Acest document conține informații si date care sunt proprietatea Spitalului Orășenesc "Dr.Valer Russu " Luduș
Reproducerea și difuzarea sunt in exclusivitate drepturile spitalului.

REGULAMENTUL INTERN AL SPITALULUI ORĂȘENESC „DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

Inregistrat cu nr.10501/01.10.2019

-Pagină albă-

DECIZIE

PENTRU APROBAREA REGULAMENTULUI INTERN AL SPITALULUI ORĂȘENESC „DR. VALER RUSSU" LUDUȘ

Managerul Spitalului Orășenesc „DR. VALER RUSSU" Luduș

În scopul stabilirii la nivelul Spitalului Orășenesc „DR. VALER RUSSU" Luduș a regulilor privind protecţia, igiena şi securitatea în muncă, drepturile şi obligaţiile angajatorului, ale salariaţilor, ale pacienţilor, aparţinătorilor acestora şi vizitatorilor, procedura de soluţionare a cererilor sau reclamaţiilor individuale ale salariaţilor, regulile concrete privind disciplina muncii în unitate, abaterile disciplinare şi sancţiunile aplicabile şi a modalităţilor de aplicare a dispoziţiilor legale sau contractuale specifice;
Cu respectarea principiului nediscriminării şi al înlăturării oricărei forme de încălcare a demnităţii,
În temeiul dispoziţiilor:
- art. 241-246 din Legea nr.53/24.06.2003- Codul muncii republicat, cu modificările şi completările ulterioare,

emite următoarea decizie

Art. 1. – Se aprobă „REGULAMENTUL INTERN A SPITALULUI ORĂȘENESC „DR. VALER RUSSU", prevăzut în anexa care face parte din prezenta decizie.

Art. 2. – (1) La data intrării în vigoare a prezentului Regulament, se abrogă:
- *„Regulamentul de intern al Spitalului Orășenesc „Dr. Valer Russu" Luduș*, înregistrat cu nr. 6569/13.10.2015

Art. 3. - Înţelesurile principalilor termeni utilizaţi în prezentul Regulament, sunt prevăzuţi în **Anexa nr. 1**.

Managerul Spitalului Orășenesc „Dr. Valer Russu" Luduș

Ec. Utiu Claudia

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII SPITALUL ORĂȘENESC Dr. VALER RUSSU LUDUȘ

Avizat,
Reprezentant salariați

Avizat,
Jurist

C.J.S.P. MUREȘ SPITAL MIREȘTEAN Magdalena CONSILIER JURIDIC 27.09.2022 MUREȘ

Avizat,
Consiliul etic

SPITALUL ORĂȘENESC Dr. VALER RUSSU LUDUȘ CONSILIUL ETIC

Prezentul REGULAMENT INTERN a fost avizat în cadrul şedinţei Consiliului Medical din data de 26.09.2019 (P.V.nr. 10397/26.09.20198) şi în cadrul şedinţei Consiliului etic din data de 30.09.2019 (P.V..nr.10435/30.09.2019).

CUPRINS

CAPITOLUL I - DISPOZIŢII GENERALE 8
1.1. Domeniul de aplicabilitate 8
1.2. Domeniul de adresabilitate 8
1.2.1. Modul de aducere la cunoştinţă a prevederilor Regulamentului 9
CAPITOLUL II - REGULI PRIVIND PROTECŢIA, IGIENA ŞI SECURITATEA ÎN MUNCĂ 11
CAPITOLUL III - REGULI PRIVIND RESPECTAREA PRINCIPIULUI NEDISCRIMINĂRII ŞI A ÎNLĂTURĂRII ORICĂREI FORME DE ÎNCĂLCARE A DEMNITĂŢII 14
CAPITOLUL IV - DREPTURILE ŞI OBLIGAŢIILE CONDUCERII SPITALULUI ŞI ALE PERSONALULUI ACESTUIA 16
4.1. Drepturile şi obligaţiile conducerii Spitalului 16
4.2. Drepturile şi obligaţiile personalului Spitalului 17
CAPITOLUL V - PROCEDURA DE SOLUȚIONARE A CERERILOR SAU A RECLAMAȚIILOR INDIVIDUALE ALE SALARIAȚILOR ȘI PACIENȚILOR 20
CAPITOLUL VI - REGULI CONCRETE PRIVIND DISCIPLINA MUNCII ÎN SPITAL 23
CAPITOLUL VII - ABATERILE DISCIPLINARE ŞI SANCŢIUNILE APLICABILE 25
CAPITOLUL VIII - REGULI REFERITOARE LA PROCEDURA DISCIPLINARĂ 26
CAPITOLUL IX - MODALITĂȚI DE APLICARE A ALTOR DISPOZIŢII LEGALE REGULAMENTARE SAU CONTRACTUALE SPECIFICE 27
9.1.Conducerea activităţilor 27
9.2. Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor şi controlul vehiculelor 28
9.3. Efectuarea triajului epidemiologic al personalului la începerea activităţii zilnice 28
9.4. Apărarea împotriva incendiilor 29
9.7. Evacuarea și relocarea pacienților la nivelul spitalului, precum și evacuarea clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare si dispozitivelor medicale în caz de nevoie 30
9.8.Reguli de aducere la cunoştinţă a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispoziţiilor şi instrucţiunilor nou apărute 36
9.9. Protecția datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestora) 38
9.10. 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 39
9.12. Modalitatea de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic și legal 41
9.13. Modalitatea de acordare a asistenței medicale pentru situații de urgență cu risc vital imediat, în condițiile în care personalul cu competență este indisponibil 43
9.14. Modalitatea de acordare a serviciilor medicale pacienților în absența consimțământului acestora 46
9.15. Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate 48
9.16. Stabilirea necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale 49
9.17. Limita de competență a personalului în domeniul comunicării cu pacientul 52

9.18. Modalitatea de verificare a competențelor certificate ale personalului propriu 55
9.19. Colectarea şi raportarea indicatorilor de monitorizare 57
9.20. Modalitatea de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor şi protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate 59
9.21. Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern 61
9.22. Accesul mass-media la nivelul spitalului şi la pacienți 62
9.23. Stabilirea limitei de competență a personalului în domeniul comunicării cu mass-media 64
9.24. Modul de funcționare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităților din Planul strategic 65
9.25. Modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare şi administrative 67
9.26. Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților 68
9.27. Modalitatea de asigurare a suportului psihologic pentru personal, după caz 70
9.28. Modalitatea de identificare corectă a pacientului și monitorizarea sistemului de identificare a acestuia 71
9.29. Accesul şi utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare 74
9.30. Modul de comunicare între membrii echipelor medicale 75
9.31. Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigațiilor 78
9.32. Modul de comunicare către aparținători a degradării stării pacientului şi accesul aparținătorilor la pacientul aflat în stare terminală şi protocolul de comunicare către aparținători în situațiile de deces al pacientului, inclusiv a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului ... 79
9.33. Modul de comunicare cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic 83
9.34. Modul de comunicare mimico-gestual cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați 84
9.35. Deplasarea pacienților la nivelul spitalului 85
9.36. Modul de utilizare a paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor 86
9.37. Modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic şi tratament 88
9.38. Modalitatea de desfăşurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric 89
9.39. Modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-un spital cu competență de a trata cazuri oncologice 91
9.40. Modul de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiştii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare 93
9.41. Situații în care nu se comunică pacientului/reprezentantului legal informațiile despre starea de sănătate a pacientului 95
9.42. Implicarea pacientului în procesul de învățământ medical. Activitatea de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic şi de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale 96
9.43. Modalitatea de servire a mesei la patul pacientului 97
9.44. Comunicarea în situații deosebite/excepționale 100
9.45. Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor 104
9.47. Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea şi utilizarea medicamentelor 105
9.48. - Predarea/preluarea pacienților cu suspiciune de boală cronică renală (B.C.R.) de/către medicul nefrolog 107
9.49. Prescrierea medicamentelor în limitele competenței specialităților 110
9.50. Modul de respectare a intimității pacientului 112

9.51. Asigurarea accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate . 113
9.52. Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale 116
9.53. Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice 117
9.54. Accesul la documentele medicale privind pacienții aflați într-un proces de evaluare și/sau tratament 120
9.55. Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii 122
9.56. Reglementarea modalității de colectare a datelor pentru a evita redundanțele și erorile de înregistrare 123
9.57. Reglementarea modalității de obținere a consimțământului informat 125
9.58. Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente 129
9.59. Utilizarea chestionarului de satisfacție a angajatului 129
9.60. Determinarea gradului mediu de dependență a pacienților internați prin utilizarea scorurilor de dependență specifice fiecărei specialități 131
9.61. Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale 134
9.62. Modul de acțiune pentru situațiile în care resursele de investigație ale spitalului sunt depășite/indisponibile 136
9.63. Colaborarea dintre C.G./C.P.U. și serviciile de urgență prespitalicești 138
9.64. Preluarea pacienților în structurile de terapie intensivă 141
9.65. Accesul și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentelor A.T.I. 145
9.66. Accesul în Compartimentele A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia 146
9.67. Modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română 148
9.68. Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere 149
9.69. Accesul și traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive pe perioada desfășurării activității specifice 150
9.70. Modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian 152
9.71. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe 153
9.72. Modul de verificare a stării de portaj pentru pesonal 158
9.73. Accesul vizitatorilor/aparținătorilor în spital în situațiile cu risc epidemiologic 160
9.74. Modalități de identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale și identificarea și managementul acestui tip de medicamente... 161
9.75. Modalități de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții 162
9.76. Reguli privind respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate 163
9.77. Reglementări cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile 166
9.78. Modul de atenționare a sefilor de secție referitor la medicația cu mișcare încetinită 167
9.79. Monitorizarea produselor farmaceutice și materialelor sanitare utilizate în studii clinice 168
9.80. Modul de preluare/predare și depozitarea valorilor și efectelor personale ale pacienților 169
9.81. Controlul calității hranei 170
9.82. Modalități de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale pe zăpadă și gheață de pe acoperiș 171

9.83. Gestionarea, utilizarea, manipularea şi depozitarea materialelor, echipamentelor, recipientelor şi substanţelor cu risc de explozie şi radioactive, inclusiv în caz de situaţii excepţionale 172
9.84. Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamităţi şi rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia 175
9.85. Modul de realizare al meniurilor zilnice 176
9.86. Modul de declarare/înregistrare şi analiză a accidentelor de muncă 177
9.87. Circuitul documentelor în cadrul spitalului 178
9.88. Colectarea şi gestiunea datelor la nivelul spitalului 181
9.89. Protecţia sistemului informatic la nivelul spitalului 183
9.90. Arhivarea documentelor la nivelul spitalului 185
9.91. Protecţia sistemului informaţional la nivelul spitalului 186
9.92. Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului 189
9.93. Condiţii de acces, prelucrare şi protecţie a informaţiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale şi personale ale pacientului 190
9.94. Consultarea unităţilor arhivistice. Eliberarea adeverinţelor şi duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale solicitate de către pacienţi / aparţinători / împuterniciţi sau alte persoane, îndreptăţite să aibă acces la informaţii, potrivit legii 199
9.95. Utilizarea echipamentului individual de protecţie 201
9.96 Menţinerea sănătăţii ocupaţionale a personalului din cadrul Compartimentului îngrijiri paliative 205
9.97 Reglementare privind activitatea echipei pluridisciplinare în Compartimentul îngrijiri paliative 207
9.98 Reglementare privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potenţial periculoase 209
CAPITOLUL X - CRITERIILE ŞI PROCEDURILE DE PROMOVARE ŞI DE EVALUARE PROFESIONALĂ A SALARIAŢILOR 211
CAPITOLUL XI - PROGRAMUL ORAR 213
CAPITOLUL XII - DISPOZIŢII FINALE 214

CAPITOLUL I - DISPOZIŢII GENERALE

Art.1. - Prezentul Regulament este întocmit în baza şi limitele prevederilor actelor normative din **Anexa nr. 2** la prezentul Regulament şi concretizează regulile privind protecţia, igiena şi securitatea în muncă, drepturile şi obligaţiile angajatorului, ale salariaţilor, procedura de soluţionare a cererilor sau reclamaţiilor individuale ale salariaţilor, regulile privind disciplina muncii în unitate, abaterile disciplinare şi sancţiunile aplicabile şi modalităţile de aplicare a dispoziţiilor legale sau contractuale specifice, precum şi 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 şi îndatoririlor tuturor categoriilor de personal din cadrul Spitalului precum şi cerinţelor care stau la baza relaţiilor între acestea, specifice Spitalului;

b) raporturilor de muncă şi de serviciu, încheiate între Spital, în calitate de angajator, reprezentată de manager şi personalul contractual, în calitatea de angajat, precum şi drepturile şi obligaţiile ce decurg din aceste raporturi juridice.

1.1. Domeniul de aplicabilitate

Art.3. – **(1)** Prezentul Regulament prevede responsabilităţi, reguli, drepturi şi obligaţii menţionate în legislaţia în vigoare care sunt adaptate la specificul activităţilor desfăşurate în Spital, stabilind modalităţile de pregătire şi îndeplinire a obiectivelor din planul cu activităţile Spitalului şi/sau a dispoziţiilor Primăriei Luduş.

(2) Regulamentul se aplică în toate compartimentele funcţionale ale Spitalului, iar respectarea prevederilor acestuia este obligatorie.

1.2. Domeniul de adresabilitate

Art.4. – **(1)** Prevederile Regulamentului se adresează :

a) personalului contractual încadrat/detaşat în Spital;

b) pacienţi/persoane internate/beneficiari ai actului medical în cadrul Spitalului;

c) însoţitorii persoanelor cu handicap/aparţinători;

d) studenţi, cursanţi, practicanţi şi voluntari;

e) personal de cercetare;

f) vizitatori;

g) comisionarii de echipamente, medicamente, materiale de întreţinere;

h) personalul terţilor pentru întreţinere echipamente medicale şi nonmedicale;

i) altor persoane din afara spitalului, care participă temporar la activităţi care se desfăşoară în Spital (medici aflaţi în pregătire/ perfecţionare, reprezentanţi firme, muncitori etc.).

j) persoanelor care desfăşoară activitate în baza unor contracte de prestări servicii.

(2) Dispoziţiile referitoare la organizarea timpului de lucru şi disciplină, din prezentul Regulament se aplică în mod corespunzător tuturor persoanelor care participă la diferite activităţi, pe timpul prezenţei în unitate.

Art. 5. – **(1)** Regulamentul se aplică tuturor salariaţilor Angajatorului, indiferent de durata contractului individual de muncă, de atribuţiile pe care le îndeplinesc şi de funcţia pe care o ocupă, precum şi celor care lucrează în cadrul spitalului pe bază de delegare sau detaşare.

(2) Salariaţii detaşaţi sunt obligaţi să respecte, pe lângă disciplina muncii din unitatea care i-a detaşat şi regulile de disciplină specifice locului de muncă unde îşi desfăşoară activitatea pe timpul detaşării.

Art. 6. – (1) Relaţiile de muncă se bazează pe principiul consensualităţii şi al bunei-credinţe.

(2) Drepturile şi obligaţiile privind relaţiile de muncă dintre angajator şi salariat se stabilesc potrivit legii, în cadrul contractelor individuale de muncă.

(3) Salariaţii nu pot renunţa la drepturile ce le sunt recunoscute prin lege.

(4) Orice tranzacţie prin care se urmăreşte renunţarea la drepturile recunoscute de lege salariaţilor sau limitarea acestor drepturi este lovită de nulitate.

(5) Pentru buna desfăşurare a relaţiilor de muncă, Angajatorul şi salariaţii se vor informa şi se vor consulta reciproc, în condiţiile legii.

1.2.1. Modul de aducere la cunoştinţă a prevederilor Regulamentului

Art.7. – (1) Cunoaşterea şi respectarea Regulamentului este obligatorie pentru toate categoriile de personal din cadrul Spitalului.

(2) Conducerea Spitalului răspunde de aducerea la cunoştinţa personalului a prezentului Regulament şi de păstrarea acestuia în locuri unde să poată fi consultat permanent.

(3) După redactare şi 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. 8. – (1) Modificările sau derogările de la prevederile prezentului Regulament se fac numai cu aprobarea managerului Spitalului, devenind operaţionale numai după aducerea lor la cunoştinţa tuturor salariaţilor.

Art. 9. – (1) Prelucrarea prevederilor prezentului Regulament, precum şi a modificărilor la acesta, este obligatorie.

(2) Regulamentul precum şi modificările la acesta, va/vor fi prelucrate de către conducerea Spitalului cu şefii/coordonatorii de microstructuri din organigrama Spitalului, urmând ca aceştia să-l prelucreze cu tot personalul din subordine în perioada imediat următoare, în cel mai scurt timp posibil.

(3) Şefii compartimentelor funcţionale ale Spitalului au obligaţia de a prelucra prevederile prezentului Regulament cu personalul din subordine, personalul nou încadrat, sau la întoarcerea acestuia din perioade de absenţă mai mari de 6 luni calendaristice. În aceste cazuri prelucrarea Regulamentului se va face în prima zi de lucru.

(4) Prezentul Regulament îşi produce efectele din momentul încunoştiinţării salariaţilor, sub semnătură.

(5) Conducerea Spitalului va pune la dispoziţia salariaţilor, la cerere, în vederea documentării şi consultării, exemplare din prezentul Regulament.

(6) Orice salariat interesat poate sesiza angajatorul cu privire la dispoziţiile prezentului Regulament, în măsura în care face dovada încălcării unui drept al său.

(7) Controlul legalităţii dispoziţiilor cuprinse în Regulament este de competenţa instanţelor judecătoreşti, care pot fi sesizate în termen de 30 de zile de la data comunicării de către angajator a modului de soluţionare a sesizării formulate potrivit alin. (6).

Art. 10. – (1) Personalul specificat în art. 4 alin. (1), ia la cunoştinţă sub semnătură de prevederile prezentului regulament, după cum urmează:

a) personalul încadrat în funcţii în cadrul Spitalului la data intrării în vigoare a prezentului Regulament, prin semnarea unor tabele-nominale de luare la cunoştinţă, care se constituie ca anexe la o circulară emisă de către managerului Spitalului;

b) noii angajaţi încadraţi în funcţii în cadrul Spitalului ulterior datei de intrare în vigoare a prezentului Regulament, prin semnarea unei fişe de instruire (în dublu exemplar) pusă la dispoziţie de către structura de resurse umane a Spitalului, în care declară că au luat la cunoştinţă de prevederile acestuia şi au fost informaţi cu privire la responsabilităţile, drepturile asociate postului precum şi privind procedurile şi protocoalele utilizate în desfăşurarea activităţii lor.

(2) Prezentul Regulament şi modificările la acesta se postează inclusiv pe pagina web a Spitalului, astfel încât se asigură posibilitatea luării acestuia la cunoştinţă de către toate categoriile de persoane specificate în art. 4 alin. (1).

(3) În cazul persoanelor din afara spitalului, care desfăşoară activitate temporară într-un loc de muncă din unitate, aducerea la cunoştinţă (prelucrarea) prezentului Regulament, cât şi a atribuţiilor din fişa de post întocmită cu această ocazie, este atributul persoanei care coordonează şi răspunde de activitatea celui în cauză/conducătorul locului de muncă.

Art. 11. - Orice modificare ce intervine în conţinutul prezentului Regulament este supusă procedurilor de informare prevăzute la art. 7 – 10 din prezentul Regulament.

CAPITOLUL II - REGULI PRIVIND PROTECŢIA, IGIENA ŞI SECURITATEA ÎN MUNCĂ

Art.12. – (1) Conducerea Spitalului este obligată să respecte următoarele reguli privind protecţia, igiena şi securitatea în muncă:

a) să asigure protecţia, igiena şi securitatea personalului în toate aspectele legate de muncă; măsurile luate pentru aceasta nu trebuie să comporte în nici un caz obligaţii financiare pentru angajat; obligaţiile personalului în domeniul securităţii şi sănătăţii în muncă nu aduc atingere principiului responsabilităţii angajatorului.

b) în cadrul propriilor responsabilităţi, angajatorul va lua măsurile necesare pentru protejarea securităţii şi sănătăţii salariaţilor, inclusiv pentru activităţile de prevenire a riscurilor profesionale, de informare şi pregătire, precum şi pentru punerea în aplicare a organizării protecţiei muncii şi 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 priveşte proiectarea locurilor de muncă şi alegerea echipamentelor şi metodelor de muncă, în vederea atenuării, cu precădere, a muncii monotone şi a muncii repetitive, precum şi a reducerii efectelor acestora asupra sănătăţii;
- luarea în considerare a evoluţiei tehnicii;
- înlocuirea a ceea ce este periculos cu ceea ce nu este periculos sau cu ceea ce este mai puţin periculos;
- planificarea prevenirii;
- adoptarea măsurilor de protecţie colectivă cu prioritate faţă de măsurile de protecţie individuală;
- aducerea la cunoştinţa salariaţilor a instrucţiunilor corespunzătoare.

c) să organizeze locul de muncă, astfel încât să fie garantată securitatea şi sănătatea în muncă a personalului;

d) să organizeze controlul permanent al stării materialelor, utilajelor şi substanţelor folosite în procesul muncii, în scopul asigurării sănătăţii şi securităţii personalului;

e) să asigure condiţiile de acordare a primului ajutor în caz de accident de muncă;

f) să asigure crearea condiţiilor de preîntâmpinare a incendiilor, precum şi pentru evacuarea personalului în situaţii speciale şi în caz de pericol iminent;

g) să realizeze evaluarea riscurilor pentru sănătate şi securitate în muncă;

h) să supravegheze sănătatea personalului în funcţie de riscurile privind securitatea şi sănătatea în muncă astfel încât acesta să poată beneficia de supravegherea sănătăţii la intervale regulate;

i) să informeze personalul despre riscurile, precum şi măsurile şi activităţile de prevenire şi protecţie atât la nivelul spitalului, în general, cât şi la nivelul fiecărui post de lucru în parte;

j) să evalueze riscurile pentru securitatea şi sănătatea personalului, inclusiv la alegerea echipamentelor de muncă, a substanţelor sau preparatelor chimice utilizate şi 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 îmbunătăţirea nivelului securităţii şi al protecţiei sănătăţii personalului şi să fie integrate în ansamblul activităţilor spitalului respective şi la toate nivelurile ierarhice;

k) să stabilească pentru întreg personalul, prin fişa postului, atribuţiile şi răspunderile ce le revin în domeniul securităţii şi sănătăţii în muncă, corespunzător funcţiilor exercitate;

l) să asigure personalului accesul la servicii medicale, inclusiv la serviciul medical de medicina muncii;

m) să consulte personalul şi să asigure participarea acestuia la discutarea problemelor de securitate şi sănătate în muncă;

n) să asigure echipament de muncă fără pericol pentru sănătatea şi securitatea personalului; în cazul degradării sau al pierderii calităţilor de protecţie al acestuia, angajatorul va acorda în mod obligatoriu echipament individual de protecţie nou;

o) să menţină prin structura logistică şi administratorul cazărmii, o stare igienică adecvată în spaţiile de lucru şi de folosinţă comună, asigurând materialele şi substanţele necesare realizării acesteia precum şi coordonarea personalului din subordine implicat în această activitate;

p) să asigure toţi salariaţii pentru risc de accidente de muncă şi boli profesionale, în condiţiile legii;

q) să asigure accesul salariaţilor la serviciul medical de medicină a muncii, organizat cu respectarea dispoziţiilor legale în vigoare

r) să respecte şi celelalte obligaţii prevăzute de legislaţia în domeniul securităţii şi sănătăţii în muncă, în partea care-l priveşte.

(2) Instruirea în domeniul securităţii şi sănătăţii în muncă este obligatorie în următoarele situaţii:

a) în cazul noilor angajaţi;

b) în cazul salariaţilor care îşi schimbă locul de muncă sau felul muncii;

c) în cazul salariaţilor care îşi reiau activitatea după o întrerupere mai mare de 6 luni;

d) în situaţia în care intervin modificări ale legislaţiei în domeniu.

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

Art.13. - Personalul Spitalului este obligat să respecte următoarele reguli privind protecţia, igiena şi securitatea în muncă:

a) să-şi desfăşoare activitatea, în conformitate cu pregătirea şi instruirea sa, precum şi cu instrucţiunile primite din partea angajatorului, astfel încât să nu expună la pericol de accidentare sau îmbolnăvire profesională atât propria persoană cât şi alte persoane care pot fi afectate de acţiunile sau omisiunile sale în timpul procesului de muncă;

b) să utilizeze corect echipamentele de muncă, substanţele periculoase, echipamentele de transport;

c) să utilizeze corect echipamentul individual de protecţie primit şi, după utilizare, să îl înapoieze sau să îl pună la locul destinat pentru păstrare, asigurând în permanenţă o întreţinere corespunzătoare a acestuia;

d) să aducă la cunoştinţa conducătorului locului de muncă şi/sau angajatorului accidentele suferite de propria persoană sau de alte persoane;

e) să comunice imediat angajatorului şi/sau responsabililor desemnaţi orice situaţie de muncă despre care are motive întemeiate să o considere un pericol pentru securitatea şi sănătatea proprie sau a celorlaţi angajaţi, precum şi orice deficienţă a sistemelor de protecţie;

f) să dea relaţiile solicitate de către inspectorii de muncă şi inspectorii sanitari.

g) să ia măsurile necesare pentru evitarea oricărei poluări prin eliminarea deşeurilor, precum şi prin utilizarea eficientă a energiei.

h) să îşi însuşească şi să respecte şi celelalte obligaţii prevăzute de legislaţia în domeniul securităţii şi sănătăţii în muncă şi măsurile de aplicare a acestora, în partea care-l priveşte.

Art. 14. - Instruirea pe linie de securitate şi sănătate în muncă şi însoţirea altor persoane care participă temporar la activităţi care se desfăşoară 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.15. - În contractele de prestări servicii vor fi prevăzute clauze cu privire la instruirea lucrătorilor externi pe linie de securitate şi sănătate în muncă.

Art. 16. – În contractele de achiziţie de aparatură şi echipamente medicale sau de suport a activităţii medicale vor fi prevăzute clauze cu privire la obligativitatea instruirii personalului propriu al Spitalului de către reprezentanţi ai firmelor furnizoare de aparatură/echipamente.

Art. 17. – Activitatea de securitate şi sănătate în muncă, protecţia mediului şi supraveghere tehnică în cadrul Spitalului, este îndrumată şi controlată de personalul încadrat în structura din organigrama Spitalului care are ca domeniu de responsabilitate securitatea şi sănătatea în muncă.

Art. 18. – Conducătorii ierarhici superiori ai compartimentelor funcţionale ale Spitalului răspund de aplicarea şi respectarea legislaţiei de securitate şi sănătate în muncă, protecţia mediului şi

supravegherea tehnică în vigoare pentru personalul din subordine şi cooperează cu personalul care are atribuţii în domeniul securităţii şi sănătăţii în muncă, protecţia mediului şi supravegherea tehnică nominalizat prin decizie internă.

Art. 19. –Instructajul privind securitatea şi sănătatea în muncă, protecţia mediului şi supravegherea tehnică se execută potrivit prevederilor instrucţiunilor şi normelor privind organizarea şi desfăşurarea activităţii de securitate şi sănătate în muncă în vigoare.

Art. 20. Angajatorul are obligaţia să asigure accesul salariaţilor la serviciul medical de medicină a muncii, organizat cu respectarea dispoziţiilor legale în vigoare

CAPITOLUL III - REGULI PRIVIND RESPECTAREA PRINCIPIULUI NEDISCRIMINĂRII ŞI A ÎNLĂTURĂRII ORICĂREI FORME DE ÎNCĂLCARE A DEMNITĂŢII

Art.21. – **(1)** În cadrul relaţiilor de muncă funcţionează principiul egalităţii de tratament faţă de toţi salariaţii.

(2) Orice discriminare directă sau indirectă faţă de un salariat, bazată pe criterii de sex, orientare sexuală, caracteristici genetice, vârstă, apartenenţă naţională, rasă, culoare, etnie, religie, opţiune politică, origine socială, handicap, situaţie sau responsabilitate familială, apartenenţă ori activitate sindicală, este interzisă.

(3) Constituie discriminare directă actele şi faptele de excludere, deosebire, restricţie sau preferinţă, întemeiate pe unul sau mai multe dintre criteriile prevăzute la alin. (2), care au ca scop sau ca efect neacordarea, restrângerea ori înlăturarea recunoaşterii, folosinţei sau exercitării drepturilor prevăzute în legislaţia muncii.

(4) Constituie discriminare indirectă actele şi faptele întemeiate în mod aparent pe alte criterii decât cele prevăzute la alin. (2), dar care produc efectele unei discriminări directe.

Art. 22. – **(1)** Orice salariat care prestează o muncă beneficiază de condiţii de muncă adecvate activităţii desfăşurate, de protecţie socială, de securitate şi sănatate în muncă, precum şi de respectarea demnităţii şi a conştiinţei sale, fără nicio discriminare.

(2) Tuturor salariaţilor care prestează o muncă le sunt recunoscute dreptul la plată egală pentru muncă egală, dreptul la negocieri colective, dreptul la protecţia datelor cu caracter personal, precum şi dreptul la protecţie împotriva concedierilor nelegale.

Art. 23. – **(1)** Este interzisă discriminarea prin utilizarea de către angajator a unor practici care dezavantajează persoanele de un anumit sex, în legătură cu relaţiile de muncă, referitoare la:

a) anunţarea, organizarea concursurilor sau examenelor şi selecţia candidaţilor pentru ocuparea posturilor vacante;

b) încheierea, suspendarea, modificarea şi/sau încetarea raportului juridic de muncă ori de serviciu;

c) stabilirea sau modificarea atribuţiilor din fişa postului;

d) stabilirea remuneraţiei;

e) beneficii, altele decât cele de natură salarială şi măsuri de protecţie şi asigurări sociale;

f) informare şi consiliere profesională, programe de iniţiere, calificare, perfecţionare, specializare şi recalificare profesională;

g) evaluarea performanţelor profesionale individuale;

h) promovarea profesională;

i) procesul de învăţământ;

j) aplicarea măsurilor disciplinare;

k) dreptul de aderare la sindicat şi accesul la facilităţile acordate de acesta;

l) orice alte condiţii de prestare a muncii, potrivit legislaţiei în vigoare.

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

Art. 24. – **(1)** Hărţuirea sexuală a unei persoane de către o altă persoană la locul de muncă este considerată discriminare după criteriul de sex şi este interzisă.

(2) Hărţuirea sexuală reprezintă orice formă de comportament nedorit, constând în contact fizic, cuvinte, gesturi sau alte mijloace indecente, materiale vizuale ofensatoare, invitaţii compromiţătoare, cereri de favoruri sexuale sau orice altă conduită cu conotaţii sexuale, care afectează demnitatea, integritatea fizică şi psihică a persoanelor la locul de muncă.

(3) Constituie discriminare după criteriul de sex orice comportament definit drept hărţuire sexuală, având ca scop:

a) de a crea la locul de muncă o atmosferă de intimidare, de ostilitate sau de descurajare pentru persoana afectată;

b) de a influenţa negativ situaţia persoanei angajate în ceea ce priveşte promovarea profesională, remuneraţia sau veniturile de orice natură ori accesul la formarea si perfecţionarea profesională, în cazul refuzului acesteia de a accepta un comportament nedorit, ce ţine de viaţa sexuală.

(4) Toţi salariaţii trebuie să respecte regulile de conduită şi răspund în condiţiile legii pentru încălcarea acestora.

(5) Angajatorul nu va permite şi nu va tolera hărţuirea sexuală la locul de muncă şi face public faptul că încurajează raportarea tuturor cazurilor de hărţuire sexuală, indiferent cine este ofensatorul, că angajaţii care încalcă demnitatea personală a altor angajaţi, prin orice manifestare confirmată de hărţuire sexuală la locul de muncă, vor fi sancţionaţi disciplinar.

Art. 25. – (1) Persoana care se consideră hărţuită sexual va raporta incidentul printr-o plângere în scris, care va conţine relatarea detaliată a manifestării de hărţuire sexuală la locul de muncă.

(2) Angajatorul va oferi consiliere şi asistenţă victimelor actelor de hărţuire sexuală, va conduce investigaţia în mod strict confidenţial şi, în cazul confirmării actului de hărţuire sexuală, va aplica măsuri disciplinare.

(3) La terminarea investigaţiei se va comunica părţilor implicate rezultatul anchetei.

(4) Orice fel de represalii, în urma unei plângeri de hărţuire sexuală, atât împotriva reclamantului, cât şi impotriva oricărei persoane care ajută la investigarea cazului, vor fi considerate acte discriminatoare şi vor fi sancţionate conform dispozitiilor legale în vigoare.

(5) Hărţuirea sexuală constituie şi infracţiune.

(6) Potrivit dispoziţiilor art. 223 alineat (1) din Codul penal, cu modificările ulterioare, hărţuirea unei persoane prin ameninţare sau constrângere, în scopul de a obţine satisfacţii de natură sexuală, de către o persoană care abuzează de autoritatea sau influenţa pe care i-o conferă funcţia îndeplinită la locul de muncă se pedepseşte cu închisoare de la 3 luni la un an sau cu amendă.

Art. 26. – (1) Angajaţii au obligaţia 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 şi a drepturilor şi intereselor tuturor salariaţilor.

(2) Pentru crearea şi menţinerea unui mediu de lucru care să încurajeze respectarea demnităţii fiecărei persoane, pot fi derulate proceduri de soluţionare pe cale amiabilă a plângerilor individuale ale salariaţilor, inclusiv a celor privind cazurile de violenţă sau hărţuire sexuală, în completarea celor prevăzute de lege.

CAPITOLUL IV - DREPTURILE ŞI OBLIGAŢIILE CONDUCERII SPITALULUI ŞI ALE PERSONALULUI ACESTUIA

4.1. Drepturile şi obligaţiile conducerii Spitalului

Art. 27. -Conducerea Spitalului are, în principal, următoarele **drepturi:**

a) să stabilească organizarea şi funcţionarea activităţilor ce se desfăşoară în Spital în concordanţă cu misiunea de bază înscrisă în statul de organizare al acestuia;

b) să stabilească atribuţiile corespunzătoare fiecărei categorii de personal, precum şi cele la nivel individual, în condiţiile legii;

c) să dea dispoziţii, indicaţii conform competenţelor în domeniu, sub rezerva legalităţii acestora;

d) să exercite controlul asupra modului de îndeplinire a sarcinilor/atribuţiilor de serviciu de către personalul din subordine;

e) sa propună structura organizatorică, reorganizarea/restructurarea spitalului sau a unei părţi din aceasta sub rezerva respectării prevederilor legislaţiei în vigoare;

f) să constate săvârşirea abaterilor disciplinare şi să aplice sancţiunile corespunzătoare, în conformitate cu normele legale aplicabile pentru fiecare categorie de personal în parte;

g) să stabilească obiectivele de performanţă individuală, precum şi criteriile de evaluare a realizării acestora, urmând ca rezultatele obţinute să fie utilizate în procesul de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a salariaţiilor.

Art. 28. - Conducerea Spitalului are, în principal, următoarele **obligaţii**:

a) să asigure permanent condiţiile tehnice şi organizatorice necesare pentru aplicarea întocmai a prevederilor actelor normative referitoare la încadrarea/angajarea, salarizarea, promovarea/avansarea, securitatea şi sănătatea în muncă, încadrarea în condiţii 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 şi desfăşurarea lucrului în condiţii de deplină siguranţă, pentru însuşirea de către întregul personal a normelor de protecţie a muncii, de prevenire şi stingere a incendiilor şi a măsurilor de aplicare a acestora, pentru stabilirea atribuţiilor pentru fiecare loc de muncă şi controlul îndeplinirii acestora;

c) să asigure accesul la formarea profesională, la perfecţionarea pregătirii generale şi de specialitate, prin participarea personalului la diferite forme de pregătire şi perfecţionare în conformitate cu normele legale aplicabile în acest domeniu;

d) să impună obligativitatea acordării serviciilor medicale în mod nediscriminatoriu asiguraţilor;

e) să ia toate măsurile necesare în vederea păstrării confidenţialităţii faţă de terţi asupra tuturor informaţiilor decurse din serviciile medicale acordate asiguraţilor;

f) să dispună măsurile specifice necesare respectării de către întreg personalul S.O. Luduş a prevederilor *Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie 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 S.O. Luduş a materialelor şi a instrumentelor a căror condiţie de sterilizare este nesigură;

i) să aplice prevederile legislaţiei şi normelor specifice categoriilor de personal în privinţa rapoartelor/cererilor, sesizărilor, propunerilor sau reclamaţiilor privind raporturile de muncă sau de serviciu;

j) să informeze salariaţii asupra condiţiilor de muncă şi asupra elementelor care privesc desfăşurarea relaţiilor de muncă;

k) să se consulte cu sindicatul sau reprezentaţii salariaţilor, după caz, în privinţa deciziilor susceptibile să afecteze substanţial drepturile şi interesele acestora;

l) să acorde salariaţilor toate drepturile care decurg din lege şi contractele individuale de muncă;

m) să plătească toate contribuţiile şi impozitele aflate în sarcina sa precum şi să reţină şi să vireze contribuţiile şi impozitele datorate de salariaţi, în condiţiile legii;

n) să înfiinţeze Registrul general de evidenţă a salariaţilor şi să opereze înregistrările prevăzute de lege;

o) să ia decizii, să le exprime prin dispoziţii scurte, clare şi precise, să asigure condiţiile necesare îndeplinirii acestora şi să urmărească executarea lor;

p) să dispună executarea unor acţiuni numai în temeiul legii;

q) să elibereze, la cerere, toate documentele care atestă calitatea de salariat a solicitantului;

r) să asigure confidenţialitatea datelor cu caracter personal ale salariaţilor;

s) să aducă la cunoştinţa personalului din subordine, în părţile ce îl privesc, ordinele şi dispoziţiile legale nou intrate în vigoare, precum şi asigurarea înţelegerii corecte a acestora;

t) să respecte principiile şi regulile de conduită prevăzute în „*Codul de conduită etică al personalului din cadrul S.O. Luduș*";

u) alte obligaţii prevăzute de actele normative în vigoare.

4.2. Drepturile şi obligaţiile personalului Spitalului

Art. 29. – (1) Personalul Spitalului are, în principal, următoarele **drepturi**:

a) dreptul la salariu corespunzător funcţiei ocupate, inclusiv dreptul la salarizarea reglementată de legislaţia specifică unităților sanitare cu paturi;

b) dreptul la repaus zilnic şi săptămânal;

c) dreptul la concediu de odihnă anual, concediu medical, concediu maternal/paternal, concediu de creştere a copilului, alte forme prevăzute pentru salariaţi de legislaţia privind timpul de muncă şi concediile;

d) dreptul la promovare pe baza rezultatelor obţinute în evaluarea anuală a performanţelor profesionale individuale;

e) dreptul la respectarea onoarei şi demnităţii în muncă;

f) dreptul la egalitate de şansă şi tratament;

g) dreptul la informare şi consultare;

h) dreptul la acces la formare şi perfecţionare profesională continuă;

i) dreptul la consultare în vederea determinării şi ameliorării condiţiilor de muncă şi a mediului de muncă şi de a beneficia de ingrijire specifică în cazul unor accidente de muncă (cu risc infecţios);

j) dreptul la asistenţă medicală, recuperare şi refacere a capacităţii de muncă în conformitate cu legislaţia aplicabilă în domeniu;

k) dreptul la protecţie socială în caz de concediere, trecere în rezervă/ieşire la pensie, în condiţiile legii;

l) dreptul la opinie, manifestată în modul instituţionalizat de prevederile reglementărilor în vigoare;

m) dreptul la securitate şi sănătate în muncă şi echipament de protecţie corespunzător;

n) dreptul de a constitui sau de a adera la un sindicat, în condiţiile legii;

o) dreptul la asistenţă juridică, în condiţiile legii;

p) dreptul de a participa la activitatea de voluntariat în folosul public, în condiţiile respectării prevederilor legale incidente în vigoare, având obligaţia de a informa în scris în acest sens conducerea Spitalului;

q) alte drepturi prevăzute de lege.

(2) Drepturile salariaţilor vor fi acordate şi exercitate cu respectarea dispoziţiilor legale în vigoare.

Art. 30. –Pentru rezultate deosebite obţinute în activitatea desfăşurată, personalului de toate categoriile li se pot acorda recompense morale şi materiale, potrivit legislaţiei incidente aplicabile în domeniu, specifice fiecărei categorii de personal în parte.

Art. 31. - Personalul Spitalului are, în principal, următoarele **obligaţii**:

a) să fie loial spitalului şi să respecte prevederile actelor normative în vigoare;

b) să execute dispoziţiile legale date de şefi în îndeplinirea atribuţiilor de serviciu;

c) să îndeplinească atribuţiile prevăzute în fişa postului ocupat şi să folosească timpul de lucru în scopul realizării responsabile a acestora şi la un nivel maxim de competenţă;
d) să îndeplinescă obligaţiile ce-i revin în calitatea sa de salariat al spitalului;
e) să se prezinte la spital în condiţiile instituirii stării de asediu sau de urgenţă, ocazie cu care va executa atribuţiile specifice stabilite de şefi ierarhici;
f) să respecte programul de lucru şi să folosească integral şi eficient timpul de lucru pentru îndeplinirea obligaţiilor de serviciu;
g) să nu absenteze nejustificat şi să nu părăsească locul de muncă în timpul programului fără aprobarea şefilor ierarhici, iar în cazul în care continuarea lucrului este absolut necesară, este obligat, fără a i se pune în pericol sănătatea şi a afecta calitatea activităţii desfăşurate, să continue lucrul până i se asigură înlocuitor;
h) să anunţe imediat şeful ierarhic, prin orice mijloc, cu privire la imposibilitatea prezentării la serviciu (boala, situaţii fortuite, etc) şi să prezinte justificarea legală a situaţiei 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 faţă de angajator în executarea atribuţiilor de serviciu;
l) să respecte dispoziţiile legale privind păstrarea secretului de serviciu, obligaţie care se menţine şi după încetarea raporturilor de muncă conform actelor normative în vigoare;
m) să nu săvârşească 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, documente, echipamente sau orice alte bunuri care aparţin acesteia;
o) să predea lucrările, documentele şi materialele/bunurile pe care le are în primire în vederea exercitării atribuţiilor de serviciu, în situaţia desfacerii contractului individual de muncă, conform prevederilor legale în vigoare;
p) să respecte prevederile cuprinse în prezentul Regulament, contractul individual de muncă;
q) să respecte măsurile de securitate şi sănătate a muncii în unitate;
r) să nu încalce regulile de bună cuviinţă şi de respect faţă de superiori, egali şi subalterni şi să aibă o ţinută îngrijită şi decentă;
s) să manifeste grijă faţă de bunurile date în folosinţă 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;
u) să-şi ridice permanent calificarea profesională prin frecventarea şi absolvirea formelor de pregătire şi perfecţionare profesională recomandate, cunoaşterea dispoziţiilor legale, a normelor şi instrucţiunilor privind activitatea pe care o desfăşoară;
v) să participe la evaluările periodice realizate de către angajator;
w) să depună declaraţia de interese şi/sau declaraţia de avere în condiţiile legi;
x) să asigure îndeplinirea, temporar sau permanent, a sarcinilor de serviciu suplimentare stabilite de conducerea Spitalului pentru buna desfăşurare a activităţii;
y) să respecte principiile şi regulile de conduită prevăzute în „*Codul de conduită etică al personalului din cadrul S.O. Luduş*";
z) să acorde servicii medicale în mod nediscriminatoriu pacienţlor/asiguraţilor;
aa) să păstreze confidenţialitatea faţă de terţi asupra tuturor informaţiilor decurse din serviciile medicale acordate asiguraţilor;
bb) să respecte prevederile *Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date*;
cc) să respecte dreptul pacienţilor/asiguraţilor la libera alegere a furnizorului de servicii medicale;
dd) în acordarea serviciilor medicale să nu utilizeze materiale şi instrumente a căror condiţie de sterilizare este nesigură;
ee) alte obligaţii prevăzute de actele normative în vigoare.

Art.32. – (1) Fiecare salariat are datoria să semnaleze, atunci când observă, situaţiile de incendiu, inundaţie sau orice situaţii în care se pot produce deteriorări sau distrugeri, inclusiv

observarea unor colete sau obiecte uitate sau suspecte, precum şi neregulile potenţial generatoare de astfel de situaţii şi să acţioneze, după caz, pentru rezolvarea acestora şi pentru diminuarea efectelor lor negative.

(2) Salariaţii care pot acţiona în astfel de situaţii au obligaţia 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. 33. - Salariaţilor Spitalului le este interzis:

a) să facă declaraţii sau să dea publicităţii în presă informaţii/articole/documente referitoare la Spital şi în numele acestuia, cu excepţia celor de interes public;

b) să introducă în spital băuturi alcoolice, substanţe toxice sau droguri, să se prezinte la serviciu sau să desfăşoare activităţi sub influenţa acestora;

c) să desfăşoare, în cadrul programului de lucru, alte activităţi decât cele legate de atribuţiile 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 cunoştinţă pe orice cale sau copierea pentru alţii, fără aprobarea scrisă a conducerii spitalului, a unor documente sau informaţii privind activitatea Spitalului sau a datelor specificate în fişele sau dosarele personale ale angajaţilor;

f) efectuarea de menţiuni, ştersături, rectificări pe orice document sau semnarea pentru alt salariat în condica de prezenţă;

g) atitudinea necorespunzătoare faţă de ceilalti angajaţi (insulta, calomnia, purtarea abuzivă, lovirea sau vătămarea integrităţii corporale sau a sănătăţii).

Art. 34. - În situaţii deosebite, determinate de necesitatea bunei funcţionări a spitalului sau a unei părţi a acesteia, fiecare salariat - indiferent de funcţia sau postul pe care îl/o ocupă, are obligaţia de a participa la executarea oricăror lucrări şi la luarea tuturor măsurilor cerute de situaţia de urgenţă, fiind la dispozitia conducerii Spitalului, în limita competenţelor stabilite.

CAPITOLUL V - PROCEDURA DE SOLUȚIONARE A CERERILOR SAU A RECLAMAȚIILOR INDIVIDUALE ALE SALARIAȚILOR ȘI PACIENȚILOR

Art.35 – 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;
   - întârzieri în transmiterea răspunsurilor formulate pentru fiecare dintre reclamații..

Art.36. – (1) Oricare din angajați poate solicita sprijinul șefilor direcți și al conducerii Spitalului pentru rezolvarea problemelor personale și are dreptul să facă o reclamație/sesizare scrisă 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 verbal sau în scris conducerii spitalului reclamații/sesizări, observații sau recomandări.

(2) Reclamațiile/sesizările personalului propriu al spitalului pot fi verbale sau în scris, referirile acestora fiind numai în legătură cu problemele proprii apărute la locul de muncă și în activitatea desfășurată.

(3) Reclamațiile/sesizările scrise ale personalului propriu al spitalului, cât și reclamațiile/sesizările pacienților trebuie semnate, cele nesemnate 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.37. - Reclamațiile/sesizările adresate de către personalul propriu al spitalului trebuie să fie făcute în limitele politeții, 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 o reclamație/sesizare managerului/șefului ierarhic superior.

Art.38. - **(1)** Reclamațiile de orice natură adresate atât de către personalul propriu al spitalului cât și de către pacienți, inclusiv cele depuse în cutiile poștale din cadrul secțiilor/compartimentelor se înregistrează în registrul de evidență a reclamațiilor de către personalul din secretariat, urmând a fi prezentate managerul spitalului.

(2) Managerul este obligat să primească reclamatiile/sesizările anagajaților cât și ale pacienților și să acorde toată atenția rezolvării legale a acestora.

(3) Repartizarea reclamațiilor în vederea soluționării lor de către personalul de specialitate din cadrul spitalului se face de către managerul spitalului.

(4) 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.

(5) 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.

(6) În urma verificării problemelor sesizate în cerere sau în reclamaţie, persoana sau comisia numită întocmeşte un proces verbal cu constatări, concluzii şi propuneri şi îl supune aprobării conducerii Spitalului.

Art.39. – (1) Managerul este obligat să analizeze reclamatiile/sesizările şi să ia măsuri pentru a-l rezolva, răspunsul fiind comunicat în scris celui în cauză în termen de 30 de zile de la data înregistrării acestuia în registrul special destinat, indiferent dacă soluţia este favorabilă sau nefavorabilă. În cazul în care:

- Reclamatiile/sesizările nu sunt de competenţa sa - îl va înainta, în termen de cel mult 5 zile lucrătoare instituţiilor în drept, comunicând aceasta celui în cauză;
- problemele din reclamaţie/sesizare nu au putut fi soluţionate în termenul legal - poate prelungi termenul de soluţionare, cu cel mult 15 zile, cu obligaţia de a aduce – în scris - la cunoştinţă despre aceasta autorului raportului/reclamaţie, în intervalul celor 30 de zile de la dată înregistrării reclamaţiei, despre luarea în evidenţă a acesteia şi prelungirea termenului de soluţionare.

(2) Pentru rezolvarea unor probleme curente ale personalului propriu al spitalului (solicitări de concedii, învoiri, participări la diferite forme de perfecţionare, etc.), care nu necesită un răspuns elaborat, şefii ierahici vor înscrie hotărârea luată în rezoluţie pe cererile personale ale subordonaţilor, care vor lua la cunoştinţă despre aceasta, funcţie de situaţie, pe aceeaşi cerere.

(3) Răspunsurile către petiţionari se redactează de către structura de specialitate care a soluţionat reclamaţia, iar semnarea acestora se face de către managerul spitalului, precum şi de către şeful structurii de specialitate care a soluţionat petiţia. În răspuns se va indica, în mod obligatoriu, temeiul legal al soluţiei adoptate.

Art.40. – (1) Salariaţii nu pot formula două petiţii privitoare la aceeaşi problemă.

(2) În cazul în care răspunsul nu a fost primit în termenul legal sau nu îl satisface, solicitantul are dreptul să se adreseze şefului ierarhic al celui care i-a formulat răspunsul iniţial, menţionând cauza pentru care recurge la acest drept.

(3) În cazul în care un salariat/pacient adresează în aceeaşi perioadă de timp două sau mai multe petiţii cu acelaşi obiect, acestea se vor conexa, salariatul/pacientul urmând să primească un singur răspuns.

(4) Dacă după trimiterea răspunsului se primeşte o nouă petiţie cu acelaţi conţinut sau care priveşte aceeaşi problemă, aceasta se clasează, facându-se menţiune că s-a verificat şi i s-a dat deja un răspuns petiţionarului.

Art.41. – (1) Şeful unei structuri din cadrul spitalului care comite o nedreptate sau are o atitudine nejustificată faţă de un subaltern, pentru că acesta a făcut o reclamaţie sau o sesizare justă, poartă răspunderea pentru aceasta.

Art.42. – (1) Evidenţa cererilor, rapoartelor şi sesizărilor/reclamaţiilor scrise personalului din spital sau din afara acesteia, se ţine la nivelul secretariatului spitalului, într-un registru special destinat.

(2) Evidenţa cererilor/sesizărilor personalului din spital sau din afara acesteia, prezentate verbal cu ocazia audienţelor solicitate managerului Spitalului, va fi consemnată într-un registru destinat acestui scop, păstrat la nivelul secretariatului din cadrul Spitalului.

(3) Clasarea şi arhivarea reclamaţiilor adresate de către personalul propriu şi/sau pacienţi, expedierea răspunsurilor către aceştia şi anexarea xerocopiilor răspunsurilor la petiţii se realizează de către personalul din secretariatul spitalului.

Art.43. – (1) În cadrul spitalului, personalul B.M.C.S.M. va întocmi analize lunare ale modului în care au fost soluţionate sugestiile şi reclamaţiile primite şi înregistrate la nivelul secretariatului spitalului în luna precedentă, care vor fi supuse atenţiei Consiliului medical şi, după caz, Comitetului director.

(2) În mod distinct, în cadrul analizelor menţionate la alineatul (1) se va acorda o atenţie sporită următoarelor categorii de reclamaţii:

a) reclamaţii/sesizări ale pacienţilor şi/sau personalului propriu privind hrana primită;

b) reclamaţii/sesizări ale pacienţilor şi/sau personalului propriu privind aspectul lenjeriei şi al efectelor.

(3) În sensul celor menţionate la alineatul (2), şeful Biroului AAT al spitalului are obligaţia de a pune la dispoziţia B.M.C.S.M. toate informaţiile necesare întocmirii analizei lunare a reclamaţiilor primite, în partea care priveşte soluţionarea celor care se referă la hrana primită şi aspectul lenjeriei, în contextul în care acesta subordonează în mod direct bucătăria şi 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 eficace de siguranță a pacienților și angajaților spitalului.

Art. 44. 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 şi/sau reclamaţii ale pacienţilor/ aparţinătorilor/ personalului propriu referitoare la probleme etice;
b) Numărul de sugestii şi/sau reclamaţii ale pacienţilor/ aparţinătorilor/ personalului propriu referitoare la aspecte de comunicare cu pacienţii.
c) Numărul de reclamaţii ale pacienţilor/aparţinătorilor/personalului propriu privind hrana primită;
d) Numărul de reclamaţii ale pacienţilor/aparţinătorilor/personalului propriu privind aspectul lenjeriei şi al efectelor;
e) Numărul de reclamaţii ale pacienţilor/personalului privind activitatea din cadrul spitalului.
f) Numărul de sugestii şi/sau reclamaţii ale pacienţilor/ aparţinătorilor/ personalului propriu colectate de la nivelul cutiilor poştale din cadrul secţiilor / compartimentelor

CAPITOLUL VI - REGULI CONCRETE PRIVIND DISCIPLINA MUNCII ÎN SPITAL

Art.45. – Relaţiile care se stabilesc între categoriile de personal, precum şi între persoane în cadrul Spitalului sunt relaţii de:

1.Subordonare.

Acest tip de relaţie reprezintă regula în executarea activităţilor desfăşurate în Spital, poziţionarea personalului Spitalului în cadrul acestei relaţii fiind stabilită prin organigrama Spitalului, Regulamentul de organizare şi funcţionare a Spitalului, precum şi prin specificaţiile din fişele posturilor. Această relaţie se exprimă prin darea/executarea dispoziţiilor de către cei în drept, potrivit competenţelor cu care sunt învestiţi.

2. Colaborare.

Acest tip de relaţie apare în desfăşurarea unor activităţi comune şi complexe, care necesită conlucrarea din partea unor compartimente distincte, sau a unor persoane din compartimente distincte. Acest tip de relaţie se stabileşte, în principiu - prin dispoziţia şefului direct al compartimentelor/ persoanelor implicate sau a conducerii Spitalului, iar dacă este necesară rezolvarea problemelor în timp scurt - din iniţiativa personalului, cu informarea ulterioară a celor responsabili de stabilirea acestei relaţii.

Art. 46. - Informarea reciprocă şi cooperarea dintre compartimentele funcţionale ale Spitalului se realizează, în principal, prin următoarele forme:

a) participarea la şedinţe ale consiliilor, comitetelor şi comisiilor care funcţionează în cadrul Spitalului;

b) participarea în cadrul grupurilor de lucru organizate pentru întocmirea unor diferitelor lucrări sau acte normative specifice;

c) schimburi de informaţii şi documente;

d) consultări pe probleme de specialitate;

e) executarea în comun a unor activităţi de instruire;

f) participarea la adunări ale personalului stabilite de către managerul Spitalului;

g) luarea la cunoştinţă a celor dispuse prin DECIZIE de către managerul Spitalului.

Art.47. – (1) Pentru a evita risipa de forţe şi mijloace, pe linia principalului domeniu de activitate pe care-l gestionează, şefii compartimentelor funcţionale ale Spitalului impun, cu aprobarea managerului Spitalului, conduita care este urmată de întregul personal al spitalului în domeniul incident.

(2) În situaţia desfăşurării unor activităţi comune a mai multor compartimente din cadrul Spitalului, managerul va stabili prin decizie internă atribuţiile şi limitele de acţiune / competenţe ale fiecărui compartiment în parte.

Art.48. – **(1)** În Spital sunt interzise:

a) prezentarea la serviciu în stare de ebrietate sau oboseală înaintată, introducerea sau consumul de băuturi alcoolice, practicarea de activităţi care contravin atribuţiilor de serviciu sau care perturbă activitatea altor salariaţi;

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 bunuri şi documente aparţinând acesteia, fără acordul scris al conducerii Spitalului;

f) înstrăinarea oricăror bunuri date în folosinţă, păstrare sau de uz comun, precum şi deteriorarea funcţională şi calitativă sau descompletarea acestora, ca rezultat al unor utilizări ori manevrări necorespunzătoare;

g) folosirea în scopuri personale, aducerea la cunoştinţă pe orice cale sau copierea pentru alţii, fără aprobarea scrisă a conducerii, a unor documente sau informaţii privind activitatea Spitalului

sau a datelor specificate în fişele sau dosarele personale ale angajaţilor;

h) prestarea oricărei activităţi remunerate sau neremunerate, în timpul orelor de program sau în timpul liber - în beneficiul unui concurent direct sau indirect al Angajatorului;

i) efectuarea de menţiuni, ştersături, rectificări sau semnarea pentru alt salariat în condica de prezenţă;

j) atitudinea necorespunzătoare faţă de ceilalţi angajaţi sau faţă de managementul spitalului (conduita necivilizată, insulta, calomnia, purtarea abuzivă, lovirea şi vătămarea integrităţii corporale sau a sănătăţii);

k) comiterea de fapte care ar putea pune în pericol siguranţa 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 afişarea în interiorul instituţiei a unor anunţuri, afişe, documente etc. fără aprobarea conducerii Spitalului;

q) propaganda partizană unui curent sau partid politic.

(2) Următoarele fapte sunt considerate deosebit de grave şi se sancţionează cu **desfacerea contractului individual de muncă:**

a) Introducerea de băuturi alcoolice în perimentrul spitalului, consumarea lor în timpul programului de lucru sau prezentarea la serviciu sub influența băuturilor alcoolice, a drogurilor sai a altor substanțe cu efect asemănător;

b) absența nemotivată de la serviciu 3 zile lucrătoare consecutiv sau 3 zile lucrătoare într-un an calendaristic;

c) divulgarea datelor cu caracter personal a pacienților, a informațiilor confidențiale ale terților;

d) încălcarea în mod sistematic și repetat a atribuțiilor de serviciu;

e) întocmirea de pontaje false;

f) folosirea violenței în relațiile cu colegii, pacienții sau aparținători, superiorii sau subalternii, după caz;

g)refuzul de a se supune aplicării politicilor de securitate și sănătate în muncă sau normelor de prevenire a incendiilor;

h) participarea la instigarea sau complicitatea la falsificarea documentelor interne sau externe, în vederea însușirii de bani sau produse;

i) fapre care prin natura lor, au pus în pericol viața, sănătatea sau integritatea pacienților constatate după caz de: Colegiul Medicilor, O.A.M.M.R., Colegiul Farmaciștilor, Ordinul Biologilor și Chimiștilor, de organele judiciare sau Comisia de disciplină.

CAPITOLUL VII - ABATERILE DISCIPLINARE ŞI SANCŢIUNILE APLICABILE

Art.49. - Conducerea Spitalului dispune de prerogativa disciplinară, având dreptul şi obligaţia, de a aplica, potrivit legii, sancţiuni disciplinare personalului din subordine ori de câte ori constată că s-a săvârşit o abatere disciplinară.

