiune fiind șefii fiecărei echipe de intervenție chirurgicală.**
- d) Accesul și traficul personalului sanitar la nivelul blocului operator este detaliat în Regulamentul de organizare și funcționare al blocului operator existent la nivelul S.J.U.D.T.S.

- (2) Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile destinate pregătirii pacientului pentru C.T./R.M.N. pe perioada desfășurării activității specifice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:
- În Laboratorul clinic de radiologie și imagistică medicală nu se delimitează zone supravegheate: toate spațiile imediat vecine zonei controlate¹² precum și celelalte spații din laborator sunt considerate, de regulă, spații publice. Fiecare încăpere din cadrul laboratorului trebuie să fie utilizată numai conform destinației sale specifice.
 - Prin grija personalului sanitar din cadrul laboratorului ușile camerelor de radiologie și tomografie se închid în timpul procedurilor și cu avertizarea luminoasă activă sau afișe de atenționare dispuse pe acestea, după caz.
 - În raport cu spațiile în care desfășoară activitatea în cadrul Laboratorului clinic radiologie și imagistică medicală, personalul medico-sanitar din cadrul acestuia va utiliza numai echipamentul individual de protecție autorizat conform prevederilor legale în vigoare, pentru care s-a emis autorizație de protecție radiologică de către Comisia Nationala pentru Controlul Activitatilor Nucleare. Echipamentul individual cu protecție cu plumb, care poate fi șorț, mănuși, guler de protecție pentru tiroidă, ochelari de protecție, etc., trebuie să respecte specificațiile tehnice ale producătorului și standardelor specifice.
 - Accesul personalului medico-sanitar în spațiul din cadrul Laboratorului clinic radiologie și imagistică medicală unde se pregătește pacientul pentru manevre invazive și în spațiul unde se desfășoară efectiv manevre invazive (administrare de substanță de contrast) se va face numai în ținuta de lucru: se recomandă în acest sens echipament de spital, mănuși, mască și în caz de anticipare de producere de stropi/picături/jeturi cu produse biologice potențial contaminate, se impune portul ochelarilor de protecție. **Accesul în încăperile unde se execută manevre invazive este strict interzis în ținuta de stradă!**
 - În camera de expunere a aparatului Roentgen, CT și RMN are acces pe perioada desfășurării acesteia numai personalul medico-sanitar care execută manevra respectivă. **Accesul oricărei altei persoane este strict interzis!**
- (3) Accesul și traficul personalului sanitar în cabinetul de endoscopie pe perioada desfășurării activității specifice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:
- Prin grija medicului din cadrul cabinetului endoscopie ușa cabinetului respectiv se închide pe timpul procedurilor specifice, pe ușă fiind afișat un anunț de interdicție a accesului în încăpere.
 - Accesul personalului medico-sanitar în spațiul din cadrul cabinetului de endoscopie se va face numai în ținuta de lucru: se recomandă în acest sens echipament de spital, mănuși, mască și în caz de anticipare de producere de stropi/picături/jeturi cu produse biologice potențial contaminate, se impune portul ochelarilor de protecție. **Accesul în încăperile cabinetului de endoscopie este strict interzis în ținuta de stradă!**
 - În încăperile cabinetului de endoscopie, are acces pe perioada desfășurării acesteia numai personalul medico-sanitar care execută activitățile specifice. **Accesul oricărei altei persoane este strict interzis!**

Art.4. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- Numărul de probe pozitive prelevate de către C.P.I.A.A.M. raportate în ultimul an calendaristic pentru fiecare din spațiile în care se execută manevre invazive are valoare de maxim una/spațiu, în aceeași perioadă de referință;
- Raportul dintre numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor cu privire la accesul și traficul personalului medico sanitar în fiecare din spațiile în care se execută manevre

¹² Zonele controlate reprezintă toate camerele în care se află montate instalații radiologice (incluzând ansamblul tubul RX - cupola și masa de comandă) și zonele din laboratorul de radiologie unde sunt utilizate instalațiile radiologice mobile.

invazive, în ultimul an calendaristic încheiat și numărul total de reclamații depuse la nivelul spitalului în același interval de timp, este egal cu 0(zero);

IX.66. Modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian

Art.1. Reglementarea procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian are ca principale scopuri:

- a) Asigură aducerea la cunoștința medicilor prescriptori, în timp oportun, a informațiilor despre introducerea pe piață/în spital a unor produse antibacteriene nou apărute/neachiziționate anterior, a indicațiilor terapeutice, contraindicațiilor, precauțiilor, interacțiunilor, dozelor și a modului de administrare, precum și a reacțiilor adverse a acestora.
- b) În condițiile lipsei informațiilor în legătură cu noi produse antibacteriene, prezenta reglementare elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - apariția și răspândirea în spital a unor tulpini bacteriene multirezistente la antibiotice (ex. MRSA, VRE, BLSE, germeni producători de carbapenemaze, etc.)
 - apariția I.A.A.M;
 - agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art.2. (1) Informarea despre introducerea pe piață/în spital a unui nou produs antibacterian se poate face în următoarele situații:

- apariția unui produs antibacterian nou pe piață/în spital;
- apariția unor germeni multirezistenți la antibiotice;
- scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioadă de timp (pentru a preveni apariția multirezistenței la antibiotice) și înlocuirea lor cu produse din aceeași clasă sau din clase diferite.

(2) Etapele procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cazul apariției pe piață a unui produs antibacterian nou, șeful farmaciei și medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie din cadrul SPIAAM, prezintă prospectul acestuia în cadrul Consiliului Medical care aprobă, după caz, posibilitatea introducerii acestuia în uz/achiziționarea la solicitarea medicilor curanți.
- b) La sesizarea scrisă a medicului responsabil cu politica de antibioticoterapie, în cazul apariției unor germeni multirezistenți la antibiotice sau pentru scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioadă de timp, se întrunește Comisia medicamentului care hotărăște introducerea, după caz, unui nou produs antibacterian sau scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioadă de timp. Propunerile formulate prin procesul-verbal de ședință a Comisiei medicamentului se aprobă, după caz, în ședință ordinară sau, dacă situația o impune - în ședință extraordinară a Consiliului medical.
- c) La introducerea în spital a unui produs antibacterian nou, șeful farmaciei și medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie, prezintă prospectul acestuia în cadrul Consiliului Medical, farmacia pune la dispoziție personalului medico-sanitar Agenda medicală în format electronic, cu posibilitatea de actualizare:

Link pe site-ul ANMMDMR cu nomenclatorul de medicamente: <https://nomenclator.anm.ro/medicamente> la a cărei accesare se deschide Nomenclatorul de medicamente cu care se operează după cum urmează: pentru a găsi informații despre medicament, se deschide lista documentelor din Nomenclator –klik”Cautare” „Cautare în Nomenclator MEDICAMENT după Denumire comercială/DCI”-se apasă tabul „Cautare”; După identificarea produsului se da click pe „Detalii” și se deschide fereastra :”Detalii medicament” unde se vizualizează, în pagina „Rezumat caracteristici produs”, datele clinice despre medicament.

Pentru medicamentele care nu se găsesc în Nomenclatorul de medicamente, identificarea acestora se continuă pe site-ul Agenției Europene a Medicamentului(EMA): https://www.ema.europa.eu/en/medicines/field_ema_web_categories%253Aname_field/Human prin completarea câmpurilor Medicine name/Active substance, astfel încât acestea să fie cunoscute medicilor prescriptori în momentul prescrierii lor.

d) După prezentarea în cadrul Consiliului Medical, acesta va fi postat pe emailul intern al spitalului unde poate fi vizualizat de tot personalul sanitar al spitalului.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian sunt următorii:

- a) Numărul de produse antibacteriene noi apărute este direct proporțional cu numărul acestora pentru care șeful farmaciei și/sau medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie prezintă prospectul lor în cadrul Consiliului Medical, în ultimul an calendaristic încheiat;
- b) Numărul de sesizări scrise a medicului responsabil cu politica de antibioticoterapie, în cazul apariției unor germeni multirezistenți la antibiotice, în ultimul an calendaristic încheiat este direct proporțional cu numărul de situații care impun o astfel de conduită;
- c) Numărul de propuneri formulate de către Comisia medicamentului privind introducerea, după caz, a unui nou produs antibacterian, este direct proporțional cu numărul celor care au fost aprobate în ședințe ale Consiliului medical în ultimul an calendaristic încheiat;
- d) Numărul de prezentări la raportul de gardă ale prospectelor unor produse antibacteriene nou achiziționate este direct proporțional cu numărul total de produse antibacteriene nou achiziționate în cadrul spitalului;

IX.67. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe

Art.1. Reglementarea procesului de abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe are ca principale scopuri:

- a) Structurile implicate în implementarea și monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilite modalități de lucru.
- b) Prezentarea reglementare elimină/tratează următoarele riscuri existente în
- c) Registrul de riscuri:
 - apariția și răspândirea în spital a unor tulpini bacteriene multirezistente la antibiotice (ex. MRSA, VRE, BLSE, germeni producători de carbapenemaze, etc.)
 - producerea I.A.A.M;
 - agravarea stării de sănătate a pacienților / deces.

Art.2. (1) Sepsisul este o disfuncție de organ amenințătoare de viață, datorată unui răspuns anormal al gazdei la infecție.

(2) Șocul septic presupune persistența hipotensiunii și necesitatea unui vasopresor pentru menținerea unei TA de 65mmHg sau mai mare și a unui serum lactat ≥ 2 mol/l, în ciuda unui volum de resuscitare adecvat.

(3) În noua definiție din 2016 a O.M.S. a așa numitului "sepsis 3", se elimină necesitatea prezenței sindromului răspunsului inflamator sistemic (SRIS) pentru definirea șocului septic și se schimbă în definiția "sepsis sever", iar ce era înainte "sepsis sever" acum este noua definiție a "sepsisului".

Art.3. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Pentru identificarea prezenței sepsisului, medicii curanți din cadrul Spitalului de Urgență Drobeta Turnu Severin vor observa următoarele semne și simptome ale acestuia, care sunt adesea nespecifice:
 - Febră, frisoane;
 - Confuzie;
 - Anxietate;
 - Deficiență de respirație;

- Oboseală și indispoziție;
 - Grețuri și vărsături;
 - Simptomele tipice ale inflamației sistemice pot fi absente în sepsisul sever, mai ales la pacientul vârstnic.
- b) În acest sens, medicii curanți vor localiza semnele și simptomele referitoare la sistemele de organ, deoarece acestea pot furniza informații folositoare pentru etiologia sepsisului, după cum urmează:
- Infecții la nivelul capului și gâtului: durere de cap severă, rigiditatea gâtului, alterarea statusului mental, dureri de ureche, durere de gât, durere de sinus, linfadenopatie cervicală sau submandibulară;
 - Infecții pulmonare și toracice: tuse (în special dacă este productivă), durere toracică pleuritică, dispnee, matitate la percuție, raluri localizate, orice evidențiază o condensare;
 - Infecții gastrointestinale și abdominale: diaree, durere abdominală, distensie abdominală, sensibilitate spontană sau la palpare, sensibilitate la tușeul rectal sau umflături;
 - Infecții pelvine sau genitourinare: durere pelvină sau în flanc, sensibilitate anexială sau mase la palpare, secreții vaginale sau uretrale, disurie, polakiurie;
 - Infecții ale oaselor și țesuturilor moi: durere localizată la nivelul membrelor, eritem focalizat, edem, articulații umflate, crepitații în infecțiile necrozante, efuziuni articulare;
 - Infecții ale pielii: peteșii, purpură, eritem, vezicule, ulceratii.
- c) Medicii curanți din cadrul Spitalului de Urgenta Drobeta Turnu Severin este necesar să aibă în vedere că semnele distinctive ale sepsisului sever și șocului septic sunt schimbările care apar la nivel microvascular și la nivel celular și pot să nu fie clar manifestate în semnele vitale sau la examinarea clinică. Acest proces include activarea difuză a cascadelor inflamației și coagulării, vasodilatație și maldistribuție vasculară, linkage endotelial capilar și utilizarea disfuncțională a oxigenului și nutrienților la nivel celular.
- d) Pentru determinarea existenței sepsisului medicii curanți din cadrul Spitalului de Urgenta Drobeta Turnu Severin observă prezența a minim două sau mai multe dintre următoarele criterii (criterii qSOFA):
- Pacientul este în ICU/terapie intensivă
 - Alterarea statusului mintal, pe baza scorului Glasgow
 - Rata respiratorie ≥ 22 respirații/minut
 - Presiunea arterială sistolică ≤ 100 mmHg
- e) Calculul qSOFA utilizat de către medicii curanți din cadrul Spitalului de Urgenta Drobeta Turnu Severin se realizează astfel:
- Este pacientul în ICU ODa Onu;
 - Alterarea statusului mintal ODa Onu;
 - Rata respiratorie (_____) 0 la 60;
 - Presiunea arterială sistolică (_____) 0 la 300
- f) Pentru determinarea existenței șocului septic, medicii curanți din cadrul Spitalului de Urgenta Drobeta Turnu Severin vor efectua monitorizarea cardiacă a presiunii sanguine noninvazive și pulsoximetria și vor solicita, după caz, următoarele teste de laborator:
- Hemoleucograma completă;
 - Coagulograma: PT, INR, aPTT, fibrinogen;
 - Biochimia: Na, Cl, Mg, Ca, fosfat, glicemia, lactat;
 - Teste renale și hepatice: uree, creatinina, bilirubina, fosfataza alcalina, ALAT, ASAT, albumina, lipaza;
 - Hemocultura;
 - Examen de urina și urocultura;
 - Culturi din secreții și țesuturi;

- Imagistica: Rx toracic, abdomen sau extremități; Ultrasonografie abdominală; CT abdominal sau cap; RMN.
- g) Managementul pacienților aflați în șoc septic presupune desfășurarea de către medicii curanți din cadrul spitalului a următorului algoritm:
- i. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe se realizează la nivelul Spitalului de Urgență Drobeta Turnu Severin în echipă formată de medicul curant, împreună cu infecționist sau medic cu pregătire specială în antibioterapie, epidemiolog, medic specialist de medicină de laborator (microbiolog). Abordarea multidisciplinară se realizează îndeosebi pentru respectarea așa-numitelor „standarde de aur“ în alegerea antibioticului și în asocierea de antibiotice. Cerințele „standardului de aur“ în alegerea antibioticului de către echipa multidisciplinară sunt următoarele:
 - recoltarea probelor microbiologice se face înaintea instituirii oricărei antibioterapii;
 - se administrează antibiotice numai când există argumente clinico-biologice evidente pentru prezența infecției bacteriene sau constituie o urgență pentru prognosticul pacientului;
 - se alege antibioticul în funcție de sensibilitatea cunoscută a florei microbiene incriminate, dar cu efectul cel mai redus asupra florei comensale;
 - efectul antibioticoterapiei se reevaluează după 24–72 de ore și se consemnează în foaia de observație; dirijarea antibioticoterapiei se face numai după antibiogramă;
 - posologia și ritmul de administrare se individualizează luând în considerare particularitățile cazului (vârsta, patologiile asociate – insuficiență renală, hepatică, aplazie medulară etc.);
 - decizia prelungirii antibioticoterapiei peste șapte-zece zile trebuie să fie argumentată clinic și biologic (în terapia prelungită, raportul beneficiu/risc este nefavorabil);
 - se preferă calea de administrare orală, dacă este posibil.
 - ii. La determinarea gradului de comă în care se află pacienții în șoc septic, medicul curant va utiliza metoda de calcul a scorului Glasgow (GCS):

Deschiderea ochilor:

- Spontan = 4
- La comanda verbala = 3
- La stimul dureros = 2
- Nu deschide = 1

Răspuns verbal:

- Orientat = 5
- Confuz = 4
- Cuvinte nepotrivite = 3
- Sunete incompreensibile = 2
- Nu răspunde = 1

Răspuns motor:

- La comandă = 6
- Localizează stimulul dureros = 5
- Flexie necoordonată = 4
- Decorticare = 3
- Decerebrare = 2
- Areactiv = 1

Interpretarea GCS:

- GCS: 8 – coma gradul I
- GCS: 7-6 – coma gradul II
- GCS: 5-4 – coma gradul III
- GCS: 3 – coma gradul IV (depășită)

- iii. Tratatamentul inițial include suportul funcției respiratorii și suportul funcției circulatorii, suplimentare de oxigen, ventilație mecanică și infuzie de volum. Echipa multidisciplinară formată la solicitarea medicului curant va urmări atingerea în cadrul tratamentului pacienților cu șoc septic a următoarelor scopuri majore:
 - Începerea antibioterapiei cât mai precoce posibil
 - Resuscitarea pacientului cu măsuri suportive pentru corectarea hipoxiei, hipotensiunii și hipoperfuziei.
 - Identificarea sursei infecției și tratarea cu terapie antimicrobiană, chirurgicală sau ambele (controlul sursei).
 - Menținerea adecvată a funcției sistemelor de organ ghidată de monitorizarea cardiovasculară și întreruperea progresiei către MODS.
- iv. Funcție de cazuistică, echipa multidisciplinară va propune medicului curant adoptarea următorului tratament medicamentos:
 - Agoniști α și β adrenergici: norepinefrina, dopamina, dobutamina, epinefrina, vasopresina
 - Cristaloide izotone: ser fiziologic, ringer lactat
 - Volum expandermi: albumina
 - Antibiotice: Piperacilina/Tazobactam, Imipenem/Cilastatin, Meropenem, Clindamicyna, Metronidazol, Ceftriaxona, Moxifloxacina, Levofloxacina, Cefepime, Vancomicina, Linezolid.
 - Corticosteroizi: hidrocortizon hemisuccinat, dexametazonă.
- v. Terapia antibiotică trebuie administrată intravenos, în prima oră după recunoașterea șocului septic și a sepsisului sever. Când sursa nu este cunoscută antibioticul trebuie să fie cu un spectru larg, să acopere germeni Gram pozitivi, Gram negativi și anaerobi. Trebuie luată în considerare posibila prezență a bacteriilor cu rezistență la antibiotice cum ar fi: Staphilococcus aureus metilino rezistent (MRSA), specii de Pseudomonas, ESBL (organism Gram negativ cu activitate betalactamaza cu spectru extins).
- vi. Antibioterapia empirică se aplică de către medicul curant la propunerea echipei multidisciplinare conform ghidurilor atât în cazul infecției cu unul cât și cu mai mulți agenți patogeni în prima oră de la recunoașterea șocului septic sau a sepsisului. Agentul antibiotic trebuie să acopere spectrul microbial și să prezinte putere de penetrare la nivelul sursei septice. Reevaluarea antibioterapiei se face zilnic în cadrul echipei multidisciplinare, pentru o potențială descădere. Durata este de 7-10 zile cu prelungirea perioadei la neutropenici și în prezența unui răspuns clinic redus. Se folosește procalcitonina sau alt risc-marker (CRP) pentru a ușura decizia de întrerupere a antibioterapiei, coroborat cu îmbunătățirea clinică și dispariția semnelor clinice de infecție. Combinațiile de antibiotice se recomandă în cazul infecțiilor cu microorganisme multirezistente (Pseudomonas, MRSA, ESBL), infecții severe asociate cu insuficiență respiratorie și șoc septic, șoc septic și bacteriemie în pneumonii. După 3-5 zile se trece la monoterapie antibiotică sau se modifică în funcție de antibiogramă.
- vii. Membrii echipei multidisciplinare este necesar să aibă în vedere că terapia cu spectru larg este esențială, acoperirea îngustă va fi ulterioară, când rezultatele la antibiograma sunt disponibile. Așteptarea până când vin rezultatele la culturi este absolut greșită. Doar 30% dintre pacienții cu șoc septic au culturi pozitive. La aproximativ 25% din pacienții presupuși în șoc septic, rămân culturi negative, din toate regiunile recoltate, dar mortalitatea este similară cu cei cu culturi pozitive. Întreruperea promptă a antibioterapiei se face de către medicul curant la propunerea echipei multidisciplinare, dacă se dovedește că statusul pacientului este de cauză neinfecțioasă.
- viii. Tratatamentul chirurgical se adoptă de către medicul curant la propunerea echipei multidisciplinare la pacienții cu infecții localizate care trebuie trimiși pentru tratament chirurgical definitiv, după resuscitarea inițială și administrarea de

- antibiotice. Amânarea procedurilor invazive, cel puțin 24h, poate fi posibilă dacă pacientul primește monitorizare clinică foarte strânsă și antibioterapie corespunzătoare. Când este posibil drenaj percutan al abceselor sau a altor colecții fluide, bine localizate, este de preferat drenajul chirurgical. Oricum orice abces profund sau suspiciune de fasciită necrozantă, trebuie drenate în blocul operator.
- ix. Suportul respirator constă în suplimentare de oxigen la toți pacienții suspecți de sepsis. Intubația trebuie considerată precoce la toți pacienții cu: necesitate de oxigen, dispnee sau tahipnee, hipotermie persistentă, evidența unei proaste perfuzii tisulare.
 - x. Suportul circulator constă în perfuzarea a 30ml/kgc (102l) soluție cristaloidă în 30-60 minute. Presiunea venoasă centrală (CVP) trebuie să fie cuprinsă în intervalul de 8-12 mm Hg. Dacă $CPV \geq 12$ mm Hg, sau apar semne de încărcare de volum (dispnee, raluri pulmonare, semne edem pulmonar pe Rx pulmonar) atunci încărcarea cu fluide trebuie oprită. Se monitorizează diametrul venei cave inferioare sau diferența inspir-expir a diametrului venei cave inferioare (o diferență de 50% arată un $PVC \leq 8$ mm Hg). Când cantitatea de cristaloid pentru resuscitare este semnificativă, se indică administrarea de Albumina 4%.
 - xi. Corectarea anemiei și a coagulopatiei - dacă nivelul hemoglobinei este mai mic de 7g/dl este bine tolerat de pacient, transfuzia nu este necesară decât în cazul unei rezerve cardiace slabe și se evidențiază semne de ischemie miocardică. Targetul nivelului de hemoglobină este de minim 9-10g/dl. Trombocitopenia și coagulopatiei este specifică pacientului cu sepsis. Se administrează masa trombocitară sau PPC dacă apar semne de sângerare activă. Se administrează masa trombocitară la un nivel ≤ 20.000 trombocite/ml. În caz de intervenție chirurgicală, nivelul trombocitelor trebuie să fie $\geq 50 \times 10^9/l$. PCC este indicată doar în caz de sângerare activă. Agenți antitrombolizina III nu sunt indicați în șoc septic și sepsis sever.
 - xii. Controlul temperaturii prin scăderea febrei se poate face prin termoliză fizică – gheață, sau cu droguri: paracetamol, metamizol, AINS.
 - xiii. Suportul nutrițional și metabolic determină corectarea anomaliilor electrolitice ale: Na, K, Mg, Ca, fosfați. Necesarul caloric și proteic al pacientului aflat în șoc septic este mare. Nutriția precoce este de importanță crucială pentru pacientul cu șoc septic. Calea enterală sau orală este preferată, dacă pacientul nu prezintă ileus sau alte anomalii intestinale. Gastropareza este frecvent observată și poate fi tratată prin administrarea de prokinetice. Se practică imunonutriția cu Smof Kabiven, suplimentarea cu Albumina în caz de hipoproteinemie severă (proteinemie $< 6g/dl$) sau albuminemie $< 3-3,5g/dl$.
 - xiv. Terapia vasopresoare se aplică dacă resuscitarea fluidă nu determină menținerea TA sistolică $> 90mmHg$ sau tensiunea arterială medie este $< 65mmHg$. Este indicată Noradrenalina în doză de 5-20 $\mu g/minut$ (nu este calculată pe greutatea pacientului). Administrarea se face printr-o venă centrală după montarea prealabilă a unui CVC. Se preferă Noradrenalina, Dopamina pentru că cea din urmă poate determina un flux nefavorabil și aritmii. Dopamina se utilizează în situații înalte specifice: prezența bradicardiei coexistente; risc redus de tahiaritmie; șocul rece în care extremitățile sunt reci datorită vasoconstricției periferice generată de scăderea debitului cardiac. Doza este de 5-10 $\mu g/kgc/minut$ până la 20 $\mu g/kgc/minut$. Low-doză nu este recomandată pentru protecția renală. Linia a II de vasopresor este Epinefrina care crește MAP la pacientul neresponsiv la alte vasopresoare, în principal datorită efectului inotrop potent pe cord. Ca efect advers este ischemia miocardică, splahnica, tahiaritmii și creșterea lactatului sistemic.
 - xv. În terapia inotropă Dobutamina este indicată dacă există evidența hipoperfuziei tisulare, după ce parametrii PVC, MAP și hematocrit sunt optimizați.
 - xvi. Pentru realizarea controlului glicemic se recomandă menținerea glicemiei < 180 mg/dl.

- xvii. Profilaxia tromboembolia venoasă profundă (DTV) se face cu heparină fracționată administrată subcutan.
- xviii. Medicul curant este responsabil de monitorizarea antibioterapiei astfel:
 - Schimbarea/ menținerea terapiei - se impune o evaluare de către medicul curant a antibioterapiei după 48-72 ore, în funcție de rezultatul antibiogrammei sau evoluție clinică; Laboratorul va anunța de urgență telefonic medicul curant privind situațiile particulare de natură existenței de tulpini bacteriene patogene/ multirezistente.
 - Durata tratamentului – va fi stabilit în funcție de criteriul farmacologic și evoluția clinică a pacientului.
 - Doza, ritm, cale de administrare – vor fi menționate în F.O.C.G. și vor fi stabilite în funcție de criteriul farmacologic
 - Stoparea terapiei - va fi stabilită de către medicul curant după consultarea cu echipa multidisciplinară.

Art.4. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de abordare multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe sunt următorii:

- a) Procentul de pacienți decedați din totalul pacienților diagnosticați cu infecții severe în ultimul an calendaristic are valoare maximă admisă de 1% din totalul pacienților diagnosticați cu infecții severe în aceeași perioadă de referință;
- b) Procentul pacienților la care s-au administrat antibiotice pe baza antibiogrammei, în ultimul an calendaristic încheiat, este de minim 60% din total pacienți internați cărora li s-au administrat antibiotice în aceeași perioadă de referință;
- c) Numărul de I.A.A.M. raportate în ultimul an calendaristic are valoare maximă admisă = 0,02% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

IX.68. Modul de verificare a stării de portaj pentru personal

Art.1. Reglementarea procesului de verificare a stării de portaj pentru personal la nivelul S.J.U.D.T.S. are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea procesului de supraveghere, prevenție și limitare a I.A.A.M. și a bolilor transmisibile până la nivelul fiecărei structuri;
- b) Prezintă măsuri de asigurare a procesului de supraveghere a stării de sănătate a angajaților până la nivelul fiecărei structuri și de prevenire și limitare a I.A.A.M.;
- c) Asigurarea stabilirii sursei de infecție și carantinarea purtătorilor față de colectivitatea cu risc în cazul focarelor epidemice cu transmitere aeriană.
- d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - apariția I.A.A.M.;
 - apariția de boli profesionale.

Art.2. Etapele procesului de verificare a stării de portaj pentru personal presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Depistarea portajului la angajare a personalului din cadrul S.J.U.D.T.S. este în atribuția medicului de medicina muncii din cadrul spitalului și se desfășoară astfel:
 - a. Examenul medical la angajare se face în conformitate cu metodologia prevăzută în *HG nr. 335/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor cu modificările și completările ulterioare*¹³. Portajul se verifică, în cadrul Laboratorului de analize medicale a spitalului și doar la următoarele categorii de personal:
 - Pentru personalul sanitar superior și mediu se verifică:
 - AgHBs
 - Ac anti HCV
 - Ac anti HIV 1,2

¹³ Denumită în continuare HG 355/2007

- Pentru infirmiere se verifică:
 - AgHBs
 - Ac anti HCV
 - Ac anti HIV 1,2
 - Examen coproparazitologic
 - Examen coprobacteriologic
 - Pentru angajații în blocul alimentar se verifică:
 - Examen coproparazitologic
 - Examen coprobacteriologic
 - Pentru angajații din spălătorie se verifică:
 - Examen coproparazitologic
 - Examen coprobacteriologic
- b) Depistarea portajului la examenul medical periodic a personalului din cadrul spitalului este în atribuția medicului de medicina muncii din cadrul spitalului și se desfășoară astfel:
- i. Examenul medical periodic se face în conformitate cu metodologia prevăzută în HG nr. 335/2007 privind supravegherea sănătății lucrătorilor cu modificările și completările ulterioare. Portajul se verifică, în cadrul Laboratorului de analize medicale a spitalului la următoarele categorii de personal:
 - Pentru infirmiere se verifică:
 - Examen coproparazitologic anual
 - Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III
 - Pentru angajații în blocul alimentar se verifică:
 - Examen coproparazitologic anual
 - Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III
 - Pentru angajații din spălătorie se verifică:
 - Examen coproparazitologic anual
 - Examen coprobacteriologic anual în trimestrul II sau III
- c) În situațiile de expunere accidentală la sânge și la alte produse biologice a personalului care lucrează în sistemul sanitar teste efectuate imediat după expunere, în cadrul Laboratorului de analize medicale sunt:
- AgHBs
 - Ac anti HBs
 - Ac anti HBc
 - Ac anti VHC
 - test HIV
- Medicul de medicina muncii care deservește spitalul urmărește seroconversia pentru HIV și/sau VHB și/sau VHC la persoana expusă, pe baza testelor efectuate imediat după expunere și la 6 luni de la data expunerii în cadrul Laboratorului de analize medicale sau, în cazul în care este posibil în cadrul laboratorului propriu, prin determinarea viremiei HIV/VHC la 1 lună, cu respectarea confidențialității, conform legislației în vigoare. La nivelul S.J.U.D.T.S. medicul de medicina muncii asigură evidența cazurilor expuse accidental la produse biologice.
- d) În situațiile izbucnirii unor focare epidemice cu transmitere a microbilor pe cale aeriană se verifică portajul de germeni patogeni în căile respiratorii superioare prin efectuarea în cadrul Laboratorului de analize medicale din spital, la recomandarea epidemiologului în colaborare cu medicul infecționist a:
 - Examen bacteriologic/micologic al secreției nazale
 - Examen bacteriologic/micologic al secreției faringiene
 - e) Anual, de regulă în trimestrul IV, coordonatorul S.P.I.A.A.M. în colaborare cu medicul de medicina muncii, prezintă în Consiliul medical un program de vaccinare anti-hepatită și antigripal pentru angajații spitalului. După avizarea acestuia de către Consiliul medical, programul de vaccinare anti-hepatită și antigripal pentru angajații spitalului se supune aprobării Comitetului director/managerului spitalului în vederea alocării de resurse financiare, după caz.

- f) Prin grija coordonatorului C.P.I.A.A.M., la nivelul S.P.I.A.A.M. se realizează și se actualizează în permanență o evidență a purtătorilor sănătoși *Staphylococcus aureus*, pe secții și categorii profesionale.
- g) Anual, de regulă în trimestrul IV, coordonatorul S.P.I.A.A.M. prezintă în Consiliul medical ”*Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor*” care va cuprinde inclusiv instruirea personalului în funcție de specificul activității acestuia. De asemenea, acesta va conține responsabilitățile, indicatorii și resursele necesare îndeplinirii acestuia, fiind aprobat în acest sens și de Comitetul director/managerul spitalului. Printre acțiunile înscrise în respectivul program se vor prevedea în sarcina S.P.I.A.A.M. măsuri de recoltare probe sanitație mâini din fiecare sector de lucru al spitalului. Programul de îmbunătățire a igienei mâinilor, implementat la nivelul S.J.U.D.T.S., prevede instruirea personalului în funcție de specificul activității acestuia, fiind evaluat și analizat cel puțin odată pe an prin grija coordonatorului C.P.I.A.A.M.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de verificare a stării de portaj pentru personal sunt următorii:

- a) Numărul de portaje descoperite la examenul medical periodic reprezintă maxim 2% din totalul examenelor medicale periodice efectuate în ultimul an calendaristic încheiat;
- b) Există evidență la zi a numărului de portaje apărute postexpunere accidentală la sânge și la alte produse biologice în ultimul an calendaristic, ținută de către medicul de medicina muncii;
- c) Există evidență la zi a persoanelor depistate cu portaj în cazul izbucnirii unor focare epidemice în ultimul an calendaristic încheiat;
- d) Numărul de portaje evidențiate în urma evaluărilor periodice ale personalului angajat în sectorul alimentar cu privire la portajul de germeni patogeni, în ultimul an calendaristic încheiat este de maxim 5% din numărul total al acestor evaluări efectuate în aceeași perioadă de referință;
- e) Numărul de probe sanitație mâini, cu rezultat pozitiv, recoltate din fiecare sector de lucru, în ultimul an calendaristic încheiat este de maxim 3% din numărul total al acestor evaluări efectuate în aceeași perioadă de referință;

IX.69. Accesul vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic

Art.1. Reglementarea accesului vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic are ca principale scopuri:

- a) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - producerea de I.A.A.M.;
 - producerea de E.A.A.A.M.