Art.50. - Constituie abatere disciplinară fapta în legătură cu atribuţiile de serviciu şi care constă într-o acţiune sau inacţiune săvârşită cu vinovăţie de către personalul Spitalului, prin care acesta a încălcat normele legale, prezentul Regulament, contractul individual de muncă şi dispoziţiile legale ale şefilor ierarhici.

Art.51. –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 şi nu este în concordanţă cu actele normative în vigoare.

Art.52. – (1) Abaterile disciplinare săvârşite de către salariaţi, precum şi sancţiunile aplicabile, sunt stabilite prin decizie de managerul unităţii sanitare.

(2) Pentru săvârşirea de abateri disciplinare, precum şi pentru nerespectarea procedurilor şi protocoalelor de prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale[1], în raport cu consecinţele acţiunilor şi/sau inacţiunilor săvârşite cu vinovăţie de către salariaţi, prin care acesta a încălcat normele legale incidente în vigoare, acestuia i se va aplica una dintre următoarele sancţiuni:

a) avertisment scris;

b) retrogradarea din funcţia deţinută, pentru o durată ce nu poate depăşi 60 de zile calendaristice, cu acordarea salariului corespunzător funcţiei în care s-a dispus retrogradarea;

c) reducerea salariului de bază pentru funcţia de execuţie sau de conducere, după caz, pe o durată de 1-3 luni cu 5-10%;

d) desfacerea contractului individual de muncă din motive diciplinare.

(3) Toate sancţiunile disciplinare trebuie stabilite în raport cu gravitatea abaterii disciplinare săvârşite de salariatul respectiv, avându-se în vedere următoarele:

a) împrejurările în care a fost săvârşită fapta;

b) gradul de vinovăţie al salariatului;

c) consecinţele abaterii disciplinare;

d) comportarea generală în serviciu a salariatului;

e) eventualele sancţiuni disciplinare aplicate anterior acestuia;

f) împrejurările care atenuează sau agravează răspunderea disciplinară.

(4) Atributul de verificare a modului de respectare a protocoalelor şi procedurilor de prevenire şi limitare a I.A.A.M. revine în exclusivitate în sarcina coordonatorului Serviciului de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale[2], acesta având obligaţia de a propune managerului spitalului sancţiuni pentru personalul care nu respectă respectivele protocoale/proceduri.

(5) Personalul S.O. Luduş 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 cu care spitalul are contract de prestări servicii. Împotriva personalului care refuză efectuarea examinărilor medicale şi a investigaţiilor recomandate, managerul spitalului poate dispune sancţionarea disciplinară conform prevederilor normative în vigoare.

Art.53. Nici o măsură de sancţionare nu va putea fi dispusă decât după efectuarea cercetării disciplinare prealabile, salariatul fiind convocat potrivit dispoziţiilor legale.

Art.54. Amenzile disciplinare sunt interzise cu excepţia celor prevăzute expres de alte legi în vigoare, respectiv în cazul nerespectării prevederilor privind interzicerea fumatului şi consumului de băuturi alcoolice în instituţie

---

[1] În continuare: „I.A.A.M.";
[2] În continuare: "C.P.I.A.A.M.";

CAPITOLUL VIII - REGULI REFERITOARE LA PROCEDURA DISCIPLINARĂ

Art.55. – **(1)** Procedura disciplinară este stabilită în mod punctual, atât privind actele procedurale cât şi dispoziţiile care se emit în funcţie de competenţa atribuită, prin reglementările normative în domeniu - menţionate la articolul 60 din prezentul Regulament, iar respectarea întocmai a acesteia este obligatorie.

(2) Cercetarea disciplinară prealabilă în situaţia aplicării sancţiunilor disciplinare (altele decât „Avertismentul scris") pentru salariaţii din cadrul Spitalului, se realizează cu respectarea prevederilor legale.

Art.56. - În desfăşurarea procedurii disciplinare se vor respecta următoarele principii:

- abaterea disciplinară este singurul temei al sancţiunii disciplinare;
- sancţiunea disciplinară se stabileşte individual şi numai după ce s-a dovedit vinovăţia celui în cauză;
- la stabilirea sancţiunii disciplinare se ţine seama de cauzele, de împrejurările în care s-a comis abaterea şi de urmările acesteia, de gradul de vinovăţie al salariatului, de comportarea generală a acestuia în serviciu, existenţa/inexistenţa altor sancţiuni, precum şi de împrejurările care atenuează sau agravează răspunderea disciplinară;
- constituie circumstanţe agravante:
    - încercarea de ascundere a adevărului,
    - fapta repetată, săvârşită cu premeditare,
    - producerea ei în grup sau pe timpul îndeplinirii unei misiuni/activităţi ordonate.
- sancţiunea disciplinară trebuie aplicată corect, fără părtinire, cu calm şi obiectivitate, fără intenţie de răzbunare şi fără a se adresa cuvinte ofensatoare care să lezeze demnitatea celui sancţionat;
- se interzice aplicarea sancţiunilor colective, precum şi aplicarea mai multor sancţiuni pentru aceeaşi abatere săvârşită.

CAPITOLUL IX - MODALITĂŢI DE APLICARE A ALTOR DISPOZIŢII LEGALE REGULAMENTARE SAU CONTRACTUALE SPECIFICE

9.1.Conducerea activităţilor

Art. 57. – (1) Conducerea si controlul în cadrul Spitalului se execută pe toate treptele ierarhice.

(2) La pace, în situaţii de criză şi la război coordonarea şi controlul se exercită de către managerul Spitalului care-şi manifestă competenţa şi atribuţiile prin structurile şi microstructurile specializate din organigrama Spitalului şi gestionează întreaga gamă a activităţilor.

Art.58. – (1) Managerul Spitalului, în exercitarea actului de conducere în funcţie de situaţia operativă, tehnică sau administrativă, poate atribui, temporar, prin delegare de competenţă, o parte din atribuţiile şi responsabilităţile sale unor pesoane subordonate. Prin acest act, transferă acestor persoane autoritatea şi responsabilitatea asupra deciziilor luate în numele său. Delegarea de competenţă nu înlătură integral răspunderea managerului.

(2) În lipsa managerului Spitalului, înlocuitorul legal al acestuia aprobă sau avizează după caz documentele justificative curente, semnează corespondenţa curentă, adeverinţele necesare personalului, etc., în strictă conformitate cu limitele delegării impuse de către manager.

(3) Angajarea sub orice formă a spitalului, a unei părţi din aceasta sau a resurselor umane, materiale şi financiare a acesteia, cu terţe persoane sau instituţii, se poate face de către înlocuitorul la conducerea 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 competenţă primite, înscrisă prin decizie managerială.

(4) *„Delegarea de competenţă"* se va înscrie în decizie a managerului Spitalului şi va cuprinde cel puţin următoarele aspecte: nominalizarea persoanei delegate, perioada de delegare, activitatea şi instituţia 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) şi limitele delegării.

(5) Iniţierea procedurii de delegare de competenţă se poate face şi verbal, în cadrul şedinţelor de lucru a managerului Spitalului, dar înscrierea în decizie este obligatorie.

(6) Pe timpul delegării de competenţă, persoana delegată este obligată să se consulte telefonic cu managerul Spitalului în situaţia că există premise ale depăşirii limitelor acesteia şi, să adopte poziţia indicată de acesta.

(7) Depăşirea limitelor delegării de competenţă sau angajarea sub orice formă a spitalului, a unei părţi din aceasta sau a resurselor umane, materiale şi financiare a acesteia, cu terţe persoane sau instituţii fără a exista o delegare de competenţă scrisă sau verbală, constituie abatere disciplinară şi se pedepseşte în conformitate cu prevederile actelor normative incidente în vigoare.

(8) Pentru îndeplinirea misiunii de bază şi a misiunilor deduse ale Spitalului, în cadrul spitalului se pot stabili următoarele tipuri de relaţii:

- ***Relaţiile organizatorice***, raporturile care se stabilesc în interiorul instituţiei, între microstructuri organizatorice, dar şi între personalul acestora, în scopul desfăşurării normale a actului de conducere, pe baza statului de organizare;
- ***Relaţiile ierarhice, r***aporturile care se stabilesc, pe linie de subordonare, între microstructurile Spitalului dar şi între persoanele acestora. Pentru exercitarea competenţelor ce-i revin, managerul *emite decizii.* Aceleaşi tipuri de documente, în limita competenţelor, emit şi inlocuitorul managerului şi directorul medical;
- ***Relaţiile funcţionale***, raporturile care se stabilesc între două sau mai multe microstructuri, dintre care una are asupra celorlalte o autoritate funcţională ce se concretizează în transmiterea unor reglementări, indicaţii, proceduri, prescripţii din domeniul de specialitate al activităţii sale. Acestea se

angajează şi dezvoltă în baza funcţiei principale pe care o îndeplineşte fiecare microstructură componentă;

- ***Relaţiile de colaborare (cooperare)*** se pot stabili între microstructurile (persoanele) din cadrul Spitalului, între acestea şi alte structuri spitalicesti cu care nu sunt în relaţii de autoritate, precum şi cu structuri din afara spitalului;
- ***Relaţiile de control*** se stabilesc între microstructurile (persoanele) din cadul Spitalului, investite legal în acest sens şi microstructurile (persoanele) care pot fi controlate de către acestea, potrivit actelor normative în vigoare.

9.2. Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor şi controlul vehiculelor

Art. 59. - Accesul persoanelor şi documentele necesare accesului:

(1) Accesul în Spital pentru intervenţii tehnice, reparaţii, activităţi de deservire, curăţenie şi întreţinere este permis angajaţilor Spitalului şi angajaţilor operatorilor economici care au contracte cu Spitalul. Aceste activităţi se execută numai în prezenţa unui reprezentant al structurii/microstructurii în care se desfăşoară

(2) Accesul reprezentanţilor instituţiilor care, potrivit competenţelor legale, au atribuţii de coordonare şi control se face pe baza legitimaţiei de serviciu şi a delegaţiei speciale semnată de conducătorul autorităţii pe care o reprezintă.

Art.60. - Controlul materialelor

(1) Asigurarea cu echipamente, materiale, medicamente etc., necesare Spitalului se face pe bază de necesar care se înaintează unităţilor distribuitoare de către compartimentele beneficiare şi semnată de către managerul Spitalului. Persoanele desemnate, din cadrul formaţiunilor 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 însoţire a mărfii şi facturilor fiscale).

(2) Persoanele din cadrul Spitalului desemnate să scoată din magazia spitalului materiale şi bunuri , la ieşirea din spital sunt obligate să prezinte, daca sunt solicitate documentele care însoţesc materialele ce urmează a fi scoase. În cazul în care se constată neconcordanţă între materialele existente asupra delegaţilor şi documentele de însoţire a materialelor, personalul care efectuieaza verificarea este obligat să informeze managerul.

Art.61. - În cazul modificării datelor personale (schimbarea datelor de identitate etc.), posesorul documentelor de acces în sectie/compartiment/birou are obligaţia să solicite schimbarea acestora în termen de maximum 10 zile. Schimbarea documentelor de acces se face în maximum 30 de zile.

Art.62. - Documentele de acces sunt valabile numai pentru perioada în care posesorul întruneşte condiţiile în baza cărora acestea au fost eliberate. În cazul încetării raporturilor de muncă/serviciu, posesorul documentelor de acces are obligaţia să le predea la structura de resurse umane a Spitalului.

Art.63. - Pierderea ori distrugerea documentelor de acces se comunică imediat ierarhic. Managerul dispune cercetarea împrejurărilor în care s-a produs pierderea şi ia măsuri pentru prevenirea folosirii neautorizate a documentelor pierdute.

9.3. Efectuarea triajului epidemiologic al personalului la începerea activităţii zilnice

Art. 64. – În conformitate cu prevederile cap. II articolul 1, litera r) din *O.M.S. nr. 1101/2016 privind aprobarea „Normelor de supraveghere, prevenire şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale în unităţile sanitare"*, întregul personal care vine în contact cu pacienţii, care manipulează,

prepară sau distribuie medicaţia, hrana şi lenjeria, utilizează aparatura, echipamente în procesul de acordare a îngrijirilor (medici, farmacişti, asistente, îngrijitoare, infirmiere, brancardieri, bucătărese, spălătorese, etc.) va fi supus unei examinari la intrarea în serviciu, pentru evaluarea stării de sănătate şi depistarea precoce a eventualelor boli transmisibile, în vederea prevenirii I.A.A.M.

Art. 65. – (1) Triajul epidemiologic cuprinde evaluarea stării de sănătate a persoanelor care urmează să intre în serviciu şi va cuprinde observaţii asupra prezenţei de simptome decelabile: febră, rinoree, disfagie, tuse, stare generală alterată, vărsături, diaree, infecţii sau erupţii cutanate sugestive pentru o boală infecto-contagioasă.

(2) Fiecare secţie medicală deţine în acest sens un *„Registru de triaj epidemiologic al personalului"*, care va fi completat zilnic, pentru fiecare tură de lucru, înaintea începerii activităţii, de către asistenta şefă în timpul programului acesteia sau persoana desemnată de aceasta în lipsa sa precum şi pe celelalte ture.

(3) De asemenea, în cadrul blocului alimentar există un *„Registru de triaj epidemiologic al personalului"*, care va fi completat zilnic, înaintea începerii activităţii, de căte asistenta dieteticeana în zilele lucrătoare şi de catre fiecare persoana care lucreaza pentru turele care execută serviciu în afara programului asistentei dieteticean sau în zilele libere şi de sărbători legale.

(4) 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 anunţă şeful de secţie/compartiment sau medicul de gardă, după caz. Acesta examinează persoana şi hotăreşte dacă starea de sănatate îi permite îndeplinirea obligaţiilor de serviciu, după care noteaza în respectivul registru diagnosticul şi decizia sa, apoi semnează si parafează.

(5) În funcţie de situaţie, persoana examinată se poate redistribui pentru altă activitate în cadrul seviciului, sau se îndrumă spre medicul de familie / specialist pentru recomandarea tratamentului.

(6) Până la sosirea persoanei înlocuitoare, persoana care asigură tura nu părăseşte serviciul.

(7) Dacă se consideră ca starea de sănătate permite efectuarea serviciului, deşi unele simptome sunt prezente, aspectul va fi consemnat în *„Registrul de triaj epidemiologic al personalului"*, alături de măsurile de protecţie care s-au stabilit şi care trebuie respectate (de exemplu: masca de protecţie, mănuşi, etc.).

(8) Dacă persoanele evaluate sunt sănătoase, se consemnează în Registrul de triaj epidemiologic al personalului şi se semnează de către cel care a efectuat triajul.

(9) Întreg personalul care vine în contact cu pacienţii, precum şi personalul care prepară hrana are obligaţia de autodeclara voluntar îmbolnăvirile.

(10) S.P.I.A.A.M. verifică periodic consemnarea efectuării triajului epidemiologic al personalului la nivelul tuturor sectoarelor de activitate.

9.4. Apărarea împotriva incendiilor

Art.66. – Activitatea de prevenire şi stingere a incendiilor în cadrul Spitalului este organizată şi se desfăşoară în conformitate cu prevederile Legii 307/2006, *Ordinului comun al M.A.I./M.S. nr. 146/1427 din 2013 pentru aprobarea Dispoziţiilor generale de apărare împotriva incendiilor la unităţi sanitare* şi cu *„Planul de apărare împotriva incendiilor"*, aprobat de managerul spitalului.

Art.67. – (1) Scopul prezentei reglementări de apărare împotriva incendiilor este de prevenire şi reducere a riscurilor de producere a incendiilor, de asigurare a condiţiilor pentru limitarea propagării li dezvoltării acestora prin măsuri tehnice şi organizatorice, pentru protecţia utilizatorilor, forţelor care acţioneaza la intervenţie, bunurilor şi mediului împotriva efectelor incendiilor.

(2) Şefii structurilor/microstructurilor funcţionale ale S.O. Luduş răspund de aplicarea şi respectarea normelor de prevenire şi stingere a incendiilor pentru personalul din subordine şi cooperează cu personalul responsabil cu atribuţii în domeniul apărării împotriva incendiilor, nominalizat de către managerul S.O. Luduş prin decizie internă.

(3) Întreg personalul S.O. Luduş este obligat:

a) să-şi însuşească şi să aplice normele de prevenire şi stingere a incendiilor stabilite pentru locul de muncă în care îşi desfăşoară activitatea;

b) să cunoască şi să respecte măsurile de apărare împotriva incendiilor aduse la cunoştinţă sub orice formă de către managerul Spitalului;

c) să utilizeze conform instrucţiunilor de exploatare substanţele periculoase, instalaţiile, utilajele, maşinile, aparatura şi echipamentele de lucru;

d) să nu efectueze manevre nepermise ale mijloacelor tehnice de protecţie sau de intervenţie pentru stingerea incendiilor;

e) să coopereze cu personalul desemnat de manager în vederea realizării măsurilor de apărare împotriva incendiilor;

f) să comunice imediat şefilor nemijlociţi orice situaţie pe care o consideră pericol de incendiu, precum şi orice defecţiune sesizată la sistemele de protecţie sau de intervenţie pentru stingerea incendiilor.

(4) Activitatea de instruire a personalului se desfăşoară în conformitate cu prevederile legislaţiei menţionate la art. 66 din prezentul Regulament şi a precizărilor managerului consemnate în decizie internă.

(5) În S.O. Luduș, principalele categorii de utilizatori nominalizaţi la alin. (1) sunt:

a) pacienți/persoane internate/beneficiari ai actului medical;
b) personalul medical;
c) personalul mediu sanitar şi auxiliar care desfăşoară activităţi complementare actului medical;
d) personalul tehnic-administrativ;
e) însoţitorii persoanelor cu handicap/aparţinători;
f) studenţi, cursanţi, practicanţi şi voluntari;
g) vizitatori;
h) comisionarii de echipamente, medicamente, materiale de întreţinere;
i) personalul terţilor pentru întreţinere echipamente medicale şi nonmedicale.

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

Art.68. –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:
   - producerea de accidente
   - producerea de pagube materiale;
   - blocarea căilor de evacuare;
   - afectarea / blocarea actului medical;
   - afectarea stării de sănătate a pacienților.

Art.69. –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 si 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 corespunzătoarea a căilor de evacuare;
i) asigurarea existenței mijloacelor specifice de evacuare: tărgi, cărucioare, paturi cu rotile.
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 oricarui început de incendiu, utilizând mijloacele de apărare împotriva incendiilor din dotare.

Art.70. – Obligațiile generale specifice pacienților/persoanelor internate, însoțitorilor/aparținătorilor 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 apărarii 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.71. –Regulile generale obligatorii valabile pentru toate categoriile de utilizatori nominalizat la art. 67 alin. (5) sunt următoarele:
a) să anunțe orice eveniment observat care poate produce o situație de urgență;
b) să respecte indicatoarele/seemnele/afișalele/marcajele specifice existente precum și indicațiile peronalului propriu în situații de urgență, pentru evacuarea în siguranță a clădirilor;
c) să nu deterioreze mijloacele tehnice portabile de stins incendii.

Art.72. - Pentru asigurarea condițiilor de evacuare și salvare a utilizatorilor în siguranță în situațiile de urgență care impun evacuarea, se interzice:

a)blocarea în poziție deschisa a ușilor caselor scărilor, 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 interventie, 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 parcarea mijloacelor de transport și se asigură curățarea acestora pe timp nefavorabil și întreținerea periodică pentru a fi practicabile/utilizabile în orice situație.

Art.73. - 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.74. – Situaţiile de urgenţă sunt acele evenimente excepţionale, cu caracter nonmilitar, care prin amploare şi intensitate ameninţă viaţa şi sănătatea populaţiei, mediului înconjurător, valorile materiale şi culturale importante iar pentru restabilirea stării de normalitate sunt necesare adoptarea de măsuri şi acţiuni urgente, alocarea de resurse suplimentare şi managementul unitar al forţelor şi mijloacelor implicate. **Situaţiile de urgenţă care impun evacuarea, în raport de amploarea acestora, sunt următoarele**:

a) căderi masive de precipitaţii,

b) furtuni şi viscol,

c) producerea unui cutremur,

d) alunecări de teren,

e) căderi de obiecte cosmice,

f) explozie,

g) accidente, avarii, explozii şi incendii în activităţi de transport şi depozitare produse periculoase,

h) accidente, avarii, explozii, incendii sau alte evenimente în activităţile nucleare sau radiologice,

i) prăbuşiri de construcţii, instalaţii sau amenajări,

j) eşecul utilităţilor publice,

k) producerea unui incendiu,

l) epidemii/ epizootii/zoonoze.

Art.75. –Etapele procesului de evacuare în cazul manifestării unei situaţii de urgenţă generată de producerea unui cutremur, dezastru natural, căderi de obiecte cosmice sau explozie, presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) După seism personalul din cadrul unităţii sanitare va verifica siguranţa încăperilor şi căilor de evacuare din componenţa clădirii şi spaţiilor specifice, precum şi dacă există răniţi.

b) Este obligatoriu să se aştepte încetarea/ liniştirea situaţiei şi să se evite panica iar la derularea acţiunilor de evacuare se va ţine cont de caracteristicile clădirii. După încetarea evenimentului nu se părăseşte imediat clădirea ci se aşteaptă semnalul de alarmare/evacuare stabilit de conducerea unităţii sanitare.

c) Cadrele medicale trebuie să liniştească pacienţii folosind expresii de tipul *„Păstraţi-vă calmul! Panica poate produce victime!", „Fiţi calmi, nu părăsiţi încăperea!*".

d) Toţi utilizatorii clădirilor şi spaţiilor specifice spitalului trebuie să se protejeze, pe cât posibil, stând ghemuiţi, sub mese, sub paturi, ţinându-se cu mâinile de picioarele acestora, sub o grindă de rezistenţă sau lângă un stâlp de rezistenţă/perete interior de rezistenţă, sub tocurile uşilor (preferabil-pentru a putea ţine sub observaţie pacienţii din saloane/rezerve în timpul evenimentului), cu uşile întredeschise, pentru a menţine libere căile de evcuare.

e) Însoţitorii persoanelor cu dizabilităţi şi/sau cu handicap locomotor (nedeplasabile) trebuie să aibă grijă de acestea, protejându-le, pe cât posibil, sub o grindă sau lângă un stâlp de rezistenţă.

f) Tuturor persoanelor din clădire, inclusiv cele cu dizabilităţi şi/sau cu handicap locomotor (nedeplasabile) li se recomandă să numere de la 1 la 60 pentru a avea o percepţie reală asupra timpului.

g) Nici o persoană nu trebuie să stea lângă obiecte grele amplasate pe pereţi, respectiv tablouri, ghivece cu flori, etc.

h) Nici o persoană nu trebuie să stea lăngă 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, aşteptându-se liniştirea situaţiei.

j) După seism personalul din cadrul unităţii sanitare va verifica siguranţa încăperilor şi căilor de evacuare din componenţa clădirii şi spaţiilor specifice, precum şi dacă există răniţi.

k) După încetarea evenimentului, personalul nominalizat în echipa responsabilă cu evacuarea/salvarea utilizatorilor pentru fiecare nivel al construcţiei şi spaţiilor specifice va asigura verificarea stării traseelor de evacuare (scări interioare, holuri, coridoare, uşi, ieşiri, etc.), iar în cazul în care acestea sunt libere, neblocate, va da semnalul de alarmare/evacuare stabilit de conducerea unităţii sanitare.

l) În funcţie de starea clădirii, ordinea de evacuare (pe orizontală, pe verticală, parţială sau totală) va fi stabilită potrivit urgenţelor.

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) Utlizatorii 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, după caz (acestea nu se amplasează în proximitatea clădirilor).

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 profesioniste pentru situații de urgență chemați pentru intervenție pri apel la numărul unic 112.

Art.76. – 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 de către pompierul de serviciu/înlocuitorul legal sau altă persoană stabilită în acest sens (aveți pompier de serviciu sau persoană nominalizată cu atribuții 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/zonele 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 profesioniste.

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:

- 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 utilzarea 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 aparaturii medicale;
- pacienți grav bolnavi, pentru care evacuarea poate fi periculoasă și/sau imposibilă pe termen scurt, determinată de complexitatea aparaturii care le asigură supraviețuirea și dependența totală a acestora.

Art.77. – Etapele procesului de evacuare şi 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 şefi 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, repartiția în saloane a pacienților la momentul internării se va face de către asistenții medicali şefi 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 pacienţilor grav bolnavi, în incapacitate de mişcare din cauza dependenţei acestora de echipamentele medicale care le asigură menţinerea funcţiilor vitale se realizează cu asistenţă nemijlocită a personalului medical şi, dacă este cazul, se asigură transportul către alte spitale utilizându-se unităţi mobile de reanimare;

e) Locurile de adunare temporară la evacuarea clădirilor în diferite situaţii sunt în centrul curţilor interioare, după caz (acestea nu se amplasează în proximitatea clădirilor);

f) La finalul operaţiunilor de evacuare, directorul medical sau şefii de secţie (înlocuitorii legali), după caz, verifică lista pacienţilor pentru a se stabili dacă au fost evacuate toate persoanele.

g) După analizarea situaţiilor şi a consecinţelor/urmărilor evenimentului care a generat evacuarea, conducerea spitalului decide:

i. dacă este posibilă revenirea pacienţilor în spaţiile din care au fost evacuaţi dacă acestea nu sunt afectate şi permit continuarea desfăşurării actului medical;

ii. dacă este necesară şi posibilă relocarea pacienţilor în alte spaţii la nivelul spitalului, care nu au fost afectate şi permit continuarea desfăşurării actului medical;

iii. dacă este necesară relocarea pacienţilor în alte spaţii/unităţi sanitare, caz în care se dispune solicitarea sprijinul structurilor specializate de intervenţie în situaţii de urgenţă prin apelarea numărului unic 112. Până la sosirea echipajelor specializate pentru evacuarea şi relocarea pacienţilor, acestora continuă să li se asigure asistenţă medicală, în limita posibilităţilor, în spaţii neafectate, amenajate temporar în incinta spitalului sau în curtea interioară a spitalului.

h) Anual, prin decizie a managerului se numeşte personalul propriu care are responsabilităţi privind evacuarea persoanelor care nu se pot evacua singure.

i) Anual, la propunerea personalului cu atribuţii în domeniul apărării împotriva incendiilor se planifică şi se execută activităţi/exerciţii de evacuare şi relocare la nivelul spitalului în diferite situaţii;

j) Conform planificării întocmite în acest sens, prin responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor, se verifică existenţa suficientă şi starea mijloacelor proprii destinate evacuării/relocării pacienţilor în diferite situaţii: tărgi, cărucioare, paturi cu rotile;

k) Efectuarea instruirii periodice a personalul propriu care are responasabilităţi privind evacuarea persoanelor şi bunurilor.

Art.78. (1) Evacuarea clădirilor/spaţiilor precum şi a medicamentelor, materialelor sanitare si dispozitivelor medicale din clădirile/spaţiile afectate în urma producerii diferitelor situaţii de urgenţă se realizează în baza unui "*Plan de acţiune în caz de dezastru natural şi/sau catastrofă*", întocmit şi actualizat în permanenţă de către şef birou AAT, care se regăseşte în Biroul AAT.

(2) În "*Planul de acţiune în caz de dezastru natural şi/sau catastrofă*" sunt prevăzute persoanele convocate pentru fiecare tip de situaţie cu risc identificată şi înlocuitorii acestora, responsabilităţile care revin respectivelor persoane în diferite situaţii de urgenţă, precum şi schema de alarmare pentru situaţii cu risc/urgenţe/catastrofe.

(3) "*Planul de acţiune în caz de dezastru natural şi/sau catastrofă*" prevede modul de anunţare al echipelor de intervenţie pentru diverse situaţii cu risc/urgenţe/catastrofe.

(4) Prevederile referitoare la responsabilităţile în caz de dezastru natural şi/sau catastrofă sunt menţionate în fişele de post ale persoanelor responsabile cu intervenţia în caz de dezastru natural şi/sau catastrofă, prin grija şefilor ierarhici ai acestora, aspect care se verifică de către biroul RUNOS.

(5) Anual, prin grija şefului biroului AAT, se planifică simularea/verificarea funcţionalităţii schemei de alarmare a personalului în caz de dezastru natural şi/sau catastrofă.

Art.79. (1) Evacuarea medicamentelor, materialelor sanitare si dispozitivelor medicale din clădirile/spaţiile afectate în urma producerii diferitelor situaţii de urgenţă se va face de către personalul spitalului în mod organizat, numai după primirea acordului serviciilor de urgenţă profesioniste.

(2) Personalul care realizează evacuarea medicamentelor, materialelor sanitare si dispozitivelor medicale din clădirile/spaţiile afectate va purta în mod obligatoriu echipament de protecţie.

(3) Evacuarea medicamentelor, materialelor sanitare si dispozitivelor medicale din clădirile/spaţiile afectate se va face prin relocarea acestora în spaţii 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 si

dispozitivelor medicale cu valoare ridicată din clădirile/spaţiile afectate în urma producerii diferitelor situaţii de urgenţă.

(4) Funcție de amploare, activitatea de evacuare a clădirilor, medicamentelor, materialelor sanitare si dispozitivelor medicale din clădirile/spaţiile afectate în urma producerii diferitelor situaţii de urgenţă este condusă de către managerul spitalului sau responsabilul cu apărarea împotriva incendiilor. Indiferent de natura/valoarea medicamentelor, materialelor sanitare si dispozitivelor medicale care se doresc a fi evacuate din clădirile/spaţiile afectate în urma producerii diferitelor situaţii de urgenţă se va acorda o prioritate maximă siguranței personalului implicat în evacuare.

Art.80. -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 povocată 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 instruiri/ antrenări privind punerea în practică a măsurilor stabilite în diferite situații în ultimul an calendaristic, planificate și executate;

b) Numărul verificărilor/ controalelor privind cunoașterea de către personal a reglementărilor și a modului de acțiune în diferite situații;

c) Numărul exercițiilor de evacuare a clădirilor în diferite situații, planificate și executate – minim 1 exercițiu / trimestru, pentru spațiile în care se află persoane netransportabile;

d) Planificarea și executarea minim a unui exercițiu de evacuare în cooperare cu I.S.U.;

e) În urma evaluării anuale a nivelului de apărare împotriva incendiilor se alocă resursele necesare dotării cu mijloace tehnice împotriva incendiilor conform normativelor specifice și pentru menținerea funcționalității celor existente.

f) Repartiția pacienților relocați în saloane să respecte codificarea privind mobilitatea acestora;

g) Sunt disponibile suficiente tărgi, cărucioare, paturi cu rotile pentru evacuarea pacienților;

h) Personalul este în permanență suficient pentru evacuarea pacienților nedeplasabili din saloanele marcate cu codul roșu;

i)Paturile din saloanele cu pacienți nedeplasabili sunt mobile pot fi evacuate pe ușă.

9.8.Reguli de aducere la cunoştinţă a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispoziţiilor şi instrucţiunilor nou apărute

Art.81. –Reglementarea procesului de aducere la cunoştinţă a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispoziţiilor şi instrucţiunilor nou apărute are ca principale scopuri:

a)Asigură aducerea la cunoștința personalului spitalului, în timp oportun, a legilor, regulamentelor, ordinelor, normelor, dispoziţiilor şi instrucţiunilor nou apărute care vizează activităţi 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. 82. – (1) Procesul de aducere la cunoştinţă a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispoziţiilor şi instrucţiunilor nou apărute presupune derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Prin grija conslier juridic și/sau a responsabilului B.M.C.S.M medicale actele normative nou intrate în vigoare sau cele modicate și/sau completate, care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, se postează, de către personalul din Compartimentul IT, în sistemul informatic

ATLASMED la secțiunea Informații spital dispus pe serverul spitalului și/sau se distribuie și prin poșta electronică către structurile 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) Legile, regulamentele, ordinele, normele, dispoziţiile şi instrucţiunile nou apărute sau cele care presupun modificarea și/sau completarea unor acte normative aflate în vigoare, care vizează activităţi importante în cadrul Spitalului și care sunt de interes general pentru personalul Spitalului, se prezintă personalului acestuia de către managerul Spitalului / şefii de structuri ale Spitalului, la propunerea şefilor acestora în a căror responsabilitate intră domeniul incident al respectivelor norme, la raportul de gardă al Spitalului. De regulă, raportul de gardă al Spitalului se desfășoară conform programului stabilit cu participarea șefilor de secție/compartimente/laboratoare.

d) Cu ocazia executării activității enunțate la punctul precedent, după caz, persoanele care prezintă legile, regulamentele, ordinele, normele, dispoziţiile şi instrucţiunile 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.

e) Șefii de structuri din cadrul Spitalului au obligația de a informa verbal personalul din subordine care nu a participat la raportul de gardă 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.

f) Legile, regulamentele, ordinele, normele, dispoziţiile şi instrucţiunile nou apărute care vizează doar anumite domenii din cadrul Spitalului și care sunt de interes doar pentru personalul anumitor structuri, se prezintă personalului acestora de către şefii de structuri în a căror responsabilitate intră domeniul incident al respectivelor norme, imediat după luarea la cunoștință privind intrarea în vigoare a acestora.

(2) Personalul prelucrat care a participat la raportul de gardă, ia la cunoştinţă sub semnătură de prevederile respectivelor reglementări, în procese-verbale întocmite şi înregistrate la nivelul structurii Compartiment juridic a spitalului.

Art. 83. - În situaţia în care parte din personalul Spitalului nu participă, din motive întemeiate, la raportul de gardă este obligat ca în prima zi în care se prezintă la program, ulterioară executării respectivei activități, să procedeze la luarea la cunoştinţă a prevederilor legale prezentate în cadrul activităților la care nu a participat şi să le prezinte la personalului prin consemnarea într-un proces verbal de luare la cunoştinţă, și semnării în acesta, prin grija şefilor/coordonatorilor direcți.

Art. 84. - Indicatorii de eficiență (dupa caz) și eficacitate a activității de aducere la cunoştinţă a prevederilor legilor, regulamentelor, ordinelor normelor, dispoziţiilor şi instrucţiunilor nou apărute, sunt următorii:

a) Număr de acte normative nou intrate în vigoare sau care au fost modificate și/sau completate, incidente domeniilor de activitate ale Spitalului, care au fost postate pe serverul Spitalului, în termenul stabilit;

b) Număr de acte normative nou intrate în vigoare sau care au fost modificate și/sau completate, incidente domeniilor de activitate ale Spitalului, pentru care s-au afișat anunțuri la avizier, în termenul stabilit;

c) Număr de acte normative nou intrate în vigoare sau care au fost modificate și/sau completate, incidente domeniilor de activitate ale Spitalului, care au fost prezentate la rapoartele de gardă cu participare lărgită, în termenul stabilit.

9.9. Protecția datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulație a acestora)

Art. 85. –Reglementarea procesului de prelucrare a datelor cu caracter personal şi 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 şi protejarea drepturilor şi libertăților fundamentale ale persoanelor fizice;

c) Asigură stabilirea de măsuri tehnice şi organizatorice pentru îndeplinirea obligațiilor referitoare la securitatea şi controlul sistemelor informatice, în vederea asigurării confidențialității datelor şi informațiilor precum şi 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 şi/sau materiale;
- distrugerile accidentale sau ilegale ale datelor cu caracter personal;
- pierderea, dezvăluirea sau modificarea fără drept a acestora.

Art. 86. –Procesul de protecție a datelor (prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulație a acestora) presupune derularea următoarelor activități şi exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Stocarea în siguranță a informațiilor reprezintă un atribut al modulului informatică şi se realizează astfel încât să se asigure un nivel adecvat de protecție şi securitate.

b) Pentru îndeplinirea prevederilor legale referitoare la prelucrarea datelor cu caracter personal şi satisfacerea cerințelor păstrării în siguranță a datelor şi informațiilor, prin grija modulului informatică se elaborează şi implementează măsuri organizatorice şi tehnice orientate pe anumite direcții de acțiune, şi anume identificarea şi autentificarea utilizatorilor, tipul de acces, colectarea datelor, execuția copiilor de siguranță, computerele şi terminalele de acces, fişierele de acces precum şi instruirea personalului.

c) În vederea asigurării confidențialității datelor şi informațiilor fiecare utilizator pentru a căpăta acces la baza de date cu caracter personal trebuie să se identifice prin cod şi parolă. Codurile de identificare şi parolele sunt atribuite prin grija compartimentului de 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 şi terminalele vor fi setate de către compartimentul de 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, compartimentul de informatică având posibilitatea de a vizualiza aceste informații.

f) Pentru protecția datelor cu caracter personal şi libera circulație a acestora modulul de comunicații şi 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 şi implementarea unor sisteme de devirusare.

Art. 87. - (1) În cazul procesului de furnizare a serviciilor medicale Spitalului colectează şi prelucrează date cu caracter personal aparținând pacienților, medicilor, angajaților şi 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 şi de gestionarea a serviciilor de sănătate;

c) în cazul angajaţilor, în scopul îndeplinirii obligaţiilor legale aferente contractelor de muncă;

d) în cazul candidaţilor, pentru activităţi specifice Biroului resurse umane.

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

Art.88. - Datele personale privind starea de sănătate sunt protejate conform regulilor stabilite de legislaţia în domeniul drepturilor pacienţilor, prelucrarea acestora fiind permisă numai cu respectarea secretului profesional.

Art. 89. - Pentru conformarea la cerinţele legale sau de acreditare, o parte din aceste date personale sunt transmise către terţe părţi: Ministerul Sănătăţii, Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, SNSP, D.S.P., REVISAL şi ANAF, transmiterea făcându-se cu respectarea prevederilor legale privind protecţia datelor personale, utilizând după caz sisteme de criptare, pseudonimizare sau anonimizare.

Art. 90.- (1) Datele personale pot fi păstrate în scopuri statistice, ştiiţifice sau istorice, colectarea şi prelucrarea acestora făcându-se atât prin utilizarea suportului de hârtie cât şi cu ajutorul unor aplicaţii 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 informaţiilor în situaţia în care acestea sunt incorecte sau incomplete,

c) de a solicita ştergerea lor când prelucrarea nu mai este necesară,

d) de a solicita restrângerea prelucrării.

Art. 91. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a reglementării privind modul de prelucrare a datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestora:

a) Numărul de reclamaţii cu privire la asigurarea confidenţialităţii datelor şi informaţiilor personale precum şi păstrarea în siguranţă a acestora, în cadrul activităţii spitalului, în ultimul an calendaristic.

b) Numărul de reclamaţii cu privire la asigurarea accesului la datele personale ale pacientului determinate de îngrădirea drepturilor pacienţilor/aparţinătorilor, în ultimul an calendaristic.

9.10. Modalitatea în care pacientul poate solicita "a doua opinie medicală" altor medici angajaţi ai spitalului precum şi din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate şi în legătură cu rezultatul investigaţiilor efectuate

Art. 92. –Reglementarea modalităţii în care pacientul poate solicita "a doua opinie medicală" altor medici angajaţi ai spitalului precum şi din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate şi în legătură cu rezultatul investigaţiilor efectuate, are ca principale scopuri:

a) Asigură punerea în aplicare a prevederilor normative incidente în vigoare care privesc drepturile pacientului;

b) Pacienţii au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare şi materiale;

c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- erori de diagnostic şi tratament;
- erori de adresabilitate: când, cui, cum se solicită consultul;
- agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art. 93. - Modul în care pacientul poate solicita "a doua opinie medicală" altor medici angajaţi ai spitalului precum şi din afara acestuia, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate şi în legătură cu rezultatul investigaţiilor efectuate presupune derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

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 sanătății*, 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 acestei situații în care pacientul va achita la caseria 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 anatomapatolog este obligat, ca la cererea pacientului sau aparținătorilor acestuia sau a reprezentantului legal, a medicului curant sau a medicului anatomapatolog 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.

f) În Spitalul Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș, persoana solicitantă completează o declarație în Serviciul Anatomie patologică conform cu prevederile legale.În urma solicitării,se eliberează blocurile de parafină și/sau lamele histo/citopatologice cerute, aspect care se notează în Registrul de evidența predare-primire lame și blocuri de parafină.

g) 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).

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), 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.

i) 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.

j) 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 şi 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".

k) 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 şi în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), se poate formula de către pacient în scris sau verbal.

l) Exprimarea unei o "a doua opinii medicale" de către medici încadrați în cadrul S.O. Luduș 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.

m) 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.

n) Plata serviciilor medicale acordate pacienților internați de către unități sanitare publice/medici acreditați din afara Spitalului se suportă integral de către pacienții care şi-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.

o) 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".

p) Anual, de regulă în luna decembrie, prin grija directorului medical, Consiliul medical va analiza situaţia cazurilor pentru care a fost solicitată o "a doua opinie medicală", primită de la medici angajaţi ai spitalului. În acest sens, lunar, în cadrul şedinţelor Consiliului medical se vor centraliza de către secretarul Consiliului medical situaţiile pentru care a fost solicitată o "a doua opinie medicală", primită de la medici angajaţi ai spitalului.

q) **Art. 94. -** Indicatorii de eficiență (după caz) şi eficacitate a reglementării privind modul în care pacientul poate solicita "a doua opinie medicală" unor alţi medici angajaţi ai spitalului precum şi medicilor care nu sunt angajaţi ai spitalului, inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate şi în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate sunt următorii:

a) Asigurarea la cerere a accesului la o "a doua opinie medicală" din partea unui medic din cadrul spitalului (inclusiv în legătură cu consultul medico-chirurgical de specialitate şi în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), tuturor pacienților care solicită acest lucru pe parcursul ultimului an calendaristic.

b) Asigurarea la cerere 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 şi în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate), tuturor pacienților care solicită acest lucru pe parcursul ultimului an calendaristic.

c) Număr de convenții/contracte/protocoale 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".

d) Gradul de asigurare 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 şi în legătură cu rezultatul investigațiilor efectuate) în specialități medicale similare celor din Spitalului

9.12. Modalitatea de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic şi legal

Art. 95. – Reglementarea procesului de încetare a furnizării asistenței medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic şi legal are ca principale scopuri:

a) Se înscrie în politica de prevenire a discriminării în acordarea serviciilor medicale a S.O. Luduş;

b) Asigură un set unitar de reguli pentru încetarea furnizării asistenţei medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic şi legal;

c) Descrie modalităţile prin care relaţia medic-pacient poate înceta, fără a afecta deontologia profesională şi normele de conduită;

d) Garantează şi protejează drepturile pacienţilor împotriva oricăror forme de discriminare pe criterii interzise de lege;

e) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- apariţia unui conflict medic - pacient / aparţinători;
- reclamaţii ale pacienţilor / aparţinătorilor;
- acţionarea în instanţă.

Art. 96. –Etapele procesului de de încetarea furnizării asistenţei medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic şi legal presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

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

i. metoda de prevenţie, diagnostic, tratament la care urmează să fie supusă persoana în cauză să faca parte din specialitatea/competenţa medicului, asistentului medical;

ii. persoana în cauză să facă o solicitare scrisă către medic, asistentul medical de acordare a asistenţei medicale, cu excepţia cazurilor în care persoana este lipsită de discernământ sau a situaţiilor de urgenţă medico-chirurgicală. Solicitarea va fi păstrată în fişa medicală sau, după caz, într-un registru special;

iii. aprecierea medicului, asistentului medical că prin acordarea asistenţei medicale nu există riscul evident de înrăutăţire a stării de sănatate a persoanei căreia i se acordă asistenţa medicală. Aprecierea se face după un criteriu subiectiv şi nu poate constitui circumstanţă agravantă în stabilirea cazului de malpraxis.

b) Spitalul are obligaţia de a asigura efectuarea de intervenţii medicale asupra pacientului numai dacă dispune de dotările necesare şi de personal acreditat pentru a acorda respectivele îngrijiri medicale. Intervenţiile medicale asupra pacientului pot fi efectuate şi în absenţa acestor condiţii numai în cazuri de urgenţă apărute în situaţii extreme.

c) Refuzul acordării asistenţei medicale poate avea loc strict în condiţiile legii sau dacă prin solicitarea de persoana în cauză îi cere medicului acte de natură a-i ştirbi independenţa 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 naţional, asigurându-se că prevalează interesul şi binele pacientului.

d) Întrucât drepturile universale de respectare a intimităţii şi dreptul la autodeterminare coexistă actului medical, nici un pacient nu poate fi consultat împotriva propriei voinţe, obligaţia de îngrijire nu subzistă în cazul pacienţilor care refuză explicit să-şi dea consimţământul pentru consult sau tratament. Refuzul pacientului de a mai primi asistenţa 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 şi a furnizorului de produse şi servicii medicale, sanitare şi farmaceutice" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii*, care se introduce în F.O.C.G/documentele medicale. În această situaţie, pacienţilor trebuie să li se explice consecinţele refuzului sau opririi actelor medicale, persistenţa pacienţilor în a nu accepta acordarea de servicii medicale conducând la încetarea furnizării acestora fără afectarea deontologiei profesionale.

e) Încetarea furnizării asistenţei medicale şi a responsabilităţii medicale încetează şi în situaţia în care pacientul nu respectă cu stricteţe prescripţia sau recomandarea medicală.

f) Personalul medical este dator să stăruie şi să se asigure că decizia profesională luată în legătură cu pacientul respectă normele şi obligaţiile profesionale şi regulile de conduită deontologică, vindecarea bolii reprezentând momentul încetării relaţiei medic-pacient.

g) În situaţia în care patologia prezentată necesită şi justifică asistenţa altui medic, cu competenţe sporite, medicul curant întrerupe relaţia cu pacientul şi îl trimite altui medic, furnizându-i acestuia din urmă toate datele medicale obţinute, care justifică asistența altui medic cu competențe sporite.

h) Pentru a beneficia de servicii medicale pacienţii respectă cu stricteţe indicaţiile medicului şi au obligaţia să aibă o conduită civilizată faţă de personalul medico-sanitar. Ori de câte ori un pacient dovedeşte un comportament ostil, o conduită necivilizată, medicul curant are posibilitatea de a întrerupe relaţia cu pacientul ireveņţios.

i) În toate situaţiile în care pacientul manifestă o atitudine ostilă şi/sau ireverenţioasă faţă de medic, întreruperea relaţiei va fi iniţiată de către medic printr-o notificare adresată respectivului pacient în care îşi exprimă dorinţa terminării relaţiei. În măsura în care nu se pune în pericol starea sănătăţii pacientului, medicul trimite notificarea cu cel puţin 5 zile înainte pentru a-i da posibilitatea respectivului pacient de a găsi o altă alternativă, în caz contrar medicul asigură asistenţa medicală până la găsirea altui medic sau până la ameliorarea stării de sănătate. În vederea realizării notificării anterior menţionată, medicul trebuie sa motiveze temeiul refuzului, astfel încât acesta să nu fie unul arbitrar. Notificarea se întocmeşte de către medicul curant în dublu exemplar, unul fiind transmis pacientului cu minimum 5 zile înaintea terminării relaţiei, iar celălalt exemplar urmând să ramână la medic. În notificare se va preciza că terminarea relaţiei în momentul notificării nu pune în pericol viaţa pacientului.

j) În mod obligatoriu, la încetarea furnizării asistenţei medicale pacientului echipa medicală consemnează în documentele medicale respectiva decizie.

k) De asemenea, pacientul declarat DECEDAT, conform prevederilor legale în vigoare, în situaţia în care nu este posibilă prelevarea de organe şi/sau ţesuturi şi/sau celule de origine umană, deoarece nu sunt îndeplinite cerinţele legale pentru obţinerea acordului pentru donare sau există situaţii care exclud prelevarea, poate fi deconectat de la suportul mecanic ventilator sau de oxigenare extracorporeală si nu mai poate primi îngrijiri medicale în ATI.

l) k) Diagnosticul de moarte cerebrală va fi stabilit de 2 medici primari anestezie - terapie intensivă sau de un medic primar anestezie - terapie intensivă şi un medic primar neurologie sau neurochirurgie care vor utiliza în acest sens criteriile de diagnostic pentru confirmarea morţii 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 in domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare.* Echipa medicală va înregistra diagnosticul de moarte cerebrala în protocolul prevăzut în Anexa 3 la acelaşi Ordin".

Art. 97. Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de încetare a furnizării asistenţei medicale pacientului, cu respectarea cadrului etic şi legal sunt următorii:

a) Număr de situaţii consemnate în F.O.C.G. privind decizia de încetare a furnizării asistenţei medicale pacientului, în ultimul an calendaristic;

b) Număr de reclamaţii ale pacienţilor motivate de încetarea abuzivă a medicilor a asistenţei medicale, în ultimul an calendaristic;

c) Număr de notificări transmise pacienţilor în care medicii îşi exprimă dorinţa terminării relaţiei medic-pacient, în care este motivat temeiul refuzului.

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

Art. 98. – 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:

- agravarea stării de sănătate / decesul pacientului.

Art. 99. – **(1)** Eroarea profesională săvârşită în exercitarea actului medical sau medico-farmaceutic, care a produs prejudicii asupra pacientului, atrage răspunderea civilă a personalului medical şi/sau a furnizorului de produse şi servicii medicale, sanitare şi farmaceutice.

(2) Personalul medical răspunde civil pentru prejudiciile produse în exercitarea profesiei şi atunci când îşi depăşeşte competenţele, cu excepţia cazurilor de urgenţă în care nu este disponibil personal medical ce are competenţa 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:

1. Decompresia pneumotoraxului sufocant;
2. Pericardiocenteza;
3. Toracotomie de urgență;
4. Compresiuni toracice externe;

d) Intervenții salvatoare de viață prin intervenții hemodinamice:

5. Resuscitare volemică cu fluide i.v.;
6. Administrare de sânge;
7. Controlul sângerărilor majore;

e) Intervenții salvatoare de viață prin administrarea de medicamente:

8. Naloxone;
9. Glucoza 33%;
10. Dopamină;
11. Atropină;
12. Adenozin;
13. 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, inconștient[3].

---

[3] 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);

(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:

e) Administrarea de oxigen:
   14. pe mască facială
   15. pe canulă nazală;
a) Monitorizarea cardiacă;
b) Următoarele teste diagnostice:
   16. electrocardiogramă;
   17. testele de laborator;
   18. CT sau ecografie FAST în traumă;
   19. Ecografie;
   20. Linie i.v.;
   21. Linie i.v. pentru administrarea medicației;
c) Administrarea următoarelor medicamente:
   - Aspirină;
   - Nitroglicerină i.v.;
   - Antibiotice;
   - Heparină;
   - Analgetice;
   - Beta-agoniști pe cale inhalatorie.

Art. 100. – (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.

– puls slab filiform, FC<30;
– copil hiporeactiv, obnubilat, letargic;
– pacient areactiv cu halenă etanolică;
– hipoglicemie cu alterarea statusului mintal.

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 dupa obținerea acestuia.

e) În situaţia apariţiei unei situaţii de urgenţă majoră cu risc vital imediat pentru pacient, personalul medico-sanitar va acţiona cu promptitudine acordând asistenţă medicală, chiar şi în lipsa dotărilor şi/sau a competenţelor necesare, pentru a evita punerea în mod ireversibil în pericol a vieţii pacientului.

f) Ulterior acordării asistenţei medicale şi stabilizării funcţiilor vitale, personalul medico-sanitar care a efectuat îngrijirile va solicita sprijinul personalului medico-sanitar cu competenţele necesare încadrat în Spitalului sau, în lipsa acestuia, va direcţiona pacientul către o unitate spitalicească de o categorie superioară şi 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 condiţiile în care depăşirea competenţelor medicale este permisă în interesul pacientului, precum şi a normelor etice şi legale aplicabile efectuării actelor medicale cu depăşirea competenței

Art. 101. 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) Număr de situații în care a fost acordată asistenţă medicală în situaţii de risc vital, chiar şi în lipsa dotărilor şi a competenţelor necesare, pentru a evita punerea în mod ireversibil în pericol a vieţii pacientului;

b) Număr de excluderi a cazurilor de malpraxis medical, prin dovedirea bunei credinţe a personalului medical şi respectarea principiilor acordării asistenţei medicale în situaţii de urgenţă şi care pun în pericol viaţa pacientului.

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

Art. 102. – 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 consimţământului/acordului informat al pacientului/aparţinătorului;

b) Asigură continuitatea activităţilor de asistenţă medicală desfăşurate în cadrul spitalului, inclusiv în condiţii de fluctuaţie 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
- acționare în instanță.

Art. 103. – 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 discernământ sau din anumite motive nu şi-l poate exprima, iar medicul şi /sau asistentul medical nu pot contacta reprezentantul legal, soţul/soţia sau ruda majoră cea mai apropiată, datorită situaţiei de urgenţă, şi nu se poate solicita – în cazul minorilor - nici autorizarea autorităţii tutelare, deoarece intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea şi viaţa pacientului, personalul medical va acorda asistenţa 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 observaţie a pacientului, prin completarea formularului de "*Raport privind asistenţa medicală acordată în situaţii de urgenţă*" 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 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 situaţia de urgenţă, precum şi a datelor din care să rezulte lipsa de discernământ a pacientului sau / și imposibilitatea exprimării acestuia;

ii. Raportul trebuie să conţină numele şi prenumele persoanei sau, după caz, ale persoanelor care au acordat asistenţa medicală, data şi 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 observaţie clinica 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 membrii 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.146 - (1) Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la actul medical de care beneficiază. Acordul în cunoştinţă de cauză al pacientului cu privire la intervenţiile şi manevrele medicale ce pot avea consecinţe imprevizibile trebuie obţinut după ce pacientul este informat, la capacitatea lui de înţelegere, comunicându-i-se orice informaţie utilă pentru a lua decizia cea mai potrivită, ulterior completând formularul de consimţământ informat.

(2) Pentru legalitate, consimţământul implică următoarele componente:

a) informarea pacientului, prin furnizarea de către medic de date şi informaţii medicale relevante cu privire la diagnostic, tratament şi riscuri şi înţelegerea lor de către pacient;

b) abilitatea pacientului de a înţelege, alege sau refuză actul medical;

c) dreptul pacientului de a lua decizii.

(3) În situaţia în care pacientul este analfabet sau cu dizabilităţi, toate informaţiile medicale i se vor citi şi va fi întrebat dacă aceasta este voinţa sa, medicul menţionând acest aspect în formularul de consimţământ.

Art. 104. 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, se realizează într-un interval de timp cât mai scurt, astfel încât să nu fie pusă în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului.

b) Număr de "*Rapoarte privind asistența medicală acordată în situații de urgență*" completate într-un an calendaristic în raport cu numărul de situații 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) Număr de rapoarte ale Comisiilor de arbitraj constituite în raport cu numărul de situații în care acestea s-au constituit în ultimul an calendaristic.

9.15. Modalitatea de intervenţie în cazul persoanelor neautorizate

Art. 105. –Reglementarea procesului de intervenţie în cazul persoanelor neautorizate are ca principale scopuri:

a) menţinerea unui climat de linişte şi confort pentru pacient;

b) siguranţa pacientului şi 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:

- dispariţia bunurilor personale ale pacientului;
- apariţia unor conflicte.

Art. 106. - Etapele procesului de intervenţie în cazul persoanelor neautorizate presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) În incinta şi perimetrul spitalului este asigurată paza şi protecţia pacienţilor/aparţinătorilor, faţă de accesul persoanelor neautorizate de către prestatorul de servicii de pază SC.SIRGOMBOS SECURITY SRL cu care Spitalul Orăşenesc Dr.Valer Russu Luduş are încheiat contract de prestări servicii de pază.

b) La prezentarea pacientului pentru internare în cadrul Spitalului, acesta are posibilitatea de a preda spre păstrare bunurile de valoare, odată cu predarea efectelor personale. Modul de preluare/predare şi depozitarea valorilor şi efectelor personale ale pacienţilor este prevăzut la pct. 9.80 din prezentul Regulament.

c) La nivelul secţiilor medicale sunt avute în vedere următoarele măsuri:

i. în vederea asigurării unui climat minim de confort pentru pacient, managementul spitalului/secţiilor medicale limitează accesul aparţinătorilor în spaţiile destinate activităţilor medicale, acesta făcându-se conform unui program de vizită afişat şi cu respectarea regulilor privind protecţia împotriva infecţiilor asociate asistenţei medicale.

ii. prin grija personalului medical este asigurată evitarea depăşirii timpului de vizită şi perturbarea activităţilor de asistenţă medicală de către aparţinători care pot agresa în diferite moduri pacienţii intenaţi (verbal, vizual, prin atitudine, olfactiv etc.);

iii. pentru siguranţa pacientului şi protejarea bunurilor acestuia, spitalul ia măsuri de instalare a butoanelor de panică precum şi încheierea unui contract de prestări servicii de pază.

d) Împotriva oricăror factori perturbatori precum şi a intruziunilor asupra pacienţilor, spitalul acţionează, de regulă, funcţie de momentul producerii evenimentului de natură să creeze disconfort pacienţilor, prin intermediul personalului medico-sanitar propriu, iar în situaţiile în care se depăşeşte posibilitatea de gestionare a acestor situaţii, personalul medical solicită sprijinul prestatorului de servicii de pază.

e) Pentru situaţiile în care personalul din serviciul interior consideră necesar, acesta va fi în măsură să apeleze la prestatorul de servicii de pază în conformitate cu prevederile contractului încheiat în acest scop.

f) În ceea ce priveşte relaţia cu mass-media a pacienţilor, aceasta se realizează potrivit pct. „*9.22. Accesul mass-media la nivelul spitalului şi la pacienţii internaţi în cadrul acestuia*" din prezentul Regulament.

g) Se interzice cu desăvârşire accesul reprezentanţilor mass-media în A.T.I.

h) Spitalul asigură respectarea demnităţii umane şi drepturile pacienţilor în sensul că declaraţiile referitoare la starea de sănătate, prognosticul, tratamentul şi alte circumstanţe în legătură cu boala unui pacient vor fi făcute numai cu acordul acestuia sau a reprezentanţilor legali/ familiei / aparţinătorilor.

i) Nerespectarea de către purtătorul de cuvânt şi către oricare alt angajat al Spitalului a confidenţialităţi datelor despre pacient, atrage sancţionarea disciplinară a acestuia, contravenţională, penală, conform prevederilor legale.

Art.107 - Cu excepţia situaţiilor în care imaginile sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului şi tratamentului sau pentru evitarea suspectării unei culpe medicale, fotografierea sau filmarea pacenţilor în spital se efectuează numai cu consimţământul scris al acestora, obţinut 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 pacienţilor, cu modificările şi completările ulterioare.*

Art. 108. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de intervenţie în cazul persoanelor neautorizate sunt următorii:

a) Număr de reclamaţii ale pacienţilor care au subiect afectarea siguranţei pacientului prin intruziuni externe în raport cu numărul de pacienţi externaţi în ultimul an calendaristic;

b) Număr de reclamaţii ale pacienţilor care au subiect furturi de bunuri de valoare în raport cu numărul de pacienţi externaţi în ultimul an calendaristic;

c) Număr de situaţii în care personalul medical a intervenit în scopul asigurării siguranţei pacienţilor împotriva intruziunilor externe, în raport cu numărul de pacienţi externaţi în ultimul an calendaristic;

d) Număr de situaţii în care personalul din serviciul de zi pe spital a intervenit în scopul asigurării siguranţei pacienţilor împotriva intruziunilor externe, în raport cu numărul de pacienţi externaţi în ultimul an calendaristic;

e) Numărul de situaţii în care prestatorul de servicii de pază a intervenit în scopul asigurării siguranţei pacienţilor împotriva intruziunilor externe, în raport cu numărul de pacienţi externaţi în ultimul an calendaristic.

9.16. Stabilirea necesarului minim de personal care asigură şi garantează siguranţa continuităţii asistenţei medicale

Art. 109. – (1) Reglementarea procesului de stabilirea necesarului minim de personal care asigură şi garantează siguranţa continuităţii asistenţei 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 şi raportat la normativul de personal.

b) Permite realizarea unei structuri optime de personal pentru fiecare dintre microstructurile medicale raport la nevoile curente de asistenţă medicală.

c) Repartizarea judicioasă a serviciilor de gardă pentru medicii din cadrul liniilor de gardă continue şi celor organizate la domiciliu, astfel încât să fie asigurată continuitatea asistenţei medicale prin liniile de gardă corespunzător nivelului II de clasificare al spitalului.

d) Stabilirea în mod echitabil a serviciilor de gardă pentru medicii din liniile de gardă, precum şi a serviciilor de tură, astfel încât să fie asigurate toate serviciile din cursul lunii.

e) Îndeplinirea normei de lucru / obligaţiei 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 greşită a structurilor;
- o disfuncţii în asigurarea asistenţei medicale;
- o agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art. 110. – **(1)** Etapele procesului de stabilire a necesarului minim de personal care asigură şi garantează siguranţa continuităţii asistenţei medicale presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Asigurarea continuităţii asistenţei medicale este obligatorie pentru unităţile sanitare publice din sectorul sanitar şi se asigură de către medici prin serviciul de gardă şi prin serviciu în două sau trei ture, după caz, de către personalul sanitar şi auxiliar-sanitar.

b) Organizarea liniilor de gardă permanente şi a liniilor de gardă la domiciliu:

i. Aprobarea unei noi linii de gardă într-o anumită specialitate, permanentă sau gardă la domiciliu, se face după consultarea Consiliului medical şi în baza deciziei Comitetului director. Structura de resurse umane va solicita avizul/aprobarea Consiliului Local Ludus/Ministerului Sănătăţii, după caz, pentru înfiinţarea liniei respective care urmează să funcţioneze în următoarea perioada.

ii. În baza aprobării primite, prin aplicarea prevederilor legale incidente în speţă, se constituie respectivele linii de gardă formate din medicii încadraţi în spital (în funcţie de specialitate) precum şi medici încadraţi în afara spitalului, care sunt confirmaţi prin ordin al ministrului sănătăţii în specialitatea stabilită pentru linia de gardă şi care îşi desfăşoară activitatea în unităţi sanitare în care nu sunt organizate linii de gardă în aceea specialitate;

iii. Includerea acestor medici în echipa de gardă a spitalului se face cu avizul şefului de secţie şi cu aprobarea managerului spitalului precum şi cu acordul unității sanitare unde aceștia au norma de bază;

iv. Personalul care execută serviciul în liniile de gardă din spital este nominalizat prin decizie internă la începutul fiecărui an, pe linii de gardă şi specialităţi, ocazie cu care structura de resurse umane specifică programul fiecărei linii de gardă, inclusiv pentru zilele de sărbători legale şi în celelalte zile în care în conformitate cu prevederile legale nu se lucrează;

v. Asigurarea rezolvării unor situații deosebite, care reclamă maximă urgență în asistența medicală din unitățile sanitare cu paturi, se poate face și prin chemarea medicilor de la domiciliu, atât din unitatea sanitară unde sunt încadrați, cât și din alte unități sanitare, de către managerul unității sanitare. Chemarea medicilor se va face de către medicul de gardă, după anunțarea în prealabil a managerului. Chemările de la domiciliu se consemnează în condica de prezență pentru activitatea de gardă, se consideră ore de gardă și se salarizează potrivit legii. Se consideră ore de gardă numai orele efectiv prestate în unitatea sanitară în care s-a efectuat chemarea de la domiciliu. Chemarea la domiciliu se consemnează și în Registrul de predare al gărzilor, în Protocolul de intervenții chirurgicale și FOCG.

vi. Medicii din secțiile 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 minimum 6 ore în cursul dimineții în zilele lucrătoare și 18 de ore de gardă lunar (obligație de gardă) 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;

vii. Graficele cu planificarea serviciilor din liniile de gardă se întocmesc lunar de către directorul medical, la propunerea sefilor de secții și se aprobă de către manager până în data de 25 a lunii în curs pentru luna următoare, după verificarea acestora cu atenţie de către structura de resurse umane;

viii. După aprobarea respectivelor grafice de către manager, aducerea acestora la cunoştinţă tuturor medicilor din linia de gardă se face pe bază de semnătură;

ix. Schimbarea serviciilor după aprobarea graficului de gardă de către manager, se poate face numai în situaţii cu totul deosebite cu minim 5 zile înainte de efectuarea serviciului, prin raport al medicului care doreşte schimbarea unui serviciu, cu avizul medicului şef de secţie şi aprobarea manager şi înştiinţarea structurii de resurse umane;

x. Orele de gardă prestate şi chemările de la domiciliu se consemnează în mod obligatoriu în condica de prezenţă pentru activitatea de gardă;

xi. Efectuarea a două gărzi consecutive de către acelaşi medic este interzisă;

xii. Este interzis medicilor care sunt de gardă să părăsească unitatea sanitară pe durata serviciului de gardă.

xiii. După activitatea continuă aferentă activităţii curente şi activităţii într-o linie de gardă, medicul beneficiază de o perioadă de repaus de 24 de ore. Prevederea se aplică şi 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 situaţia 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 activităţii curente aferente altor zile din cursul lunii, având în vedere specialitatea, adresabilitatea şi modul concret de organizare a activităţii.

xiv. Refuzul medicilor de a respecta graficele de gărzi întocmite lunar de conducerea secţiilor şi a compartimentelor şi aprobate de managerul spitalului constituie abatere disciplinară.

(2) Etapele procesului de acordare a timpului legal de repaus pentru medicii care prestează serviciu de gardă presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

i. Șeful secției sau ambulatoriului, este informat de către medicul din Compartimentul primiri urgențe[4] sau medicul ce a efectuat serviciul de gardă, privind existența unor situații ce impune prezența medicului care a efectuat serviciul de gardă (de exemplu: medicul este membru al unei echipe operatorii, este unic prescriptor pentru preparate ce trebuie administrate în ziua respectivă, există situații medicale deosebite, etc).

ii. Medicul a cărui prezență se impune este anunțat de către șeful de secție.

iii. Medicul anunțat se prezintă la sediul spitalului în cel mai scurt timp posibil.

iv. Șeful secției sau ambulatoriului stabilește de comun acord cu medicul, perioada de recuperare a celor 24 de ore de repaus legal.

v. Pentru medicii ce desfășoară servicii de gardă, la nivelul secției/ambulatoriului, la structura resurse umane se instituie un registru în care se consemnează toate situațiile de rămânere la program, respectiv chemare de la domiciliu, precum și perioada de recuperare a timpului liber legal stabilit.

(3) Organizarea serviciului în ture:

i. Graficele lunare de activitate, pe locuri de muncă, se întocmesc de către șeful de 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. In 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;

iv. Se consideră muncă prestată în timpul nopții, munca prestată în intervalul 22,00 - 6,00 cu posibilitatea abaterii o oră în plus sau în minus, față de aceste limite, în cazuri excepționale.

v. Personalul care lucrează în locurile de muncă unde activitatea se desfășoară în 3 ture , sistemul 12/24 ore, salariatul are obligația efectuării serviciului de dimineață, după-amiază și noapte, în decursul unei luni în conformitate cu prevederile legale. pe bază de grafice lunare în așa fel încât să se asigure continuitatea activității;

vi. Pentru a beneficia de sporul prevăzut pentru activitatea desfășurată în trei ture, personalul Spitalului Orășenesc „Dr. Valer Russu" Luduș are obligația de a presta lunar 40 ore în tura a 2-a și 40 ore în tura a 3-a, iar asistentele șefe având și program administrativ 32 ore în tura a 2-a și 32 ore în tura a 3-a. Numărul de zile/ore în care își desfășoară activitatea în tura a 2-a și a 3-a va fi stabilit de consiliul de administrație al Spitalului,

(4) Evidenta prezentei la program, inclusiv a gărzilor, se tine prin condici de prezenta in care personalul este obligat sa semneze zilnic.Nesemnarea zilnica si la timp a condicilor de prezenta constituie o incalcare a normelor de disciplina a muncii si se sanctioneaza conform Legislatiei muncii.

i. Până pe data de 30 a lunii se va desfășura activitatea de întocmire a graficelor de lucru, verificarea acestora de către structura de resurse umane, aprobarea lor de către directorul medical / manager și depunerea acestora la structura de resurse umane;

---

[4] În continuare: „C.P.U."

ii. Modificarea graficelor de lucru se va face doar la propunerea şefului secţiei cu aprobarea manager spitalului prin cerere scrisă, cu minimum 5 zile înainte de data pentru care se solicită schimbarea;

iii. Până pe data de 03 a lunii pentru luna anterioară se vor întocmi fişele de prezenţă colectivă de către toţi şefii locurilor de muncă, verificarea acestora de către structura de resurse umane şi aprobarea acestora de către manager şi predarea acestora la structura financiar în vederea calculului drepturilor salariale.

(5) În situaţia 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 şefilor de secţii /coordonatori compartimente în care se constată respectivul deficit, în cadrul şedinţelor de Consiliu medical se propune luarea unor decizii care privesc modificarea temporară sau definitivă a locului de muncă al unor angajaţi. În acest sens structura de resurse umane emite respectivele decizii, acestea fiind luate doar după consultarea cu reprezentaţii angajaţilor/sindicatul.

Art. 111. Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de stabilire a necesarului minim de personal care asigură şi garantează siguranţa continuităţii asistenţei medicale sunt următorii:

a) repartizarea echitabilă a serviciilor în cursul unui an astfel încât toţi medicii care execută serviciu de gardă să efectueze acelaşi număr de servicii şi pe cât posibil acestea să fie repartizate în mod egal în cursul unei săptămâni;

b) acoperirea în totalitate a serviciilor de tură în cursul fiecărei luni calendaristice, pentru fiecare din structurile medicale în care este organizat serviciul de tură;

c) repartizarea echitabilă a turelor cu respectarea numărului de ture în toate cele 2/3 schimburi, din fiecare structură medicală, pe parcursul ultimului an calendaristic.

9.17. Limita de competenţă a personalului în domeniul comunicării cu pacientul

Art. 112. –Stabilirea limitei de competenţă a personalului în domeniul comunicării cu pacienţii are ca principale scopuri:

b) Stabilirea la nivelul spitalului a unor reguli privind modalităţile de comunicare a personalului cu pacienţii;

c) Stabilirea la nivelul spitalului a unor reguli privind limitele de competenţă în domeniul comunicării cu pacienţii pentru fiecare dintre categoriile profesionale de personal existente în cadrul spitalului;

d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o comunicarea cu pacientul de către persoane care nu au competenţă;
- o comunicarea către pacient a unor informaţii inexacte privind starea sa de sănătate;
- o neînţelegerea de către pacient a datelor comunicate;
- o conduită inadecvată a pacientului (nerespectarea recomandărilor).

Art. 113. –Stabilirea limitei de competenţă a personalului în domeniul comunicării cu pacienţii presupune derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Potrivit legislaţiei în vigoare, pacientul are următoarele drepturi în ceea ce priveşte informaţia medicală:

i. dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum şi la modul de a le utiliza;

ii. dreptul de a fi informat asupra identităţii şi statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate;

iii. dreptul de a fi informat asupra regulilor şi obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării;

iv. dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervenţiilor medicale propuse, a riscurilor potenţiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului şi nerespectării recomandărilor medicale, precum şi cu privire la date despre diagnostic şi prognostic;

v. dreptul de a decide dacă mai doreşte să fie informat în cazul în care informaţiile prezentate de către medic i-ar cauza suferinţă;

vi. dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat şi de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său;

vii. dreptul de a cere şi de a obţine o altă opinie medicală;

viii. dreptul să primească, la externare, un rezumat scris al investigaţiilor, diagnosticului, tratamentului, îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării şi, la cerere, o copie a înregistrărilor investigaţiilor de înaltă performanţă, o singură dată.

b) Informaţiile se aduc la cunoştinţa pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate; în cazul în care pacientul nu cunoaşte limba română, informaţiile i se aduc la cunoştinţa în limba maternă ori în limba pe care o cunoaşte sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare.

c) În relaţia cu pacienţii personalul Spitalului are obligaţia de a respecta următoarele norme de etică şi comunicare:

i. Pacientul va fi considerat ca fiind persoana cea mai importantă ! În acest sens:
- o pacienţii vor fi salutaţi politicos;
- o adresarea se va face cu numele de familie;
- o când se vor face referiri la un pacient, personalul medical nu va folosi denumiri de boală sau organ bolnav;
- o personalul medical va respecta valorile culturale şi tradiţiile fiecărui pacient;

ii. Siguranţa pacientului, sănătatea şi bunăstarea sa vor fi protejate ! În acest sens:
- o comunicarea este esenţială în desfăşurarea procesului de îngrijire;
- o întreaga atenţie trebuie concentrată asupra pacientului;
- o tonul vocii să fie ferm, plin de încredere, să arate respect faţă de pacient şi adecvat cu gesturile şi punctele de vedere exprimate;
- o ajutarea pacientului la participarea la diferite forme de relaxare şi recreere;
- o nu trebuie să se pronunţe şi nu se va aduce la cunoştinţă pacientului evoluţia tratamentului sau prognosticul negativ al bolii;

iii. Intimitatea fiecărui pacient şi confidenţialitatea informaţiilor personale trebuie protejate! În acest sens:
- o în spaţiile publice sunt interzise discuţii despre pacienţi;
- o doar persoanele autorizate de spital şi care sunt implicate în îngrijirea pacientului pot avea acces la dosarul medical;
- o informaţiile privitoare la pacienţi pot fi utilizate numai de către persoanele desemnate;
- o la cererea pacientului, accesul vizitatorilor va fi limitat.

iv. Comportamentul întregului personal angajat în procesul de îngrijire va fi orientat spre satisfacerea nevoilor pacienţilor! În acest sens:
- o personalul de îngrijire trebuie să-şi decline cu claritate identitatea şi funcţia;
- o personalul de îngrijire va informa persoanelor abilitate orice abatere de la etica medicală, precum şi omisiunile şi erorile apărute în îngrijirea pacienţilor;
- o personalul nu are voie să discute cu pacienţii probleme personale;
- o personalul nu are voie să angajeze discuţii contradictorii cu pacienţii;
- o personalul va evita intimităţi nepotrivite cu pacienţii;

v. Comunicarea să se realizeze într-un limbaj adecvat, adaptat nivelului de înţelegere al pacientului şi stării în care acesta se află.

vi. Comunicarea veştilor rele o va face medicul curant sau, în lipsa sau la indicaţia acestuia, de către asistentă medicală.

d) În cadrul Spitalului limitele de competenţă a personalului în domeniul comunicării cu pacienţii se stabilesc după cum urmează:

i. <u>Medicii curanţi şi medicii care realizează consulturile interdisciplinare:</u>
- o aceştia sunt obligaţi să informeze pacientul/aparţinătorii despre:
- o numele medicului curant al pacientului;
  - • starea sănătăţii acestuia (stabil, ameliorat, agravat etc)., direct sau prin intermediul reprezentanţilor 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.

o 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 supraspecilizări și obținerea unor atestate de studii complementare/competențe profesionale potrivit legislației incidente în vigoare

o relația medicului cu pacientul va fi una exclusiv profesională si se va clădi pe respectul acestuia față de demnitatea umană, pe înțelegere și compasiune față de suferință;

o 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;

o 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;

o medicul va elibera persoanelor îndreptățite numai documentele permise de lege și care atestă realitatea medicală;

o 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. <u>Asistenții medicali care asigură realizarea procedurilor de îngrijire a pacienților:</u>

o 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;

o 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;

o nu se pronunță și nu aduce la cunoștință pacientului evoluția tratamentului sau prognosticul negativ al bolii;

o nu discută cu pacienții probleme personale;

o nu are voie să angajeze discuții contradictorii cu pacienții, va evita intimități nepotrivite cu pacienții;

o 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.

o nu poate face discriminări pe baza rasei, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale, față de pacienți.

o 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.

o 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 priveşte intervenţiile delegate de către medic (efectuate sub prescripţie medicală), pot oferi pacientului informaţii cu respectarea limitelor stabilite de către medicul/medicii care a/au delegat realizarea respectivelor intervenţii, într-una din următoarele variante: 1.exclusiv la prescripţia medicului; 2. exclusiv la prescripţia medicului, cu condiţia ca un medic să poată interveni în orice moment; 3. la prescripţia şi în prezenţa unui medic;

• pentru intervenţiile la care asistentul medical participă alături de medic, asistentul medical poate oferi informaţii doar fiind delegat de către medic şi în prezenţa acestuia, cu respectarea limitelor prevăzute de actul normativ sus-invocat.

iii. Personalul sanitar auxiliar (infirmieră, îngrijitoare):

- o nu are acces la F.O.C.G.;
- o nu are dreptul să dea informaţii medicale din F.O.C.G., la eventuale întrebări ale pacientului în acest sens îndrumă pe acesta să se adreseze asistentului medical;
- o obiectul secretului îl constituie tot ceea ce infirmiera, a aflat direct sau indirect, în legătura cu viaţa intimă a pacientului, precum şi problemele de diagnostic, prognostic, tratament, circumstanţe în legătură cu boala şi alte diverse fapte, inclusiv autopsiei;
- o informarea pacientului se face strict în legătură cu manevra ce urmează a fi executată, după caz: transport, hrănire, toaletă, schimbarea hainelor şi/sau a lenjeriei, alimentaţie, mobilizare;
- o se pronunţă doar prin a informa pacientul asupra activităţilor specifice din Planul de îngrijiri conform fişei postului fiecăruia;
- o nu discută cu pacienţii probleme personale;
- o nu are voie să angajeze discuţii contradictorii cu pacienţii, va evita intimităţi nepotrivite cu pacienţii.

iv. Toate celelalte categorii de personal din cadrul spitalului pot da informaţii pacienţilor şi aparţinătorilor acestora doar în domeniile în care îşi exercită atribuţiile înscrise în fişele de post, în măsura în care acestea nu constituie informaţii confidenţiale şi nu există prevederi normative interne sau aplicabile la nivel naţional care să limiteze difuzarea acestora.

v. Şeful / coordonatorul fiecărei structuri medicale stabileşte persoana/persoanele care transmit telefonic informaţiile către aparţinători, în acest sens fiecare structură medicală având telefon dedicat pentru comunicarea aparţinători-pacienţi.

Art. 114. - În mod obligatoriu, la nivelul Spitalului, comunicarea cu pacienţii/ aparţinătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului

Art. 115. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de stabilire a limitei de competenţă a personalului în domeniul comunicării cu pacienţii sunt următorii:

a) Număr de reclamaţii cu privire la aspecte de comunicare cu pacienţii, înregistrate în ultimul an calendaristic încheiat, referitoare la fiecare dintre categoriile de personal medico-sanitar şi auxiliar sanitar implicat în procesul de asigurare a asistenţei medicale.

b) Număr de aprecieri de serviciu /evaluări profesionale anuale ale personalului Spitalului, pe categorii profesionale în care personalul evaluat a obţinut calificativul „Satisfăcător" şi „Nesatisfăcător" în ceea ce priveşte comunicarea cu pacienţii/ aparţinătorii.

9.18. Modalitatea de verificare a competenţelor certificate ale personalului propriu

Art. 116. – **(1)** Reglementarea privind verificare a competenţelor 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 şi competenţele specifice potrivit cerinţelor posturilor pe care este încadrat acesta;

b) Evaluarea permanentă a cerinţelor posturilor trecute în fişele posturilor în raport cu studiile şi competenţele deţinute de către personalul încadrat pe acestea;

c) Asigurarea desfăşurării tuturor activităţilor legate de monitorizarea competenţelor certificate ale personalului propriu;

d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o prestarea de servicii medicale precum şi a unor servici de suport medical de către personal care nu are competenţe;
- o blocarea activităţii medicale;
- o agravarea stării de sănătate a pecientului.

Art. 117. – (1) Etapele procesului de verificare a competenţelor certificate ale personalului propriu presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Documentele privind competenţele certificate se verifică de către personalul structurii de resurse umane în următoarele situaţii:

- o la depunerea dosarului de candidat în vederea participării la un concurs / examen – comisia examen/concurs cu sprijinul secretarului (din cadrul structurii resurse umane) şi consilierului juridic al spitalului;
- o la întocmirea dosarului profesional în urma promovării concursului/examenului de încadrare – şeful structurii de resurse umane cu sprijinul consilierului juridic al spitalului ;
- o la completarea dosarului profesional ca urmare a absolvirii unor cursuri sau obţinerii / dobândirii unor noi competenţe.

b) În mod obligatoriu la dosarul de concurs, candidaţii vor depune copiile documentelor de studii;

c) În aplicarea prevederilor *O.M.S. 895/2019 privind condiţiile necesare în vederea exercitării profesiei de medic, medic stomatolog şi, respectiv, farmacist pe teritoriul României în cadrul unităţilor sanitare publice şi private*, în vederea exercitării profesiei de medic, medic stomatolog sau farmacist, biroul resurse umane solicită următoarele documente (în termen de valabilitate):

- o cererea in care se menţionează postul pentru care persoana interesată doreşte să concureze sau să se angajeze, după caz;
- o diploma de licenţă şi certificatul de specialist sau primar pentru medici, în original şi copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;
- o documente privind schimbarea numelui (certificat de căsătorie, certificat de divorţ, hotărâre judecătorească etc.), în original şi copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;
- o certificatul de membru al organizaţiei profesionale sau avizul de practică temporară sau ocazională a profesiei valabil, din care să rezulte că profesionistul este avizat pe specialităţile şi competenţele în care urmează să îşi desfăşoare activitatea în unitatea sanitară, în original şi copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului;
- o dovada/inscrisul din care să rezulte că nu i-a fost aplicată una dintre sancţiunile prevăzute la art. 455 alin. (1) lit. e) si 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 sănătăţii, republicată, cu modificările şi completarile ulterioare, în original;
- o cazierul judiciar, în original;
- o certificat medical format A5 din care să rezulte ca este apt din punct de vedere fizic şi neuropsihic pentru exercitarea activităţii pentru postul pentru care candidează sau doreşte să se angajeze, în original;
- o actul de identitate în termen de valabilitate, în original şi 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 şi certificatul de integritate comportamentală, eliberat de structurile de cazier judiciar.

e) Pentru medici, farmacişti şi asistenţi medicali, personalul structurii de resurse umane vor consulta suplimentar bazele de date ale organizaţiilor profesionale în care sunt înscrişi aceştia, pentru a avea certitudinea existenţei respectivelor persoane în aceste evidenţe precum şi faptul că activitatea acestora nu este suspendată temporar;

f) În cazul în care apar unele neconcordanţe şeful structurii de resurse umane va solicita verificarea încrucişată a documentelor care indica anumite suspiciuni.

(2) Dosarul profesional individual se completează cu documentele dobândite de salariat ulterior încadrării – documente care se operează în evidenţele de personal. Pentru actele doveditoare ale eventualelor modificări intervenite ulterior angajării, cu privire la absolvirea unor cursuri, specializări/competenţe, acestea se vor prezenta în original şi copie, ce va fi certificată de un reprezentant al spitalului, în maxim 5 zile lucrătoare de la obținerea respectivei certificări.

Art. 118. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de verificare a competenţelor certificate ale personalului propriu, sunt următorii:

a) Număr de situaţii în care se face dovada exercitării profesiei în baza unor acte de studii-competenţe false, raportat la numărul total de angajări într-un an calendaristic;

b) Numărul de monitorizări realizate de către personalul din serviciul resurse umane a studiilor / competenţelor personalului prin verificarea medicilor/ farmacişti şi asistenţilor medicali pe platformele puse la dispozitie de organizaţiile profesionale din care fac parte aceştia, din totalul de astfel de personal angajat în ultimul an calendaristic;

c) Numărul de medici/ farmacişti şi asistenţi medicali încadraţi pe posturi vacante conform competenţelor profesionale din fişele posturilor.

9.19. Colectarea şi raportarea indicatorilor de monitorizare

Art. 119. –Reglementarea procesului de colectare şi raportare a indicatorilor de monitorizare are ca principale scopuri:

a) Asigurarea coordonării de către conducerea spitalului, prin intermediul întregului personal al B.M.C.S.M. a procesului de asigurare şi îmbunătăţire a calităţii serviciilor de sănătate şi siguranţei pacientului în colaborare cu şefii tuturor sectoarelor de activitate;

b) Evaluarea permanentă a mediului de îngrijire şi adaptarea permanentă a acestuia la necesităţile asistenţei medicale asigurată de către spital;

c) Asigurarea desfăşurării tuturor activităților legate de monitorizarea şi îmbunătăţirea calităţii în vederea optimizării continue a proceselor de la nivelul spitalului;

d) Identificarea activităților / proceselor care nu converg înspre asigurarea conformării la cerinţele standardelor de acreditare şi luarea de decizii în vederea implementării de corecţii;

e) Se asigură posibilitatea de întocmire a unor planuri de măsuri pentru îmbunătăţirea calităţii elaborate în urma analizei fişelor de autoevaluare, precum şi a obiectivelor "*Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului*", care să conţină propuneri punctuale de îmbunătăţire a activităților în scopul creşterii calităţii 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. 120. –Etapele procesului de colectare şi raportare a indicatorilor de monitorizare presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Anual, de regulă în luna decembrie, personalul B.M.C.S.M. 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, proiectul "*Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului*" prevede indicatori de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor privind îmbunătăţirea calităţii serviciilor şi a siguranţei pacienţilor aferente "*Planului strategic de dezvoltare al Spitalului*".

c) Totodată, anual, de regulă în luna decembrie, personalul B.M.C.S.M.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, anual în luna mai și septembrie (sau, în funcție de obiectivele avute în vedere, cel puțin odată pe an – în luna noiembrie), personalul B.M.C.S.M. colectează date privind indicatorii de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților înscrișI 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 B.M.C.S.M. 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 B.M.C.S.M. 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 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 B.M.C.S.M. 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. 121. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colectare și raportare a indicatorilor de monitorizare sunt următorii:

d) Încadrarea în termenele stabilite pentru întocmirea *"Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului"* precum și a *"Planificării anuale a activităților de evaluare a conformării la cerințele standardelor de acreditare"*.

e) Încadrarea în termenele planificate de emitere a rapoartelor de informare și a planurilor de măsuri aferente acestora care fac referire la îndeplinirea obiectivelor prevăzute în Graficul Gantt al *"Planului anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului"*, precum și la desfășurarea în perioadele aprobate a activităților de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare.

f) 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.

g) Numărul de propuneri formulate privind îmbunătățirea calității serviciilor și a siguranței pacienților în urma procesului de autoevaluare a conformării cerințelor specifice listelor de verificare.

h) Gradul de îndeplinire a obiectivelor înscrise în *"Planul anual de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și a siguranței pacientului"*.

i) Gradul de conformare la cerințele/indicatorii aferenți fiecărei liste de verificare supusă procesului de autoevaluare într-un an calendaristic.

9.20. Modalitatea de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor şi protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate

Art. 122. –Reglementarea procesului de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor şi 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 şi 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. 123. – (1) Etapele procesului de monitorizare a realizării auditului clinic al procedurilor şi protocoalelor la nivelul sectoarelor de activitate presupune derularea următoarelor activități şi exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Anual, de regulă în luna decembrie, personalul B.M.C.S.M. întocmeşte "*Programul anual de audit clinic*" pe care-l supune aprobării managerului Spitalului.

b) "*Program anual de audit clinic*" se aduce prin grija şefului B.M.C.S.M. la cunoştința personalului spitalului şi se postează pe serverul spitalului.

c) În mod obligatoriu, în cadrul fiecărui extras de "*Program anual de audit clinic*" se au în vedere următoarele referențiale:

i. unul dintre obiectivele vizate să fie cel de evaluare a eficacității şi eficienței protocoalelor diagnostice şi terapeutice existente la nivelul spitalului;
ii. B.M.C.S.M. 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 B.M.C.S.M. şi 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 şi se reaprobă[5].

e) Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern se realizează de către managerul spitalului în condițiile stipulate la pct. 9.21 „*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, şeful fiecărei echipe de audit clinic va întocmi un "Plan de audit clinic" al misiunii de audit clinic programate, cu minim 2 săptămâni 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 şi/sau Comitetului director (în situația că există în acesta propuneri care fac obiectul deciziei respectivului Comitet). Şeful fiecărei echipe de audit clinic va avea în vedere ca rapoartele de audit

---

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

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 extrasele "*Planului 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 / C.G./C.P.U. / Ambulatoriu integrat:
   a. analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic şi tratament;
   b. analiza autoevaluărilor semestriale a indicatorilor de eficacitate şi eficienţă ai protocoalelor de diagnostic şi 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 B.M.C.S.M. :
   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;
   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. 124. - 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.O. Luduș sunt următorii:

a) Gradul în care misiunile de audit clinic planificate 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) Gradul în care identificarea deficiențelor (diferențelor) se face în raport cu un referențial (ghiduri clinice, ghiduri metodologice, reglementări legale și administrative, standarde naționale și internaționale);
c) Gradul în care corectarea deficiențelor (reducerea diferențelor) se realizează prin implementarea unui plan de măsuri elaborat pe baza rezultatelor auditării, urmată de reevaluare pentru a măsura progresul;
d) Numărul de misiuni de audit efectuate pe parcursul unui an calendaristic din total misiuni de audit planificate;

e) 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.

9.21. Solicitarea de misiuni suplimentare de audit clinic extern

Art. 125. – (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. 126. –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 B.M.C.S.M. 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 B.M.C.S.M. prezintă spre aprobare managerului Spitalului, în luna decembrie a fiecărui an calendaristic, un "Plan 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, 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;
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 B.M.C.S.M. (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 intern programat;
vi. Introducerea unor modificări majore de sistem sau proces;
vii. Producerea de evenimente adverse / indezirabile;

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 B.M.C.S.M. 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 activităţi/procese puse în execuţie de către şefii/coordonatorii structurilor medicale;
iii. În oricare alte situaţii care pot presupune un potenţial conflict de interese;
iv. În situaţia producerii unor evenimente indezirabile, funcţie de situaţia concretă;
v. În situaţia în care se doreşte auditarea unor activităţi/procese iar pentru constituirea echipei de audit clinic intern nu există medici specialişti necesari.

d) În raport cu situaţia concretă care a determinat solicitarea unei misiuni de audit clinic extern şi tema propusă spre auditare, prin grija structurii de achiziţii se iniţiază demersuri de achiziţie prestări servicii de audit clinic extern, în baza unui caiet de sarcini întocmit de către şeful B.M.C.S.M. . La stabilirea echipei de audit clinic extern se au în vedere, pe lângă competenţele studii necesare, următoarele criterii:

i. asigurarea independenţei auditorilor;
ii. evitarea conflictului de interese;
iii. abilitatea auditorilor de a interacţiona eficace.

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 şi şefului B.M.C.S.M., prin grija şefului echipei de audit clinic extern.

Art. 127. Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de solicitare de misiuni suplimentare de audit clinic extern sunt următorii:

a) Număr de misiuni de audit intern (ad-hoc) solicitate pentru motive de natură să justifice astfel de misiuni;

b) Număr de misiuni de audit clinic extern solicitate pentru motive de natură să justifice astfel de misiuni;

c) Gradul de asigurare a independenţei auditorilor care participă la misiuni de audit clinic extern în raport cu obiectivele misiunii;

d) Gradul de evitare a conflictului de interese a auditorilor care participă la misiuni de audit clinic extern în raport cu obiectivele misiunii;

e) Gradul de asigurare a nivelului de competenţă necesar auditorilor care participă la misiuni de audit clinic extern în raport cu obiectivele misiunii.

9.22. Accesul mass-media la nivelul spitalului şi la pacienţi

Art.128. –Reglementarea accesului mass-media la nivelul spitalului şi la pacienţii internaţi în cadrul acestuia are ca principale scopuri:

a) Se asigură comunicarea cu mass-media astfel încât să se asigure informarea publicului şi promovarea spitalului, cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare aplicabile;

b) Stabileşte modalitatea de acces al mass-mediei în instituţie şi la pacienţi;

c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o accesul neautorizat al mass-media la pacienţi internaţi în cadrul Spitalului, în condiţiile inexistenţei unei aprobări în acest sens a conducerii spitalului cât şi obţinerii anterioare a acordului pacientului;
- o reclamaţii ale pacienţilor în legătură cu accesul neautorizat la aceştia al mass-media.

Art.129. –Realizarea accesului mass-media la nivelul spitalului şi la pacienţii internaţi în cadrul acestuia presupune derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) managerul Spitalului numeşte anual, o persoană responsabilă în relaţia cu mass-media (R.R.M.M.), precum şi o persoană responsabilă de comunicarea cu mass-media în situaţii de criză. R.R.M.M. este responsabil cu elaborarea şi prezentarea mesajelor în numele Spitalului şi cu asigurarea informării în timp util atât a mass-mediei, cât şi a populaţiei. R.R.M.M. este principala persoană de contact pentru mass-media.

b) În cadrul Spitalului relaţia cu mass-media este asigurată numai prin intermediul R.R.M.M. Excepţie de la regulă fac următoarele cazuri:

i. accesul delegaţiilor cu acordul managerului, când aceştia vor fi însoţiţi 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: https://spital-ludus.ro/sau la sediul său informațiile de interes public prevăzute de art. 5 alin. (1) din *Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informatiile 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 dupa cartea de identitate a ziaristului/ ziariștilor;
iv. Declarație pe propie răspundere a jurnalistului
v. Copie dupa 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 intervieva 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 dezvaluită 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 intervievarea unui pacient, dar va permite acest lucru numai după ce pacientul își va da în prealabil acordul în scris pentru intervievarea sa și, asistă pacientul pe tot timpul interviului. Acordul în scris referitor la oferirea informațiilor cu privire la starea de sănătate, medicamentație, 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 in 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 mentionarea 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 intervievat/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 si 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.130. - 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) Număr de documentații complete prezentate conform art. 129 lit. d) din prezentul Regulament, de către instituțiile de presă, în vederea obținerii acreditării propriilor ziariști care doresc să realizeze interviuri în cadrul spitalului, depuse de acestea în ultimul an calendaristic;

b) Număr de acorduri scrise ale pacienților internați în spital privind intervievarea de către ziariști acreditați de către spital, în ultimul an calendaristic.

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

Art. 131. –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:

- transmiterea unor date eronate;
- transmiterea unor date care nu trebuie făcute publice.

Art. 132. – (1) Relaţiile 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 şi/sau declaraţii de presă în legătură cu activitatea desfăşurată în cadrul Spitalului, precum şi participarea personalului Spitalului la emisiuni de radio sau de televiziune se aprobă de către managerul Spitalului/înlocuitorul legal, în urma consultării personalului de informare şi relaţii publice, fără a se solicita alte aprobări.

(3) Personalul de informare şi relaţii publice se consultă, în ceea ce priveşte oportunitatea acordării de interviuri şi/sau declaraţii de presă, cu structurile de informare şi relaţii publice de la autoritatea tutelară.

Art. 133. Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de reglementare a limitei de competenţă a personalului în domeniul comunicării cu mass-media sunt următorii:

a) Numărul de informaţii eronate/incomplete furnizate versus numărul total de informaţii furnizate către mass-media în ultimul an calendaristic.

b) Numărul de persoane angajate în spital care şi-au depăşit competenţa în raport cu numărul de persoane angajate în spital care au intrat in contact cu mass-media în ultimul an calendaristic.

c) Numărul de intervenţii la forul tutelar din numărul total de situaţii apărute în relaţia cu mass-media în ultimul an calendaristic.

9.24. Modul de funcţionare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităţilor din Planul strategic

Art. 134. –Reglementarea modului de funcţionare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităţilor din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*" are ca principale scopuri:

a) Stabilirea unui set de reguli care să asigure monitorizarea eficientă a desfăşurării activităţilor emergente obiectivelor strategice înscrise în "*Planul strategic de dezvoltare Spitalului*".

b) Se asigură posibilitatea de întocmire a unor planuri de măsuri pentru eliminarea / ameliorarea neconformităţilor constatate care să conţină propuneri punctuale pentru îndeplinirea în volum complet şi la termen a activităţilor 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 neconformităţi care pun în pericol atingerea obiectivelor strategice asumate prin "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*";
- Neexecutarea / întârzierea activităţilor prevăzute în "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*";
- Luarea unor măsuri care nu se fundamentează pe o analiză succintă a realităţii, context în care există riscul ca acestea să nu-şi atingă scopul sau, din contră, să dăuneze atingerii obiectivelor propuse.

Art. 135. –Etapele modului de funcţionare al echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităţilor din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*" presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Potrivit prevederilor "*Regulamentului de organizare şi funcţionare a* B.M.C.S.M. " personalul încadrat în cadrul B.M.C.S.M. se constituie ca membrii ai echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităţilor din Planul strategic de dezvoltare al Spitalului.

b) Anual, de regulă în luna noiembrie, membrii echipei responsabile cu evaluările periodice ale planificării activităţilor din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*", întocmesc o analiză anuală a stadiului de îndeplinire a obiectivelor strategice şi a activităţilor emergente ale acestora înscrise în Graficul Gantt al respectivului Plan.

c) În mod punctual, în cadrul analizei menţionate la lit. b) se evidenţiază stadiul executării activităţilor înscrise în graficul Gantt din cadrul "*Planului de îmbunătăţire a calităţii în Spitalului* Indicatorii de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor din "*Planul strategic de dezvoltare al Spitalului*", care vor fi utilizaţi în analiza menţionată la lit. b) sunt următorii:

i. Gradul de îndeplinire a fiecăruia dintre obiectivele şi activităţile 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 şi potenţiale identificate.
iii. Se confirmă / infirmă că rezultatele analizei privind nevoile de îngrijiri medicale ale populaţiei şi piaţa de servicii sunt utilizate în stabilirea obiectivelor strategice ale spitalului.
iv. Se confirmă / infirmă că obiectivele planului strategic sunt cunoscute şi asumate la nivelul structurilor implicate în realizarea acestora.

d) În baza deciziei Comitetului director, **indicatori de evaluare / monitorizare a îndeplinirii obiectivelor planului privind îmbunătăţirea calităţii serviciilor şi a siguranţei pacienţilor (Bază: indicatorul 01.01.02.02.01 şi indicatorul 01.07.05.01.01), sunt următorii**:

i. Număr de proceduri operaţionale/protocoale revizuite în termen din totalul de proceduri operaţionale existente;
ii. Număr de persoane (membrii ai echipelor de proces) instruite în raport cu procedurile operaţionale/protocoale revizuite, din totalul personalului Spitalului care aplică proceduri (funcţie de conţinutul procedurilor operaţionale, se vor utiliza indicatori de genul: "număr personal instruit, în ultimul an calendaristic încheiat, în privinţa normelor de ..... per număr total angajaţi cu responsabilităţi în domeniu");
iii. Număr de persoane (membrii ai echipelor de proces) care au luat la cunoştinţă de prevederile procedurilor operaţionale/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 îmbunătăţirii managementului calităţii şi elaborarea de acte normative interne emise în vederea consultării angajaţilor, din numărul total de informări făcute la nivelul anului în curs;
vi. Numărul de protocoale a căror indicatori au fost monitorizaţi pe parcursul unui an calendaristic, din numărul total de protocoale revizuite la începutul anului;
vii. Numărul de analize pe marginea obiectivelor, activităţilor şi indicatorilor care au fost monitorizaţi pe parcursul unui an calendaristic şi care au determinat implementarea unor propuneri de îmbunătăţire;
viii. Număr total de angajaţi care au luat la cunoştinţă de prevederile RI şi ROF din numărul total de angajaţi ai spitalului;
ix. Număr de cadre universitare din numărul total de medici încadraţi în cadrul spitalului;
x. Numărul de reclamaţii/plângeri ale pacienţilor înregistrate;
xi. Procentul cheltuielilor cu achiziţii de echipament din total cheltuieli în raport cu propunerile de achiziţie formulate prin „Planul anual de achiziţii publice";
xii. Procentul cheltuielilor cu lucrări de reparaţii/îmbunătăţiri din total cheltuieli în raport cu propunerile de achiziţie formulate prin „Planul de reparaţi curente" şi „Bugetul de venituri şi cheltuieli";
xiii. Nivel mediu de satisfacţie a pacientului legat de condiţiile hoteliere, în anul calendaristic încheiat;
xiv. Număr de sisteme de alarmă individuale, funcţionale per număr paturi, pe secţie/compartiment;
xv. Număr de sisteme de alarmă individuale, funcţionale per număr cabine WC, pe secţie/compartiment;
xvi. Suma alocată cheltuielor destinate prevenirii I.A.A.M din buget per număr cazuri rezolvate, în ultimul an calendaristic încheiat;
xvii. Număr pacienţi mulţumiţi ("bine" + "foarte bine") de serviciile oferite de spital per total pacienţi internaţi, în ultimul an calendaristic încheiat;
xviii. Număr studii de cercetare ştiinţifică;

xix. Număr de acţiuni organizate la nivelul spitalului cu impact în mass-media care asigură promovarea spitalului ca instituţie 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 spaţiilor necesare la nivelul structurilor medicale din spital (C.G./C.P.U., secţii 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.O. Luduș", în anul _____ (inclusiv a celor care nu au fost realizate pe parcursul anului _____)*"

Art. 136. - 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) Desfășurarea la termen 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*" ;

b) 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;

c) Gradul de realizare a obiectivelor strategice și a activităților emergente acestora în raport cu cele înscrise în Graficul Gantt din "*Planul strategic de dezvoltare Spitalului*";

d) Gradul de pertinență a propunerilor formulate de către echipa responsabilă cu evaluările periodice prin raportul de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor şi propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.

9.25. Modalitatea de comunicare cu alte unități sanitare şi administrative

Art. 137. – Reglementarea procesului de comunicare cu alte unități sanitare şi administrative are ca principale scopuri:

a) Punerea la dispoziţia unităților sanitare şi 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. 138. – (1) Etapele procesului de comunicare cu alte unități sanitare şi 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 agrează 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 ***"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) Educaţia pacienţilor / aparţinătorilor în parteneriat cu organizaţii de profil;

d) Comunicarea/colaborarea cu asociaţii ale pacienţilor;

e) Facilitarea la nivelul spitalului a posibilității asigurării asistenței spirituale conform confesiunii pacientului;

f) Acordarea de îngrijiri şi interrelaționare cu pacienţii cu dizabilități şi nevoi speciale în colaborare cu organizaţii de profil;

g) 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;

h) Asigurarea, la nevoie, a serviciilor unui translator pentru pacienţii care nu sunt vorbitori de limba română;

i) Asigurarea, la nevoie, a serviciilor unui interpret mimico-gestual.

j) Colaborarea cu alte unități sanitare publice în caz de urgență;

k) Colaborarea dintre C.G./C.P.U. şi serviciile de urgență prespitalicești;

l) Colaborarea cu instituții de învățământ superior medical, respectiv unitățile de învățământ medical.

Art. 139. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu alte unități sanitare și administrative sunt următorii:

a) Număr de parteneriate / protocoale / acorduri de colaborare încheiate în ultimul an calendaristic pentru fiecare dintre situațiile menționate în *"Lista de situații care impun efectuarea unei comunicări externe de către spital"*.

b) Număr 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"*.

9.26. Modalitatea de comunicare cu asociații ale pacienților

Art. 140. (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) asociaţiile de pacienţi este necesar să constituie o „verigă de legătură" între personalul medical al Spitalului şi pacienţi, care să funcţioneze în ambele sensuri: nu doar ca prin intermediul asociaţiilor să aflăm problemele cu care se confruntă pacienţii în tratarea afecţiunilor de care suferă, ci tot prin intermediul lor să transmitem pacienţilor noutăţile 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:

- o limitarea numărului și calității informațiilor necesare îngrijirii sănătății pentru pacienții care se adresează Spitalului;
- o scăderea adresabilității;
- o 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 etic.

Art. 141. (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 pacienti 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 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. 142. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu asociații ale pacienților sunt următorii:

a) Număr de contracte / protocoale de colaborare încheiate cu asociații ale pacienților raportat la numărul de cereri scrise ale pacienților în ultimul an calendaristic;

b) Număr de contracte / protocoale de colaborare încheiate cu asociații ale pacienților în raport cu datele statistice relevante care au determinat încheierea acestora;

c) Respectarea în integralitate a prevederilor normative incidente în vigoare constituirii Consiliului etic al Spitalului.

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

Art. 143. –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 mediului sanitar;

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:

- o scăderea calității vieții personalului;
- o apariția/menținerea unor potențiale efecte ale manifestarilor psihocomportamentale relationate cu stresul si evenimentele traumatice;
- o scăderea moralului la nivel individual și organizaționale;
- o existența și/sau persistența unor complicații ale reacțiilor la stres operațional, a manifestărilor psihocomportamentale disfuncționale/ dezadaptative și evoluția unor tulburări psihice.

Art. 144. – **(1)** În cadrul Spitalului activitatea de asistență psihologică se desfășoară conform reglementărilor privind statutul profesiei de psiholog cu drept de liberă practică.

(2) În Spital exercitarea actului psihologic se face de către psihologii cu drept de liberă practică, încadrați pe funcții de specialitate, care dețin atât atestatul de liberă practică în specialitatea "psihologie", cât și un atestat de liberă practică în specialitatea "psihologie", potrivit cerințelor posturilor în care sunt încadrați.

Art. 145. – **(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) la angajare- pentru personalul din Spitalului;

b) în cadrul evaluărilor psihologice periodice la indicația medicului de medicina muncii cu care spitalul are contract de prestări servicii.

(3) Evaluarea psihologică periodică se execută, de regulă, la intervale de trei ani pentru întreg personalul.

Art.146 – **(1)** Prin excepție de la prevederile Art. 145 alin. (2,3), evaluarea psihologică a personalului se execută anual, în situația personalului încadrat pe funcții și în structuri sensibile, precum și în situații care induc burn-out.

(2) 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.

(3) In perioada de valabilitate a avizului APT CONDIȚIONAT, INAPT TEMPORAR și INAPT, persoana în cauză își desfășoară activitatea sub directa supraveghere a managerului/șefului nemijlocit, în condiții de siguranță, cu respectarea recomandărilor, până la data reevaluării menționată în aviz și, dupa caz, parcurge un program de intervenție psihologica specializată.

Art. 147. - (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 şi un "Plan de intervenţie psihologică", după caz;

e) se comunică rezultatul angajatului, precum şi celui care a făcut solicitarea/ managerul spitalului;

f) la nevoie se asigură monitorizare, consiliere şi/sau psihoterapie, după caz şi se programează o reevaluare după un interval de timp (variabil între o lună şi 6 luni), funcţie de particularităţile cazului;

g) psihologul întocmeşte un raport de psihodiagnostic după fiecare etapă, care se anexează la dosarul personal al angajatului păstrat la nivelul cabinetului psihologic. Acesta cuprinde: gradul, numele şi prenumele persoaneidiagnosticate, data şi motivul evaluării, motivul evaluării, istoric, instrumente utilizate în evaluare, concluzii şi recomandări şi va fi asumat prin semnătură de către psiholog.

(3) Condiţiile de desfăşurare a asistenţei psihologice trebuie să asigure:

a) dreptul la intimitate al beneficiarului serviciilor psihologice;

b) calitatea şi autenticitatea manifestărilor psihocomportamentale ale persoanei;

c) integralitatea şi confidenţialitatea datelor şi informaţiilor cu caracter profesional.

(4) În afara evaluărilor psihologice făcute la angajare pentru personalul precum şi a celor periodice făcute pentru personalul propriu, psihologul asigură suport psihologic în următoarele situaţii:

-la solicitarea scrisă a angajatului;

-la solicitarea scrisă a şefului direct, avizată de către manager;

-la solicitarea scrisă a medicului de medicina muncii cu care spitalul are contract de prestări servicii;

-la solicitarea managerului.

Art. 148. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de asigurare a suportului psihologic pentru personal sunt următorii:

a) În toate situaţiile se respectă prevederile normative incidente şi etapele necesare asigurării suportului psihologic, funcţie de particularităţile cazului;

b) Număr de evaluări şi/sau intervenţii psihologice şi înregistrate în registrele de consultaţii într-un an calendaristic.

9.28. Modalitatea de identificare corectă a pacientului și monitorizarea sistemului de identificare a acestuia

Art. 149. – 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. 150. – **(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 putin 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 corectei 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 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 sănatate, cupon de pensie din ultima lună, adeverință de șomaj sau carnet de șomaj, chitanță de la casa de asigurări de sănătate, privind plata asigurarii 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) Identificarea pacientului la externare se face de către personalul acestuia verbal și în baza următoarelor documente: act de identitate (carte / buletin de identitate etc), card de asigurat.

c) Identificarea pacientului care se prezintă în C.G./C.P.U. se face verbal și pe baza unui act de identitate. În cazul pacienților care sunt aduși inconștienti/ confuzi, 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/chirugicale (mai puțin Compartimentele 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 de culoare diferita (sau se tipărește, funcție de posibilitățile tehnice) pe o brățară de identificare numele și prenumele pacientului, număr FOCG ,data nașteri. 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 notate cu diverse culori, conform deciziei Consiliului medical. Schimbarea etichetelor scrise cu diverse culori se atașează la brațul pacientului pentru identificare si se poate realiza pe tot parcursul internăriii pacienților de către asistenta de salon/asistent șef tură in funcție de evoluția/evaluările ulterioare periodice ale pacientului;

e) Modul de identificare al nou-născutului.N*ou-născutul este identificat de către asistenta de serviciu din Compartimentul de Neonatologie, care participă la nașterea nou-născutului în sala de naștere sau sala de operație,prin așezarea unei brățări pe antebrat 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 complectează 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 destinat.

f) Modul de identificare al *copilui de 0-3ani se realizează prin atașarea unei brățări pe antebrat sau pe antepicior de culoare albastră în cazul băieților sau de culoare roz în cazul fetițelor, pe care se trece numele ,prenumele, nr.FO.Pentru copii care nu sunt insoțiți de părinte se mai complectează suplimentar un cartonaș cu următoarele date: nume, prenume și data nașterii care se ataseaza la patuț.*

g) Identificarea a*prtinătorilor internați serealizează prin atașarea unei brătara de culoare alba pe care se trece nume, prenume , nr FO-apatinători.*

i. se informează și se explică pacientului importanța aplicării brățării de identificare și ulterior se aplică brățara de identificare la unul dintre membrele superioare. În situația în care pacientul refuză punerea brățării 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;

ii. identificarea la patul pacientului se face verbal și cu ajutorul brățării de identificare a pacientului;

h) Identificarea pacientului în regim de spitalizare continuă în Compartimentele 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 pesonalul 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 căreia 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 deșeuri 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 sănătateprin 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. 151. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de identificare corectă a pacientului şi monitorizarea sistemului de identificare a acestuia sunt următorii:

a) Număr de evenimente adverse asociate asistenţei medicale în ultimul an calendaristic datorate unor erori de identificare eronată a pacienţilor;

b) Număr de instruiri cu privire la identificarea corectă a pacienţilor, realizate în ultimul an calendaristic.

9.29. Accesul şi utilizarea bazei de date privind pacienţii, în scop de cercetare, studii, analize, documentare

Art. 152. – Reglementarea accesului şi utilizarea bazei de date privind pacienţii, în scop de cercetare, studii, analize, documentare are ca principale scopuri:

a) Utilizarea la nivelul spitalului de proceduri unitare privind asigurarea confidenţialităţii pacienţilor şi 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 pacienţilor;
- utilizarea datelor în alte scopuri.

Art. 153. – (1) Etapele procesului de asigurare a accesului şi utilizarea bazei de date privind pacienţii, în scop de cercetare, studii, analize, documentare presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Personalul medico-sanitar din cadrul Spitalului sau din afara acestuia care doreşte să aibă acces şi să utilizeze baza de date privind pacienţii, în scop de cercetare, studii (inclusiv de nursing), analize, documentare, va depune la secretariat o cerere scrisă în acest sens în care va menţiona documentele medicale (constituite în unităţi arhivistice) la care doreşte să aibă acces, perioada pentru care solicită accesul (aceasta nu poate fi mai mare de 30 de zile calendaristice) şi motivul solicitării.

b) Persoana care deserveşte secretariatul 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 menţionată la lit. a), aceasta se avizează de către şeful ierarhic al acestuia, directorul medical şi se aprobă de către managerul Spitalului care, în rezoluţie, va desemna în sarcina secretariatului punerea la dispoziţia solicitantului a unităţilor arhivistice solicitate.

d) Pentru personalul medico-sanitar din afara Spitalului care a întocmit cererea menţionată 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 şedinţă care se desfăşoară ulterior depunerii cererii în discuţie. În adoptarea unei conduite adecvate în speţă Consiliul medical va avea în vedere următoarele criterii:

i. Respectarea confidenţialităţii datelor pacienţilor;
ii. Scopul studiului să nu contravină normelor de etică profesională;
iii. Numele Spitalului să fie menţionat în cursul lucrării finale;
iv. Spitalul să aibă acces la rezultatele studiului prin înmânarea unui exemplar al lucrării finale.

e) În situaţia 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 şi managerul spitalului, respectiv directorul medical.

f) După obţinerea aprobării, gestionarul arhivei va prelua cererea aprobată, va extrage din arhivă unitatea arhivistică/unităţile arhivistice în cauză şi va comunica solicitantului locul unde poate fi aceasta/acestea studiat/e şi următoarele condiţii pe care trebuie să le respecte:

i. Studiul documentelor ridicate din arhiva medicală se va face în spaţii adecvate dispuse în structura din care face parte personalul propriu al Spitalului sau altă locaţie din interiorul spitalului, conform aprobării date de manager şi/sau directorul medical;

ii. Pentru personalul medico-sanitar din afara spitalului, Consiliul medical va desemna o persoană din structura Compartimentului S.E.S.M. care va supraveghea respectarea de către solicitant a condiţiilor cuprinse în protocolul de studiere a documentelor din arhivă

iii. Studiul documentelor poate consta în lecturarea acestora, luarea de notiţe sau copierea scrisă de părţi 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 depozit a dosarelor"

h) După studierea documentelor, cu încadrare în perioada aprobată, cercetătorul va restitui gestionarului arhivei medicale documentele medicale, acesta din urmă semnând de restituire în "Registru de depozit a dosarelor,,

i) Atât la ridicarea cât şi 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 cunoştinţele şi atitudinea personalului medical legate de respectarea normelor etice şi legale aplicabile păstrării confidenţialităţii datelor medicale.

Art. 154. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de asigurare a accesului şi utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare sunt următorii:

a) Număr anual de cereri aprobate prin care se solicită de către personalul propriu medico-sanitar accesul şi utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare din total cereri depuse cu acest subiect;

b) Număr anual de cereri aprobate prin care se solicită de către personalul medico-sanitar din afara Spitalului accesul şi utilizarea bazei de date privind pacienții, în scop de cercetare, studii, analize, documentare din total cereri depuse cu acest subiect;

c) Număr de unități arhivistice ridicate din arhiva medicală care au fost returnate în aceasta în termenul maxim aprobat pentru studiu, în ultimul an calendaristic;

d) Număr de unități arhivistice ridicate din arhiva medicală care au fost returnate în aceasta fără lipsuri, în ultimul an calendaristic;

e) Număr de evaluări periodice planificate şi efectuate anual cu privire la cunoştinţele şi atitudinea personalului medical legate de respectarea normelor etice şi legale aplicabile păstrării confidenţialităţii datelor medicale.

9.30. Modul de comunicare între membrii echipelor medicale

Art. 155. –Reglementarea procesului de comunicare între membrii echipelor medicale are ca principale scopuri:

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

b) Asigurarea că procesul de comunicare interdisciplinară se bazează pe respect şi pe competenţa 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 refeitoare la comunicarea în cadrul echipei medicale.

Art. 156. –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 membrii echipelor medicale din cadrul spitalului trebuie să fie conștienți de faptul că procesul de comunicare reprezintă un aspect major al practicii medicale în domenii 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 membrii 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 membrii ai echipei în prezentarea propriilor viziuni și indicații de îngrijire;
v. Diferența în educația profesională, vârsta.

d) Pentru realizarea unei comunicari eficiente în cadrul echipelor medicale din Spitalului, este necesară respectarea următoarele reguli principale:

i. Procesul de comunicare să se constituie într-o relație de tip participativ
ii. Să sprijine și să încurajere 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 superoare (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 politeții, 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 interacţiune atât cu medicii cât şi cu alţi partcipanţi la furnizarea serviciului medical.

a) Emiterea verbală sau telefonică a deciziilor şi indicaţiilor medicale, rezultatelor de laborator etc. trebuie efectuată cu atenţie pentru a nu se pierde din informaţiile furnizate. În acest caz procesul de comunicare este constituit din patru faze:
   - ASCULTARE – Receptorul ascultă indicaţia sau rezultatul complet;
   - SCRIERE – Receptorul scrie informaţia într-un format propriu, pe care are posibilitatea de a-l recunoaşte uşor (gen „Registru de indicaţii verbale şi/sau telefonice pentru ingrijiri medicale");
   - CITIREA – Receptorul citeşte emiţătorului informaţia aşa cum a scris-o;
   - CONFIRMAREA – Emiţătorul confirmă că ceea ce este scris şi citit de către receptor, este corect.

b) Personalul medical transferă informaţii în etape şi situaţii diferite pe parcursul furnizării asistenţei medicale. Un pacient poate fi potenţial tratat de o serie de medici şi diverşi alţi specialişti. Pacienţii se mişcă destul de des între zona de diagnostic, zona de tratament şi zona de îngrijire regulată şi se pot întâlni cu mai multe ture de personal pe zi. În acest context, breşele în comunicare pot provoca grave întreruperi în continuitatea îngrijirilor, un tratament inadecvat şi leziuni sau dauna potenţială a pacientului. Din acest motiv comunicarea între unităţi şi între echipele medicale trebuie să includă toată informaţia esenţială şi aceasta să fie furnizată într-un limbaj care să nu permită o interpretare incorectă. Limbajul trebuie să fie clar şi normalizat, evitând sau clarificând (dacă este necesar) termeni care pot fi ambigui. În acest sens, membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului au obligaţia de a solicita precizări în situaţii de incertitudini care privesc procesul de comunicare.

c) Pentru o bună comunicare, la nivelul Spitalului, informaţia se transmite formal prin intermediul documentelor medicale ale pacientului (foaie de observaţie, fişe de evaluare iniţială şi de evoluţie, rezultate ale investigaţiilor şi consulturilor interdisciplinare, planuri de îngrijiri, rapoarte de predare-primire etc) şi utilizând codificări acceptate de domeniu (codificare diagnostice, codificare proceduri medicale/investigaţii, simboluri şi definiţii standardizate), de exemplu:
   - Diagnosticele se codifică în conformitate cu clasificarea RO.vi.DRG.
   - Procedurile documentate se codifică conform Listei codurilor de identificare ale procedurilor de sistem/operaţionale aferente domeniilor de activitate
   - Investigaţiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigaţiilor de laborator.

d) Este necesar ca membrii echipelor medicale din cadrul Spitalului să acorde o importanţă deosebită procesului de comunicare în momentul transferului informaţiei specifică pacientului de la o echipă de ingrijire la următoarea, de la un furnizor de îngrijire medicală la altul şi/sau de la furnizorii de ingrijiri către pacient şi familia acestuia, cu scopul de a asigura continuitatea îngrijirilor şi siguranţa sănătăţii pacientului. Informaţia care se partajează constă, în general, în date referitoare la starea actuală a pacientului, schimbări recente ale stării sale, tratamentul în curs şi posibilele complicaţii care pot apare. O bună comunicare în situaţia transferurilor presupune:
   - Transmiterea informaţiei prin utilizarea unei structuri standard concise care să minimizeze confuzia;
   - Acordarea de timp suficient pentru comunicarea informaţiei importante şi pentru ca personalul să formuleze şi să răspundă întrebărilor fără întrerupere, întotdeauna când este posibil (în procesul de transfer trebuie incluse secvenţe de timp pentru repetare şi recitire);
   - Asigurarea informaţiei referitoare la starea pacientului, medicamentelor sale, planurilor de tratament, direcţiilor anticipate şi oricăror schimbări relevante ale stării sale;
   - Limitarea interschimbului de informaţii la ceea ce este necesar pentru prestarea unor ingrijiri sigure pacientului

e) O importanţă 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 situaţii:
   - transferul de la o tură la alta – în acest sens, medicii, asistenţii medicali şi infirmierele utililizează registre de predare-primire a gărzii/turei

- transferul intraclinic, între secţii sau specialităţi, transfer pentru investigaţii paraclinice
- transferul în alte unităţi medicale
- externarea pacientului

În acest sens, în cadrul Spitalului se utilizează documente tipizate care asigură calitatea şi corectitudinea informaţiilor medicale la transferul pacienţilor, după cum urmează:

- registre de predare-primire a gărzii în care medicii consemnează elementele de monitorizare şi problemele pacienţilor internaţi;
- registre de predare-primire a turei în care asistenţii medicali consemnează intervenţiile de efectuat, tratamentele etc. şi problemele pacienţilor internaţi;
- registre de predare-primire a turei în care infirmierele consemnează intervenţiile / activităţile de efectuat şi problemele pacienţilor internaţi;
- predarea pacienţilor din Compartimentele A.T.I. către o secţie non-A.T.I se face în baza formularului de "*Fişă de predare-primire a pacientului într-o secţie non-A.T.I*"
- La transferul pacientului critic la un spital de nivel superior se utilizează "*Fişa medicală de transfer interclinic a pacientului critic*";
- La externare se completează bilete de externare şi/sau scrisori medicale care se transmit – prin pacienţi – medicilor de familie ai acestora

f) De asemenea, prin grija şefilor de secţii medicale, în procesul de comunicare medicală în zonele de activitate critice (blocul operator, C.G./C.P.U., proceduri anestezice) se dezvoltă permanent liste de verificare şi alte documente tipizate, cu rol de a facilita transferul cu acurateţe a informaţiilor medicale între membrii echipelor medicale şi de monitorizare a schimbului de informaţii.

g) 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 şi propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor, acestea fiind prezentate în şedinţă a Consiliului medical.