Art.2. (1) Etapele procesului de limitare a accesului vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În situațiile cu risc epidemiologic sau în cazul izbucnirii unor episoade epidemice, S.P.I.A.A.M. întreprinde măsuri și activități pentru evitarea riscurilor identificate, stabilește din punct de vedere tehnic conduita în rezolvarea situației epidemice și propune restricționarea, pe o perioadă determinată, a accesului vizitatorilor/apartinătorilor în spital sau în anumite secții/compartimente.
- b) Conduita în rezolvarea situației epidemice este propusă de către S.P.I.A.A.M. în ședință extraordinară a Consiliului medical organizată de către directorul medical.
- c) În cadrul ședinței extraordinare a Consiliului medical menționată la litera b), coordonatorul S.P.I.A.A.M. poate propune luarea la nivelul spitalului/secțiilor/compartimentelor a uneia sau mai multora dintre următoarele măsuri:
 - limitarea accesului vizitatorilor în spital: 1 vizitator/pacient, timp de maxim 15 minute, context în care se vor pune afișe la intrarea în spital și în fiecare

secție/compartiment. La propunerea medicului șef din Secția A.T.I. se poate interzice accesul vizitatorilor în respectiva secție;

- restrângerea programului de vizită în spital/secții/compartimente. Programul orar va fi afișat atât pe ușa de acces din spital/secții/compartimente cât și pe site-ul S.J.U.D.T.S. , prin grija asistentelor șefe, respectiv prin grija personalului Compartimentului informatică;
- interzicerea accesului vizitatorilor/apartinătorilor în situații epidemiologice speciale, determinate de boli infecto-contagioase cu risc înal (COVID, febră hemeroagică, antrax, Ebola, etc);
- purtarea obligatorie a echipamentului de protecție de unică folosință de către vizitatori (halat, măști, botoșei), iar pentru personal echipamentul de protecție specific. Echipamentul de protecție se va ridica din zona de filtru care se găsește la intrarea în fiecare secție/compartiment;
- afișarea de către asistenta șefă la intrarea în spital și în fiecare secție/compartiment a regulilor care trebuie respectate de către pacienți/vizitatori/apartinători astfel cum au fost acestea stabilite în ședință a Consiliului medical, la propunerea S.P.I.A.A.M.;
- respectarea de către întreg personalul a Precauțiunilor Universale, în vederea prevenirii transmiterii infecțiilor și a apariției de focare nosocomiale;
- asigurarea cu cantități suficiente (sau suplimentare) de săpun, antiseptice și dezinfectante pentru o igienă riguroasă a mâinilor și a mediului de spital;
- efectuarea de către asistentul medical șef/inlocuitor asistent medical șef a unui triaj epidemiologic zilnic riguros al personalului fiecărei secții medicale în vederea prevenirii transmiterii agenților infecțioși, cu scoaterea temporară din colectivitate atunci când situația o impune. În acest sens S.P.I.A.A.M. va verifica Registrele de triaj epidemiologic al personalului în secțiile medicale;
- efectuarea de către asistentul medical șef/personalul nominalizat de către medicul șef din Secția A.T.I. a unui triaj epidemiologic riguros al vizitatorilor la intrarea în Secția ATI, care se va consemna într-un registru special destinat acestui scop, în care se vor înscrie persoanele cărora li se interzice accesul în respectiva secție și motivul interzicerii accesului. Responsabilitatea verificării Registrului de triaj epidemiologic al aparținătorilor/vizitatorilor în Secția A.T.I. revine personalului S.P.I.A.A.M.

(2) În situații cu risc epidemiologic S.P.I.A.A.M. instruieste medicii și asistentele șefe cu privire la regulile instituite, aprobate în ședință a Consiliului medical. Asistentele șefe au la rândul lor obligația de a instrui personalul din subordine, pe bază de proces verbal de instruire.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de limitare a accesului vizitatorilor/apartinătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic sunt următorii:

- a) Intervalul de timp necesar C.P.I.A.A.M. de a identifica situațiile cu risc epidemiologic și de a propune măsuri în consecință este maxim 3 ore de la izbucnirea episoadelor epidemice;
- b) Amploarea măsurilor propuse de către C.P.I.A.A.M. este în raport direct cu situațiile concrete cu risc epidemiologic sau episoadele epidemice existente la nivelul spitalului.
- c) În situații cu risc epidemiologic sau la izbucnirea unor episoade epidemice, toți angajații care fac obiectul sunt scoși temporar din colectivitate;
- d) Numărul de vizitatori/apartinători cărora li se interzice accesul în structurile A.T.I. ca urmare a triajului epidemiologic efectuat este direct proportional cu numărul celor care prezintă risc epidemiologic;
- e) Numărul de cazuri de îmbolnăviri produse în rândul personalului spitalului sau a pacienților ca urmare a lipsei/neluării de măsuri corespunzătoare situațiilor cu risc epidemiologic sau în urma izbucnirii unor episoade epidemice în cadrul spitalului, are valoare egală cu 0(zero)

IX.70. Modalități de identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente

Art.1. Reglementarea procesului de identificare a medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente are ca principale scopuri:

- a) Descrierea modului în care personalul acționează pentru returnarea, retragerea sau blocarea produselor cu suspiciuni de a fi contrafăcute;
- b) Eliminarea din circuit a produselor care au neconformități sau blocarea produselor asupra cărora există suspiciuni privind calitatea;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o administrarea unor medicamente contrafăcute;
 - o agravarea stării de sănătate a pacientului / decesul.

Art.2. Etapele procesului de identificare a medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) monitorizarea permanentă de către farmacistul șef a informărilor A.N.M.D.M.;
- b) facultativ, cu ocazia recepției produselor în farmacie și obligatoriu înainte de a fi eliberate pentru pacienții internați sau în ambulatoriu, pe rețete, asistenții de farmacie au obligația să verifice, prin scanare sau manual, loturile de medicamente pe care le au în gestiune, utilizând interfața SNVM WEB GUI pusă la dispoziție de către spital;
- c) în cazul suspiciunii ca medicamentele să fie contrafăcute, asistenții de farmacie au obligația de a anunța farmacistul șef, care contactează distribuitorul în legătură cu suspiciunea identificată; În cazul în care suspiciunea se confirmă, solicită returnarea produselor, în scris, telefonic și/sau electronic;
- d) medicii prescriptori prin medicii șefi de secție, în urma utilizării medicamentelor la pacienții internați, au obligația de a anunța farmacistul șef dacă au suspiciuni în privința autenticității medicamentelor utilizate;
- e) produsele în cauză se retrag de către personalul farmaciei de la medicii prescriptori și se depozitează în zona de carantină, special amenajată în depozitul farmaciei;
- f) farmacistul șef blochează distribuția respectivului medicament pe secții, sesizează și transmite distribuitorului (după caz, A.N.M.D.M.), orice semnalare a neconformităților sesizate la medicamentele din circuitul farmaciei;
- g) dacă suspiciunea se confirmă, produsele sunt predate reprezentantului distribuitorului pe bază de proces-verbal (semnat de farmacistul șef) și/sau factură de retur, care se înscriu în registrul de returnări-retrageri; farmacistul șef înregistrează procesul-verbal în registrul de returnări-retrageri și îndosariază respectivul document;
- h) farmacistul șef urmărește, pe baza registrului de returnări-retrageri, intrarea în gestiune a facturii fiscale de retur a produselor returnate și/sau retrase.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de identificare a medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente sunt următorii:

- a) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de tipuri de medicamente contrafăcute scoase din circuit este în raport direct cu numărul de informări ale A.N.M.D.M. cu acest subiect;
- b) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de tipuri de medicamente contrafăcute scoase din circuit este în raport direct cu numărul de sesizări ale asistenților de farmacie cu acest subiect;
- c) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de tipuri de medicamente contrafăcute scoase din circuit este în raport direct cu numărul de sesizări cu acest subiect primite de la medicii prescriptori prin medicii șefi de secție;
- d) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de tipuri de medicamente contrafăcute scoase din circuit este în raport direct cu numărul de sesizări primite/efectuate;

- e) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de tipuri de medicamente contrafăcute returnate distribuitorilor este în raport direct cu numărul acestor medicamente scoase din circuit de către farmacie;

IX.71. Modalități de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții

Art.1. (1) Reglementarea modului de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții are ca principale are ca principale scopuri:

- a) Monitorizarea managementului medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) în spital;
- b) Retragerea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate în vederea reintroducerii acestora în circuitul farmaciei;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - expirarea unor medicamente (inclusiv antibiotice);
 - utilizarea de medicamente (inclusiv antibiotice) expirate.

(2) Un management corect al medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) presupune: aprovizionarea, depozitarea, prescrierea, eliberarea, administrarea în condiții de siguranță și recuperarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții. În urma acestei activități se respectă înregistrarea corectă a datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) returnate.

Art.2. Etapele procesului de recuperare a medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) neutilizate pe secții presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) medicamentele (inclusiv unitățile de antibiotice) eliberate și neutilizate sunt transferate către aparatul secției respective, urmând a fi utilizate în tratamentul altor pacienți internați în acea secție sau către aparatul altei secții care are patologie pentru a utiliza acele medicamente.
- b) medicamentele (inclusiv unitățile de antibiotice) eliberate și neutilizate pentru care nu există patologie la nivelul spitalului, sunt returnate în farmacie cu acordul directorului medical, urmând a fi transferate către alte spitale din țară în conformitate cu prevederile HG 841/1995 completată și modificată cu HG 966/1998, privind procedurile de transmitere a bunurilor aparținând instituțiilor publice.
- c) Pentru o monitorizare corectă a antibioticelor, farmacistul șef efectuează următoarele activități:
 - exprimă consumul de antibiotice pe secții și pe spital, cantitativ și valoric, precum și în DDD¹⁴;
 - informează lunar, în cadrul Consiliului medical, medicii prescriptori din structurile medicale și Laboratorul analize medicale cu privire la modificările disponibilității antibioticelor;
 - informează lunar Consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice și returnul acestora, pe fiecare secție și compartiment;
 - informează lunar Consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice pe medic, sub forma unui raport consum mediu din fiecare antibiotic/pacient;
 - asigură existența antibioticelor/antifungicelor utilizate pentru tratament conform antibiogramelor/antifungigramelor.

¹⁴ **Defined Daily Dose** – este conform Organizației Mondiale a *Managementul urgențelor Sănătății* (OMS) doza medie de întreținere estimată pe zi pentru un medicament utilizat pentru indicații în principal la adulți. DDD este o măsură statistică a consumului de substanță activă definită de OMS. Aceasta este utilizată pentru a standardiza compararea consumului de substanță activă între medicamente diferite sau între diferite medii de îngrijire a sănătății.

- d) Personalul medical poate accesa zilnic stocul de medicamente din farmacie, conform precizărilor Informării electronice efectuată de șeful secției farmacie (aici se pune numărul de înregistrare al informării care se face pentru conformarea indicatorului "02.09.01.03.03 - La nivelul spitalului există stabilit modul de informare al laboratorului clinic și al secțiilor cu privire la modificările disponibilității antibioticelor" aferent LV 21 – managementul medicației)

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții sunt următorii:

- a) În ultimul an calendaristic încheiat, procesele-verbale întocmite pentru returnarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) de pe secții în farmacie cuprind întreaga gamă a medicamentelor necesar a fi returnate;
- b) Nu există erori făcute în timpul înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) în ultimul an calendaristic încheiat.

IX.72. Reguli privind respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate

Art.1. Reglementarea procesului de respectare a înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate are ca principale scopuri:

- a) Monitorizarea managementului medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) în spital;
- b) Evitarea riscurilor privind erorile ce se pot face la managementul medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) în spital (aprovizionare, recepție, depozitare, eliberare, administrare, returnare);
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- existența în circuit a produselor care prezintă neconformități;
 - erori la eliberarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) conform condiții de prescripții sau receptei;
 - erori la eliberarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) în regim de urgență;
 - erori/întârzieri la recuperarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) neutilizate pe secții.

Art.2. (1) Etapele procesului care privește respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Aprovizionarea cu medicamente (inclusiv a unităților de antibiotice).

Comenzile se vor face numai la furnizorii cu care spitalul are încheiate contracte pe baza procedurilor de achiziție publică conform legii 98/2016 (care îndeplinesc condițiile legale de funcționare), aspect verificat de către farmacistul șef.

În aplicarea reglementării, se desfășoară următoarele activități:

- urmărirea stocurilor în scopul optimizării aprovizionării (se realizează de către asistenții de farmacie);
- organizarea și programarea comenzilor pe furnizori, se realizează de către farmacistul șef;
- efectuarea comenzilor de aprovizionare de către farmacistul șef, semnate de farmacistul șef, directorul medical, directorul financiar-contabil și aprobate de manager;

- controlul realizării comenzilor în timp util, se realizează de către farmacistul șef, care sesizează biroul de achiziții în cazul livrării deficitare a comenzilor.
- b) Depozitarea va fi organizată în cadrul farmaciei de către farmacistul șef. În acest sens, depozitarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) va respecta condițiile de depozitare impuse de producător (temperatură, grad de luminozitate, umiditate), însă pentru creșterea siguranței se va evita depozitarea în apropiere a medicamentelor cu etichete sau denumiri asemănătoare, în vederea prevenirii eliberării/administrării greșite și pentru facilitarea unei identificări corecte a medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice).
- c) Prescrierea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) se realizează pe condicile de prescripții medicale electronice, semnate electronic de către medicii curanți.
- d) Prescrierea antibioticelor cu regim special se face cu aprobarea medicului SPIAAM, pe baza Fișei de eliberare a antibioticelor de rezerva (conform Protocolului de bună practică privind prescrierea și utilizarea antibioticelor emise de SPIAAM), fișa care se păstrează în farmacie. Lista antibioticelor de rezerva este aprobată în ședință a Consiliului medical și diseminată.
- e) Eliberarea condicilor se face de către farmacie, în urma închiderii documentului solicitat de secție.

Modalități de eliberare:

- **Eliberarea nominală:** conform prescrierii medicale, medicamentele sunt pregătite individual pentru fiecare pacient, în pungi de hârtie, etichetate cu numele pacientului, al medicului curant, al secției și numărul FOCG/FSZ/Fișă de urgență, astfel încât codificarea medicației eliberată din farmacie permite identificarea pacientului.
- **Eliberarea globală:** medicamentele sunt eliberate pe baza unui proces-verbal întocmit între secția solicitantă și farmacie, fără transmiterea condicii de prescripții specifice pe pacient, în cazuri excepționale, atunci când nu funcționează sistemul informatic al spitalului.
- **Eliberarea medicației pe APARAT:** conform unui bon de transfer/consum transmis electronic către farmacie sau pe baza unei condici de aparat scrisă de asistentul șef al secției solicitante, în situația în care nu funcționează sistemul informatic al spitalului.

Ora eliberării antibioticelor din farmacie este consemnată în bonul de predare a condicilor de prescripții medicale și în foile de observații.

Secțiile au obligația de a trimite, în timp util, condicile de prescripții medicale în format electronic, pentru a asigura respectarea ritmului de administrare al antibioticelor din partea farmaciei și, de asemenea, după pregătirea condicilor electronice, au obligația de a ridica condica în maxim 15 minute după ce au fost anunțate, pentru a evita riscul neadministrării la timp a antibioticelor.

Protocol privind eliberarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor):

A. Vizualizarea condicii de prescripție a medicamentelor se face de către asistentul de farmacie, astfel:

- verificarea antetului secției solicitante, a semnăturii electronice a medicului prescriptor;
- verificarea valabilității condicii (data);
- identificarea medicamentelor, concentrațiilor, dozelor, căilor de administrare, a duratei pentru care s-a făcut prescripția;
- verificarea vizei directorului medical în cazul medicamentelor cu preț crescut și a vizei medicului SPIAAM în cazul antibioticelor din stocul de rezerva;
- se încheie condica prin apăsarea butonului "salvează".

Dupa semnarea electronica de catre farmacistul sef, se tiparesc condica si eticheta ce urmeaza a fi lipita pe punga pacientului.

B. Analiza terapiei medicamentoase prescrise se face de către farmacist sau persoana desemnată de acesta și presupune:

- identificarea claselor farmacologice din care fac parte medicamentele prescrise;
- verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor;
- evaluarea posibilităților apariției interacțiunilor medicamentoase cu consecințe clinice;
- verificarea diagnosticului/codului de boală de pe condica de prescripții medicale în vederea eventualelor erori de prescriere la medicația cu risc înalt;
- depistarea eventualelor erori de prescriere.

C. Pregătirea medicamentelor pentru eliberare

- medicamentele sunt aduse pe masa de eliberare din zona de depozitare de către asistentul de farmacie;
- se verifică integritatea ambalajelor și termenul de valabilitate de către asistentul de farmacie;
- în cazul în care medicamentele nu se eliberează în ambalajul original, reambalarea acestora se face de către asistenții de farmacie în ambalaje de buna calitate (pungi farmaceutice), pe care se inscripționează: numele pacientului, foaia de observație, denumirea medicamentului, cantitatea eliberată, astfel încât codificarea medicației eliberate din farmacie să permită identificarea pacientului. Aceleași informații se înscriu și în situația în care medicamentele se eliberează în ambalajul original.

Se menționează de către asistentul de farmacie, dacă este cazul, condițiile speciale de păstrare!

D. Finalizarea eliberării condicilor de prescripții medicale:

- Medicamentele sunt predate delegatului secției prescriptoare, pe bază de semnătură;
- Un exemplar al condicii semnate electronic rămâne în farmacie, al doilea exemplar fiind pastrat în secție.

Eliberarea stupefiantelor se face conform Procedurii operaționale privind accesul, depozitarea, prescrierea, eliberarea și administrarea medicamentelor psihotrope și stupefiante.

f) Administrarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) - Administrarea în condiții de siguranță pleacă de la premisa că cel care administrează posedă cunoștințe temeinice despre antibioticul în cauză, a verificat indicația medicului, cunoaște posibilele incompatibilități și a identificat corect pacientul.

Măsuri de prevenire a erorilor:

- verificarea indicației: doza, calea de administrare, orar de administrare;
- este obligatorie tripla verificare înainte de administrare: la deschiderea fiolei sau a flaconului perfuzabil, la încărcarea seringii sau la punerea trusei de perfuzie, la aruncarea fiolei sparte sau a flaconului;
- verificarea termenului de valabilitate al antibioticului;
- identificarea corectă a pacientului;
- dozarea corectă a medicamentului (inclusiv a antibioticului);
- verificarea periodică a funcționalității liniei de administrare în cazul administrării prin perfuzie sau pe injectomat;
- asigurarea unui mediu de lucru cu lumină adecvată, lipsit de factori perturbatori: zgomot, distragerea atenției, întreruperi etc.

În situația unei erori de administrare, se anunță imediat medicul. Este momentul în care se poate interveni pentru minimizarea efectelor dăunătoare pentru pacient, iar gestul de recunoaștere nu

presupune sancționarea celui în cauză. Analiza ulterioară a circumstanțelor va servi ca model pentru evitarea incidentului pe viitor.

- g) Returnarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) în farmacie – se desfășoară conform prevederilor art. 2 din prezentul Regulament.
- (2) La nivelul spitalului sunt definite și comunicate medicilor curanți ”*Lista cu antibiotice de rezervă/cu regim special*”, „*Lista cu antibiotice pentru antibiopprofilaxie*” și ”*Lista antibioticelor oprite temporar de la utilizare*”, în funcție de antibioticorezistența analizată periodic prin grija unui grup de lucru format din: directorul medical, șeful laboratorului analize medicale, coordonatorul C.P.I.A.A.M. și șeful secției farmacie.
- (3) Responsabilitățile personalului spitalului care privesc asigurarea trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) sunt următoarele:
- medic șef secție/coordonator: verifică respectarea regulilor de bună practică, asigură instruirea periodică a personalului în privința administrării în siguranță a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) și returnarea celor neutilizate.
 - medic prescriptor: indică în FOCG tratamentul specificând în clar: medicamentul, doza, concentrația, orarul de administrare.
 - asistentul medical: scrie condica electronică, preia de la farmacie medicația, administrează medicația, aplică metodele de prevenire a erorilor de administrare și returnează antibioticele neutilizate.
 - farmacistul șef: verifică respectarea regulilor de bună practică în farmacie și întocmește următoarele rapoarte/informări statistice pe care le prezintă în ședința de Consiliu medical pentru a fi cunoscute atât de către medicii din structurile medicale cât și de personalul Laboratorului analize medicale:
 - o lista lunară cu privire la antibioticele disponibile;
 - o consumul de antibiotice și returnul acestora, pentru fiecare secție și compartiment;
 - o consumul de antibiotice pe medic;
 - asistenții de farmacie: depozitează, eliberează medicația, respectă regulile de bună practică.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de respectare a înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate sunt următorii:

- a) În ultimul an calendaristic încheiat, procesele-verbale întocmite pentru returnarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) de pe secții în farmacie cuprind întreaga gamă a medicamentelor necesar a fi returnate;
- b) Nu există erori făcute în timpul înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) în ultimul an calendaristic încheiat.

IX.73. Reglementări cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile

Art.1. Reglementarea procesului de respingere a prescrierii medicamentelor incompatibile are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea respectării drepturilor pacienților internați privind furnizarea unor produse și servicii farmaceutice de calitate;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o apariția unor reacții adverse la asocierea medicamentelor incompatibile;
 - o agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art.2. (1) Etapele procesului de respingere a prescrierii medicamentelor incompatibile presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Verificarea condiției de către șeful de secție și respingerea medicamentelor incompatibile se va realiza de către acesta cu respectarea prevederilor art. 2 lit. a) de la pct. ”IX.43.

Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor” din prezentul Regulament.

- b) Primirea condiții de prescripții medicale de către personalul farmaciei, ocazie cu care se desfășoară următoarele activități:
 - verificarea antetului secției solicitante, a parafei medicului șef de secție / compartiment;
 - verificarea valabilității condiții (data);
 - identificarea medicamentelor, concentrațiilor, dozelor, căilor de administrare, duratei de prescriere a condiții;
 - identificarea pacienților pentru care au fost prescrise medicamentele
 - c) Analiza terapiei medicamentoase prescrise presupune:
 - identificarea claselor farmacologice din care fac parte medicamentele prescrise;
 - verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor;
 - evaluarea posibilităților apariției interacțiunilor medicamentoase cu consecințe clinice;
 - depistarea eventualelor erori de prescriere.
 - d) Respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile presupune ca, în urma analizei terapiei medicamentoase, efectuate de către farmacistul clinician / farmacistul șef, dacă se constată prescrierea de medicamente incompatibile, se ia legătura cu medicul prescriptor și, de comun acord cu acesta, se elimină din condica de prescripții medicale produsele respective, iar ulterior aceasta, pregătită pentru eliberare, se introduce în sistemul informatic;
- (2) Informațiile privind incompatibilitățile în soluții, injectabile sau perfuzabile și interacțiunile farmacocinetice generatoare de modificări ale efectului terapeutic/efecte adverse, sunt disponibile permanent pentru personalul medical, în farmacie existând prospectele pentru fiecare medicament din stocul unității, iar pe site-ul spitalului este disponibilă Agenda medicală în format electronic.
- (3) Anual, pe baza datelor existente la nivelul farmaciei, farmacistul șef întocmește un raport de analiză privind respingerea medicamentelor incompatibile, care se prezintă în Consiliul medical.
- (4) Responsabilitatea aplicării procedurii de respingere a prescrierii medicamentelor incompatibile în farmacie revine în exclusivitate personalului specializat și posesor al dreptului de liberă practică.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de de respingere a prescrierii medicamentelor incompatibile sunt următorii:

- a) În ultimul an calendaristic încheiat, numărul de situații în care a fost respinsă distribuția de medicamente incompatibile de farmacia spitalului, este în raport direct cu numărul de situații care au reclamat această conduită;
- b) Numărul de E.A.A.A.M. cu consecințe clinice cauzate de prescrierea de medicamente incompatibile este egal cu 0 (zero) în ultimul an calendaristic încheiat;
- c) Numărul de instruiți efectuate cu privire la identificarea incompatibilităților este în raport direct cu numărul de instruiți planificate pe această temă în ultimul an calendaristic încheiat;
- d) Numărul de reclamații ale pacienților cu privire la efectele nedorite ale prescrierii și tratamentului cu medicamente incompatibile, are valoare maximă admisă de 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

IX.74. Modul de atenționare a șefilor de secție referitor la medicația cu mișcare încetinită

Art.1. Reglementarea procesului de atenționare a șefilor de secție referitor la medicația cu mișcare încetinită are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea responsabilităților și modului în care se gestionează medicația cu mișcare încetinită;
- b) Asigurarea respectării drepturilor pacienților internați privind furnizarea unor produse și servicii farmaceutice de calitate;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - apariția de blocaje în aprovizionare și întârziere în achiziționarea de medicamente;
 - expirarea unor cantități de medicamente;
 - furnizarea de produse neconforme din punct de vedere calitativ;
 - lipsa unor medicamente din stocul farmaciei.

Art.2. (1) Activitatea de atenționare a șefilor de secții referitor la medicația cu mișcare încetinită presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Farmacistul șef este informat săptămânal și ori de câte ori este nevoie de către asistenții de farmacie (gestionari) în legătură cu medicația cu mișcare încetinită aflată în gestiune;
- b) Ulterior, farmacistul șef informează la raportul de gardă, în Consiliul medical și în format letric v-a face informare către fiecare secție, într-un interval de 5 zile lucrătoare de la momentul în care ia cunoștință despre existența unor medicamente cu mișcare încetinită, care sunt medicii șefi de secții care au solicitat produsele respective și nu le-au consumat în cantitățile solicitate prin referatele de necesitate, în vederea rezolvării cât mai rapide a situațiilor respective. Aceste anunțuri se vor repeta periodic, până la epuizarea medicamentelor cu mișcare încetinită, astfel încât să nu se ajungă la situația expirării acestora;
- c) Periodic, de regulă semestrial, farmacistul șef informează șefii de secții/medicii prescriptori cu privire la existența medicamentelor cu mișcare încetinită ce urmează a expira în următoarele 6 luni, în vederea prescrierii acestora;
- d) Anual, pe baza datelor existente la nivelul farmaciei, farmacistul șef întocmește un raport de analiză privind modul de atenționare a șefilor de secții referitor la medicația cu mișcare încetinită, aprobat de managerul unității, pe care îl prezintă în Consiliul medical.

(2) Farmacistul șef este responsabil pentru:

- a) Reglementarea modalității de atenționare a șefilor de secții referitor la medicația cu mișcare încetinită;
- b) Coordonarea, verificarea și evaluarea întregii activități de eliberare a medicamentelor.

(3) Asistenții de farmacie sunt responsabili pentru activitatea de informare săptămânală și lunară a farmacistului șef cu privire la medicația cu mișcare încetinită și monitorizarea termenelor de valabilitate.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de atenționare a șefilor de secții referitor la medicația cu mișcare încetinită sunt următorii:

- a) Procentul valoric al medicamentelor expirate din totalul celor cu mișcare încetinită este de maxim 5% în ultimul an calendaristic încheiat;
- b) În ultimul an calendaristic încheiat, stocul de medicamente existent în farmacie asigură permanent necesarul de medicamente prescris de medicii clinicieni;

IX.75. Monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice

Art.1. Reglementarea procesului de monitorizare a produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice are ca principale scopuri:

- a) Urmărirea produselor utilizate în studii clinice;

- b) Delimitarea acestora și evidențierea distinctă;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - lipsa acurateții studiilor clinice determinată de nemonitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în acestea;
 - existența unor neconcordanțe între stocul scriptic și factic;
 - eliberarea, din eroare, a altui/altor produs/e.

Art.2. (1) Etapele procesului de monitorizare a produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Depozitarea – prin grija personalului farmaciei produsele care participă la studiul clinic se păstrează în depozitul farmaciei, într-o zonă special amenajată și inscripționată corespunzător, pentru a nu se confunda cu medicația/materialele sanitare din alte gestiuni ale spitalului;
- b) De asemenea, se creează în programul informatic o gestiune specială denumită “Studii clinice”, pentru gestionarea separată a acestora;
- c) Primirea condiții de prescripții medicale constă în:
 - verificarea antetului secției solicitante, a parafei medicului coordonator studii clinice;
 - verificarea valabilității condiții (data);
 - identificarea medicamentelor, concentrațiilor, dozelor, căilor de administrare și duratei de prescriere a condiții;
 - identificarea pacienților pentru care au fost prescrise medicamentele/materialele sanitare care sunt utilizate în studiul clinic;
- d) Analiza terapiei medicamentoase prescrise presupune:
 - identificarea claselor farmacologice din care fac parte medicamentele prescrise;
 - verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor;
 - evaluarea posibilităților apariției interacțiunilor medicamentoase cu consecințe clinice;
 - depistarea eventualelor erori de prescriere.
- e) Respingerea prescrierii medicamentelor care nu participa la studiul clinic - în urma analizei terapiei medicamentoase efectuate de către farmacistul șef, dacă se constată prescrierea de medicamente care nu participă la studiul clinic, se ia legătura cu medicul coordonator al studiului clinic și, de comun acord, se elimină din condica de prescripții medicale produsele respective.

(2) Anual, pe baza datelor existente la nivelul farmaciei, farmacistul șef întocmește un raport de analiză privind modul în care au fost utilizate produsele farmaceutice și materialele sanitare destinate studiilor clinice, aprobat de managerul spitalului, pe care îl prezintă în Consiliul medical.

(3) Farmacistul șef este responsabil pentru:

- monitorizarea produselor utilizate în studii clinice care se află în gestiunea farmaciei, pentru a evita riscul expirării acestora;
- monitorizarea activității de eliberare a medicamentelor/materialelor sanitare utilizate în studii clinice, de comunicarea cu medicul coordonator al studiului clinic privind toate aspectele legate de disponibilitatea stocului în farmacie, de terapia medicamentoasă (acțiune farmacologică, farmacocinetică, efecte adverse, efecte secundare, interacțiuni medicamentoase).

(4) Asistenții de farmacie sunt responsabili pentru activitatea de eliberare a medicamentelor/materialelor sanitare utilizate pentru studiul clinic.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de monitorizare a produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice sunt următorii:

- a) Utilizarea în ultimul an calendaristic încheiat a produselor farmaceutice și materialelor destinate studiilor clinice, pentru fiecare dintre etapele acestuia se realizează în proporție de 100% sau cu încadrarea în limitele abaterilor permise de fiecare studiu în parte;

- b) Păstrarea acurateții studiilor clinice în raport cu modul în care a fost realizată monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în acestea, este asigurată permanent în ultimul an calendaristic încheiat.

IX.76. Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților

Art.1. Reglementarea procesului de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților are ca principale scopuri:

- a) Păstrarea bunurilor de valoare aparținând pacienților internați în spital în condiții optime de siguranță;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o pierderea/deteriorarea valorilor și efectelor personale ale pacienților;
 - o părăsirea spitalului fără aprobare.

Art.2. Etapele procesului de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) La prezentarea pacientului pentru internare în cadrul S.J.U.D.T.S., acesta are posibilitatea de preda spre păstrare bunurile de valoare, odată cu predarea efectelor personale. Predarea bunurilor de valoare de către pacient se face către persoana încadrată pe funcția de garderobier în cadrul garderobei, nominalizată în acest sens anual prin decizie a managerului. În situația pavilioanelor exterioare, predarea bunurilor se va face în spațiu special amenajat din cadrul fiecărui pavilion.
- b) Predarea / preluarea bunurilor de valoare se realizează pe bază de semnături în „*Registrul de păstrare a bunurilor de valoare ale pacienților*” aflat în cadrul garderobei și la nivelul pavilioanelor exterioare.
- c) În cazul în care la spital este adus un pacient în stare de inconștiență / ebrietate / cu deficiențe psiho-comportamentale / cu status mental alterat sau sub influența drogurilor, care nu este însoțit de către un aparținător, predarea bunurilor de valoare și a efectelor personale ale acestuia (în cazul lipsei unui aparținător legal) se face de către personalul ambulanței care a adus pacientul către personalul din serviciul de urgență al spitalului. Respectivul proces-verbal va conține: data prezentării pacientului în spital, datele pașaportale ale pacientului, descrierea stării de conștiență a pacientului, descrierea detaliată a fiecăruia dintre bunurile de valoare avute asupra sa de către pacient și semnăturile persoanelor care predau / preiau bunurile de valoare ale pacientului. Ulterior, predarea bunurilor de valoare ale respectivului pacient către persoana încadrată pe funcția de garderobier în cadrul garderobei se face de către personalul din serviciul de urgență al spitalului care a preluat pacientul prezentat în urgență pe baza respectivului proces-verbal care se predă către magaziner și prin completarea „*Registrului de păstrare a bunurilor de valoare ale pacienților*” în care se vor face mențiuni privind procesul-verbal în discuție.
- d) Bunurile de valoare sunt descrise în amănunt, în rubrica dedicată din respectivul registru, se semnează de predare / primire și sunt depuse în caseta / seif de valori aflată în garderoba pentru pavilion 700 și pentru secțiile exterioare la nivelul fiecărei secții în cabinetul asistentilor, într-un plic sigilat pe care se menționează numele bolnavului, continutul, numele angajatului care a primit bunurile și secția în care urmează să fie internat acesta.
- e) Păstrarea cheilor casetei / seifului de valori este în responsabilitatea garderobierei, iar în cazul secțiilor exterioare, unul din asistenții aflat pe tura. Pe perioadele de absență ale acesteia, cheile sunt predate de la o tura la alta și dacă există mențiuni acestea se consemnează în registru de predare ture.
- f) În situația pacienților ce necesită preluarea în ATI din UPU sau secțiile spitalului/pavilion 700, bloc Materno-infantil, aceștia nu vor deține asupra lor bunuri de valoare sau obiecte personale de valoare. Acestea vor fi predate de asistentul responsabil de tura pe baza de proces verbal la garderoba Spitalului.

- g) La externare, bunurile sunt predate pacientului; dacă acesta este în imposibilitate, bunurile se predau sub semnătură, aparținătorului legal, identificat pe baza documentelor personale și consemnat apoi în Registru.
- h) În cazul în care pacientul este transferat la alt spital, bunurile de valoare ale pacientului (în cazul lipsei unui aparținător) se predau echipajului ambulanței pe bază de semnătură și datele din actul de identitate al celui care semnează.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de preluare / predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților sunt următorii:

- a) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor în legătură cu lipsa sau deteriorarea bunurilor de valoare predate la internare pe baza înscrisurilor din „Registru de păstrare a bunurilor de valoare ale pacienților”, are valoare maximă admisă de 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;
- b) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor care sesizează faptul că nu li s-a adus la cunoștință la internare faptul că există posibilitatea predării bunurilor de valoare spre păstrare, are valoare maximă admisă de 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;
- c) Pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat, numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor care sesizează faptul că la internare li s-a refuzat dreptul de a preda bunurile de valoare spre păstrare are valoare maximă admisă de 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;

IX.77. Controlul calității hranei

Art.1. Reglementarea procesului de control al calității hranei preparate are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea de responsabilități clare care să asigure îndeplinirea cerințelor care privesc cantitatea și calitatea hranei preparate în cadrul S.J.U.D.T.S.;
- b) Creșterea gradului de satisfacție al pacienților privind condițiile de hrănire asigurate pe perioada internării;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o producerea de toxiinfecții alimentare;
 - o agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art.2. Etapele procesului de control al calității hranei preparate presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Controlul calității hranei se face zilnic la fiecare masă prin observarea/la nevoie degustare înainte de distribuirea pe secții, de către reponsabilii nominalizați, astfel:
 - o asistent dietetician;
 - o asistent medical sef/ asistent medical responsabil/sef de tura;
- b) Verificarea calității hranei se face din fiecare vas în care s-a preparat mâncare urmărindu-se:
 - o dacă felul de mâncare este gata pentru a fi servit;
 - o dacă are grăsimea necesară;
 - o dacă are gust și miros plăcut.
 - o dacă corespunde listei de meniuri întocmite zilnic de asistentul dietetician.
- c) În cazul în care se constată că hrana nu este conformă (are un miros sau gust neplăcut) persoana responsabilă anunță și se instituie o comisie formată din:
 - Președinte: directorul administrativ
 - Membrii: - șeful S.P.I.A.A.M;
 - asistent medical dietetician;
 - medicul sef de gardă pe spital, nominalizat prin decizie a managerului.