Art. 157. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de comunicare între membrii echipelor medicale sunt următorii:

a) Număr de erori medicale (evenimente adverse) datorate comunicării deficitare în cadrul echipelor medicale în ultimul an calendaristic.

b) Număr de reclamaţii ale pacienţilor referitoare la modul de comunicare din cadrul echipei medicale.

c) Număr de reclamaţii ale personalului propriu referitor la comunicarea în cadrul echipei medicale.

d) Număr de registre de predare-primire a gărzii/turei întocmite la nivelul secţiilor medicale în volum complet de către medici, asistenţi medicali şi infirmiere, în raport cu numărul secţiilor medicale din cadrul Spitalului.

e) Numărul de reclamaţii cu privire la aspecte de comunicare între profesionişti înaintate consiliului etic, în ultimul an calendaristic încheiat.

9.31. Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigaţiilor

Art. 158. –Reglementarea modului de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigaţiilor are ca principale scopuri:

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

Art. 159. –Etapele procesului de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigaţiilor presupune derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Anual, de regulă în primul trimestru, şeful laboratorului face propuneri Consiliului medical cu privire la rezultatele cu valori critice ale investigaţiilor 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 investigaţiilor 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 investigaţiilor 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 documenete se comunică personalului în cadrul proximei întruniri a personalului la raportul de gardă

c) Ulterior acestor etape, personalul Laboratorului analize medicale si personalul din cadrul Laboratorului de Radiologie și Imagistică medicală 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 investigaţiilor de laborator care se încadrează în *„Lista cu valori critice ale investigaţiilor de laborator ce se comunică cu prioritate"*, pe măsura identificării acestora, pentru fiecare dintre pacienți. Concomitent cu această activitate, personalul Laboratorului analize medicale și personalul din cadrul Laboratorului de Radiologie și Imagistică medicală vor înscrie fiecare dintre aceste comunicări/anunțuri telefonice în *„FORMULAR NOTIFICARE rezultate critice ale analizelor de laborator"*, respectiv *"Registrul de Radiologie/Registru ecografie"*.

d) Fiecare dintre medicii curanți cărora li s-a comunicat telefonic un rezultat cu valori critice ale investigaţiilor 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 acestă 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. 160. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigaţiilor sunt următorii:

a) Numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigaţiilor înscrise în *„FORMULAR NOTIFICARE rezultate critice ale analizelor de laborator"*, în raport cu cele efectiv transmise către medicii curanți.

b) Numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigaţiilor înscrise în *"Registrul de Radilogie/Registru ecografie alertare a aspectelor (valorilor) critice a investigatiilor de Radiologie și Imagistică medicală"*, în raport cu cele efectiv transmise către medicii curanți.

c) Numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigaţiilor înscrise în „Caietul de anunțuri rezultate critice ale analizelor de laborator", a căror conținut se încadrează în valorile din "Lista cu valori critice ale investigaţiilor de laborator ce se comunică cu prioritate".

d) Numărul total de comunicări telefonice privind rezultatele cu valori critice ale investigaţiilor înscrise în "Registrul de Radilogie/Registru ecografie,, /alertare a aspectelor (valorilor) critice a investigatiilor de Radiologie și Imagistică medicală", a căror conținut se încadrează în valorile din "Lista cu valori critice ale investigaţiilor de laborator ce se comunică cu prioritate".

9.32. Modul de comunicare către aparținători a degradării stării pacientului şi accesul aparţinătorilor la pacientul aflat în stare terminală şi protocolul de comunicare către aparţinători în situațiile de deces al pacientului, inclusiv a informațiilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului

Art. 161. –Scopurile acestei reglementări se referă în principal la:

a) Stabilește conduita de comunicare către aparţinătorii în caz de degradare a stării pacientului şi regulile de acces a aparţinătorilor la pacienţii aflaţi în stare terminală.

b) Stabileşte conduita de comunicare către aparţinătorii a iminenţei/survenirea decesului, precum şi informaţiile care se comunică aparţinătorilor referitoare la etapele care trebuie parcurse după decesul pacientului;

c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o necunoaşterea stării de sănătate a pacientului de către aparţinători;
- o efectuarea de manevre / acte medicale fără acordul aparţinătorilor;
- o îngreunarea eliberării actelor necesare în situaţia decesului.

Art.162. –Implementarea prezentei reglementări presupune derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

1. <u>În situaţia agravării bolii şi/sau exitenţa fazei terminale:</u>

a) Diagnosticul de fază ireversibilă este un diagnostic evolutiv care se stabileşte treptat şi se bazează pe lipsa de răspuns a bolnavului şi chiar pe agravarea bolii în pofida tratamentului administrat. Dacă la acesta se mai adaugă şi vârsta foarte înaintată a bolnavului, diagnosticul de fază ireversibilă devine şi mai plauzibil. Stabilirea diagnosticului de fază ireversibilă, sau de fază incurabilă, reprezintă o etapă foarte importantă în evoluţia unei boli cronice deoarece ea anunţă moartea bolnavului. De aceea diagnosticul de fază incurabilă trebuie stabilit cu mare atenţie de către medicul curant, acesta se va consulta – după caz - cu mai mulţi medici.

b) Deşi – de exemplu, diagnosticul de cancer sau de ciroză, reprezintă întotdeauna veşti rele pentru aparţinătorii 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 şi 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 ştie acest lucru şi dacă este pregătit să îl afle. În acest sens, medicul curant va aplica întocmai prevederile pct. "*9.41. Situaţii în care nu se comunică pacientului informaţiile despre starea sa de sănătate*" din prezentul Regulament. În cazul în care bolnavul ar dori să ştie adevărul despre boala sa, medicul curant trebuie să-i comunice bolnavului acest lucru cu mult tact. În comunicarea către pacient şi familie a diagnosticului de fază terminală, medicul curant este necesar să ţină seama de următoarele reguli:

i. Să caute timpul şi locul potrivit;
ii. Să respecte sensibilitatea bolnavului;
iii. Să folosească expresii potrivite nevelului de înţelegere a bolnavului şi /sau a familiei acestuia;
iv. Să dea dovada de ataşament şi de compasiune;
v. Să raspundă la întrebările bolnavului şi /sau a familiei acestuia;
vi. Să nu excludă orice speranţă a bolnavului şi /sau a familiei acestuia;
vii. Să stabilească obiective realiste;
viii. Să-l asigure pe bolnav şi /sau pe familia acestuia că va face tot ce este posibil şi că va ţine seama de părerile bolnavului.

c) Deoarece îmbolnăvirea unui membru al familiei reprezintă un stres foarte mare pentru aparţinători, iar decesul unui membru al familiei reprezintă un stres cu mult mai mare, medicul curant trebuie să acorde importanţa cuvenită şi susţinerii psihologice a familiei. În acest sens, medicul curant trebuie să informeze corect familia şi să o pregatească pentru ce are de făcut, putând în acest context implica psihologii încadraţi în cadrul Spitalului. Comunicarea deschisă, onestă, echilibrată cu familia reprezintă cheia reducerii / eliminării unui eventual conflict familie/medici şi facilitează o tranziţie uşoară către terapia paleativă a pacientului, către o atmosferă de calm, resemnare, înţelegere a stării de terminare a vieţii în condiţii de confort, calm, pace sufletească.

d) Pentru pacienţii aflaţi în stare terminală, Spitalul asigură, cu acordul pacientului, accesul neîngrădit al familiei acestuia la pacient sau a aparţinătorilor desemnaţi de către acesta. La cererea pacientului şi/sau familiei acestuia, Spitalul poate asigura în cadrul structurii medicale în care este internat pacientul sau în alt spaţiu special destinat, funcţie de posibilităţile 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 aparţinător desemnat al pacientului. Pe timpul cazării membrului de familie / aparţinătorului desemnat al pacientului acestuia i se poate asigura la cerere şi hrănirea, costul/zi de cazare şi hrănire fiind cele stabilite de către Comitetul director.

e) Dacă pacientul/familia acestuia doreşte externarea, medicul curant va consemna acest aspect în documentele medicale, cu obligaţia transportului din partea spitalului, cu autosanitara dotată corespunzător şi cu personal de însoţire.

f) Toate discuţiile, informarea familiei, deciziile legate de întreruperea/îndepărtarea unei modalităţi terapeutice, cât şi neinsituirea alteia noi, vor trebui riguros justificate / documentate / înregistrate în F.O.C.G., dovedind astfel transparenţa actului medical cât şi prezenţa unui document medico-legal justificativ în cazul unui posibil litigiu cu familia. De asemenea, familia va semna în documentul medical decizia sa, informată, de a fi de acord/ a înţelege deciziile luate ca fiind în beneficiul deplin al pacientului.

2. În situaţia survenirii decesului se aplică următorul protocol de comunicare:

a) Imediat după producerea decesului pacientului, medicul curant va informa medicul şef de secţie. Dacă decesul survine în afara programului de lucru al spitalului şi medicul curant nu este prezent, medicul de gardă va informa telefonic medicul curant. Dacă decesul survine între orele 22:00 şi 8:00 informarea medicului curant şi a şefului de secţie se poate realiza la începerea programului de lucru.

b) În primele 30 minute de la constatarea decesului asistenta şefă/desemnată/de tură va informa medicul curant/mediculde garda.

c) Anunţarea aparţinătorilor 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 şi în absenţa medicului curant. Se va menţiona în F.O.C.G. data şi ora contactării aparţinătorilor. **În acest sens, în mod obligatoriu la internare în toate F.O.C.G. se vor înscrie datele de contact ale aparţinătorilor.** Medicul curant care face oficiul de a anunţa aparţinătorii despre decesul pacientului va trebui să fie pregătit să aloce timpul necesar ca să răspundă unor eventuale întrebări ale aparţinătorilor legate de: evoluţia bolii, tratamentele aplicate pacientului înainte de deces, motivele decesului, felul în care a decurs decesul, astfel încât aparţinătorii să fie convinşi că s-a făcut tot posibilul pentru a menţine în viaţă pacientul.

d) Dacă, într-un interval de 10 zile de la survenirea decesului, nu se prezintă aparţinătorii, decedatul va fi considerat caz social. În situatia în care între spital şi instituţiile de învăţământ medical superior uman există norme comune semnate de ambele instituţii, dacă nu exista probleme referitoare la diagnosticul şi tratamentul aplicat şi dacă pacientul nu a suferit de boli infectocontagioase, de exemplu: tuberculoză, SIDA etc., cadavrul poate fi preluat de serviciul pentru exploatarea cadavrelor al catedrei de anatomie din instituţia de învămaţământ medical superior. Pentru cadavrele nerevendicate şi nepreluate de serviciile pentru exploatarea cadavrelor ale catedrelor de anatomie din instituţiile de învăţământ medical superior, se va efectua autopsia şi va fi anunţată în scris primăria din raza teritoriala a spitalului.

e) De asemenea, la producerea decesului pacientului, va fi înştiinţat în scris prin scrisoare medicală şi medicul de familie al decedatului de către medicul curant.

f) Autopsia medico-legală

În Ordinul Ministerului Justiţiei nr.1134/25.05.2000 şi al Ministerului Sănătăţii nr.255/04.04.2000 pentru aprobarea Normelor procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor şi a altor lucrări medico-legale, art.342 stipulează: " autopsia medico-legală a cadavrului se efectuează la solicitarea organelor judiciare, numai de către medicul legist, fiind obligatorie în următoarele cazuri:

- ✓Moarte violentă, chiar şi atunci când există o anumită perioadă între evenimentele cauzate şi deces (cădere, intoxicaţii, accidente, tot ce nu este cauză naturală)
- ✓Cauza morţii nu este cunoscută
- ✓Cauza morţii este suspectă.

Un deces este considerat moarte suspectă în următoarele cazuri:

- ✓Moarte subită
- ✓Decesul unei persoane a cărei sănătate, prin natura serviciului este verificată periodic din punct de vedere medical
- ✓Deces care survine în timpul unei misiuni de serviciu, în incinta unei întreprinderi sau instituţii

- ✓Deces care survine în custodie, precum moartea persoanelor aflate în detenție sau private de libertate
- ✓ decesele în spitale psihiatrice
- ✓decesele în spitalele penitenciare, în închisoare sau arestul poliției, moarte asociată cu activitățile poliției sau ale armatei
- ✓în cazul în care decesul survine în cursul manifestărilor publice sau orice deces care ridică suspiciunea nerespectării drepturilor omului (suspiciunea de tortură sau orice altă formă de tratament violent sau inuman)
- ✓multiple decese repetate în serie sau concomitent
- ✓cadavre neidentificate sau scheletizate
- ✓decese survenite în locurile publice sau izolate
- ✓moartea este pusă în legătură cu o deficiență în acordarea asistenței medicale sau în aplicarea măsurilor de profilaxie ori de protecția muncii
- ✓decesul pacientului a survenit în timpul sau în scurt timp după o intervenție diagnosticată sau terapeutică medico-chirurgicală

La art. 343 din același act normativ se consemnează că autopsia cadavrului se efectuează numai în cazul în care organele judiciare pun la dispoziția medicului legist:

- ✓ordonanța procurorului
- ✓încheierea instanței de efectuare a autopsiei care conține obiectivele acesteia
- ✓copia de pe foaia de observație clinică completă în cazul persoanelor decedate în cursul spitalizării.

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

a) Termenul limită (maxim 3 zile) în care aceştia se pot prezenta la spital în vederea încheierii formalităţilor de externare a decedatului;

b) Se va comunica aparţinătorilor, după caz, situaţia în care există motive medico–legale de efectuare a autopsiei şi termenul limită în care aceştia se pot prezenta pentru a ridica trupul decedatului;

c) În situaţia în care nu există motive medico–legale de efectuare a autopsiei şi aparţinătorii nu solicită efectuarea autopsiei (nu contestă diagnosticul şi 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 către managerul Spitalului 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 şef de secţie în care a fost internat pacientul, medicul anatomo-patolog şi managerul spitalului. Ulterior aparţinătorii vor primi de la medicul curant / gardă din secţia / 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 şi permisiunea de a ridica trupul decedatului de la camera mortuară.

e) Aparţinătorilor li se predau: cadavrul decedatului, un exemplar din „*Certificatul constator al decesului*", obiectele preţioase ce au aparţinut persoanei decedate, efectele cu care a venit pacientul aflate în păstrarea spitalului.

f) La solicitarea aparţinătorilor se comunică faptul că înregistrarea decesului intervine după finalizarea procedurilor din spital şi reprezintă înregistrarea propriu-zisă a decesului şi obţinerea „*Certificatul constatator al decesului*" şi a „*Adeverinței de înhumare*" de la ofiţerul stării civile din SPCLEP sau primăria pe a cărei rază s-a produs decesul., fiind obligatorie declararea decesului în termen de 3 zile (include atât ziua decesului, cât şi ziua efectuării declaraţiei).

Art. 163. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a. Numărul de sugestii şi/sau reclamaţii din partea aparţinătorilor / personalului, determinate de comunicarea deficitară pe timpul agravării bolii/în stare terminală , în perioada evaluată:

b. Numărul de sugestii şi/sau reclamaţii din partea aparţinătorilor / personalului, determinate de comunicarea deficitară în momentul anunțării decesului raportat la numărul de decedați, în perioada evaluată:
c. Numărul de sugestii şi/sau reclamaţii din partea aparţinătorilor / personalului, determinate de comunicarea deficitară referitoare la informațiile primite ulterior decesului, raportat la numărul de decedați, în perioada evaluată:
d. 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:
e. 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:

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

Art.164. –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 şi tratamentul pacientului oncologic, aspect care presupune:
   - stabilirea raportului de încredere între medic şi pacient;
   - colectarea de informaţii de la pacient şi familia pacientului;
   - transmiterea veştilor proaste şi a altor informaţii cu privire la boală;
   - abordarea emoţiilor pacientului.

b) O comunicare eficientă medic-pacient/ reprezentant legal, care în asemenea situații conduce la:
   - creşterea gradului de satisfacţie a pacientului/reprezentantului legal;
   - ameliorează complianţa la tratament;
   - creşte sentimentul de control şi capacitatea de a tolera durerea, reduce anxietatea;
   - contribuie la recuperarea stării generale;
   - se facilitează angajamentele în studiile clinice;
   - are loc o trecere mai uşoară de la tratamentul curativ la cel paliativ;
   - generează stare de securitate şi siguranţă;
   - există premise privind micşorarea duratei de spitalizare, respectiv a costului tratamentului;
   - scade stresul şi sindromul burnout caracteristic profesiei

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

Art.166. - Principalul indicator de eficiență a procesului de comunicare cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic îl reprezintă numărul de reclamații primite în ultimul an calendaristic care au ca subiect comunicarea defectuoasă cu pacientul/ reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic.

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

Art. 167. – 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. 168. – 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/aparținătorului 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/aparținătorul 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/aparținătorii 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, Spitalul 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/aparținătorii 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.

Art. 169. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu pacienții cu dizabilități (deficiențe de auz) internați sunt următorii:

a) Număr de pacienți cu dizabilități (deficiențe de auz) internați pentru care au fost asigurate, în ultimul an calendaristic, servicii de comunicare în limbajul mimico-gestual.

b) Număr de reclamații ale pacienților cu dizabilități (deficiențe de auz) internați sau ale familiilor/aparținătorilor acestora datorate neasigurării de servicii ale unor interpreții autorizați în limbajul mimico-gestual specific, în ultimul an calendaristic.

c) Număr de pacienți cu dizabilități (deficiențe de auz) internați în ultimul an calendaristic, pentru a căror membrii de familie/aparținători s-a asigurat la cerere cazare și hrănire contra cost.

9.35. Deplasarea pacienților la nivelul spitalului

Art. 170. –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. 171. – (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 spitalului 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 programtă 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). 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 pacienții 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 suporți laterali și chingi de siguranță sau brancard cu suporţi laterali rabatabili, 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 însoţeşte 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.

(2) 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 pacienţilor, utilizate exclusiv intern.

Art. 172. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de deplasare a pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații sunt următorii:

a) Număr de evenimente adverse asociate asistenței medicale cauzate de lipsa măsurilor de siguranță luate de către pesonalul desemnat ca însoțitor pe timpul deplasării pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații, în ultimul an calendaristic.

b) Număr de situații în care s-au pierdut/deteriorat documente medicale pe timpul deplasării pacienților la consulturi interdisciplinare și investigații, în ultimul an calendaristic.

c) Număr de reclamații a pacienților în legătură cu modul defectuos de deplasare/transport la nivelul spitalului, în ultimul an calendaristic.

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

Art. 173. –Reglementarea modului de utilizarea paturilor, în funcție de nevoile imediate, ținând cont de compatibilitățile patologiilor are ca principale scopuri:

a)Sprijină sistemul de programare al pacienților astfel încât acesta să nu afecteze intervențiile pentru asistența medicală de urgență;

b) Asigură preluarea în îngrijire a pacienţilor 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. 174. –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 de către biroul de statistica.), 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 CPU/ C.G., în baza evidenței proprii, numărul acestor paturi. Lista paturilor libere care se asigură pentru internarea în regim de urgență a pacienților proveniți din C.G./C.P.U. se predă conducerii C.G./C.P.U. zilnic, inclusiv în zilele de sâmbătă și duminică, precum și de sărbători legale, pânp 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 compartimentele 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 că 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 Compartimentele A.T.I.) care, pot ceda temporar paturi de la o/un secție/compartiment la alta/altul pentru utilizarea acestora în 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 prevazut 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 Compartimentele A.T.I. nu poate asigura numărul de paturi libere pentru internarea în regim de urgență a pacienților proveniți din C.G./C.P.U., directorul medical împreună cu șefii secțiilor chirurgicale va lua în considerare replanificarea operațiilor elective pentru care au fost rezervate paturi în aceste secții; pacienții ventilați aflați în C.G./C.P.U se vor transfera unui spital de nivel superior.

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. 175. 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) Destinarea zilnică, pe parcursul întregului an calendaristic, a unui 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;

c) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor referitoare la imposibilitatea internării în spital din lipsă de paturi, în ultimul an calendaristic.

9.37. Modalitatea de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic și tratament

Art. 176. –Reglementarea procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic şi tratament are ca principale scopuri:

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

b) Identificarea cauzelor și măsurilor necesar 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 şi tratament.

c) Conştientizarea personalului medico-sanitar în ceeace priveşte necesitatea ca protocoalele de diagnostic şi tratament să fie utilizate la nevoie individualizat, conform particularităţilor 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. 177. – Etapele procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic şi tratament presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Semestrial, prin grija șefilor de structuri medicale, la nivelul fiecărei secţii medicale şi a C.G./C.P.U., se întocmesc analize semestriale ale abaterilor de la aplicarea protocoalelor de diagnostic şi 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, necunoaştere etc. cât și pentru fiecare dintre abaterile voluntare nejustificate medical generate de indisciplină, rea voință etc. se vor identifica în mod punctual cauzele şi 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, cunoştiinţele şi experienţa deținută de clinicienii care au decis abaterea de la protocolul dezvoltat. Abaterile de la prevederile protocolului dezvoltat se vor documenta şi se vor argumenta, ţinând cont de circumstanţele individuale ale fiecărui bolnav, de opţiunile exprimate de către pacient şi de experienţa clinică a practicianului. Abaterile justificate medical prin particularitățile cazului pot fi legate de:

- Vârste extreme;
- Sex;
- Comorbidități;
- Complicații;
- Comportamente alimentare, sociale, profesionale, culturale, religioase etc.;
- 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 şi 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 şi tratament, şefii structurilor medicale pot decide ca respectivele abateri să fie înscrise în F.O.C.G.-urile pacienţilor în situaţia cărora au fost aplicate protocoale medicale care fac obiectul analizelor semestriale.

Art. 178. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de analiză a abaterilor de la protocoalele de diagnostic şi tratament sunt următorii:

a) Numărul abaterilor involuntare generate de suprasolicitare, neatenţie, necunoaştere etc. din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic.

b) Numărul abaterilor voluntare nejustificate medical generate de indisciplină, rea voinţă etc. din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic.

c) Numărul abaterilor voluntare justificate medical prin particularităţile cazului din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic.

d) Numărul abaterilor voluntare justificate de alte criterii din totalul abaterilor de la protocoalele medicale aplicabile în fiecare structură medicală, în ultimul an calendaristic.

9.38. Modalitatea de desfăşurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric

Art. 179. – Reglementarea procesului de desfăşurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric are ca principale scopuri:

a) Se asigură abordarea integrată a pacientului ca o uzanţă a practicii medicale desfăşurată în cadrul Spitalului;

b) Se asigură o abordare multidisciplinară a practicii medicale, completă şi personalizată pentru fiecare pacient în parte;

c)Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- rănirea pacientului /pacienţilor sau a personalului medical;
- agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art. 180. – (1) Procesul de desfăşurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe, inclusiv a consultului psihiatric presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului, medicul curant are obligaţia 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 influenţa prognosticul actualului episod de boală.

c) În situaţia în care patologia asociată a pacientului nu influenţează nici terapeutic, nici prognostic episodul actual de boală, pacientului i se va recomanda la externare de către medicul curant completarea investigaţiilor în reţeaua ambulatorie.

d) Decizia de a considera că un consult interdisciplinar, inclusiv consultul psihiatric, este necesar, aparţine integral medicului curant. Pacientul nu are dreptul să solicite consulturi interdisciplinare. Internarea pentru un episod actual de boală presupune evaluarea pacientului în ceea ce priveşte această patologie şi nu implică consulturi interdisciplinare fără legătură.

e) În situaţia în care medicul curant consideră că este necesară solicitarea consultului interdisciplinar, inclusiv a consultului psihiatric, va lua legătura cu secţia/medicul de specialitate şi va programa pacientul la consultul interdisciplinar. Medicul curant va menţiona în F.O.C.G./F.S.Z. data, ora şi locaţia consultului interdisciplinar (ex.: pe secţie, în Ambulatoriu, la pat) menţionând/justificând

totodată motivul solicitării. 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 în care 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, după caz, medicul de gardă trimite pacientul la unul dintre spitalele în care există linie de gardă în această specialitate de pe raza județului Târgu –Mureș , cu care spitalul are protocol de colaborare pe linia consulturilor interdisciplinare sau pentru o "a doua opinie".

h) Refuzul medicilor de a respecta programul de lucru, de a acorda consultații interdisciplinare și de a respecta graficele de gărzi întocmite lunar de conducerea secțiilor, serviciilor medicale, laboratoarelor și a compartimentelor și aprobate de conducerea unității 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 intersecții 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 nedeplasabili, 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

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 S.O. Luduș 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 C.G./C.P.U. 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. 181. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de desfășurare a consulturilor interdisciplinare interne sau externe sunt următorii:

a) Număr de consulturi interdisciplinare interne efectuate de către medicii fiecărei structuri medicale, inclusiv de medicul psihiatru pe parcusul anului calendaristic precedent.

b) Număr de consulturi interdisciplinare externe, inclusiv consulturi psihiatrice, efectuate de către medici din afara spitalului pe parcusul anului calendaristic precedent, în baza unor protocoale de colaborare existente – în vigoare.

c) Număr de protocoale de colaborare în vigoare care au ca obiect consulturile interdisciplinare încheiate de către Spital cu alte unități sanitare.

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

Art. 182. –Reglementarea modalității prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-un spital cu competență în a trata cazuri oncologice are ca principale scopuri:

a) Descrie managementul pacientului caz oncologic pe timpul internări în spital

b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- agravarea stării de sănătate a pacientului din cauza întârzierii deciziei;
- decesul pacientului.

Art. 183. –Etapele modalității prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-un spital 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 Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Nord Vest - Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca (care grupează județele Bihor, Bistrița-Năsăud, Cluj, Sălaj, Satu Mare și Maramureș), dacă face parte din lista diagnosticelor raportabile. 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 si 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. orice revizuire a diagnosticului unei afecțiuni raportabile către o altă categorie diagnostică raportabilă;

iii. diagnosticarea progresiei unei leziuni precanceroase sau in situ către tumora invazivă;

iv. infirmarea diagnosticului unei tumori deja raportate;

v. finalizarea unuia sau mai multor tipuri de tratamente stabilite în cadrul terapiei inițiale;

vi. 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 Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Nord Vest - Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca o copie a buletinului medical prin care se certifică un diagnostic raportabil, consemnat conform Clasificării internaționale a maladiilor pentru oncologie, editia a 3-a, a Organizației Mondiale a Sănătății, în termen de maximum 30 de zile de la emiterea buletinului medical; în buletinul medical se consemnează în mod obligatoriu codul numeric personal al pacientului.

g) Șeful laboratorului de analize medicale are de asemenea obligația să comunice nominal către Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Nord Vest - Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca, pe formulare ONC, în termen de maximum 30 de zile,

informațiile disponibile din setul minim de date pentru tumorile raportabile, inclusiv codul numeric personal al pacientului.

h) De asemenea, medicii de familie (în situația că există) din cadrul Spitalului înaintează trimestrial către Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Nord Vest - Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca o adresă-tabel privind bolnavii de cancer, cu diagnosticul confirmat de catre un medic specialist, cu competență în diagnosticul și/sau tratamentul cancerului, nou-luați în evidență în cursul trimestrului pentru care raportează, precum și lista pacienților decedați prin/cu cancer.

i) În cazul în care examenul necropsic efectuat în spital 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 Centrul de Implementare a Registrului Regional de Cancer Nord Vest - Institutul Oncologic "Prof. dr. I. Chiricuta" Cluj-Napoca.

j) Funcție de tipul de tumoră diagnosticat, medicul curant împreună cu șeful de secție, și cu ceilalți medici implicați în stabilirea diagnosticului oncologic, iau decizii, după caz, în baza conduitei terapeutice indicate de un medic oncolog în cadrul consultului inter-spitalicesc, conform ghidurilor internaționale și situației pacientului.

k) Medicul curant aduce la cunoştinţa pacientului conduita terapeutică propusă, comunicarea în această situație între medic și pacient se va face cu respectarea prevederilor pct. 9.30 "*Modul de comunicare cu pacientul în situațiile de diagnostic oncologic*" din prezentul Regulament.

l) Terapia pacientului diagnosticat oncologic va fi asigurată de medicul curant respectând toate indicațiile mediculului oncolog și cu acordul informat al pacientului.

m) 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 suspectați/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. 184. Indicatorii de eficiență și eficacitate ai reglementării privind modalitatea prin care se asigură accesul pacientului suspectat de un diagnostic oncologic într-un spital cu competență în a trata cazuri oncologice sunt următorii:

a) Număr 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.

b) Număr de pacienți suspectați/diagnosticați oncologic cărora li s-a făcut recomandarea în documentele de externare de a se adresa unei alte unități cu competență în a trata cazuri oncologice.

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

Art. 185. –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 că 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.O. Luduș;

d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- erori de diagnostic și tratament;

- creşterea timpului de diagnosticare
- aplicarea cu întârziere a unor tratamente adecvate pacienţilor;
- agravarea sănătăţii pacientului.

Art. 186. – (1) La nivelul Spitalului, situaţiile care necesită abordare multidisciplinară sunt următoarele:

- Cazurile medicale cu multiple comorbidităţi, cu evoluţie agravată a patologiei de bază şi/sau a celor asociate;
- Cazuri medicale ce implică patologii rare;
- Cazuri medicale cu patologii ce depăşesc nivelul de competenţă a spitalului şi care prezintă urgenţe care nu pot fi transferate la alte spitale.

(2) În oricare dintre situaţiile enumerate la alineatul (1) medicii clinicieni solicită participarea directă a specialiştilor din serviciile paraclinice în echipele multidisciplinare în cazul că rezultatele investigaţiilor paraclinice (analize medicale şi/sau imagistică medicală) furnizează informaţii echivoce şi/sau care contravin diagnosticului iniţial.

(3) De regulă, întâlnirile între medicii de laborator şi medicii clinicieni în scopul analizei cazurilor deosebite se desfăşoară în a doua decadă a lunilor: ianuarie, aprilie, iulie, octombrie, ocazie cu care se vor analiza cazurile deosebite care au fost internate în trimestrul anterior.

(4) Etapele procesului de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiştii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului medicul curant are obligaţia să analizeze dacă este necesară convocarea echipei multidisciplinare.

b) Dacă spitalul nu dispune de un medic cu o anumită specialitate/biolog/biochimist care se impune să fie prezent în cadrul echipei multidisciplinare acesta va fi invitat în baza protocoalelor de colaborare încheiate interinstituţional. Directorul medical, în colaborare cu medicul curant va lansa invitaţia de participare a respectivului specialist în cadrul echipei multidisciplinare, participarea acestuia putându-se realiza inclusiv prin serviciu de telexpertiză[6]

c) În urma evaluării stării de sănătate a pacientului şi a rezultatelor examenelor paraclinice puse la dispoziţie de către medicul curant, membrii echipei multidisciplinare au obligaţia să analizeze dacă este necesară convocarea specialiştilor din serviciile paraclinice în vederea stabilirii conduitei terapeutice.

d) Fiecare dintre membrii echipei multidisciplinare, inclusiv specialiştii din serviciile paraclinice, au obligaţia de a contribui în limitele competenţelor şi a experienţei pe care o au la stabilirea diagnosticului şi a unei conduite terapeutice pentru fiecare dintre pacienţii pentru care a fost convocată respectiva echipă. În acest sens, fiecare dintre membrii echipei multidisciplinare formulează un diagnostic şi 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 FOCG, coroborate cu rezultatele examinărilor paraclinice consemnate de asemenea în FOCG.

e) În urma analizei fiecărei propuneri formulate se stabileşte un diagnostic unitar şi o conduită unică de tratament urmând ca pacientul să fie reanalizat de aceeaşi comisie la un anumit interval de timp stabilit de comun acord între membrii echipei multidisciplinare, după caz.

f) Concluziile se consemnează în FOCG cu menţionarea datei şi orei la care s-a desfăşurat şedinţa, asumate prin parafa şi semnătura fiecărui specialist din comisie.

g) În ceea ce priveşte cazurile medicale deosebite directorul medical analizează toate situaţiile care au impus convocarea echipei multidisciplinare în cursul fiecărui trimestru. În urma analizei şi la propunerea medicilor curanţi care au tratat respectivele cazuri, directorul medical selectează cazurile cele mai reprezentative pentru a fi discutate în şedinţele programate conform alineatului (3).

---

[6] ***Teleexpertiza*** *reprezintă serviciul de telemedicină prin care are loc un schimb de opinii medicale între mai mulţi medici realizat prin orice mijloace de comunicare la distanţă, în vederea confirmării unui diagnostic şi/sau a unei conduite terapeutice, pe baza datelor din documentele medicale ale pacientului, şi care nu presupune prezenţa fizică a acestuia* (Bază: art. 30[1] *din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii)*

h) Şedinţa este condusă de către directorul medical, fiecare dintre cazurile selectate spre dezbatere fiind prezentate de către medicii curanţi care au tratat respectivele cazuri.

i) În cadrul respectivei şedinţe fiecare specialist analizează datele consemnate în FOCG (istoricul bolii, examen clinic, examene paraclinice, conduita de tratament, evoluţia bolnavului) şi se poartă discuţii libere cu privire la aceste date între medicii clinicieni şi specialiştii din serviciile paraclinice, trăgându-se concluzii utile care ar putea fi utilizate pe viitor.

j) Minuta întâlnirii şi eventualele propuneri vor fi consemnate într-un proces verbal întocmit de medicul a cărui caz a fost prezentat. În situaţia discutării mai multor cazuri într-o singură şedinţă, fiecare dintre medicii curanţi a căror cazuri au fost discutate îşi vor aduce aportul la redactarea minutei respectivei şedinţe.

Art. 187. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de colaborare a medicilor clinicieni cu specialiştii din serviciile paraclinice în cadrul echipei multidisciplinare sunt următorii:

- Numărul de cazuri pentru care au fost convocate echipe multidisciplinare în care a fost nevoie de prezenţa specialiştilor din serviciile paraclinice din totalul cazurilor pentru care au fost convocate echipe multidisciplinare în cursul anului;
- Numărul de întâlniri între medicii de laborator şi medicii clinicieni în scopul analizei cazurilor deosebite, pe parcursul ultimului an calendaristic.

9.41. Situaţii în care nu se comunică pacientului/reprezentantului legal informaţiile despre starea de sănătate a pacientului

Art.188. –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.189. – (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 suferința.

(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 sanătății*, 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 in 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.190. -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;

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.

9.42. 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. 191. – 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.192. – Procesul de înregistrare audio/foto/video a pacienților în scop medical, didactic și de cercetare, precum și de a evita suspectarea unei culpe medicale presupun 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 asistenți medicali, 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 acestuia 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 păstrată, în original, atașată la foaia de observare clinică generală[7] a respectivului pacient, iar motivația înregistrării va fi înscrisă în respectiva foaie.**

---

[7] În continuare: „F.O.C.G."

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 unității 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 unității 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 responsabilii 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. 193. - 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) Număr 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, din 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.

b) Număr 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, din numărul total al pacienților care au participat la învățământul medical clinic și la cercetarea științifică, pe parcursul ultimului an calendaristic.

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) raportat la 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, raportat la planificarea anuală întocmită în acest sens.

9.43. Modalitatea de servire a mesei la patul pacientului

Art. 194. –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:
- producerea de toxiinfecții alimentare;
- agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art. 195. –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;

c) Alimentele de la blocul alimentar se transportă de către personalul nominalizat pentru distribuirea alimentelor în oficiile alimentare ale fiecărei secții medicale unde se realizează porționarea mâncării. Indiferent de momentul zilei, accesul în oficiile de distribuire a hranei este permis doar personalului nominalizat pentru distribuirea alimentelor care asigură în acestea porționarea hranei, precum și spălarea și păstrarea veselei pentru pacienți și a cărucioarelor de transport hrana. Circuitul alimentelor pe secție se realizează în mod distinct de toate celelelalte circuite existente (prin delimitare temporală și igienizare corespunzătoare), fiind interzisă intersectarea acestora, stabilirea regulilor în acest sens fiind atributul C.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 pacientuluiului, 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: bluză, pantalon/fustă și capelină altul decât cel utilizat în desfășurarea celorlalte atribuții funcționale.

i. <u>Alimentarea activă în salon, la pat, presupune</u>:

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 măsuța 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 măsuța 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 măsuța 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 măsuța 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 măsuța 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 măsuța 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 membrelor superioare (paralizați, epuizați, adinamici, în stare gravă, cei cu ușoare tulburări de deglutiție), se adreseaza sugarilor, copiilor 1- 3 ani sau varste ce nu permit autoingrijirea, pacientilor imobilizati, paralizati, in stare grava, cu usoare tulburari de deglutitie, dializati in timpul efectuarii tratamentului de supleere renala, etc.

Pacient sugar (0 – 1 an):

- Se respecta cantitatea de aliment de la pranzul respectiv al copilului, conform prescriptiei medicului curant
- Se introduce alimentul (lapte praf, supa morcov, mucilagiu orez, etc) in biberonul sterilizat
- Se adapteaza tetina la gatul biberonului si capacul acestuia.
- Inainte de a alimenta copilul, se verifică temperatura alimentului picurând câteva picaturi in plica cotului.
- Se tine copilul in brate, culcat cu capul pe antebratul mamei sau al personalului nominalizat sau culcat, în decubit dorsal în pătut.
- Cu mâna liberă (dacă este tinut in brate) se apucă biberonul si se introduce tetina in gura copilului
- Se tine biberonul vertical pe gura copilului, cu toată bula de aer spre fundul biberonului (se previne aerofagia)
- Se supraveghează copilul tot timpul alimentării, urmărind sincronizarea miscărilor de supt cu deglutitia
- Când copilul nu mai suge, se ridică în pozitie verticală cu capul pe umărul mamei/ personalul nominalizat timp de câteva minute pentru a favoriza eructatia, apoi se asează în pătut
- Biberonul golit se transporta la Biberonerie, respectand PO-MED-019 privind sterilizarea biberoanelor

Pacient conștient, imobilizat la pat:

- 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 măsuța 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 masticația și deglutiția.
- Alimentele lichide se servesc cu lingura/linguriţa 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 masticația și deglutiția. Se servesc cu lingura/linguriţa 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. 196. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de servire a mesei la patul pacientului sunt următorii:

a) Numărul de toxiinfecții alimentare produse pe parcursul ultimului an calendaristic;
b) Număr de reclamații ale pacienților care au ca subiect distribuția hranei servite;
c) Gradul de satisfacție al pacienților înregistrat pe fiecare secție în parte referitor distribuția hranei servite, consemnat în analizele lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților.

9.44. Comunicarea în situații deosebite/excepționale

Art. 197. –Reglementarea procesului de comunicarea în situații deosebite/excepționale are ca principale scopuri:

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

Art. 198. (1) Situațiile deosebite/excepționale sunt situații de urgență, incluzând aici şi protecția civilă şi apărarea împotriva incendiilor. Situațiile de urgență reprezintă evenimente produse pe neașteptate care prin posibilele consecințe poate 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 creşterea capacității de răspuns a spitalului la aceste situații, aceasta contribuind la realizarea următoarelor obiective:

a) planificarea şi implementarea unui sistem de comunicare coordonat pe timpul situaţiilor de urgență, care să contribuie la îmbunătățirea şi eficientizarea comunicării atât între microstructurile S.O. Luduș, dar şi cu mass-media şi 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 şi 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 şi de a gestiona comunicarea privind hazardele şi situațiile de risc, prin integrarea comunicării la toate nivelurile şi prin stabilirea/delimitarea responsabilităţilor;

f) stabilirea mijloacelor de comunicare utilizate în situaţii de urgenţă;

g) transmiterea în timp util a informaţiilor necesare luării celor mai adecvate măsuri de protecţie;

h) asigurarea unităţii de mesaj la toate nivelurile implicate în managementul situaţiei de urgenţă respective;

i) creşterea capacităţii de acţiune a personalului propriu şi a populaţiei prin informare, în scopul prevenirii producerii situaţiilor de urgenţă, dar şi în scopul autoapărării;

j) creşterea nivelului de înţelegere privind riscurile majore, precum cutremure, inundaţii, alunecări de teren, şi a capacităţii individuale de reacţie în situaţii de urgenţă pentru personalul spitalului;

k) dezvoltarea unei colaborări reale cu societatea civilă şi implicarea acesteia în mod planificat în programele de informare şi voluntariat.

(3) Situaţiile de urgenţă care necesită o comunicare specială se referă la:

a) Hazardurile (astfel cum sunt acestea definite potrivit prevederilor *H.G. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naţionale de comunicare şi informare publică pentru situaţii de urgenţă*) produse în zona de acoperire a acestuia categorisite astfel:

- Hazardurile naturale determinate de:
  - interacţiunea factorilor naturali, a celor demografici, sociali şi antropici, respectiv elemente de infrastructură, cum ar fi construcţii, şosele, căi ferate;
  - modificările climatice legate de tendinţele globale de încălzire care generează incertitudini referitoare la intensitatea şi frecvenţa hazardurilor, dar şi la apariţia unor fenomene noi, cum ar fi tornadele sau deşertificarea;
  - epidemii/epizotii/zoonoze, dar şi cu ameninţări de pandemii (exemplele elocvente sunt neuroinfecţia West Nile în anul 1996, meningita cu Enterovirus Echo în 1999, antrax în 2000, apariţia infecţiei gripale cu un nou serotip gripal sau ameninţarea epidemiei de gripă aviară H5N1)
- Hazardurile hidrologice:
  - viituri şi inundaţii;
  - alunecări de teren determinate de viituri şi inundaţii;
- Hazardurile seismice
- Hazardurile tehnologice produse de:
  - erorile de proiectare a instalaţiilor industriale, de gradul ridicat de uzură al acestora şi/sau de managementul defectuos practicat de proprietarii acestora;
  - transportul substanţelor periculoase;
  - ruperi de baraje sau explozii ale unor instalaţii cauzate de factori naturali;
- Evenimentele sau accidentele în care apar scurgeri de substanţe radioactive;
- Evenimentele sau accidentele din industria chimică;
- Evenimentele sau accidentele determinate de gradul ridicat de uzură sau proiectarea necorespunzătoare a instalaţiilor din industria energetică şi din reţeaua de distribuţie şi transport al hidrocarburilor;
- Evenimentele sau accidentele din industria minieră cauzate de prăbuşiri ale galeriilor de mină, alunecări şi lichefieri ale haldelor de steril insuficient consolidate şi ruperi ale iazurilor de decantare;
- Evenimentele sau accidentele la construcţiile hidrotehnice cauzate de cedarea parţială sau distrugerea digurilor şi a barajelor, care pot fi produse de viituri puternice şi sunt urmate de inundaţii cu efecte devastatoare;
- Distrugerea infrastructurii pentru transport cauzată de cedarea podurilor de cale ferată sau transport rutier.

b) Căderi de obiecte cosmice

c) Eşecul utilităţilor publice

d) **Situaţii 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 depăşesc nivelul de competenţă a spitalului şi care prezintă urgenţe care nu pot fi transferate din anumite motive (de exemplu: supraaglomerări ale unităţilor sanitare din zona de acoperire a spitalului);
- Cazuri medicale foarte complicate care necesită o durată de spitalizare mult prelungită;
- Morţi subite;

e) Epidemii/pandemii

f) Atacuri teroriste

g) Exerciţii în caz de alarmare, antrenamente şi exerciţii de mobilizare, instituirea stării de asediu, mobilizare totală/parţială, demobilizare, război.

Art. 199. - Etapele efective ale procesului de comunicare în situații deosebite/excepționale sunt următoarele:

a) Orice persoană din cadrul spitalului care ia cunoștință despre o situație deosebită/de urgență comunică de îndată această situație către șeful locului de muncă și/ sau managerul spitalului , personal sau prin mijlocul de comunicare pe care-l are la dispoziție;

b) Șeful locului de muncă 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:

- informează managerul/înlocuitorul legal al managerului rezultatele primei evaluări. Dacă situația o impune, folosește mijloace de legătură alternative;
- la dispoziția managerului, în funcție de evenimentul semnalat, pune în aplicare planul de înștiințare și aducere la spital a detașamentului de intervenție – în afara orelor de program;
- anunță administratorul cazărmii să se prezinte în spital în vederea stabilirii stării tehnice a instalațiilor și pavilioanelor din unitate;
- 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 situaţii de criză şi un responsabil cu informarea şi relaţiile publice.

d) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situaţii de criză este responsabil cu elaborarea şi prezentarea mesajelor în numele spitalului şi cu asigurarea informării în timp util atât a mass-mediei, cât şi a populaţiei. Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situaţii de criză este principala persoană de contact pentru mass-media şi, în acelaşi timp, "vocea" spitalului pentru situaţii de urgenţă în cadrul conferinţelor de presă şi în interviurile media.

e) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situaţii de criză se va asigura ca următoarele reguli vor fi respectate:

- toţi comunicatorii primesc acelaşi mesaj în timp util;
- informaţia este distribuită la nivelul tuturor instituţiilor implicate;
- purtătorii de cuvânt din fiecare instituţie implicată vor furniza mass-mediei doar informaţiile aflate în domeniul lor de competenţă.

f) Responsabilul de comunicarea cu mass-media în situaţii de criză este subordonat managerului spitalului. Acesta face parte din echipa de comunicare, fiind direct responsabil de conţinutul şi calitatea informaţiilor făcute publice.

g) În mod obligatoriu, în situaţii deosebite/excepţionale, după adunarea şi verificarea informaţiilor în vederea difuzării, este necesară respectarea următoarelor reguli:

- informaţia trebuie transmisă simultan tuturor canalelor mass-media, utilizându-se toate mijloacele disponibile şi 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 Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș trebuie transferate purtătorului de cuvânt al ministerului sau instituției abilitate să raspundă în acea problemă;

h) Strategia de comunicare cea mai adecvată în situaţii deosebite/excepţionale trebuie să fie una proactivă: mesajele vor fi construite anticipat, adaptate fiecarei categorii de public şi diseminate, pe cât posibil, înainte ca zvonurile sau speculaţiile transmise prin intermediul mass-mediei sau vehiculate pe cale orală să scape de sub controlul comunicatorilor. În cazul apariţiei unor incidente neprevăzute, strategia adoptată este aceea a informării categoriilor de public-ţintă în timp real doar de către persoanele abilitate, cu respectarea regulilor menţionate mai sus.

i) În organizarea conferinţelor de presă şi 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 naţionale de comunicare şi informare publică pentru situaţii de urgenţă* şi a *„Ghidului şi principalele activităţi de comunicare în timpul situaţiilor de urgenţă"* instituit de *H.G. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naţionale de comunicare şi informare publică pentru situaţii de urgenţă.*

j) Pentru fiecare dintre hazardurile menţionate la art. 198 alin. (3) lit. a) din prezentul Regulament, comunicările către proprii angajaţi ai spitalului cât şi către mass-media, vor conţine, după caz, informaţii privind aspectele-cheie prevăute la pct. IV.D din *H.G. 548/2008 privind aprobarea Strategiei naţionale de comunicare şi informare publică pentru situaţii de urgenţă.*

k) Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare, Consiliul medical participă alături de manager la organizarea asistenței medicale în situații deosebite/excepționale. În acest context, la producerea oricăreia dintre situațiile deosebite/excepționale 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. 240 alin. (3) lit. d) din prezentul Regulament. 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. 200. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare în situații deosebite/excepționale sunt următorii:

a) Număr persoane afectate, ca urmare a comunicării ineficiente în timpul unei situații de urgență;

b) Pierderi materiale, exprimate în lei, datorate comunicării ineficiente în timpul unei situații de urgență.

c) Numărul posturilor de specialitate şi al posturilor stabilite cu atribuţii suplimentare de comunicare şi informare publică în cadrul spitalului abilitate în managementul şi gestionarea situaţiilor de urgenţă;

d) Numărul de exerciţii în domeniu, desfăşurate de către spital în managementul şi gestionarea situaţiilor de urgenţă, în ultimul an calendaristic încheiat;

e) Numărul de planuri şi proceduri proprii de comunicare adoptate/revizuite, în ultimul an calendaristic, în cadrul Spitalului, care privesc managementul şi gestionarea situaţiilor de urgenţă.

9.45. Comunicarea cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor

Art. 201. – (1) Reglementarea procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor 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.

(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. Exercitându-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/aparținătorul acestuia va confirma la externare, prin semnătură în F.O.C.G., primirea informațiilor și a documentației necesare pentru continuarea îngrijirilor.

Art. 202. -Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea asigurării continuității îngrijirilor sunt următorii:

a) Numărul de pacienți internați fără bilete de trimitere din totalul de pacienți externați în ultimul an calendaristic (se aproximează în raport cu rezultatele obținute în urma verificării unei tranșe prestabilite de F.O.C.G.);

b) Numărul de pacienți externați fără scrisori medicale/bilete de ieșire din spital din total pacienți externați în ultimul an calendaristic (se aproximează în raport cu rezultatele obținute în urma verificării unei tranșe prestabilite de F.O.C.G.);

c) Numărul de pacienți externați fără prescripție medicală din total pacienți externați în ultimul an calendaristic (se aproximează în raport cu rezultatele obținute în urma verificării unei tranșe prestabilite de F.O.C.G.);

d) Numărul medicilor sancționați pentru lipsa unei prescripții medicale la externarea pacientului per numărul total de medici încadrați în Spitalul Orășenesc Dr.Valer Russu Luduș, în ultimul an calendaristic.

9.47. Monitorizarea respectării bunelor practici în prescrierea și utilizarea medicamentelor

Art. 203. –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. 204. – 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, 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) sau 4 (patru) exemplare după caz, se parafează de către medicii curanți și/sau medicii șefi de secție și se trimit la farmacie pentru a fi eliberate.

d) În cazul medicamentelor prescrise la contravizită, întrega 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/farmaciștii 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 in 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/farmaciștii 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 secții, 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/farmacistul 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 maximale și toxice, indicațiile de administrare, modul de administrare, incompatibilitățile, modul de păstrare, efectul terapeutic, timpul de acțiune, efectele secundare, fenomenele de obișnuință si 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 sau medic, după caz, care solicită ajutorul infirmierei de serviciu dacă întampină 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 medicala 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 C.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. 205. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- Număr de erori în prescrierea medicamentelor în ultimul an calendaristic;
- Număr de erori în utilizarea medicamentelor în ultimul an calendaristic;
- Număr de reclamații ale pacienților din cauza prescrierii și utilizării eronate a unor medicamente în ultimul an calendaristic;
- Număr de erori în activitatea de dizolvare, diluție pentru preparatele parenterale în ultimul an calendaristic.

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

Art. 206. – 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 rinichi[8];

b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

---

[8] În continuare: „B.C.R."

- agravarea stării de sănătate a pacientului / deces.

Art. 207. –Etapele procesului de predare/preluare a pacienţilor cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) În cadrul spitalului, potrivit protocolului de depistare a pacienţilor cu B.C.R. existent, creatinina, clearence-ul de creatinină şi sumarul de urină sunt determinări uzuale la pacienţii internaţi fiind, potrivit deciziei Consiliului medical, analize care fac parte din setul minim de analize care se fac pentru toţi pacienţii inernaţi în regim de spitalizare continuă. În plus, în protocoalele clinice este precizată obligativitatea determinării raportului albumină (proteine)/creatinină în urină proaspăt emisă sau albuminurie (proteinurie) în urină din 24 ore, la bolnavii internaţi 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 şi, în situaţia că valorile eRFG se încadrează la niveluri critice, aplică prevederile pct. 9.31 *„Modul de comunicare cu prioritate a rezultatelor cu valori critice ale investigaţiilor"* din prezentul Regulament.

c) Pacienţii cu B.C.R. trebuie îndrumaţi de către medicii curanţi către Spitalul Judeţean de Urgenţă Târgu-Mureş. Trimiterea pentru astfel de consulturi se realizează în scopul:

i. confirmarea diagnosticului de B.C.R.
ii. precizarea bolii renale primare
iii. stabilirea planului de îngrijire
iv. evaluare periodică

d) Situaţiile care impun trimiterea de către medicii curanţi la astfel consulturi sunt următoarele:

i. Trimitere imediată - sunt acele situaţii în care întârzierea iniţierii tratamentului (inclusiv prin dializă) poate determina evoluţie gravă sau deces
ii. Trimiterea de urgenţă - indică posibilitatea agravării situaţiei clinice în lipsa unui tratament prompt
iii. Trimiterea de rutină se adresează situaţiilor în care consulturile pot fi planificate

Această ierarhizare este impusă de capacitatea actuală redusă a serviciilor de nefrologie din România şi urmăreşte evitarea situaţiilor în care bolnavii nu au acces, în condiţii de siguranţă, la servicii specializate. În concluzie, criteriile amintite nu trebuie interpretate ca o limitare a libertăţii medicilor sau a pacienţilor de a solicita consultaţii specializate, în orice moment, indiferent de starea clinică.

e) Criterii cadru pentru trimiterea pacienţilor de către medicii curanţi la consult de specialitate în specialitatea „nefrologie" sunt următoarele:

A. Probleme nefrologice, indiferent de eRFG:
   a. Trimitere imediată pentru:
      • Creştere a concentraţiei creatininei serice cu 0.3mg/dL sau creştere procentuală a creatininei serice cu mai mult de 50% (1.5 ori) faţă 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 >11mg/dL);
      • Tulburări ale echilibrului acido-bazic (acidoză metabolică severă, bicarbonat standard<15mEq/L);
   b. Trimitere de urgenţă pentru bolnavii cu eRFG stabil şi:
      • Proteinurie >3000mg/g creatinină urinară şi hipoalbuminemie,±edeme (sindrom nefrotic);
      • Proteinurie >1000mg/g creatinină urinară asociată cu hematurie microscopică (sindrom nefritic);
   c. Trimitere de rutină pentru bolnavii cu eRFG stabil şi:
      • Proteinurie ≥1+ la testul bandeletei 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):

a. Trimitere imediată <15mL/min/1.73m2, indiferent dacă sunt prezente manifestări ale uremiei sau nu.

b. Trimitere de urgenţă15-29mL/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 creştere progresivă a concentraţiei creatininei serice;
- Prezenţa 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 agenţi antihipertensivi).

D. Trimiterea nu este necesară la valori a eRFG cuprinse între 60-89mL/min/1.73m2 dacă nu există vreuna din situaţiile de mai sus.

f) Toate scrisorile medicale eliberate de către medicii curanţi pentru pacienţii externaţi cu suspiciune de BCR sau BCR confirmată vor conţine în mod obligatoriu indicaţii de monitorizare TA, raport albumină (proteine)/creatinină urinară în urină proaspăt emisă, creatinină serică (RFG). Respectivele scrisori medicale trebuie însoţite şi de următoarele informaţii minimale obligatorii:

i. Anamneză medicală generală
ii. Simptomatologie reno-urinară
iii. Medicaţie
iv. Examen fizic (elemente relevante pozitive - PA, diureză etc.)
v. Testul bandeletei reactive pentru hematurie şi proteinurie
vi. Raportul proteinurie/creatininurie, în caz de existenţă 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 secţii medicale din cadrul spitalului funcţionează o evidenţă/registru (conform unui model agreat de către Consiliul medical) în care vor fi înscrişi, prin grija asistentei şefe, toţi pacienţii cu suspiciune de B.C.R. identificaţi în urma aplicării de către medicii curanţi a protocolului de depistare a pacienţilor cu B.C.R..

Art. 208. Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate ai procesului de predare/preluare a pacienţilor cu suspiciune de BCR de/către medicul nefrolog sunt următorii:

a) Număr de pacienţi cu suspiciune de B.C.R. identificaţi în urma aplicării de către medicii curanţi a protocolului de depistare a pacienţilor cu B.C.R., înregistraţi în evidenţele/registrele care funcţionează pe secţiile medicale, din total pacienţi internaţi pe respectivele secţii, în ultimul an calendaristic.

b) Numărul F.O.C.G. cu sumar de urină consemnat per numărul F.O.C.G. verificate în cadrul misiunilor de audit clinic efectuate în ultimul an calendaristic.

c) Numărul F.O.C.G. cu creatinină serică determinată per numărul F.O.C.G. verificate în cadrul misiunilor de audit clinic efectuate în ultimul an calendaristic.

d) Numărul pacienţilor 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 per număr F.O.C.G. verificate în cadrul misiunilor de audit clinic efectuate în ultimul an calendaristic.

9.49. Prescrierea medicamentelor în limitele competenței specialităților

Art. 209. – 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. 210. –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 moficările 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.

c) 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 sănătăți 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 si 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 fară 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.

d) 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.

e) 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.

f) 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.

g) Indiferent de modalitatea de prezentare și internare a pacienților în cadrul S.O. Luduș, 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.

h) Pentru prescrierea și tratarea unor diagnostice secundare/comorbidități altele decât diagnosticul /simptomatologia pentru care a fost internat/tratat pacientul, medicul curant prescriptor aplică pct. 9.38. "*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.

i) 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 tratatment 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.

j) 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.

k) 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 acelorași 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.

l) 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/farmaciștii din cadrul spitalului atunci când se constată astfel de situații.