Care sistează distribuirea felurilor de hrană neconforme din cadrul meniului pe secții și dispune într-o primă etapă pregătirea unui meniu în regim de urgență, după caz, astfel: se solicita firmei de catering sa livreze meniul, de urgenta.

d) Ulterior comisia mai sus-nominalizată solicita firmei de catering sa identifice cauzele care au condus la neasigurarea cantitativă și / sau calitativă a felului / felurilor de hrană și prin care propune managerului spitalului măsuri. Spitalul va solicita firmei prestatoare masuri de remediere imediate prin serviciul de achizitii publice.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de control al calității hranei preparate sunt următorii:

- a) Pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat, numărul de toxiiinfecții alimentare produse are valoare maximă admisă de 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului;
- b) Număr de reclamații ale pacienților care au ca subiect cantitatea și calitatea hranei servite are valoare maximă admisă de 1% din totalul pacienților pentru care s-au asigurat servicii medicale în cadrul spitalului în ultimul an calendaristic încheiat;
- c) Gradul de satisfacție a pacienților înregistrat pe fiecare secție în parte referitor la calitatea hranei servite este consemnat permanent în analizele lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților, valorile minime admise ale acestuia fiind de 80% în partea care privește calificativele de bine și foarte bine;

IX.78. Modalități de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș

Art.1. Reglementarea procesului de înlăturare a gheții / zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș are ca principale scopuri:

- a) Stabilește atribuții clare pentru personalul Spitalul Judetean de Urgenta cu responsabilități în înlăturarea gheții / zăpezii din curte precum și a zăpezii și gheții de pe acoperiș;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o accidente / pierderea de vieți;
 - o imposibilitatea accesului / accesul greu în spital;
 - o întreruperea furnizării energiei electrice;
 - o blocarea evacuării.

Art.2. Etapele procesului de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) În cazul ninsorilor abundente produse în timpul programului, directorul administrativ anunță șeful formațiunii lucru și întreținere clădiri, care împreună cu personalul din formațiune ia măsuri pentru curățarea căilor de acces din incinta spitalului precum și trotuarele exterioare din imediata proximitate a acestuia. În plus, în funcție de volumul căderilor / depunerilor de zăpadă / gheață, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirii se vor instala afișe și se va delimita cu bandă alb-roșie, după caz, accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirii spitalului. Activitățile se vor desfășura sub directa coordonare a directorului administrativ.
- b) În afara orelor de program sau pe timpul weekend-ului / sărbătorilor legale în cazul ninsorilor abundente, medicul șef de gardă pe spital anunță managerul spitalului. Managerul spitalului dispune în sarcina directorului administrativ să mobilizeze formațiunea lucru și întreținere clădiri pentru curățarea căilor de acces din incinta spitalului precum și trotuarele exterioare din imediata proximitate a acestuia. În plus, în funcție de volumul căderilor / depunerilor de zăpadă / gheață, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirii se vor instala afișe și se va delimita cu bandă alb-roșie, după caz, accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirii spitalului. Activitățile se vor desfășura sub directa coordonare a directorului administrativ.

- c) Indiferent de momentul în care se constată formarea de țurțuri mari de gheață pe streșinile acoperișului spitalului, directorul administrativ, din proprie inițiativă sau la solicitarea managerului, va anunța prin fax echipa de intervenție din cadrul I.S.U. Mehedinti în vederea asigurării suportului tehnic necesar înlăturării acestora.
- d) Până la sosirea echipei de intervenție din cadrul I.S.U. Mehedinti, directorul administrativ din proprie inițiativă, va coordona activitatea personalului din cadrul formațiunii lucru și întreținere clădiri care, atât la interiorul cât și la exteriorul clădirii va instala afișe de atenționare și va delimita cu bandă alb-roșie, după caz, accesul persoanelor la o distanță mai mică de 1,5 m în jurul clădirii spitalului.
- e) După intervenția de îndepărtare a țurțurilor de pe streșinile spitalului de către echipa de intervenție din cadrul I.S.U. Mehedinti, directorul administrativ va coordona formațiunea de lucru și întreținere clădiri în vederea curățării spațiilor în care au căzut respectivii țurțuri.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de înlăturare a gheții / zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș sunt următorii:

- a) Numărul de situații în ultimul an calendaristic încheiat în care a fost solicitat sprijinul personalului formațiunii de lucru și întreținere clădiri în vederea înlăturării gheții/zăpezii din curte și eliberarea căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș este direct proporțional cu numărul de situații în care s-a impus această conduită;
- b) Număr maxim de accidente cauzate de căderea pe gheață în curțile interioare a pacienților, aparținătorilor, propriilor angajați sau a pietenonilor care se deplasează pe trotuarele care mărginesc clădirea spitalului este de maxim 1/zi cu condiții propice formării gheții (ulterior luându-se măsuri de îndepărtare a gheții)
- c) Nu se admit situații de accidente cauzate persoanelor care se deplasează atât în interiorul cât și în exteriorul spitalului determinate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișurile clădirilor spitalului.
- d) Nu sunt admise pagube materiale cauzate autovehiculelor care staționează sau se deplasează în curtea interioară a spitalului sau în exteriorul acestuia, determinate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișul spitalului.
- e) Nu sunt înregistrate procese penale sau de amenzi administrative deschise/date personalului spitalului încuzate de producerea unor accidente sau a unor pagube materiale determinate de căderea pe gheață în curțile interioare a pacienților, aparținătorilor, propriilor angajați sau a pietenonilor care se deplasează pe trotuarele care mărginesc clădirile spitalului sau avarierea de bunuri cauzate de căderi pe zăpadă și/sau țurțuri de pe acoperișul spitalului.

IX.79. Gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale

Art.1. Reglementarea procesului de gestionare, utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea condițiilor de securitate și sănătate în muncă și prevenirea accidentelor de muncă și a bolilor profesionale determinate de utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive;
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - accidente de muncă;
 - boli profesionale;
 - producerea de pagube materiale;

- întreruperea
- ului la energie;
- întreruperea accesului la energie.

Art.2. (1) În cadrul spitalului există următoarele locuri de muncă în care există substanțe, materiale, echipamente și recipiente cu risc de explozie :

- Formațiunea Sterilizare,
- Laborator radiologie și imagistică medicală,
- Stație oxigen,
- UPU
- Centrala Termica
- Statie compresoare
- Bloc operator,

(2) În cadrul Spitalul Judetean de Urgenta există următoarele locuri de muncă în care există substanțe, materiale, echipamente și recipiente cu risc radioactiv:

- Laboratoare radiologie și imagistică medicală și Computer tomograf,
- Bloc operator.

Art.3. (1) Etapele procesului de gestionare, utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive, inclusiv în caz de situații excepționale presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Deservirea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv este executată de personalul care este încadrat în cadrul cabinetelor sau locurilor de muncă specificate la art. 363 alin. (1) și alin. (2) din prezentul Regulament, respectându-se normele de securitate a muncii generale precum și cele specifice Spitalul Judetean de Urgenta.
- b) În caz de situații excepționale/de urgență, precum și în cazul în care se constată o scurgere la unul din echipamentele și recipientele cu risc de explozie personalul care deservește echipamentul sau recipientul respectiv întrerupe activitatea și alimentarea respectivului echipament, întrerupând în același timp alimentarea cu energie electrică. După efectuarea acestor activități anunță imediat personalul autorizat pentru repararea sau ridicarea lui de la locul de muncă.
- c) În cazul echipamentelor cu risc radioactiv acestea se vor ridica de la locul lor în urma măsurătorilor și verificărilor efectuate de personalul autorizat în acest domeniu, la sesizarea responsabililor cu radio-protecția nominalizați prin decizie.
- d) Depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv se face în conformitate cu reglementările în vigoare în spații special destinate, construite și amenajate în conformitate cu legislația în vigoare, supraterran, în încăperi independente, neetajate sau în aer liber (construcție semideschisă de tip șopron îngrădit executat din materiale necombustibile, care protejează recipientii împotriva razelor solare, intemperiilor și/sau intervenției persoanelor străine). În cazul depozitării în încăperi, ușile trebuie să se deschidă spre exterior, iar geamurile să fie mate sau vopsite în alb. Recipientele vor fi depozitate cu capacul de la racordul robinetului și capacul de protecție înșurubate. Depozitarea recipientelor în locuri umede sau în mediu cu acțiune corozivă asupra materialului din care este construit este interzisă. de asemenea este interzis a se depozita recipientele în spații liber accesibile, pe scări, holuri, ganguri sau camere cu circulație de persoane.
- e) Managerul spitalului organizează, conduce, controlează și răspunde pentru activitatea de apărare împotriva incendiilor la clădirile, spațiile și instalațiile tehnologice pe care le dețin cu orice titlu și are obligațiile instituite prin normele în vigoare incidente pe linia apărării împotriva incendiilor.
- f) Responsabilul cu atribuții în domeniul apărării împotriva incendiilor se subordonează managerului spitalului și are obligațiile instituite prin normele în vigoare incidente pe linia apărării împotriva incendiilor.

- g) La nivelul Spitalului Județean de Urgență este nominalizat prin decizie un responsabil cu atribuții pe linia utilizării, manipulării și depozitării substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive, care are următoarele obligații în cazul producerii unor situații excepționale/de urgență care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea și depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive:
- ia măsuri de înlăturare imediată a stărilor de pericol și a cauzelor cu risc de explozie constatate și raportează operativ managerului spitalului situațiile respective;
 - interzice folosirea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv ce ar putea provoca accidente de muncă.
 - verifică cu regularitate, respectarea de către personalul spitalului a normelor de securitate a muncii.
- h) Recipientele pot fi utilizate numai pentru acel gaz pentru care au fost construite și verificate și a cărui denumire este înscrisă pe recipient. Întreg personalul spitalului care execută activități de utilizare, manipulare a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive este obligat:
- să utilizeze substanțele, echipamentele și recipientele cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv potrivit instrucțiunilor tehnice și a normelor proprii de securitate a muncii și apărare împotriva incendiilor la locul de muncă;
 - să nu efectueze manevre nepermise sau modificări neautorizate la echipamentele și recipientele cu risc de explozie precum și a celor cu risc radioactiv;
 - în cazul producerii unor situații excepționale/de urgență care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea și depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive, nu va mai utiliza respectivele substanțe și materiale și va opri alimentarea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive.
- i) Întreg personalul spitalului care execută activități de utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie este obligat:
- să utilizeze substanțele periculoase, instalațiile, utilajele, mașinile, aparatura și echipamentele potrivit instrucțiunilor tehnice și a normelor proprii de apărare împotriva incendiilor specifice locului de muncă;
 - în cazul producerii unor situații excepționale/de urgență care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea și depozitarea substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive, nu va mai utiliza respectivele substanțe și materiale și va opri alimentarea echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive;
 - să nu efectueze manevre nepermise sau modificări neautorizate la sistemele și instalațiile de apărare împotriva incendiilor.
- (2) Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare, instruirea personalului care execută activități de utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie se va realiza după caz, de către responsabilul SSM și/sau conducătorului locului de muncă, prin următoarele instructaje:
- g) Instructajul specific la locul de muncă în cadrul căruia se vor prezenta :
- caracteristicile fizico-chimice ale substanțelor, materialelor și produselor utilizate la locul de muncă ;
 - condițiile ce determină sau favorizează producerea accidentelor și cauzele potențiale de incendiu specifice locului de muncă ;
 - descrierea, funcționarea , monitorizarea, și modul de intervenție la instalațiile și sistemele de siguranță ale mașinilor și utilajelor de la locurile de muncă
 - concepția de intervenție la producerea unei situații de urgență
 - sarcini specifice de intervenție în situația apariției unui incendiu.
- h) Instructajul special pentru lucrări periculoase se execută înainte de începerea unor lucrări în timpul cărora pot apărea situații generatoare de incendiu din cauza manifestării

unor surse specifice de aprindere. Lucrările care fac obiectul acestui instructaj, se referă în principal la:

- executarea unor operațiuni de manevră ori de comandă a unor instalații sau utilaje tehnologice de importanță ori intervenția asupra acestora;
- lucrări de reparații sau întreținere, distrugere nor deșeuri sau reziduuri periculoase pentru viața oamenilor sau a mediului;
- prelevarea de probe din recipiente sau instalații care conțin substanțe periculoase;
- lucrări de sudare;
- lucrări de taiere sau lipire cu flacără;
- lucrări care pot provoca scântei mecanice;
- lucrări care pot provoca scântei și arcuri electrice;
- lucrări la cere se utilizează foc deschis;
- depozitarea, manipularea și transportul de substanțe/ materiale periculoase;
- curățarea interioară a unor vase, recipiente sau sisteme de evacuare în care au fost stocate, prelucrate ori vehiculate produse combustibile.

Art.4. În situații excepționale - dezastre naturale, incendiu, căderi de obiecte cosmice, acțiuni teroriste (atac cibernetic, luare de ostatici, amenințare cu bombă), acțiuni de dezordine publică, atac armat asupra obiectivului, sau alte situații neprevăzute / nereglementate, dacă:

- a) substanțele, materialele, echipamentele și recipientii cu risc de explozie și radioactive, nu sunt afectate/implicate:
 - se informează factorii decidenți despre situația apărută;
 - personalul își continuă activitatea normal, conform specificațiilor de la articolele anterioare;
 - se solicită acțiunea personalului de intervenție și se adoptă măsuri suplimentare de asigurare a securității personalului, activităților specifice, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie;
- b) substanțele, materialele, echipamentele și recipientii cu risc de explozie și radioactive, sunt afectate/implicate, precum și în situații în care personalul de deservire și/sau cu responsabilități este afectat sau este în imposibilitate de a-și îndeplini atribuțiile:
 - la ordinul și conform precizărilor managerului (înlocuitorului legal), se solicită intervenția structurilor specializate prin apelare telefonică la numărul unic de urgență 112 sau 1911 (în cazul atacurilor cibernetice), fiind puse în aplicare protocoalele de cooperare și planurile de acțiune comune specifice situațiilor apărute;
 - personalul din echipele de intervenție ia măsuri de identificare, izolare, conservare și protejare a personalului și/sau zonelor afectate/implicate;

În ambele cazuri, după restabilirea situației normale, se execută o analiză post-acțiune/intervenție, iar dacă se impune, se stabilesc măsuri de revizuire a prezentelor reglementări.

Art.5. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de gestionare, utilizare, manipulare și depozitare a materialelor, echipamentelor, recipientelor și substanțelor cu risc de explozie și radioactive sunt următorii:

- a) Nu sunt înregistrate accidente de muncă determinate de gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a substanțelor, materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive în ultimul an calendaristic încheiat;
- b) Nu sunt înregistrate boli profesionale determinate de gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive în ultimul an calendaristic încheiat;
- c) Numărul de instruiți privind gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive în ultimul an calendaristic încheiat este direct proportional sau mai mare față de numărul de astfel de instruiți planificate.

IX.80. Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia

Art.1. Reglementarea procesului de gestionare a resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia are ca principale scopuri:

- a) Constituirea la nivelul spitalului a unei rezerve de resurse utilizabile în caz de dezastru natural și catastrofă.
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - lipsa unor produse / materiale din depozitul de calamități;
 - expirarea unor produse / materiale din depozitul de calamități;
 - afectarea / blocarea activității medicale în caz de calamități.

Art.2. Etapele procesului de gestionare a resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) La nivelul spitalului în baza deciziei Comitetului director înscrisă în procesul verbal nr. _____ și înregistrat la sub nr. _____, a fost stabilită ca locație pentru constituirea depozitului pentru calamități pentru materialele și echipamentele de resortul cazarmare - spațiul situat în corpul A (sub UPU) și în corpul GG (în incinta farmaciei spitalului) locație pentru constituirea depozitului pentru calamități pentru medicamente și materiale sanitare.
- b) În baza aceleiași decizii a Comitetului director menționată la lit. a) a fost aprobată ”*Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor și materialor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități*”. Modificarea și/sau completarea acesteia se face cu aprobarea Comitetului director, la propunerea directorului administrativ și a șefului farmaciei.
- c) Responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu materiale de resortul cazarmare a depozitului pentru calamități situat în corpul A este atribuită inspectorului cu protecția civilă, iar responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu medicamente și materiale sanitare în cadrul a depozitului pentru calamități situat în farmacia spitalului este atribuită șefului farmaciei.
- d) Medicamentele și materialele sanitare aflate în depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei spitalului (în dulapuri inscripționate în acest sens) vor fi monitorizate lunar de către un asistent farmacist nominalizat de șeful farmaciei.
- e) În cazul în care se constată că în depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei spitalului există medicamente sau materiale sanitare pe cale de expirare în următoarele 6 luni, asistentul de farmacie nominalizat va informa pe șeful farmaciei despre acest lucru, acesta din urmă va lua măsuri pentru preschimbarea lor, dacă există în stoc, sau va întocmi documentele necesare în vederea achiziționării lor.
- f) Medicamente și/sau materialele sanitare pe cale de expirare în următoarele 6 luni, care au fost preschimbate din depozitul de calamități dispus în incinta farmaciei spitalului vor fi introduse spre consum în cadrul structurilor medicale din cadrul spitalului prin grija șefului farmaciei.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de gestionare a resurselor de rezervă din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia sunt următorii:

- a) Se asigură permanent în cadrul depozitului de calamități toate produsele înscrise în ”*Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor și materialor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamități*” aprobată de către Comitetul director.
- b) Se asigură permanent rularea fără sincope a materialelor perisabile din cadrul depozitului de calamități, astfel încât în acesta să se regăsească doar produse în termen de valabilitate.

IX.81. Modul de realizare al meniurilor zilnice

Art.1. Reglementarea modalității de realizare al meniurilor zilnice are ca principale scopuri:

- a) Dispune măsurile necesare pentru ca alimentația pacienților să fie stabilită în concordanță cu recomandările igieno-dietetice corespunzătoare patologiei fiecăruia dintre aceștia;
- b) Dispune măsurile necesare pentru ca alimentația pacienților să fie adaptate în concordanță cu convingerile proprii sau exprimate de către fiecare dintre aceștia;
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o hrană necorespunzătoare pe categorii de patologii, afiliere religioasă, spirituală sau personală ale pacienților;
 - o apariția/menținerea unor afecțiuni.

Art.2. Etapele modalității de realizare al meniurilor zilnice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Dieta zilnică recomandată pacienților și factorii alergeni alimentari sunt consemnați în F.O.C.G. de către medicii curanți.
- b) Dieta zilnică recomandată pacienților de către medicii curanți va ține cont de patologia și alergiile pacienților precizate în F.O.C.G.
- c) La solicitarea expresă a pacientului adresată medicilor curanți vor fi asigurate diete special adaptate convingerilor proprii sau spirituale, exprimate de pacienți, în măsura în care acestea nu contravin patologiei și alergiilor pacienților precizate în F.O.C.G.
- d) „*Situația zilnică cu mișcarea bolnavilor, evidența paturilor și cu alocarea-scoaterea de la drepturi a bolnavilor din ziua de _____*” realizată de asistentele șefe în baza înscrisurilor din F.O.C.G. este transmisă zilnic la B.A.E.M. până la ora 10.00. Pentru pacienții internați în Secția A.T.I. respectiva situație se întocmește de către asistentele șefe ale secțiilor medicale din care provin pacienții.
- e) Regimurile dietetice pentru copii sugari până la un an, se prepară în cadrul biberoneriei din cadrul Secției pediatrie, în baza formularului de ”Foaie zilnică”. Alimentația copilului 1-3 ani exclude: mâncărurile cu sos tomat, derivate din carne, brânzeturi sărate/fermentate, leguminoase uscate, etc.
- f) În cazul sosirii în S.J.U.D.T.S a unor efective mai mari de pacienți înainte de masă, responsabilul cu întocmirea notelor de distribuție din cadrul B.A.E.M. va întocmi o notă de distribuție suplimentară.
- g) Asistentul medical dietetician/responsabilul nominalizat cu dieta și nutriția întocmește meniurile zilnice pe zile calendaristice a meselor ce urmează a fi servite (dimineața/gustare, prânz, seara) raportat la „*Situațiile...*” menționate la lit. d) întocmită de către asistentele șefe.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de realizare al meniurilor zilnice sunt următorii:

- a) Raportul dintre numărul F.O.C.G. cu alergii consemnate și numărul F.O.C.G. verificate în cadrul misiunilor de audit clinic efectuate în ultimul an calendaristic încheiat, are valoare de minim 90% conform eșantionării stabilite;
- b) Numărul de „*Situații zilnice cu mișcarea bolnavilor, evidența paturilor și cu alocarea-scoaterea de la drepturi a bolnavilor din ziua de _____*” întocmite de către asistentele șefe în care au fost preluate informațiile privind dieta zilnică recomandată pacienților și factorii alergeni alimentari consemnați în F.O.C.G. de către medicii curanți este în raport direct cu numărul de situații în care respectivele formulare este necesar să conțină astfel de informații;
- c) Numărul de meniuri întocmite și utilizate la nivelul spitalului este corespunzător necesarului de meniuri adaptate la convingerile proprii sau exprimate de către pacienți.

IX.82. Modul de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă

Art.1. (1) Reglementarea procesului de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea responsabilităților privind întocmirea, avizarea și aprobarea și transmiterea documentelor aferente acestei activități.
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - producerea de daune asupra personalului și / sau instituției.

Art.2. (1) În conformitate cu reglementările în vigoare accidentul de muncă este vătămarea violentă a organismului, precum și intoxicația acută profesională, care au loc în timpul procesului de muncă sau în îndeplinirea îndatoririlor de serviciu și care provoacă incapacitate temporară de muncă de cel puțin 3 zile calendaristice, invaliditate ori deces. Accidentul de muncă poate fi:

- a) accidentul care produce incapacitate temporară de muncă – accidentul care determină întreruperea activității persoanei respective pe o durată de cel puțin 3 zile calendaristice consecutive, confirmată prin certificat/scutare medical/ă;
- b) accidentul de muncă care produce invaliditate – accidentul care determină pierderea totală sau parțială a capacității de muncă, confirmată prin decizie de încadrare într-un grad de invaliditate, emisă de organele medicale în drept;
- c) accidentul de muncă mortal – accidentul ce presupune decesul accidentatului imediat sau după un interval de timp, dacă acesta este confirmat, în baza unui act medico-legal, ca fiind urmare a accidentului suferit;
- d) accidentul de muncă colectiv – accidentul care a determinat accidentarea a cel puțin 3 persoane în același timp și din aceleași cauze.

(2) Etapele procesului de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Fiecare dintre membrii personalului S.J.U.D.T.S. are obligația să aducă la cunoștința conducătorului locului de muncă și/sau angajatorului accidente suferite de propria persoană.
- b) Responsabilul cu securitatea și sănătatea în muncă încadrat la nivelul S.J.U.D.T.S. are obligația să țină evidența accidentelor de muncă ce au ca urmare o incapacitate de muncă mai mare de 3 zile de lucru, a accidentelor ușoare, a bolilor profesionale, a incidentelor periculoase, precum și a accidentelor de muncă, astfel cum sunt definite la art. 5 lit. g) din *Legea nr. 319/2006 a securității și sănătății în muncă , cu modificările și completările ulterioare.*
- c) Cercetarea, înregistrarea și evidența accidentelor de muncă și a bolilor profesionale produse în S.J.U.D.T.S. se efectuează la nivelul acestuia prin aplicarea prevederilor art. 50 alin. (2) din *Legea nr. 319/2006 a securității și sănătății în muncă , cu modificările și completările ulterioare.*
- d) Managerul spitalului este obligat să informeze organul de urmărire penală competent, imediat ce a luat la cunoștință de producerea accidentului de muncă (atunci când se presupune că motivele producerii accidentului de muncă sunt ca urmare a săvârșirii unei fapte penale), luând măsuri după caz pentru conservarea probelor, și interzicerea accesului oricăror persoane la locul faptei, înainte de sosirea organului de cercetare la locul penală sau a procurorului, cu excepția celor care acordă primul ajutor victimelor sau iau alte măsuri ce nu suportă amânare.
- e) În conformitate cu reglementările în vigoare accidentele de muncă se cercetează de o comisie stabilită prin decizie de managerul spitalului. Din comisia de cercetare face parte personalul cu responsabilități în domeniul în care s-a săvârșit accidentul. La cercetarea accidentului nu pot participa persoanele implicate în producerea acestuia. Pe timpul cercetării, dacă situația impune, comisia solicită sprijinul organelor de cercetare penală, iar pentru investigațiile de strictă specialitate structurilor abilitate Ministerului Afacerilor Interne.
- f) Concluziile comisiei de cercetare se prezintă managerului spitalului în termen de 15 zile calendaristice de la data săvârșirii accidentului sau, după caz, de la data luării la

cunoștință despre accidentul respectiv și sunt cuprinse în procesul-verbal de cercetare al accidentului de muncă, document în baza căruia se realizează înregistrarea respectivului accident de muncă la nivelul spitalului de către responsabilul cu securitatea și sănătatea în muncă.

- g) În cazul în care managerul spitalului este implicat în săvârșirea unui accident, comisia de cercetare este numită de către forul tutelar al spitalului.
- h) La producerea unui accident de muncă șeful secției medicale/medicul din linia de gardă pe spital consemnează principalele date despre accident în registrul de predare-primire a serviciului înscriind în principal următoarele: ora săvârșirii accidentului, împrejurările în care s-a produs, personalul implicat în accident, urmările accidentului, primele măsuri luate, ora la care managerul spitalului a luat la cunoștință despre producerea accidentului, măsurile dispuse de către managerul spitalului, ora la parchetul de pe lângă instanța competentă a fost informat cu privire la producerea accidentului, potrivit legislației în vigoare.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de declarare/înregistrare și analiză a accidentelor de muncă sunt următorii:

- a) Numărul de accidente de muncă produse la nivelul spitalului în ultimul an calendaristic încheiat, este direct proportional cu numărul total de accidente de muncă raportate de responsabilul cu securitatea și sănătatea în muncă în anul calendaristic precedent.
- b) Numărul de accidente de muncă produse la nivelul spitalului care au fost raportate de membrii personalului spitalului care au suferit respectivele accidente, este direct proportional cu numărul total de accidente de muncă raportate în anul calendaristic precedent.
- c) Numărul de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost nominalizat personal cu responsabilități în domeniul în care s-a săvârșit accidentul, este direct proportional cu numărul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.
- d) Numărul de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost întocmit proces-verbal de cercetare în termenul legal, este direct proportional cu totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.
- e) Numărul de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost transmis raport ca urmare a săvârșirii unui accident în termenul legal, este direct proportional cu totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

IX.83. Circuitul documentelor în cadrul spitalului

Art.1. Reglementarea circuitului documentelor în cadrul Spitalului are ca principale scopuri:

- a) Implementarea la nivelul instituției a legislației naționale și departamentale privind gestionarea documentelor;
- b) Asigurarea protecției, confidențialității, disponibilității și accesibilității informațiilor cu respectarea principiului necesității de a cunoaște;
- c) Cunoașterea permanentă a transabilității documentelor emise/primate de/în instituție;
- d) Eliminarea următoarelor riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o accesul neautorizat la informații cu caracter personal sau informații care nu sunt libere la publicare.

Art.2. (1) Protecția documentelor/informațiilor în spital are la bază:

- a) Respectarea regulilor privind redactarea, evidența, multiplicarea, manipularea, păstrarea, transmiterea, împachetarea, transportul și distrugerea documentelor;
- b) Respectarea regulilor privind evidența și lucrul cu mediile de stocare a informațiilor;
- c) Respectarea regulii birou curat;
- d) Respectarea regulilor privind păstrarea confidențialității conținutului documentelor;

- e) Interzicerea utilizării, pentru transmiterea informațiilor clasificate a mijloacelor electronice neprotejate;
- f) Respectarea regulilor privind transportul documentelor;
- g) Păstrarea documentelor clasificate numai în locurile special destinate, separate de celelalte documente);
- h) Evitarea discuțiilor despre probleme confidențiale în locuri publice;
- i) Evitarea prezentării unor informații care, combinate, pot alcătui o imagine completă a unor probleme confidențiale;
- j) Respectarea cu strictețe a reglementărilor în domeniu în cazul procesării, stocării sau transmiterii unei informații clasificate prin sistemul informațional sau de comunicații;
- k) Respectarea reglementărilor privind asigurarea măsurilor de protecție fizică;
- l) Respectarea reglementărilor privind managementului cheilor/parolelor de acces în incinte/încăperi în care se gestionează informații confidențiale/cu caracter personal ori de acces în sisteme care procesează informații confidențiale/cu caracter personal.

Art.3. (1) Măsurile organizatorice stabilite la nivelul spitalului în partea care se referă la circuitul documentelor sunt următoarele:

- a) Pentru evidența, prelucrarea, procesarea, păstrarea, manipularea, multiplicarea, transmiterea, distrugerea și arhivarea documentelor în cadrul Spitalului este organizată o registratură.
- b) Nicio persoană din cadrul spitalului nu are acces la informații confidențiale/cu caracter personal în virtutea funcției pe care o deține.
- c) Pentru buna desfășurare a activității în cadrul registraturii, personalul care încadrează acest compartiment nu execută alte misiuni sau sarcini care l-ar sustrage, chiar temporar de la îndeplinirea atribuțiilor funcționale.

(2) Protecția documentelor la nivelul spitalului, presupune:

- a) Documentele se înregistrează, obligatoriu în evidențele registraturii constituite la nivelul Spitalului precum și la nivelul altor structuri ale spitalului stabilite prin decizie a managerului.
- b) Accesul în încăperile registraturii, în afara personalului încadrat/titular este permis doar managerului și persoanelor cu atribuții de control.
- c) Unitățile arhivistice constituite în cadrul Spitalului se păstrează în încăperile special amenajate, care corespund normelor de protecție fizică prevăzute de legislația în vigoare. Consultarea documentelor care au fost arhivate se face numai după ce în prealabil a fost obținută aprobarea managerului în registrul special destinat.
- d) Protecția fizică a informațiilor se asigură în scopul de a interzice accesul neautorizat, clandestin sau prin forță la acestea, pentru a detecta și împiedica acțiunile subversive, pentru a contribui la realizarea accesului la informații clasificate numai pe baza principiului „necesitatea de a cunoaște” și pentru a preveni orice alte situații, împrejurări sau fapte de natură a periclita ori compromite securitatea informațiilor.
- e) În timpul programului, protecția fizică se realizează de către personalul care încadrează microstructurile Spitalului.
- f) În afara orelor de program, ușile încăperilor se închid, iar sistemul de aerisire al acestora se asigură împotriva accesului neautorizat și introducerii de materiale periculoase.
- g) La începerea programului, în cazul în care se constată violarea încuietorilor, nu se mai deschide încăperea respectiv, se instalează pază și se informează imediat managerul care dispune măsurile ce se impun.
- h) În timpul programului, încăperile în care se păstrează documente se încuie ori de câte ori personalul părăsește încăperea, indiferent de motiv sau perioadă de timp, luându-se și măsuri de activare a sistemelor tehnice de securitate fizică, acolo unde acestea sunt instalate.

(3) Primirea corespondenței în cadrul SJUDTS se poate realiza astfel:

- a) Letric sau pe suporturi electronice de informație, la registratură, prin Poșta Română și prin alte firme specializate de curierat;

- b) Prin fax sau e-mail, doar corespondența care nu conține informații confidențiale, la toate structurile spitalului;
- (4) Corespondența primită se prezintă de către personalul desemnat din cadrul registraturii, managerului spitalului. Acesta o va analiza și va consemna rezoluții pe documente.
- (5) Circuitul documentelor în cadrul spitalului presupune următoarele responsabilități:
- a) Personalul registraturii desfășoară următoarele activități:
 - i. primește documentele sosite pe adresa spitalului și verifică integritatea sigiliilor/ștampilelor și a ambalajelor în care acestea au fost împachetate, precum și cele întocmite de personalul spitalului;
 - ii. verifică documentele, exemplar cu exemplar și filă cu filă;
 - iii. înregistrează documentele primite și le prezintă managerului spitalului după care, pe baza rezoluției înscrise pe ele, le predă pe bază de semnătură, persoanelor cărora le-au fost repartizate prin persoana desemnata cu transmiterea documentelor.
 - iv. distribuie documentele numai pe baza rezoluției înscrise pe acestea, respectiv persoanei nominalizate pe baza de semnatura, se v-a consemna data si ora predarii.
 - b) Persoana căruia i-au fost repartizate documentele desfășoară următoarele activități:
 - i. se prezintă la registratură pentru ridicarea documentelor;
 - ii. verifică documentele, exemplar cu exemplar și filă cu filă;
 - iii. semnează la registratură de primirea documentelor în Registrul pentru evidența documentelor;
 - iv. rezolvă documentele, conform termenelor și rezoluției de pe acestea, respectând măsurile de protecție și nivelul de clasificare al informațiilor conținute și prevederile legale referitoare la datele cu caracter personal.
 - v. după soluționare, distruge sau clasează documentul, după caz.
 - c) Alte reguli privind circuitul documentelor:
 - i. Circuitul unui document se consideră încheiat atunci când acesta este justificat în registratură prin îndosariere, distrugere sau este returnat la emitent.
 - ii. Documentele adresate managerului Spitalului, se prezintă acestuia de către personalul din registratură, iar după înscrierea rezoluției pe acestea, se înapoiază la registratură, pentru a fi distribuite spre soluționare, personalului nominalizat pe acestea.
 - iii. La mutarea din spital, schimbarea sau suspendarea din funcție, pensionarea, plecarea în concediu fără plată sau pentru creșterea și îngrijirea copilului, personalul predă la registratură toate documentele pe care le are în primire.
 - iv. La detașarea în alte instituții, plecarea în străinătate în interes de serviciu sau în interes personal, concedii de orice natură mai mari de 30 zile calendaristice, personalul predă documentele necesare desfășurării activităților compartimentului înlocuitorului legal, iar pe celelalte la registratură.
 - v. Documentele elaborate de personalul unitatii se predau la registratură pentru înregistrare după ce acestea sunt semnate și ștampilate de către persoanele în drept.
 - vi. Orice situație de compromitere a informațiilor, face obiectul informării imediate a managerului.
- (6) În situația în care răspunderea pentru elaborarea răspunsului sau desfășurarea unor activități privește mai multe microstructuri/persoane din cadrul Spitalului, prima microstructură/persoană nominalizată în rezoluție de managerul Spitalului pe documente, se consideră a fi răspunzătoare de executarea respectivei activități, fiind obligată să se consulte cu celelalte microstructuri/persoane înscrise de către manager în rezoluție, pentru soluționare. Șefii microstructurilor, după formularea rezoluției, dispun monitorizarea documentelor și transmiterea lor la persoanele angajate în execuție. *Fotocopii* ale acestor documente se realizează/trimit, doar atunci când este *absolut necesar*, însoțite de precizările de rigoare, cu respectarea strictă a legislației privind multiplicarea documentelor.
- (7) Pe tot parcursul anului, documentele soluționate, cu valoare practică, juridică sau istorică sunt clasate în mape/dosare de către responsabilii din cadrul microstructurilor funcționale care gestionează problematica. Anual, până la începerea inventarierii documentelor, această activitate precum și

justificarea documentelor în evidențe, se încheie. Fiecare șef de microstructură funcțională răspunde de clasarea corectă a informațiilor în mape/dosare.

- (8) La redactarea documentelor se respectă obligatoriu următoarele reguli:
- i. Menționarea, în antet, a instituției și spitalului emitente, a numărului și datei înregistrării, a clasei sau nivelului de secretizare, a termenului de clasificare, a numărului de exemplar și, după caz, a destinatarului;
 - ii. Înscrierea numerelor de înregistrare pe toate exemplarele documentului și pe anexele acestuia.
 - iii. Înscrierea în clar, la sfârșitul documentului, a funcției, numelui și prenumelui managerului spitalului emitent, semnătura acestuia, ștampila spitalului precum și numele, prenumele și semnătura persoanei care a întocmit documentul și nr. telefon.
 - iv. Înscrierea pe fiecare pagină a documentului, a numărului curent al paginii, urmat de numărul total al acestora.
- (9) Reguli privind semnarea și expedierea corespondenței:
- i. Documentele se transmit către destinatari numai cu aprobarea conducerii spitalului, prin curieri sau pe canale de comunicații protejate.
 - ii. Documentele clasificate se împachetează în vederea expedierii în plicuri/ambalaje opace, astfel încât conținutul acestora să nu fie vizibil, cand este cazul.
 - iii. Pe plic/colet este obligatorie înscrierea următoarelor elemente: destinatarul, expeditorul, localitatea destinatarului/expeditorului, județul și numărul de înregistrare.
 - iv. Pe plicurile/coletele în care se împachetează documente clasificate destinate unei persoane strict determinate se înscrie mențiunea „PERSONAL”.
 - v. Pentru sigilarea plicurilor/coletelor se utilizează ștampila rotundă care se imprimă pe fața plicului în colțul din stânga jos și pe spatele plicului la cele două capete unde se închide plicul).

Art.4. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului *Circuitul documentelor în cadrul spitalului* sunt următorii:

- a) Numărul de instruiți planificate și executate privind punerea în practică a măsurilor stabilite pentru reglementarea procesului de management al documentelor, în ultimul an calendaristic încheiat, este direct proportional sau mai mare cu/decât numărul de instruiți planificate în acest sens;
- b) Numărul verificărilor/ controalelor privind cunoașterea, înțelegerea și aplicarea corectă de către personal a reglementărilor care privesc circuitul documentelor, în ultimul an calendaristic încheiat, este direct proportional cu numărul de activități de verificare/control planificate;

IX.84. Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului

Art.1. Reglementarea procesului de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Se asigură respectarea legislației incidente în vigoare cu privire la securitatea datelor.
- b) Clarificarea aspectelor privind colectarea, gestiunea și fluxul informațiilor la nivelul spitalului;
- c) Asigurarea datelor/informațiilor necesare factorilor decizionali pentru cunoașterea temeinică a stadiului și calității îndeplinirii obiectivelor ce revin spitalului, precum și a acelor date necesare pentru luarea deciziilor și implementarea măsurilor ordonate.
- d) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o înregistrarea, stocarea, transmiterea greșită a datelor.

Art.2. (1) Gestionarea datelor și informațiilor medicale/nemedicale cuprinde operațiunile de centralizare, administrare, protejare și asigurare a back-up-ului datelor, atât a celor cu caracter general cât și a celor cu caracter confidențial sau clasificate.

- (2) Sistemul de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului se constituie din trei elemente:

- a) Fluxul informațional - reprezintă circulația stabilă a unei cantități de date / informații între organele structurale ale sistemului informațional al S.J.U.D.T.S., independent de natura purtătorului material de informație și procedeele folosite pentru colectarea, transmiterea, prelucrarea și diseminarea lor. Conținutul fluxului informațional este format de documentele și comunicările scrise sau verbale, exprimate printr-un volum de date, acest volum fiind stabilit în mod statistic. În cadrul acestui volum se iau în considerare nu numai datele purtătoare de informații formale (cele stabilite prin regulamente și alte acte normative), ci și cele informale. Colectarea datelor se face într-un sistem unitar, planificat, atât la nivelul managementului spitalului, cât și al microstructurilor funcționale.
- b) Circuitul informațional - reprezintă drumul parcurs de diferite categorii de date/informații, din momentul generării acestora de către o anumită sursă, până la punctul de prelucrare a datelor și elaborare a deciziilor, precum și de datele/informațiile care conțin deciziile conducerii adresate organelor de execuție.
- c) Rețeaua informațională.

Art.3. (1) Etapele procesului de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Informarea echipei decizionale privind existența de date/informații se realizează atât pe orizontală cât și pe verticală, prin:
 - i. Legătura cu omologii de la instituții cu care se colaborează, la începutul și sfârșitul săptămânii;
 - ii. Activitatea de informare în cadrul spitalului participarea la ședințele de lucru;
 - iii. Participarea la activități de control și îndrumare;
 - iv. Studiul corespondenței primite prin sistemul de corespondență scrisă sau electronică;
 - v. Studiul informărilor din mass-media și al publicațiilor de specialitate;
 - vi. Canale informaționale din surse deschise (tv, internet) ;
 - vii. Activitățile protocolare desfășurate la nivelul mun. Dr.Tr.Severin;
 - viii. Audiențe, cereri, reclamații, petiții și sesizări;
- b) Prelucrarea datelor /informațiilor se face în cadrul fiecărei microstructuri prin:
 - i. Procesare datelor - se realizează prin prelucrarea primară și gruparea acestora pe domenii;
 - ii. Analiza datelor și informațiilor - presupune studierea acestora în scopul stabilirii gradului de autenticitate și a semnificației reale;
 - iii. Valorificarea datelor se realizează prin interpretarea acestora cu privire la domeniile de competență și responsabilitate;
 - iv. Diseminarea datelor între microstructurile spitalului - schimbul de date se face prin rețeaua de calculatoare sau prin contactarea personalului care are atribuții în legătură cu informația, în funcție de domeniu, activitate și "necesitatea de a cunoaște". Personalul spitalului care intră în posesia unor date/informații, care nu sunt din sfera sa de competență, **este obligat** să informeze pe cel răspunzător de gestionarea problematicii, iar cel care le generează răspunde de aceasta până la ajungerea ei la beneficiar și întoarcerea sub forma conexiunii inverse (feed-back).
 - v. Centralizarea și evidența datelor și informațiilor - se face în cadrul registraturii prin crearea dosarelor/mapelor cu documente în conformitate cu prevederile arhivistice în vigoare. Prin centralizarea datelor, se realizează ansamblul cu privire la un domeniu sau activitate.
- c) Principalul purtător de date prin care se asigură circulația informațiilor, în cadrul spitalului, îl constituie *documentul*, în toate formele sale, acesta trebuind să corespundă necesităților obiective de informare, atât a factorilor de decizie cât și a celor de execuție.
- d) Raționalizarea și tipizarea documentelor reprezintă o prioritate avută în vedere de către toți șefii de microstructuri din cadrul S.J.U.D.T.S. ,care rezidă din tendința existentă, de a introduce mereu în procesul de management, noi documente care conțin adesea informații ne semnificative și redundante, concretizate în repetarea unor prevederi legislative sau a

unor date curente. Tipizarea documentelor reprezintă o cale importantă de perfecționare a procesului de conducere, în acest proces urmărindu-se următoarele cerințe:

- i. Creșterea ponderii formatului electronic al documentelor în detrimentul celor în format printat;
 - ii. Tipizarea trebuie să cuprindă documentele de bază utilizate în procesul de conducere;
 - iii. Documentele purtătoare de informații să aibă o destinație practică și o funcționalitate multiplă;
 - iv. Concentrarea maximă a datelor într-un număr cât mai redus de documente și micșorarea volumului de date înscrise în acestea, prin creșterea gradului de concizie și sintetizare;
 - v. Fiecare document tipizat trebuie să fie concretizat într-un formular cu titlu, destinatar și cod propriu de identificare;
 - vi. Datele imprimare pe formulare să fie prezentate într-o succesiune logică;
 - vii. Să se asigure minimalizarea sau eliminarea operațiilor manuale de trecere a informațiilor de pe un document pe altul în procesul de prelucrare a datelor;
 - viii. Să conducă la micșorarea însemnată a cantității de hârtie folosită pentru elaborarea documentelor prin reducerea la maxim a numărului de exemplare;
 - ix. Separarea conținutului informațional al documentelor în parte fixă (informație permanentă) și parte variabilă care exprimă mărimile concrete sau categorii de date specifice.
- e) Specific, datele/informațiile clinice la nivel de pacient se culeg din F.O.C.G./F.S.Z., introdusă în sistemul informațional al spitalului conform *O.M.S. nr. 1.782/2006 cu modificările și completările ulterioare, privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare de zi*. Datele astfel colectate formează setul minim de date la nivel de pacient. Toate datele la nivel de pacient colectate de spital (CNP, diagnostic, codurile de parafă ale medicilor) sunt confidențiale și li se aplică măsuri specifice de protecție, conform reglementărilor legale în vigoare. De colectarea, înregistrarea, autenticitatea datelor clinice înscrise în programe și actualizarea la zi a acestora răspunde personalul structurii de statistică și evaluare medicală și responsabilii nominalizați din microstructura internării, farmacie, secții, compartimente și cabinete.

- (2) Întreg personalul care încadrează structurile S.J.U.D.T.S este obligat să respecte, pe lângă măsurile de protecție a informațiilor confidențiale, toate măsurile tehnice și organizatorice implementate la nivelul spitalului cu privire la păstrarea confidențialității și integrității datelor cu caracter personal, a securității prelucrărilor acestor date.

Art.4. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de colectare și gestiune a datelor la nivelul spitalului sunt următorii:

- a) Luarea deciziilor în ceea ce privește colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului și punerea acestora în execuție se realizează cu încadrarea în prevederile legale incidente în vigoare, iar termenele stabilite sunt respectate cu strictețe pe întreg parcursul ultimului an calendaristic încheiat.
- b) Pe întreg parcursul ultimului an calendaristic încheiat nu este înregistrată nicio sincopă/deficiență în gestionarea datelor și informațiilor utilizate în spital, iar fluxul informațional de administrare a datelor și informațiilor răspunde cerințelor actuale de gestionare a problematicilor specifice Spitalului.

IX.85. Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului

Art.1. Reglementarea procesului de protecție a sistemului informatic la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Clarificarea principalelor aspecte privind realizare / adoptarea măsurilor de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului;

- b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează informații în sistemele informatice pentru aplicarea regulilor de protecție și manipulare a acestora;
- c) Stabilirea fluxurilor operațiunilor desfășurate pentru utilizarea dispozitivelor de stocare a informațiilor proprietate privată
- d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - distrugerea fizică a echipamentelor - situații de forță majoră;
 - indisponibilitatea sistemului cauzată de număr redus de persoane care cunosc informația;
 - divulgarea de informații;
 - fraude produse prin intermediul sistemului informatic;
 - furturi de echipamente și informații.

Art.2. Procesul de de protecție a sistemului informatic la nivelul spitalului presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Sistemele informatice și de comunicații sunt exploatate în încăperi/spații care îndeplinesc cerințele de protecție fizică potrivit cerințelor specifice de acreditare, funcție de destinație, conținutul și tipul informațiilor gestionate și utilizatori, în conformitate cu prevederile Programului de prevenire a scurgerii de informații clasificate al unității (acest Program se întocmește în temeiul prevederilor art. 31 lit. b art. 86 lit. b) art. 94 alin (1) și anexa 10 din HG 585/2002 doar dacă în spital există informații clasificate).
- b) Sistemele informatice proprietate personală, ale personalului spitalului sau din afara acesteia, (ex: laptop-uri, dispozitive PDA, memory stick-uri, mp3 playere cu posibilitate de utilizare ca memory stick, CD-uri, dischete, harddiscuri externe neînregistrate, telefoane mobile sau alte dispozitive care au posibilitatea tehnică de filmare/ fotografiere/ înregistrare/ stocare/ transmitere de informații, unități zip, etc) pot fi introduse și utilizate în perimetrul S.J.U.D.T.S. , cu respectarea strictă a prevederilor procedurii specifice aplicabile la nivelul spitalului.
- c) Personalul spitalului care exploatează sistemele informatice din dotare (atât cele din compunerea rețelei de calculatoare cât și pe cele independente sau din compunerea completelor aparaturii medicale) trebuie respecte următoarele reguli:
 - să depună o cerere pentru crearea contului de acces în sistemul informatic;
 - să nu acceseze contul și parola altui utilizator, să nu le înstrăineze și să ia toate măsurile pentru a nu fi divulgate cele proprii;
 - să utilizeze sistemele informatice pentru rezolvarea problemelor de serviciu;
 - să nu permită accesul la sistemele informatice a persoanelor neautorizate;
 - să mânăuiască și să utilizeze suportii de informații conform regulamentelor în vigoare.
- d) În cazul achizițiilor de software specializat, echipamente sau aparatură medicală ce au în inventarele de complet sisteme informatice și aplicații software, se va informa structura informatică, acesta având obligația de a înregistra echipamentele și de a păstra o copie de siguranță a aplicațiilor software instalate;
- e) Accesul la sistemele informatice din dotarea S.J.U.D.T.S. de către firmele autorizate ca urmare a semnării unor contracte de colaborare se va face numai în prezența cel puțin a unui specialist din structura informatică, după semnarea angajamentelor și îndeplinirea formalităților prevăzute de legile și regulamentele în vigoare;
- f) Accesul personalului S.J.U.D.T.S. la Internet se va face numai pe sistemele informatice special destinate acestui scop cu respectarea următoarelor reguli:
 - utilizatorul trebuie să completeze o cerere tip după a cărei aprobare va primi un cont și o parolă de utilizator pe care nu le va înstrăina;
 - nu este permisă transmiterea pe Internet de informații confidențiale;
 - Internetul se va accesa numai în scopurile aprobate: consultarea de site-uri cu caracter științific, colaborări pe diverse proiecte de cercetare, update-uri, licitație electronică, alte forme de colaborare electronică cu diverse instituții, organisme și organizații interne și internaționale ce fac obiectul, documentare, educație, instruire.

- g) Orice eveniment de compromitere a informațiilor confidențiale/cu caracter personal necesită raportat managerului;
- h) Instruirea personalului pentru utilizarea și exploatarea sistemelor informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică se va face conform Planului specific anual aprobat.
- i) Periodic, șefii nemijlociți au obligația verificării modului în care personalul subordonat respectă legislația în vigoare privind aplicarea asigurarea confidențialității informațiilor și respectarea măsurilor stabilite privin protecția lor.
- j) Administratorul de sistem/ rețea răspunde de instalarea corectă, întreținerea și modificarea setărilor componentelor hardware.
- k) Structura de comunicații și informatică din cadrul S.J.U.D.T.S. răspunde de actualizarea în permanență a protecției antivirus pentru sistemul informatic al spitalului.
- l) Este interzisă conectarea la sistemele informatice ale spitalului a altor sisteme informatice, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată
- m) Lucrările de mentenanță a sistemelor informatice sunt efectuate numai de către personalul autorizat, numai după ce s-au luat toate măsurile pentru asigurarea securității informațiilor conținute de mediile de stocare.
- n) Instalarea de software se efectuează numai de către administratorul de rețea sau alt personal autorizat. În cazul constatării nefuncționării sau funcționării anormale a sistemului de operare sau a unor aplicații software, utilizatorii sunt obligați să nu intervină din proprie inițiativă pentru remediere și să informeze imediat administratorilor de sistem/ rețea, care vor întreprinde măsurile ce se impun în funcție de situație;
- o) Informațiile vehiculate în rețeaua INTERNET și aplicațiile software sunt supuse controalelor în toate domeniile securității și protejate corespunzător.
- p) Toate informațiile de interes public care implică instituția, indiferent de forma acestora, înainte de aprobare, pentru a putea fi scoase în spațiul public sau transmise prin mijloace de comunicații neprotejate, necesită avizarea prealabilă și obligatorie de către manager.
- q) Prin grija structurii de comunicații și informatică pentru serverele pe care se stochează informațiile, se asigură spații securizate și protejate.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului sunt următorii:

- a) Numărul de evenimente/incidente de securitate are valoare maximă admisă de 2% din totalul putilizatorilor sistemelor informatice existenți cadrul spitalului, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat
- b) Numărul de angajamente de confidențialitate existente este direct proportional cu numarul de personal angajat în cadrul spitalului;
- c) Numărul de cereri pentru crearea contului de acces în sistemul informatic depuse și aprobate este direct proportional cu numarul de utilizatori ai sistemului informatic în cadrul spitalului
- d) Numărul de instruiți pentru utilizarea și exploatarea sistemelor informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică efectuate este direct proportional sau mai mare decât numarul de instruiți planificate, în ultimul an calendaristic încheiat.

IX.86. Arhivarea documentelor la nivelul spitalului

Art.1. Reglementarea procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Clarificarea principalelor aspecte privind realizare/ adoptarea măsurilor de arhivare a documentelor la nivelul spitalului;
- b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează documente la nivelul spitalului pentru aplicarea regulilor de arhivare și manipulare a acestora;

- c) Stabilește reguli privind păstrarea și arhivarea documentelor, informațiilor și înregistrărilor astfel încât să se asigure confidențialitatea, integritatea și securitatea datelor
- d) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - o pierderea disponibilității și confidențialității datelor și informațiilor gestionate în cadrul spitalului.

Art.2. Etapele procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) La nivelul S.J.U.D.T.S., toate structurile sunt obligate să înregistreze și să țină evidența tuturor documentelor intrate/primite, a celor întocmite pentru uz intern și a celor ieșite.
- b) Documentele / înregistrările în formă fizică și / sau electronică, se păstrează de către creatori / autori / elaboratori și de către utilizatori la locul de muncă, până la soluționare (sau atât timp cât sunt utile/ în vigoare și produc efecte).
- c) După expirarea acestei perioade, pe tot parcursul anului (dar nu mai târziu de 31 ianuarie a anului următor), documentele soluționate / rezolvate create de spital (și în mod excepțional, cele primite/intrate) cu valoare practică, juridică sau istorică, se clasează în mape / dosare, iar celelalte se distrug sau se returnează la expeditor, după caz, în cadrul / de către structurilor / e gestionare, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.
- d) După clasare, documentele se scad din evidențele curente de către gestionarii acestora. (aceeași operațiune, de scădere din evidență / justificare – se execută și în cazul distrugerii / expedierii documentelor).
- e) Clasare documentelor în mape / dosare/ unități arhivistice se face prin gruparea acestora pe problematici, în funcție de termenele de păstrare, în conformitate cu Indicatorul termenelor de păstrare și Nomenclatorul arhivistic întocmit și aprobat la nivelul spitalului, anual, până la 31 ianuarie pentru anul care începe.
- f) Nomenclatorul arhivistic este întocmit, la propunerea structurilor gestionare, de personalul care încadrează registratura/arhiva și aprobat de manager.
- g) Modificarea și / sau completarea acestuia se poate face cu respectarea aceluiași algoritm, pentru realizarea corecțiilor necesare, pe tot parcursul anului calendaristic.
- h) În mod obligatoriu, nomenclatorul arhivistic al spitalului conține în mod distinct documentele rezultate din activitatea structurii de management al calității serviciilor precum și cele rezultate din activitatea Consiliului etc.
- i) Fiecare dosar / mapă / unitate arhivistică creată, conține în mod obligatoriu o pagină de titlu care prezintă și problematica conținută și după caz un opis. Toate filele vor fi numerotate de creatorii de unități arhivistice, în creion, în ordine crescătoare.
- j) Responsabilii cu crearea unităților arhivistice le predau gestionarului fondului arhivistic care certifică prin semnătură numărul total al fișelor acestora și aplică ștampila instituției.
- k) Evidența intrărilor / ieșirilor în / din fondul arhivistic se completează / actualizează permanent de gestionarul fondului arhivistic în registrul special constituit.
- l) Scoaterea / scăderea din evidența curentă a arhivei se face doar conform precizărilor legislației incidente în vigoare, în urma selecționării sau predării în alt depozit de arhivă.
- m) Pentru selecționarea arhivei, anual, prin decizie a managerului, se numește o comisie de selecționare. Procesul de selecționare anuală se încheie cel mai târziu la 31 octombrie. Selecționarea unităților arhivistice se execută conform reglementărilor incidente în vigoare.
- n) Pentru păstrarea arhivei curente create la nivelul spitalului se alocă și se amenajează spații corespunzătoare care să respecte cerințele specifice prevăzute de legislația în vigoare.
- o) Păstrarea documentelor în arhivă se face pe durata prevăzută în Nomenclatorul arhivistic.
- p) Persoanele responsabile cu gestionarea fondului arhivistic verifică periodic modul de păstrare în timp a unităților arhivistice.
- q) Persoanele responsabile cu gestionarea fondului arhivistic asigură diseminarea, în părțile care îi privesc, a conținutului Nomenclatorului către creatorii de unități arhivistice;

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului sunt următorii:

- a) Toate documentele create pe parcursul anului calendaristic încheiat sunt arhivate anual, potrivit problematicii și termenelor de păstrare stabilite în nomenclatorul documentelor de arhivă, până la data de 31 martie.
- b) Toate registrele de evidență a documentelor care se gestionează în cadrul spitalului prezintă o evidență clară a tuturor documentelor primite, întocmite pentru uz intern sau transmise, ultimul an calendaristic încheiat.
- c) Număr de unități arhivistice sdistruse în ultimul an calendaristic este direct proporțional cu numărul de unități arhivistice propuse spre eliminare ca fiind lipsite de valoare practică și/sau istorică, de către comisia de selecționare numită prin decizie, anual, de către manager;

IX.87. Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului

Art.1. Reglementarea procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Clarificarea principalelor aspecte privind realizare / adoptarea măsurilor de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului;
- b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează informații în sistemele informatice pentru aplicarea regulilor de protecție și manipulare a acestora;
- c) Stabilirea fluxurilor operațiunilor desfășurate pentru utilizarea dispozitivelor de stocare a informațiilor proprietate privată;
- d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - Pierderea disponibilității și confidențialității datelor și informațiilor gestionate în sistemul informațional al spitalului.

Art.2. (1) Sistemul informațional asigură gestiunea tuturor informațiilor din cadrul spitalului, folosind toate metodele și procedeele de care dispune. Informațiile sunt sesizate și înregistrate în cadrul unui sistem economico-social la nivelul unor verigi organizatorice și funcționale care se numesc posturi de lucru. O secvență de mai multe posturi de lucru, logic înlănțuite, formează un circuit informațional.

(2) Un post de lucru se individualizează prin următoarele elemente:

- date de intrare
- timp de staționare
- operații de prelucrare
- date de ieșire

(3) Ansamblul informațiilor și deciziilor (caracterizate prin conținut, frecvență, calitate, volum, formă, suport) necesare desfășurării unei anumite activități sau operații și care se transmit între două posturi de lucru, formează un flux informațional. Între circuitul informațional și fluxul informațional există o strânsă dependență în sensul că circuitul informațional reflectă traseul și mijlocul care asigură circulația unei informații de la generarea ei și până la arhivare, iar fluxul informațional reflectă ansamblul informațiilor vehiculate, necesare unei anumite activități.

(4) Sistemul informațional cuprinde, într-o concepție unitară, circuitele și fluxurile informaționale, la care se adaugă metodele și tehnicile de prelucrare a informațiilor.

(5) Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului este reglementată la nivelul spitalului în conformitate cu prevederile Programului de prevenire a scurgerii de informații clasificate al unității (acest Program se întocmește în temeiul prevederilor art. 31 lit. b art. 86 lit. b) art. 94 alin (1) și anexa 10 din HG 585/2002 doar dacă în spital există informații clasificate).

(6) Este INTERZISĂ scoaterea din unitate, fără aprobare, a informațiilor aparținând spitalului, indiferent de formă, timp, conținut sau scop.

(7) Particularități privind măsuri de protecție a sistemului informațional, specifice informațiilor confidențiale/cu caracter personal:

- Sistemele de pază, supraveghere și control-acces trebuie să asigure prevenirea pătrunderii neautorizate în sectoarele și locurile unde sunt gestionate informații confidențiale/cu caracter personal.

- Accesul în Spital– ca și componentă a sistemului de protecție a sistemului informațional din cadrul spitalului - se realizează cu respectarea prevederilor pct. ”IX.2. Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor și controlul vehiculelor” din prezentul Regulament;
- Timpul de reacție a personalului de pază va fi testat periodic pentru a garanta intervenția operativă în situații de urgență, de către directorul administrativ.
- În vederea asigurării protecției sistemului informațional din cadrul spitalului, se vor respecta întocmai prevederile pct. ”IX.12. Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate” din prezentul Regulament;
- Pentru gestionarea documentelor interne specifice microstructurilor din cadrul Spitalului, la nivelul acestora se nominalizează prin decizie un responsabil (și un înlocuitor) și se consemnează în decizii ale managerului spitalului intrarea în funcțiune a registrelor de evidență;
- Manipularea documentelor se efectuează astfel încât să nu se faciliteze accesul la conținutul acestora persoanelor care nu sunt abilitate să le cunoască, cu excepția cazurilor impuse de lege;
- Manipularea documentelor trebuie să permită în orice moment posibilitatea identificării cu ușurință a acestora și să poată fi justificate cu prilejul controalelor, inspecțiilor sau verificării anuale;
- Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament se realizează în strictă conformitate cu prevederile pct. IX.50 din prezentul Regulament;
- Distrugerea documentelor se execută pe baza semnăturilor în registrele pentru evidență primară ale deținătorului și personalului registraturii sau, dacă sunt supuse unei forme de evidență specifice, ale persoanei care le gestionează și șefului structurii de resort, în acest sens fiind aplicabile prevederile pct. IX.88 din prezentul Regulament;
- Prin excepție, distrugerea registrelor se face pe bază de proces-verbal;
- Clasarea în dosare a documentelor se face în conformitate cu respectarea instrucțiunilor arhivistice în vigoare.
- În plus, asigurarea măsurilor de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului, se realizează cu respectarea întocmai a prevederilor următoarelor puncte din prezentul Regulament:
 - ”IX.83. Circuitul documentelor în cadrul spitalului”
 - ”IX.84. Colectarea și gestiunea datelor la nivelul spitalului”
 - ”IX.85. Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului”
 - ”IX.86. Arhivarea documentelor la nivelul spitalului”
 - ”IX.88. Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului”
 - ”IX.89. Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului”
 - ”IX.90. Consultarea unităților arhivistice. Eliberarea adevărințelor și duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale solicitate de către pacienți / aparținători / împuterniciți sau alte persoane, îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii”

(4) Particularități privind protecția sistemului informatic, componentă a sistemului informațional al Spitalului:

- a) Sistemele informatice și de comunicații sunt exploatate în încăperi/spații care îndeplinesc cerințele de protecție fizică potrivit cerințelor specifice de acreditare, funcție de destinație, conținutul și tipul informațiilor gestionate.
- b) Sistemele informatice proprietate personală, ale personalului spitalului sau din afara acesteia, (ex: laptop-uri, dispozitive PDA, memory stick-uri, mp3 playere cu posibilitate de utilizare ca memory stick, CD-uri, dischete, harddiscuri externe neînregistrate, telefoane mobile sau alte dispozitive care au posibilitatea tehnică de filmare/ fotografiere/ înregistrare/ stocare/ transmitere de informații, unități zip, etc) pot fi introduse și utilizate

- în perimetrul Spitalului, cu respectarea strictă a prevederilor procedurii specifice aplicabile la nivelul spitalului.
- c) Personalul Spitalului care exploatează sistemele informatice din dotare (atât cele din compunerea rețelei de calculatoare cât și pe cele independente sau din compunerea completelor aparaturii medicale) trebuie respecte următoarele reguli:
- Să depună o cerere pentru crearea contului de acces în sistemul informatic;
 - Să nu acceseze contul și parola altui utilizator, să nu le înstrăineze și să ia toate măsurile pentru a nu fi divulgate cele proprii;
 - Să utilizeze sistemele informatice pentru rezolvarea problemelor de serviciu având grijă să consemneze și să raporteze la structura informatică, orice problemă tehnică sau de securitate ce poate apare;
 - Să nu permită accesul la sistemele informatice a persoanelor neautorizate;
 - Să mănuiască și să utilizeze suportii de informații conform regulamentelor în vigoare;
 - Să respecte procedurile operaționale de securitate specifice categoriei de sistem informatic la care are acces;
- d) În cazul achizițiilor de software specializat, echipamente sau aparatură medicală ce au în inventarele de complet sisteme informatice și aplicații software, se va informa structura informatică, acesta având obligația de a înregistra echipamentele și de a păstra o copie de siguranță a aplicațiilor software instalate;
- e) Accesul la sistemele informatice din dotarea Spitalului de către firmele autorizate ca urmare a semnării unor contracte de colaborare se va face numai în prezența cel puțin a unui specialist din structura informatică, după îndeplinirea formalităților prevăzute de legile și regulamentele în vigoare;
- f) Accesul la Internet se va face numai pe sistemele informatice special destinate acestui scop cu respectarea următoarelor reguli:
- utilizatorul trebuie să completeze o cerere tip după a cărei aprobare va primi un cont și o parolă de utilizator pe care nu le va înstrăina;
 - nu este permisă transmiterea pe Internet de informații confidențiale;
 - Internetul se va accesa numai în scopurile aprobate (ex.: consultarea de site-uri cu caracter științific, colaborări pe diverse proiecte de cercetare, update-uri, licitație electronică, alte forme de colaborare electronică cu diverse instituții, organisme și organizații interne și internaționale ce fac obiectul, documentare, educație, instruire..)
- g) Orice eveniment de compromitere a informațiilor confidențiale/cu caracter personal impune informarea managerului;
- h) Instruirea personalului pentru utilizarea și exploatarea sistemele informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică se va face conform Planului specific anual aprobat.
- i) Periodic, șefii nemijlociți au obligația verificării modului în care personalul subordonat respectă legislația în vigoare privind aplicarea asigurarea confidențialității informațiilor și respectarea măsurilor stabilite privin protecția lor.
- j) Administratorul de sistem/ rețea răspunde de instalarea corectă, întreținerea și modificarea setărilor componentelor hardware;
- k) Este interzisă conectarea la sistemele informatice ale spitalului a altor sisteme informatice, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată, echipamentelor periferice sau componentelor hardware proprietate privată
- l) Lucrările de mentenanță a sistemelor informatice sunt efectuate numai de către administratorul de sistem/ rețea sau de către alt personalul autorizat, numai după ce s-au luat toate măsurile pentru asigurarea securității informațiilor conținute de mediile de stocare.
- m) Instalarea de software se efectuează numai de către administratorul de rețea. În cazul constatării nefuncționării sau funcționării anormale a sistemului de operare sau a unor aplicații software, utilizatorii sunt obligați să nu intervină din proprie inițiativă pentru

remediere și să informeze imediat administratorilor de sistem/ rețea, care vor întreprinde măsurile ce se impun în funcție de situație;

- n) Toate informațiile de interes public, care implică instituția, indiferent de forma acestora, înainte de aprobare, pentru a putea fi scoase în spațiul public sau transmise prin mijloace de comunicații neprotejate, necesită avizarea prealabilă și obligatorie de către manager.

Art.4. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului sunt următorii:

- a) Numărul de reclamații/sesizări privind pierderea disponibilității datelor și informațiilor gestionate în sistemul informațional al spitalului este de maxim de 2% în raport cu numărul utilizatorilor sistemelor informatice existenți cadrul spitalului, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;
- b) Numărul de reclamații/sesizări privind pierderea confidențialității datelor și informațiilor gestionate în sistemul informațional al spitalului este de maxim de 2% în raport cu numărul utilizatorilor sistemelor informatice existenți cadrul spitalului, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;
- c) Numărul de evenimente de securitate produse la nivelul instituției este de maxim de 2% în raport cu numărul utilizatorilor sistemelor informatice existenți cadrul spitalului, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;

IX.88. Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului

Art.1. Reglementarea procesului de distrugere a înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

- a) Asigurarea confidențialității informațiilor deținute/ gestionate de spital, indiferent de formă/ scop;
- b) Stabilește obligațiile personalului care gestionează informații din această categorie pentru aplicarea regulilor de protecție și manipulare a acestora;
- c) Stabilirea operațiunilor pentru scăderea din evidențe a înregistrărilor / documentelor arhivate, după distrugere;
- d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - Pierderea disponibilității și confidențialității datelor și informațiilor gestionate în arhiva curentă a spitalului;
 - Distrugerea accidentală a documentelor.

Art.2. (1) Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului se face cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare.