Art. 211. - 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, în raport cu numărul total de pacienți externați/secție din spital în ultimul an calendaristic.

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, în raport cu numărul total de pacienți externați din spital în ultimul an calendaristic.

9.50. Modul de respectare a intimității pacientului

Art. 212. –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 îm 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:

- Acționarea în instanță a spitalului în contextul nerespectării unora dintre drepturile pacientului instituite prin lege;
- Potențiale reclamații ale pacienților/vizitatorilor/aparținătorilor;
- Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

Art. 213. – **(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 C.G./C.P.U.;

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 lenjerie de unică folosință (halate, chiloți) pentru pacienții care urmează să sufere intervenții chirurgicale în blocul operator

h) Utilizarea de cabine/spații echipare/dezechipare pacienți delimitate (ușă, paravane, perdele), inclusiv în incinta blocului operator.

(2) Modalitățile de asigurare a intimității pacienților în raport cu persoanele neautorizate este reglementat la pct. 9.15. *"Modalitatea de intervenție în cazul persoanelor neautorizate"* din prezentul Regulament.

(3) Asigurarea intimității pacienților în relația acestora cu mass-media, se realizează potrivit pct. 9.22. *„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. 9.42 *"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 dupa 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. 214. Indicatorii de eficiență și eficacitate a procesului de respectare a intimității pacientului sunt următorii:

a) Număr de cabine WC cu uși per număr de paturi pe secție;
b) Număr saloane cu 1–2 paturi și număr saloane cu 3-6 paturi, prevăzute cu grup sanitar propriu pe fiecare secție;
c) Numărul cabinelor de duș cu uși pe secțiile cu spitalizare continuă per numărul de paturi spitalizare continuă (inclusiv starea fizică, curățenie);
d) Număr de paravane mobile existente și utilizate în fiecare din structurile medicale (inclusiv blocul operator) ale spitalului;
e) Număr de reclamații ale pacienților/vizitatorilor/aparținătorilor referitoare la respectarea intimității pacientului.

9.51. Asigurarea accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate

Art. 215. –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. 216. – (1) Dreptul la asistenţă medicală al persoanelor private de libertate este garantat. Persoanele private de libertate beneficiază în mod gratuit de asistenţă medicală şi de medicamente, în condiţiile legale. Serviciile de asistenţă medicală şi medicamentele sunt asigurate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate, din fondurile unităţilor din sistemul administraţiei penitenciare, aprobate cu această destinaţie, şi din alte surse, potrivit legii. De asigurarea stării de sănătate a persoanelor private de libertate sunt responsabile administraţia penitenciară şi structurile sanitare publice, inclusiv Spital, în baza relaţiilor 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 C.G./C.P.U., secțiile și compartimentele medicale, cabinetele medicale din cadrul Ambulatoriului integrat, structura de spitalizare de zi, Laboratorul radiologie și imagistică medicală și Laboratorul de analize medicale.

Art. 217. - 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.). **Intervenţiile medicale se efectuează numai cu acordul persoanei private de libertate.**

b) Primirea şi managementul pacienţilor cu afecţiuni cronice: Consulturile de specialitate pentru pacienţii cu afecţiuni cronice se efectuează în cabinetele medicale din cadrul Ambulatoriului integrat al spitalului, în timpul programului normal de funcţionare al acestuia, pe baza programărilor prealabile efectuate de către personalul medical al instituţiei care deţine custodia pacienţilor. Atunci când este cazul, investigaţiile paraclinice (imagistice, biologice) indicate pentru aceşti pacienţi se vor efectua prin laboratoarele spitalului în regim ambulatoriu sau în regim de spitalizare de zi. Responsabilitatea privind prezentarea pacienţilor la data şi ora programării revine instituţiei care trimite pacienţii la respectivele consultaţii.

c) Primirea şi managementul pacienţilor cu afecţiuni acute sau cronice acutizate: Aceasta se realizează în cadrul C.G./C.P.U. al spitalului în regim permanent. În eventualitatea în care patologia pacienţilor depăşeşte competenţa sau sfera de specialităţi a personalului medical din cadrul Spitalului, pacienţii vor fi redirecţionaţi, direct sau după stabilizarea funcţiilor vitale, către unităţile sanitare competente pentru soluţionarea cazului. Transferul pacienţilor privaţi de libertate către alte unităţi sanitare se va efectua fie cu mijloace de transport aparţinând instituţiei care deţine custodia pacienţilor, fie cu echipaje ale serviciului judeţean de ambulanţă, atunci când starea pacientului necesită asistenţă medicală pe durata transportului. Modalitatea şi mijlocul de transport adecvat vor fi stabilite de către medicul de gardă din cadrul C.G./C.P.U. al Spitalului.

d) Internarea pacienţilor:

i. Pacienţii privaţi de libertate vor fi internaţi în Spital atunci când starea lor de sănătate necesită tratament medical/chirurgical de urgenţă care depăşeşte ca limită de timp durata unei internări de zi/ staţionării în C.G./C.P.U. Pacienţii cu afecţiuni cronice/subacute a căror internare poate fi temporizată fără a pune în pericol viaţa sau sănătatea pacientului, vor fi redirecţionaţi către unităţile sanitare din reţeaua sistemului penitenciar.

ii. Asistenţa medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă a persoanelor private de libertate se acordă în baza biletului de internare, având ştampila spitalului, eliberat de către medicul spitalului, consecinţă a actului medical propriu, la recomandarea medicului specialist, prin decizie a organului judiciar, sau a oricărei urgenţe medico-chirurgicale. Asistenţa medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă cuprinde îngrijiri de tip acut şi îngrijiri de tip cronic şi se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:

- urgenţe medico-chirurgicale şi situaţiile în care este pusă în pericol viaţa persoanei private de libertate sau care prezintă acest potenţial, ce necesită supraveghere medicală continuă;
- boli cu potenţial endemoepidemic care necesită izolare şi tratament;
- bolnavi aflaţi sub incidenţa art. 109, 110, 124 şi 125 din Legea nr. 286/2009 privind Codul penal, cu modificările şi completările ulterioare;
- afecţiuni pentru care diagnosticul şi/sau tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu sau spitalizare de zi.

iii. Asistenţa 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 condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi ale normelor metodologice de aplicare a acestuia. Asistenţa medicală spitalicească în regim de spitalizare de zi cuprinde îngrijiri de tip acut şi îngrijiri de tip cronic şi se acordă cu respectarea următoarelor criterii de internare:

- urgenţe medico-chirurgicale ce necesită supraveghere medicală până la 12 ore în condiţiile stabilite în norme, doar în unităţile sanitare cu paturi care acordă şi asistenţa medicală spitalicească în regim de spitalizare continuă;
- diagnosticul nu poate fi stabilit şi tratamentul nu poate fi efectuat şi/sau monitorizat în ambulatoriu;
- afecţiunile care pot fi diagnosticate şi tratate în regim de spitalizare de zi: cele prevăzute în normele de aplicare a contractului cadru aprobate pentru anul în curs

iv. Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice în baza unui bilet de trimitere, în conformitate cu prevederile Contractului-cadru privind

condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi ale normelor metodologice de aplicare a acestuia. Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice cuprinde:

- servicii medicale – consultaţii pentru situaţiile de urgenţă medico-chirurgicală;
- servicii medicale curative – consultaţii pentru afecţiuni acute, subacute şi acutizări ale bolilor cronice;
- servicii medicale curative – consultaţii pentru afecţiuni cronice;
- depistarea de boli cu potenţia endemoepidemic;
- servicii de planificare familială;
- servicii diagnostice şi terapeutice;
- servicii de sănătate conexe actului medical;
- servicii de supraveghere a sarcinii şi lehuziei.

v. În cazul internării pacienţilor privaţi de libertate în Spital, se vor asigura următoarele condiţii, ţinând cont de reglementările privind paza acestor pacienţi, care prevăd că în afara sistemului penitenciar deţinutul trebuie să fie imobilizat în cătuşe şi supravegheat de cel puţin un gardian:

- În măsura posibilităţilor aceşti pacienţi vor fi internaţi singuri într-o rezervă separată, sub supravegherea permanentă a personalului spitalului care deţine custodia acestor pacienţi. Personalului de pază i se va permite accesul în imediata vecinătate a pacientului, în funcţie de procedurile medicale desfăşurate.
- Dacă nu se pot asigura condiţiile de mai sus, pacienţii vor fi internaţi, sub supravegherea permanentă a personalului spitalului care deţine custodia acestor pacienţi, într-un salon cu cât mai puţini pacienţi posibil.
- În cazul în care pacientul necesită internarea în A.T.I. se va asigura ţinuta de protecţie specifică pentru una dintre persoanele care trebuie să supravegheze permanent deţinutul;

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 intervenţie medicală, asumându-şi în scris răspunderea pentru decizia lor; consecinţele refuzului sau ale întreruperii actelor medicale sunt explicate pacientului. În cazul în care pacientul necesită o intervenţie medicală de urgenţă consimântul acestuia nu mai este necesar.

vii. Nicio persoană privată de libertate nu poate fi supusă, nici chiar cu consimţământul său, vreunui experiment ştiinţific 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 violenţă sau declară că a fost supusă la rele tratamente, medicul are obligaţia de a consemna în fişa medicală cele constatate şi de a anunţa conducerea spitalului, care sesizează de îndată procurorul.

ix. În cazul decesului unei persoane private de libertate, personalul medico-sanitar informează directorul penitenciarului şi Direcţia medicală din cadrul Administraţiei Naţionale a Penitenciarelor în ceea ce priveşte împrejurările producerii acestuia, cu respectarea reglementărilor incidente aplicabile în Spital. Autopsia medico-legală este obligatorie şi se efectuează de către medicul legist care întocmeşte şi certificatul constatator al morţii. În termen de 24 de ore se înaintează Direcţiei Medicale din cadrul Administraţiei Naţionale a Penitenciarelor un referat medical privind modul în care s-a produs decesul şi îngrijirile medicale acordate anterior decesului. În termen de 10 zile de la deces se înaintează Direcţiei Medicale din cadrul Administraţiei Naţionale a Penitenciarelor dosarul de deces, care cuprinde următoarele documente:

- Copia fişei medicale emisă de către autoritatea / instituţia care exercită custodia asupra persoanei private de libertate,
- Copia folii de observaţie clinică, emisă de către Spital;
- Copia certificatului constatator al morţii, emisă de către Spital.

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 conducerea Spitalului - 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 igieno-dietetic după externare, precum și graficul de supraveghere medicală postexternare.

Art. 218. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de asigurare a accesului la servicii medicale pentru pacienții privați de libertate sunt următorii:

a) Procentul pacienților privați de libertate care s-au adresat cu programare Spitalului din totalul pacienților spitalului, în ultimul an calendaristic;

b) Procentul pacienților privați de libertate internați prin C.G./C.P.U. din totalul pacienților internați în S.O. Luduș, în ultimul an calendaristic;

c) Numărul de incidente cauzate de pacienții privați de libertate din totalul incidentelor produse la nivelul Spitalului, în ultimul an calendaristic;

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.

9.52. Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale

Art. 219. – Reglementarea modalității de rezolvare a cazurilor cu probleme sociale are ca principale scopuri:

a) Descrie modalitatea implicării personalului Spitalului în rezolvarea cazurilor cu particularități psihoemoționale și socioeconomice 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. 230. – (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. 231. - 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 C.G./C.P.U. a unui pacient cu probleme sociale, persoana care întocmește foaia de observație anunță medicul de gardă despre prezența unei astfel de persoane.

b) În cazul în care pacientul cu probleme sociale nu-și poate dovedi identitatea cu documente, medicul de gardă împreună cu asistentul medical șef/șeful de tură/consilierul juridic/asistentul social solicită ajutorul poliției în vederea identificării respectivului pacient.

c) Dacă identitatea pacientului cu probleme sociale a fost stabilită, medicul de gardă împreună cu asistentul medical șef /șeful de tură / consilierul juridic/asistentul social încearcă contactarea unui membru al familiei sau a unei rude apropiate a respectivului pacient, verificându-se cu acestă ocazie dacă acesta are calitatea de asigurat al F.N.U.A.S.S.

d) În cazul în care nici un aparținător nu poate fi localizat, se înștiințează inițial telefonic, apoi printr-o informare scrisă, Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Mureș (lista contactelor poate fi vizualizată la adresa web: https://www.dgaspcmures.ro/contact.html, aceasta având obligația instituită de prevederile normative în vigoare de a asigura măsurile necesare pentru protecţia în regim de urgenţă a persoanei adulte aflate în nevoie, inclusiv prin organizarea şi asigurarea funcţionării în structura proprie a unor centre specializate.

e) În paralel cu activitățile de identificare a pacientului cu probleme sociale, a rudelor/aparținătorilor acestuia și de contactare a autorităților cu responsabilități în acest sens, personalul medico-sanitar din cadrul C.G./C.P.U. 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. **Intervenţiile medicale se efectuează numai cu acordul pacientului cu probleme sociale.**

f) În situația în care la data prezentării în C.G./C.P.U. a unui pacient cu probleme sociale Spitalul are încheiat și este în vigoare un parteneriat/protocol de colaborare cu servicii de asistenţă socială în vederea asigurării continuităţii îngrijirilor pentru persoane cu probleme sociale, medicul de gardă/curant împreună cu asisentul social, aplică prevederile respectivului parteneriat/protocol de colaborare.

g) 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 igieno-dietetic după externare, precum și graficul de supraveghere medicală postexternare

Art. 232. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a modalității de rezolvarea a cazurilor sociale:

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

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

Art. 233. –Reglementarea modalității de preluare și rezolvare a cazurilor cu particularități psihocomportamentale și socioeconomice are ca principale scopuri:

a) Stabilește traseul pacientului[9] în raport și cu profilul psihocomportamental și socioeconomic al acestuia;

b) Dispune în sarcina personalului Spitalului responsabilități privind asigurarea continuității asistenței psihologice pentru pacienți după externare;

---

[9] **Pacient - se înțelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate. În S.O.L. se acordă servicii medicale pacienților din toate categoriile de vârstă, în limita specialităților medicale existente in 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; Pneumologie pediatrică; Psihiatrie pediatrică; Chirurgie pediatrică; Ortopedie pediatrică; Endocrinologie pediatrică; Oncologie pediatrică;Radioterapie pediatrică, Reumatologie pediatrică; cardiologie pediatrică; genetică**

c) Facilitează analiza principalelor modificări comportamentale induse pacienților de boala somatică;

d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o 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);
- o timp prelungit pentru stabilirea conduitei terapeutice și prelungirea duratei de spitalizare;
- o confuzie care poate duce la E.A.A.A.M., inclusiv decesul pacientului.

Art. 234. –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. complianță scăzută la tratament,
iv. autoagresiune,
v. ideație 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 C.G. și va anunța verbal psihologul/asistentul social, 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 (ideație 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 sa fie aduse la cunoștința medicului currant, 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. Excepţie de la obţinerea acordului scris pot fi situaţiile în care pacientul prezintă anumite particularităţi psihocomportamentale care atrag după sine o comunicare dificilă şi pun în pericol propria integritate şi/sau a terţilor. În acest caz se face asistenţă psihologică fără obţinerea acordului scris şi/sau verbal în prezenţa medicului curant.

v. În situaţia în care starea pacientului depăşeşte competenţa psihologului se redirecţionează cazul spre medicul psihiatru.

vi. Evaluarea/asistenţa psihologică a pacientului se realizează de către psiholog asigurându-se dreptul la intimitate, respectarea confidențialiîții datelor și informațiilor cu caracter personal.

f) În evaluarea/asistenţa psihologică realizată psihologul va lua în considerare situaţia 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 (traiul pacientului în comunități defavorizate, persoane instituționalizate, apartenența pacientului la anumite comunități religioase)

g) În urma evaluării/asistenței psihologică realizată psihologul elaborează un răspuns aferent fiecărei şedinţe de evaluare psihologică care se înscrie în "*Raportul de psihodiagnostic şi evaluare clinică*" (conform modelului prevăzut în **Anexa nr. 9 la prezentul Regulament**) care se ataşează la FOCG/FSZ/Fişă urgență alături de semnătura și parafa psihologului evaluator.

h) Asistenţa psihologică în cadrul Spitalului se realizează pe 3 (trei) paliere după cum urmează:

i. Asistenţă psihologică desfăşurată în una sau mai multe şedinţe,

ii. Asistenţă psihologică asociată cu evaluare şi tratament psihiatric oferite de medicul psihiatru din Spital,

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 recomandările înscrise de psiholog în "*Raportul de psihodiagnostic şi evaluare clinică*" vor fi avute în vedere de către medicul curant în realizarea planului de management al cazurilor cu particularităţi psihocomportamentale şi socioeconomice.

j) 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 şi evaluare clinică*" eventuale recomandări pentru asigurarea continuității asistenței psihologice pentru toți pacienții, după externare.

k) Semestrial psihologii din cadrul Spitalului vor înainta într-o primă etapă Consiliului medical o "*Analiză semestrială a cazurilor cu particularităţi psihocomportamentale şi socioeconomice*" iar eventualele propuneri de măsuri adoptate în consecinţă 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 şi propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.

Art. 235. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) numărul de E.A.A.A.M. în ultimul an calendaristic cauzate de erori de preluare şi rezolvare a cazurilor cu particularităţi psihocomportamentale şi socio-economice;

b) numărul de solicitări scrise în FOCG/FSZ/Fişă urgență ale medicilor curanți prin care aceştia semnalează fiecare dintre cazurile cu particularităţi psihocomportamentale şi socioeconomice, în raport de numărul de astfel de cazuri preluate efectiv de către psihologi în ultimul an calendaristic.

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

Art. 236. – 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 asigură confidențialitatea, integritatea și securitatea documentelor, informațiilor și înregistrărilor medicale;

b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- Incidente de securitate care privesc compromiterea deteriorarea, copierea sau alterarea datelor medicale cu caracter personal ale pacienților.

Art. 237. –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 C.G. Secția Obstetrică-ginecologie și Pediatrie, prin CPU în cazul Secției Medicină internă, secția Chirurgie, Compartiment Boli infecțioase (in intervalul orar 08: 00-20:00), sau cu bilet de trimitere emis de către medicul specialist din Ambulatoriu conform programării, situație în care se emite o F.O.C.G. sau F.S.Z, după caz. În această situație accesul la respectivele documente medicale îl au, după caz – în funcție de compartimentul în care se emit respectivele documente medicale, medicul de gardă din C.P.U/C.G., medicul curant și asistenții medicali din C.P.U./C.G. sau secție care realizează triajul precum și care acordă îngrijiri după caz. În această situație accesul la F.O.C.G. se limitează la completarea datelor inițiale necesare internării propriu-zise a pacienților în cadrul Spitalului.

b) În situația prezentării în urgență a pacienților în cadrul CPU sau CG se emite o Fișă de urgență la care are acces medicul de gardă, asistenții medicali din CP.U./C.G. care realizează triajul precum și care acordă îngrijiri după caz, precum și medicii care realizează consulturile interdisciplinare. În această situație accesul la Fișa de urgență CPU/C.G. 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 de urgență din CPU/C.G.. precum și celelalte documente medicale cu care se prezintă pacienții în CPU/C.G. 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 din cadrul fiecărei structuri medicale. Respectivul personal răspunde de integritatea documentelor medicale care sunt eliberate de către S.E.S.M./C.G. pe timpul însoțirii pacienților din S.E.S.M./C.G. 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 șefe sau medicului curant al pacientului. Respectivele 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, F.O.C.G.-urile /F.S.Z.-urile 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. 9.38. "*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. 9.10 "*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. 9.53 "*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. Infirmieri – completează după caz date din planul de mobilizare a pacientului;

x. Registratori medicali - culeg din F.O.C.G./F.S.Z 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 interdiciplinare 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. Respectivele documente 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. 9.42. "*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. 9.93. "*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 adeverințelor și duplicatelor documentelor, inclusiv a celor medicale se realizează potrivit pct. 9.94. "*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*" din prezentul Regulament.

Art. 238. 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;

b) Număr de amenzi administrative primite pentru nonconformitate din partea autorităților de supraveghere.

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

Art. 239. –Reglementarea modalității de asigurare a continuității îngrijirilor prin servicii de recuperare/reabilitare, în funcție de patologii are ca principale scopuri:

a) Asigurarea condiţii pentru accesul pacientului la serviciile de recuperare/reabilitare necesare, în funcţie 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. 240. – **(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://spital-ludus.ro/informatiipacienti-ingrijire pacienti-post-spitalizare/) 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 Biroului 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 cu 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 acesteia în cadrul ședinței Consiliului medical cât și la raportul de gardă astfel încât întreg personalul medico-sanitar să ia act 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 Spital, 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 directorui medical

– se va aduce la cunoştinţa personalului medico-sanitar din cadrul Spitalului, acesta având obligaţia de a aplica, atunci când situaţia o impune, prevederile respectivelor contracte/protocoale de colaborare.

Art. 241. Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) Numărul organizaţiilor identificate care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu şi/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului şi care fac obiectul informării pacienţilor care se externează din Spital.

b) Numărul de contracte/protocoale de colaborare în vigoare cu organizaţii care prestează servicii de recuperare / reabilitare, îngrijiri la domiciliu şi/sau paliative aflate în aria de acoperire a spitalului.

9.56. Reglementarea modalităţii de colectare a datelor pentru a evita redundanţele şi erorile de înregistrare

Art. 242. –Reglementarea procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanţele şi erorile de înregistrare are ca principale scopuri:

a) Stabileşte datele medicale necesar a fi culese consemnate şi monitorizate pe întreaga durată a internării

b) Înregistrarea corectă, completă, în timp real a datelor medicale.

c) Evitarea redundanţelor.

d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- apariţia diferenţelor între datele înregistrate şi cele reale.

Art. 243. – Etapele procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanţele şi erorile de înregistrare presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

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 protecţia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal şi libera circulaţie a acestor date.

b) Colectarea datelor medicale şi completarea acestora în documentele medicale pe întreaga durată a internării pacienţilor în Spital se desfăşoară în conformitate cu prevederile *O.M.S. nr. 1.782/2006 privind înregistrarea şi raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare continuă şi spitalizare de zi.*

c) Colectarea informaţiilor în **format electronic** se efectuează începând cu internarea pacientului până la consemnarea rezultatelor investigaţiilor medicale. Înregistrarea datelor în format electronic se realizează astfel:

- În C.G./C.P.U., pentru a înregistra urgenţa - datele de identificare ale pacienţilor
- Pentru internarea continuă - setul minim de date din F.O.C.G.
- Pentru internarea de zi - datele de identificare ale pacienţilor se introduc în F.S.Z.
- Pentru consultaţiile în ambulatoriul integrat - datele de identificare ale pacienţilor

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 pacienţii internaţi F.O.C.G. se întocmeşte. 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 secţiei
- Numărul foii de observaţie clinică generală
- Codul de identificare a pacientului - CID
- Codul situaţiei speciale (suspiciune de accident de muncă, suspiciune de boală profesională, accident rutier, vătămare corporală)
- Structura prin care se realizează internarea pacientului
- Sexul
- Data naşterii
- Judeţul de domiciliu al pacientului
- Localitatea de domiciliu al pacientului

- Cetăţenia
- Ocupaţia
- Nivelul de instruire
- Statut asigurat
- Tipul asigurării de sănătate
- Nr. card european
- Nr. paşaport
- Nr. card naţional
- 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 informaţiile menţionate sus-menţionate se listează şi însoţesc pacientul pe secţia unde acesta se internează.

f) Ulterior toate informaţiile din F.O..C.G. se completează în **format scris** pe suport hârtie, respectiv:

- În situaţia internării pacientului în afara orelor de program, diagnosticul la internare este cel al medicului din linia de gardă aferentă fiecărei secţii şi este semnat şi 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 şi 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 şi complicaţii.
- Anamneza şi istoricul bolii va cuprinde pe subcapitole tot ce cunoaşte pacientul despre antecedentele familiale, personale şi boala care a necesitat spitalizarea. Se consemnează de medicul curant.
- Investigaţiile şi procedurile efectuate pe perioada spitalizării (explorări funcţionale, investigaţii radiologice, intervenţii chirurgicale) se vor înregistra codificat, specificându-se şi numărul acestora, la nivelul serviciilor de profil.Procedurile medicale se codifică conform Listei tabelare a procedurilor din Clasificarea Internaţională a Maladiilor, varianta australiană, CIM-10-AM v.3.Investigaţiile de laborator se codifică conform Nomenclatorului investigaţiilor de laborator.Explorările funcţionale şi investigaţiile radiologice se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări funcţionale şi radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente şi separat numărul de explorări şi investigaţiiÎn situaţia că există posibilitatea tehnică necesară, de la caz la caz, rezultatele investigaţiilor de laborator/paraclinice şi buletinele de analiză/examinare transmise de către serviciile paraclinice în format electronic, se printează şi şi se introduc în F.O.C.G./F.S.Z/Fişa urgenţă. Pe aceste rezultate/buletine de analize se va înscrie numărul documentului medical de internare a pacientului numai pentru situaţia că acesta nu este înscris în format electronic.
- Susţinerea diagnosticului şi tratamentului, epicriza şi recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant.
- Evoluţia şi 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 şefe de secţie în momentul venirii şi plecării pacientului dintr-o secţie în alta – secţia menţionând data şi ora. Medicul curant verifică informaţiile şi validează prin semnătură şi 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 legatură cu actul medical pe parcursul spitalizării se consemnează în F.O.C.G. şi se anunţă medicul şef de secţie.

g) Planul de îngrijiri se iniţiază în format hârtie, de către asistentul medical de salon în ziua internării şi se completează pe toată durata internării pacientului de către toţi asistenţii medicali care acordă îngrijiri respectivului pacient.

h) Asistentul medical şef de secţie verifică, prin sondaj, completitudinea şi 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 medicalăin format electronocş, certificat medical, certificat constatator al morţii-se completează olograf, după caz), de catre medicul curant din secţia de profil. Acestea se verifică şi validează prin semnătură de medicul şef de secţie sau persoana deasemnată de către acesta.

j) Medicul şef de secţie sau persoana desemnată de către acesta are obligaţia de a verifica toate F.O.C.G. - urile pacienţilor internaţi în secţie, cel puţin la internarea şi externarea acestora.

k) La nivelul Spitalului, semestrial, de regulă pe parcursul lunilor martie si septembrie, directorul medical prezinta Consiliului medical analiza completarii corecte si complete a datelor din documentele medicale in baza rapoartelor informative ale sefilor de sectie sau a persoanelor desemnate cu verificarea F.O.C.G. cel puţin la internare şi externare. Respectiva analiză se va constitui ca anexă la un raport de analiză ce cuprinde concluziile privind analiza datelor şi propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind analiza datelor.

l) La nivelul Spitalului, semestrial, de regulă în luna martie şi septembrie, şeful B.M.C.S.M. prezintă Consiliului medical informări privind corectitudinea completării prin sondaj a documentelor medicale (F.O.C.G., bilet de externare, trimitere etc).

m) Cele doua analize prevazute la lit.k) si l) pot fi intocmite in comun prin colaborarea dintre directorul medical şi personalul din cadrul B.M.C.S.M.

Art. 244. Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate ai procesului de colectare a datelor pentru a evita redundanţele şi erorile de înregistrare sunt următorii:

a) Procent F.O.C.G. completate conform cerinţelor legale din total nr F.O.C.G. analizate.
b) Procent F.S.Z. completate conform cerinţelor legale din total nr F.S.Z. analizate.
c) Procent situaţii de redundanţe apărute în procesul de colecate şi înregistrare date din total nr F.O.C.G./ F.S.Z. analizate
d) Procent Plan îngrijire adult anexa la F.O.C.G./F.S.Z. completat conform reglementărilor interne din totalul Planurilor îngrijire adult anexe la F.O.C.G./F.S.Z. analizate.

9.57. Reglementarea modalităţii de obţinere a consimţământului informat

Art. 245. –Reglementarea procesului de obţinere a consimţământului informat are ca principale scopuri:

a) Se asigură dreptul pacientului instituit prin legislaţia incidentă în vigoare de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervenţiilor medicale propuse, a riscurilor potenţiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului şi nerespectării recomandărilor medicale, precum şi cu privire la date despre diagnostic si prognostic.

b) Se asigură dreptul pacientului instituit prin legislaţia incidentă în vigoare de a refuza sau să oprească o intervenţie medicală asumându-şi, în scris, răspunderea pentru decizia sa.

c) Se face dovada preocupării personalului medico-sanitar de a identifica, evaluea şi trata riscul infecţios al activităţilor de asistenţă medicală.

d) Se asigură posibilitatea luării de măsuri pentru diminuarea efectelor vulnerabilităţilor identificate, referitoare la obţinerea consimţământului 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. 246. –Etapele procesului de obţinere a consimţământului informat presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) În cadrul Spitalului personalul medico-sanitar are obligaţia de a informa pacientul cu privire la următoarele:

i. serviciile medicale disponibile şi modul de acces la acestea;
ii. identitatea şi statutul profesional al salariaţilor din cadrul unităţii sanitare;
iii. regulile pe care trebuie să le respecte pe durata internării;
iv. starea de sănătate;
v. intervenţiile medicale propuse;
vi. riscurile potenţiale ale fiecărei proceduri care urmează a fi aplicată;
vii. alternativele existente la procedurile propuse;
viii. date disponibile rezultate din cercetări ştiinţifice şi activităţi de inovare tehnologică referitoare la diagnosticul şi tratamentul afecţiunii pacientului;
ix. consecinţele neefectuării tratamentului şi ale nerespectării recomandărilor medicale;
x. diagnosticul stabilit şi prognosticul afecţiunilor diagnosticate

b) Pentru a fi supus la metode de prevenţie, diagnostic şi tratament, cu potenţial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către medic, asistent medical/moaşă, pacientului i se solicită acordul scris. Consimţământul pacientului informat este condiţie obligatorie şi pentru recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul pacientului.

c) Medicii/asistenţii medicali/infirmierele care urmează să realizeze actul medical vor obţine 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 şi a furnizorului de produse şi servicii medicale, sanitare şi farmaceutice» din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii.* Identitatea şi statutul profesional al întregului personalul medical implicat în efectuarea actului medical sunt precizate pacientului şi menţionate în tabelul cu personalul medical care îngrijeste pacientul", cuprins în "*Tabelul cu personalul medical care îngrijeşte pacientul . . . . . (numele şi prenumele pacientului)*" poziţionat la finalul formularului "*Acordul Pacientului Informat*".

d) "*Acordul Pacientului Informat*" se va obţine înainte de realizarea actului medical cu potenţial de risc şi necesită parcurgerea următoarelor etape:

i. <u>Stabilirea competenţei pacientului/reprezentantului legal pentru semnarea formularului "*Acordul Pacientului Informat*" presupune:</u>
   - În cazul pacientului minor, acordul scris se va obţine 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 înţeleg, în ordine, ascendenţii şi rudele majore care însoţesc 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 obţine de la reprezentantul legal desemnat.
   - În cazul pacientului major cu care medicul/asistentul medical/moaşa nu poate comunica în mod eficient, din pricina condiţiei medicale a pacientului la momentul la care este necesară exprimarea consimţământului, acordul scris se poate obţine de la soţul/soţia sau ruda majoră cea mai apropiată a pacientului. Prin ruda cea mai apropiată se înţeleg, în ordine, părintele, descendentul, rudele în linie colaterală până la al patrulea grad inclusiv.
   - Conform art.661 alin. (1) din *Legea nr.95/2006 (r1) privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare*, vârsta legală pentru exprimarea consimţământului informat este de 18 ani. Minorii îşi pot exprima consimţământul în absenţa părinţilor sau reprezentantului legal, în următoarele cazuri:
     - situaţii de urgenţă, când părinţii sau reprezentantul legal nu pot fi contactaţi, iar minorul are discernământul necesar pentru a înţelege situaţia medicală în care se află; În această situaţie, spitalul recomandă aplicarea prevederilor pct. 9.14 din prezentul Regulament intern respectiv, întocmirea *„Raportului privind asistenţa medicală acordată în situaţii de urgenţă".*
     - situaţii medicale legate de diagnosticul şi/sau tratamentul problemelor sexuale şi reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani.

ii. <u>Informarea pacientului presupune:</u>
   - În obţinerea acordului scris al pacientului, medicul, asistentul medical/moaşa sunt datori să prezinte pacientului informaţii la un nivel ştiinţific 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, 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. 9.58 *"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. 9.42. "*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. 9.41. "*Situații în care nu se comunică pacientului informațiile despre starea sa de sănătate*" din prezentul Regulament.

Art.247.- Vulnerabiliățile 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/aparținătorului 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 toare răspunsurile ulterioare menționate de către pacient nu pot fi asociate actului medical;

e) participarea unei echipe medicale la intervenție și nesemnarea 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. 248. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu medicul de familie în vederea continuității sunt următorii:

a) Număr F.O.C.G. fără "*Acordul Pacientului Informat*", auditate în cadrul auditului clinic intern, per număr 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) Număr personal medical evaluat cu privire la modalitatea de obținere a consimțământului informat per număr total de personal medical.

d) Număr de reclamații care au ca obiect obținerea consimțământului informat al pacientului, în ultimul an calendaristic, raportat la număr de pacienți externați din spital.

9.58. Modalitatea de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente

Art. 249. –Reglementarea procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente are ca principale scopuri:

a) Informarea pacientului asupra riscurilor consecutive refuzului tratamentului;

b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- agravarea stării de sănătate a pacientului / deces.

Art. 250. –Etapele procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Medicul curant, medicul din C.G./C.P.U., medicul din Compartimentele A.T.I., medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, aduce la cunoştinţa pacientului, într-o modalitate cît mai accesibilă, toate informaţiile legate de tratament, proceduri şi medicaţie; acest lucru se realizează din prima zi de internare, în cel mai scurt timp posibil după internarea pacientului;

b) În urma aducerii la cunoştinţă a tuturor informaţiilor 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 C.G./C.P.U., medicul din Compartimentele 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 sanătății*, 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 situaţie, medicul curant, medicul din C.G./C.P.U., medicul din Compartimentele A.T.I., medicul din Ambulatoriu sau asistentul medical, după caz, va consemna în FOCG/FSZ/Fișa C.P.U/documentele medicale refuzul motivat/nemotivat al pacientului legat de tratamentul propus.

f) Nu în ultimă instanță medicul curant, medicul din C.G./C.P.U., medicul din Compartimentele 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/paliație în care acesta poate fi tratat.

Art. 251. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de abordare a pacienților care refuză investigații/tratamente sunt următorii:

a) Număr de pacienți care declară pe formularul "*Acordul pacientului informat*" că au înteles toate informațiile furnizate de către medic/asistentul medical (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*", din total pacienți internați în aceeași perioadă de referință.

9.59. Utilizarea chestionarului de satisfacţie a angajatului

Art. 252. –Reglementarea procesului de utilizare a chestionarului de satisfacţie a angajatului are ca principale scopuri:

a) Asigură adoptarea de către conducerea spitalului a unei politici de personal care să motiveze angajaţii şi să determine îmbunătăţirea calităţii, în raport cu răspunsurile şi propunerile formulate de către angajaţi pe chestionarele de satisfacţie;

b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- o lipsa de transparență decizională;
- o necunoașterea nemulțumirilor / nevoilor angajaților;
- o decizii eronate ale conducerii.

Art. 253. –Etapele procesului de utilizare a chestionarului de satisfacţie a angajatului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Formularele de „*Chestionar de satisfacţie a angajatului*" se întocmesc de către structura de resurse umane urmărindu-se în permanenţă respectarea următoarelor cerinţe:

i. În mod obligatoriu chestionarul de evaluare a satisfacţiei angajaţilor va cuprinde întrebări despre percepţia calităţii vieţii profesionale a angajaţilor, îndeosebi în raport cu munca prestată, în contextul în care aceasta este determinată/influenţată de următorii factori:
- o Perpectivele de a avansa în carieră
- o Siguranţa locului de muncă
- o Securitatea la locul de muncă
- o Posibilităţile de instruire/formare profesională suplimentară
- o Relaţiile şi interacţiunile de la locul de muncă

ii. Chestionarul de satisfacţie al angajaţilor cuprinde întrebări privind comunicarea dintre aceştia, atât în plan orizontal cât şi în plan vertical;

iii. Modalitatea de aplicare a chestionarului de satisfacţie a angajatului va asigura anonimatul acestuia;

iv. Chestionarul va cuprinde indicaţii clare, existente în preambulul acestuia, privind locul de depunere a chestionarului de satisfacţie a angajaţilor completat.

b) Actualizarea formularelor de „*Chestionar de satisfacţie a angajatului*" se realizează de către structura de resurse umane, de regulă, în situaţia în care se decide de către conducerea spitalului focusarea pe anumite problematici importante în care feed-back-ul din partea angajaţilor este relevant pentru luarea unor decizii.

c) Formularele de „*Chestionar de satisfacţie a angajatului*" sunt distribuite de către structura de resurse umane – prin şefii de microstructuri - unui număr cât mai mare de angajaţi,anual, de regulă în prima decadă lunii iunie şi a lunii decembrie. Distribuirea acestora se face în cadrul raportului de gardă, ocazie cu care se face şi instructajul privind modul de completare şi de colectare a acestora.

d) Până la sfârşitul lunii decembrie a fiecărui an calendaristic, formularele de „*Chestionar de satisfacţie a angajatului*" distribuite se vor completa şi se vor introduce în cutia de colectare din fiecare secţie / compartiment sau în cutia de colectare poziţionată la baza scării de acces spre structura de resurse umane dispusă între etajul I şi etajul II al pavilionului spitalului.

e) Centralizarea chestionarelor se va face prin grija personalului responsabil din secţii şi compartimente/şefilor locurilor de muncă, după caz, care vor asigura predarea acestora la structura de resurse umane cel târziu în ultima decadă lunii iunie şi a lunii decembrie a fiecărui an calendaristic.

f) Analizarea, interpretarea şi finalizarea setului de propuneri rezultate din evaluarea răspunsurilor angajaţilor din chestionare se va realiza la nivelul structurii de resurse umane, de regulă-cel târziu până la finele lunii decembrie a fiecărui an calendaristic, întocmind în acest sens „*Analiza chestionarelor de satisfacţie a angajaţilor*" care se va anexa la un raport de analiză care va cuprinde concluziile privind analiza datelor şi propunerile/ recomandările rezultate din concluziile privind respectiva analiză.

g) Managerul spitalului, în raport de concluziile şi propunerile formulate în „*Analiza chestionarelor de satisfacţie a angajaţilor*", poate decide ca respectiva analiză să fie prezentată în şedinţă a Consiliului medical sau/şi a Comitetului director.

h) În mod obligatoriu, "*Analiza chestionarelor de satisfacţie a angajaţilor*" se pune de către structura de resurse umane la dispoziţia reprezentanţilor angajaţilor care, în funcţie de concluziile şi propunerile formulate în respectiva analiză, vor înainta managerului un proces-verbal de şedinţă în care vor formula propriile propuneri. La solicitarea reprezentanţilor angajaţilor, structura de resurse umane este obligată să pună la dispoziţia acestora, în termen de maxim o zi lucrătoare de la formularea cererii, a formularelor de „*Chestionar de satisfacţie a angajatului*" care au fost utilizate la redactarea „*Analizei chestionarelor de satisfacţie a angajaţilor*".

i) Păstrarea formularelor de „*Chestionar de satisfacţie a angajatului*" completate de către angajaţi 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 satisfacţie a angajaţilor*" la care au fost utilizate respectivele chestionare.

Art. 254. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de utilizare a chestionarului de satisfacţie a angajatului este reglementată la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Număr de „*Chestionare de satisfacţie a angajatului*" distribuite în fiecare semestru raportat la existentul de personal al spitalului.

b) Număr de „*Chestionare de satisfacţie a angajatului*" completate în fiecare semestru raportat la numărul de „*Chestionare de satisfacţie a angajatului*" distribuite, precum şi la existentul de personal al spitalului.

c) Număr de propuneri formulate în "*Analiza chestionarelor de satisfacţie a angajaţilor*" pentru care au fost asigurate resursele necesare punerii în execuţie în ultimul an calendaristic.

9.60. Determinarea gradului mediu de dependenţă a pacienţilor internaţi prin utilizarea scorurilor de dependenţă specifice fiecărei specialităţi

Art. 255. - Reglementarea modului de determinare a gradului mediu de dependenţă a pacienţilor internaţi prin utilizarea scorurilor de dependenţă specifice fiecărei specialităţi are ca principale scopuri:

a) Permite culegerea de date în scopul identificării problemelor de îngrijire/diagnosticelor de îngrijire actuale sau potenţiale ale pacientului, adică determinarea statusului de sănătate al acestuia.

b) Asigură o evaluare şi îngrijire personalizată a pacienţilor.

c) Asigură o repartizare corectă a personalului medical şi a personalului de îngrijire în funcţie de gradul mediu de dependenţă al pacienţilor de pe secţii/compartimente.

d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o necunoaşterea statusului de sănătate al pacientului;
- o repartizarea personalului medico-sanitar fără a ţine cont de nevoile pacientului;
- o producerea de EAAAM;
- o agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art. 256. –Etapele procesului de determinare a gradului mediu de dependenţă a pacienţilor internaţi prin utilizarea scorurilor de dependenţă specifice fiecărei specialităţi, presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) În prima zi de internare, asistentul medical de tură, care preia pacientul în îngrijire, notează în "*Planul de ingrijire al pacientului*", gradul de dependenţă calculat prin însumarea scorurilor de dependenţă la internare pentru fiecare nevoie a pacientului, obţinut în urma anamnezei primare. Scorul de dependenţă la internare se va calcula o singură dată. Scorul de dependenţă la internare va fi înregistrat şi în „*Situaţia îngrijirilor la externare*"

b) Scorul de dependenţă din ultima zi de internare va constitui scorul de dependenţă la externare şi este calculat de asistentul medical de salon aflat pe tură prin însumarea scorurilor de dependenţă din ultima zi de internare pentru fiecare nevoie a pacientului. Scorul de dependenţă la externare va fi înregistrat şi în „*Situaţia îngrijirilor la externare*".

c) Lunar asistentele şefe de pe fiecare secţie vor determina gradul mediu de dependenţă al pacienţilor internaţi în regim de spitalizare continuă atât pentru secţiile de acuţi cât şi pentru secţiile în care se întocmesc FOCG pentru îngrijiri de tip cronic sau de recuperare de cronici menţionate de prevederile *art. 3 alin. (6) din OMS nr. 1782/ 2006 privind inregistrarea si raportarea statistica a pacientilor care primesc servicii medicale in regim de spitalizare continua si spitalizare de zi*, astfel:

- o vor centraliza pentru pacienţii externaţi din secţie/compartiment din „*Situaţia îngrijirilor la externare*" următoarele informatii:
  - ➢ numărul FOCG
  - ➢ gradul de dependenţă obţinut prin însumarea scorurilor total de dependenţă la internare

- gradul de dependență obținut prin însumarea scorului total de dependență la externare.

- 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. 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, pentru fiecare specialitate, se determină prin însumarea tuturor gradelor de dependență la externare 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*" pentru fiecare specialitate medicală.

d) 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 externați din secție/compartiment, spitalizați în regim de internare de zi, din „*Situația îngrijirilor la externare*" următoarele informatii:
  - 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.

e) 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.

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:

g) Corelația între cele trei categorii de îngrijire din tabelul de mai sus și cele 14 nevoi de îngrijire utilizate în "*Planul de ingrijire al pacientului*" adoptat la nivelul spitalului, este următoarea:

Elemente ale intervenţiei asistentei medicale în funcţie de următoarele grade de dependenţă			
I	II	III	IV
Independenţă	**Dependenţă moderată**	**Dependenţă majoră**	**Dependenţă totală**
Autonomie	Lipsa forţei fizice Lipsa voinţei Lipsa cunoştinţelor Probleme psihice Mediu defavorabil	Existenţa mai multor surse de dificultate	Existenţa mai multor surse de dificultate
Proceduri pentru menţinerea sănătăţii	Ajutor parţial	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 EDUCAȚIONALE 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 INGRIJIRI**			
Max 25 minute/24h/pacient	Max 100 minute/24h/pacient	Max 250 minute/24h/pacient	Max 500 minute/24h/pacient

- 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 şi a avea o bună circulaţie
  - Nevoia de a se alimenta şi hidrata
  - Nevoia de a elimina
  - Nevoia de a se mişca şi a avea o bună postură
  - Nevoia de a dormi şi a se odihni
  - Nevoia de a se îmbrăca şi dezbrăca
  - Nevoia de a menţine temperatura corpului în limite normale
  - Nevoia de a fi curat, îngrijit şi a proteja tegumentele şi mucoasele
- ÎNGRIJIREA TEHNICĂ (îngrijiri acordate de către personalul sanitar mediu și auxiliar în contextul unor intervenții delegate și sau sub supravegrerea medicului) corespunde următoarelor nevoi fundamentale care se regăsesc şi pentru îngrijirea de bază:
  - Nevoia de a respira şi a avea o bună circulaţie
  - Nevoia de a se alimenta şi hidrata
  - Nevoia de a elimina

- ÎNGRIJIREA ÎN RELAȚII EDUCAȚIONALE 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

h) 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.

i) Delegarea de personal mediu și/sau auxiliar între compartimente/secții medicale se realizează cu repectarea prevederilor art. 295 lit. d) – m) (pct. 9.61."*Distribuirea personalului mediu între secții/compartimente în funcție de nevoile imediate de îngrijire, ținând cont de competențele profesionale*" din prezentul Regulament).

Art. 257. - 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 din total 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.

c)Număr 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.

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

Art. 258. –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. 259. –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 asmănător (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 reprezentații 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 gradul 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. 260. 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) 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 din total distribuiri efectuate;

b) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor referitoare la imposibilitatea internării în spital din lipsă de personal mediu, în ultimul an calendaristic.

c) Numărul de reclamații ale pacienților/aparținătorilor referitoare la insuficiența îngrijirilor efectuate datorate numărului redus de personal mediu, în ultimul an calendaristic.

d) Număr de evenimente asociate asistenței medicale declarate în ultimul an calendaristic în care au fost menționate printre cauzele generatoare insuficiența de personal mediu în cadrul structurilor medicale.

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

Art. 261. – 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 eficiență a C.G./C.P.U. 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. 262. – 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) Anual, compartimentul juridic din cadrul S.O. Luduș încheie un acord de colaborare sau un act adițional la acordul de colaborare existent cu Spitalul Judeten Tg.Mures, 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 interclinic[10] al pacienților. După caz, anual S.O. Luduș 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.O. Luduș sau că există patologie neacoperită 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 C.G./C.P.U., personalul acestora având obligația legală de a respecta cele stabilite prin acord/acorduri.

---

[10] transfer interclinic - transferul unui pacient intre două unități sanitare, din care unitatea sanitară care primește pacientul este de un nivel de competență și/sau dotare mai mare decat unitatea sanitara care trimite pacientul

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 C.G./C.P.U. 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 C.G./C.P.U.

d) Înaintea efectuării transferului interclinic medicii responsabili nominalizați la lit. c) au obligația să evalueze pacientul și să îi asigure tratamentul necesar stabilizării in 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.

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 S.O. Luduș;

iv. determină modalitatea de transfer, prin consultare cu serviciul care efectueaza 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 intreclinic 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 catre medicul care a solicitat transferul și se trimite serviciului de urgență care urmează să efectueze transferul, precum și spitalul care urmeaza 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 înaintea sosirii 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 toata durata transferului, de către S.O. Luduș – 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.O. Luduș.

p) În cadrul S.O. Luduș se asigură accesul personalului medical la un fax funcțional 24 de ore din 24, 7 zile din 7, existent în C.G./C.P.U.. Coordonatorul C.G./C.P.U. 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 C.G./C.P.U., la nivelul C.G./C.P.U. există evidența actualizată permanent a numărului și locației unităților de susținere a funcțiilor vitale disponibile în arealul deservit de către S.O. Luduș.

Art. 263. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) Număr de acorduri de colaborare sau acte adiționale la acorduri de colaborare încheiate în ultimul an calendaristic, 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) Număr de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic în raport cu numărul de pacienți externați din fiecare secție medicală a spitalului.

c) Număr de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic din C.G./C.P.U. în raport cu numărul de pacienți prezentați în C.G./C.P.U.

d) Număr de transferuri interclinice efectuate în ultimul an calendaristic pentru care au fost întocmite Fișe medicale de transfer intreclinic a pacientului critic în raport cu numărul de pacienți transferați interclinic.

9.63. Colaborarea dintre C.G./C.P.U. și serviciile de urgență prespitalicești

Art. 264. –Reglementarea procesului de colaborare dintre C.G./C.P.U. 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:

- agravarea stării de sănătate / decesul pacientului.

Art. 265. – S.O. Luduș colaborează cu următoarele categorii de servicii de urgență prespitalicești:

a) Serviciul Mobil de Urgențe, Reanimare și Descarcerare[11] - scopul acestuia este transferul unui echipaj medical spitalicesc, cu dotarea necesară, la locul unde se află un pacient în 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 Mureș[12] – 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. 266. –Etapele procesului de colaborare dintre C.G./C.P.U. 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. 9.62. "*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. Mureș pot transporta pacienți critici către C.G./C.P.U. al S.O. Luduș la cererea pacientului sau în lipsa acesteia, în ambele situații decizia aparținând medicului de pe ambulanță care apreciază că în cadrul S.O. Luduș 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.O. Luduș încheie un contract de colaborare sau un act adițional la contractul de colaborare existent cu S.A.J. Mureș 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 refcere de stoc;
iv. Transportul personalului medical și a altui personal;
v. Externări asistate în jud. Mureș 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 unității sanitare, sau după caz, a pacientului, situație în care costurile sunt suportate de acesta din urmă.

c) Prin grija juristului, în termen de 5 zile lucrătoare de la data încheierii fiecărui contract de colaborare, acestea va fi multiplicate și distribuite secțiilor, Ambulatoriului integrat și C.G./C.P.U., 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.O. Luduș, respectivele servicii vor preda pacienții (cod „Galben", cod „Verde", cod „Albastru"), după caz, asistentului medical de triaj sau unui medic de gardă din cadrul C.G./C.P.U. 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 C.G./C.P.U. 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 C.G./C.P.U.

f) Medicii din C.G./C.P.U., precum și medicii de gardă din spital nu au dreptul de a reține echipajele servicilor 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 C.G./C.P.U., direct ori prin intermediul dispeceratului, datele clinice despre starea pacientului și tratamentul aplicat acestuia până la momentul respectiv.

---

[11] În continuare: „S.M.U.R.D."
[12] În continuare : „S.A.J." Mures.

h) Personalul C.G./C.P.U. 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 C.G./C.P.U. va informa și personalul Laboratorului de radiologie și imagistică în vederea pregătirii prealabile, 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 C.G./C.P.U. 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, C.G./C.P.U. 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 permananența în C.G./C.P.U. propriu.

l) Structurile medicale din cadrul S.O. Luduș, care din varii motive au nevoie de 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. Mureș. 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.O. Luduș, 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 ambulanțe private spre/dinspre S.O. Luduș, 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.267. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de colaborare dintre camera de gardă și serviciile de urgență prespitalicești sunt următorii:

a) Intervalul mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la efectuarea triajului.
b) Intervalul mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primul consult de specialitate.
c) Intervalul mediu de timp de la momentul înregistrării prezentării pacienților la spital până la primele investigații.
d) Numărul de prezentări la UPU/CPU/cameră de gardă per număr de medici UPU/CPU/cameră de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.
e) Număr internări de urgență per număr total internări, pe ultimul an calendaristic încheiat.
f) Număr internări per număr total prezentări în UPU/CPU/camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.
g) Număr pacienți internați prin UPU/CPU/camera de gardă în perioada Luni-Joi inclusiv per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
h) Număr pacienți internați UPU/CPU/camera de gardă în perioada Vineri-Duminică, inclusiv per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
i) Număr pacienți internați în intervalul orar 08:01 - 14:00 per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
j) Număr pacienți consultați interdisciplinar la internare per număr pacienți internați, pe ultimul an calendaristic încheiat.
k) Număr 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) Număr 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) Număr pacienţi internaţi în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr pacienţi internaţi, pe ultimul an calendaristic încheiat.
n) Număr pacienţi transportaţi de Ambulanţă la spital şi internaţi în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr total pacienţi transportaţi de Ambulanţă la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
o) Număr pacienţi transportaţi de SMURD la spital şi internaţi în intervalul orar 14:01 - 22:00 per număr total pacienţi transportaţi de SMURD la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
p) Număr pacienţi internaţi în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienţi internaţi, pe ultimul an calendaristic încheiat.
q) Număr pacienţi transportaţi de Ambulanţă la spital şi internaţi în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienţi transportaţi de Ambulanţă la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
r) Număr pacienţi transportaţi de SMURD la spital şi internaţi în intervalul orar 22:01 - 08:00 per număr total pacienţi transportaţi de SMURD la spital, pe ultimul an calendaristic încheiat.
s) Număr pacienţi internaţi în urgenţă ca urmare a acutizării unei patologii cronice per număr pacienţi internaţi, pe ultimul an calendaristic încheiat.
t) Număr pacienţi transportaţi de Ambulanţă la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.
u) Număr pacienţi transportaţi de SMURD la spital per total prezentări la UPU/CPU, pe ultimul an calendaristic încheiat.
v) Număr pacienţi transportaţi de Ambulanţe private la spital per total prezentări la UPU/CPU/camera de gardă, pe ultimul an calendaristic încheiat.

9.64. Preluarea pacienţilor în structurile de terapie intensivă

Art. 268. –Reglementarea procesului de preluare a pacienţilor în Compartimentele 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 informaţiilor şi responsabilităţilor legate de pacient;

b) Stabilirea la nivelul spitalului a unor reguli de internare/admisie în Compartimentele A.T.I.;

c)Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- agravarea stării de sănătate / decesul pacientului neadmis în Compartimentele A.T.I.
- acuzaţii de malpraxis în situaţia medicilor care nu aplică criterii clinice de prioritizare la admiterea pacienţilor în ATI.

Art. 269. –Etapele procesului de preluare/admisie a pacienţilor în Compartimentele A.T.I. a S.O. Luduş presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Preluarea şi internarea/admisia pacienţilor din secţii non-A.T.I. în Compartimentele A.T.I. a S.O. Luduş se realizează în baza următoarelor criterii de internare/admisie:

i. Criterii de prioritate

Prioritatea 1: Pacienţii critici instabili care necesită tratament şi/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: insuficienţa respiratorie acută sau pacienţi în postoperator care necesită suport ventilator mecanic şi pacienţii cu instabilitate hemodinamică sau şoc care necesită monitorizare invazivă şi/sau tratament cu medicamente vasoactive). Sub rezerva limitei de competenta a structurilor ATI.

Prioritatea 2: pacienţii care necesită monitorizare intensivă şi potenţial care au nevoie de intervenţie terapeutică imediată (de exemplu: pacienţi cu comorbidităţi cronice care dezvoltă o suferinţă 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 (e 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 necesita ulterior terapie intensivă;
- stări postoprire cardiacă;
- tamponada cardiacă sau constricție cu instabilitate hemodinamică;
- anevrisme 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 iminențăa 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 epilecticus;

- 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 hepatica fulminantă;
- pancreatita acută severă;
- perforație esofagiană cu sau fară 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. <u>Criteriul: Parametrii obiectivi</u>

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;

- orice pacient pe care medicul îl consideră a nu fi în siguranță altundeva decât în Compartimentele A.T.I.

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 acuta 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 substante 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 congestiva;
- 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 suprafață corporeală;
- anurie;
- obstrucție de căi respiratorii;
- comă;
- convulsii susținute;
- cianoză;
- tamponadă cardiacă.

b) În cazul în care numărul potențialilor beneficiari de terapie intensiva 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 șefiilor Compartimentelor 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) Situațiile de conflict de opinii vor fi analizate de către Consiliul etic al S.O. Luduș.

e) Predarea pacienților din Compartimentele 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.I*" 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. 270. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de preluare a pacienților în Compartimentele A.T.I. sunt următorii:

a) Număr de ședințe ale Consiliului etic al spitalului care au ca subiect conflictul de opinii în legătură cu criteriile de preluare a pacienților în Compartimentele A.T.I., în ultimul an calendaristic;

b) Număr de reclamații ale pacienților și /sau aparținătorilor ca urmare a agravării stării de sănătate/decesul unor pacienți care nu au fost admiși în Compartimentele A.T.I. prin aplicarea criteriilor clinice de prioritizare în ultimul an calendaristic;

c) Număr de situații de malpraxis în situația medicilor care nu aplică criterii clinice de prioritizare la admisia pacienților în Compartimentele A.T.I., ;

d) Număr de evenimente în mass-media care s-au concretizat în deficit de imagine a S.O. Luduș determinate de reclamații ale pacienților și /sau aparținătorilor ca urmare a agravării stării de sănătate/decesul unor pacienți care nu au fost admiși în Compartimentele A.T.I. prin aplicarea criteriilor clinice de prioritizare în ultimul an calendaristic.

9.65. Accesul și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentelor A.T.I.

Art. 271. – Reglementarea accesului și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentelor A.T.I. are ca principale scopuri:

a) Stabilește măsurile de prevenire a I.A.A.M. pentru personalul din cadrul Compartimentelor A.T.I. care asigură asistență medicală de specialitate pacienților infectați cu bacterii multidrog rezistente sau cu afecțiuni cu contagiozitate crecută.

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. 272. – Etapele procesului de acces și regimul vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentelor A.T.I. presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cadrul Compartimentelor A.T.I. se destină în mod obligatoriu, prin grija medicilor coordonatori, 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 medicilor coordonatori din Compartimentele A.T.I. și a responsabililor din cadrul structurii Administrativ a S.O. Luduș, 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 mâinior 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 Compartimentului 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. 273. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a accesului și regimului vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentului A.T.I. sunt următorii:

a) Numărul de instruiri realizate în ultimul an calendaristic specifice procesului de acces, regimului vestimentației și protecției personalului medical în/din spațiul de izolare al Compartimentului A.T.I.

b) Numărul de I.A.A.M. înregistrate în Compartimentele 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.

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.