(2) Distrugerea înregistrărilor/ documentelor arhivate la nivelul spitalului, componentă a procesului de selecționare, presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Selecționarea documentelor se realizează anual de către comisiile de selecționare și constă în studierea fiecărei unități arhivistice și a fiecărui document existent în arhivă pentru a se aprecia importanța lor istorică, documentară sau practică. Funcție de importanța lor, stabilită de comisiile de selecționare, documentele valoroase vor fi pastrate permanent sau un timp îndelungat, iar cele lipsite de valoare vor fi eliminate, în vederea predării la macerat. Se supun acțiunii de selecționare documentele lipsite de valoare, cele cu termene de păstrare temporare, numai după expirarea termenelor în care ele au fost încadrate.
- b) Termenul de păstrare al unei unități arhivistice se măsoară în ani calendaristici și se calculează de la 1 ianuarie a anului următor celui în care a fost încheiată, până la 31 decembrie a anului anterior celui în care se efectuează selecționarea acesteia;
- c) Anual, pentru selecționarea unităților arhivistice, managerul numește o comisie formată din 3 persoane avizate să aibă acces la informațiile care fac obiectul selecției;

- d) Competența comisiei constă în selecționarea unităților arhivistice cu termen de păstrare temporar, cu termenul de păstrare expirat pe care le propune pentru scoaterea/ eliminarea din arhivă prin înscrierea în procesul verbal de selecționare;
- e) Unitățile arhivistice propuse prin procesele-verbale de selecționare să fie eliminate vor fi păstrate în condițiile și în ordinea anterioară selecționării, până la primirea lucrărilor de selecționare avizate și aprobate;
- f) Documentele cu valoare practică și termene de păstrare temporare, pe baza cărora se eliberează copii, certificate, extrase privind drepturile individuale ale cetățenilor, după expirarea termenului de păstrare, înainte de a fi distruse, pot fi înregistrate pe medii de stocare pentru a putea fi folosite în interes practic. În categoria documentelor cu valoare practică pot intra: foile de observație clinică, statele de plată, dosare de pensie, fișele de evidență ale personalului, etc.;
- g) Înregistrările / documentele arhivate se scot din evidență doar pe baza procesului verbal de selecționare sau de distrugere, aprobat și avizat;
- h) Documentele clasificate cu termenul de clasificare expirat se marchează corespunzător, în momentul selecției;
- i) Documentele clasificate selecționate, cu termenul de clasificare care nu a expirat se distrug după aceleleași reguli ca și documentele clasificate în uz;
- j) Unitățile arhivistice care au termenul de păstrare până la 5 ani exclusiv, după îndeplinirea termenului de păstrare, se distrug în unitate, de către o comisie numita prin decizie, pe bază de proces-verbal, după aceleleași reguli ca și documentele clasificate în uz;
- k) Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate, cu termen de păstrare temporar se poate face și în situația în care emitentul acestora dispune în mod expres executarea acestei operațiuni;
- l) După avizarea și aprobarea proceselor-verbale de selecționare, înregistrările/ documentele arhivate/ unitățile arhivistice stabilite pentru a fi eliminate se vor preda, potrivit ordinelor și dispozițiilor legale în vigoare privind valorificarea deșeurilor de hârtie, la macerat, doar la societățile agreate, expres înscrise în avizul selecției. Delegatul spitalului, care însoțește obligatoriu transportul documentelor la topit, va supraveghea procesul de macerare a tuturor documentelor, până la stadiul când din ele nu se mai pot deduce nici un fel de date.
- m) Mențiunile despre predarea unităților arhivistice la topit se vor face pe versoul proceselor-verbale de selecționare, astfel: "*Astăzi au fost predate, pentru macerat, toate documentele înscrise în prezentul proces verbal. În acest scop s-a emis actul de cântar nr. din ...:... pentru cantitatea dekilograme.*"
- n) Procesele-verbale de selecționare și/sau distrugere aprobate și avizate se păstrează împreună cu inventarul fondului arhivistic și vor avea termenul de păstrare permanent, constituind actele legale de justificarea lipsei unor unitati arhivistice înscrise în inventarul fondului de arhivă.
- o) Toate cazurile de pierdere, distrugere nelegală/ accidentală sau sustragere a documentelor arhivistice se vor raporta imediat după constatare, ierarhic.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului distrugere a înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului sunt următorii:

- a) Numărul de cazuri de pierdere a documentelor arhivistice raportate anual este direct proportional cu numarul acestor cazuri în care au fost luate măsuri adecvate, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;
- b) Numărul de cazuri de distrugere nelegală/ accidentală a documentelor arhivistice raportate anual, este direct proportional cu numarul acestor cazuri în care au fost luate măsuri adecvate, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;
- c) Numărul de cazuri de sustragere a documentelor arhivistice raportate anual este direct proportional cu numarul acestor cazuri în care au fost luate măsuri adecvate, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;

IX.89. Condiții de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului

Art.1. Reglementarea condițiilor de acces, prelucrare și protecție a informațiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale și personale ale pacientului are ca principale scopuri:

- a) Stabilește modalitățile de control al accesului la datele din sistemul informatic al spitalului;
- b) Reglementarea accesului la informații, prelucrarea și protecția pentru fiecare categorie profesională.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - Modificarea sau distrugerii informației;
 - Utilizarea neautorizată a informațiilor;
 - Controlul accesului la date nu asigură monitorizarea persoanelor care au acces la date, tipul datelor accesate și scopul accesului.;
 - Divulgarea neautorizată a datelor medicale și de identitate a persoanelor;
 - Pierderea confidențialității datelor;
 - Întreruperi ale procesării datelor;

Art.2. În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, condițiile generale de acces la datele/informațiile spitalului pentru utilizatorii cu drepturi administrative sunt următoarele:

- a) Utilizatorii trebuie să cunoască și să accepte toate regulamentele privind securitatea sistemelor informatice înainte de a li se permite accesul la un cont. Acest lucru se asigură în timpul instructajului la locul de muncă efectuat la angajare.
- b) Utilizatorii cu drepturi administrative sau speciale de acces nu trebuie să folosească în mod abuziv aceste drepturi și trebuie să facă investigații numai sub îndrumarea conducerii instituției. Aceste cazuri vor fi înregistrate ca evenimente.
- c) Unele conturi sunt necesare pentru audit (verificare, control) intern sau extern, pentru dezvoltare sau instalare de software sau alte operațiuni definite.
- d) Lista parolilor pentru fiecare cont cu drepturi administrative se înregistrează și se păstrează la registratura spitalului.

Art.3. În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, condițiile generale de acces la datele/informațiile spitalului pentru utilizatorii cu drepturi restricționate sunt următoarele:

- a) Accesul la datele/informațiile spitalului stocate/gestionate în sistemele informatice este permis doar dacă pentru îndeplinirea atribuțiilor funcționale este necesar acest lucru, pe baza cererii de cont acces.
- b) Utilizatorii completează o cerere de cont și un angajament înainte de a accesa sistemele informatice și sunt obligați să păstreze confidențialitatea informațiilor privind contul de acces.
- c) Cererile sunt analizate de șeful locului de muncă (responsabil direct de nivelul, categoria, volumul informațiilor și sistemul informatic la/prin care se face accesul la informațiile de care are nevoie pentru îndeplinirea atribuțiilor funcționale), avizate de structura responsabilă cu crearea conturilor de utilizator și acordarea drepturilor de acces și aprobate de managerul spitalului.
- d) Prin acorduri de confidențialitate, fișa postului și/sau alte documente toți utilizatorii acceptă prevederile regulamentelor privind securitatea sistemului informatic.
- e) Accesul la informații confidențiale/clasificate și la date/informații cu caracter personal se face cu respectarea strictă a principiului ”Necesitatea de a cunoaște”, care limitează accesul strict la informațiile necesare îndeplinirii atribuțiilor funcționale.

- f) Fiecare utilizator accesează sistemul informatic al spitalului, în baza dreptului de acces acordat, doar de pe contul personal, utilizând parola personală. Toate parolele pentru conturi trebuie să fie create și folosite în conformitate cu această procedură.
- g) Este STRICT INTERZISĂ comunicarea către altă persoană a datelor personale de acces precum și utilizarea acestora de către altă persoană. Nici o persoană nu are acces la informații, indiferent de natura lor, doar în baza funcției pe care o deține.
- h) Utilizatorii folosesc resursele informatice ale spitalului doar în scopul îndeplinirii atribuțiilor funcționale.
- i) Începând de la angajare/încadrare în cadrul spitalului, personalul semnează un angajament de confidențialitate care se păstrează la dosarul personal arhivat la RUNOS.
- j) Abaterile de la regulile privind asigurarea confidențialității, disponibilității și protecției informațiilor, atrage răspunderea disciplinară, contravențională sau penală, după caz.
- k) Utilizatorii nu au dreptul de a efectua operații de configurare (hardware, software sau de rețea). Orice funcționare necorespunzătoare a resurselor informatice este comunicată în cel mai scurt timp personalului structurii șef serviciu IT
- l) Structura informatică ține evidența tuturor sistemelor informatice, rețelelor, aplicațiilor, licențelor, conturilor și drepturilor de acces.
- m) Conturile de utilizator ale persoanelor plecate din instituție pe timp îndelungat (mai mult de 90 de zile) vor fi dezactivate (conturile nu vor mai putea fi accesate).
- n) Conturile de utilizator care nu au fost accesate timp de 30 de zile vor fi dezactivate. După încă 30 zile conturile vor fi șterse dacă nu s-a solicitat accesul la acestea.
- o) Responsabilul IT asigură ștergerea conturilor persoanelor (utilizatorilor) care nu mai lucrează în S.J.U.D.T.S. Acest lucru se realizează cât mai repede posibil în baza unei înștiințări făcute de către un angajat al structurii de resurse umane către responsabilul IT, aspect care este necesar să fie confirmat în Fișa de lichidare.
- p) Parolele utilizate de către utilizatorii sistemului informatic trebuie să îndeplinească următoarele condiții:
 - o să fie schimbate de utilizator în mod regulat, o dată la 90 de zile;
 - o să aibă o lungime minimă de 9 caractere;
 - o să fie parole complexe;
 - o reutilizarea parolelor este interzisă;
 - o parolele de cont utilizator nu trebuie divulgate nimănui, nici măcar angajaților care răspund de securitatea sistemelor informatice.
- q) Dacă se suspectează că o parolă fost divulgată sau a fost descoperită aceasta trebuie schimbată imediat.
- r) În situația în care un utilizator își blochează contul introducând de trei ori la rând parola greșită, acesta va înștiința responsabilul IT pentru deblocarea contului și schimbarea parolei.
- s) Utilizatorii nu pot folosi programe de stocare a parolelor.
- t) Sistemele informatice nu trebuie lăsate nesupravegheate fără a activa un sistem de blocare a accesului la acestea; deblocarea trebuie să se facă folosind parola.
- u) **Fiecare utilizator al sistemului informatic are posibilitatea să-și gestioneze din contul său propria parolă** (pentru aplicația Hipocrate accesând tabul general și selectând opțiunea `Schimbare parola`. După deschiderea ferestrei se va introduce parola veche, parola nouă, confirmati parola și se salvează).
- v) Periodic, administratorul de rețea/SIC face copii de siguranță ale bazelor de date pe suporturi de date independente, supuși măsurilor de protecție corespunzătoare.

Art.4. Accesul și prelucrarea datelor/informațiilor în sistemele informatice pentru personalul spitalului este permis, cu respectarea strictă a algoritmului mai sus-stabilit, astfel:

- a) Personalul medical din structurile medicale:
 - o Medicii din secții, compartimente, serviciul de urgență al spitalului, laborator analize medicale, laborator radiologie și imagistică, ambulatoriu integrat., INTERNET, rețeaua internă, aplicația Hipocrate, Email-ul spitalului;

- Farmacistul șef: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Hipocrate, Email-ul spitalului;
 - Asistenții medicali/de laborator din secții, compartimente, serviciul de urgență al spitalului, laborator analize medicale, laborator radiologie și imagistică, ambulatoriu integrat: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Hipocrate, Email-ul spitalului;
 - Asistenții de farmacie: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Hipocrate, Email-ul spitalului;
 - Infirmiere, brancardieri: INTERNET.
- b) Personalul din structurile nemedicale:
- Managerul/director general: INTERNET, e-mailul S.J.U.D.T.S., rețeaua internă, aplicația Hipocrate, pagina web, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora);
 - Directorul medical: INTERNET, e-mailul Spitalului, rețeaua internă, aplicația Hipocrate;
 - Director financiar-contabil, structura financiar-contabilă: INTERNET, e-mailul Spitalului, rețeaua internă, aplicațiile Hipocrate de contabilitate-financiar, Mijloace Fixe, Achizitii, aplicații ANAF;
 - Director administrativ: INTERNET, e-mailul Spitalului, rețeaua internă, aplicația Hipocrate;
 - Personalul din structura informatică: acces la toate sistemele informatice, aplicațiile și adresele de corespondență – pentru implementarea măsurilor de protecție, administrare, mentenanță, control și cercetare a evenimentelor de securitate, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinației acestora);
 - Birou resurse umane: INTERNET, rețeaua internă, Email-ul spitalului, aplicația REVISAL, aplicația Hipocrate;
 - Birou achiziții și contractări: INTERNET, e-mailul Spitalului, rețeaua internă, aplicația Hipocrate, SEAP;
 - Serviciu statistică și evaluare medicală: INTERNET, rețeaua internă, aplicația Hipocrate, SIUI, CAPESARO, aplicații raportări statistice;
 - Serviciul managementul calității serviciilor medicale INTERNET, rețeaua internă, aplicația CAPESARO, Email-ul spitalului, aplicația Hipocrate;
 - Personalul din structurile administrative, altul decât cel mai sus-nominalizat: INTERNET, rețeaua internă.

Art.5. (1) În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, accesul fizic la toate încăperile în care sunt instalate sisteme informatice trebuie să fie documentat și monitorizat. Pe ușile de acces se vor indica persoanele care își desfășoară activitatea în fiecare încăpere.

- (2) Toate încăperile în care sunt instalate sisteme informatice trebuie să fie protejate fizic, în funcție de importanța acestora și tipul datelor prelucrate sau stocate. Dacă încăperea rămâne goală, ușa de acces trebuie asigurată împotriva accesului.
- (3) Personalul care are drepturi de acces trebuie să dețină legitimație de serviciu/ecuson și acte de identitate care să-i ateste calitatea.
- (4) Nu este permis transferul dreptului de acces indiferent de motiv.
- (5) Accesul publicului, vizitatorilor sau a persoanelor străine în cadrul instituției se va face doar pe baza declarării identității și scopului vizitei. Vizitatorii și persoanele străine trebuie să fie însoțiți în zonele cu acces restricționat.
- (6) Pentru fiecare spațiu în care sunt instalate sisteme informatice se va păstra o evidență a accesului pentru verificări de rutină în situații critice.

Art.6. (1) În vederea asigurării protecției datelor și informațiilor din sistemele informatice, accesul la rețea al tuturor utilizatorilor se realizează cu respectarea următoarelor reguli:

- (2) Utilizatorilor le este permis să utilizeze numai parametrii pentru conectarea la rețea specificați de către responsabilul IT.

- (3) Pentru fiecare sistem conectat trebuie să existe o persoană care să răspundă de acesta, numele și datele de identificare ale acesteia se vor comunica responsabilului IT.
- (4) Utilizatorii nu trebuie să extindă sau să retransmită serviciile de rețea în nici un fel (pe nici o cale). Nu este permisă instalarea de conexiuni de rețea neautorizate indiferent de motiv. Autorizarea tuturor conexiunilor se face la propunerea microstructurilor, de către responsabilul IT.
- (5) Utilizatorii care au acces la internet, nu au dreptul să descarce, să instaleze sau să ruleze programe de securitate sau de altă natură care pot dezvălui slăbiciuni în securitatea unui sistem.
- (6) Utilizatorii nu au dreptul să modifice, reconfigureze, instaleze, dezinstaleze echipamente de rețea, cabluri, prize de conexiuni.

Art.7. (1) Accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului de către spital se realizează în conformitate cu reglementările legale în vigoare, ținându-se cont de protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal de la colectarea lor până la utilizare și libera circulație a acestora. În cadrul instituției se au în vedere toate activitățile legate de accesul și utilizarea datelor pacienților.

- (2) Procedura privind colectarea datelor în S.J.U.D.T.S. se desfășoară în conformitate cu prevederile art. 7 din *Ordinul nr. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi.*
- (3) Datele colectate în serviciul de urgență al spitalului, Spital, Ambulatoriu, Radiologie, Laborator de analize medicale, Laborator anatomie patologică, Farmacie se introduc în format electronic în aplicații medicale dedicate.
- (4) Calculatoarele operatorilor/asistenților medicali ce introduc datele pacienților sunt parolate și nu are nimeni acces la acestea, fiind securizate după încetarea programului, deasemenea accesul în aplicațiile informatice se face pe baza de utilizator și parolă.

Art.8. (1) Completarea bazei de date și actualizarea acesteia este necesară în vederea acumulării progresive și constante a datelor despre pacienți, importante pentru realizarea situațiilor în vederea decontării serviciilor medicale oferite.

- (2) Baza de date este securizată (parola de utilizare) și utilizată la nivelul tuturor serviciilor medicale.
- (3) Datele necodificate, cu caracter confidențial, specifice pacientului (numele și prenumele), nu vor fi transmise în raportările statistice.
- (4) Datele codificate, cu caracter confidențial, specifice pacientului (codul numeric personal), vor fi transmise în forma criptată, utilizându-se mecanismul de criptare folosit în sistemul informatic unic integrat pentru generarea CID-lui.

Art.9. (1) Informarea pacienților referitor la prelucrarea datelor cu caracter personal se realizează cu respectarea următoarelor reguli:

- (2) Datele cu caracter personal destinate a face obiectul prelucrării sunt prelucrate cu bună credință și în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare.
- (3) Prelucrările de date cu caracter personal se efectuează după informarea pacientului și obținerea consimțământului în mod expres și neechivoc pentru acea prelucrare.
- (4) Pacienții sunt informați în formularul de consimțământ adoptat de spital, cu privire la:
 - a) Identitatea operatorului și a reprezentantului acestuia, dacă este cazul;
 - b) Scopul în care se face prelucrarea datelor;
 - c) Informații suplimentare, precum: destinatarii sau categoriile de destinatari ai datelor; dacă furnizarea tuturor datelor cerute este obligatorie și consecințele refuzului de a le furniza; existența drepturilor de acces, de intervenție asupra datelor și de opoziție, precum și condițiile în care pot fi exercitate;
 - d) Orice alte informații a căror furnizare este impusă prin dispoziție a autorității de supraveghere, ținând seama de specificul prelucrării.

Art.10. (1) În conformitate cu prevederile art. 24 din *Legea nr. 46/2003 drepturile pacientului* și ale art. 9 din *O.M.S. nr. 386/2004 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*, pacientul are acces la datele medicale personale, spitalele având obligația de a asigura pacienților accesul neîngrădit la aceste date.

- (2) Sistemul dosarului electronic de sănătate (DES) al pacientului este un serviciu public furnizat de CNAS, pentru toți pacienții care, potrivit prevederilor titlului VIII din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, sunt asigurați ai sistemului de asigurări sociale de sănătate și pentru toți furnizorii de servicii medicale pe toate tipurile de asistență medicală, indiferent dacă se află sau nu în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate. **Acest serviciu urmează să fie utilizat gradual de la data implementării în sistemul DES a funcționalităților specifice fiecărui tip de asistență medicală.**
- (3) Prelucrarea datelor cu caracter personal în cadrul DES, ca parte componentă a Platformei informatice din asigurările de sănătate, se realizează cu respectarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor), precum și a celorlalte prevederi legale în vigoare privind prelucrarea datelor cu caracter personal.
- (4) În cazul pacienților pentru care se constituie DES, datele și informațiile sunt structurate în module, respectiv: modulul «Sumar de urgență», modulul «Istoric medical», modulul «Antecedente declarate de pacient», modulul «Documente medicale» și modulul «Date personale», structurate pe module potrivit prevederilor art. 3466 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.
- (5) După implementarea în sistemul DES a funcționalităților specifice fiecărui tip de asistență medicală, datele și informațiile din DES prevăzute la alin. Precedent vor fi accesibile medicilor numai cu consimțământul pacienților, cu excepția datelor și informațiilor din modulul «Sumar de urgență», care vor fi accesibile medicilor care își desfășoară activitatea în structurile de urgență și medicilor care își desfășoară activitatea în asistența medicală primară, numai în vederea realizării actului medical, fără a fi necesar consimțământul pacientului.
- (6) Accesul medicilor la datele și informațiile prevăzute la alin. (4) se va realiza în baza unui certificat calificat eliberat de un furnizor de servicii de certificare acreditat, certificat înregistrat la casa de asigurări de sănătate în raza administrativ-teritorială în care aceștia își desfășoară activitatea.
- (7) După implementarea în sistemul DES a funcționalităților specifice fiecărui tip de asistență medicală accesul pacienților sau al reprezentanților legali ai acestora la datele și informațiile din DES se va realiza cu respectarea prevederilor art. 8 din Regulamentul general privind protecția datelor, prin intermediul:
- matricei de securitate și al parolei de acces;
 - cardului național de asigurări sociale de sănătate cu codul PIN asociat acestuia și al parolei de acces.
- (8) Matricea de securitate se va elibera la solicitarea pacienților în baza actului de identitate al acestora, de către medicii care dețin un certificat calificat.
- (9) Parola de acces este personalizată de fiecare pacient, este strict confidențială, fiind un element de securitate cunoscut numai de pacient, și se va utiliza în cadrul DES atât pentru cardul național de asigurări de sănătate, cât și pentru matricea de securitate.
- (10) În activitățile de utilizare a DES al pacienților, medicii vor aplica principiile și normele metodologice de deontologie și etică medicală stabilite de codul de deontologie medicală potrivit prevederilor legale în vigoare, inclusiv cu respectarea reglementărilor legale privind protecția datelor cu caracter personal.
- (11) Pacienții au responsabilitatea păstrării și utilizării în condiții de siguranță a elementelor de securitate pentru accesul la DES, respectiv parola de acces, cardul național de asigurări sociale de sănătate, codul PIN asociat acestuia și matricea de securitate.
- (12) Medicii au responsabilitatea păstrării și utilizării în condiții de siguranță a elementelor de securitate, respectiv certificatul calificat eliberat de un furnizor de servicii de certificare acreditat și codul PIN asociat acestui certificat.
- (13) Datele din dosarul electronic de sănătate al pacientului se păstrează pe întreaga durată de viață a pacientului, iar după decesul acestuia, datele din DES se arhivează potrivit legii,

urmând a fi pseudonimizate și prelucrate exclusiv în scopuri de cercetare științifică ori în scopuri statistice, cu excepția cazurilor în care există dispoziții legale contrare.

- (14) Conform prevederilor *Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)* și ale Legii nr. 506/2004 privind prelucrarea datelor cu caracter personal, spitalul are obligația de a administra în condiții de siguranță și numai pentru scopurile specificate, datele personale ale pacienților.
- (15) Datele colectate cu scopul asigurării protecției sociale prin servicii de sănătate sunt necesare pentru a acorda aceste servicii. Pacienții sunt obligați să furnizeze datele, refuzul de a furniza aceste date determină imposibilitatea acordării acestor servicii.
- (16) Informațiile înregistrate sunt destinate utilizării de către operatorul spitalului și nu sunt comunicate altor destinatari.
- (17) Conform prevederilor *Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor)*, pacienții beneficiază de dreptul de acces, de intervenție asupra datelor, dreptul de a nu fi supus unei decizii individuale și dreptul de a se adresa justiției.
- (18) Orice persoană are dreptul de a se opune, pentru motive legitime, la prelucrarea datelor ce o privesc. Acest drept de opoziție poate fi exclus pentru anumite prelucrări prevăzute de lege (de ex.: prelucrări efectuate de serviciile financiare și fiscale, de poliție, justiție, securitate socială). Prin urmare, această mențiune nu poate figura dacă prelucrarea are un caracter obligatoriu; orice persoană are, de asemenea, dreptul de a se opune, în mod gratuit și fără nici o justificare, la prelucrările datelor sale personale în scopuri de marketing direct.
- (19) Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia.
- (20) Informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit 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.
- (21) Orice amestec în viața privată, familială a pacientului este interzis, cu excepția cazurilor în care această imixtiune influențează pozitiv diagnosticul, tratamentul ori îngrijirile acordate și numai cu consimțământul pacientului.
- (22) Sunt considerate excepții cazurile în care pacientul reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică.
- (23) Prevederile prezentului articol se completează cu prevederile ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS care va preciza datele, informațiile și procedurile operaționale necesare utilizării și funcționării DES, în aplicarea prevederilor Titlului IX¹ „Dosarul electronic de sănătate al pacientului” din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare*.

Art.11. (1) La nivelul spitalului următorul set de date/informații se transmit cu prioritate către utilizatori, în domeniile de interes ale acestora, după cum urmează:

- Actele normative incidente diferitelor domenii de activitate, precum și dispozițiile și reglementările nou intrate în vigoare a căror termen de intrare în vigoare este unul scurt/imediat și care presupun demararea unor procese/activități de punere în aplicare imediată;
- Date și informații scrise, transmise prin email, fax, SMEC (sistem de mesagerie electronică criptată) care necesită derularea de activități într-un interval scurt de timp sau în a căror conținut se specifică mențiunea unui grad de prioritate urgent.
- Deciziile managerului spitalului;
- Procedurile documentate aplicabile fiecărui sector de activitate;
- Protocoalele medicale aplicabile structurilor medicale;

- Orice modificări/completări/abrogări/revizuiți ale reglementărilor interne aplicabile în S.J.U.D.T.S. (Regulament de organizare și funcționare, Regulament intern, fișe de post, planificări activități etc.);
 - ”Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării continue” (SMDPC);
 - ”Setul minim de date la nivel de pacient, aferent spitalizării de zi” (SMDPZ);
 - Rezultatele cu valori critice ale investigațiilor paraclinice;
 - Semnale de alertare inițiate în diferite situații de urgență precum și date/informații transmise de persoanele abilitate, care fac referire la respectivele situații;
 - Stocul de sânge din U.T.S.;
 - Stocul tampon de materiale/medicamente;
 - Raportarea cazurilor COVID;
 - Paturile libere din fiecare secție.
- (2) Potrivit prevederilor O.M.S. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, datele care alcătuiesc SMDPC sunt cele prevăzute în Anexa nr. 6 la respectivul ordin.
- (3) Potrivit prevederilor O.M.S. 1782/2006 privind înregistrarea și raportarea statistică a pacienților care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă și spitalizare de zi, datele care alcătuiesc SMDPZ sunt cele prevăzute în Anexa nr. 7 la respectivul ordin.
- (4) Datele/informațiile menționate la alin. (2) și (3) se culeg în format electronic, cu completarea corectă a tuturor câmpurilor mai sus amintite, obligatorii din FOCG/F.S.Z., acest aspect fiind vital pentru procesul ulterior de clasificare a pacienților, pentru cel de analiză a datelor clinice și de finanțare. Conform reglementărilor legale medicul curant este cel responsabil pentru completarea diagnosticelor și procedurilor în F.O.C.G. Spitalele au obligația să colecteze SMDPC/ SMDPZ și răspund de corectitudinea, gestionarea și confidențialitatea datelor. În momentul transmiterii datelor, acestea sunt obligate să creeze (să cifreze) datele confidențiale ale pacientului (nume, prenume, cod numeric personal), precum și codul de parafă al medicului.

Art.12. Accesul diferitelor categorii de personal din cadrul S.J.U.D.T.S. în aplicația SII HIPOCRATE a sistemului informatic, se realizează pe nivele de acces, astfel:

(1) Medici

- Operare Fisa pacient:

a) Operare Fisa Internare:

- Diagnostiche (internare, 72 ore, secundare);
- Transferuri;
- Condica prescripții medicale, semnare electronica condica prescripții;
- Cereri analize laborator;
- Protocol operator;
- Epicriza (de etapa);
- Transmitere informații în DES.

b) Operare Fisa Externare:

- Diagnostic DRG externare;
- Diagnostiche DRG secundare;
- Diagnostic ICD10;
- Epicriza / recomandari;
- Stare externare / Complicații acute;
- Reteta electronica;
- Concediu medical;
- Bilet externare;
- Scrisoare medicala;
- Bilet trimitere;
- Stare externare / Tip externare;
- Decont pacient (standard/ analitic);
- Semnare și prevalidare servicii cu cardul de sănătate al pacientului;

- Transmitere informatii in DES.
- Utilizare modul Ambulator

(2) Asistenti

- Operare Fisa pacient:
 - a) Operare Fisa Internare:
 - Transferuri;
 - Condica prescriptii medicale / Scadere medicamente si materiale sanitare din aparate de urgenta;
 - Retur medicatie (asistent sef);
 - Foaia zilnica de miscare (asistent sef);
 - Cerere incarcare aparate urgenta medicamente si materiale sanitare (asistent sef);
 - Cereri analize laborator;
 - Rezultate analize laborator;
 - Regimuri de masa;
 - Proceduri medicale;
 - Completare dosar de ingrijiri.

Utilizare modul Ambulator

(3) Registratori

- Operare Fisa pacient:
 - Date pasaportale / card sanatate pacient;
 - Campuri speciale (alergii, grup sangvin, RH, etc).
- Operare Fisa Presentare:
 - Informatii asigurare;
 - Informatii venire;
 - Date trimitere pacient;
 - Generare consult / internare de zi / internare continua;
 - Tiparire bratară pacient;
 - Tiparire Fisa examinare / FSZ / FOCG;
 - Semnare si prevalidare servicii cu cardul de sanatate al pacientului.

(4) Farmacie

- Introducere facturi;
- Gestiune stocuri;
- Realizare necesar medicamente;
- Distributie medicamente (aprobare condici prescriptii medicale, condici incarcare aparate urgenta);
- Transferuri intre gestiuni;
- Elaborari medicamente;
- Deserializare SNVM;
- Transmitere stocuri SERS.

(5) Statistica

- Generarea fisierelor de raportare pentru serviciilor medicale:
 - DRG National pentru SPZ, SPC;
 - SIUI pentru SPZ, SPC, Cronici;
 - Export Concedii Medicale.
- Verificare Concedii Medicale;
- Verificari FSZ, FOCG;
- Verificari prevalidari si semnaturi;
- Corectare informatii eronate introduse in FSZ, FOCG;
- Raportari Ambulatoriu de specialitate.

(6) Bloc alimentar

- Introducere facturi
- Gestionare stocuri alimente
- Realizare necesar alimente
- Meniul zilei
- Lista zilnica de alimente
- Configurare meniuri
- Configurare regimuri alimentare

(7) Magazie

- Introducere facturi
- Gestiune stocuri
- Realizare necesar aprovizionare
- Distributie consumabile si materiale sanitare
- Transferuri intre gestiuni
- Aprobare condici incarcare aparate urgenta (materiale sanitare si consumabile)

(8) Contabilitate

- Furnizori;
- Clienti;
- Obiecte de inventar;
- Stocuri;
- Mijloace Fixe;
- Plati/ Incasari;
- Contabilitate;
- Nomenclatoare Financiare;
- Rapoarte;
- Bugete;
- Importuri;
- Monitorizare;
- Contracte.

(9) Salarizare / RUNOS

- Angajati;
- Salarii;
- Diverse;
- Rapoarte;
- Exporturi;
- Concedii de odihna;
- Retineri;
- Foaie colectiva de prezenta / Grafic lunar de prezenta;
- Stat salarii / Fluturasi salarii;
- Declaratii (D112, M500);
- Generare fisiere banci.

(10) Alte tipuri de operatori (laborator, imagistica / radiologie, etc.)

- Introducere solicitari laborator (chitanta / contract CNAS);
- Cautare solictari paraclinice;
- Aduagare investigatii manual;
- Validare rezultate;
- Generare liste de lucru zilnice;
- Devalidare rezultate;
- Verificare comunicatoare laborator;
- Semnare / prevalidare;
- Tiparire si aplicare coduri de bare;
- Generare rapoarte probe intrate / probe lucrate / probe validate;

- Generare rapoarte;
- Utilizare modul Registratura –Management Documente;
- Utilizare modul Programari.

Art.13. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- a) Numărul de sesizări adresate conducerii spitalului privind restricționarea accesului în sistemul informatic al spitalului care a avut ca urmare imposibilitatea executării unor atribuții funcționale este de maxim 2% în raport cu numărul utilizatorilor sistemelor informatice existenți cadrul spitalului, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;
- b) Numărul de incidente de securitate săvârșite în ultimul an calendaristic încheiat, care au avut ca urmare divulgarea neautorizată a datelor este de maxim 1% în raport cu numărul utilizatorilor sistemelor informatice existenți cadrul spitalului, pe parcursul ultimului an calendaristic încheiat;
- c) Numărul de conturi de utilizator existente în sistemul informatic este direct proporțional cu numărul de parole utilizat la un moment dat, pe întreg parcursul ultimului an calendaristic încheiat;
- d) Numărul de sesizări adresate conducerii spitalului în ultimul an calendaristic încheiat, privind accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului de către spital, este de maxim 1% în raport cu numărul personalului încadrat în cadrul spitalului;
- e) Numărul de sesizări adresate conducerii spitalului în ultimul an calendaristic încheiat, privind transmiterea cu întârziere a setului de date/informații stabilite a se transmite cu prioritate către utilizatori, este de maxim 1% în raport cu numărul personalului încadrat în cadrul spitalului;

IX.90. Consultarea unităților arhivistice. Eliberarea adevărilor și duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale solicitate de către pacienți / aparținători / împuterniciți sau alte persoane, îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii

Art.1. Reglementarea procesului de consultare a unităților arhivistice și de eliberare a adevărilor sau duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale solicitate de către pacienți / aparținători / împuterniciți sau alte persoane, îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii are ca principale scopuri:

- a) Stabilirea modului în care se consultă documentele din fondul arhivistic al spitalului, cum se pot elibera adevărate/copii/duplicate (prin procedee xerox, fotocopiere, scanare) ale documentelor, pentru personalul propriu, personalul care face parte din comisiile de control și persoanele/structurile din afara spitalului;
- b) Stabilirea modului de eliberare a copiilor/ duplicatelor informațiilor medicale
- c) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - pierderea confidențialității datelor pacientului;
 - utilizarea datelor de către terți;
 - compromiterea informațiilor;
 - multiplicarea într-un număr mai mare de exemplare;
 - diseminarea neautorizată.

Art.2. Consultarea unităților arhivistice și eliberarea duplicatelor documentelor se realizează cu respectarea următoarelor reguli și responsabilități generale, prevăzute de legislația în vigoare:

- a) La intrarea sau la ieșirea în/din zonele administrative, inopinat sau pe baza planificării, se execută controlul bagajelor, care constă în verificarea coaletelor, genților și altor suporturi, în vederea împiedicării scoaterii neautorizate a informațiilor clasificate, precum și a introducerii unor obiecte interzise.

- b) În locurile în care se află informații clasificate, este interzis accesul cu aparate care au posibilități tehnice de fotografiere/filmare, de înregistrare audio-video, de copiat sau de comunicare la distanță.
- c) În spital este permisă folosirea aparatelor cu posibilități tehnice de fotografiere/filmare, de înregistrare audio-video, de copiat sau de comunicare la distanță, numai cu aprobarea managerului.
- d) Documentele clasificate secrete de stat și de serviciu, se studiază în condițiile legislației în vigoare privind accesul la informațiile clasificate.
- e) Fondurile arhivistice, existente asupra spitalului, pot fi folosite pentru cercetare științifică, rezolvarea unor lucrări administrative sau de documentare, activități cultural-educative, eliberarea de certificate, adeverințe, extrase sau copii/duplicate.
- f) În principiu, documentele create de spital pot fi studiate, de către cetățeni români sau străini, după trecerea a 30 de ani de la crearea lor.
- g) Aprobarea studierii documentelor, precum și eliberarea unor copii/duplicate de pe acestea, este de competența șefilor unităților deținătoare de arhive numai cu aprobarea Managerului.
- h) În cazul documentelor secrete de serviciu, care nu au îndeplinit termenul de 30 de ani de la creare, pe copii/duplicate (extrase) se va scrie sub „exemplarul nr.” cuvântul „COPIE/DUPLICAT (EXTRAS)”, iar sub acesta, într-o paranteză, numărul și categoria de secret a documentelor din care provin. Categoria atribuită copiilor/duplicatelor (extraselor) va fi în concordanță cu valoarea la zi a datelor respective, potrivit reglementărilor privind protecția informațiilor clasificate în vigoare.
- i) În situații temeinic justificate, la solicitarea organelor de cercetare administrativă și/sau penală, pot fi extrase documente originale din interiorul dosarelor sau mapelor pentru a fi puse la dispoziția acestora.
- j) Persoanele din cadrul spitalului sau din afara acestuia, cu atribuții de control gestionar de fond, control tematic, verificări economico-financiare, cercetări administrative ori juridice, pot cerceta documentele direct de la creatori sau deținători, în baza delegației permanente, cu autorizație avizată și aprobată în condițiile legii.
- k) Nerespectarea de către solicitanți, a regulilor stabilite pentru cercetarea documentelor, atrage încetarea dreptului de a mai studia, iar degradarea documentelor, voită sau din neglijență, precum și sustragerea de documente se sancționează, după caz, disciplinar, contravențional sau penal.
- l) În principiu, scoaterea unităților arhivistice dintr-o arhivă, pentru a fi studiate în alt loc, este interzisă.
- m) Spitalul, prin șefii de domenii, are obligația ca, pe baza documentelor existente curente și în arhivele pe care le dețin, să elibereze, la cerere, cetățenilor români ori străini, certificate, adeverințe și copii/duplicate, chiar dacă nu au trecut 30 de ani de la crearea lor, în cazul când documentele se referă la situații și drepturi privind pe solicitant, cum sunt: vechimea în muncă, stagiul militar, concentrări, mobilizări, serviciul militar activ, decorări, spitalizări, informații medicale, etc.
- n) Pacientul are acces neîngrădit la datele medicale personale, în condițiile legii. Accesul pacientului la datele medicale poate fi direct sau indirect – prin aparținătorii legali sau prin intermediul medicilor nominalizați de acesta. (Legea 46/2003 actualizată)
- o) Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale, chiar și după decesul acestuia. Aceste informații pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul în mod explicit sau dacă legea o cere în mod expres. În cazul în care informațiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratarea pacientului, acordarea consimțământului nu mai este obligatorie. (Legea 46/2003 actualizată)
- p) Pacienții, aparținătorii și vizitatorii au acces neîngrădit la depunerea sugestiilor, cererilor, reclamațiilor/ petițiilor și sesizărilor în legătură cu Spitalul, la registratură sau în cutiile special instalate în acest scop. Acestea sunt ridicate zilnic și prezentate factorilor decizionali. (Legea 46/2003 actualizată)

Art.3. Consultarea unităților arhivistice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Solicitantul se prezintă la gestionarul fondului arhivistic, conform programului de lucru aprobat de manager, și precizează unitatea arhivistică (dosar, mapă, registru...), specificând numărul, volumul, denumirea, structurii care la creat, pe care dorește să o consulte sau pe care comisia de control o solicită pentru cercetare și semnează în registrul special destinat (menționând inclusiv baza legală a executării controlului).
- b) Înainte de punerea la dispoziție a unităților arhivistice gestionarul fondului arhivistic verifică (în tabelul cu personalul care deține autorizații de acces la informații clasificate sau în documentele specifice ale personalului din cadrul comisiei de control) dacă nivelul de clasificare al documentelor solicitate corespunde sau este mai mic decât cel al autorizațiilor de acces la informații clasificate ale solicitantului și ale personalului comisiei de control (după caz).
- c) Gestionarul fondului arhivistic pune la dispoziție solicitantului, pe bază de semnătură (dată în Registrul pentru evidența consultării fondului arhivistic), unitățile arhivistice solicitate.
- d) Solicitantul sau personalul comisiei de control, sub supravegherea reprezentantului desemnat al spitalului consultă (conform solicitării/pe perioada controlului) documentele doar în spațiile special destinate.
- e) Solicitantul returnează după consultare unitățile arhivistice gestionarului fondului arhivistic, operațiune consemnată sub semnătură de către gestionarul fondului arhivistic în Registrul pentru evidența consultării fondului arhivistic.
- f) Anterior de reintroducerea unităților arhivistice consultate în fondul de arhivă, gestionarul fondului arhivistic verifică existența și integritatea unității arhivistice. În cazul constatării de deficiențe va raporta imediat această situație managerului spitalului, luând ulterior măsurile dispuse de către acesta.

Art.4. Multiplicarea fizică în scopul eliberării adeverințelor sau copiilor/ duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale și/sau întocmirea răspunsurilor solicitate de către pacienți / aparținători / împuterniciți sau alte persoane, îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii, presupune derularea următoarelor activități:

- a) Persoana care a solicitat consultarea identifică înainte de multiplicare documentul care trebuie multiplicat și se stabilește numărul de exemplare în care se multiplică.
- b) Solicitantul întocmește în vederea multiplicării documentelor o cerere de multiplicare care se aprobă de către manager și se înregistrează de către personalul din registratura spitalului.
- c) Solicitantul predă operatorului, cererea de multiplicare completată, după obținerea aprobărilor necesare.
- d) Operatorul stației de multiplicare completează Registrul pentru evidența documentelor multiplicare și execută operațiunea de multiplicare.
- e) După multiplicare, operatorul stației de multiplicare evidențiază operațiunea de multiplicare atât pe documentul original cât și pe copiile rezultate.

Art.5. Scanarea documentelor în scopul eliberării adeverințelor sau copiilor/ duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale și/sau întocmirea răspunsurilor solicitate de către pacienți / aparținători / împuterniciți sau alte persoane, îndreptățite să aibă acces la informații, potrivit legii, presupune derularea următoarelor activități:

- a) Înainte de scanare persoana care a solicitat consultarea identifică documentul care trebuie scanat și se stabilește destinația acestuia.
- b) Înainte de scanare operatorul stației de scanare completează Registrul pentru evidența documentelor scanate și se obține aprobarea pentru executarea operațiunii de multiplicare.
- c) După scanare, operatorul stației de scanare execută operațiunea de scanare și evidențiază operațiunea de scanare pe documentul original, completând în acest sens Registrul pentru evidența documentelor scanate.
- d) După scanare se diseminează informațiile scanate conform aprobărilor.

Art.6. Eliberarea de adeverințe și efectuare de copii/ duplicate presupune derularea următoarelor activități:

- a) Solicitantul întocmește cererea/solicitarea eliberării documentului necesar.
- b) Solicitantul depune cererea / solicitarea la registraturii.
- c) Responsabilul cu evidența cererilor/ rapoartelor/ petițiilor din cadrul registraturii înregistrează cererea / solicitarea în Registrul cu evidența cereri/ rapoarte/ petiții.
- d) Responsabilul cu evidența cereri/ rapoarte/ petiții prezintă cererea / solicitarea managerului pentru aprobare în ziua predării respectivei cereri pentru înregistrare.
- e) După aprobare, responsabilul cu evidența cereri/ rapoarte/ petiții predă cererea / solicitarea specialistului / lucrătorului nominalizat de către manager pentru redactarea răspunsului în termenul legal prevăzut de legislație.
- f) Specialistul / lucrătorul care are sarcina soluționării cererii prezintă răspunsul la cerere/ solicitare și adeverința eliberată și/ sau copie/duplicat a documentelor (conform solicitării) spre aprobarea managerului.
- g) Responsabilul cu evidența cereri/ rapoarte/ petiții înregistrează răspunsul și-l predă solicitantului împreună cu adeverința și/ sau copiei a documentelor (conform solicitării), în termenul legal prevăzut de legislație, consemnând acest lucru în registrul de evidență.

Art.7. Eliberarea documentelor medicale solicitate de către pacienți/apartinători/împuțerniciți se realizează în strictă concordanță cu prevederile *OMS 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*, urmărindu-se respectarea următoarelor reguli:

- a) S.J.U.D.T.S. asigură accesul neîngrădit al pacienților la datele medicale personale.
- b) Solicitarea privind comunicarea datelor medicale personale se adresează de către pacienți/apartinători/împuțerniciți, în scris, prin completarea formularului „*Solicitare privind comunicarea documentelor medicale personale*“, prevăzut în anexa nr. 3 la *OMS 1410/2016*. Respectivul formular se aprobă de către managerul spitalului.
- c) În cazul minorilor, majorilor fără discernământ și a majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu, solicitantul trebuie să facă dovada că are calitatea de apartinător/reprezentant legal.
- d) În cazul persoanelor împuțernicite care solicită documente medicale ale pacienților, acestea este necesar să anexeze „*Acordul pacientului privind comunicarea datelor medicale*” prevăzut în anexa nr. 5 la *OMS 1410/2016*.
- e) Eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate se face de către persoana nominalizată de către șeful S.E.S.M. împreună cu gestionarul fondului arhivistic, în termen de maximum 48 de ore de la înregistrarea solicitării.
- f) Eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate se face după completarea de către pacienți/apartinători/împuțerniciți a formularului „*Declaratie privind comunicarea documentelor medicale personale*“, prevăzut în anexa nr. 5 la *OMS 1410/2016*.
- g) Solicitarea consultării/ eliberării duplicatelor actelor medicale de către pacient se poate face atât pe perioada internării, cât și după externare
- h) Datele medicale ale pacienților pot fi puse și la dispoziția organelor de urmărire penală sau instanțelor judecătorești pentru efectuarea urmăririi penale ori derularea procesului juridic, la solicitarea scrisă și motivată a acestora.
- i) Tot prin excepție, în baza art. 40 din *Legea 132/2017 privind răspunderea civilă auto pentru prejudicii produse terților prin accidente de vehicule și tramvaie*, informațiile deținute cu privire la cauzele și împrejurările producerii riscurilor asigurate și la prejudiciile ori vătămările provocate, solicitate la cererea asiguratorilor RCA, a Biroului Asiguratorilor de Autovehicule din România (B.A.A.R.) și a Fondului de garantare a asiguraților, vor fi transmise în termen de 30 de zile, în vederea stabilirii și plății de către asiguratorii RCA și de către BAAR a despăgubirilor cuvenite.

Art.8. Anual, prin grija șefului structurii de informatică se realizează atât planificarea instruirilor periodice ale personalului care avizează/ eliberează documentele medicale solicitate de către pacienți/ apartinători/ împuțerniciți, cât și instruirea propriu-zisă, conform planificării aprobate.

Art.9. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de sunt următorii:

- a) Numărul de documente multiplicat eliberate este direct proporțional cu numărul de cereri de documente solicitate spre eliberare care întrunesc criteriile legale, în ultimul an calendaristic încheiat;
- b) Numărul de documente eliberate la cerere în intervalul de timp legal este direct proporțional cu numărul total de documente eliberate în ultimul an calendaristic încheiat.
- c) Numărul instruirilor periodice efectuate, în ultimul an calendaristic încheiat, ale personalului care avizează/ eliberează documentele medicale solicitate de către pacienți/ aparținători/ împuterniciți este direct proporțional sau mai mare decât numărul respectivelor instruiți planificate în același interval de timp.

IX.91. Utilizarea echipamentului individual de protecție

- Art.1.** (1) Conform prevederilor pct. 2 din anexa nr. 4 „*Precauțiunile standard*” la O.M.S. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare, măsurile standard includ utilizarea echipamentului individual de protecție (de exemplu: mănuși, halate, protectoare faciale), în funcție de expunerea anticipată. Igiena mâinilor este întotdeauna etapa finală după îndepărtarea și aruncarea echipamentului.
- (2) Echipamentul individual de protecție reprezintă bariera între personal și sursa de infecție, utilizat în timpul activităților care presupun risc de infecție.
 - (3) La nivelul spitalului lista de echipamente de protecție obligatorii, în funcție de activitățile clinice și/sau paraclinice efectuate se întocmește de către coordonatorul S.P.I.A.A.M..
 - (4) Întregul personal medico-sanitar și sanitar-auxiliar va respecta **codul de culoare al echipamentului de protecție stabilit la nivelul spitalului.**
 - (5) Utilizarea echipamentului de spital este obligatorie de către tot personalul medico-sanitar și auxiliar pe toată durata programului.
 - (6) Personalul medico-sanitar și auxiliar-sanitar și serviciul spălătorie are obligația:
 - a) să depună hainele de stradă în vestiare, la intrarea în serviciu;
 - b) să poarte echipament de protecție curat, format din: bluză, pantalon sau fustă, papuci, șosete, iar după caz: bonetă (capelină), mască facială, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mănuși de protecție termică, șorțuri etc;
 - c) să nu iasă cu echipamentul de protecție în afara spitalului;
 - d) echipamentul de protecție textil, care nu este de unică folosință, se spală și se calcă la spălătorie spitalului, nu acasă;
 - e) echipamentul de protecție textil, care nu este de unică folosință se păstrează în vestiare special amenajate, separat de hainele de stradă.
- Art.2.** Echipamentul individual de protecție (EIP) reprezintă totalitatea mijloacelor individuale de protecție cu care este dotat angajatul în timpul lucrului. Acesta poate fi reprezentat de: mănuși, halate, șorțuri, mască (chirurgicală, mască FFP2-3), protectoare faciale (ochelari, ecran protector, vizieră), bonete/capeline, încălțăminte de spital, cizme de cauciuc, combinezoane, botoși de unică folosință.
- Art.3.** (1) Mănușile constituie o barieră de protecție și previn contaminarea mâinilor la contact cu produsele biologice. Mănușile trebuie utilizate în următoarele situații:
- a) anticiparea contactului mâinilor cu sânge, lichide biologice contaminate, alte lichide biologice cu urme vizibile de sânge, țesuturi umane;
 - b) abord venos sau arterial;
 - c) contact cu pacienți care sângerează, au plăgi deschise, escare de decubit, alte leziuni cutanate;
 - d) manipularea, după utilizare a instrumentarului contaminat, în vederea curățirii, decontaminării;
 - e) manipularea deșeurilor rezultate în urma activităților medicale;
 - f) contactul cu pacienți cu boli transmisibile;

- g) contact cu suprafețele contaminate.
- (2) Mănușile pot fi:
- a) de uz unic sterile și se utilizează pentru:
 - intervenții chirurgicale;
 - examinare internă
 - intervenții care implică un contact cu regiuni ale corpului în mod normal sterile; uneori sunt necesare mănuși duble;
 - abord vascular central prin puncție;
 - b) de uz unic, nesterile, curate și se utilizează pentru:
 - examinări curente, care implică un contact cu mucoasele, dacă nu există o recomandare contrară;
 - examinări curente, care implică un contact cu tegument pacient cu soluții de continuitate/abord venos;
 - manipularea de materiale contaminate;
 - curățenie, îndepărtare de produse biologice contaminate;
 - manipulare, curățire și decontaminare instrumentar, material moale, suprafețe contaminate.
 - c) de uz general, menaj, de cauciucși se utilizează pentru:
 - activități de întreținere, care implică un contact cu sânge și alte produse biologice considerate a fi contaminate;
 - colectare de materiale contaminate, curățire și decontaminare instrumentar, material moale, suprafețe contaminate.
 - manipularea de materiale contaminate;
 - curățenie, îndepărtare de produse biologice
 - manipulare deseuri.
 - d) din materiale ce protejează mâinile de agenți fizici (căldură, radiații, suprafețe abrazive, curent electric) și se utilizează în:
 - sterilizare
 - activități cu risc de iradiere
 - manipularea rețelelor electrice
- (3) Mod de utilizare pentru mănușile de unică folosință:
- a) se schimbă după fiecare pacient;
 - b) după folosire se spală mai întâi mâinile cu mănuși, după care acestea se îndepărtează, prinzând marginea primei prin exterior aruncând-o în containerul pentru colectare și apoi prinzând-o pe cealaltă, cu mâna liberă prin interior, scoțând-o cu grijă și aruncând-o în același container;
 - c) după îndepărtarea mănușilor mâinile se spală din nou, 10-15 secunde, chiar dacă mănușile nu prezintă semne vizibile de deteriorare în timpul activității încheiate; mănușile de unică utilizare nu se reutilizează, deci nu se curăță, dezinfectează;
- (4) Mănușile de uz general – de menaj și cele pentru protecție împotriva agenților fizici, se pot decontamina și reutiliza, dacă nu prezintă semne de deteriorare (perforare, îmbătrânire cauciuc, etc.).

Art.4. Echipamentul de spital, altul decât cel din Blocul operator este constituit din halat, bluză și pantalon, bluză și fustă, rochieși este din material textil, codificat pe culori pe categorii de personal se poartă în timpul tuturor activităților din structurile medicale. Șorturile și bluzele impermeabile completează utilizarea echipamentului de spital atunci când se anticipează producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate, protejând tegumentele personalului medical din servicii de anatomie patologică precum și unele activități administrative (bucătărie, spălătorie, instalator);

Art.5. Masca de unică folosință, cu 1-2-3 straturi, protejează mucoasele bucală, nazală ale personalului medical.

Art.5. Combinizoane impermeabile de unică folosință utilizate în situații excepționale (COVID-19, Ebola, infecții cu grad ridicat de contenziozitate).

Art.6. Protectoare faciale (ochelari) protejează: tegumentele, mucoasele din zona oculară.

Art.7. Bonete/capeline simple din material textil se pot reutiliza sau sunt de unică folosință.

Art.8. Cizmele de cauciuc sunt utilizate la nevoie în spălătorie sau de muncitorii din formațiunea de cazarmare.

Art.9. Halate de unică folosință se folosesc:

- a) În blocul operator – halate chirurgicale, de unică folosință, care asigură bariera corespunzătoare între pacient și personalul medical, confortabile.
- b) Pentru uzul vizitatorilor din secțiile spitalului – din material neșesut, asigură igiena și protecția pacienților.

Art.10. (1) În funcție de tipul de activitate și de nivelul de risc specific locului de muncă, echipamentul de protecție se adaptează în funcție de expunerea anticipată, astfel:

- a) În Blocul operator:
 - personalul medico-sanitar care participă activ la actul operator: una sau două perechi de mănuși, în funcție de manevrele efectuate, de unică folosință, sterile, halate de unică folosință special destinate blocului operator, măști faciale, ochelari de protecție, bonete/capeline, papuci utilizați doar în blocul operator;
 - personalul medico-sanitar ce nu participă activ la actul operator: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate ochelari de protecție
 - personalul din anestezie: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate ochelari de protecție
 - în situația în care actul operator implică contact cu pacient suspect sau confirmat cu boală infectocontagioasă cu risc înalt (COVID-19, febre hemoragice etc) sub echipamentul steril este necesar ca personalul din echipa chirurgicală și anestezică și cel auxiliar din sala de operație să poarte echipament de protecție de nivel înalt (combinezon, mască facială FFP2-3, botoși, ochelari sau vizieră).

ATENȚIE: În zona de filtru a Blocului operator este obligatorie schimbarea ținutei de spital cu ținuta de sală, inclusiv încălțăminte!

- b) În spațiile unde se efectuează manevre invazive din cadrul Laboratorului clinic de radiologie imagistică medicală și din cabinetul de endoscopie – se recomandă echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate, ochelari de protecție;
- c) În serviciul de urgență al spitalului - se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție, ochelari de protecție.
- d) În A.T.I. - se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție, ochelari de protecție, capelină.
- e) În secțiile spitalului altele decât A.T.I. se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție, ochelari de protecție, capelină.
- f) În zona de acces din ATI este asigurat spațiu (zona de filtru) și echipament de protecție a vizitatorilor, inclusiv pentru personalul medical din alte secții după cum urmează: halat și botoșei de unică folosință.
- g) În situația în care actul medical (la patul pacientului în secțiile și compartimentele spitalului, explorări funcționale, servicii de urgență etc) implică contact cu pacient suspect sau confirmat cu boală infectocontagioasă cu risc înalt (COVID-19, febre hemoragice etc) este necesar ca personalul medico-sanitar și auxiliar să poarte echipament de protecție de nivel înalt (combinezon, mască facială FFP2-3, botoși, ochelari sau vizieră).
- h) Accesul în infrastructura dedicată pentru izolarea pacienților de la nivelul fiecărei secții se face utilizând halate de unică folosință, mănuși de unică folosință, mască facială de unică folosință, capelină de unică folosință. Tot echipamentul de protecție se aruncă la părăsirea zonei de izolator și constituie deșeu contaminat.
- i) În U.T.S. se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință.

- j) În ambulatoriul integrat se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție.
- k) Personalul supus radiațiilor și personalul care manevrează produse radioactive utilizează următoarele categorii de echipament de protecție la radiații suplimentar echipamentului individual de protecție specific locului de muncă (echipament de spital): șorț de cauciuc cu plumb, guler cu plumb, mănuși de cauciuc cu plumb, dispozitiv de protecție gonade masculine, inclusiv dozimetre. Echipamentul individual de protecție se acordă gratuit, atât angajaților proprii, cât și tuturor categoriilor de persoane care au acces în zona controlată în care se desfășoară activități nucleare (personal de inspecție și control, personal în stagii de practică, personale care ajută voluntar pacientul, aparținători). Echipamentul individual de protecție la radiații trebuie să aibă autorizație de securitate radiologică pentru produs, conform Legii nr. 111/1996, republicată, cu modificările și completările ulterioare.
- l) Personalul din serviciul de sterilizare utilizează următoarele categorii de echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mănuși de protecție termică, mască facială textilă, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate.
- m) Personalul medico-sanitar din secții care pregătește instrumentar pentru sterilizat utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mască facială, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate.
- n) Personalul din laboratorul de analize medicale utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască facială, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate.
- o) Personalul din laboratorul de biologie moleculară utilizează echipament de protecție de nivel înalt (combinezon, mască facială FFP2-3, botoși, ochelari sau vizieră).
- p) Personalul din serviciul de anatomie patologică utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mască facială, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate
- q) Personalul din compartimentul de prosectură utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, mănuși de unică folosință, mănuși de menaj, mască facială, eventual ochelari în funcție de activitatea efectuată și care poate duce la producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate. Dacă activitatea implică contact cu un decedat suspect sau confirmat cu boală infectocontagioasă cu risc înalt (COVID-19, febre hemoragice etc) este necesar ca personalul medico-sanitar și auxiliar să poarte echipament de protecție de nivel înalt (combinezon, mască facială FFP2-3, botoși, ochelari sau vizieră).
- r) Vizitatorii din secții, altele decât ATI, trebuie să poarte halatul de unică folosință pus la dispoziție de spital, la intrarea în secție.
- s) Personalul care realizează trierea, colectarea și depozitarea deșeurilor și a subsanțelor toxice utilizează următoarele echipamente de protecție: mănuși de uz general - menaj, din cauciuc gros rezistent la acțiune mecanică și uzură chimică, mască, și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate se vor purta ochelari de protecție.
- t) Personalul care face curățenie și dezinfecție în mediul de spital trebuie să poarte echipament de protecție format din: echipamentul de spital, mască, mănuși de unică folosință și/sau de menaj, iar la nevoie capelină ochelari de protecție/vizieră dacă activitatea implică formare de stropi sau jeturi de lichide.
- u) Personalul care face curățenie și dezinfecție în laboratorul de biologie moleculară trebuie să poarte echipament de protecție format din: echipament de spital, halat de unică

folosință din material neșesut, mănuși de unică folosință, mască de unică folosință simplă, capelină. Este important ca personalul să-și expună cât mai puțin tegumentele și părul în vederea evitării contaminării mediului cu propriile celule sau substanțe organice de la nivelul acestora.

- v) Persoanele care manipulează lenjeria în spălătoria spitalului sunt obligate:
- să utilizeze echipamentul de protecție (mănuși rezistente la acțiuni mecanice (mănuși de uz general, de menaj), ochelari de protecție, măști);
 - personalul care lucrează în zona murdară trebuie să poarte echipament de spital de culoare bleumarin marcat distinct cu câte o bandă de culoare galbenă pe mânecă și care se schimbă zilnic;
 - personalul care lucrează în zona curată trebuie să poarte echipament de spital de culoare bleumarin
 - la manipularea lenjeriei curate, personalul va respecta codurile de procedură privind igiena personală și va purta echipamentul de protecție adecvat; personalul care lucrează în zona curată trebuie să-și schimbe echipamentul cel puțin săptămânal;
 - la trecerea din zona murdară în zona curată a spălătoriei (în zona de filtru), personalul este obligat să schimbe uniforma de lucru;
 - mănușile menajere utilizate la sortare se spală la sfârșitul turei cu apă caldă și detergent și se refolosesc;
 - uniforme de lucru murdare se depozitează în saci separat de lenjeria spitalului și se spală separat.
- w) Electricianul, instalatorul și muncitorii necalificați au obligația de a purta salopetă/combinezon de protecție, încălțăminte specială sau cizme de protecție, mănuși de protecție speciale, mască de praf și ochelari de protecție. Pentru lucrul la înălțime este obligatorie purtarea căștii de protecție precum și centură de siguranță verificată în termen de valabilitate.
- x) Personalul de distribuție din depozite (lucrătorii) trebuie să folosească echipament de protecție (mănuși, sorturi etc.) atunci când manipulează substanțe potențial toxice.

IX.92. Menținerea sănătății ocupaționale a personalului din cadrul Compartimentului îngrijiri paliative

Art.1. Reglementarea privind menținerea sănătății ocupaționale a personalului din Compartimentul îngrijiri paliative are ca principale scopuri:

- a) Monitorizarea sănătății muncii personalului implicat în îngrijiri paliative;
- b) Identificarea și planificarea de activități de diminuarea riscului de instalare a sindromului epuizării profesionale (burnout) în vederea menținerii sănătății muncii personalului implicat în îngrijiri paliative.
- c) Eliminarea/tratarea următoarelor riscuri existente în Registrul de riscuri
 - o producerea de accidente de muncă
 - o afectarea stării de sănătate a personalului
 - o deficit de imagine a spitalului.

Art.2. (1) Etapele procesului privind menținerea sănătății ocupaționale a personalului din Compartimentul îngrijiri paliative presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) Întreg personalul din Compartimentul îngrijiri paliative va respecta toate normele referitoare la utilizarea echipamentului de protecție (punctul IX.91 din Regulamentul Intern) având în vedere că majoritatea pacienților internați pentru îngrijiri paliative sunt cu risc infecțios (scor Carmeli 3 din fișa de evaluare a riscurilor la internare).
- b) Personalul din Compartimentul Îngrijiri paliative este evaluat specific de către medicul de medicina muncii cu care spitalul are contract de prestări servicii, anual, în baza

- următoarelor criterii: anamneză, examen clinic, ECG, examen de laborator (analize indicate de medicul de medicina muncii), examen psihologic anual.
- c) În funcție de starea de sănătate fizică și psihică a personalului din Compartimentul îngrijiri paliative medicul de medicina muncii cu care spitalul are contract de prestări servicii face recomandările necesare referitor la psihoterapie și/sau tratament psihiatric, dietă, evitarea factorilor nocivi de mediu / alergeni, stil de viață, precum și desfășurarea de activități de diminuarea riscului de instalare a sindromului epuizării profesionale (burnout).
 - d) În raport cu recomandările medicului de medicina muncii cu care spitalul are contract de prestări servicii, se desfășoară, după caz, activitățile prevăzute în *"Planificarea activităților de diminuare a riscului de epuizare profesională (burnout) în Compartimentul îngrijiri paliative"* întocmită anual de către coordonatorul Compartimentului îngrijiri paliative și aprobată de manager.
 - e) La întocmirea *"Planificării activităților de diminuare a riscului de epuizare profesională (burnout) în Compartimentul îngrijiri paliative"* se va ține cont de gradul de menținere a sănătății ocupaționale a personalului din Compartimentul îngrijiri paliative constatată în anul precedent.
 - f) Evaluarea psihologică a personalului din îngrijiri paliative la angajare și ulterior evaluarea psihologică și/sau consilierea psihologică se desfășoară cu respectarea prevederilor punctului *"IX.24 Modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz"* din prezentul Regulament, în scopul diminuării riscului de instalare a sindromului epuizării profesionale (burnout) la această categorie de personal.
 - g) În permanență coordonatorul Compartimentului îngrijiri paliative va lua toate măsurile necesare în vederea respectării timpului de lucru și de odihnă la personalul din Compartimentul Îngrijiri paliative.
 - h) La propunerea coordonatorului Compartimentului îngrijiri paliative se vor aplica în permanență prevederile punctului *"IX.57 Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale"* din prezentul Regulament. În acest sens, la nivelul spitalului, se va avea în vedere pentru minim 50% din asistentele care au în îngrijire pacienți cu boli cronice progresive să se asigure absolvirea minim a unui curs introductiv de îngrijiri paliative, de 3 zile.
 - i) Este necesar ca spitalul prin personalul de specialitate (medic de medicina muncii, psiholog, psihiatru) să încurajeze personalul din Compartimentul Îngrijiri paliative și să practice activități recreative: sport, artă, meditație, lectură etc.
 - j) Coordonatorul Compartimentului îngrijiri paliative are obligația ca anual, de regulă în prima decadă a lunii noiembrie, să înainteze propuneri de efectuare de cursuri / instruiți după cum urmează:
 - o program de pregătire medicală continuă de paliativ de minim 4 ore per an pentru medic, asistenți medicali, asistent șef, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual
 - o curs de 36 ore (introductiv și avansat în îngrijiri paliative) pentru asistenți medicali, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual
 - o curs aprofundat de 6-8 săptămâni de îngrijiri paliative/program de specializare în îngrijiri paliative/masterat în îngrijiri paliative, pentru asistentul șef
 - o instruiți periodice ale personalului de îngrijire.
 - k) Coordonatorul Compartimentului îngrijiri paliative are obligația de a înainta propuneri anual, de regulă în prima decadă a lunii noiembrie, privind constituirea echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative compusă din: medic cu competență în paliativ, farmacist clinician, asistenți medicali, infirmiere, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual. În situația în care la nivelul spitalului nu este asigurată încadrarea tuturor categoriilor de personal din echipa pluridisciplinară coordonatorul compartimentului va propune încheierea de convenții/acorduri de colaborare cu instituții/persoane fizice în vederea completării componenței echipei.

- l) Coordonatorul Compartimentului îngrijiri paliative are obligația de a înainta conducerii spitalului propuneri care să asigure în permanență un mediu de lucru adecvat pentru personalul compartimentului, prin crearea și menținerea următoarelor condiții de muncă:
 - o Dotarea cu echipamentele și aparatura necesară, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
 - o Confort în ce privește factorii ambientali: luminozitatea, temperatura ambientală, zgomotele, aerisirea.
 - o Susținerea personalului pentru pregătirea profesională în domeniul îngrijirii paliative.
 - o Respectarea prevederilor legale privind timpul de lucru și de odihnă.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului privind menținerea sănătății ocupaționale a personalului din Îngrijiri paliative sunt următorii:

- a) Numărul de evaluări periodice în urma cărora s-a constatat afectare profesională aferentă activității din Compartimentul îngrijiri paliative, în perioada evaluată.
- b) Numărul de accidente de muncă aferente epuizării în urma activității din Compartimentul îngrijiri paliative, în perioada evaluată.
- c) Numărul de EAAAM aferente epuizării în urma activității din Compartimentul îngrijiri paliative, în perioada evaluată.
- d) Numărul de asistenți medicali din alte secții de cronici ale spitalului și care au în îngrijire pacienți cu boli cronice progresive au absolvit minim un curs introductiv de îngrijiri paliative, de minim 3 zile, în perioada evaluată.

IX.93. Reglementare privind activitatea echipei pluridisciplinare în Compartimentul Îngrijiri paliative

Art.1. Reglementarea privind activitatea echipei pluridisciplinare în Compartimentul Îngrijiri paliative are ca principale scopuri:

- a) Stabilește componența echipei pluridisciplinare care asigura abordarea holistica a pacientului internat in Compartimentul de ingrijiri paliative.
- b) Stabilește modul de activitate a echipei pluridisciplinare care asigura abordarea holistica a pacientului internat in Compartimentul de ingrijiri paliative.
- c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - Agravarea stării de sănătate a pacienților ce necesită îngrijiri paliative
 - Deficit de imagine în mass-media a spitalului.

Art.2. (1) Componența echipei pluridisciplinare este formată obligatoriu din: medic cu atestat/competență în îngrijiri paliative, asistent medical, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual. Toti membri obligatorii echipei pluridisciplinare au cunostinte necesare in abordarea pacientului cu boala cronica evolutiva dobandite in cadrul cursurilor de formare în acest domeniu.

(2) Echipa pluridisciplinară din Compartimentul Îngrijiri paliative include în funcție de necesitățile pacienților și alți membri precum: kinetoterapeut, dietetician/asistent dietetician, farmacist clinician, infirmiere, voluntari etc.

(3) Membrii echipei desfășoară activități specifice pregătirii profesionale si Fișei postului, în concordanță cu legislatia și regulamentele în vigoare.