9.66. Accesul în Compartimentele A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia

Art. 274. –Reglementarea accesului în Compartimentele 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:

- producerea de I.A.A.M.
- agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art. 275. – Accesul în Compartimentele A.T.I. și vizitarea pacienților internați în cadrul acesteia presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Pentru a limita accesul în Compartimentele A.T.I. a S.O. Luduș, 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 Compartimentul A.T.I./Chirurgie se face doar dinspre Secția Chirurgie generală,resopectiv în compartimentul Compartimentele A.T.I Obstetrică –ginecologie se face doar dinspre Secția

obstetrică-ginecologie. În acest sens, uşile respective sunt prevăzute cu sonerii care să permită vizitatorilor să se anunţe inainte să primească autorizaţia să intre în Compartimentele A.T.I.

c) În situaţia nefuncţionării sistemului de acces cu cartele precum şi a soneriei de la uşa de acces, personalul Compartimentele A.T.I. are obligaţia de a solicita remedierea cât mai urgentă a defecţiunilor constatate.

d) În zona de acces a Compartimentului A.T.I., respectiv OG este asigurat un filtru pentru echiparea vizitatorilor/aparţinătorilor, inclusiv a personalului medical din alte secţii. Funcţionarea respectivului filtru şi asigurarea acestuia cu echipament de protecţie adecvat pentru vizitatori/aparţinători, inclusiv pentru personalul medical din alte secţii, este în responsabilitatea asistentului şef de pe secţie.

e) Accesul vizitatorilor/aparţinătorilor în Compartimentele A.T.I. este condiţionată de un triaj epidemiologic care se realizează de către personalul din cadrul respectivei secţii prin completarea registrului privind "*Evidenţa triajului epidemiologic al vizitatorilor/aparţinătorilor în cadrul Secţiei A.T.I.*" (conform indicaţiilor înscrise în acesta) care se află în zona-filtru de acces al Secţiei.

f) Întreg personalul medical din Comapartimentele A.T.I. precum şi din cadrul celorlalte secţii medicale ale S.O. Luduş, are obligaţia de a efectua triajul epidemiologic zilnic, acesta fiind consemnat în registrele special destinate acestui scop care se completează de către asistentele şefe/înlocuitorii desemnaţi ai acestora. Şefii secţiilor medicale din cadrul S.O. Luduş răspund de efectuarea de către asistentele şefe de secţie a triajului zilnic al personalului din subordine şi declararea oricărei suspiciuni de boala transmisibilă către compartimentul de prevenire a infecţiilor asociate asistenţei medicale.

g) Vizitarea pacienţilor în Compartimentele A.T.I. este permisă zilnic doar membrilor familiei, respectiv părinţi, copii, surori/fraţi, cu condiţia ca vizita să se facă individual sau cel mult două persoane. Pe timpul vizitei/prezenţei în Compartimentele A.T.I. aparţinătorii au obligaţia de a avea un comportament civilizat, să vorbească cu un ton scăzut şi să respecte indicaţiile personalului medico-sanitar din secţie. Pe timpul vizitei este interzisă utilizarea telefoanelor mobile, acestea vor fi setate pe modul silenţios.

h) Prin excepţie de la prevederile literei g), în cazul pacienţilor în stare terminală, familia are dreptul de a vizita pacientul indiferent de oră, sau poate solicita prezenţa permanentă lângă acesta a unui singur membru de familie, cu acordul medicului curant şi a medicului coordonator din Compartimentele A.T.I., cu păstrarea conduitei menţionată la litera g).

i) Prin excepţie de la prevederile literei g), în cazul pacienţilor internaţi care au un grad redus de mobilitate din cauza patologiei prezentate şi/sau prezintă tulburări cognitive ce implică risc de agresiune şi/sau autoagresiune (demenţe) accesul unei persoane poate fi permanent cu acordul medicului curant şi a şefului de secţie din Compartimentele A.T.I., cu păstrarea conduitei menţionată la litera g).

j) Durata vizitei pacienţilor în Comaprtimentele A.T.I. este de maxim 15 minute. La finalul intervalului orar de vizită asistenta şefă/înlocuitorul desemnat al acesteia şi/sau asistentul medical de tură va anunţa acest fapt vizitatorilor.

k) În situaţii excepţionale (epidemii, carantină) vizitarea pacienţilor internaţi în cadrul Secţiei A.T.I. va fi strict interzisă, aspect ce se va comunica în timp util pacienţilor internaţi în cadrul secţiei (pentru a exista posibilitatea de comunicare către aparţinători) şi prin afişare la intrarea în secţie precum şi pe site-ul spitalului.

l) În cadrul Compartimentelor A.T.I., cât şi pe site-ul S.O. Luduş, este afişat un număr de telefon prin care se asigură informarea familiei de către medicul curant sau medicul de gardă despre starea şi evoluţia pacientului. Aparţinătorii vor fi informaţi despre acest număr de telefon la internarea sau la transferul pacientului în secţia respectivă, prin grija personalului medico-sanitar din Compartimentele A.T.I. care realizează efectiv transferul.

Art. 276. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de admitere a accesului în Compartimentele A.T.I. şi vizitarea pacienţiilor internaţi în cadrul acesteia sunt următorii:

a) Număr infecţii asociate asistenţei medicale raportate în ultimul an calendaristic datorate neefectuării triajului epidemiologic la intrarea de acces în Compartimentele A.T.I.

b) Număr de reclamaţii ale pacienţilor/vizitatorilor/aparţinătorilor datorate nerespectării programului de vizite al Comapartimentele A.T.I. în ultimul an calendaristic.

9.67. Modul de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română

Art. 277. –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:

- o imposibilitatea/greutatea comunicării cu pacientul.
- o reclamații ale pacienților cauzate de neacordarea unor servicii medicale specifice patologiei.

Art. 278. –Etapele procesului de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La nivelul spitalului este întocmit de către coordonatorul Ambulatoriului integrat un "*Tabel – nominal cu vorbitorii de limbi străine*". Respectivul tabel-nominal conține următoarele informații pentru fiecare din persoanele cunoscătoare de limbi străine: numele și prenumele; funcția; numărul de telefon; limbi străine cunoscute; nivelul de cunoștere al limbii/limbilor străine cunoscute pentru înțelegere, vorbit și scriere (utilizator elementar; utilizator independent; utilizator experimentat);

b) Respectivul tabel se postează într-un director pe serverul spitalului (care se va comunica la raportul de gardă) și se distribuie ca și document de lucru pentru personalul din fiecare dintre liniile de gardă existente în cadrul S.O. Luduș;

c) În timpul programului orar de dimineață, în situația în care se constată că un pacient internat sau prezentat în C.G./C.P.U. are nevoie de un translator, medicul șef de gardă pe spital (anunțat de oricare dintre medicii din liniile de gardă), după caz (funcție de momentul din zi în care apare această necesitate) va lua legătura telefonică cu una dintre persoanele înscrise pe "*Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine*", apelând la aceasta să se prezinte la structura medicală în care se află internat / prezentat pacientul.

d) În afara programului orar de dimineață din zilele lucrătoare, în situația în care se constată că un pacient internat sau prezentat în C.G./C.P.U. are nevoie de un translator, medicul șef de gardă pe spital (anunțat de oricare dintre medicii din liniile de gardă) vor solicita aprobarea managerului de a lua legătura telefonică cu una dintre persoanele înscrise pe "*Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine*" și de a-i solicita să se prezinte la structura medicală în care se află internat pacientul.

e) Indiferent de momentul zilei în care se constată necesitatea chemării la program a uneia dintre persoanele înscrise pe "Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine" medicul șef de gardă pe spital vor solicita prezentarea la spital a uneia dintre persoanele înscrise pe "Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine" luând în considerare următoarele criterii de prioritizare:

i. Existența la programul orar a respectivei persoane;
ii. Se va verifica dacă aceasta se află în spitalla domiciliu sau dacă beneficiază de concediu de odihnă, recuperări, învoiri, etc;
iii. Diagnosticul prezumtiv al pacientului, pentru a identifica specialitatea medicală căreia i se adresează patologia pacientului pentru care este necesar să se asigure translația;
iv. Profesia / funcția pe care este încadrată persoana înscrisă pe "*Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine*". Ordinea în care se va apela la serviciul de translator va fi: 1. Medic; 2. Asistent medical; 3. Alte profesii;
v. Nivelul de cunoaștere al limbii străine în care este necesar să se facă translația, de către persoanele înscrise pe "*Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine*".

f) Prezentarea la program în afara timpului normal de lucru a persoanei solicitate în vederea efectuării de translație se va consemna în documentele liniei de gardă, urmând ca timpul lucrat peste program (la care se adaugă timpul necesar deplasării de la / la domiciliu la / de la spital) să fie recuperat ulterior de către respectiva persoană la solicitarea acesteia.

g) Personalul structurii de resurse umane are obligația de a actualiza permanent "*Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine*" existent la fiecare dintre liniile de gardă, pe măsura completării

dosarelor personale ale sariaților cu competențe care certifică dobândirea de competențe lingvistice, precum și în situația încadrării funcțiilor vacante de personal.

h) În situaţia în care nu există personal propriu din cadrul S.O. Luduș, cunoscător al limbii străine în care este necesar să se realizeze conversaţia cu pacientul nevorbitor de limbă română sau nivelul de cunoaştere al respectivei limbi străine este insuficient, spitalul va apela la traducători autorizaţi cu care are încheiate contracte de colaborare.

Art. 279. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de comunicare cu pacienții internați, nevorbitori de limba română sunt următorii:

a) Număr de pacienți nevorbitori de limba română pentru care au fost asigurate, în ultimul an calendaristic, servicii de translație de către personalul propriu al S.O. Luduș înscris pe "*Tabelul – nominal cu vorbitorii de limbi străine*".

b) Număr de pacienți nevorbitori de limba română pentru care au fost asigurate, în ultimul an calendaristic, servicii de translație de către traducători autorizați.

c) Număr de reclamații ale pacienților datorate acordării de servicii medicale specifice patologiei de care suferă aceștia cauzate de imposibilitatea transmiterii de către pacient a simptomatologiei acesteia, în ultimul an calendaristic.

9.68. Curățirea și/sau decontaminarea zonelor cu risc de iradiere

Art. 280. – 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. 281. – La nivelul S.O. Luduș următoarele spații se constituie în zone cu risc de iradiere:

- Spaţiul de dispunere al aparatului radiologic DEL-IMS CM

Art. 282. –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.O. Luduș (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 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.O. Luduș, prin structura Administrativ in colaborare cu Biroul Achizitii si contractari 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.O. Luduș, 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 deservesc Laboratorul 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. Curăţirea / decontaminarea aparatelor de face după decuplarea acestora de la reţeaua electrică, ori de câte ori situaţia o impune (de exemplu: s-a vărsat ceva pe aparat sau pe acesta ajung produse biologice de la pacienţi);

iv. Zilnic sau la nevoie (în mod obligatoriu după fiecare pacient cu TBC) se realizează dezinfecţia spaţiilor care se constituie în zone cu risc de iradiere, prin utilizarea lămpilor UV, minim 20 minute;

v. Şorţurile de radioprotecţie utilizate de personalul laboratorului se spală cu apă şi săpun şi se dezinfectează cu soluţii dezinfectante pentru suprafeţe; acestea se menţin întinse pe umeraşe pentru a nu se distruge folia de Pb;

vi. Zilnic, pe timpul curăţeniei, se deschid geamurile pentru aerisire; se curaţă şi se dezinfectează tot mobilierul din cameră cu laveta îmbibată în soluţie de detergent şi dezinfectant. De asemenea se curăţă pavimentele şi se golesc coşurile de gunoi. Lavetele utilizate se limpezesc după ştergerea fiecărui element de mobilier, chiuvete, oglinzi şi exteriorul dispenserelor pentru săpun lichid, dezinfectant. Înainte de reumplere toate dispenserele se curaţă şi se clătesc cu apă fierbinte;

vii. Săptămânal se curăţă şi se dezinfectează uşile, ferestrele, caloriferele şi coşurile de materiale nesterile;

viii. Întreţinerea ustensilelor folosite pentru efectuarea curăţării se face zilnic, după fiecare operaţiune de curăţare şi la sfârşitul zilei de lucru; ustensilele se spală, se curaţă, se dezinfectează şi se usucă (în cazul în care se folosesc la materii organice întâi se realizează dezinfecţia apoi curăţarea).

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 întreţinerea fizică (aspirare praf, verificare).

f) Anual, prin grija şefului laboratorului radiologie şi imagistică medicală se realizează instructaje periodice ale personalul care manevrează produse radioactive, conform planului anual de perfecţionare prin cursuri şi instruiri 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. 283. - 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 şi imagistică medicală în ultimul an calendaristic.

b) Număr de instructaje periodice realizate anual cu personalul care lucreaza in mediu cu radiatii.

9.69. Accesul şi traficul personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive pe perioada desfăşurării activității specifice

Art. 284. – Reglementarea accesului şi traficului personalului sanitar în spațiile unde se execută manevre/intervenții invazive pe perioada desfăşurării activității specifice are ca principale scopuri:

a) Identifică principalele zone cu risc infecţios din cadrul S.O. Luduș și stabileşte măsuri de supraveghere pentru a preveni şi limita infecţiile asociate asistenţei medicale (I.A.A.M);

b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- producerea de I.A.A.M.
- punerea în pericol a vieții pacienților.

Art. 285. – La nivelul S.O. Luduș în următoarele spații se execută manevre/intervenții invazive:

a) Blocul operator

c) Cabinetul de endoscopie

Art. 286. – **(1)** Accesul şi traficul personalului sanitar în blocul operator pe perioada desfăşurării activității specifice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Accesul personalului sanitar în blocul operator se va face numai în ţinuta de bloc operator, astfel cum este aceasta prevăzută la pct. 9.95. "*Utilizarea echipamentului individual de protecţie*" din prezentul Regulament.

b) În zona de filtru a Blocului operator este obligatorie schimbarea ţinutei de spital cu ţinuta de sală.

c) **Este interzis accesul în sălile de operaţii a personalului care nu face parte din echipa de intervenţie, răspunzător de această chestiune fiind şefii fiecărei echipe de intervenţie chirurgicală.**

d) Accesul şi traficul personalului sanitar la nivelul blocului operator este detaliat în Regulamentul de organizare şi funcţionare al blocului operator existent la nivelul S.O. Luduş.

(2) Accesul şi traficul personalului sanitar în laboratorul de radiologie şi imagistică medicală in spaţiile destinate pregătirii pacientului in perioada desfăşurării activităţii specifice presupune derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) În Laboratorul de radiologie şi imagistică medicală nu se delimitează zone supravegheate: toate spaţiile imediat vecine zonei controlate[13] precum şi celelalte spaţii din laborator sunt considerate, de regulă, spaţii publice. Fiecare încăpere din cadrul laboratorului trebuie sa fie utilizată numai conform destinaţiei sale specifice.

b) Prin grija personalului sanitar din cadrul laboratorului uşile camerelor de radiologie şi tomografie se închid în timpul procedurilor şi cu avertizarea luminoasă activă sau afişe de atenţionare dispuse pe acestea, după caz.

c) În raport cu spaţiile în care desfăşoară activitatea în cadrul Laboratorului radiologie şi imagistică medicală, personalul medico-sanitar din cadrul acestuia va utiliza numai echipamentul individual de protecţie autorizat conform prevederilor legale în vigoare, pentru care s-a emis autorizaţie de protecţie radiologică de către Comisia Nationala pentru Controlul Activitatilor Nucleare. Echipamentul individual cu protectie cu plumb, care poate fi şorţ, mănuşi, guler de protecţie pentru tiroidă, ochelari de protecţie, etc., trebuie să respecte specificaţiile tehnice ale producătorului şi standardelor specifice.

d) Accesul personalului medico-anitar în spaţiul din cadrul Laboratorului radiologie şi imagistică medicală unde se pregăteşte pacientul pentru manevre invazive şi în spaţiul unde se desfăşoară efectiv manevre invazive (administrare de substanţă de constrast) se va face numai în ţinuta de lucru: se recomandă în acest sens echipament de spital, mănuşi, mască şi în caz de anticipare de producere de stropi/picături/jeturi cu produse biologice potenţial contaminate, se impune portul ochelarilor de protecţie. **Accesul în încăperile unde se execută manevre invazive este strict interzis în ţinuta de stradă!**

e) În încăperea unde se execută manevre invazive, are acces pe perioada desfăşurării acesteia numai personalul medico-sanitar care execută manevra respectivă. **Accesul oricărei altei persoane este strict interzis!**

(3) Accesul şi traficul personalului sanitar în cabinetul de endoscopie pe perioada desfăşurării activităţii specifice presupune derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Prin grija medicului din cadrul cabinetului endoscopie uşa cabinetului respectiv se închide pe timpul procedurilor specifice, pe uşă fiind afişat un anunţ de interdicţie a accesului în încăpere.

b) Accesul personalului medico-anitar în spaţiul din cadrul cabinetului de endoscopie se va face numai în ţinuta de lucru: se recomandă în acest sens echipament de spital, mănuşi, mască şi în caz de anticipare de producere de stropi/picături/jeturi cu produse biologice potenţial contaminate, se impune portul ochelarilor de protecţie. **Accesul în încăperile cabinetului de endoscopie este strict interzis în ţinuta de stradă!**

c) În încăperile cabinetului de endoscopieare acces pe perioada desfăşurării acesteia numai personalul medico-sanitar care execută activităţile specifice. **Accesul oricărei altei persoane este strict interzis!**

---

[13] Zonele controlate reprezintă toate camerele în care se află montate instalaţii radiologice (incluzând ansamblul tubul RX - cupola şi masa de comandă) şi zonele din laboratorul de radiologie unde sunt utilizate instalaţiile radiologice mobile.

Art. 287. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

a) Număr de I.A.A.M. raportate în ultimul an calendaristic pentru fiecare din spaţiile în care se execută manevre invazive.

b) Număr de reclamaţii ale pacienţilor/aparţinătorilor cu privire la accesul şi traficul personalului medico sanitar în fiecare din spaţiile în care se execută manevre invazive, în ultimul an calendaristic.

9.70. Modul de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian

Art. 288. – Reglementarea procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian are ca principale scopuri:

a) Asigură aducerea la cunoştinţa medicilor prescriptori, în timp oportun, a informaţiilor despre introducerea pe piaţă/în spital a unor produse antibacteriene nou apărute/neachiziţionate anterior, a indicaţiilor terapeutice, contraindicaţiilor, precauţiilor, interacţiunilor, dozelor şi a modului de administrare, precum şi a reacţiilor adverse a acestora.

b) În condiţiile lipsei informaţiilor în legătură cu noi produse antibacteriene, prezenta reglementare elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o apariţia şi răspândirea în spital a unor tulpini bacteriene multirezistente la antibiotice (ex. MRSA, VRE, BLSE, germeni producători de carbapenemaze, etc.)
- o apariţia I.A.A.M;
- o agravarea stării de sănătate a pacienţilor.

Art. 289. – (1) Informarea despre introducerea pe piaţă/în spital a unui nou produs antibacterian se poate face în următoarele situaţii:

- o - apariţia unui produs antibacterian nou pe piaţă/în spital;
- o apariţia unor germeni multirezistenţi la antibiotice;
- o scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioadă de timp (pentru a preveni apariţia multirezistenţei la antibiotice) şi înlocuirea lor cu produse din aceeaşi clasă sau din clase diferite.

(2) Etapele procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian presupune derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) În cazul apariţiei pe piaţă a unui produs antibacterian nou, şeful farmaciei şi medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie din cadrul C.P.I.A.A.M., prezintă prospectul acestuia în cadrul Consiliului Medical care aprobă, după caz, posibilitatea introducerii acestuia în uz/achiziţionarea la solicitarea medicilor curanţi.

b) La sesizarea scrisă a medicului responsabil cu politica de antibioticoterapie, în cazul apariţiei unor germeni multirezistenţi la antibiotice sau pentru scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioada de timp, se întruneşte Comisia medicamentului, nominalizată anual, care hotărăşte introducerea, după caz, unui nou produs antibacterian sau scoaterea din uz a unor antibiotice pentru o anumită perioada de timp. Propunerile formulate prin procesul-verbal de şedinţă a Comisiei medicamentului se aprobă, după caz, în şedinţă ordinară sau, dacă situaţia o impune - în şedinţă extraordinară a Consiliului medical.

c) La introducerea în spital a unui produs antibacterian nou, şeful farmaciei şi medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie, prezintă prospectul acestuia în cadrul raportului de gardă subliniind îndeosebi aspecte privitoare la indicaţiile terapeutice, contraindicaţiile, precauţiile, interacţiunile, dozele şi modul de administrare, precum şi potenţialele reacţii adverse a acestuia, astfel încât acestea să fie cunoscute medicilor prescriptori în momentul prescrierii lor.

d) După prezentarea la raportul de gardă a prospectului prezentat al noului produs antibacterian achiziţionat în cadrul spitalului, acesta va fi postat în aceeaşi zi pe serverul spitalului/ATLASMED – Alte informatii, într-un folder special destinat acestui scop transmis de către

şeful farmaciei catre compartimentul IT, aspect de asemenea comunicat la acelaşi raport de gardă în care a fost prezentat şi prospectul.

Art. 290. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de informare a medicilor prescriptori cu privire la introducerea unui nou produs antibacterian sunt următorii:

a) Număr de produse antibacteriene noi pentru care şeful farmaciei şi medicul responsabil cu politica de antibioticoterapie prezintă prospectul acestora în cadrul Consiliului Medical, în ultimul an calendaristic.

b) Număr de sesizări scrise a medicului responsabil cu politica de antibioticoterapie, în cazul apariţiei unor germeni multirezistenţi la antibiotice, în ultimul an calendaristic.

c) Număr de propuneri formulate de către Comisia medicamentului privind introducerea, după caz, a unui nou produs antibacterian, care au fost aprobate în şedinţe ale Consiliului medical în ultimul an calendaristic.

d) Numărul de prezentări la raportul de gardă ale prospectelor unor produse antibacteriene nou achiziţionate în raport cu numărul total de produse antibacteriene nou achiziţionate în cadrul spitalului.

9.71. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecţiile severe

Art. 291. –Reglementarea procesului de abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecţiile severe are ca principale scopuri:

a) Structurile implicate în implementarea şi monitorizarea bunelor practici de utilizare a antibioticelor au stabilite modalităţi de lucru.

b) Prezenta reglementare elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o apariţia şi răspândirea în spital a unor tulpini bacteriene multirezistente la antibiotice (ex. MRSA, VRE, BLSE, germeni producători de carbapenemaze, etc.)
- o producerea I.A.A.M;
- o agravarea stării de sănătate a pacienţilor / deces.

Art. 292. – **(1)** Sepsisul este o disfuncţie de organ ameninţătoare de viaţă, datorată unui răspuns anormal al gazdei la infecţie.

(2) Şocul septic presupune persistenţa hipotensiunii şi necesitatea unui vasopresor pentru menţinerea unei TA de 65mmHg sau mai mare şi a unui serum lactat $\geq$ 2 mml/l, în ciuda unui volum de resuscitare adecvat.

(3) În noua definiţie din 2016 a O.M.S. a aşa numitului "sepsis 3", se elimină necesitatea prezenţei sindromului răspunsului inflamator sistemic (SRIS) pentru definirea şocului septic şi se schimbă în definiţia "sepsis sever", iar ce era înainte "sepsis sever" acum este noua definiţie a "sepsisului".

Art. 293. –Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecţiile severe presupune derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Pentru identificarea prezenţei sepsisului, medicii curanţi din cadrul S.O. Luduş vor observa următoarele semne si simptome ale acestuia, care sunt adesea nespecifice:

- o Febră, frisoane
- o Confuzie
- o Anxietate
- o Deficienţă de respiraţie
- o Oboseală şi indispoziţie (adinamie)
- o Greţuri şi vărsături
- o Simptomele tipice ale inflamaţiei sistemice pot fi absente în sepsisul sever, mai ales la pacientul vârstnic sau pacientului < 2 ani
- o Palpitatii/Precardialgii
- o Paliditate
- o Somnolente marcate

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, otalgie, odinofagie, durere de sinus, linfadenopatie cervicală sau submandibulară, varsaturi la sugarul mic si nou-nascut, plafonarea privirii, privire in „apus de soare".
- Infecții pulmonare și toracice: tuse (în special dacă este productivă), durere toracică pleuritică, dispnee, matitate la percuție, raluri localizate, orice evidențiază o condensare, tiraj subcostal, intercostal, suprasternal, balans toraco-abdominal.
- 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, ulcerații.

c) Medicii curanți din cadrul S.O. Luduș 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 ăi maldistribuție vasculară, linkage endotelial capilar și utilizarea disfuncțională a oxigenului și nutrienților la nivel celular.

d) Pentru determinarea existenței sepsilului medicii curanți din cadrul S.O. Luduș 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 $\geq$ 22 respirații/minut
- Presiunea arterială sistolică $\leq$ 100mmHg

e) Calculul qSOFA utilizat de către medicii curanți din cadrul S.O. Luduș 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 S.O. Luduș 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 si hepatice: uree, creatinina, bilirubina, fosfataza alcalina, ALAT, ASAT, albumina,
- Hemocultura
- Examen de urina si 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 S.O. Luduș a următorului algoritm:

i. Abordarea multidisciplinară a antibioterapiei în infecțiile severe se realizează la nivelul S.O. Luduș 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, greutatea, 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, acolo unde 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 incomprehensibile = 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. Tratamentul 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 tratamentul 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 si β adrenergici: norepinefrina, dopamina, dobutamina, epinefrina, vasopressina
- Cristaloide izotone: ser fiziologic, ringer lactat
- Volum expandermi: albumina
- Antibiotice: Piperacilina/Tazobactam, Imipenem/Cilastatin, Meropenem, Clindamicyna, Metronidazol, Ceftriaxona, Levofloxacina, Vancomicina.
- 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: Staphilocucus aureus meticilino 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 agenti patogeni în prima ora de la recunoașterea șocului septic sau a sepsisului. In garda, decizia de instituire a tratamentului antibiotic in caz de sepsis apartine medicului curant urmand a fi discutat cazul in primele 24 ore, in echipa multidisciplinara. Agentul antibiotic trebuie să acopere spectrul microbian și să prezinte putere de penetrare la nivelul sursei septice. Reevaluarea antibioterapiei se face zilnic în cadrul echipei multidisciplinare, pentru o potențială descaladare. 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 cand 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. Tratamentul chirurgical se adoptă de către medicul curant la propunerea echipei multidisciplinare la pacienții cu infectii localizate care trebuie trimiși pentru tratament chirurgical definitiv, după resuscitarea inițiala și administrarea de antibiotice. Amânarea procedurilor invazive, cel putin 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 fasceită necrozantă, trebuie drenate în blocul operator.

ix. Suportul respirator constă în suplimentare de oxigen la toți pacienții suspectați 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≥ 12 mm Hg, sau apar semne de încarcare de volum (dispnee, ralori pulmonare, semne edem pulmonar pe Rx pulmonar) atunci încarcarea 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≤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 ρ 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 ≥ 50 x 10^9/l. PCC este indicată doar în caz de sângerare activa. 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, fosfati. 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 prochinetice. 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 doza de 5-20 μg/minut (nu este calculată pe greutatea pacientului). Administrarea se face printr-o venă centrală după montarea prealabilă a unui CVC. Se preferă Noradrenalina Dopaminei pentru că cea din urmă poate determina un flux nefavorabil si aritmii. Dopamina se utilizează în situații înalt 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 μg/kgc/minut până la 20 μg/kgc/minut. Low-doze 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 trombembolia venoasă profunda (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 dupa 48-72 ore, în functie de rezultatul antibiogramei sau evoluție clinică; laboratorul va anunța de urgență telefonic medicul curant privind situațiile particulare de natura 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 catre medicul curant după consultarea cu echipa multidisciplinară.

Art.294. 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.

b) Procentul pacienților la care s-au administrat antibiotice pe baza antibiogramei, în ultimul an calendaristic.

c) Ponderea infecțiilor asociate asistenței medicale în ultimul an calendaristic.

9.72. Modul de verificare a stării de portaj pentru pesonal

Art. 295. – Reglementarea procesului de verificare a stării de portaj pentru personal la nivelul S.O. Luduș 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. 296. –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.O. Luduș este în atribuția medicului de medicina muncii cu care spitalul are contract de prestări serviciișisi se desfășoară astfel:

i. 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*[14]. Portajul se verifică, în cadrul Laboratorului de analize medicale a spitalului și doar la umătoarele categorii de personal:
   - Pentru personalul sanitar superior și mediu se verifică:
     - AgHBs
     - Ac anti HCV
     - Ac anti HIV 1,2
   - 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 S.O. Luduș este în atribuția medicului de medicina muncii cu care spitalul are contract de prestări servicii 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 umătoarele 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:

---

[14] *Denumită în continuare HG 355/2007*

- 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 testele 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 cu care spitalul are contract de prestări servicii urmărește seroconversia pentru HIV și/sau VHB și/sau VHC la persoana expusă, pe baza testelor efectuate imediat dupa expunere si la 6 luni de la data expunerii în cadrul Laboratorului de analize medicale sau, în cazul in care este posibil în cadrul laboratorului propriu, prin determinarea viremiei HIV/VHC la 1 lună, cu respectarea confidentialității, conform legislatiei in vigoare. La nivelul S.O. Luduș medicul de medicina muncii cu care spitalul are contract de prestări servicii 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 C.P.I.A.A.M. în colaborare cu medicul de medicina muncii cu care spitalul are contract de prestări servicii, 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 C.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 C.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 responsabilii, 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 C.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.O. Luduș, 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. 297. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de verificare a stării de portaj pentru pesonal sunt următorii:

a) Numărul de portaje descoperite la examenul medical periodic din totalul examenelor efectuate în ultimul an calendaristic.

b) Numărul de portaje apărute postexpunere accidentală la la sânge și la alte produse biologice în ultimul an calendaristic, luate în evidență de către medicul de medicina muncii cu care spitalul are contract de prestări servicii.

c) Numărul de portaje depistate în cazul izbucnirii unor focare epidemice în ultimul an calendaristic.

d) Număr de portaje evidențiate în urma evaluărilor periodice ale personalului angajat în sectorul alimentar cu privire la portajul de germeni patogeni, în ultimul an calendaristic.

e) Număr probe sanitație mâini, cu rezultat pozitiv din total probe sanitație mâini, recoltate din fiecare sector de lucru, pe an.

9.73. Accesul vizitatorilor/aparţinătorilor în spital în situaţiile cu risc epidemiologic

Art. 298. –Reglementarea accesului vizitatorilor/aparţinătorilor în spital în situaţiile 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. 299. – (1) Etapele procesului de limitare a accesului vizitatorilor/aparţinătorilor în spital în situaţiile cu risc epidemiologic presupune derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) În situaţiile cu risc epidemiologic sau în cazul izbucnirii unor episoade epidemice, C.P.I.A.A.M. intreprinde măsuri şi activităţi pentru evitarea riscurilor identificate, stabileşte din punct de vedere tehnic conduita în rezolvarea situaţiei epidemice şi propune restricţionarea, pe o perioadă determinată, a accesului vizitatorilor/aparţinătorilor în spital sau în anumite secţii/compartimente.

b) Conduita în rezolvarea situaţiei epidemice este propusă de către C.P.I.A.A.M. în şedinţă extraordinară a Consiliului medical organizată de către directorul medical.

c) În cadrul şedinţei extraordinare a Consiliului medical menţionată la litera b), coordonatorul C.P.I.A.A.M. poate propune luarea la nivelul spitalului/secţiilor/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 afişe la intrarea în spital şi în fiecare secţie/compartiment. La propunerea medicului din Compartimentele A.T.I. se poate interzice accesul vizitatorilor în respectiva secţie;
- restrângerea programului de vizită în spital/secţii/compartimente. Programul orar va fi afişat atât pe uşa de acces din spital/secţii/compartimente cât şi pe site-ul S.O. Luduş, prin grija asistentelor şefe, respectiv prin grija personalului Compartimentului informatică;
- interzicerea accesului vizitatorilor/aparţinătorilor în situaţii epidemiologice speciale, determinate de boli infecto-contagioase cu risc înal (COVID, febră hemeroagică, antrax, Ebola, etc);
- purtarea obligatorie a echipamentului de protecţie de unică folosinţă de către vizitatori (halat, măşti, botoşei), iar pentru personal echipamentul de protecţie specific. Echipamentul de protectie se va ridica din zona de filtru care se găseşte la intrarea în fiecare secţie/compartiment;
- afişarea de către asistenta şefă la intrarea în spital şi în fiecare secţie/compartiment a regulilor care trebuie respectate de către pacienţi/vizitatori/aparţinători astfel cum au fost acestea stabilite în şedinţă a Consiliului medical, la propunerea C.P.I.A.A.M.;
- respectarea de către întreg personalul a Precauţiunilor Universale, în vederea prevenirii transmiterii infecţiilor şi a apariţiei de focare nosocomiale;
- asigurarea cu cantităţi suficiente (sau suplimentare) de săpun, antiseptice şi dezinfectante pentru o igienă riguroasă a mâinilor şi a mediului de spital;
- efectuarea de către asistentul medical şef a unui triaj epidemiologic zilnic riguros al personalului fiecărei secţii medicale în vederea prevenirii transmiterii agenţilor infecţiosi, cu scoaterea temporară din colectivitate atunci când situaţia o impune. În acest sens C.P.I.A.A.M. va verifica Registrele de triaj epidemiologic al personalului în secţiile medicale;
- efectuarea unui triaj epidemiologic zilnic riguros al personalului blocului alimentar în vederea prevenirii transmiterii agenţilor infecţiosi, cu scoaterea temporară din colectivitate atunci când situaţia o impune. Responsabilitatea efectuării triajului revine zilnic, în zilele lucrătoare,asistentului dietetician, iar în zilele nelucrătoare sau de sărbători, această activitate se execută de către fiecare angajat din cadrul blocului alimentar. Responsabilitatea verificării Registrului de triaj epidemiologic al personalului din blocul alimentar revine personalului C.P.I.A.A.M.;

- efectuarea de către asistentul medical şef/personalul nominalizat de către medicul şef din Compartimentele A.T.I. a unui triaj epidemiologic riguros al vizitatorilor la intrarea în Secţia 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 secţie şi motivul interzicerii accesului. Responsabilitatea verificării Registrului de triaj epidemiologic al aparţinătorilor/vizitatorilor în Compartimentele A.T.I. revine personalului C.P.I.A.A.M.

(2) În situaţii cu risc epidemiologic C.P.I.A.A.M. instruieşte medicii şi asistentele şefe cu privire la regulile instituite, aprobate în şedinţă a Consiliului medical. Asistentele şefe au la rândul lor obligaţia de a instrui personalul din subordine, pe bază de proces verbal de instruire.

Art. 300. -Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de limitare a accesului vizitatorilor/aparţinătorilor în spital în situaţiile cu risc epidemiologic sunt următorii:

a) Intervalul de timp necesar C.P.I.A.A.M. de a identifica situaţiile cu risc epidemiologic sau izbucnirea unor episoade epidemice şi de a propune măsuri în consecinţă.

b) Amploarea măsurilor propuse de către C.P.I.A.A.M. în raport direct cu situaţiile concrete cu risc epidemiologic sau episoadele epidemice existente la nivelul spitalului.

c) Numărul de angajaţi scoşi temporar din colectivitate atunci când situaţia o impune, în situaţii cu risc epidemiologic sau la izbucnirea unor episoade epidemice.

d) Numărul de vizitatori/aparţinători cărora li se interzice accesul în Compartimentele A.T.I. ca urmare a triajului epidemiologic efectuat.

e) Numărul de cazuri de îmbolnăviri produse în rândul personalului spitalului sau a pacienţilor ca urmare a lipsei/neluării de măsuri corespunzătoare situaţiilor cu risc epidemiologic sau în urma izbucnirii unor episoade epidemice în cadrul spitalului.

9.74. Modalităţi de identificarea medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale şi identificarea şi managementul acestui tip de medicamente

Art. 301. - Reglementarea procesului de identificare a medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale şi identificarea şi managementul acestui tip de medicamente are ca principale scopuri:

a) Descrierea modului în care personalul acţionează pentru returnarea, retragerea sau blocarea produselor cu suspiciuni de a fi contrafăcute;

b) Eliminarea din circuit a produselor care au neconformităţi 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. 302. –Etapele procesului de identificare a medicamentelor contrafăcute prin monitorizarea informărilor oficiale şi identificarea şi managementul acestui tip de medicamente presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) monitorizarea permanentă de către farmacistul şef a informărilor A.N.M.D.M.R;

b) cu ocazia recepţiei produselor în farmacie şi obligatoriu înainte de a fi eliberate pentru pacienţii internaţi sau în ambulatoriu, pe reţete, asistenţii de farmacie au obligaţia să verifice, prin scanare sau manual, loturile de medicamente pe care le au în gestiune, utilizând interfaţa SNVM WEB GUI pusă la dispoziţie de către spital;

c) în cazul suspiciunii de a fi contrafăcute, asistenţii de farmacie au obligaţia de a anunţa farmacistul şef, care contactează distribuitorul în legătură cu suspiciunea identificată şi solicită returnarea produselor, în scris, telefonic şi/sau electronic;

d) medicii prescriptori prin medicii şefi de secţie, în urma utilizării medicamentelor la pacienţii internaţi, au obligaţia de a anunţa farmacistul şef dacă au suspiciuni în privinţa autenticităţii medicamentelor utilizate;

e) produsele în cauză se retrag de către personalul farmaciei de la medicii prescriptori şi 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.R), orice semnalare a neconformităților sesizate la medicamentele din circuitul farmaciei;

g) 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. 303. 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) Numărul de medicamente contrafăcute scoase din circuit, în raport cu numărul de informări ale A.N.M.D.M.;

b) Numărul de medicamente contrafăcute scoase din circuit, în raport cu numărul de sesizări ale asistenților de farmacie;

c) Numărul de medicamente contrafăcute scoase din circuit, în raport cu numărul de sesizări primite de la medicii prescriptori prin medicii șefi de secție;

d) Numărul de medicamente contrafăcute scoase din circuit, în raport cu numărul de sesizări primite/efectuate;

e) Numărul de medicamente contrafăcute returnate distribuitorilor, în raport cu numărul acestor medicamente scoase din circuit de către farmacie.

9.75. Modalități de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții

Art. 304. (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 circuit;

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 transabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) returnate.

Art. 305. –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) neutilizate pe secții se returnează la solicitarea personalului acestora în aparatul de urgență al structurii medicale respective, pe baza unei "*Condici de retur medicamente/materiale sanitare*" generat din programul informatic ATLASMED, urmând a fi utilizate în cel mai scurt timp posibil, pentru a nu perturba baremul aparatului. Condica este însoțită de solicitarea de returnare a medicamentelor/materialelor sanitare aprobată de directorul medical (prevăzut în **Anexa nr. 10 la prezentul Regulament**);

b) medicamentele (inclusiv unitățile de antibiotice) returnate sunt depozitate separat de către personalul farmaciei, într-un loc special amenajat, urmând a fi introduse în gestiunea farmaciei, cu condiția ca ambalajul sa nu fie modificat, în vederea asigurării transabilității antibioticului.

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 DDD[15];
- informează lunar, în cadrul Consiliului medical, medicii prescriptorii din structurile medicale și Laboratorul analize medicale cu privire la modificările disponibiltății antibioticelor;
- informează lunar Consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice și returul acestora, pe fiecare secție și compartiment;
- informează lunar Consiliul medical cu privire la consumul de antibiotice pe medic, sub forma raportului consum mediu din fiecare antibiotic/pacient;
- asigură existența antibioticelor/antifungicelor utilizate pentru executarea antibiogramei/antifungigramei.

Art. 306. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de recuperare a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) neutilizate pe secții sunt următorii:

a) Numărul de procese-verbale întocmite pentru returnarea medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) de pe secții în farmacie într-un an calendaristic;

b) Numărul de erori făcute în timpul înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor).

9.76. Reguli privind respectarea înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a unităților de antibiotice) prescrise, eliberate, administrate sau returnate

Art. 307. – 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) in 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 condicii 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. 308. – **(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 comerciale (conform legislației în vigoare și care îndeplinesc condițiile legale de funcționare), aspect verificat de către farmacistul șef.

---

[15] **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.

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 farmcistul șef;
- efectuarea comenzilor de aprovizionare de către farmacistul șef, semnate de farmacitul șef, șeful biroului achiziții și contractări[16], directorul financiar-contabil și aprobate de manager;
- controlul realizării comenzilor în timp util, se realizează de către farmcistul șef;

b) Depozitarea va fi organizată în cadrul farmaciei de către farmacisttul 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, parafate de medicii curanți.

d) Prescrierea antibioticelor cu regim special se face cu aprobarea directorului medical, pe baza unui raport care se atașează foilor de condică. Lista antibioticelor cu regim special este aprobată în ședință a Consiliului medical.

e) Eliberarea condicilor se face de către farmacie, în urma închiderii documentului solicitat de secție; după eliberarea condicii cu medicamente (inclusiv a unităților de antibiotice) de către farmacie, apare prețul și cantitatea în momentul afișării documentului.

Modalități de eliberare:

- eliberarea nominală: plecând de la prescrierea medicală, medicamentele sunt pregătite individual, pentru fiecare pacient, notându-se numele acestuia și numărul foii de observație, pe o durata determinată (24-72 h), pentru antibioticele orale, existând riscul de a nu fi identificate corect;
- eliberarea globalizată: plecând de la un ansamblu de prescrieri pe condici, suma medicamentelor necesare se eliberează globalizat, într-un singur ambalaj pentru antibioticele parenterale, ce pot fi identificate ușor;
- eliberarea scriptică: medicamentele (inclusiv antibioticele) sunt eliberate pe baza unei solicitări scrise făcute de secție, atunci când nu funcționează sistemul informatic de gestiune al farmaciei.

Ora eliberării antibioticelor din farmacie este consemnată în condicile de prescripții medicale și în foile de observație.

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 pregatirea condicilor electronice, au obligația de a ridica condica în maxim 15 minute după ce au fost anunțate, pentru a evita riscul neadministrarii la timp a antibioticelor.

Protocol privind eliberarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor):

1. primirea condicii de prescripții medicale:
   - verificarea antetului secției solicitante și a parafei medicului curant;
   - verificarea valabilității condicii (data);
   - dentificarea medicamentelor, concentrațiilor, dozelor, căilor de administrare, a duratei de prescriere a condicii;
   - identificarea pacienților pentru care au fost prescrise medicamentele;
   - în cazul în care se efectuează o substituție, se cere acordul medicului prescriptor.
2. analiza terapiei medicamentoase prescrise presupune:
   - identificarea claselor farmacologice din care fac parte antibioticele prescrise;
   - verificarea dozelor, a modului de administrare și a frecvenței dozelor;
   - evaluarea posibilităților apariției interacțiunilor medicamentoase cu consecințe clinice;

---

[16] În continuare: „B.A.C."

- depistarea eventualelor erori de prescriere.

3. pregătirea medicamentelor pentru eliberare:
   - medicamentele sunt aduse pe masa de eliberare din oficină;
   - se verifică integritatea ambalajelor și termenul de valabilitate pe durata utilizării;
   - în cazul în care antibioticele nu se eliberează în ambalajul original, reambalarea acestora se face în ambalaje de bună calitate, pe care se inscripționează: nume și prenume pacient, foaia de observație, denumirea și concentrația medicamentului, cantitatea eliberată, forma farmaceutică, condiții speciale de păstrare.

4. finalizarea eliberării condicilor de prescripții medicale:

- medicamentele sunt predate delegatului secției prescriptoare, care semnează de primire; un exemplar al condicii rămâne în farmacie, al doilea exemplar fiind returnat secției.

f) Administrarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) - Administrarea în condiţii de siguranţă pleacă de la premisa că cel care administrează posedă cunoştinţe temeinice despre antibioticul în cauză, a verificat indicaţia medicului, cunoaşte posibilele incompatibilităţi și a identificat corect pacientul.

Măsuri de prevenire a erorilor:

- verificarea indicaţiei: 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 funcţionalităţii 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 atenţiei, întreruperi etc.

În situaţia unei erori de administrare, se anunță imediat medicul. Este momentul în care se poate interveni pentru minimizarea efectelor dăunătoare pentru pacient, iar gestul de recunoaştere nu presupune sancţionarea celui în cauză. Analiza ulterioară a circumstanţelor va servi ca model pentru evitarea incidentului pe viitor.

g) **Returnarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) în farmacie – se desfășoară conform prevederilor art. 304 din prezentul Regulament**.

(2) La nivelul spitalului sunt definite şi comunicate medicilor curanţi "*Lista cu antibiotice de rezervă/cu regim special*", „*Lista cu antibiotice pentru antibioprofilaxie*" și "*Lista antibioticelor oprite temporar de la utilizare*", în funcţie de antibioticorezistenţa 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) Responsabilităţile personalului spitalului care privesc asigurarea trasabilităţii medicamentelor (inclusiv a unităţilor de antibiotice) sunt următoarele:

- medic şef secţie/coordonator: verifică respectarea regulilor de bună practică, asigură instruirea periodică a personalului în privinţa administrării în siguranţă a medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) şi returnarea celor neutilizate.
- medic prescriptor: indică în FOCG tratamentul specificând în clar: medicamentul, doza, concentraţia, orarul de administrare.
- asistentul medical: scrie condica electronică, preia de la farmacie medicaţia, administrează medicaţia, aplică metodele de prevenire a erorilor de administrare şi returnează antibioticele neutilizate.
- farmacistul șef: verifică respectarea regulilor de bună practică în farmacie şi întocmeşte următoarele rapoarte/informări statistice pe care le prezintă în ședință de Consiliu medical pentru a fi cunoscute atât de către medicii din structurile medicale cât și de personalul Laboratorului analize medicale:
  - lista lunară cu privire la antibioticele disponibile;
  - consumul de antibiotice şi returul acestora, pentru fiecare secţie şi compartiment;
  - consumul de antibiotice pe medic;

- asistenții de farmacie: depozitează, eliberează medicația, respectă regulile de bună practică.

Art. 309. - 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) Numărul de procese-verbale întocmite pentru returnarea medicamentelor (inclusiv a antibioticelor) de pe secții în farmacie într-un an calendaristic;

b) Numărul de erori făcute în timpul înregistrării datelor necesare asigurării trasabilității medicamentelor (inclusiv a antibioticelor).

9.77. Reglementări cu privire la respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile

Art. 310. – 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:

- apariția unor reacții adverse la asocierea medicamentelor incompatibile;
- agravarea stării de sănătate a pacientului.

Art. 311. – (1) Etapele procesului de respingere a prescrierii medicamentelor incompatibile presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Primirea condicii 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 condicii (data);
- identificarea medicamentelor, concentrațiilor, dozelor, căilor de administrare, duratei de prescriere a condicii;
- identificarea pacienților pentru care au fost prescrise medicamentele.

b) 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.

c) Respingerea prescrierii medicamentelor incompatibile presupune ca, în urma analizei terapiei medicamentoase, efectuate de către 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 spitalului.

(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. 312. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de de respingere a prescrierii medicamentelor incompatibile sunt următorii:

a) Numărul de medicamente incompatibile respinse de farmacia spitalului, raportate la prescrierile efectuate;

b) Numărul de evenimente cu consecințe clinice cauzate de prescrierea de medicamente incompatibile;

c) Numărul de instruiri efectuate cu privire la identificarea incompatibilităților.

d) Numărul de reclamații ale pacienților cu privire la efectele nedorite ale prescrierii și tratamentului cu medicamente incompatibile.

9.78. Modul de atenționare a sefilor de secție referitor la medicația cu mișcare încetinită

Art. 313. 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:

- o apariția de blocaje în aprovizionare și întârziere în achiziționarea de medicamente;
- o expirarea unor cantități de medicamente;
- o furnizarea de produse neconforme din punct de vedere calitativ;
- o lipsa unor medicamente din stocul farmaciei.

Art. 314. – (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 lunar 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 precum și în Consiliul medical, într-un interval de 5 zile lucrătoare de la momentul în care ia la 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) 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 spitalului, 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. 315. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de atenționare a șefilor de secții referitor la medicația cu mișcare încetinită sunt următorii:

a) Diminuarea procentului valoric de medicamente expirate din totalul celor cu mișcare încetinită;

b) Menținerea în permanență a unui stoc adecvat de medicamente în cadrul farmaciei.

9.79. Monitorizarea produselor farmaceutice şi materialelor sanitare utilizate în studii clinice

Art. 316. Reglementarea procesului de monitorizare a produselor farmaceutice şi materialelor sanitare utilizate în studii clinice are ca principale scopuri:

a) Urmărirea produselor utilizate în studii clinice;

b) Delimitarea acestora şi evidenţierea distinctă;

c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o lipsa acurateţii studiilor clinice determinată de nemonitorizarea produselor farmaceutice şi materialelor sanitare utilizate în acestea;
- o existenţa unor neconcordanţe între stocul scriptic şi faptic;
- o eliberarea, din eroare, a altui/altor produs/e.

Art. 317. – (1) Etapele procesului de monitorizare a produselor farmaceutice şi materialelor sanitare utilizate în studii clinice presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Depozitarea – prin grija personalului farmaciei produsele care participă la studiul clinic se păstrează în depozitul farmaciei, într-o zonă special amenajată şi inscripţionată corespunzător, pentru a nu se confunda cu medicaţia/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 condicii de prescripţii medicale constă în:

- o verificarea antetului secţiei solicitante, a parafei medicului coordonator studii clice;
- o verificarea valabilităţii condicii (data);
- o identificarea medicamentelor, concentraţiilor, dozelor, căilor de administrare şi duratei de prescriere a condicii;
- o identificarea pacienţilor pentru care au fost prescrise medicamentele/materialele sanitare care sunt utilizate în studiul clinic;

d) Analiza terapiei medicamentoase prescrise presupune:

- o identificarea claselor farmacologice din care fac parte medicamentele prescrise;
- o verificarea dozelor, a modului de administrare şi a frecvenţei dozelor;
- o evaluarea posibilităţilor apariţiei interacţiunilor medicamentoase cu consecinţe clinice;
- o depistarea eventualelor erori de prescriere.

e) Respingerea prescrierii medicamentelor care nu participa la studiul clinic - în urma analizei terapiei medicamentoase efectuate de către farmacistul şef, dacă se constată prescrierea de medicamente care nu participă la studiul clinic, se ia legătura cu medicul coordonator al studiului clinic şi, de comun acord, se elimină din condica de prescripţii medicale produsele respective.

(2) Anual, pe baza datelor existente la nivelul farmaciei, farmacistul şef întocmeşte un raport de analiză privind modul în care au fost utilizate produsele farmaceutice şi materialele sanitare destinate studiilor clinice, aprobat de managerul spitalului, pe care îl prezintă în Consiliul medical.

(3) Farmacistul şef este responsabil pentru:

- o monitorizarea produselor utilizate în studii clinice care se află in gestiunea farmaciei, pentru a evita riscul expirării acestora;
- o monitorizarea activităţii 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 (acţiune farmacologică, farmacocinetică, efecte adverse, efecte secundare, interacţiuni medicamentoase).

(4) Asistenţii de farmacie sunt responsabili pentru activitatea de eliberare a medicamentelor/materialelor sanitare utilizate pentru studiul clinic.

Art. 318. Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate ai procesului de monitorizare a produselor farmaceutice şi materialelor sanitare utilizate în studii clinice sunt următorii:

a) Gradul utilizarea a produselor farmaceutice şi materialelor destinate studiilor clinice, pentru fiecare dintre etapele acestuia;

b) Păstrarea acurateții studiilor clinice în raport cu modul în care a fost realizată monitorizarea produselor farmaceutice şi materialelor sanitare utilizate în acestea.

9.80. Modul de preluare/predare şi depozitarea valorilor şi efectelor personale ale pacienților

Art. 319. – Reglementarea procesului de preluare/predare şi depozitarea valorilor şi efectelor personale ale pacienților are ca principale scopuri:

a) Păstrarea bunurilor de valoare aparţinând pacienţilor internaţi în spital în condiţii optime de siguranţă;

b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- o pierderea/deteriorarea valorilor şi efectelor personale ale pacienţilor;
- o părăsirea spitalului fără aprobare.

Art. 320. Etapele procesului de preluare/predare şi depozitarea valorilor şi efectelor personale ale pacienților presupun derularea următoarelor activități şi exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La prezentarea pacientului pentru internare în cadrul S.O. Luduş, 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 nominalizată în acest sens anual prin decizie.

b) Predarea / preluarea bunurilor de valoare se realizează pe bază de semnături în „*Registrul de păstrare a bunurilor de valoare ale pacienţilor*" aflat în cadrul sectiei/compartimentului.

c) În cazul în care la spital este adus un pacient în stare de inconştienţă /ebrietate / cu deficienţe psiho-comportamentale / cu status mental alterat sau sub influenţa drogurilor, care nu este însoţit de către un aparţinător, predarea bunurilor de valoare şi a efectelor personale ale acestuia (în cazul lipsei unui aparţinător legal) se face de către personalul ambulanţei care a adus pacientul către personalul din C.G./C.P.U. al S.O. Luduş. Respectivul proces-verbal va conţine: data prezentării pacientului în spital, datele paşaportale ale pacientului, descrierea stării de conştienţă a pacientului, descrierea detaliată a fiecăruia dintre bunurile de valoare avute asupra sa de către pacient şi semnăturile persoanelor care predau / preiau bunurile de valoare ale pacientului. Ulterior, predarea bunurilor de valoare ale respectivului pacient se face de către personalul din C.G./C.P.U. care a preluat pacientul prezentat în urgenţă pe baza respectivului proces-verbal şi prin completarea „*Registrului de păstrare a bunurilor de valoare ale pacienţilor*" în care se vor face menţiuni privind procesul-verbal în discuţie.

d) Bunurile de valoare sunt descrise în amănunt, în rubrica dedicată din respectivul registru, se semnează de predare / primire şi sunt depuse în caseta / seif de valori aflată în magazia echipament bolnavi dinsectie/compartiment., într-un plic pe care se menţionează numele bolnavului şi secţia în care urmează să fie internat acesta.

e) Păstrarea cheilor casetei / seifului de valori este în responsabilitatea asistentei sefe/asistentei coordonatoare. Pe perioadele de absenţă ale acesteia, cheile sunt predate înlocuitorului nominalizat prin decizie, pe bază de proces-verbal simplu, menţionat în registrul sus-amintit.

f) La externare, bunurile sunt predate pacientului; dacă acesta este în imposibilitate, bunurile se predau sub semnătură, aparţinătorului legal, identificat pe baza documentelor personale şi consemnat apoi în Registru.

g) În cazul în care pacientul este transferat la alt spital, bunurile de valoare ale pacientului (în cazul lipsei unui aparţinător) se predau echipajului ambulanţei pe bază de semnătură şi datele din actul de identitate al celui care semnează.

Art. 321. Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate ai procesului de preluare / predare şi depozitarea valorilor şi efectelor personale ale pacienților sunt următorii:

a) Numărul de reclamaţii ale pacienţilor/aparţinătorilor în legătură cu lipsa sau deteriorarea bunurilor de valoare predate la internare pe baza înscrisurilor din „*Registrul de păstrare a bunurilor de valoare ale pacienţilor*" în raport cu numărul de pacienţi care au predat astfele de bunuri în ultimul an calendaristic.

b) Numărul de reclamaţii ale pacienţilor/aparţinătorilor care sesizează faptul că nu li s-a adus la cunoştinţă la internare faptul că există posibilitatea predării bunurilor de valoare spre păstrare în raport cu numărul de pacienţi internaţi în spital în ultimul an calendaristic.

c) Numărul de reclamaţii ale pacienţilor/aparţinătorilor care sesizează faptul că la internare li s-a refuzat dreptul de a preda bunurile de valoare spre păstrare în raport cu numărul de pacienţi internaţi în spital în ultimul an calendaristic.

9.81. Controlul calității hranei

Art. 322. 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.O. Luduș;

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:

- producerea de toxiinfecții alimentare;
- agravarea stării de sănătate a pacienților.

Art. 323. Etapele procesului de control al calității hranei preparate presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) Controlul calităţii hranei se face zilnic la fiecare masă prin degustarea felurilor de mâncare, cu minim 30 de minute înainte de distribuirea pe secţii, de către reponsabilii nominalizaţi, astfel:

- bucătarul care a preparat mâncarea;
- asistentul medical dietetician;
- preşedintele Comisie de dietetică;

b) În afară de persoanele menţionate mai sus are dreptul să guste din hrana gata preparată managerul spitalului şi personalul care organizează, îndrumă şi controlează hrănirea în unitate, după cum urmează:

- şeful Biroului AAT.

c) La terminarea procesului de preparare a hranei bucătarul care a preparat hrana va recolta probe din fiecare fel de mâncare, probe care se păstrează 48 de ore

d) Verificarea calităţii hranei se face din fiecare vas în care s-a preparat mâncare urmărindu-se:

- dacă felul de mâncare este gata pentru a fi servit;
- dacă are grăsimea necesară;
- dacă are gust şi miros plăcut.

e) În cazul în care se constată că hrana nu este conformă (are un miros sau gust neplăcut) se instituie o comisie formată din:

Preşedinte: şeful Biroului AAT

Membrii: - bucătarul care a preparat mâncarea
- asistent dietetician
- preşedintele Comisie de dietetică;

care sistează distribuirea felurilor de hrană neconforme din cadrul meniului pe secţii şi dispune într-o primă etapă pregătirea unui meniu în regim de urgenţă compus, după caz, astfel:

- meniu cald: felul 1: supă de legume cu tăiţei
  felul 2: pilaf de orez cu salam;
- meniu rece: ou fiert, brânză pizza, iaurt.

f) Ulterior comisia mai sus-nominalizată identifică cauzele care au condus la neasigurarea cantitativă şi / sau calitativă a felului / felurilor de hrană şi întocmeşte un proces-verbal de constatare prin care propune managerului spitalului măsuri, după caz.

Art. 324. Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de control al calităţii hranei preparate sunt următorii:

a) Numărul de toxiinfecţii alimentare produse pe parcursul ultimului an calendaristic;

b) Număr de reclamaţii ale pacienţilor care au ca subiect cantitatea şi calitatea hranei servite;

c) Gradul de satisfacție a pacienților înregistrat pe fiecare secție în parte referitor la calitatea hranei servite, consemnat în analizele lunare ale chestionarelor de satisfacție a pacienților

9.82. Modalități de înlăturare a gheții/zăpezii din curte și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale pe zăpadă și gheață de pe acoperiș

Art. 325. 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 S.O. Luduș cu responsabilități în înlăturarea gheții / zăpezii din curțile interioare precum și a zăpezii și gheții de pe acoperișurile clădirilor spitalului;

b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- accidente / pierderea de vieți;
- imposibilitatea accesului / accesul greu în spital;
- întreruperea furnizării energiei electrice;
- blocarea evacuării.

Art. 326. Etapele procesului de înlăturare a gheții/zăpezii din curțile interioare din fiecare locație a spitalului și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperișurile clădirilor spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) În cazul ninsorilor abundente produse în timpul programului, șeful Biroului AAT anunță șeful formațiunii de lucru muncitori, care împreună cu personalul din formațiune ia măsuri pentru curățarea căilor de acces din incinta fiecăreia dintre locațiile 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 clădirilor 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 șefului Biroului AAT.

b) În afara orelor de program sau în timpul weekend-ului / sărbătorilor legale în cazul ninsorilor abundente, managerul anunță șeful Biroului AAT și formațiunea de lucru și întreținere clădiri pentru curățarea căilor de acces din incinta spitalului (în fiecare dintre locațiile acestuia) precum și a trotuarelor 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.

c) Indiferent de momentul în care se constată formarea de țurțuri mari de gheață pe streșinile acoperișurilor clădirilor spitalului, șeful Biroului AAT, din proprie inițiativă sau la solicitarea managerului, va anunța echipa de intervenție din cadrul I.S.U. Mureș în vederea asigurării suportului tehnic necesar înlăturării acestora.

d) Până la sosirea echipei de intervenție din cadrul I.S.U. Mureș, șeful Biroului AAT din proprie inițiativă sau la solicitarea managerului, va coordona activitatea personalului din cadrul formațiunii de 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. Mureș, șeful Biroului AAT va coordona formațiunea de lucru și întreținere clădiri în vederea curățării spațiilor în care au căzut respectivii țurțuri.