(4) Atribuțiile echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative:

- o asigură servicii complexe de tip medical, nursing, îngrijiri de bază, asistență socială, asistență psiho-emoțională și spirituală adresate pacientului și familiei acestuia;
- o întocmește la internare și actualizează pe perioada spitalizării planul pluridisciplinar de management al pacientului;
- o evaluează săptămânal și la nevoie pacientul din punct de vedere medical, nursing;

- acordă îngrijiri de bază, asistență socială, asistență psiho-emoțională și spirituală adresate pacientului și consemnează în FOCG problemele identificate și intervențiile necesare;
 - respectă criteriile de internare a pacienților în Compartimentul Îngrijiri paliative.
- (5) Medicul coordonator Compartiment îngrijiri paliative:** examinează pacientul, completează foaia de observație clinică generală, consemnează întâlniri de comunicare și consiliere cu pacientul și aparținătorii, stabilește planul de tratament, asigură coordonarea îngrijirii, recomandă consulturi interdisciplinare la nevoie, indică examene de laborator /imagistică la nevoie, stabilește terapii conexe (asistență psihologică, socială, spirituală, kinetoterapie, etc).
- (6) Asistentul medical:** comunică empatic cu pacientul, efectuează tratamentul și asigură efectuarea intervențiilor indicate de medicul coordonator /curant, stabilește și efectuează planul de îngrijiri și activitățile necesare obiectivelor de nursing, efectuează sarcinile delegate de către medicul curant/coordonator.
- (7) Asistentul social:** desfășoară activitate de evaluare socială a pacientului și a familiei sale, la nevoie. Documentează/semnează evaluarea socială în FO și alte intervenții efectuate (foaie de evoluție și intervenții în echipă). Efectuează toate demersurile necesare pentru obținere de către pacienți a drepturilor legale, obținerea de beneficii/servicii sociale. Evaluează condițiile de locuit, status financiar, alte aspecte sociale aferente pacientului cu necesități de îngrijiri paliative.
- (8) Psihologul:** desfășoară activitate de evaluare psihoemoțională a pacientului și familiei sale, la nevoie. Documentează/semnează evaluarea în FO și intervențiile (foaie de evoluție și intervenții în echipă). Aplică chestionarul de depresie PHQ din FO, apreciază la nevoie scorul MMS și documentează în FO la rubrica din grafic ESAS. La nevoie solicită examen psihiatric.
- (9) Indrumătorul spiritual:** desfășoară activitate de evaluare spirituală a pacientului și familiei sale, la nevoie. Documentează /semnează evaluarea în FO și intervențiile efectuate (foaie de evoluție și intervenții în echipă). Evaluarea se face prin aplicarea următoarelor întrebări adresate pacientului/aparținătorului: Are credință? Ce confesiune/religie? Importanța credinței? Face parte din o comunitate spirituală/religioasă? Ce intervenții și-ar dori pacientul/familia? Ce îngrijorări are? Dorește să discute despre nevoile sale spirituale și religioase?
- (10)** Toți membrii obligatorii ai echipei pluridisciplinare fac parte și din serviciul de doliu, la care se adugă la nevoie și medicul psihiatru.
- (11) Dieteticianul/asistent dietetician:** colaborează cu medicul/asistentul medical pentru stabilirea dietei adecvate pacientului, semnează dieta recomandată din foaia de observație.
- (12)** Kinetoterapeutul la solicitarea medicului coordonator din Compartimentul îngrijiri paliative efectuează terapia conexasă prescrisă.
- (13)** Farmacistul clinician ajută medicul și asistentul medical în managementul tratamentului medicamentos, având în vedere prognosticul, nevoia controlului simptomatic. Verifică eliberarea corectă a medicației. Anunță medicul/asistentul medical asupra unor posibile discontinuități în aprovizionare cu medicamente și materiale sanitare.
- Art.3.** Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai reglementării privind activitatea echipei pluridisciplinare în Compartimentul Îngrijiri paliative sunt următorii:
- a) Numărul de reclamații înregistrate din partea pacienților/aparținătorilor aferente activității echipei pluridisciplinare în Compartimentul îngrijiri paliative în perioada evaluată.
 - b) Numărul de EAAAM aferente activității echipei pluridisciplinare în Compartimentul îngrijiri paliative în perioada evaluată.

IX.94. Reglementare privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase

Art.1. Reglementarea procesului privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase, care pot deveni arme de auto- sau heteroagresiune ca principale scopuri:

- a) Stabilirea unor reguli clare privind măsurile ce trebuie luate de personalul din secția psihiatrie astfel încât accesul pacientului în cadrul spitalului, pe perioada internării, să fie fără obiecte personale potențial periculoase care pot deveni arme de auto- sau heteroagresiune.
- b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
 - agravarea stării de sănătate a pacientului
 - alterarea siguranței fizice a personalului și a celorlalți pacienți.

Art.2. Etapele procesului privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase, care pot deveni arme de auto sau heteroagresiune presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

- a) La internare pacientului/apartinătorului i se comunică de către medicul care efectuează internarea sau de asistenta șef de tura faptul că pacientului îi este interzis accesul în cadrul spitalului, pe perioada internării, cu obiecte personale potențial periculoase care pot deveni arme de auto- sau heteroagresiune (lame, aparat de ras, oglinda, furculița, cana portelan/sticla, cuțit, briceag, tirbușon, sticlă, șurubelniță, obiecte din orice material care sunt de formă ascuțită/tăioasă/zimțată, brichetă, chibrituri, lichide inflamabile, sfoară, curele, eșarfe etc).
- b) Interzicerea păstrării asupra pacientului unor obiecte personale potențial periculoase este prevăzută în “REGULI ȘI OBICEIURI PE CARE TREBUIE SĂ LE RESPECTE PACIENTII ȘI VIZITATORII ÎN CADRUL SECȚIEI PSIHIATRIE CRONICE” care sunt aduse la cunoștința pacientului la internare.
- c) În vederea respectării acestei reguli pacientul, hainele și bagajul pacientului vor fi controlate, de către infirmieră, în prezența pacientului și a asistentului medical care efectuează internarea.
- d) Toate obiectele găsite asupra pacientului vor fi inventariate și se vor urma una din următoarele conduite:
 - dacă rămân depozitate la garderoba spitalului vor fi preluate pe “bon de bunuri pacient”, completat în 2 exemplare de către asistenta/infirmiera de serviciu și semnate de către aceștia. Un exemplar din bon se păstrează în foaia de observație iar celălalt exemplar se păstrează la magazie (garderobă), împreună cu obiectele bolnavului.
 - La extenare pacientul/apartinătorul va primi bunurile din magazie împreună cu un exemplar din “bon de bunuri pacient” după semnarea pe ambele exemplare (bonul din magazie și cel păstrat în FO).
- e) În zilele de miercuri, joi și sâmbătă se face controlul obligatoriu a noptierelor și a paturilor din saloane, de către infirmieri și îngrijitorii de curățenie, iar eventualele obiecte contondente găsite sunt preluate cu “bon de bunuri pacient” și depozitate la magazie dacă sunt bunuri personale sau aruncate dacă nu li se poate identifica proprietarul.

Art.3. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase sunt următorii:

- a) Numărul de evenimente adverse asociate asistenței medicale generate de aplicarea/neaplicarea reglementării privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase sunt înregistrate în perioada evaluată.
- b) Numărul de accidente de muncă generate de aplicarea/neaplicarea reglementării privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase sunt înregistrate în perioada evaluată.

CAPITOLUL X - CRITERIILE ȘI PROCEDURILE DE PROMOVARE ȘI DE EVALUARE PROFESIONALĂ A SALARIAȚILOR

- Art.1.** (1) Prin promovare se asigură evoluția în carieră a personalului contractual, prin trecerea într-un grad superior sau treaptă profesională superioară, într-o funcție de conducere sau într-o funcție pentru care este prevăzut un nivel de studii superior.
- (2) Promovarea personalului contractual din cadrul Spitalului se face cu respectarea întocmai a prevederilor *H.G. nr. 286 din 23.03.2011 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind stabilirea principiilor generale de ocupare a unui post vacant sau temporar vacant corespunzător funcțiilor contractuale și a criteriilor de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice, cu modificările ulterioare.*
- Art.2.** Examenul de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a personalului contractual din S.J.U.D.T.S. se organizează pentru posturile prevăzute în statul de organizare propriu, după finalizarea perioadei de evaluare a performanțelor profesionale individuale sau, în cazul personalului contractual încadrat ca debutant, în termen de 5 zile lucrătoare de la expirarea perioadei de 6 luni de activitate profesională.
- (2) Anterior organizării examenului, în cadrul S.J.U.D.T.S. se analizează situația personalului contractual încadrat în structura proprie, care îndeplinește condițiile de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare și ierarhic aprobarea desfășurării acestuia, atunci când este cazul.
- Art.3.** (1) Examenul de promovare în grade sau trepte profesionale a personalului contractual constă în susținerea unei probe scrise sau a unei probe practice, după caz, și interviu stabilite de comisia de examinare.
- (2) Proba practică se susține în cazul funcțiilor contractuale la care este necesară verificarea abilităților practice.
- (3) Pentru a participa la examenul de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare, candidatul trebuie să fi obținut calificativul „foarte bine“ la evaluarea performanțelor profesionale individuale cel puțin de două ori în ultimii 3 ani, în care acesta s-a aflat în activitate.
- (4) În vederea evaluării și promovării în grade/trepte profesionale a personalului contractual din cadrul spitalului, se vor aplica prevederile *H.G. nr. 286 din 23.03.2011 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind stabilirea principiilor generale de ocupare a unui post vacant sau temporar vacant corespunzător funcțiilor contractuale și a criteriilor de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice, cu modificările ulterioare.*
- Art.4.** (1) Procedura și criteriile de evaluare a activității profesionale pentru personalul contractual din cadrul S.J.U.D.T.S. sunt cele specificate de *O.M.S. nr. 974 din 2 iunie 2020 privind aprobarea criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale și a modelului fișei de evaluare a performanțelor profesionale individuale.*
- (2) Criteriile de evaluare a activității profesionale pentru personalul contractual din cadrul S.J.U.D.T.S. se stabilesc prin contractele individuale de muncă sau/și actele adiționale la contractele individuale de muncă, după caz, și se consemnează în fișa de evaluare anuală a activității profesionale.
- (3) **În mod obligatoriu, în cadrul S.J.U.D.T.S. comunicarea cu pacienții/ aparținătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului contractual.**
- (4) În continuare se detaliază modul de implementare de către spital a prevederilor *O.M.S. nr. 974 din 2 iunie 2020 privind aprobarea criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale și a modelului fișei de evaluare a performanțelor profesionale individuale ținând cont de specificul activității din spital, de genul:*
- Art.5.** (1) Evaluarea performanțelor profesionale individuale ale personalului contractual de execuție și conducere reprezintă aprecierea obiectivă a performanțelor profesionale individuale ale

personalului contractual, prin compararea gradului si modului de indeplinire a criteriilor de evaluare a performantelor profesionale individuale stabilite cu rezultatele obtinute in mod efectiv de catre personalul contractual, pe parcursul unui an calendaristic si urmareste:

- a) corelarea obiectiva dintre activitatea si cunostintele personalului contractual necesare indeplinirii obiectivelor individuale, stabilite in baza atributiilor din fisa postului, si cerintele functiei contractuale, prin raportare la nivelul functiei contractuale detinute;
 - b) asigurarea unui sistem motivational, astfel incat sa fie determinata cresterea performantelor profesionale individuale;
 - c) identificarea necesitatilor de instruire a personalului contractual, pentru imbunatatirea rezultatelor activitatii desfasurate in scopul indeplinirii obiectivelor stabilite.
- (2) Procedura de evaluare a performantelor profesionale se aplica fiecarui angajat, in raport cu cerintele postului.
 - (3) Activitatea profesionala se apreciaza anual, prin evaluarea performantelor profesionale individuale care se consemneaza in fisa de evaluare intocmita potrivit anexelor la prezenta procedura.
 - (4) Perioada evaluata este cuprinsa intre 1 ianuarie si 31 decembrie din anul pentru care se face evaluarea.
 - (5) Perioada de evaluare este cuprinsa intre 1 ianuarie si 1 martie din anul urmator perioadei evaluate.
 - (6) Beneficiaza de evaluarea performantelor profesionale individuale personalul contractual care a desfasurat efectiv activitate minimum 6 luni in anul calendaristic pentru care se realizeaza evaluarea.
 - (7) Procedura de evaluare a performantelor profesionale individuale nu se aplica in urmatoarele situatii:
 - a) persoanelor angajate ca debutanti, pentru care evaluarea se face dupa expirarea perioadei corespunzatoare stagiului de debutant;
 - b) angajatilor al caror contract individual de munca este suspendat, potrivit legii, pentru care evaluarea se face dupa 6 luni de la reluarea activitatii;
 - c) angajatilor promovati intr-o alta functie de executie sau intr-o functie de conducere, precum si celor angajati din afara unitatii, pentru care momentul de evaluare se stabileste de conducerea fiecarei institutii publice, dar nu mai devreme de 6 luni de la data promovarii/angajarii;
 - d) angajatilor aflati in concediu platit pentru ingrijirea copiilor in varsta de pana la 2 ani, pentru care evaluarea se face la expirarea a 6 luni de la data reluarii activitatii;
 - e) angajatilor care nu au prestat activitate in ultimele 12 luni, fiind in concediu medical sau in concediu fara plata, acordat potrivit legii, pentru care momentul evaluarii se stabileste de conducerea fiecarei institutii publice, dar nu mai devreme de 6 luni de la data reluarii activitatii.

Art.6. (1) Evaluarea performantelor profesionale individuale se realizeaza de catre evaluator.

- (2) Are calitatea de evaluator:
 - a) persoana care conduce sau coordoneaza compartimentul in cadrul caruia isi desfasoara activitatea persoana cu functie de executie evaluata;
 - b) persoana de conducere ierarhic superioara potrivit structurii organizatorice a unitatii sanitare publice, pentru persoanele de conducere.
- (3) Calificativul acordat in baza fisei de evaluare a performantelor profesionale individuale se aproba de conducatorul institutiei publice.
- (4) Pentru conducatorii institutiilor publice numiti prin ordin al ministrului sanatatii, fisa de evaluare a performantelor profesionale individuale se aproba de catre ministrul sanatatii.
- (5) Calificativul final al evaluarii se stabileste pe baza notei finale, dupa cum urmeaza:
 - a) intre 1,00-2,00 - nesatisfacator;
 - b) intre 2,01-3,50 - satisfacator;
 - c) intre 3,51-4,50 - bine;
 - d) intre 4,51-5,00 - foarte bine.

- (6) Notarea criteriilor de evaluare a performanțelor profesionale individuale se face cu note de la 1 la 5, nota exprimând gradul de îndeplinire a respectivului criteriu.
- (7) Pentru a obține nota pentru îndeplinire criteriilor de evaluare se face media aritmetică a notelor acordate pentru îndeplinirea fiecărui criteriu de performanță.
- (8) Pentru funcțiile de conducere nota finală a evaluării este media aritmetică a notelor obținute la criteriile de evaluare.
- (9) Semnificația notelor este următoarea: nota 1 - nivel minim și nota 5 - nivel maxim.
- (10) Ulterior finalizării fișei de evaluare are loc interviul. Interviul este o discuție între evaluator și persoana evaluată în cadrul căreia se aduce la cunoștință persoanei evaluate rezultatul evaluării, se discută aspectele cuprinse în fișa de evaluare, având ca finalitate semnarea și datarea acesteia, de către evaluator și de către persoana evaluată.

Art.7. (1) În cazul în care între persoana evaluată și evaluator există diferențe de opinie asupra conținutului fișei de evaluare se procedează astfel:

- a) în situația în care se ajunge la un punct de vedere comun, evaluatorul poate modifica fișa de evaluare;
 - b) în situația în care nu se ajunge la un punct de vedere comun, persoana evaluată consemnează comentariile sale în fișa de evaluare, în secțiunea dedicată.
- (2) În situația în care persoana evaluată refuză să semneze fișa de evaluare, acest aspect se consemnează într-un proces-verbal întocmit de către evaluator și semnat de către acesta și un martor. Refuzul persoanei evaluate de a semna raportul de evaluare nu împiedică producerea efectelor juridice ale acestuia.
 - (3) Persoana nemulțumită de rezultatul evaluării poate depune contestație în legătură cu evaluarea performanței profesionale individuale, în termen de 5 zile de la comunicarea rezultatului evaluării, la compartimentul de resurse umane.
 - (4) Contestația persoanei nemulțumite se analizează de conducătorul ierarhic imediat superior, împreună cu liderul sindicatului al cărui membru este salariatul sau, după caz, cu reprezentantul salariaților din instituția publică.
 - (5) Rezultatul contestației se comunică contestatarului în termen de 5 zile de la depunerea acesteia.

Art.8. (1) Criteriile de evaluare pentru funcțiile de execuție, sunt următoarele:

- 1. Respectarea limitelor competențelor profesionale stabilite prin atribuțiile funcționale ale postului;
 - 2. Cunoștințe și experiență profesională;
 - 3. Promptitudine și operativitate în realizarea atribuțiilor de serviciu prevăzute în fișa postului;
 - 4. Calitatea lucrărilor executate și a activităților desfășurate;
 - 5. Asumarea responsabilităților prin receptivitate, disponibilitate la efort suplimentar, perseverență, obiectivitate, disciplină;
 - 6. Intensitatea implicării în utilizarea echipamentelor și a materialelor cu încadrarea în normative de consum;
 - 7. Adaptarea la complexitatea muncii, inițiativă și creativitate
 - 8. Condiții de muncă;
 - 9. Comunicarea cu pacienții și aparținătorii, cu colegii de serviciu.
- (2) Pentru funcțiile de conducere se vor utiliza suplimentar și următoarele criterii de evaluare:
 - 1. Cunoștințe despre scopul, obiectivele și rolul structurii în ansamblul unității;
 - 2. Capacitatea de a lua decizii optime și asumarea răspunderii în legătură cu acestea;
 - 3. Capacitatea de organizare și de coordonare a activității structurii;
 - 4. Capacitatea de a crea în structura condusă un climat stimulant, neconflictual și de bună colaborare cu alte structuri

CAPITOLUL XI – ORGANIZAREA TIMPULUI DE MUNCA

Art.1. (1) Timpul de muncă reprezintă timpul pe care salariatul îl folosește pentru îndeplinirea sarcinilor de muncă.

(2) Salariații Spitalului Județean de Urgență Dr. Tr. Severin angajați cu normă întreagă lucrează după un program de 5 zile lucrătoare pe săptămână, cu o durată normală zilnică de 8 ore și 40 ore în medie pe săptămână, cu repaus săptămânal de două zile, conform graficelor de lucru, a graficelor de gardă și contravizită.

(3) Organizarea timpului de lucru pentru angajații Spitalului Județean de Urgență Dr. Tr. Severin se face conform Ordinului Ministerului Sănătății nr. 870/1.07.2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gardzilor în unitățile publice din sectorul sanitar. Enumerăm mai jos categoriile de personal, activitățile și locurile de muncă unde durata zilnică a timpului de muncă este mai mică de 8 ore:

a) Personalul care lucrează în prosecturi, săli de disecție, morgi și anatomie patologică: 6 ore / zi:

- Serviciul de medicină legală: medicii, asistenții medicali și autopsierii care lucrează în morgă, prosectură.
- Serviciul de anatomie patologică: tot personalul.

b) Personalul care lucrează în activitățile: radiologie și roentgenterapie, medicină nucleară, igiena radiațiilor nucleare, terapie cu energii înalte precum și personalul care asigură întreținerea și repararea aparaturii din aceste activități: 6 ore / zi.

- Laboratorul de radiologie (spital și ambulatoriul de specialitate): medici, personal sanitar mediu, personalul auxiliar sanitar.
- Computer tomograf: medici, personal sanitar mediu și auxiliar.
- Dispensar TBC: personalul care lucrează la MRF.
- Laboratorul de medicină nucleară: medici, chimist, fizician, personal sanitar mediu și auxiliar.

c) Medicii din unitățile sanitare: 7 ore / zi.

- Toți medicii din secțiile și compartimentele Spitalului Județean de Urgență care nu au fost nominalizate la punctul a) și b).

d) Personalul sanitar cu pregătire superioară din unitățile sanitare, precum și personalul sanitar mediu din laboratoare sau compartimente de analize medicale:

- Farmaciști, chimiști, biologi, kinetoterapeuți, psihologi etc. din toate secțiile și compartimentele din structura spitalului care nu au fost nominalizate la punctul a) și b).
- Tot personalul sanitar mediu din laboratoarele de analize medicale.

e) Personalul sanitar care lucrează în activitatea de hidrotermoterapie: 7 ore / zi.

- Personalul sanitar mediu și auxiliar din baza de tratament a Secției de recuperare, medicină fizică și balneologie care lucrează în hidrotermoterapie.

(4) Personalul Comitetului Director ,șefii de secție , laborator/ serviciu medical angajat cu norma întreaga și are program de 8 ore /zi în cursul dimineții ,conform contractului de administrare încheiat cu managerul spitalului (potrivit Ordinului MSP nr.203/2008).

Art.2. În **secțiile și compartimentele cu paturi** ale Spitalului Județean de Urgență Dr. Tr. Severin unde activitatea se desfășoară fără întreruperi (24 de ore din 24), pentru asigurarea continuității activității medicale organizarea timpului de muncă se realizează prin program de activitate curentă, gardă și contravizită pentru medici și ture pentru personalul sanitar mediu și auxiliar, precum și pentru muncitorii de la posturile fixe, astfel:

(1) MEDICI:

1. – activitate curentă de minimum 6 ore în cursul dimineții în zilele lucrătoare;
– 18 ore de gardă lunar;
2. **gărzi** - se efectuează zilnic, inclusiv în zilele de sâmbătă și duminică, de medicii din secții, laboratoare, servicii medicale sau alte unități sanitare (în specialitățile unde numărul medicilor din unitate este insuficient pentru asigurarea graficului de gardă).

Obligația de garda a fiecărui medic încadrat în secțiile cu paturi este de 18 ore/luna pentru completarea programului normal de lucru de 6 ore în medie pe zi.

- (1) În cadrul programului de 7 ore în medie pe zi, medicii din unitățile sanitare publice cu paturi au obligația de a acorda, în funcție de activitatea curentă a secției/compartimentului respective/respectiv sau prin desemnarea, prin rotație, a unui medic responsabil cu consulturile interdisciplinare, consultațiile interdisciplinare pentru pacienții internați în unitate, prezenți în UPU/CPU sau pentru cei internați în alte spitale, în baza relațiilor contractuale stabilite între unitățile sanitare respective.
- (2) Consultațiile interdisciplinare se acordă la recomandarea medicului curant, aprobată de medicul șef de secție, medicul coordonator al compartimentului medical sau, după caz, a directorului medical.
- (2[^]1) Responsabili de asigurarea consultațiilor interdisciplinare sunt, de regulă, medicii care în ziua respectivă urmează să efectueze garda.
- (3) Medicii șefi de secție/șefi de laborator sau, după caz, directorul medical au obligația de a coordona și a controla acordarea consultațiilor interdisciplinare, în condițiile prevăzute la alin. (1).

Linia de garda se poate organiza dacă în secția cu paturi sau compartimentele cu paturi, precum și în ambulatoriul integrat spitalului sunt încadrați cel puțin 4 medici în specialitatea respectivă.

În secțiile unde nu se organizează garda programul medicilor este de 7 ore/zi, în cursul dimineții, 8,00-15,00.

Liniile de garda din Spitalul Județean au fost aprobate de Ministerul Sănătății prin adresa nr.8591/2004.

Gărzile se programează lunar prin grafice întocmite de medicii șefi de secție, care se aprobă de Manager și se avizează de Directorul Medical, până la data de 26 ale fiecărei luni pentru luna următoare, grafice care se întocmesc cu respectarea prevederilor din Regulamentul aprobat prin Ordinul MSP nr.870/1.07.2004, transmis secțiilor și compartimentelor cu adresa nr.8591/05.08.2004.

Medicii sunt scutiți de a fi incluși în graficul de gărzi dacă se afla în una din situațiile de mai jos, pe perioada cât durează aceste situații:

- pensionarii de invaliditate gradul III;
- femeile gravide începând cu luna a 6-a cele care alăptează;
- medicii care au program redus cu o pătrime din durata normală a timpului de lucru, pe bază de certificat medical.
- medicii care au recomandarea cabinetului de expertiză medicală a capacității de muncă, conform modelului prevăzut în anexa nr. 3 din Ordinul nr. 870/2004, cu modificările și completările ulterioare.

- (2) Medicii încadrați în Unitatea de primire a urgentelor desfășoară activitate în două ture și garda pe baza de grafic de lucru și grafic lunar, conform Ordinului MSP nr. 1706/2007.
- (3) Medicii încadrați în laboratoarele de radiologie-imagistică medicală și laboratoarele de analize medicale desfășoară activitate în două ture sau în sistem de 12 ore cu 24 de ore libere.
- (2) Continuitatea asistenței medicale în specialități paraclinice se asigură prin linii de gardă.
- (3) În situația în care numărul medicilor încadrați în laboratoarele de radiologie-imagistică medicală și laboratoarele de analize medicale nu permite organizarea activității în două ture sau în sistem de 12 cu 24, activitatea se desfășoară într-o singură tură, în cursul dimineții, și continuitatea asistenței medicale se asigură prin linii de gardă.
- (4) Programul de lucru în Laboratorul de analize medicale este:
Tura I - 8,00-15,00
Garda: luni -vineri: orele 15,00-8,00
Sâmbăta, duminica și alte sărbători legale sau alte zile în care nu se lucrează garda este de 24 ore efective, respectiv ora 8.00-8.00 (a doua zi).
- (5) Programul de lucru al medicilor din Laboratorul de radiologie și imagistica medicală este:
Tura I - 8,00-14,00
Tura II - 14,00-20,00

Garda: luni-vineri: 14,00-8,00

Sâmbătă, duminică și alte sărbători legale sau alte zile în care nu se lucrează garda este de 24 ore efective, respectiv orele 8,00-8,00(a doua zi dimineața).

(6) **Personalul sanitar mediu și auxiliar, precum și muncitorii din secțiile** și compartimentele unde activitatea este continuă, organizarea activității se face în 3 ture; turele se pot organiza de 8 ore sau 12 ore, respectând condiția obligatorie de a fi o pauză de minim 8 ore între ture; programarea personalului pe ture se face prin grafice de lucru lunare, care se prezintă pentru avizate de directorul de îngrijiri și aprobate de managerul entității până pe 26 ale fiecărei luni pentru luna următoare; timpul normat din lună (în ore) pentru fiecare salariat care lucrează în ture = numărul de zile lucrătoare din fiecare lună * 8 ore(7 sau 6) /zi. In secțiile în care turele se organizează de 8 ore programul de lucru este:

- **personal sanitar cu studii superioare, medii și muncitorii:**

Tura I: 07:00-15:00

Tura II: 15:00-23:00

Tura III: 23:00-08:00

- **personalul sanitar auxiliar-infirmierele:**

Tura I : 06:00-14:00

Tura II: 14:00-22:00

Tura III: 22:00-06:00

In secțiile și compartimentele în care turele se organizează de 12 ore programul de lucru va fi următorul:

- **personalul medical cu studii superioare, medii și muncitori:**

Tura I și parțial tura I(tura 1): 07:00-19:00

Tura II- restul și tura III(tura 2): 19:00-07:00

- **personalul sanitar auxiliar-infirmierele:**

Tura I și parțial tura II: 06:00-18:00

Tura II-restul și Tura III: 18:00-06:00

Personalul sanitar auxiliar - îngrijitoarele de curățenie lucrează numai ziua ,respectiv tura I-a și a II-a, astfel:

Tura I: 06:00-14:00

Tura II:14:00-22:00

Art.3. Laboratorul de analize medicale și Laboratorul de radiologie și imagistica medicala activitatea se desfășoară permanent, în sistem de ture și gărzi, respectiv medicii în 2 ture și gărzi, biologii și chimiștii în 2 ture, personalul sanitar mediu în 3 ture și îngrijitoarele de curățenie în 2 ture, astfel:

A. Laboratorul de analize medicale:

MEDICI:

Tura I: 08:00-15:00

Garda: luni- vineri: 15:00-08:00

Sâmbătă, duminică și alte sărbători legale garda se efectuează 24 de ore, de la ora 08:00 pana a doua zi dimineața la ora 08:00.

BIOLOGI, CHIMISTI:

Tura I: 08:00-15:00

Tura II: 13:00-20:00

PERSONALUL SANITAR CU STUDII SUPERIOARE SI MEDII:

Tura I: 08:00-15:00

Tura II: 15:00-22:00

Tura III: 22:00-08:00

PERSONALUL AUXILIAR SANITAR-INGRIJITOARE DE CURATENIE:

Tura I: 06:00-14:00

Tura II: 13:00-21:00

B. Laboratorul de radiologie și imagistica medicala

MEDICI:

Tura I: 08:00-14:00

Tura II: 14:00-20:00

Garda: luni-vineri: 14:00-08:00

Sâmbătă, duminică și alte sărbători legale garda se efectuează 24 de ore, de la ora 08:00 până a doua zi dimineața la ora 08:00.

PERSONALUL SANITAR STUDII SUPERIOARE SI MEDII

Tura I: 08:00-14:00

Tura II: 14:00-20:00

Tura III: 20:00-08:00

INGRIJITOARELE DE CURATENIE:

Tura I: 08:00-14:00

Art.4. În serviciul de anatomie patologică programul normal de lucru este de 6 ore/zi și activitatea se desfășoară numai tura I-8:00-14:00. în situațiile care reclama maxima urgenta, pentru rezolvare, vor fi chemați de la domiciliu medicii din aceste laboratoare.

Art.5. In blocurile operatorii și stațiile de sterilizare activitatea personalului se desfășoară în ture astfel:

PERSONALUL SANITAR STUDII SUPERIOARE SI MEDII și AUXILIAR:

a) Ture de 8 ore :

Tura I: 07:00-15:00

Tura II: 15:00-23:00

Tura III: 23:00-07:00

b) Ture de 12 ore:

Tura 1: 07:00-19:00

Tura 2: 19:00-07:00

Art.6. În stația de hemodializa acuta activitatea se desfășoară continuu, programul normal de lucru fiind de 7 ore/zi pentru medici și de 8 ore/zi pentru personalul sanitar mediu și auxiliar. Programul de lucru se organizează astfel:

a) **MEDICI:**

Tura I: 08:00-15:00

Întrucât numărul medicilor din stația de hemodializă acută nu permite organizarea gărzii, pentru realizarea programului de dializa la toți pacienții acuți prezențați in unitate, se va folosi sistemul “chemare de la domiciliu” a medicilor atât de luni până vineri cat și sâmbătă, duminică și alte sărbători legale.

b) **PERSONALUL SANITAR STUDII SUPERIOARE SI MEDII și AUXILIAR – INFIRMIERELE:**

Tura I: 07:00-19:00

Tura II: 19:00 -07:00

• TURE de 12 ore:

Tura 1: 07:00-19:00

Tura 2: 19:00-07:00

Art.7. Personalul din Unitatea de Primire a Urgențelor (UPU) are program normal de lucru de 8 ore /zi cu excepția medicilor care au program de 7 ore /zi. Activitatea se desfășoară în 2 și 3 ture astfel:

a) **MEDICI:**

Tura I: 08:00-20:00

Tura II: 20:00-08:00

b) **PERSONALUL SANITAR STUDII SUPERIOARE SI MEDII** (inclusiv registratorii medicali) si **AUXILIAR-** infirmiere și brancardieri:

Tura I: 07:00-19:00

Tura II:19:00-07:00

- Ture de 12 ore:

Tura 1: 07:00-19:00

Tura 2: 19:00-07:00

c) **INGRIJITOARE de CURATENIE:**

Tura I: 07:00-19:00

Tura II: 19:00-07:00

Art.8. Personalul din **FARMACIA** spitalului desfășoară activitatea în corelație cu activitatea secțiilor de spital, după următorul program de lucru:

FARMACISTI:

LUNI-VINERI:

Tura I: 08:00-15:00

Tura II: 12:00-20:00

Sâmbătă și alte sărbători legale: 8,00-12,00

PERSONALUL SANITAR STUDII SUPERIOARE SI MEDII și AUXILIAR:

Luni-vineri:

Tura I: 07:30-15:30

Tura II: 12:00-20:00

Sâmbătă și alte sărbători legale: 08:00-12:00

Art.9. (1) Personalul medical din ambulatoriul integrat al spitalului, în funcție de compartimentul de lucru, are următorul program de lucru:

Cabinete de consultații:

Tura I;

- medici: luni-vineri: 08:00-15:00

- personal sanitar mediu: luni-vineri: 07:00-15:00

Tura II:

- medici: luni-vineri: 14:00-21:00

- personal sanitar cu studii superioare și medii: luni-vineri: 13:00-21:00

(2) Registratorii medicali, îngrijitoarele de curățenie desfășoară programul de lucru în intervalul 7:00-21:00, continuu sau divizat, programul normal de lucru fiind de 8 ore/zi, conform graficelor de lucru lunare întocmite în limita programului normal de lucru lunar.

Art.10. Personalul din **aparatură funcțională** are program de luni până vineri de 8 ore pe zi 07:30-15:30.

Art.11. Personalul din **Serviciul de prevenire al infecțiilor asociate asistenței medicale (S.P.I.A.A.M)** desfășoară activitatea după următorul program:

Medic: luni – vineri: 08:00-15:00

Personal sanitar **STUDII SUPERIOARE SI MEDII:**

Tura I: 08:00-16:00

În situația izbucnirii unor acțiuni epidemiologice deosebite care ar necesita eforturi suplimentare, programul personalului se modifica corespunzător rezolvării situației respective conform dispozițiilor legale ale Managerului/Managerului interimar.

Art.12. **Muncitorii care nu lucrează în ture** au program zilnic de 8 ore/zi, de luni până vineri, în intervalul 07:00-15:00.

Art.13. (1) Repausul săptămânal se acordă de regulă sâmbăta și duminica. În locurile de muncă unde se lucrează în ture, salariații vor beneficia de alte zile de repaus săptămânal, potrivit graficului de lucru.

Graficele de lucru și de gardzi se întocmesc cu respectarea reglementărilor prevăzute în OMS nr. 870/2004 pentru aprobarea regulamentului privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gardzilor în unitățile publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare.

(2) Zilele de sărbătoare legală și celelalte zile în care nu se lucrează se stabilesc prin lege și contractul colectiv de muncă aplicabil la nivelul unității.

Art.14. (1) Pentru asigurarea continuității asistenței medicale și asistenței medicale de urgență în Spitalul Județean de Urgență se organizează serviciul de gardă în conformitate cu Regulamentul privind timpul de muncă, organizarea și efectuarea gardzilor în unitățile publice din sectorul sanitar aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.870/2004.

(2) Serviciul de gardă se desfășoară între ora de terminare a activității curente (14:00 în secțiile cu paturi, 20:00 în laboratorul de radiologie și 22:00 în laboratorul de analize medicale) și până la ora de începere a activității curente a doua zi (08:00).

(3) În zilele de sâmbătă, duminică și zilele declarate libere prin lege garda are o durată de 24 ore (ora 08:00 până la ora 08:00 a doua zi).

(4) Numărul liniilor de gardă și specialitățile în care se organizează garda sunt aprobate de Ministerul Sănătății, respectiv Consiliul Județean Mehedinti-Ordonatorul principal de credite .

- (5) Lista medicilor care compun echipa de gardă este aprobată de Comitetul Director.
- (6) În cadrul Spitalului Județean de Urgență Dr. Tr. Severin, serviciul de gardă fiind efectuat de o echipă de medici, managerul desemnează pe unul din medici pentru a fi “medic șef al echipei de gardă”. Medicul coordonator al echipei de gardă îndeplinește sarcinile de coordonare a întregii activități și îl reprezintă pe directorul unității în orele când acesta nu este prezent în unitate, în timpul efectuării serviciului de gardă.