Art. 327. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate ai procesului de înlăturare a gheții / zăpezii din curțile interioare și eliberare a căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș sunt următorii:

a) Număr de situații în ultimul an calendaristic în care a fost solicitat sprijinul personalului formațiunii de lucru și întreținere clădiri în vederea înlăturarii gheții/zăpezii din curte și eliberarea căilor de acces și de prevenire a căderilor accidentale de zăpadă și gheață de pe acoperiș.

b) Număr de accidente cauzate de căderea pe gheaţă în curţile interioare a pacienţilor, aparţinătorilor, propriilor angajaţi sau a pietenonilor care se deplasează pe trotuarele care mărginesc clădirea spitalului.

c) Număr de accidente cauzate persoanelor care se deplasează atât în interiorul cât şi în exteriorul spitalului determinate de căderi pe zăpadă şi/sau ţurţuri de pe acoperişurile clădirilor spitalului.

d) Valoarea pagubelor materiale cauzate autovehiculelor care staţionează sau se deplasează în curtea interioară a spitalului sau în exteriorul acestuia, determinate de căderi pe zăpadă şi/sau ţurţuri de pe acoperişul spitalului.

e) Număr de procese penale sau de amenzi administrative deschise/date personalului spitalului în situaţia producerii unor accidente sau a unor pagube materiale determinate de căderea pe gheaţă în curţile interioare a pacienţilor, aparţinătorilor, propriilor angajaţi sau a pietenonilor care se deplasează pe trotuarele care mărginesc clădirile spitalului sau avarierea de bunuri cauzate de căderi pe zăpadă şi/sau ţurţuri de pe acoperişul spitalului.

9.83. Gestionarea, utilizarea, manipularea şi depozitarea materialelor, echipamentelor, recipientelor şi substanţelor cu risc de explozie şi radioactive, inclusiv în caz de situaţii excepţionale

Art. 328. – Reglementarea procesului de gestionare, utilizare, manipulare şi depozitare a materialelor, echipamentelor, recipientelor şi substanţelor cu risc de explozie şi radioactive, inclusiv în caz de situaţii excepţionale are ca principale scopuri:

a) Asigurarea condiţiilor de securitate şi sănătate în muncă şi prevenirea accidentelor de muncă şi a bolilor profesionale determinate de utilizarea, manipularea şi depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor şi recipientelor cu risc de explozie şi radioactive;

b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- accidente de muncă;
- boli profesionale;
- producerea de pagube materiale;
- întreruperea alimentării cu energie.

Art. 329. – **(1)** În cadrul S.O. Luduş există următoarele locuri de muncă în care există substanţe, materiale, echipamente şi recipiente cu risc de explozie:

- Ambulatoriu integrat,
- Cabinet dermatovenerologie din Ambulatoriu integrat,
- Bloc operator,
- Sterilizare-Sectia Chirurgie Generala/Secţia obsterică-ginecologie/Ambulatoriu integrat
- Laborator radiologie şi imagistică medicală,
- Secţia medicină internă,
- Bloc alimentar marmite/centrala termică
- Sectii/compartimente –centrale termice
- Depozite butelii oxigen,
- Spitalizare de zi (sală de mici intervenţii chirurgicale)

(2) În cadrul S.O. Luduş există următoarele locuri de muncă în care există substanţe, materiale, echipamente şi recipiente cu risc radioactiv:

- Laborator radiologie şi imagistică medicală
- Sectia Chirurgie Generala - Instalaţie mobilă RX tip BASIC 4006

Art. 330. – **(1)** Etapele procesului de gestionare, utilizare, manipulare şi depozitare a materialelor, echipamentelor, recipientelor şi substanţelor cu risc de explozie şi radioactive, inclusiv în caz de situaţii excepţionale presupune derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

c) Deservirea echipamentelor şi recipientelor cu risc de explozie precum şi a celor cu risc radioactiv este executată de personalul care este încadrat în cadrul cabinetelor sau locurilor de muncă

specificate la art. 329 alin. (1) şi alin. (2) din prezentul Regulament, respectându-se normele de securitate a muncii generale precum şi cele specifice S.O. Luduş.

d) În caz de situaţii excepţionale/de urgenţă, precum şi în cazul în care se constată o scurgere la unul din echipamentele şi recipientele cu risc de explozie personalul care deserveşte echipamentul sau recipientul respectiv întrerupe activitatea şi alimentarea respectivului echipament, întrerupând în acelaşi timp alimentarea cu energie electrică. După efectuarea acestor activităţi anunţă imediat personalul autorizat pentru repararea sau ridicarea lui de la locul de muncă.

e) În cazul echipamentelor cu risc radioactiv acestea se vor ridica de la locul lor în urma măsurătorilor şi verificărilor efectuate de personalul autorizat în acest domeniu, la sesizarea responsabililor cu radio-protecţia nominalizaţi prin decizie.

f) Depozitarea substanţelor, materialelor, echipamentelor şi recipientelor cu risc de explozie precum şi a celor cu risc radioactiv se face în conformitate cu reglementările în vigoare în spaţii special destinate, construite şi amenajate în conformitate cu legislaţia în vigoare, suprateran, în încăperi independente, neetajate sau în aer liber (construcţie semideschisă de tip şopron îngrădit executat din materiale necombustibile, care protejează recipienţii împotriva razelor solare, intemperiilor şi/sau intervenţiei persoanelor străine). În cazul depozitării în încăperi, uşile 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 şi capacul de preotecţie înşurubate. Depozitarea recipientelor în locuri umede sau în mediu cu acţiune corozivă asupra materialului din care este construit este interzisă. de asemenea este interzis a se depozita recipientele în spaţii liber accesibile, pe scări, holuri, ganguri sau camere cu circulaţie de persoane.

g) Managerul spitalului organizează, conduce, controlează şi răspunde pentru activitatea de apărare împotriva incendiilor la clădirile, spaţiile şi instalaţiile tehnologice pe care le deţin cu orice titlu şi are obligaţiile instituite prin normele în vigoare incidente pe linia apărării împotriva incendiilor.

h) Responsabilul cu atribuţii în domeniul apărării împotriva incendiilor se subordonează managerului spitalului şi are obligaţiile instituite prin normele în vigoare incidente pe linia apărării împotriva incendiilor.

i) La nivelul S.O. Luduş este un responsabil cu atribuţii pe linia utilizării, manipulării şi depozitării substanţelor, materialelor, echipamentelor şi recipientelor cu risc de explozie şi radioactive, care are următoarele obligaţii în cazul producerii unor situaţii excepţionale/de urgenţă care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea şi depozitarea substanţelor, materialelor, echipamentelor şi recipientelor cu risc de explozie şi radioactive:

- ia măsuri de înlăturare imediată a stărilor de pericol şi a cauzelor cu risc de explozie constatate şi informează operativ managerul spitalului situaţiile respective;
- interzice folosirea echipamentelor şi recipientelor cu risc de explozie precum şi 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.

j) Recipientele pot fi utilizate numai pentru acel gaz pentru care au fost construite şi verificate şi a cărui denumire este înscrisă pe recipient. Întreg personalul spitalului care execută activităţi de utilizare, manipulare a materialelor, echipamentelor şi recipientelor cu risc de explozie şi radioactive este obligat:

- să utilizeze substanţele, echipamentele şi recipientele cu risc de explozie precum şi a celor cu risc radioactiv potrivit instrucţiunilor tehnice şi a normelor proprii ale unităţii de securitate a muncii şi apărare împotriva incendiilor la locul de muncă;
- să nu efectueze manevre nepermise sau modificări neautorizate la echipamentele şi recipientele cu risc de explozie precum şi a celor cu risc radioactiv;
- în cazul producerii unor situaţii excepţionale/de urgenţă care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea şi depozitarea substanţelor, materialelor, echipamentelor şi recipientelor cu risc de explozie şi radioactive, nu va mai utiliza respectivele substanţe şi materiale şi va opri alimentarea echipamentelor şi recipientelor cu risc de explozie şi radioactive.

k) Întreg personalul spitalului care execută activităţi de utilizare, manipulare şi depozitare a materialelor, echipamentelor şi recipientelor cu risc de explozie este obligat:

- să utilizeze substanţele periculoase, instalaţiile, utilajele, maşinile, aparatura şi echipamentele potrivit instrucţiunilor tehnice şi a normelor proprii de apărare împotriva incendiilor specifice locului de muncă;
- în cazul producerii unor situaţii excepţionale/de urgenţă care prezintă riscuri privind utilizarea, manipularea şi depozitarea substanţelor, materialelor, echipamentelor şi recipientelor cu risc de explozie şi radioactive, nu va mai utiliza respectivele substanţe şi materiale şi va opri alimentarea echipamentelor şi recipientelor cu risc de explozie şi radioactive;
- să nu efectueze manevre nepermise sau modificări neautorizate la sistemele şi instalaţiile de apărare împotriva incendiilor.

(2) Potrivit prevederilor legale incidente în vigoare, instruirea personalului care execută activităţi de utilizare, manipulare şi depozitare a materialelor, echupamentelor şi recipientelor cu risc de explozie se va realiza de către conducătorul locului de muncă sau după caz de responsabilul SSM prin următoarele instructaje:

g) Instructajul specific la locul de muncă în cadrul căruia se vor prezenta :
- caracteristicile fizico-chimice ale substanţelor, materialelor şi produselor utilizate la locul de muncă ;
- condiţiile ce determină sau favorizează producerea accidentelor şi cauzele potenţiale de incendiu specifice locului de muncă ;
- descrierea, funcţionarea , monitorizarea, şi modul de intervenţie la instalaţiile şi sistemele de siguranţă ale maşinilor şi utilajelor de la locurile de muncă
- concepţia de intervenţie la producerea unei situaţii de urgenţă
- sarcini specifice de intervenţie in situaţia apariţiei unui incendiu.

h) Instructajul special pentru lucrări periculoase se execută înaintea de începerea unor lucrări în timpul cărora pot apărea situaţii generatoare de incendiu din cauza manifestării unor surse specifice de aprindere. Lucrările care fac obiectul acestui instructaj, se referă în principal la:
- executarea unor operaţiuni de manevră ori de comandă a unor instalaţii sau utilaje tehnologice de importanţă ori intervenţia asupra acestora;
- lucrări de reparaţii sau întreţinere, distrugere nor deşeuri sau reziduuri periculoase pentru viaţa oamenilor sau a mediului;
- prelevarea de probe din recipiente sau instalaţii care conţin substanţe periculoase;
- lucrări de sudare;
- lucrări de taiere sau lipire cu flacără;
- lucrări care pot provoca scântei mecanice;
- lucrări care pot provoca scântei şi arcuri electrice;
- lucrări la cere se utilizează foc deschis;
- depozitarea, manipularea şi transportul de substanţe/ materiale periculoase;
- curăţarea interioară a unor vase, recipiente sau sisteme de evacuare în care au fost stocate, prelucrare ori vehiculate produse combustibile.

Art.331. – În situaţii excepţionale - dezastre naturale, incendiu, căderi de obiecte cosmice, acţiuni teroriste (atac cibernetic, luare de ostatici, ameninţare cu bombă), acţiuni de dezordine publică, atac armat asupra obiectivului, sau alte situaţii neprevăzute / nereglementate, dacă substanţele, materialele, echipamentele şi recipienţii cu risc de explozie şi radioactive, nu sunt afectate/implicate:
- se informează factorii decidenţi despre situaţia apărută;
- personalul îşi continuă activitatea normal, conform specificaţiilor de la articolele anterioare;
- se solicită acţiunea personalului de intervenţie şi se adoptă măsuri suplimentare de asigurare a securităţii pesonalului, activităţilor specifice, materialelor, echipamentelor şi recipientelor cu risc de explozie;

Dacă substanţele, materialele, echipamentele şi recipienţii cu risc de explozie şi radioactive, sunt afectate/implicate, precum şi în situaţii în care personalul de deservire şi/sau cu responsabilităţi este afectat sau este în imposibilitate de a-şi îndeplini atribuţiile:

- la dispoziția 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. 332. -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) număr de 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;

b) număr de 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;

c) numărul de instruiri privind gestionarea, utilizarea, manipularea și depozitarea nejudicioasă a materialelor, echipamentelor și recipientelor cu risc de explozie și radioactive în ultimul an calendaristic.

9.84. Gestionarea resurselor de rezerva din depozitul pentru calamități și rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia

Art. 333. –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. 334. –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 se stabilește

1. locația pentru constituirea depozitului de calamități pentru materialele și echipamentelor de resortul cazarmare,

2. locația pentru constituirea depozitului de calamități a stocului de medicamente și materiale sanitare.

În baza aceleiași decizii emise de Comitetul director menționată la lit. a) se aprobă "*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 Șefului Biroului AAT și a șefului farmaciei.

b) Responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu materiale de resortul cazarmare a depozitului pentru calamități situat este atribuită Șefului Biroului AAT, iar responsabilitatea privind coordonarea, monitorizarea, amenajarea spațiului și asigurarea cu medicamente și materiale sanitare în cadrul depozitului pentru calamități este atribuită șefului farmaciei.

c) 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.

d) În cazul în care se constată că în depozitul de calamităţi 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 şeful farmaciei despre acest lucru, acesta din urmă va lua măsuri pentru preschimbarea lor, dacă există în stoc, sau vor întocmi documentele necesare în vederea achiziţionării lor.

e) Medicamente şi/sau materialele sanitare pe cale de expirare în următoarele 6 luni, care au fost preschimbate din depozitul de calamităţi dispus în incinta farmaciei spitalului vor fi introduse spre consum în cadrul structurilor medicale din cadrul spitalului prin grija şefului farmaciei.

Art. 335. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de gestionare a resurselor de rezervă din depozitul pentru calamităţi şi rularea materialelor perisabile din cadrul acestuia sunt următorii:

a) Asigurarea permanentă în cadrul depozitului de calamităţi a produselor înscrise în "*Lista cu stocurile minime ale materialelor de cazarmament, medicamentelor şi materialor sanitare prezente obligatoriu la nivelul depozitului pentru calamităţi*" aprobată de către Comitetul director.

b) Rularea fără sincope a materialelor perisabile din cadrul depozitului de calamităţi, astfel încât în acesta să se regăsească doar produse în termen de valabilitate.

9.85. Modul de realizare al meniurilor zilnice

Art. 336. –Reglementarea modalităţii de realizare al meniurilor zilnice are ca principale scopuri:

a) Dispune măsurile necesare pentru ca alimentaţia pacienţilor să fie stabilită în concordanţă cu recomandările igieno-dietetice corespunzătoare patologiei fiecăruia dintre aceştia;

b) Dispune măsurile necesare pentru ca alimentaţia pacienţilor să fie adaptate în concordanţă cu convingeriile proprii sau exprimate de către fiecare dintre aceştia;

c) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- hrană necorespunzătoare pe categorii de patologii, afiliere religioasă, spirituală sau personală ale pacienţilor;
- apariţia/menţinerea unor afecţiuni.

Art. 337. –Etapele modalităţii de realizare al meniurilor zilnice presupune derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Dieta zilnică recomandată pacienţilor şi factorii alergeni alimentari sunt consemnaţi în F.O.C.G. de către medicii curanţi.

b) Dieta zilnică recomandată pacienţilor de către medicii curanţi va ţine cont de patologia şi alergiile pacienţilor precizate în F.O.C.G.

c) La solicitarea expresă a pacientului adresată medicilor curanţi vor fi asigurate diete special adaptate convingerilor proprii sau spirituale, exprimate de pacienţi, în măsura în care acestea nu contravin patologiei şi alergiilor pacienţilor precizate în F.O.C.G.

d) *„Situaţia zilnică cu mişcarea bolnavilor, evidenţa paturilor şi cu alocarea-scoaterea de la drepturi a bolnavilor-Foie de alimentatie"* realizată de asistentele şefe în baza înscrisurilor din F.O.C.G. este transmisă zilnic la B.A.până la ora 7.00. Pentru pacienţii internaţi în Compartimentele A.T.I/ secţia Pediatrie copil 1-3 ani. respectiva situaţie se întocmeşte de către asistentele şefe ale secţiilor medicale din care provin

e) Alimentele necesare prepararii regimurilor speciale pentru copii sugari până la un an,se solicita prin *Situaţia zilnică cu mişcarea bolnavilor, evidenţa paturilor şi cu alocarea-scoaterea de la drepturi a bolnavilor-Foie de alimentatie"* realizată de asistentele şefe în baza înscrisurilor din F.O.C.G. este transmisă zilnic la B.A.până la ora 7.00.

f) Regimurile speciale pentru copii sugari până la un an, se prepară în cadrul biberoneriei din cadrul Secţiei pediatrie de catre asistenta nominalizata conform graficului de lucru pe baza recomandarilor medicului in FOG /caietului de alimentatie completat zilnic de catre asistentul care deserveste compartimentul de sugari.Caietului de alimentatie este verificat zilnic prin semnare de catre asistenta sefa de sectie

g) În cazul sosirii în S.O. Luduş a unor efective mai mari de pacienţi înainte de masă, responsabilul cu întocmirea notelor de distribuţie din cadrul B.A. va întocmi o notă de distribuţie suplimentară.

h) Asistentul medical dietetician întocmeşte meniurile zilnice pe zile calendaristice a meselor ce urmează a fi servite (dimineaţa/gustare, prânz, seara) raportat la *„Situaţiile."* menţionate la lit. d) întocmită de către asistentele şefe.

i) Asistentul medical dietetician din cadrul B.A. întocmeşte planul meniu săptămânal şi îl prezintă managerului spre aprobare.

j) În baza planului meniu aprobat, responsabilul din structura administrativă împreună cu şeful de depozit alimente întocmesc documentele justificative pentru distribuţie şi scădere din depozit a alimentelor.

Art. 338. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a modalităţii de realizare al meniurilor zilnice sunt următorii:

a) Numărul de F.O.C.G. în care sunt specificate alergiile pacienţilor raportat la numărul de pacienţi externaţi în ultimul an clendaristic.

b) Numărul de *„Situaţii..."* menţionate la art. 337 lit. d) e) întocmite de către asistentele şefe în care au fost preluate informaţiile privind dieta zilnică recomandată pacienţilor şi factorii alergeni alimentari consemnaţi în F.O.C.G. de către medicii curanţi.

c) Numărul de meniuri realizate/utilizate la nivelul S.O. Luduş adaptate în concordanţă cu convingeriile proprii sau exprimate de către pacienţi.

9.86. Modul de declarare/înregistrare şi analiză a accidentelor de muncă

Art. 339. – **(1)** Reglementarea procesului de declarare/înregistrare şi analiză a accidentelor de muncă are ca principale scopuri:

a) Stabilirea responsabilităţilor privind întocmirea, avizarea şi aprobarea şi transmiterea documentelor aferente acestei activităţi.

b) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- producerea de daune asupra personalului şi / sau instituţiei.

Art. 340. – **(1)** În conformitate cu reglementările în vigoare accidentul de muncă este vătămarea violentă a organismului, precum şi intoxicaţia acută profesională, care au loc în timpul procesului de muncă sau în îndeplinirea îndatoririlor de serviciu şi care provoacă incapacitate temporară de muncă de cel puţin 3 zile calendaristice, invaliditate ori deces. Accidentul de muncă poate fi:

a) accidentul care produce incapacitate temporară de muncă – accidentul care determină întreruperea activităţii persoanei respective pe o durată de cel puţin 3 zile calendaristice consecutive, confirmată prin certificat/scutire medicală;

b) accidentul de muncă care produce invaliditate – accidentul care determină pierderea totală sau parţială a capacităţii 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 inteval 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 puţin 3 persoane în acelaşi timp şi din aceleaşi cauze.

(2) Etapele procesului de declarare/înregistrare şi analiză a accidentelor de muncă presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Fiecare dintre membrii personalului S.O. Luduş are obligaţia să aducă la cunoştinţa conducătorului locului de muncă şi/sau angajatorului accidentele suferite de propria persoană.

b) Responsabilul cu securitatea şi sănătatea în muncă încadrat la nivelul S.O. Luduş are obligaţia să ţină evidenţa accidentelor de muncă ce au ca urmare o incapacitate de muncă mai mare de 3 zile de lucru, a accidentelor uşoare, a bolilor profesionale, a incidentelor periculoase, precum şi a accidentelor de muncă, astfel cum sunt definite la art. 5 lit. g) din *Legea nr. 319/2006 a securităţii şi sănătăţii în muncă , cu modificările şi completările ulterioare.*

c) Cercetarea, înregistrarea şi evidenta accidentelor de muncă şi a bolilor profesionale produse în S.O. Luduş se efectuează la nivelul acestuia prin aplicarea prevederilor art. 50 alin. (2) din *Legea nr. 319/2006 a securităţii şi sănătăţii în muncă , cu modificările şi completările ulterioare.*

d) Managerul spitalului este obligat să informeze organul de urmărire penală competent, imediat ce a luat la cunoştinţă de producerea accidentului de muncă, luând măsuri după caz pentru conservarea probelor, şi interzicerea accesului oricăror persoane la locul faptei, înainte de sosirea organului de cercetare la locul penală sau a procurorului, cu excepţia 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 S.O. Luduş. Din comisia de cercetare face parte personalul cu responsabilităţi în domeniul în care s-a săvârşit accidentul. La cercetarea accidentului nu pot participa persoanele implicate în producerea acestuia. Pe timpul cercetării, dacă situaţia impune, comisia solicită sprijinul organelor de cercetare penală.

f) Concluziile comisiei de cercetare se prezintă managerului S.O. Luduş în termen de 15 zile calendaristice de la data săvârşirii accidentului sau, după caz, de la data luării la cunoştinţă despre accidentul respectiv şi 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 şi sănătatea în muncă.

g) În cazul în care managerul S.O. Luduş sau unul dintre membrii Comitetului director din cadrul spitalului este implicat în săvârşirea unui accident, comisia de cercetare este numită de către forul tutelar al spitalului

h) La producerea unui accident de muncă şeful secţiei 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 săvârşirii accidentului, împrejurările în care s-a produs, personalul implicat în accident, urmările accidentului, primele măsuri luate, ora la care managerul spitalului a luat la cunoştinţă despre producerea acicidentului, măsurile dispuse de către managerul spitalului, ora la parchetul de pe lângă instanţa competentă a fost informat cu privire la producerea accidentului, potrivit legislaţiei în vigoare.

Art. 341. Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului de declarare/înregistrare şi analiză a accidentelor de muncă sunt următorii:

a) Număr de accidente de muncă produse la nivelul spitalului din numărul total de evenimente produse şi raportate în anul calendaristic precedent.

b) Număr de accidente de muncă produse la nivelul spitalului care au fost raportate de membrii personalului S.O. Luduş care au suferit respectivele accidente, din totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

c) Număr de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost nominalizat personal cu responsabilităţi în domeniul în care s-a săvârşit accidentul, din totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

d) Număr de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost întocmit proces-verbal de cercetare în termenul legal, din totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

e) Număr de accidente de muncă produse la nivelul spitalului pentru care a fost transmis raport ca urmare a săvârşirii unui accident în termenul legal, din totalul accidentelor de muncă înregistrate la nivelul spitalului în anul calendaristic precedent.

9.87. Circuitul documentelor în cadrul spitalului

Art. 342. – Reglementarea circuitului documentelor în cadrul spitalului are ca principale scopuri:

a) Implementarea la nivelul instituţiei a legislaţiei naţionale şi departamentale privind gestionarea documentelor.

b) Asigurarea protecţiei, confidenţialităţii, disponibilităţii şi accesibilităţii informaţiilor cu respectarea principiului necesităţii de a cunoaşte;

c) Cunoaşterea permanentă a transabilităţii documentelor emise/primite de/în instituţie;

d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- accesul neautorizat la informații cu caracter personal care nu sunt libere la publicare.

Art. 343. – (1) Protecţia documentelor/informațiilor în spital are la bază:

a) Respectarea regulilor privind redactarea, evidenţa, multiplicarea, manipularea, păstrarea, transmiterea, împachetarea, transportul şi distrugerea documentelor

b) Respectarea regulilor privind evidenţa şi lucrul cu mediile de stocare a informaţiilor;

c) Respectarea regulii birou curat;

d) Respectarea regulilor privind păstrarea confidențialității conținutului documentelor;

e) Interzicerea utilizării, pentru transmiterea informaţiilor a mijloacelor electronice neprotejate;

f) Respectarea regulilor privind transportul documentelor;

g) Evitarea prezentării unor informaţii care, combinate, pot alcătui o imagine completă a unor probleme confidenţiale;

h) Respectarea reglementărilor privind managementul cheilor/parolelor de acces în incinte/încăperi în care se gestionează documente;

i) Respectarea reglementărilor privind asigurarea măsurilor de protecţie fizică, cum ar fi: securizarea birourilor la plecarea de la program, securizarea serverelor etc.;

j) Evitarea discuţiilor despre probleme confidenţiale în locuri publice.

Art. 344. – (1) Măsurile organizatorice stabilite la nivelul S.O. Luduş în partea care se referă la circuitul documentelor sunt următoarele:

a) Unitățile arhivistice constituite în cadrul spitalului se păstrează în încăperile special amenajate

b) Consultarea documentelor care au fost arhivate se face numai după ce în prealabil a fost obținută aprobarea managerului.

c) Utilizarea codurilor/cartelelor de acces şi cheilor de serviciu de către alte persoane decât cele care le deţin, se face numai în situaţii de urgenţă după ce în prealabil a fost obţinută aprobarea managerului.

d) Pentru evidenţa, prelucrarea, procesarea, păstrarea, manipularea, multiplicarea, transmiterea, distrugerea şi arhivarea documentelor în cadrul Spitalului sunt desemnate persoane cu atributii.

e) Nici o persoană din cadrul spitalului nu are acces la informaţii confidențiale/cu caracter personal în virtutea funcţiei pe care o deţine.

(2) Primirea corespondenţei în cadrul S.O. Luduş se poate realiza astfel:

a) Letric sau pe suporți electronici de informație, prin Poșta Română și prin alte firme specializate de curierat;

b) Prin fax secretariat spital sau e-mail la: secretariat spital, birou achiziții, birou RUNOS, staistică medicală, .birou financiar-contabil, compartiment juridic, CPIAAM, director medical,bloc alimentar, laborator analize, serviciu anatomie patologică, farmacie spital, compartiment primiri urgențe

(3) – Protecţia documentelor la nivelul spitalului, presupune:

c) Documentele se înregistrează, obligatoriu în evidențele secretariatului constituite la nivelul Spitalului precum și la nivelul altor structuri ale spitalului stabilite prin decizie a managerului.

d) Unitățile arhivistice constituite în cadrul Spitalului se păstrează în încăperile special amenajate, care corespund normelor de protecţie 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.

e) Protecţia fizică a informaţiilor se asigură în scopul de a interzice accesul neautorizat, clandestin sau prin forţă la acestea, pentru a detecta şi împiedica acţiunile subversive, pentru a contribui la realizarea accesului la informaţii confidențiale numai pe baza principiului „necesitatea de a cunoaşte" şi pentru a preveni orice alte situaţii, împrejurări sau fapte de natură a periclita ori compromite securitatea informaţiilor.

f) Protecţia fizică se realizează prin senzori de fum sistem de alarmă conectat la SC Sirgombos Security SRL.

g) Uşile încăperilor se închid luându-se şi măsuri de activare a sistemelor tehnice de securitate fizică, iar sistemul de aerisire al acestora se asigură împotriva accesului neautorizat şi introducerii de materiale periculoase.

h) In cazul în care se constată violarea încuietorilor, nu se mai deschide încăperea respectivă, şi se informează imediat managerul care dispune măsurile ce se impun.

i) După vizita in arhiva incăperile în care se păstrează documente se încuie, luându-se şi măsuri de activare a sistemelor tehnice de securitate fizică, acolo unde acestea sunt instalate.

(3) Corespondența primită se prezintă managerului spitalului. Acesta o va analiza şi va consemna rezoluţii pe documente.

(4) Circuitul documentelor în cadrul spitalului presupune următoarele responsabilităţi:

a) Secretarul/inlocuitorul secretarului spitalului desfăşoară următoarele activităţi:
   i. primeşte documentele sosite pe adresa spitalului şi verifică integritatea sigiliilor/ştampilelor şi a ambalajelor în care acestea au fost împachetate, precum şi cele întocmite de personalul spitalului;
   ii. verifică documentele, exemplar cu exemplar şi filă cu filă;
   iii. înregistrează documentele primite şi le prezintă managerului spitalului după care, pe baza rezoluţiei înscrise pe ele, le predă pe bază de semnătură, persoanelor cărora le-au fost repartizate;
   iv. distribuie documentele numai pe baza rezoluţiei înscrise pe acestea, respectiv persoanei nominalizate prin consemnarea in format electronic in Registra si emiterea condicilor zilnice de evidență a documentelor

b) Persoana căruia i-au fost repartizate documentele desfăşoară următoarele activităţi:
   i. verifică documentele, exemplar cu exemplar şi filă cu filă;
   ii. semnează de primirea documentelor în condica pentru evidenţa documentelor;
   iii. rezolvă documentele, conform termenelor şi rezoluţiei de pe acestea, respectând măsurile de protecţie al informaţiilor conţinute şi prevederile legale referitoare la datele cu caracter personal.
   iv. după soluționare, arhivează sau distruge documentul, după caz.

c) Alte reguli privind circuitul documentelor:
   i. Circuitul unui document se consideră încheiat atunci când acesta este justificat în secretariat/registrul electronic prin îndosariere, distrugere sau este returnat la emitent.
   ii. Documentele adresate managerului Spitalului, se prezintă acestuia de către personalul din secretariat, iar după înscrierea rezoluţiei pe acestea, se înapoiază la secretariat, pentru a fi distribuite spre soluţionare, personalului nominalizat pe acestea.
   iii. La mutarea din spital, schimbarea sau suspendarea din funcţie, pensionarea, plecarea în concediu fără plată sau pentru creşterea şi îngrijirea copilului, personalul predă la secretariat toate documentele pe care le are în primire.
   iv. La detaşarea în alte instituţii, 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 desfăşurării activităţilor compartimentului înlocuitorului legal, iar pe celelalte la secretariat.
   v. Documentele elaborate de personalul unitatii se predau la secretariat pentru înregistrare după ce acestea sunt semnate şi ştampilate de către persoanele în drept.
   vi. Orice situaţie de compromitere a informaţiilor, face obiectul informării imediate a managerului.

(5) În situaţia în care răspunderea pentru elaborarea răspunsului sau desfăşurarea unor activităţi priveşte mai multe microstructuri/persoane din cadrul Spitalului, prima microstructură/persoană nominalizată în rezoluţie de managerul Spitalului pe documente, se consideră a fi răspunzătoare de executarea respectivei activităţi, fiind obligată să se consulte cu celelalte microstructuri/persoane înscrise de către manager în rezoluţie, pentru soluționare. Şefii microstructurilor, după formularea rezoluţiei, dispun monitorizarea documentelor şi transmiterea lor la persoanele angajate în execuţie. *Fotocopii* ale acestor documente se realizează/trimit, doar atunci când este *absolut necesar*, însoţite de precizările de rigoare, cu respectarea strictă a legislaţiei privind multiplicarea documentelor.

(6) Pe tot parcursul anului, documentele soluţionate, 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 şi justificarea documentelor în evidenţe, se încheie. Fiecare şef /coordonator de microstructură funcţională răspunde de clasarea corectă a informaţiilor în mape/dosare.

(7) La redactarea documentelor se respectă obligatoriu următoarele reguli:

i. Menţionarea, în antet, a instituţiei şi spitalului emitente, a numărului şi datei înregistrării, a numărului de exemplar şi, după caz, a destinatarului;
ii. Înscrierea numerelor de înregistrare pe toate exemplarele documentului şi pe anexele acestuia.
iii. Înscrierea în clar, la sfârşitul documentului, a funcţiei, numelui şi prenumelui managerului spitalului emitent, semnătura acestuia, ştampila spitalului precum şi numele, prenumele şi semnătura persoanei care a întocmit documentul şi nr. telefon.
iv. Înscrierea pe fiecare pagină a documentului, a numărului curent al paginii, urmat de numărul total al acestora.

Reguli privind semnarea şi expedierea corespondenţei:

i. Documentele se transmit către destinatari numai cu aprobarea comenzii spitalului, prin curieri sau pe canale de comunicaţii protejate.
ii. Documentele se împachetează în vederea expedierii în plicuri/ambalaje opace, astfel încât conţinutul acestora să nu fie vizibil.
iii. Pe plic/colet este obligatorie înscrierea următoarelor elemente: destinatarul, expeditorul, localitatea destinatarului/expeditorului, judeţul şi numărul de înregistrare.
iv. Pentru sigilarea plicurilor/coletelor se utilizează stampila cu adresa spitalului se imprimă pe faţa plicului în colţul din stânga sus şi ştampila rotundă pe spatele plicului la cele două capete unde se închide plicul).

Art. 345. Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului *Circuitul documentelor în cadrul spitalului* sunt următorii:

a) Numărul de instruiri planificate şi executate privind punerea în practică a măsurilor stabilite pentru reglementarea procesului în ultimul an calendaristic;

b) Numărul verificărilor/ controalelor privind cunoaşterea, înţelegerea şi aplicarea corectă de către personal a reglementărilor care privesc circuitul documentelor.

9.88. Colectarea şi gestiunea datelor la nivelul spitalului

Art. 346. –Reglementarea procesului de colectare şi gestiune a datelor la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

a) Se asigură respectarea legislaţiei incidente în vigoare cu privire la securitatea datelor.
b) Clarificarea aspectelor privin colectarea, gestiunea şi fluxul informaţiilor la nivelul spitalului;
c) Asigurarea datelor/informaţiilor necesare factorilor decizionali pentru cunoaşterea temeinică a stadiului şi calităţii îndeplinirii obiectivelor ce revin spitalului, precum şi a acelor date necesare pentru luarea deciziilor şi implementarea măsurilor ordonate.
d) Elimină/tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
- înregistrarea, stocarea, transmiterea greşită a datelor.

Art. 347. – (1) Gestionarea datelor şi informaţiilor medicale/nemedicale cuprinde operaţiunile de centralizare, administrare, protejare şi asigurare a back-up-ului datelor, atât a celor cu caracter general cât şi a celor cu caracter confidenţial.

(2) Sistemul de colectare şi gestiune a datelor la nivelul spitalului se constituie din trei elemente:

a) Fluxul informaţional - reprezintă circulaţia stabilă a unei cantităţi de date / informaţii între organele structurale ale sistemului informaţional al S.O. Luduş, independent de natura purtătorului material de informaţie şi procedeele folosite pentru colectarea, transmiterea, prelucrarea şi diseminarea lor. Conţinutul fluxului informaţional este format de documentele şi 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 informaţii formale (cele stabilite prin regulamente şi alte acte normative), ci şi cele informale. Colectarea datelor se face într-un sistem unitar, planificat, atât la nivelul managementului spitalului, cât şi al microstructurilor funcţional.

b) Circuitul informaţional - reprezintă drumul parcurs de diferite categorii de date/informaţii, din momentul generării acestora de către o anumită sursă, până la punctul de prelucrare a datelor şi elaborare a deciziilor, precum şi de datele/informaţiile care conţin deciziile conducerii adresate organelor de execuţie.

c) Reţeaua informaţională.

Art. 348. – (1) Etapele procesului de colectare şi gestiune a datelor la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Informarea echipei decizionale privind existenţa de date/informaţii se realizează atât pe orizontală cât şi pe verticală, prin:

i. Legătura cu omologii de la instituţii cu care se colaborează, la începutul şi sfârşitul săptămânii;
ii. Activitatea de informare în cadrul spitalului participarea la şedinţele de lucru;
iii. Participarea la activităţi de control şi îndrumare;
iv. Studiul corespondenţei primite prin sistemul de corespondenţă scrisă sau electronică;
v. Studiul mass-media şi al publicaţiilor de specialitate;
vi. Canale informaţionale din surse deschise (tv, internet) ;
vii. Activităţile protocolare desfăşurate la nivelul mun. Târgu-Mureş;
viii. Audienţe, cereri, reclamaţii, petiţii şi sesizări;

b) Prelucrarea datelor /informaţiilor se face în cadrul fiecărei microstructuri prin:

i. Procesarea datelor - se realizează prin prelucrarea primară şi gruparea acestora pe domenii;
ii. Analiza datelor şi informaţiilor - presupune studierea acestora în scopul stabilirii gradului de autenticitate şi a semnificaţiei reale;
iii. Valorificarea datelor se realizează prin interpretarea acestora cu privire la domeniile de competenţă şi responsabilitate.;
iv. Diseminarea datelor între microstructurile spitalului - schimbul de date se face prin reţeaua de calculatoare sau prin contactarea personalului care are atribuţii în legătură cu informaţia, în funcţie de domeniu, activitate şi "necesitatea de a cunoaşte". Predarea/primirea documentelor scrise intern între microstructurile Spitalului se face pe bază de semnătură în registrele proprii de evidenţă. Personalul spitalului care intră în posesia unor date/informaţii, care nu sunt din sfera sa de competenţă, **este obligat** să informeze pe cel răspunzător de gestionarea problematicii, iar cel care le generează răspunde de aceasta până la ajungerea ei la beneficiar şi întoarcerea sub forma conexiunii inverse (feed-back).
v. Centralizarea şi evidenţa datelor şi informaţiilor - se face în cadrul secretariat 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 circulaţia informaţiilor, în cadrul spitalului, îl constituie *documentul*, în toate formele sale, acesta trebuind să corespundă necesităţilor obiective de informare, atât a factorilor de decizie cât şi a celor de execuţie.

d) Raţionalizarea şi tipizarea documentelor reprezintă o prioritate avută în vedere de către toţi şefii de microstructuri din cadrul S.O. Luduş, care rezidă din tendinţa existentă, de a introduce mereu în procesul de management, noi documente care conţin adesea informaţii nesemnificative şi redundante, concretizate în repetarea unor prevederi legislative sau a unor date curente. Tipizarea documentelor reprezintă o cale importantă de perfecţionare a procesului de conducere, în acest proces urmărindu-se următoarele cerinţe:

i. Creşterea 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 informaţii să aibă o destinaţie practică şi o funcţionalitate multiplă;
iv. Concentrarea maximă a datelor într-un număr cât mai redus de documente şi micşorarea volumului de date înscrise în acestea, prin creşterea gradului de concizie şi sintetizare;
v. Fiecare document tipizat trebuie să fie concretizat într-un formular cu titlu, destinatar şi cod propriu de identificare;
vi. Datele imprimate pe formulare să fie prezentate într-o succesiune logică;
vii. Să se asigure minimalizarea sau eliminarea operaţiilor manuale de trecere a informaţiilor de pe un document pe altul în procesul de prelucrare a datelor;
viii. Să conducă la micşorarea însemnată a cantităţii de hârtie folosită pentru elaborarea documentelor prin reducerea la maxim a numărului de exemplare;
ix. Separarea conţinutului informaţional al documentelor în parte fixă (informaţie permanentă) şi parte variabilă care exprimă mărimile concrete sau categorii de date specifice.

e) Specific, datele/informaţiile clinice la nivel de pacient se culeg din F.O.C.G./F.S.Z., introdusă în sistemul informaţional al spitalului conform *O.M.S. nr. 1.782/2006 cu modificările şi completările ulterioare, privind înregistrarea şi raportarea statistică a pacienţilor care primesc servicii medicale în regim de spitalizare de zi.* Datele astfel colectate formează setul minim de date la nivel de pacient – SMDPC şi SMDPZ. Toate datele la nivel de pacient colectate de spital (CNP, diagnostic, codurile de parafă ale medicilor) sunt confidenţiale şi li se aplică măsuri specifice de protecţie, conform reglementărilor legale în vigoare. De colectarea, înregistrarea, autenticitatea datelor clinice înscrise în programe şi actualizarea la zi a acestora răspunde personalul structurii de statistică şi evaluare medicală şi responsabilii nominalizaţi din microstructura internări, farmacie, secţii, compartimente şi cabinete.

(2) Întreg personalul care se încadrează structurile S.O. Luduş este obligat să respecte toate măsurile tehnice şi organizatorice implementate la nivelul spitalului cu privire la păstrarea confidenţialităţii şi integrităţii datelor cu caracter personal, a securităţii prelucrărilor acestor date.

Art. 349. Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate ai procesului de colectare şi gestiune a datelor la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Deciziile/ executarea sarcinilor se dispun/realizează cu încadrarea în termenele legale.

b) Fluxul informaţional de gestionare a datelor şi informaţiilor răspunde cerinţelor actuale de gestionare a problematicilor specifice Spitalului.

9.89. Protecţia sistemului informatic la nivelul spitalului

Art. 350. – Reglementarea procesului de protecţie a sistemului informatic la nivelul spitalului are ca principale scopuri:

a) Clarificarea principalelor aspecte privind realizare / adoptarea măsurilor de protecţie a sistemului informaţional la nivelul spitalului;

b) Stabileşte obligaţiile personalului care gestionează informaţii în sistemele informatice pentru aplicarea regulilor de protecţie şi manipulare a acestora;

c) Stabilirea fluxurilor operaţiunilor desfăşurate pentru utilizarea dispozitivelor de stocare a informaţiilor proprietate privată

d) Elimină următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:

- distrugerea fizică a echipamentelor - situaţii de forţă majoră;
- indisponibilitatea sistemului cauzată de număr redus de persoane care cunosc informaţia;
- divulgarea de informaţii;
- fraude produse prin intermediul sistemului informatic;
- furturi de echipamente şi informaţii.

Art. 351. – Procesul de de protecţie a sistemului informatic la nivelul spitalului presupune derularea următoarelor activităţi şi exercitarea următoarelor responsabilităţi:

a) Sistemele informatice şi de comunicaţii sunt exploatate în încăperi/spaţii care îndeplinesc cerinţele de protecţie fizică potrivit cerinţelor specifice de acreditare, funcţie de destinaţie, conţinutul şi tipul informaţiilor 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 informaţii, unităţi zip, etc) nu pot fi introduse şi utilizate în perimetrul S.O. Luduş.

c) Personalul spitalului care exploatează sistemele informatice din dotare (atât cele din compunerea reţelei de calculatoare cât şi pe cele independente sau din compunerea completelor aparaturii medicale) trebuie respecte următoarele reguli:

- să completeze şi să semneze un angajament de confidenţialitate;
- să depună o cerere pentru crearea contului de acces în sistemul informatic;
- să nu acceseze contul şi parola altui utilizator, să nu le înstrăineze şi să ia toate măsurile pentru a nu fi divulgate cele proprii;
- să utilizeze sistemele informatice pentru rezolvarea problemelor de serviciu având grijă să consemneze şi să informeze la structura informatică orice problemă tehnică sau de securitate ce poate apare;
- să nu permită accesul la sistemele informatice a persoanelor neautorizate;
- să mânuiască şi să utilizeze suporţii de informaţii conform regulamentelor în vigoare;
- să respecte procedurile operaţionale de securitate specifice categoriei de sistem informatic la care are acces;

d) În cazul achiziţiilor de software specializat, echipamente sau aparatură medicală ce au în inventarele de complet sisteme informatice şi aplicaţii software, se va informa structura informatică, montarea facandu-se de firma specializata.

e) Accesul la sistemele informatice din dotarea S.O. Luduş de către firmele autorizate ca urmare a semnării unor contracte de colaborare se va face numai în prezenţa cel puţin a unui specialist din structura informatică, după semnarea angajamentelor şi îndeplinirea formalităţilor prevăzute de legile şi regulamentele în vigoare;

f) Accesul personalului S.O. Luduş la Internet se va face numai pe sistemele informatice special destinate acestui scop cu respectarea următoarelor reguli:

- nu este permisă transmiterea pe Internet de informaţii confidenţiale sau medicale;
- Internetul se va accesa numai în scopurile aprobate: consultarea de site-uri cu caracter ştiinţific, colaborări pe diverse proiecte de cercetare, update-uri, licitaţie electronică, alte forme de colaborare electronică cu diverse instituţii, organisme şi organizaţii interne şi internaţionale ce fac obiectul, documentare, educaţie, instruire.

g) Orice eveniment de securitate necesită informarea managerului;

h) Instruirea personalului pentru utilizarea şi exploatarea sistemele informatice precum şi în ceea ce priveşte securitatea informatică se va face conform Planului specific anual aprobat.

i) Periodic, şefii nemijlociţi au obligaţia verificării modului în care personalul subordonat respectă legislaţia în vigoare privind aplicarea asigurarea confidenţialităţii informaţiilor şi respectarea măsurilor stabilite privin protecţia lor.

j) Administratorul de sistem/ reţea răspunde de instalarea corectă, întreţinerea şi modificarea setărilor componentelor hardware.

k) Structura de comunicaţii şi informatică din cadrul S.O. Luduş răspunde de actualizarea în permanenţă a protecţiei antivirus pentru sistemul informatic al spitalului.

l) Este interzisă îndepărtarea sau deteriorarea de către utilizatori a sigiliilor aplicate pe carcasele şi porturile neutilizate ale sistemelor informatice pe care le exploatează. În cazul constatării lipsei sau deteriorării sigiliului, utilizatorul este obligat să anunţe imediat administratorul de securitate;

m)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

n) Lucrările de mentenanță a sistemelor informatice sunt efectuate numai de către inginerul IT sau de către personalul autorizat, numai după ce s-au luat toate măsurile pentru asigurarea securității informațiilor conținute de mediile de stocare.

o) Instalarea de software se efectuează numai de către inginerul IT sau de firmele autorizate conform contractelor.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 sau de securitate, care vor întreprinde măsurile ce se impun în funcție de situație;

p) Informațiile vehiculate în REȚEAUA INTERNET și aplicațiile software sunt supuse controalelor în toate domeniile securității și protejate corespunzător.

q) 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.

r) Prin grija structurii de comunicații și informatică pentru serverele pe care se stochează informațiile, se asigură spații securizate și protejate.

Art. 352. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Număr de evenimente/incidente de securitate în ultimul an calendaristic;

b) Număr de angajamente de confidențialitate existente în raport cu numărul de personal angajat din S.O. Luduș;

c) Număr de cereri pentru crearea contului de acces în sistemul informatic depuse în raport cu numărul de utilizatori ai sistemului informatic în cadrul S.O. Luduș.

d) Număr de instruiri pentru utilizarea și exploatarea sistemele informatice precum și în ceea ce privește securitatea informatică efectuate în raport cu numărul de instruiri planificat în ultimul an calendaristic.

9.90. Arhivarea documentelor la nivelul spitalului

Art. 353. – 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 cestora;

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:

- pierderea disponibilității și confidențialității datelor și informațiilor gestionate în cadrul spitalului.

Art. 354. - Etapele procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului presupun derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a) La nivelul S.O. Luduș, 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 responsabilul cu documente clasificate care are in atributii admistrare documente arhivă, avizat de manager și aprobat de Arhivele Naționale. Modificarea și / sau completarea acestuia se poate face cu respectarea aceluiași algoritm, pentru realizarea corecțiilor necesare, anul, prin decizie la nivel de unitate emisa de manager.

g) 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 etic.

h) 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.

i) Responsabilii cu crearea unităților arhivistice le predau personalului cu atribuții de gestionare ale fondului arhivistic care certifică prin semnătură numărul total al filelor acestora și aplică ștampila instituției, pe baza procesului verbal de predare – primire, conform legislatiei

j) Evidența intrărilor / ieșirilor în / din FONDUL ARHIVISTIC se completează / actualizează permanent de personalului cu atribuțiiale de gestionarea fondului arhivistic în registrul special constituit.

k) 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.

l) 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 decembrie. Selecționarea unităților arhivistice se execută conform reglementărilor incidente în vigoare.

m) 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.

n) Păstrarea documentelor în arhivă se face pe durata prevăzută în Nomenclatorul arhivistic.

o) Persoanele responsabile cu gestionarea fondului arhivistic verifică periodic modul de păstrare în timp a unităților arhivistice.

p) Persoanele responsabile cu gestionarea fondului arhivistic asigură diseminarea, în părțile care îi privesc, a conținutului Nomenclatorului către creatorii de unități arhivistice;

Art. 355. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de arhivare a documentelor la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Număr de unități arhivistice create pe parcursul ultimului an calendaristic.

b) Număr de documentele nejustificate în registrele acestora de evidență pentru ultimul an calendaristic.

c) Număr de unități arhivistice selecționate în vederea distrugerii în ultimul an calendaristic.

9.91. Protecția sistemului informațional la nivelul spitalului

Art. 356. – 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) Stabileşte obligaţiile personalului care gestionează informaţii în sistemele informatice pentru aplicarea regulilor de protecţie şi manipulare a acestora;

c) Stabilirea fluxurilor operaţiunilor desfăşurate pentru utilizarea dispozitivelor de stocare a informaţiilor 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. 357. - Este INTERZISĂ scoaterea din unitate, fără aprobare a documentelor apațînând spitalului, indiferent de formă, timp, conținut sau scop.

(3) 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 informatii 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. *"9.5 Reguli privind accesul în Spital al persoanelor, controlul materialelor și controlul vehiculelor"* 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 confidențiale/cu caracter personal se efectuează astfel încât să nu se faciliteze accesul la conținutul acestora persoanelor care nu sunt abilitate să le cunoască, cu excepţia cazurilor impuse de lege;
- Manipularea documentelor confidențiale/cu caracter personal trebuie să permită în orice moment posibilitatea identificării cu ușurință a acestora şi să poată fi justificate cu prilejul controalelor, inspecțiilor sau verificării anuale;
- Distrugerea documentelor confidențiale/cu caracter personal se execută pe baza semnăturilor în registrele pentru evidenţă primară ale deținătorului şi ale secretariatului sau, dacă sunt supuse unei forme de evidenţă specifice, ale persoanei care le gestionează şi şefului structurii de resort;
- Prin excepție, distrugerea registrelor unice confidențiale/cu caracter personal se face pe bază de proces-verbal;
- Clasarea în dosare a documentelor confidențiale/cu caracter personal se face în conformitate cu respectarea cerinţelor specifice fiecărui domeniu şi a instrucţiunilor 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
    - *"9.87. Circuitul documentelor în cadrul spitalului"*
    - *"9.88. Colectarea şi gestiunea datelor la nivelul spitalului"*
    - *"9.89. Protecția sistemului informatic la nivelul spitalului"*
    - *"9.90. Arhivarea documentelor la nivelul spitalului"*
    - *"9.92. Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului"*
    - *"9.93. Condiţii de acces, prelucrare şi protecţie a informaţiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale şi personale ale pacientului"*
    - *"9.94. 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"*

(4) Particularități privind protecția sistemului informatic, componentă a sistemului informațional al Spitalului:

a) Sistemele informatice şi de comunicaţii sunt exploatate în încăperi/spaţii care îndeplinesc cerinţele de protecţie fizică potrivit cerinţelor 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 informaţii, unităţi zip,

etc) pot fi introduse şi 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 reţelei de calculatoare cât şi pe cele independente sau din compunerea completelor aparaturii medicale) trebuie respecte următoarele reguli:

- Să completeze şi să semneze un angajament de confidenţialitate;
- Să depună o cerere pentru crearea contului de acces în sistemul informatic;
- Să nu acceseze contul şi parola altui utilizator, să nu le înstrăineze şi să ia toate măsurile pentru a nu fi divulgate cele proprii;
- Să utilizeze sistemele informatice pentru rezolvarea problemelor de serviciu având grijă să consemneze şi să informeze la structura informatică, orice problemă tehnică sau de securitate ce poate apare;
- Să nu permită accesul la sistemele informatice a persoanelor neautorizate;
- Să mânuiască şi să utilizeze suporţii de informaţii conform regulamentelor în vigoare;
- Să respecte procedurile operaţionale de securitate specifice categoriei de sistem informatic la care are acces;

d) În cazul achiziţiilor de software specializat, echipamente sau aparatură medicală ce au în inventarele de complet sisteme informatice şi aplicaţii software, se va informa structura informatică, acesta având obligaţia de a înregistra echipamentele şi de a păstra o copie de siguranţă a aplicaţiilor 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 prezenţa cel puţin a unui specialist din structura informatică, după semnarea angajamentelor şi îndeplinirea formalităţilor prevăzute de legile şi 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 şi o parolă de utilizator pe care nu le va înstrăina;
- nu este permisă transmiterea pe Internet de informaţii confidenţiale sau/şi medicale;
- Internetul se va accesa numai în scopurile aprobate (ex.: consultarea de site-uri cu caracter ştiinţific, colaborări pe diverse proiecte de cercetare, update-uri, licitaţie electronică, alte forme de colaborare electronică cu diverse instituţii, organisme şi organizaţii interne şi internaţionale ce fac obiectul, documentare, educaţie, instruire..)
- structura informatică va monitoriza permanent traficul pe Internet.

g) Orice eveniment de securitate necesită raportat managerului;

h) Instruirea personalului pentru utilizarea şi exploatarea sistemele informatice precum şi în ceea ce priveşte securitatea informatică se va face conform Planului specific anual aprobat.

i) Periodic, şefii nemijlociţi au obligaţia verificării modului în care personalul subordonat respectă legislaţia în vigoare privind aplicarea asigurarea confidenţialităţii informaţiilor şi respectarea măsurilor stabilite privin protecţia lor.

j) Administratorul de sistem/ reţea răspunde de instalarea corectă, întreţinerea şi 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 administratorul de securitate 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 sau de către cel de securitate. 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 sau de securitate, care vor întreprinde măsurile ce se impun în funcție de situație;

n) Informațiile vehiculate în rețeaua internet și aplicațiile software sunt supuse controalelor în toate domeniile securității și protejate corespunzător.

o) 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. 358. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de protecție a sistemului informațional la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Număr de reclamații/sesizări privind pierderea disponibilității datelor și informațiilor gestionate în sistemul informațional al spitalului în ultimul an calendaristic;

b) Număr de reclamații/sesizări privind pierderea confidențialității datelor și informațiilor gestionate în sistemul informațional al spitalului în ultimul an calendaristic;

c) Număr de evenimente de securitate produse la nivelul instituției în ultimul an calendaristic.

9.92. Distrugerea înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului

Art. 359. – 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 operațiunile 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. 360. –(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 comisia 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 comisia de selecționare, documentele valoroase vor fi pastrate permanent sau un timp indelungat, iar cele lipsite de valoare vor fi eliminate, în vederea predării la macerat. Selecționarea documentelor se efectueaza in functie de termenele stabilite in Nomenclator pastrand termenul stabilit, cu ajutorul unei

firme pe baza de contract prestari servicii in vederea efectuarii urmatoarelor servicii: inventarierea documentelor pe fiecare serviciu in parte:

- inregistrarea acestora in registrul de arhiva,
- selectionarea documentelor cu termene expirate conform Nomenclatorului aprobat
- intocmirea documentatiei in vederea aprobarii de catre Arhivele Nationale Mures
- aranjarea si manipularea documentelor in cutii pentru pastrarea acestora,
- inventarierea si organizarea spatiului din incinta arhivei.

b) Termenul de păstrare al unei unităţi arhivistice se măsoară în ani calendaristici şi 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 selecţionarea 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) Înregistrările / documentele arhivate se scot din evidență doar pe baza procesului verbal de selecționare sau de distrugere, aprobat și avizat;

g) 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 hîrtie, la macerat, doar la societățile agreate, expres înscrise în avizul selecției. Delegatul spitalului, participa la predarea documentelor expirate catre firma care se va ocupa de distrugerea acestora.

h) 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 de .....kilograme.*"

i) 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.

j) Toate cazurile de pierdere, distrugere nelegală/ accidentală sau sustragere a documentelor arhivistice se vor raporta imediat după constatare, ierarhic.

Art. 361. Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului distrugere a înregistrărilor / documentelor arhivate la nivelul spitalului sunt următorii:

a) Număr de cazuri de pierdere a documentelor arhivistice raportate anual, pentru care au fost luate măsuri adecvate;

b) Număr de cazuri de distrugere nelegală/ accidentală a documentelor arhivistice raportate anual, pentru care au fost luate măsuri adecvate;

c) Număr de cazuri de sustragere a documentelor arhivistice raportate anual, pentru care au fost luate măsuri adecvate.

9.93. Condiţii de acces, prelucrare şi protecţie a informaţiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale şi personale ale pacientului

Art. 362. – Reglementarea condiţiilor de acces, prelucrare şi protecţie a informaţiilor/datelor din sistemul informatic, inclusiv la datele medicale şi personale ale pacientului are ca principale scopuri:

a) Stabileşte modalităţile de control al accesului la datele din sistemul informatic al spitalului;

b) Reglementarea accesului la informaţii, prelucrarea şi protecţia 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.
- Utilizarea fără discernământ a caracterului privat în ceeea ce privește capacitatea de a controla sau influența ce informație referitoare la o persoană poate fi memorată în fișiere sau baze de date și cine are acces la aceste date.

Art. 363. - 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.

Art. 364. - 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 infomațiilor 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 de IT (responsabilă cu crearea conturilor de utilizator și acordarea drepturilor de acces) și aprobate de managerul spitalului.

d) Prin acorduri de confidențialitate, fișa postului, verificări de securitate și/sau alte documente toți utilizatorii acceptă prevederile regulamentelor privind securitatea sistemului informatic.

e) Accesul la informații 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 Birou 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 IT.

l) Structura IT 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) printr-o cerere facuta de RUNOS si semnata de manager.

n) O data la 3 luni se cere automat schimbarea parolei de utilizator, iar la 5 autentificari esuate se blocheaza contul utilizatorului.

o) Responsabilul IT asigură ștergerea conturilor persoanelor (utilizatorilor) care nu mai lucrează în S.O. Luduș. 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 indeplinească urmatoarele condiții:

- o să fie schimbate de utilizator în mod regulat, o dată la 90 de zile;
- o să aibă o lungime minimă de 5 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. Această situație trebuie ulterior raportată către inginerul IT.

r) În situația în care un utilizator își blochează contul introducând de 5 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 trebuiesc 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-şi gestioneze din contul său propria parolă**

Art. 365. – Accesul şi 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:
   - Medicii din secţii, compartimente, C.G./C.P.U., laborator analize medicale, laborator radiologie şi imagistică, ambulatoriu integrat:, INTERNET, reţeaua internă, aplicaţia ATLASMED.
   - Farmacistul şef: INTERNET, reţeaua internă ATLASMED.
   - Asistenţii medicali/de laborator din secţii, compartimente, C.G./C.P.U., laborator analize medicale, laborator radiologie şi imagistică, ambulatoriu integrat: INTERNET, reţeaua internă, aplicaţia ATLASMED.
   - Asistenţii de farmacie: INTERNET, reţeaua internăATLASMED.

b) Personalul din structurile nemedicale:
   - Managerul/director general: INTERNET, e-mailul S.O. Luduș, reţeaua internă, aplicaţia ATLASMED ,
   - pagina web, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinaţiei acestora);
   - Directorul medical: INTERNET, mail-ul intern, reţeaua internă, ATLASMED, mail-ul intern alocat.
   - Director financiar-contabil, structura financiar-contabilă: INTERNET, e-mailul Spitalului, reţeaua internă, Expert IT, ATLASMED
   - Personalul din structura informatică: acces la toate sistemele informatice, aplicaţiile şi adresele de corespondenţă – pentru implementarea măsurilor de protecţie, administrare, mentenanţă, control şi cercetare a evenimentelor de securitate, sisteme informatice independente în calitate de utilizator (conform destinaţiei acestora);
   - Birou resurse umane: INTERNET, reţeaua internă, aplicaţia REVISAL , Expert IT, mail-ul intern.
   - Birou achiziţii şi contractări: INTERNET, e-mailul Spitalului, reţeaua internă, mail intern.