Art.15. (1) Prezența personalului la programul de lucru se evidențiază în condiții de prezență în care personalul este obligat să semneze zilnic. Nesemnarea zilnică și la timp a condițiilor de prezență constituie o încălcare a normelor de disciplină a muncii și se sancționează conform legislației muncii. Șefii de compartimente, desemnați de conducerea unității, răspund disciplinar și material pentru modul de completare a condițiilor de prezență, confirmând zilnic, sub semnătură, prezența personalului din subordine conform programului.

- (2) Lunar, șefii de secții și de compartimente întocmesc și înaintează la biroul Runos, “foile colective de prezență”(pontajele), pentru a căror corectitudine și realitate răspund disciplinar, material sau penal, după caz.
- (3) Evidența orelor efectuate peste program se ține separat pe locuri de muncă și se depune la serviciul resurse umane, organizare, normare, salarizare.

Art.16. Se consideră muncă prestată în timpul nopții, munca prestată în intervalul 22:00-06:00 cu posibilitatea abaterii cu o oră în plus sau în minus, față de aceste limite, în cazuri excepționale.

Personalul de la locurile de muncă în care activitatea se desfășoară fără întrerupere - 3 ture - și care are program de 8 ore zilnic, în raport cu necesitățile asistenței medicale, poate lucra prin rotație în ture de 8 ore cu 16 ore libere sau 12 ore cu 24 de ore libere.

Personalul care lucrează în locurile de muncă unde activitatea se desfășoară în 3 ture, pentru a beneficia de sporul prevăzut pentru activitatea desfășurată în 3 ture are obligația de a presta lunar un număr egal de zile în tura a 2-a și tura a 3-a. Numărul de zile în care își desfășoară activitatea în tura a 2-a și a 3-a va fi stabilit de consiliul de administrație al fiecărei unități publice sanitare, pe bază de grafice lunare, în așa fel încât să se asigure continuitatea activității.

Prin graficele lunare de activitate întocmite anticipat pentru o lună, pe locuri de muncă, se stabilește:

- a) numărul de personal pe fiecare tură în raport cu nevoile asistenței medicale;
- b) rotația pe ture a personalului;
- c) intervalul legal dintre două zile consecutive de lucru.

Graficele lunare de activitate, pe locuri de muncă, se întocmesc de șeful de compartiment, se aprobă de conducerea unității și se afișează la loc vizibil sau accesibil pentru tot personalul.

Art.17. (1) Programarea concediilor de odihnă se face de conducerea secțiilor, laboratoarelor și compartimentelor, în luna decembrie a fiecărui an pentru anul următor, astfel încât să se asigure atât bunul mers al activității, cât și interesele salariaților și cu aprobarea managerului. Concediul de odihnă pentru fiecare salariat se stabilește în conformitate cu prevederile Codului Muncii, contractului colectiv de muncă la nivel de unitate și contractului individual de muncă.

- (2) Concediul anual de odihnă se poate fracționa, la cererea salariatului, una din tranșe neputând fi mai mică de 10 zile lucrătoare.
- (3) Concediul fără plată se poate acorda salariaților la cererea acestora în funcție de interesele unității și în conformitate cu prevederile legale (Codul Muncii și contractul colectiv de muncă la nivel de unitate).
- (4) Plecarea în concediul de odihnă, concedii pentru studii sau concedii fără plată, înainte de a fi aprobată de șeful ierarhic, este interzisă și constituie o abatere pentru care se pot aplica sancțiuni disciplinare. La fel și întârzierile la expirarea concediilor.
- (5) Este interzisă întreruperea concediului de odihnă și prezentarea la serviciu din inițiativa salariatului; salariatul poate fi chemat din concediu numai din dispoziția scrisă a managerului, pentru nevoi de serviciu neprevăzute și urgente.

Art.18. Orice modificare privind organizarea timpului de muncă al angajaților se va face cu avizul scris al Sindicatului Sanitas Mehedinti.

Art.19. Salariații nu vor părăsi locul de muncă decât în interes de serviciu. Predarea serviciului la schimbul de ture se face pe bază de proces-verbal, în care se precizează evenimentele deosebite și care necesită preluarea în observație atentă în tura următoare.

Art.20. Salariații vor putea efectua ore peste durata normală a timpului de muncă numai cu aprobarea scrisă a Managerului, respectiv înlocuitorului acestuia, și cu avizul sindicatului reprezentativ. Efectuarea muncii suplimentare este dispusă numai pentru rezolvarea unor situații de urgență, a unor lucrări urgente destinate prevenirii producerii unor accidente ori înlăturării consecințelor unui accident.

- (1) Munca suplimentară se compensează prin ore libere plătite în următoarele 60 de zile calendaristice după efectuarea acesteia.
- (2) În aceste condiții salariatul beneficiază de salariul corespunzător pentru orele prestate peste programul normal de lucru.
- (3) În perioadele de reducere a activității angajatorul are posibilitatea de a acorda zile libere plătite din care pot fi compensate orele suplimentare ce vor fi prestate în următoarele 12 luni. Timpul de muncă prestat suplimentar se consemnează în condici speciale, precizând numele și prenumele salariatului, lucrarea pentru care se prestează munca, durata de prestare a muncii, și dacă este cazul, data când se acordă timp liber în compensare.

Munca suplimentară se compensează prin ore libere plătite în următoarele 60 zile după efectuarea acesteia. În aceste condiții, munca suplimentară va fi plătită salariatului prin adăugarea unui spor la salariu corespunzător duratei acesteia.

Sporul pentru munca suplimentară, se stabilește prin negociere, în cadrul contractului colectiv de muncă aplicabil, cu respectarea legislației în vigoare. Totalul orelor suplimentare, ce se pot efectua și plăti, nu poate depăși limita maximă stabilită prin acte normative.

Art.21. (1) În vederea asigurării unor servicii medicale de calitate pe tot parcursul anului, efectuarea concediilor de odihnă de către toate categoriile de personal se face pe baza programării anuale, întocmită de șefii de compartimente, cu consultarea sindicatului reprezentativ, programări care sunt aprobate de manager.

(2) Evidența programării concediilor de odihnă și urmărirea efectuării lor, potrivit planificării aprobate, se face de către șefii de compartimente, care au obligația să ia toate măsurile necesare pentru asigurarea efectuării în fiecare an a concediului de odihnă de către toți salariații din subordine.

(3) Evidența operativă a concediilor de boală, maternitate, creșterea și îngrijirea copilului până la 2 ani (3 ani în cazul copilului cu handicap), concediilor fără plată, concedii pentru perfecționarea pregătirii profesionale etc., se ține de biroul Runos, operând în carnetul de munca și dosarul personal al fiecărui angajat orice modificare și suspendare a contractului individual de muncă.

CAPITOLUL XII - DISPOZIȚII FINALE

Art.1. (1) Dispozițiile prezentului Regulament se completează cu prevederile normativelor aplicabile în Ministerul Sănătății și ale legislației muncii.

(2) Regulile de aplicare detaliată la nivelul S.J.U.D.T.S. a principalelor reglementări cuprinse în prezentul Regulament, vor fi elaborate prin grija șefilor de compartimente funcționale ale Spitalului, prin proceduri documentate întocmite la nivelul acestora, care, după aprobarea lor de către manager, vor fi aduse la cunoștință, sub semnătură, structurilor/persoanelor interesate.

(3) În măsura în care actele normative menționate în prezentul Regulament se modifică, se completează sau se abrogă, prevederile Regulamentului se vor aplica în limita prevederilor actelor normative nou intrate în vigoare, cu respectarea ierarhiei acestora, urmând ca revizuirea Regulamentului să se facă de către factorii responsabili din cadrul spitalului, în timpul cel mai scurt posibil, după caz.

Art.2. - Anexele nr. 1 la _____ fac parte integrantă din prezentul Regulament.

DEFINIȚII

În întregul text al prezentului Regulament, următorii termeni au următoarele înțelesuri:

Act medical - acțiunea personalului medical exercitată în relație directă cu pacientul în vederea prevenirii îmbolnăvirilor, diagnosticării, tratării, acordării de îngrijiri medicale, reabilitării, precum și monitorizării stării de sănătate a acestuia.

Compartimente funcționale ale Spitalului - oricare din elementele prevăzute în organigrama Spitalului, de la funcția independentă la secție, denumite în continuare și “**Microstructuri**”.

Conducerea spitalului/spitalului - Managerul Spitalului sau orice alte persoane cu funcții de conducere pe care acesta l-a delegat/mandatat în acest scop.

Conducătorul ierarhic superior - desemnează persoana care ocupă funcția imediat superioară unui anumit post în organigrama Spitalului și care asigură coordonarea și supravegherea activității acestuia.

Discriminare - distincția care se face între persoane aflate în situații similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale.

Discriminare bazată pe criteriul de sex - discriminarea directă și discriminarea indirectă, hărțuirea și hărțuirea sexuală a unei persoane de către o altă persoană la locul de muncă sau în alt loc în care aceasta își desfășoară activitatea; Constituie discriminare bazată pe criteriul de sex orice comportament nedorit, definit drept hărțuire sau hărțuire sexuală, având ca scop sau efect:

- a) de a crea la locul de muncă o atmosferă de intimidare, de ostilitate sau de descurajare pentru persoana afectată;
- b) de a influența negativ situația persoanei angajate în ceea ce privește promovarea profesională, remunerația sau veniturile de orice natură ori accesul la formarea și perfecționarea profesională, în cazul refuzului acesteia de a accepta un comportament nedorit, ce ține de viața sexuală.

Discriminare directă - situația în care o persoană este tratată mai puțin favorabil, pe criterii de sex, decât este, a fost sau ar fi tratată altă persoană într-o situație comparabilă.

Discriminare indirectă - situația în care o dispoziție, un criteriu sau o practică, aparent neutră, ar dezavantaja în special persoanele de un anumit sex în raport cu persoanele de alt sex, cu excepția cazului în care această dispoziție, acest criteriu sau această practică este justificată obiectiv de un scop legitim, iar mijloacele de atingere a acestui scop sunt corespunzătoare și necesare;

Discriminare multiplă - orice faptă de discriminare bazată pe două sau mai multe criterii de discriminare.

Evaluarea salariaților - procesul prin care se apreciază nivelul de dezvoltare profesională a acestora.

Hărțuire - situația în care se manifestă un comportament nedorit, legat de sexul persoanei, având ca obiect sau ca efect lezarea demnității persoanei în cauză și crearea unui mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau jignitor.

Hărțuire sexuală - situația în care se manifestă un comportament nedorit cu conotație sexuală, exprimat fizic, verbal sau nonverbal, având ca obiect sau ca efect lezarea demnității unei persoane și, în special, crearea unui mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau jignitor.

Intervenție medicală - orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare.

Îngrijiri de sănătate - serviciile medicale, serviciile comunitare și serviciile conexe actului medical.

Îngrijiri terminale - îngrijirile acordate unui pacient cu mijloacele de tratament disponibile, atunci când nu mai este posibilă îmbunătățirea prognozei fatale a stării de boală, precum și îngrijirile acordate în apropierea decesului.

Locul de muncă - este zona delimitată în spațiu, în funcție de specificul muncii, înzestrată cu mijloacele și cu materialele necesare muncii, în vederea realizării unei operații, lucrări sau pentru îndeplinirea unei activități de către unul ori mai mulți executanți, cu pregătirea și îndemânarea lor,

în condiții tehnice, organizatorice și de protecție a muncii corespunzătoare, din care se obține un venit în baza unui raport de muncă ori de serviciu cu un angajator.

Decizie – Dispoziție a managerului dată în condițiile legii, obligatoriu a fi pusă în aplicare de către responsabilii nominalizați în aceasta;

Pacient - se înțelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate. În S.J.U.D.T.S. se acordă servicii medicale pacienților din toate categoriile de vârstă, în limita specialităților medicale existente în cadrul spitalului. Nu se acordă servicii medicale copiilor care au nevoie de asistenta medicală în următoarele specialități medicale: Cardiologie pediatrică; Gastroenterologie pediatrică; Nefrologie pediatrică; Neurologie pediatrică; Oncologie și hematologie pediatrică; Pediatrie; Pneumologie pediatrică; Psihiatrie pediatrică; Chirurgie pediatrică; Ortopedie pediatrică.

Personal – Personalul de conducere și personalul de execuție, de toate categoriile, împreună.

Pseudonimizare - înseamnă prelucrarea datelor cu caracter personal într-un asemenea mod încât acestea să nu mai poată fi atribuite unei anumite persoane vizate și să se utilizeze informații suplimentare, cu condiția ca aceste informații suplimentare să fie stocate separat și să facă obiectul unor măsuri de natură tehnică organizatorică care să asigure neatribuirea respectivelor date cu caracter personal unei persoane fizice identificate sau identificabile.

„Regulament” – Regulament de ordine interioară.

Servicii de sănătate - totalitatea activităților medicale și nemedicale, necesare stabilirii riscului de boală, diagnosticului, tratamentului, îngrijirilor medicale și monitorizării stării de sănătate pacienților.

Transfer interclinic - transferul unui pacient între două unități sanitare, din care unitatea sanitară care primește pacientul este de un nivel de competență și/sau dotare mai mare decât unitatea sanitară care trimite pacientul.

S.I.C. - Sistemele informatice și de comunicații.

„Spitalul” – Spitalul Județean de Urgență cu sediul social în Drobeta Turnu Severin - Mehedinți denumit în conținutul Regulamentului și **“Angajatorul”**.

Anexa nr. 2
(Art. __ la Regulament)

ACTELE NORMATIVE ÎN BAZA CĂRORA ESTE ÎNTOCMIT REGULAMENTUL DE ORDINE INTERIOARĂ AL SPITALULUI

- Constituția României;
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea 185/2017 privind asigurarea calității în sistemul de sănătate, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr.53/24.06.2003- Codul muncii republicat, cu modificările și completările ulterioare;
- O.M.S. nr. 446/2017 pentru aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;
- O.M.S. 921/2006 pentru stabilirea atribuțiilor comitetului director din cadrul spitalului public;
- O.M.S. 863/2004 pentru aprobarea atribuțiilor și competențelor consiliului medical al spitalelor;
- O.M.S. nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitățile sanitare;
- Ordinul Președintelui A.N.M.C.S. nr. 8 / 2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către A.N.M.C.S. în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare;
- Orice alte acte normative în vigoare incidente domeniilor din prezentul Regulament.

Anexa nr. 3
(art. ___ la Regulament)

APROB

Desfășurarea interviului în data de
....., interval orar.....
Managerul Spitalului _____

ACORDUL SCRIS AL PACIENTULUI

I. Subsemnatul _____ (numele și prenumele pacientului), cod numeric personal _____, îmi exprim acordul de a acorda interviu în incinta Spitalului _____, de către dl/d-na jurnalist _____ al publicației _____
(Semnătura pacientului care își exprimă acordul pentru acordarea interviului)

Data: ___ / ___ / _____

II. Subsemnatul _____ (numele și prenumele reprezentantului legal), cod numeric personal _____, în calitate de reprezentant legal al pacientului* _____ îmi exprim acordul ca acesta să acorde interviu în Spitalul _____ de către dl/d-na jurnalist _____ al publicației _____.

(*Se completează în cazul minorilor sub 16 ani sau al majorilor fără discernământ, precum și în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacității de exercițiu).

(Semnătura reprezentantului legal care își exprimă acordul pentru interviu)

Data: ___ / ___ / _____

III. Subsemnatul _____, în calitate de medic curant al pacientului _____ (numele și prenumele pacientului menționat în prezentul formular), sunt de acord ca acesta să acorde interviu în incinta Spitalului _____, acest fapt nefiind de natură a dăuna pacientului.

(Semnătura medicului curant) _____

Data: ___ / ___ / _____

DECLARAȚIE JURNALIST

Subsemnatul _____, jurnalist al publicației _____ declar pe proprie răspundere că nu voi filma/înregistra cu dispozitive ascunse cât mă voi afla în incinta Spitalului _____ și nu voi intervieva persoane care nu și-au dat acordul în scris în acest sens sau care nu au acordul managerului/medicului curant.

De asemenea, declar că am luat la cunoștință de regulile instituite prin procedura de reglementare a accesului mass-media la nivelul spitalului și la pacienții internați în cadrul acestuia, pe care mă oblig să le respect.

Data ___ / ___ / _____

Semnatura _____

REGULI DE RELAȚIONARE CU MIJLOACELE DE MASS-MEDIA

Personalul din cadrul Spitalului sau detașat, potrivit legii, poate avea relații cu mass-media, numai în condițiile respectării următoarelor reguli:

Regula nr. 1 - pentru relațiile oficiale cu mass-media

Să aibă aprobarea managerului, să respecte prevederile legale și reglementările în vigoare privind protecția informațiilor, să exprime numai puncte de vedere oficiale, nu personale și să se refere doar la probleme din aria sa de competență și responsabilitate; să consulte responsabilul cu relații publice înainte de contactul cu mass-media; să fie asistat de personalul cu activitatea de relații publice.

Regula nr. 2 - pentru relațiile particulare cu mass-media

Să solicite aprobarea managerului, să nu aducă prejudicii prestigiului instituției prin activitatea sa publicitară sau aparițiile publice; activitatea publicistică și relațiile cu mass-media să se întemeieze pe respectarea prevederilor legale precum și a echidistanței politice a instituției; în lipsa unui mandat, să facă numai declarații în nume personal precizând, dacă este cazul, că reprezintă propriul punct de vedere și că ele nu angajează în nici un fel Spitalul.

Regula nr. 3 - pentru relațiile ocazionale cu mass-media, când nu există timpul necesar pentru obținerea aprobării sau pentru consultarea personalului cu activitatea de relații publice

- (1) Să facă numai declarații în nume personal, precizând, dacă este cazul, că reprezintă propriul punct de vedere și că ele nu angajează în nici un fel Spitalul, având grijă ca declarațiile făcute să nu afecteze negativ prestigiul Spitalului, intimitatea sau siguranța personalului Spitalului, desfășurarea unor cercetări în curs.
- (2) Ulterior să informeze managerul și personalul responsabil de activitatea cu relații publice despre acest lucru.

Regula nr. 4

Declarațiile tendențioase sau comentariile făcute în necunoștință de cauză, care angajează Spitalul sau aduc prejudicii onoarei și demnității categoriei profesionale din care face parte, atrag după sine răspunderea doar celor care le fac.

Regula nr. 5

Difuzarea către mass-media, sub orice formă, a unor informații referitoare la Spital, care sunt exceptate de la accesul liber al personalului, va atrage după sine consecințele prevăzute de reglementările în vigoare; protecția informațiilor clasificate se face în conformitate cu prevederile legale în vigoare.



**SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA DROBETA TURNU SEVERIN
JUDETUL MEHEDINTI**

Bd. MihaiViteazul nr. 6D

Cod fiscal : 4222239 ; Cont IBAN RO88TREZ46121F335000XXXX

Banca : TrezoreriaDrobeta Tr. Severin

Telefon : 0252/313751 ; Fax : 0252/321498

oficial@spitjudseverin.ro



Anexa nr. 5
(Art. ___ la Regulament)

ACORD LIBER CONSIMTIT

Subsemnatul,CNP.....domiciliat
in....., posesor al C.I. seria.....nr....., declar ca am luat la
cunostinta despre informatiile cu privire la scopul, durata, procedurile utilizate, riscurile, beneficiile,
limitele confidentialitatii serviciilor psihologice si despre dreptul de a ma retrage oricand de la
desfasurarea evaluarii/interventiei psihologice.

Totodata, potrivit dispozitiilor prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului
European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește
prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a
Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protectia datelor), imi exprim consimtamantul, in mod
expres si neechivoc, pentru utilizarea si prelucrarea datelor mele cu caracter personal in vederea realizarii
si intocmirii Raportului de psihodiagnostic si evaluare clinica.

Declar ca sunt de acord ca rezultatele evaluarii si recomandarile psihologului evaluator sa fie
comunicate structurii care solicitat evaluarea precum și managerului/sefului direct.

Data:

Nume si prenume

Semnatura



**SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA DROBETA TURNU SEVERIN
JUDETUL MEHEDINTI**

Bd. Mihai Viteazul nr. 6D

Cod fiscal : 4222239 ; Cont IBAN RO88TREZ46121F335000XXXX

Banca : Trezoreria Drobeta Tr. Severin

Telefon : 0252/313751 ; Fax : 0252/321498

oficial@spitjudseverin.ro



ISO 9001 certificat nr.507C

Anexa nr. 6
(Art. ___ la Regulament)

PROTOCOL DE COLABORARE

CAP. I Părțile.

Spitalul _____, cu sediul în _____, strada _____, nr. __, tel/fax _____, reprezentat prin _____ în calitate de director medical și: _____ convin prin prezentul protocol să colaboreze pentru realizarea scopului și obiectivelor precizate, adoptând de comun acord metodologia de lucru și supunându-se în totalitate obligațiilor comune și a celor stabilite de cealaltă parte.

CAP. II Scopul.

Scopul prezentului protocol îl reprezintă stabilirea cadrului, a modului de colaborare între părți și a promovării reciproce.

CAP. III Obiectul.

Obiectul prezentului protocol de colaborare îl reprezintă cooperarea pe următoarele direcții:

- Realizarea studiului
- Folosirea în acest scop a arhivei medicale a spitalului.
-

CAP IV Metodologia de lucru

Părțile semnatare convin asupra următoarelor modalități de lucru:

CAP V Obligațiile părților.

1. Obligațiile Spitalului _____:

- Să pună la dispoziția partenerului documentele din arhiva medicală a spitalului referitoare la
- Să asigure partenerului condițiile necesare culegerii și prelucrării datelor la sediul spitalului, astfel încât documentele medicale de arhivă să nu părăsească incinta instituției.

2. Obligațiile

- Respectarea normelor de protecție a informațiilor clasificate;
- Respectarea confidențialității datelor pacienților;
- Scopul studiului să nu contravină normelor de etică profesională;
- Numele Spitalului _____ să fie menționat în cursul lucrării finale;
- Spitalul _____ să aibă acces la rezultatele studiului prin înmânarea unui exemplar al lucrării finale;

CAP VI Protecția informațiilor.

.....

CAP VII Durata protocolului

Prezentul protocol are valabilitatea de luni/ani de la data semnării sale, cu posibilitate de prelungire prin act adițional, cu acordul părților.

Alte mențiuni:

CAP VIII Denunțare

Constituie motiv de reziliere a prezentului contract următoarele:

– Nerespectarea de către părțile contractante a prevederilor prezentului protocol;

–

Constituie motiv de încetare a prezentului protocol următoarele:

– Terminarea studiului;

– Acordul părților pentru încetarea colaborării;

– Forța majoră, dacă este invocată.

CAP IX Litigii

Orice litigiu se soluționează pe cale amiabilă.

Când litigiul nu a putut fi soluționat pe cale amiabilă, sunt competente instanțele judecătorești, în conformitate cu legislația română.

CAP X Dispoziții finale.

Încheiat astăzi,, în 2 exemplare, ambele cu valoare de original, câte un exemplar pentru fiecare parte.

Manager

Director medical

Solicitant

Ghid privind comunicarea cu pacientul/reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic

Întrucât cancerul este un diagnostic devastator, contează în mare măsură ca relația medicului cu pacientul său să se caracterizeze prin empatie, onestitate și o legătură umană cu acesta și familia sa. Se impune în acest context ca medicii să construiască în mod eficient relația cu pacientul, să îi ofere acestuia informații adecvate și să abordeze toate îngrijorările lui, în ciuda constrângerilor de timp specifice practicii clinice.

Comunicarea în practica oncologică prezintă numeroase provocări. Adesea, clinicienii trebuie să împărtășească veștile neplăcute pacienților și familiilor acestora. La primirea informațiilor despre diagnostic și tratamentul necesar, pacienții pot reacționa prin frică, durere, negare, furie. Astfel de emoții puternice pun medicii în situații inconfortabile.

Pe de altă parte, cancerul presupune efectuarea unor tratamente complicate, iar majoritatea pacienților nu dețin un background educațional care să-i ajute să înțeleagă boala și terapiile necesare. La rândul lor, medicii beneficiază de o pregătire redusă în ceea ce privește maniera în care ar trebui să furnizeze informațiile despre problemele complexe de sănătate generate de cancer, astfel încât acestea să fie înțelese și acceptate de către pacienți și non-experti.

Cu ocazia discutării diagnosticului și a prognosticului bolii, medicul trebuie să furnizeze informații adaptate nevoilor pacientului/reprezentantului legal, care să îi ofere acestuia speranță și încurajare, fără a-l induce însă în eroare. Se recomandă ca termenii folosiți să fie simpli și direcți, iar informațiile să fie furnizate clar și succinct, într-un limbaj non-tehnic. Când știrile sunt nefavorabile, este bine ca medicii să urmeze pași suplimentari pentru a răspunde eventualelor nevoi și nelămuriri ale pacienților/ reprezentantului legal . Comunicarea unor astfel de informații se va desfășura, pe cât posibil, într-un cadru adecvat, în particular, medicul exprimându-și solidaritatea față de pacient și răspunzând cu empatie emoțiilor întâmpinate de acesta. După transmiterea veștilor defavorabile, se face o pauză, pentru ca pacientul/ reprezentantul legal să absoarbă ceea ce i s-a spus (tăcerea de susținere). Se așteaptă ca pacientul/ reprezentantul legal să răspundă înainte de a i se mai comunica și altceva. În situația în care acesta nu spune nimic, medicii pot pune întrebări precum: «La ce vă gândiți?» sau să răspundă empatic «Păreți copleșit!». Cantitatea de informații trebuie adaptată stării emoționale a pacientului. Se recomandă ca pacienții/ reprezentanții legali să fie îndemnați să pună întrebări și să li se dea timp pentru a-și exprima îngrijorările.

Clinicienii ar trebui să le prezinte pacienților/ reprezentanților legali toate opțiunile de tratament, inclusiv posibilitatea participării la studii clinice (dacă există) și o variantă individualizată de îngrijire paliativă. În contextul discutării opțiunilor de tratament, este esențial să se clarifice obiectivele terapiilor disponibile (vindecarea versus prelungirea supraviețuirii versus îmbunătățirea calității vieții), astfel încât pacientul/ reprezentantul legal să înțeleagă rezultatele probabile și să poată asocia obiectivele tratamentului cu obiectivele de îngrijire. Este necesar ca pacienții/ reprezentanții legali să fie informați și în legătură cu potențialele beneficii și dezavantaje ale fiecărei variante de terapie, iar înțelegerea acestora să fie verificată de către medic.

Fiecare medic trebuie să găsească o abordare diferențiată și personalizată în funcție de caracteristicile pacientului/ reprezentantului legal cu care lucrează. Conștientizarea faptului că procesul de comunicare necesită o abordare specială culminează prin înțelegerea existenței "momentului oportun", atunci când informațiile și adevărurile pot fi oportune și adecvat percepute și alte momente în care acestea nu sunt. Pacienții/ reprezentanții legali pot solicita informații diferite în etape (stadii) diferite ale bolii, care le influențează procesul de înțelegere.

Pot fi evidențiate trei concepte cheie în definirea competențelor interpersonale și de comunicare în relația medic - pacient oncologic - familia pacientului, astfel:

- Abordare centrată pe pacient - este modalitatea cea mai eficientă de a oferi informație despre maladie, susținerea deciziilor în comun ca o componentă esențială a

tratamentului, iar formarea abilităților de comunicare nu mai poate fi considerată o abilitate opțională.

- Comunicarea eficientă dintre familia pacientului, oncolog și pacient este asociată cu rezultate terapeutice importante și poate contribui în procesul de adaptare la stresul psihosocial al bolii.
- Abilitățile de comunicare nu sunt înnăscute și nu îmbunătățesc neapărat experiența clinică, dar pot fi predate și învățate, iar practicarea acestor abilități pot modifica stilul de comunicare, în cazul prezenței unei motivații de formare.

Aceste competențe sunt deosebit de importante în situații emoționale foarte dificile, cum ar fi comunicarea diagnosticului, trecerea pacientului la îngrijiri paliative și informarea reprezentantului legal despre sfârșitul duratei de viață. Din păcate, aceste abilități nu sunt permanente, deci este important să se practice noi competențe, cu un feedback regulat, cu privire la comportamentul dobândit. Astfel, de multe ori personalitatea medicului este factorul care determină stilul său de muncă și comunicare în cadrul profesiei pe care o practică, stil manifestat atât în cadrul deciziei terapeutice cât și în cadrul tuturor relațiilor cu bolnavii. Temperamentul și personalitatea pacientului/ reprezentantului legal sunt doi factori foarte importanți în primirea unui diagnostic și acceptarea tratamentului, iar datoria medicului este de a ajuta pacientul/ reprezentantul legal să înțeleagă mai multe despre boala de care suferă.

Reguli de comunicare eficientă cu pacientul oncologic:

- Acordă-i atenție totală. Nu există un mod anume pentru a discuta despre boală. Uneori simpla prezență poate fi cel mai important lucru;
- Oferă sfaturi cu grijă. Nu uita că experiența fiecărei persoane cu boala este unică;
- Folosește umorul atunci când este posibil. În situațiile tensionate râsul poate avea efect relaxant;
- Uneori poți observa că pacientul/ reprezentantul legal este retras și necomunicativ. Nimeni nu poate fi pozitiv tot timpul. Pune-te în situația acestuia și acordă-i timp pentru a reflecta;
- Cere permisiunea de a discuta diferite subiecte. Urmărește reacția pacientului/ reprezentantului legal și nu te simți ofensat dacă pacientul/ reprezentantul legal nu dorește uneori să discute cu tine;
- În lupta cu boala pacientul/ reprezentantul legal se poate confrunta cu sentimente precum: tristețe, furie, confuzie, neputință. Fii pregătit pentru răspunsuri negative din partea pacientului/ reprezentantului legal sau chiar refuzul de a răspunde la o întrebare. Nu insista și nu suprasolicita pacientul/ reprezentantul legal. Cel mai bine este să permiți acestuia să decidă când să vorbească și cât de mult să împărtășească cu tine;
- Poți arăta suport și fără utilizarea cuvintelor. Atât limbajul corpului cât și expresiile faciale pot transmite intențiile tale de suport și grijă. Menține contactul vizual, ascultă cu atenție și evită distragerea atenției în timpul conversației;
- Alege-ți cu grijă cuvintele. Acest lucru te poate ajuta să-ți arăți suportul față de pacient/ reprezentantul legal fără desconsiderare sau fără a evita subiectul.

Prin limbaj și comportament, medicul trebuie să ofere pacientului/ reprezentantului legal exact ceea ce caută: încredere, echilibru și mai ales speranță.



ANMCS
unitate aflată în
PROCES DE ACREDITARE

SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA DROBETA TURNU SEVERIN
JUDETUL MEHEDINTI

Bd. MihaiViteazul nr. 6D

Cod fiscal : 4222239 ; Cont IBAN RO88TREZ46121F335000XXXX

Banca : TrezoreriaDrobeta Tr. Severin

Telefon : 0252/313751 ; Fax : 0252/321498

oficial@spitjudseverin.ro



Anexa nr. 8

(Art. ____ la Regulament)

ACORD LIBER CONSIMTIT PRIVIND EVALUAREA PSIHOLOGICĂ A PACIENTULUI

Subsemnatul¹⁵ _____

CNP _____ domiciliat în _____, posesor al C.I. seria ____ nr. _____, declar ca am luat la cunostință despre informațiile cu privire la scopul, durata, procedurile utilizate, riscurile, beneficiile, limitele confidențialității serviciilor psihologice și depre dreptul de a mă retrage / a retrage pacientul _____ oricând de la desfășurarea evaluării/intervenției psihologice.

Totodată, potrivit prevederilor *Legii nr. 190/2018 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestora si reglementarilor emise in aplicarea acesteia*, îmi exprim consimțământul, în mod expres și neechivoc, pentru utilizarea și prelucrarea datelor mele cu caracter personal în vederea realizării și întocmirii *Raportului de psihodiagnostic și evaluare clinică*.

Declar că nu/sunt de acord ca rezultatele evaluării și recomandările psihologului evaluator să fie comunicate medicului curant.

Data: _____

Nume și prenume¹⁶: _____

Semnatura¹⁷: _____

¹⁵ Nume, prenume pacient/părinte/tutore/reprezentant legal

¹⁶ Pacient/părinte/tutore/reprezentant legal

¹⁷ Pacient/părinte/tutore/reprezentant legal



**SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA DROBETA TURNU SEVERIN
JUDETUL MEHEDINTI**

Bd. MihaiViteazul nr. 6D

Cod fiscal : 4222239 ; Cont IBAN RO88TREZ46121F335000XXXX

Banca :TrezoreriaDrobeta Tr. Severin

Telefon : 0252/313751 ; Fax : 0252/321498

oficial@spitjudseverin.ro



Anexa nr. 9
(Art. ___ la Regulament)

RAPORT DE PSIHODIAGNOSTIC ȘI EVALUARE CLINICĂ

1. Numele și prenumele pacientului: _____
2. Data evaluării: _____ FOCG/FCZ/Fișă urgență: _____
3. Motivul evaluării: _____
4. Istoric: _____

5. Instrumente utilizate pentru evaluare: _____
6. Concluzii: _____

7. Recomandări: _____

Psiholog evaluator



**SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA DROBETA TURNU SEVERIN
JUDETUL MEHEDINTI**

Bd. Mihai Viteazul nr. 6D
Cod fiscal : 4222239 ; Cont IBAN RO88TREZ46121F335000XXXX
Banca : Trezoreria Drobeta Tr. Severin
Telefon : 0252/313751 ; Fax : 0252/321498
oficial@spitjudseverin.ro



ISO 9001 certificat nr.507C

**Anexa nr. 10
(Art. ____ la Regulament)**

Aprobat
Director medical

SOLICITARE RETUR MEDICAMENTE/MATERIALE SANITARE ÎN FARMACIE

Rog fiți de acord și aprobați returnarea, introducerea în gestiunea Farmaciei și scăderea de pe foaia de Condica nr....., din Foaia de Observație Clinică Generală nr. a pacientului, a următoarelor medicamente/materiale sanitare:

- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;

Prezenta solicitare este determinată de:

- schimbarea medicației pacientului
- transferul pacientului
- decesul pacientului
- altele:

Data:

Semnătura și parafa medicului

Subsemnata _____, farmacist/asistent medical în Farmacia spitalului, confirm returnarea, introducerea în gestiunea Farmaciei și scăderea de pe foaia de Condica nr....., din Foaia de Observație Clinică Generală nr. a pacientului, a următoarelor medicamente/materiale sanitare:

- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;
- _____ = ___ cpr./fiole/buc.;

Data:

Semnătura personal Farmacie