- Serviciu statistică şi evaluare medicală: INTERNET, reţeaua internă, aplicaţia Extranet, SIUI, DRG, CAPESARO, aplicaţii raportări statistice;
- Serviciul managementul calităţii serviciilor medicale INTERNET, reţeaua internă, aplicaţia CAPESARO, ATLASMED, mail intern.
- Personalul din structurile administrative, altul decât cel mai sus-nominalizat: INTERNET, reţeaua internă.

Art. 366. – (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 verificari de rutină în situații critice.

Art. 367. – (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 raspundă 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 sau accesul la orice fel de site in afara de CAS sau site-uri care exemplifica cercetarea stiintifica sau extragerea datelor necesare rezolvarii unui caz medical.

(6) Utilizatorii nu au dreptul să modifice, reconfigureze, instaleze, dezinstaleze echipamente de rețea, cabluri, prize de conexiuni.

Art. 368. – (1) Accesul, prelucrarea şi protecţia datelor medicale şi 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.O. Luduș 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 C.G./C.P.U., Spital, Ambulatoriu, Radiologie, Laborator 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. 369. – (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. 370. – (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 dupa 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. 371. – (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 sa 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 protectia 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 realizăii 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 asigurari 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 informatiile 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 personalizata de fiecare pacient, este strict confidentiala, 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 in 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 si 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 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 dispozitii legale contrare.

(14) Conform personalului cu atribuțiișiale 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 protectia 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 IX[1] „Dosarul electronic de sănătate al pacientului" din *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.*

Art. 372. – (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/revizuiri ale reglementărilor interne aplicabile în S.O. Luduș (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;
- Stocul de sânge din U.T.S.;
- Stocul tampon de materiale/medicamente;
- Raportarea cazurilor COVID;
- Paturile libere din fiecare secție;
- Semnale de alertare inițiate în diferite situații de urgență precum și date/informații transmise de persoanele abilitate, care fac referire la respectivele situații.

(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 cripteze (să cifreze) datele confidențiale ale pacientului (nume, prenume, cod numeric personal), precum și codul de parafă al medicului.

(5) **Accesul diferitelor categorii de personal din cadrul spitalului în diferite aplicații ale sistemului informatic, se realizează pe nivele de acces**, astfel:

Drepturile de utilizator utilizate in sistemul ATLASmed si acțiunile care se pot efectua pe baza acestora:

- Vizualizare: drept de a vizualiza informații în sistemul ATLASmed
- Adăugare: drept de a adăuga informații în sistemul ATLASmed
- Modificare: drept de modificare informații în sistemul ATLASmed
- Ștergere: drept de ștergere informații în sistemul ATLASmed
- Validare: drept utilizat in modulul EMR pentru a permite, de exemplu pentru a permite completarea de informații suplimentare în foaia de observație si după externarea pacientului
- Invalidare: drept de a invalida un document, de exemplu de întoarcere în lista de lucru a unei investigații deja aprobate sau de a anula externarea pentru o foaie de observație deja externata

- Aprobare: drept de aprobare informații în sistemul ATLASmed (de. ex. aprobarea rezultatului unei analize medicale)
- Imprimare: drept utilizat doar în modulul LIMS pentru a specifica cine are drepturi de a imprima un buletin de analize
- Decontabil CAS: drept utilizat doar în modulul LIMS pentru a specifica cine aredrepturi de a adăuga cereri de analize decontabile (în contract cu CJAS)

Functie	Vizualizare	Adaugare	Modificare	Stergere	Validare	Invalidare	Aprobare	Imprimare	Decontabil CAS
Administrator	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Nu	Nu
Asistent Laborator	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da
Asistenta	Da	Da	Da	Nu	Nu	Nu	Nu	Nu	Nu
Asistenta sefa	Da	Da	Da	Da	Da	Nu	Nu	Nu	Nu
Biolog	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Nu	Da	Da
Chimist	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Nu	Da	Da
Farmacist	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da
Fiziokineto-terapeut	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Nu
Instructor ergoterapie	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Nu
Kinetoterapeut	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Nu
Magazioner	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da
Manager	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Nu	Nu
Maseur	Da	Da	Da	Nu	Nu	Nu	Nu	Nu	Nu
Medic	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Nu	Nu	Nu
Medic rezident	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Nu	Nu	Nu
Medic sef	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Nu	Nu
Psiholog	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Nu
Registrator	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Nu	Nu
Sef Laborator	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da	Da

a. Accesul în aplicația Atlasmed - EMR. Modulul EMR cuprinde spitalizarea de zi, urgenta, camerele de garda, spitalizarea continuă, ambulatoriul, Laboratorul de Recuperare Fizica si Balneologie :

- Accesarea bazelor de date de către utilizatori (şefi de secţie sau ai sectoarelor de activitate) se realizează pe nivele de acces. Nivelul de acces în aplicații se face pe baza drepturilor de acces. Fiecărui utilizator i se atribuie de către administratorul bazei de date un anumit nume de user (Id Operator) şi o parolă, precum şi drepturile corespunzătoare funcției sale. Astfel, şefii de secție au drepturi superioare utilizatorilor obişnuiți. Pot efectua operațiuni multiple pe foile de observație din secția respectivă. Şefii altor departamente au drepturi speciale (de exemplu Şeful laboratorului de analize medicale are dreptul de a modifica parametrii analizelor disponibile în laborator, etc. Restricționarea selectivă a accesului la bazele de date se face pe baza nivelurilor alocate utilizatorilor, astfel:

b. Modulul LIMS- care cuprinde Laboratorul analize medicale, Laboratorul de Radiologie si imagistică si Serviciulul de Anatomie Patologica.

- Pentru accesul Laborator analize medicale - s-au definit autorități pentru personalul care utilizează aplicația astfel:
  - Accesează datele şi informațiile pacientului
  - scriere cereri
  - Introduc datele şi rezultatele

- Modifică datele sau rezultatele pacientului
- Autorizează eliberarea rezultatelor pacientului și a rapoartelor

Accesul în aplicație al utilizatorilor este delimitat în funcție de drepturile alocate operatorilor (conform deciziei conducerii laboratorului). Astfel, fiecare utilizator trebuie să dispuna de id și parola proprie, iar ferestrele de lucru și anumite butoane sunt activate în funcție de gradul de pregătire și funcția în cadrul laboratorului, pentru fiecare utilizator în parte.

- Pentru accesul ccesul în aplicația Laboratorului de Radiologie si imagistică s-au definit autorități pentru personalul care utilizează aplicația astfel:
  - scriere cereri
  - ștergere + validare rezultat
  - scriere rezultate + adaugare doze + validare imagini + validare rezultat
  - ștergere imagini considerate irelevante
- Pentru accesul în aplicația Serviciului de Anatomie Patologica s-au definit autorități pentru personalul care utilizează aplicația astfel:
  - scriere cereri
  - ștergere + validare rezultat
  - adaugare rezultate
  - validare rezultat
  - invalidare cereri neconforme

c. Pentru accesul în aplicația Farmacie FARM s-au definit autorități pentru personalul care utilizează aplicația astfel:

- nivel de administrator si nivel de utilizator.

Șeful farmaciei este și gestionar pe anumite gestiuni și are dreptul de eliberare pe acestea).

- nivel de farmacie are drepturi peste intrari, ieșiri, raportări, configurări de medicamente și furnizori.
  - Farmacistul si farmacistul sef la nivel de secție cu drepturi peste condici, transferuri și unele raportări
  - Asistentul de farmacie are dreptul de a emite condici, vizualizare lor, eliberarea condicilor dar nu au dreptul de invalidare sau de stergere.

Admistratorul de sistem poate aloca gestiunile de pe care se pot scrie și elibera condici de medicamente.

Art. 373. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a prezentei reglementări sunt următorii:

- Număr de sesizări adresate conducerii S.O. Luduș în ultimul an calendaristic încheiat, privind restricționarea accesului în sistemul informatic al spitalului care a avut ca urmare imposibilitatea executării unor atribuții funcționale;
- Număr de incidente de securitate săvârșite în ultimul an calendaristic încheiat, care au avut ca urmare divulgarea neautorizată a datelor;
- Număr de conturi de utilizator existente în sistemul informatic, raportat la numărul de parole utilizat la un moment dat;
- Număr de sesizări adresate conducerii S.O. Luduș în ultimul an calendaristic încheiat, privind accesul, prelucrarea și protecția datelor medicale și personale ale pacientului de către spital;
- Număr de sesizări adresate conducerii S.O. Luduș în ultimul an calendaristic încheiat, privind transmiterea cu întârziere a setului de date/informații stabilite a se transmit cu prioritate către utilizatori.

9.94. 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

Art. 374. –Reglementarea procesului de consultare a unităților arhivistice și de eliberare a adeverințelor 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 adeverinţe/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:

- o pierderea confidențialității datelor pacientului;
- o utilizarea datelor de către terți;
- o compromiterea informațiilor;
- o multiplicarea într-un număr mai mare de exemplare;
- o diseminarea neautorizată.

Art. 375.– Consultarea unităților arhivistice și eliberarea duplicatelor documentelor se realizează cu respectarea următoarelor reguli și responsabilități generale, prevăzute de legislația în vigoare:

a) În locurile în care se află documentele, este interzis accesul cu aparate care au posibilităţi tehnice de fotografiere/filmare, de înregistrare audio-video, de copiat sau de comunicare la distanţă.

b) În spital este permisă folosirea aparatelor cu posibilităţi tehnice de fotografiere/filmare, de înregistrare audio-video, de copiat sau de comunicare la distanţă, numai cu aprobarea managerului.

c) Fondurile arhivistice, existente asupra spitalului, pot fi folosite pentru cercetare ştiinţifică, rezolvarea unor lucrări administrative sau de documentare, activităţi cultural-educative, eliberarea de certificate, adeverinţe, extrase sau copii/duplicate.

d) În principiu, documentele create de spital pot fi studiate, de către cetăţeni români sau străini, pe o perioada de 15 ani de la crearea lor.

e) Aprobarea studierii documentelor, precum şi eliberarea unor copii/duplicate de pe acestea, cu acordul managerului de spital.

f) În situaţii temeinic justificate, la solicitarea organelor de cercetare administrativă şi/sau penală, pot fi extrase documente originale din interiorul dosarelor sau mapelor pentru a fi puse la dispoziţia acestora.

g) Persoanele din cadrul spitalului sau din afara acestuia, cu atribuţii de control tematic, verificări economico-financiare, cercetări administrative ori juridice, pot cerceta documentele direct de la creatori sau deţinători, în baza delegaţiei permanente.

h) Nerespectarea de către solicitanţi, a regulilor stabilite pentru cercetarea documentelor, atrage încetarea dreptului de a mai studia, iar degradarea documentelor, voită sau din neglijenţă, precum şi sustragerea de documente se sancţionează, după caz, disciplinar, contravenţional sau penal.

i) În principiu, scoaterea unităților arhivistice dintr-o arhivă, pentru a fi studiate în alt loc, este interzisă.

j) Spitalul are obligaţia ca, pe baza documentelor existente curente și în arhivele pe care le deţin, să elibereze, la cerere, certificate şi copii/duplicate în cazul când documentele se referă la situaţii şi drepturi privind pe solicitant, cum sunt: vechimea în muncă, spitalizări, informaţii medicale etc.

k) 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)

l) 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)

m)Pacienții, aparținătorii și vizitatorii au acces neîngrădit la depunerea sugestiilor, cererilor, reclamațiilor/ petițiilor și sesizărilor în legătură cu Spitalul, la secretariat sau în cutiile special instalate în acest scop. Acestea sunt ridicate zilnic și prezentate factorilor decizionali. (Legea 46/2003 actualizată)

Art. 376. – Consultarea unităților arhivistice presupune derularea următoarelor activități și exercitarea următoarelor responsabilități:

a)Solicitantul se prezintă la secretariatul spitalului cu o cerere, conform programului de lucru aprobat.

b) Înainte de punerea la dispoziție a unităților arhivistice persoana cu atribuții de arhivar înregistrează documentele solicitate.

c)Persoana cu atribuții de arhivar pune la dispoziție solicitantului, pe bază de semnătură (dată în Registrul de depozit), unitățile arhivistice solicitate.

d) Solicitantul sau comisia 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 persoanei cu atribuții de arhivar, operațiune consemnată sub semnătură de către gestionarul fondului arhivistic în Registrul de depozit.

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 informa imediat despre această situație managerului spitalului, luând ulterior măsurile dispuse de către aceștia.

Art. 377. – 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 la secretariatul spitalului.

c) Solicitantul predă secretarului, cererea de multiplicare completată, după obținerea aprobărilor necesare.

Art. 378. – 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 secretariatul spitalului.

c) Secretarul spitalului înregistrează cererea în Registrul unic.

d) Secretarul prezintă cererea / solicitarea managerului pentru aprobare în ziua predării respectivei cereri pentru înregistrare.

e) După aprobare, secretarul unității 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 unic.

Art. 379. – Eliberarea documentelor medicale solicitate de către pacienți/aparținători/împuterniciți 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.O. Luduș asigură accesul neîngrădit al pacienților la datele medicale personale.

b) Solicitarea privind comunicarea datelor medicale personale se adresează de către pacienți/aparținători/împuterniciți, 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 aparținător/reprezentant legal.

d) În cazul persoanelor împuternicite 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 cu atribuții de arhivar nominalizată de manager, în termen de 30 de zile de la înregistrarea solicitării.

f) Eliberarea copiilor documentelor medicale solicitate se face dupa completarea de către pacienți/aparținători/împuterniciți a formularului „*Declaratie privind comunicarea documentelor medicale personale*", prevăzut in 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*, informatiile 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. 380. – Anual, prin grija șefului structurii de informatică se realizează atât planificarea instruirilor periodice ale personalului care avizează/ eliberează documentele medicale solicitate de către pacienți/ aparținători/ împuterniciți, cât și instruirea propriu-zisă, conform planificării aprobate.

Art. 381. - Indicatorii de eficiență (după caz) și eficacitate a procesului de sunt următorii:

a) Număr de documente multiplicate eliberate în raport cu numărul de cereri de documente solicitate spre eliberare, în ultimul an calendaristic încheiat;

b) Număr de documente eliberate la cerere în intervalul de timp legal, din 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, în raport cu numărul respectivelor instruiri planificate în același interval de timp.

9.95. Utilizarea echipamentului individual de protecție

Art. 382. (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 asistentei 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 C.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**, astfel:

a) – alb cu dungă rosie la guler și buzunar–medici Secția Chirurgie, Secția Obsterică Ginecologie,Compartiment Boli Infecțioase, Secția Medicină Internă ,Compartiment Ingrijiri

paliative,; verde- medici ATI , Sala de operatii, medici CPU; exceptie medicii din Secția Pediatrie și Compartiment Neonatologie echipamentul este pantalon /fustă alb și bluza cu imprimeuri.

b) – alb cu dungă albastră la guler și buzunar –asistenţi medicali din Sectia Chirurgie, Sectia Obsterică Ginecologie,Compartiment Boli Infecțioase;roșu - asistenţi medicali din Secția Medicină Internă, ciclam- asistenţi medicali din Compartiment Ingrijiri paliative, albastru- asistenţi medicali din CPU, asistenţi medicali din Secția Pediatrie pantalon /fustă ciclam și bluza ciclam sau cu imprimeuri, asistenţi medicali din compartiment Neonatologie pantalon /fustă rosu și bluza cu imprimeuri

c) – albastru deschis – infirmiere; visiniu-infirmiere CPU,verde-infirmiere ATI si infirmieri Sala de operatii ;exceptie Secția Pediatrie pantalon albastru dechis si bluza albastru dechis sau cu imprimeuri

d) - alb- medici si asistenti din ambulatoriu de specialitate, fizioterapie, lab.analize medicale, serviciul de anatomie patologica, C.P.I.A.A.M., farmacist si asistent farmacie, asistent dietetician;

e) salopeta albastra-brancardier;

f) alb- zona curata spalatorie ;

g) verde-zona murdara spalatorie, ingrijitoare din toate sectoarele de activitate, exceptie Secția Pediatrie pantalon verde si bluza verde sau cu imprimeuri;

h) alb-bucatar;

(5) Utilizarea echipamentului de spital este obligatorie de către tot personalul medico-sanitar si auxiliar pe toată durata programului.

(6) Personalul medico-sanitar și auxiliar-sanitar precum și cel din blocul alimentar 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. 383 - 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, protectoare faciale (ochelari, ecran protector), bonete/capeline, încălțăminte de spital, cizme de cauciuc.

Art. 384. - (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, decontaminarii;

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:
   - o intervenții chirurgicale;
   - o examinare internă
   - o intervenții care implică un contact cu regiuni ale corpului în mod normal sterile; uneori sunt necesare mănuși duble;
   - o abord vascular central prin puncție;

b) de uz unic, nesterile, curate și se utilizează pentru:

- o examinări curente, care implică un contact cu mucoasele, dacă nu există o recomandare contrară;
- o examinări curente, care implică un contact cu tegument pacient cu soluții de continuitate;
- o manipularea de materiale contaminate;
- o curățenie, îndepărtare de produse biologice contaminate;

c) de uz general, menaj, de cauciuc și se utilizează pentru:
- o activități de intreținere, care implică un contact cu sânge si alte produse biologice considerate a fi contaminate;
- o colectare de materiale contaminate, curățire și decontaminare instrumentar, material moale, suprafețe contaminate.
- o manipularea de materiale contaminate;
- o curățenie, îndepărtare de produse biologic
- o manipulare deseuri.

d) din materiale care protejează mâinile de agenți fizici (căldură, suprafețe abrazive, curent electric) și se utilizează în :
- o sterilizare
- o activiți cu risc de iradiere
- o 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) Mod de utilizare pentru mănușile de uz general – de menaj, se pot decontamina și reutiliza, dacă nu prezintă semne de deteriorare (perforare, îmbătrânire cauciuc, etc.)

Art. 385. - Echipamentul de spital, altul decât cel din Blocul operator este constituit din halat, bluză și pantalon, bluză și fustă, rochie și este din material textil, codificat pe culori pe categorii de personal se poartă în timpul tuturor activităților din structurile medicale. Șorțurile 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. 386. – (1) Masca de unică folosință, cu 1-2-3 straturi, protejează mucoasele bucală, nazală ale personalului medical.

(2) Combinizoanele impermeabile de unică folosință sunt utilizate în situații excepționale (Ebola, infecții cu grad ridicat de contengiozitate)

Art. 387. - Protectoare faciale (ochelari) protejează: tegumentele, mucoasele din zona oculară.

Art. 388. - Bonete/capeline simple din material textil se pot reutiliza sau sunt de unică folosință.

Art.389 - Cizmele de cauciuc sunt utilizate la nevoie în spălătorie sau de muncitorii din formațiunea de cazarmare.

Art. 390. - Halate de unică folosință se folosesc:

a) În blocul operator – halate chirurgicale, de unică folosință, care asigură bariera corespunzătoare între pacient și personalul medical, comfortabile.

b) Pentru uzul vizitatorilor din secțiile spitalului – din material nețesut, asigură igiena și protecția pacienților.

Art. 391 - (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:
- o 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;

- o personalul medico-sanitar ce nu participă activ la actul operator: echipament de spital, manuși de unică folosință, mască și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate ochelari de protecție
- o personalul din anestezie: echipament de spital, manuși de unică folosință, mască și în caz de anticipare de producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate ochelari de protecție

ATENȚIE: ***În zona de filtru a Blocului operator este obligatorie schimbarea ținutei de spital cu ținuta de sală, inclusiv încălțămintea!***

b) În spațiile unde se efectuează manevre invazive din cadrul Laboratorului 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 C.G./C.P.U. - 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 spatiu (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) 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.

h) În U.T.S. se recomandă echipament de spital și mănuși de unică folosință.

i) În ambulatoriul integrat se recomandă echipament de spital si mănuși de unică folosință, la nevoie măști de protecție.

j) 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, manuși 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 ajuta voluntar pacientul, aparținători). Echipamentul individual de protecție la radiații trebuie se posede autorizație de securitate radiologică pentru produs, conform *Legii nr. 111/1996, republicată, cu modificarile și completările ulterioare.*

k) Personalul din serviciul de sterilizare utilizează următoarele categorii de echipament de protectie: 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.

l) Personalul medico-sanitar din secții care pregătește instrumentar pentru sterilizat utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, manuși 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.

m) 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.

n) Personalul din serviciul de anatomie patologică utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, manuși 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 compartimentul de prosectură utilizează ca echipament de protecție: echipament de spital, manuși 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 decedat suspect sau confirmat cu boală infectocontagioasă cu risc înalt (febre hemoragice, etc) este necesar ca personalul medico-sanitar și auxiliar să poate echipament de protecție de nivel înalt (combinezon, mască facială FFP2-3, botoși, ochelari sau vizieră).

p) Vizitatorii din secții, altele decât ATI, trebuie sa poarte halatul de unica folosință si botosi pus la dispoziție de spital, la intrarea în secție.

q) Personalul care realizează trierea, colectarea si depozitarea deșeurilor și a subsanțelor toxice utilizează următoarele echipamente de protectie: mănuși de uz general - menaj, din cauciuc gros rezistent la acțiune mecanică şi 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.

r) Personalul din serviciul de bucătarie care lucrează la manipularea, prepararea, transportul, servirea și desfacerea alimentelor sunt obligate să utilizeze echipament de protectie format din: bluză, pantalon, bonetă, papuci, șosete, unde este cazul mănuși de unică folosință. Respectivul personal nu are voie să iasă cu echipamentul de protecție în afara blocului alimentar.

s) 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 verde personalul care lucrează în zona curată trebuie să poarte echipament de spital de culoare alba
- 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;

t) uniformele de lucru murdare se depozitează în saci separat de lenjeria spitalului și se spală separat.

u) Electricianul, instalatorul și muncitorii necalificați au obligația de a purta salopetă/combinezon de protecție, încalțăminte specială sau cizme de protecție, mănuși de protecție speciale și ochelari de protecție. Pentru lucrul la înălțime este obligatorie purtarea căștii de protecție precum şi centură de siguranță verificată în termen de valabilitate.

v) Personalul de distribuție din depozite (lucrătorii) trebuie să folosească echipament de protecție (mănuși, sorțuri, halat etc.) atunci când manipulează substanțe potențial toxice.

9.96 Menținerea sănătății ocupaționale a personalului din cadrul Compartimentului îngrijiri paliative

Art.392. –Reglementarea privind menținerea sănătății ocupaționale a personalului din Compartimentul îngrijiri paliativeare 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

- producerea de accidente de muncă
- afectarea stării de sănătate a personalului
- deficit de imagine a spitalului.

Art. 393. (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 9.95 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 constatat în anul precedent.

f) Evaluarea psihologică a personalului din îngrijiri paliative la angajare și ulterior evaluarea psihologică și/sau consilierea psihologică se desfășoarăcu respectarea prevederilor punctului "*9.27 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 acestă 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 "*9.61 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, lecturăetc.

j) Coordonatorul Compartimentului îngrijiri paliative are obligația ca anual, de regulă în prima decadă a lunii noiembrie, să înainteze propuneri de efectuare de cursuri / instruiri după cum urmează:

- program de pregătire medicală continuă de paliație de minim 4 ore per an pentru medic, asistenți medicali, asistent șef, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual
- curs de 36 ore (introductiv și avansat în îngrijiri paliative) pentru asistenți medicali, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual

- curs aprofundat de 6-8 săptămâni de îngrijiri paliative/program de specializare în îngrijiri paliative/masterat în îngrijiri paliative, pentru asistentul şef
- instruiri periodice ale personalului de îngrijire.

k) Coordonatorul Compartimentului îngrijiri paliative are obligaţia de a înainta propuneri anual, de regulă în prima decadă a lunii noiembrie, privind constituirea echipei pluridisciplinare de îngrijiri paliative compusă din: medic cu competenţă în paliaţie, farmacist clinician, asistenţi medicali, infirmiere, asistent social, psiholog, îndrumător spiritual. În situaţia în care la nivelul spitalului nu este asigurată încadrarea tuturor categoriilor de personal din echipa pluridisciplinară coordonatorul compartimentului va propune încheierea de convenţii/acorduri de colaborare cu instituţii/persoane fizice în vederea completării componenţei echipei.

l) Coordonatorul Compartimentului îngrijiri paliative are obligaţia de a înainta conducerii spitalului propuneri care să asigure în permanenţă un mediu de lucru adecvat pentru personalul compartimentului, prin crearea şi menţinerea următoarelor condiţii de muncă:

- Dotarea cu echipamentele şi aparatura necesară, în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- Confort în ce priveşte factorii ambientali: luminozitatea, temperatura ambientală, zgomotele, aerisirea.
- Susţinerea personalului pentru pregătirea profesională în domeniul îngrijirii paliative.
- Respectarea prevederilor legale privind timpul de lucru şi de odihnă.

Art. 394. - Indicatorii de eficienţă (după caz) şi eficacitate a procesului privind menţinerea sănătăţii ocupaţionale a personalului din Îngrijiri paliative sunt următorii:

a) Numărul de evaluări periodice în urma cărora s-a constatat afectare profesională aferentă activităţii din Compartimentul îngrijiri paliative, în perioada evaluată.
b) Numărul de accidente de muncă aferente epuizării în urmaactivităţii din Compartimentul îngrijiri paliative, în perioada evaluată.
c) Numărul de EAAAM aferente epuizării în urma activităţii din Compartimentul îngrijiri paliative, în perioada evaluată.
d) Numărul de asistenţi medicali din alte secţii de cronici ale spitalului şi care au în îngrijire pacienţi cu boli cronice progresive au absolvit minim un curs introductiv de îngrijiri paliative, de minim 3 zile, în perioada evaluată.

9.97 Reglementare privind activitatea echipei pluridisciplinare în Compartimentul îngrijiri paliative

Art. 395. – Reglementarea privind activitatea echipei pluridisciplinare în Compartimentul îngrijiri paliative are ca principale scopuri:

a) Stabileşte componenţa echipei pluridisciplinare care asigura abordarea holistica a pacientului internat in Compartimentul de ingrijiri paliative.
b) Stabileşte 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 pacienţilor ce necesită îngrijiri paliative
   - Deficit de imagine în mass-media a spitalului.

Art. 396. – (1) Componenţa echipei pluridisciplinare este formată obligatoriu din: medic cu atestat/competentă 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 membrii 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:

- asigură servicii complexe de tip medical, nursing, îngrijiri de bază, asistenţă socială, asistenţă psiho-emoţională şi spirituală adresate pacientului şi familiei acestuia;
- întocmește la internare și actualizează pe perioada spitalizării planul pluridisciplinar de management al pacientului;
- evaluează saptămanal și la nevoie pacientul din punct de vedere medical, nursing;
- acordă îngrijiri de bază, asistenţă socială, asistenţă psiho-emoţională şi spirituală adresate pacientului si consemneaza în FOCG problemele identificate și interventiile necesare;
- respectă criteriile de internare a pacientilor 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, recomendă 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, efectuază 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 evolutie si interventii in echipa). 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 necesătăți 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 evolutie si interventii in echipa). Aplică chestionarul de depresie PHQ din FO, aprecieză 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 pacientuluișsi familiei sale, la nevoie.Documentează /semnează evaluarea în FO și intervențiile efectuate (foaie de evolutie si interventii in echipa). Evaluarease 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 echipei pluridisciplimare** 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 conexă 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. 397. - 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/aparținătoriloraferente 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.

9.98 Reglementare privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase

Art. 398. - Reglementarea procesului privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase, care pot deveni arme de auto- sau heteroagresiuneare ca principale scopuri:

c) 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.

d) Elimină / tratează următoarele riscuri existente în Registrul de riscuri:
   - agravarea stării de sănătate a pacientului
   - alterarea siguranței fizice a personalului si a celorlalti pacienti.

Art. 399. - 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:

La internare pacientului/aparținătorului i se comunică de către medicul care efectuează internarea sau de asistenta sef 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,furculita,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).

Interzicerea pastrarii asupra pacientului unor obiecte personale potential periculoase este prevazuta in "*REGULI SI OBICEIURI PE CARE TREBUIE SA LE RESPECTE PACIENTII SI VIZITATORII IN CADRUL SECTIEI PSIHIATRIE CRONICI*"care sunt aduse la cunoștința pacientului la internare.

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.

Toate obiectele găsite asupra pacientului vor fi inventariate și se vor urma una din următoarele conduite:

a) dacă rămân depozitate la magazia (garderobă) spitalului vor fi preluate pe "*bon de bunuri pacient*", completat în 2 exemplare de catre asistenta/infirmiera de serviciu și semnate de către aceaștia. Un exemplar din bon se păstrează in foaia de observație iar celalat exemplar se păstrează la magazie (garderobă), impreuna cu obiectele bolnavului.
b) La extenare pacientul/aparținătorul va primi bunurile din magazie impreună cu un exemplar din "*bon de bunuri pacient*" după semnarea pe ambele exemplare (bonul din magazie si cel păstrat in FO).

In zilele de miercuri, joi si sambată se face controlul obligatoriu a noptierelor și a paturilor din saloane, de către infirmieri și ingrijitorii 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. 400 - 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 muncăgenerate de aplicarea/neaplicarea reglementării privind interzicerea păstrării asupra pacientului a unor obiecte personale potențial periculoase sunt înregistrate în perioada evaluată.

CAPITOLUL X - CRITERIILE ŞI PROCEDURILE DE PROMOVARE ŞI DE EVALUARE PROFESIONALĂ A SALARIAŢILOR

Art. 401. - (1) Prin promovare se asigură evoluţia în carieră a personalului contractual, prin trecerea într-un grad superior sau treaptă profesională superioară, într-o funcţie de conducere sau într-o funcţie 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 funcţiilor contractuale şi a criteriilor de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a personalului contractual din sectorul bugetar plătit din fonduri publice, cu modificările ulterioare*, precum şi a *Ordinului nr.1470/2011 pentru aprobarea criteriilor privind angajarea şi promovarea în funcţii, grade şi trepe profesionale a personalului contractual din unităţile sanitare publice din sectorul sanitar.*

Art. 402. - Examenul de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare a personalului contractual din S.O. Luduş se organizează pentru posturile prevăzute în statul de organizare propriu, după finalizarea perioadei de evaluare a performanţelor 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.O. Luduş se analizează situaţia personalului contractual încadrat în structura proprie, care îndeplineşte condiţiile de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare şi ierarhic aprobarea desfăşurării acestuia, atunci când este cazul.

Art. 403. - (1) Examenul de promovare în grade sau trepte profesionale a personalului contractual constă în susţinerea unei probe scrise sau a unei probe practice, după caz, şi interviu stabilite de comisia de examinare.

(2) Proba practică se susţine în cazul funcţiilor contractuale la care este necesară verificarea abilităţilor practice.

(3) Pentru a participa la examenul de promovare în grade sau trepte profesionale imediat superioare, candidatul trebuie să fi obţinut calificativul „foarte bine" la evaluarea performanţelor profesionale individuale cel puţin de două ori în ultimii 3 ani, în care acesta s-a aflat în activitate.

În vederea evaluării şi 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 funcţiilor contractuale şi 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. 404. - **(1)** Procedura şi criteriile de evaluare a activităţii profesionale pentru personalul contractual din cadrul S.O. Luduş sunt cele specificate de fişele de evaluare şi autoevaluare întocmite anual şi actualizate conform legislaţiei în vigoare.

(2) Criteriile de evaluare a activităţii profesionale pentru personalul contractual din cadrul S.O. Luduş se stabilesc prin contractele individuale de muncă sau/şi actele adiţionale la contractele individuale de muncă, după caz, şi se consemnează în fişa de evaluare anuală a activităţii profesionale.

(3) În mod obligatoriu, în cadrul S.O. Luduş, comunicarea cu pacienţii/ aparţinătorii este obiectiv urmărit la evaluarea anuală a personalului contractual.

(4) Evaluarea performantelor profesionale individuale ale personalului contractual de executie si conducere reprezinta aprecierea obiectiva a performantelor 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. Procesul de evaluare a performantelor

profesionale individuale ale personalului contractual de executie si conducere în cadrul S.O. Luduș se desfășoară, anual, cu respectarea prevederilor *O.M.S. nr. 1229/2011 privind aprobarea criteriilor de evaluare a performantelor profesionale individuale si a modelului fisei de evaluare a performantelor profesionale individuale.*

CAPITOLUL XI - PROGRAMUL ORAR

Art. 405. - Programul orar al spitalului şi activităţile care se desfăşoară în cadrul acestuia se stabilesc de către managerul S.O. Luduş, cu respectarea prevederilor legale incidente în vigoare.

Art. 406. – (1) Programul orar al spitalului se întocmeşte anual sau la nevoie prin decizia managerului Spitalului Orăşenesc Dr.Valer Russu Luduş.

(2) În situaţia că se impune, funcţie de necesităţile curente ale structurilor din cadrul S.O. Luduş sau de anumite probleme personale ale personalului spitalului, programul orar pentru una sau mai multe persoane poate fi modificat la propunerea şefului locului de muncă interesat sau a persoanei interesate, de către managerul spitalului.

Art. 407. – Timpul de muncă al diferitelor categorii de personal din cadrul S.O. Luduş, precum şi modul de organizare al gărzilor în cadrul spitalului este cel prevăzut *de O.M.S. 870/2004 pentru aprobarea Regulamentului privind timpul de muncă, organizarea şi efectuarea gărzilor în unităţile publice din sectorul sanitar, cu modificările şi completările ulterioare.*

CAPITOLUL XII - DISPOZIŢII FINALE

Art. 408. – **(1)** Dispoziţiile prezentului Regulament se completează cu prevederile normativelor aplicabile în Ministerul Sănătăţii şi ale legislaţiei muncii.

(2) Regulile de aplicare detaliată la nivelul S.O. Luduş a principalelor reglementări cuprinse în prezentul Regulament, vor fi elaborate prin grija şefilor de compartimente funcţionale ale Spitalului, prin proceduri documentate întocmite la nivelul acestora, care, după aprobarea lor de către manager, vor fi aduse la cunoştinţă, sub semnătură, structurilor/persoanelor interesate.

(3) În măsura în care actele normative menţionate 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 S.O. Luduş, în timpul cel mai scurt posibil, după caz.

Art. 409 . - Anexele nr. 1 la 10 fac parte integrantă din prezentul Regulament.

Anexa nr. 1
(Art. 3 la Regulament)

DEFINIŢII

În întregul text al prezentului Regulament, următorii termeni au următoarele înţelesuri:

Act medical - acţiunea personalului medical exercitată în relaţie directă cu pacientul în vederea prevenirii îmbolnăvirilor, diagnosticării, tratării, acordării de îngrijiri medicale, reabilitării, precum şi monitorizării stării de sănătate a acestuia.

Compartimente funcţionale ale Spitalului – oricare din elementele prevăzute în organigrama Spitalului, de la funcţia independentă la secţie, denumite în continuare şi "**Microstructuri**".

Conducerea unităţii/spitalului – Managerul Spitalului sau orice alte persoane cu funcţii de conducere pe care acesta l-a delegat/mandatat în acest scop.

Conducătorul ierarhic superior – desemnează persoana care ocupă funcţia imediat superioară unui anumit post în organigrama Spitalului şi care asigură coordonarea şi supravegherea activităţii acestuia.

Discriminare - distincţia care se face între persoane aflate în situaţii similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenentei etnice, originii naţionale sau sociale, religiei, opţiunilor politice sau antipatiei personale.

Discriminare bazată pe criteriul de sex – discriminarea directă şi discriminarea indirectă, hărţuirea şi hărţuirea sexuală a unei persoane de către o altă persoană la locul de muncă sau în alt loc în care aceasta îşi desfăşoară activitatea; Constituie discriminare bazată pe criteriul de sex orice comportament nedorit, definit drept hărţuire sau hărţuire 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 influenţa negativ situaţia persoanei angajate în ceea ce priveşte promovarea profesională, remuneraţia sau veniturile de orice natură ori accesul la formarea şi perfecţionarea profesională, în cazul refuzului acesteia de a accepta un comportament nedorit, ce ţine de viaţa sexuală.

Discriminare directă – situaţia în care o persoană este tratată mai puţin favorabil, pe criterii de sex, decât este, a fost sau ar fi tratată altă persoană într-o situaţie comparabilă.

Discriminare indirectă – situaţia în care o dispoziţie, un criteriu sau o practică, aparent neutră, ar dezavantaja în special persoanele de un anumit sex în raport cu persoanele de alt sex, cu excepţia cazului în care această dispoziţie, acest criteriu sau această practică este justificată obiectiv de un scop legitim, iar mijloacele de atingere a acestui scop sunt corespunzătoare şi necesare;

Discriminare multiplă – orice faptă de discriminare bazată pe două sau mai multe criterii de discriminare.

Evaluarea salariaţilor – procesul prin care se apreciază nivelul de dezvoltare profesională a acestora.

Hărţuire – situaţia în care se manifestă un comportament nedorit, legat de sexul persoanei, având ca obiect sau ca efect lezarea demnităţii persoanei în cauză şi crearea unui mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau jignitor.

Hărţuire sexuală – situaţia în care se manifestă un comportament nedorit cu conotaţie sexuală, exprimat fizic, verbal sau nonverbal, având ca obiect sau ca efect lezarea demnităţii unei persoane şi, în special, crearea unui mediu de intimidare, ostil, degradant, umilitor sau jignitor.

Intervenţie medicală - orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare.

Îngrijiri de sănătate - serviciile medicale, serviciile comunitare şi serviciile conexe actului medical.

Îngrijiri terminale - îngrijirile acordate unui pacient cu mijloacele de tratament disponibile, atunci când nu mai este posibilă îmbunătăţirea prognozei fatale a stării de boală, precum şi îngrijirile acordate în apropierea decesului.

Locul de muncă – este zona delimitată în spaţiu, în funcţie de specificul muncii, înzestrată cu mijloacele şi cu materialele necesare muncii, în vederea realizării unei operaţii, lucrări sau pentru îndeplinirea unei activităţi de către unul ori mai mulţi executanţi, cu pregătirea şi îndemânarea lor, în condiţii tehnice, organizatorice şi de protecţie a muncii corespunzătoare, din care se obţine un venit în baza unui raport de muncă ori de serviciu cu un angajator.

DECIZIE – Dispoziţie a managerului dată în condiţiile legii, obligatoriu a fi pusă în aplicare de către responsabilii nominalizaţi în aceasta;

Pacient - se înţelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate. În S.O. Luduş se acordă servicii medicale pacienţilor din toate categoriile de vârstă, în limita specialităţilor medicale existente in cadrul spitalului. Nu se acordă servicii medicale copiilor care au nevoie de asistenta medicala in urmatoarele specialitati medicale: Cardiologie pediatrică; Gastroenterologie pediatrică; Nefrologie pediatrică; Neurologie pediatrică; Oncologie şi hematologie pediatrică; Pediatrie; Pneumologie pediatrică; Psihiatrie pediatrică; Chirurgie pediatrică; Ortopedie pediatrică.

Personalul – Personalul de conducere şi personalul de execuţie, de toate categoriile, împreună.

Pseudonimizare - înseamnă prelucrarea datelor cu caracter personal într-un asemenea mod încât acestea sa nu mai poata fi atribuite unei anume persoane vizate tù•a a se utiliza informatii suplimentare, cu conditia ca aceste informatii suplimentare sa fie stocate separat sa faca obiectul unor masuri de natura tehnica organizatorica care sa asigure neatribuirea respectivelor date cu caracter personal unei persoane fizice identificate sau identificabile.

„Regulamentul" – Regulament intern.

Servicii de sănătate - totalitatea activităţilor medicale şi nemedicale, necesare stabilirii riscului de boală, diagnosticului, tratamentului, îngrijirilor medicale şi monitorizării stării de sănătate pacienţilor.

Transfer interclinic - transferul unui pacient între două unităţi sanitare, din care unitatea sanitară care primeşte pacientul este de un nivel de competenţă şi/sau dotare mai mare decât unitatea sanitară care trimite pacientul.

S.I.C. - Sistemele informatice şi de comunicaţii.

„Spitalul" – Spitalul Orăşenesc Dr."Valer Russu" Luduş cu sediul social în oraşul Luduş, judeţul Mureş, B-dul 1 DECEMBRIE 1918 , nr.20, denumit în continuare şi "**Angajatorul**".

Anexa nr. 2
(Art. 1 la Regulament)

ACTELE NORMATIVE ÎN BAZA CĂRORA ESTE ÎNTOCMIT *REGULAMENTUL INTERN* AL SPITALULUI

- Constituţia României;
- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările şi completările ulterioare;
- Legea 185/2017 privind asigurarea calităţii în sistemul de sănătate, cu modificările şi 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 şi 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 atributiilor 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 şi limitare a infecţiilor asociate asistenţei medicale în unităţile sanitare;
- Orice alte acte normative în vigoare incidente domeniilor din prezentul Regulament.

Anexa nr. 3
(art. 129 la Regulament)

APROB
Desfășurarea interviului în data de
....., interval orar.....
Managerul Spitalului _____
_____

ACORDUL SCRIS AL PACIENTULUI

I.Subsemnatul_____(numele şi prenumele pacientului), cod numeric personal_____, îmi exprim acordul de a acorda interviu în incinta Spitalului _____, de către dl/d-na jurnalist _____ al publicatiei_____
(Semnătura pacientului care îşi exprimă acordul pentru acordarea interviului)
_____
Data: ____/_____/_____

II. Subsemnatul _____ (numele şi 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 şi în cazul majorilor cu pierdere temporară a capacităţii de exerciţiu).
(Semnătura reprezentantului legal care îşi exprimă acordul pentru interviu)
_____
Data: ____/_____/_____

III. Subsemnatul_____, în calitate de medic curant al pacientului _____(numele şi prenumele pacientului menţionat 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 publicatiei_____ 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 cunoştinţă de regulile instituite prin procedura de reglementare a accesului mass-media la nivelul spitalului şi la pacienţii internaţi în cadrul acestuia, pe care mă oblig să le respect.

Data_____/_____/_____
Semnatura_____

Anexa nr. 4
(art. 132 la Regulament)

REGULI DE RELAŢIONARE CU MIJLOACELE DE MASS-MEDIA

Personalul din cadrul Spitalului sau detaşat, potrivit legii, poate avea relaţii cu mass-media, numai în condiţiile respectării următoarelor reguli:

Regula nr. 1 - pentru relaţiile oficiale cu mass-media

Să aibă aprobarea managerului, să respecte prevederile legale şi reglementările în vigoare privind protecţia informaţiilor, să exprime numai puncte de vedere oficiale, nu personale şi să se refere doar la probleme din aria sa de competenţă şi responsabilitate; să consulte responsabilul cu relaţii publice înainte de contactul cu mass-media; să fie asistat de personalul cu activitatea de relaţii publice.

Regula nr. 2 - pentru relaţiile particulare cu mass-media

Să solicite aprobarea managerului, să nu aducă prejudicii prestigiului instituţiei prin activitatea sa publicitară sau apariţiile publice; activitatea publicistică şi relaţiile cu mass-media să se întemeieze pe respectarea prevederilor legale precum şi a echidistanţei politice a instituţiei; în lipsa unui mandat, să facă numai declaraţii în nume personal precizând, dacă este cazul, că reprezintă propriul punct de vedere şi că ele nu angajează în nici un fel Spitalul.

Regula nr. 3 - pentru relaţiile ocazionale cu mass-media, când nu există timpul necesar pentru obţinerea aprobării sau pentru consultarea personalului cu activitatea de relaţii publice

(1) Să facă numai declaraţii în nume personal, precizând, dacă este cazul, că reprezintă propriul punct de vedere şi că ele nu angajează în nici un fel Spitalul, având grijă ca declaraţiile făcute să nu afecteze negativ prestigiul Spitalului, intimitatea sau siguranţa personalului Spitalului, desfăşurarea unor cercetări în curs.

(2) Ulterior să informeze managerul şi personalul responsabil de activitatea cu relaţii publice despre acest lucru.

Regula nr. 4

Declaraţiile tendenţioase sau comentariile făcute în necunoştinţă de cauză, care angajează Spitalul sau aduc prejudicii onoarei şi demnităţii 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 informaţii referitoare la Spital, care sunt exceptate de la accesul liber al personalului, va atrage după sine consecinţele prevăzute de reglementările în vigoare

ANTET

Anexa nr. 5
(Art. 147 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 depre dreptul de a ma retrage oricand de la desfasurarea evaluarii/interventiei psihologice.

Totodata, potrivit dispozitiilor Legii nr. 677/2001 pentru protectia persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal si libera circulatie a acestora si reglementarilor emise in aplicarea acesteia, 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

Anexa nr. 6

(Art. 153 la Regulament)

ANTET

PROTOCOL DE COLABORARE

CAP. 1 Părţile.

Spitalul _____, cu sediul în _____, strada _____, nr. __, tel/fax _____, reprezentat prin _____ în calitate de director medical şi: ..... convin prin prezentul protocol să colaboreze pentru realizarea scopului şi obiectivelor precizate, adoptând de comun acord metodologia de lucru şi supunându-se în totalitate obligaţiilor comune şi a celor stabilite de cealaltă parte.

CAP. II Scopul.

Scopul prezentului protocol îl reprezintă stabilirea cadrului, a modului de colaborare între părţi şi a promovării reciproce.

CAP. III Obiectul.

Obiectul prezentului protocol de colaborare îl reprezintă cooperarea pe următoarele direcţii:

- Realizarea studiului .....
- Folosirea în acest scop a arhivei medicale a spitalului.
- .....

CAP IV Metodologia de lucru

Părţile semnatare convin asupra următoarelor modalităţi de lucru:

.....

CAP V Obligaţiile părţilor.

1. Obligaţiile Spitalului _____:

- Să pună la dispoziţia partenerului documentele din arhiva medicală a spitalului referitoare la .....
- Să asigure partenerului condiţiile necesare culegerii şi prelucrării datelor la sediul spitalului, astfel încât documentele medicale de arhivă să nu părăsească incinta instituţiei.

2. Obligaţiile .....

- Respectarea normelor de protecţie a informaţiilor clasificate;
- Respectarea confidenţialităţii datelor pacienţilor;
- Scopul studiului să nu contravină normelor de etică profesională;
- Numele Spitalului _____ să fie menţionat în cursul lucrării finale;
- Spitalul _____ să aibă acces la rezultatele studiului prin înmânarea unui exemplar al lucrării finale;

CAP VI Protecţia informaţiilor.

.....

CAP VII Durata protocolului

Prezentul protocol are valabilitatea de ..... luni/ani de la data semnării sale, cu posibilitate de prelungire prin act adiţional, cu acordul părţilor.

Alte menţiuni: .....

CAP VIII Denunţare

Constituie motiv de reziliere a prezentului contract următoarele:

- Nerespectarea de către părţile contractante a prevederilor prezentului protocol;
- .....

Constituie motiv de încetare a prezentului protocol următoarele:
- Terminarea studiului;
- Acordul părţilor pentru încetarea colaborării;
- Forţa majoră, dacă este invocată.

CAP IX Litigii

Orice litigiu se soluţionează pe cale amiabilă.
Când litigiul nu a putut fi soluţionat pe cale amiabilă, sunt competente instanţele judecătoreşti, în conformitate cu legislaţia română.

CAP X Dispoziţii finale.

Încheiat astăzi, ..., în 2 exemplare, ambele cu valoare de original, câte un exemplar pentru fiecare parte.

Manager

Director medical Solicitant

Anexa nr. 7
(Art. ___ la Regulament)

Ghid privind comunicarea cu pacientul/reprezentantul legal în situațiile de diagnostic oncologic

Întrucât cancerul este un diagnostic devastator, contează în mare măsură ca relaţia medicului cu pacientul său să se caracterizeze prin empatie, onestitate şi o legătură umană cu acesta şi familia sa. Se impune în acest context ca medicii să construiască în mod eficient relaţia cu pacientul, să îi ofere acestuia informaţii adecvate şi 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 informaţiilor despre diagnostic şi tratamentul necesar, pacienții pot reacționa prin frică, durere, negare, furie. Astfel de emoții puternice pun medicii în situaţii 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 şi terapiile necesare. La rândul lor, medicii beneficiază de o pregătire redusă în ceea ce priveşte maniera în care ar trebui să furnizeze informațiile despre problemele complexe de sănătate generate de cancer, astfel încât acestea să fie înţelese şi acceptate de către pacienți și non-experți.

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 şi direcți, iar informaţiile să fie furnizate clar şi succinct, într-un limbaj non-tehnic. Când ştirile sunt nefavorabile, este bine ca medicii să urmeze paşi suplimentari pentru a răspunde eventualelor nevoi şi nelămuriri ale pacienților/ reprezentantului legal . Comunicarea unor astfel de informaţii se va desfăşura, pe cât posibil, într-un cadru adecvat, în particular, medicul exprimându-şi solidaritatea faţă de pacient şi răspunzând cu empatie emoţiilor întâmpinate de acesta. După transmiterea veştilor defavorabile, se face o pauză, pentru ca pacientul/ reprezentantul legal să absoarbă ceea ce i s-a spus (tăcerea de susținere). Se aşteaptă ca pacientul/ reprezentantul legal să răspundă înainte de a i se mai comunica şi altceva. În situaţia 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/ reprezentantii legali să fie îndemnați să pună întrebări şi să li se dea timp pentru a-şi exprima îngrijorările.

Clinicienii ar trebui să le prezinte pacienților/ reprezentantilor 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/ reprezentantii legali să fie informaţi şi în legătură cu potenţialele beneficii şi dezavantaje ale fiecărei variante de terapie, iar înţelegerea 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. Conştientizarea faptului că procesul de comunicare necesită o abordare specială culminează prin înţelegerea existenţei "momentului oportun", atunci când informaţiile şi adevărurile pot fi oportune şi adecvat percepute şi alte momente în care acestea nu sunt. Pacienții/ reprezentantii legali pot solicita informaţii diferite în etape (stadii) diferite ale bolii, care le influenţează procesul de înţelegere.

Pot fi evidenţiate trei concepte cheie în definirea competenţelor interpersonale şi de comunicare în relaţia medic - pacient oncologic - familia pacientului, astfel:

- Abordare centrată pe pacient - este modalitatea cea mai eficientă de a oferi informaţie despre maladie, susţineluarea deciziilor în comun ca o componentă esenţială a tratamentului, iar formarea abilităţilor de comunicare nu mai poate fi considerată o abilitate opţională.
- Comunicarea eficientă dintre familia pacientului, oncolog şi pacient este asociată cu rezultate terapeutice importante și poate contribui în procesul de adaptare la stresul psihosocial al bolii.
- Abilităţile de comunicare nu sunt înnăscute şi nu îmbunătăţesc neapărat experienţa clinică, dar pot fi predate şi învăţate, iar practicarea acestor abilităţi pot modifica stilul de comunicare, în cazul prezenţei unei motivaţii de formare.

Aceste competenţe sunt deosebit de importante în situaţii emoţionale foarte dificile, cum ar fi comunicarea diagnosticului, trecerea pacientului la îngrijiri paliative şi informarea reprezentantului legal despre sfârşitul duratei de viaţă. Din păcate, aceste abilităţi nu sunt permanente, deci este important să se practice noi competenţe, cu un feedback regulat, cu privire la comportamentul dobândit. Astfel, de multe ori personalitatea medicului este factorul care determină stilul său de muncă şi comunicare în cadrul profesiei pe care o practică, stil manifestat atât în cadrul deciziei terapeutice cât şi în cadrul tuturor relaţiilor cu bolnavii. Temperamentul şi personalitatea pacientului/ reprezentantului legal sunt doi factori foarte importanţi în primirea unui diagnostic şi acceptarea tratamentului, iar datoria medicului este de a ajuta pacientul/ reprezentantul legal să înţeleagă 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 şi comportament, medicul trebuie să ofere pacientului/ reprezentantului legal **exact ceea ce caută: încredere, echilibru şi mai ales speranţă.**

ANTET

Anexa nr. 8
(Art. 234 la Regulament)

ACORD LIBER CONSIMTIT PRIVIND EVALUAREA PSIHOLOGICĂ A PACIENTULUI

Subsemnatul[17] _____
CNP _____ domiciliat în _____,
posesor al C.I. seria ____ nr. _____, declar ca am luat la cunostinţă despre informaţiile cu privire la scopul, durata, procedurile utilizate, riscurile, beneficiile, limitele confidenţialităţii serviciilor psihologice şi depre dreptul de a mă retrage / a retrage pacientul _____ oricând de la desfăşurarea evaluării/intervenţiei 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 consimţământul, în mod expres şi neechivoc, pentru utilizarea şi prelucrarea datelor mele cu caracter personal în vederea realizării şi întocmirii *Raportului de psihodiagnostic şi evaluare clinică.*

Declar că nu/sunt de acord ca rezultatele evaluării şi recomandările psihologului evaluator să fie comunicate medicului curant.

Data: _____

Nume şi prenume[18]: _____

Semnatura[19]: _____

---

[17] *Nume, prenume pacient/părinte/tutore/reprezentant legal*
[18] *Pacient/părinte/tutore/reprezentant legal*
[19] *Pacient/părinte/tutore/reprezentant legal*

ANTET

Anexa nr. 9
(Art. 234 la Regulament)

RAPORT DE PSIHODIAGNOSTIC ŞI EVALUARE CLINICĂ

1. Numele şi prenumele pacientului: _____
2. Data evaluării: _____ FOCG/FCZ/Fişă urgenţă: _____
3. Motivul evaluării: _____

_____

4. Istoric: _____

_____

_____

_____

_____

_____

5. Instrumente utilizate pentru evaluare: _____

_____

6. Concluzii: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

7. Recomandări: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Psiholog evaluator

Anexa nr. 10
(Art. 305 la Regulament)

ANTET

Aprob
Director medical
_____
_____

SOLICITARE RETUR MEDICAMENTE/MATERIALE SANITARE

Rog fiți de acord și aprobați returnarea, introducerea în gestiunea ..... și scăderea de pe foaia de Condică 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/ul _____, farmacist/asistent medical în secția/compartimentul _____, confirm returnarea și introducerea în gestiunea (aparat de urgență/farmacie)_____ și scăderea de pe foaia de Condică nr_____ din data de_____, corespunzătoare la 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

Acest document conține informații si date care sunt proprietatea Spitalului Orășenesc "Dr.Valer Russu " Luduș

Reproducerea și difuzarea sunt in exclusivitate drepturile spitalului.

Anexa nr.1

La Regulamentul Intern

PROGRAMUL DE LUCRU AL PERSONALULUI DIN CADRUL SPITALULUI ORĂȘENESC DR."VALER RUSSU" LUDUȘ

I.GĂRZILE

- Garda în zilele de sâmbătă, duminică și sărbători legale este de 24 de ore
- Garda laboratorului de analize medicale – 15:00-07:00
- Garda Secției Medicină internă (asigură gardă și pentru Compartiment boli infecțioase și secția psihiatrie cronici de lungă durată) – 15:00-08:00
- Garda Secției Pediatrie – 15:00-08:00
- Garda Secției Obstetrică-ginecologie – 15:00-08:00
- Garda Secției Chirurgie generală – 14:00-07:00
- Garda secției ATI – 15:00-08:00

II. AMBULATORIU INTEGRAT – personalul superior din cabinetele de consultații, laboratoare și farmacie

- Laborator radiologie și imagistică medicală – 08:00:14:00; 14;00-20:00
- Laborator analize medicale – 07:00-15:00
- Laborator recuperare medicină fizică și balneologie – 08:00-15:00
- Medicină internă – 08;00-20:30 (2 ore program ecografii)
- Chirurgie generală – 07;00-11:00
- Ortopedie-traumatologie – 08:00-15:00
- Pediatrie – 08:00-15:00
- Obstetrică-ginecologie – 08:00-15:00
- Neurologie – 08:00-15:00

Acest document conține informații si date care sunt proprietatea Spitalului Orășenesc "Dr.Valer Russu " Luduș

Reproducerea și difuzarea sunt in exclusivitate drepturile spitalului.

- Dermatovenerologie – 08:00-18:30 – Luni-Vineri
- Oftalmologie – 07:30-18:00 – Luni - Marti - Vineri
- O.R.L. – 08:00-15:00 Luni - Vineri
- Endocrinologie – 15:30-22:30 (luni si miercuri)
- Cardiologie – Luni, Marti 08:00-15:00; Miercuri- 08:00-20:00; Joi, Vineri- 08:00-15:00
- Urologie – 07:30-14:30
- Gastroenterologie – 08:00-15:00
- Psihiatrie – 08:00-15:00(luni,joi,vineri) ; 15:00-22:00 (marti,miercuri)
- Dispensar TBC – 08:00-09:00; 13:00-19:00
- Diabet zaharat – Luni 08:00-21:00; 08:00-15:00 (marti,miercuri,joi,vineri)
- Planing familial – 10:00-15:00 (vineri)
- Compartiment infecții nosocomiale – 08:00-15:00
- Pneumologie – 09:00:13:00
- Farmacia – 07:00-15:00
- Serviciul de anatomie patologică – 08:00-14:00

Personal mediu medical din compartimentele fără paturi
Laborator analize medical-07:00:19:00; 19:00-07:00
Laborator radiologie și imagistică medicală – 08:00-20:00
Farmacie – 07:00-15:00
Laborator medicină fizică și balneofizioterapie – 07:00-15:00
Serviciul de anatomie patologică-08:00-14:00
Bloc alimentar-06:00-18:00
Compartiment infecții nosocomiale-07:00-15:00

III. CPU – 08:00-20:00

Asistenti medicali - 08:00-20:00

As.sefa 08:00-16:00

IV. SECȚIA MEDICINĂ INTERNĂ

- Asistenți medicali – 07:00-19:00 tura 1
  07:00-15:00 (as sefa)

Acest document conține informații si date care sunt proprietatea Spitalului Orășenesc "Dr.Valer Russu " Luduș

Reproducerea și difuzarea sunt in exclusivitate drepturile spitalului.

19:00-07:00 tura 2

- Infirmieri – 06:00-18:00 si 06:00-14;00 tura 1
  18:00-06:00
- 4.Îngrijitoare – 06:00-18:00

V. SECȚIA CHIRURGIE GENERALĂ

- Asistenți medicali - 07:00-19:00 tura 1
  07:00-15:00 (as.sefa)
  19:00-07:00 tura 2
- Infirmieri – 06:00-18:00 si 06:00-14;00 tura 1
  18:00-06:00
- Îngrijitoare – 06:00-18:00

VI. COMPARTIMENT BOLI INFECȚIOASE

- Asistenți medicali - 07:00-19:00 tura 1
  07:00-15:00 (as.coordonator)
  19:00-07:00 tura 2
- Infirmieri – 07:00-19:00 tura 1 si 19:00-07:00 tura 2
- Îngrijitoare – 06:00-18:00

VII. SECȚIA PEDIATRIE

- Asistenți medicali - 07:00-19:00 tura 1
  07:00-15:00 (as.sefa)
  19:00-07:00 tura 2
- Infirmieri – 07:00-19:00 tura 1 si 19:00-07:00 tura 2
- Îngrijitoare – 06:00-18:00

VIII. SECȚIA OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

- Asistenți medicali - 07:00-19:00 tura 1
  07:00-15:00 (as.sefa)

19:00-07:00 tura 2

Acest document conține informații si date care sunt proprietatea Spitalului Orășenesc "Dr.Valer Russu " Luduș

Reproducerea și difuzarea sunt in exclusivitate drepturile spitalului.

- Infirmieri – 06:00-18:00 si 06:00-14;00 tura 1
  18:00-06:00
- Îngrijitoare – 06:00-18:00

IX. COMPARTIMENT NEONATOLOGIE

- Asistenți medicali - 07:00-19:00 tura 1
  07:00-15:00 (as.coordonator)
  19:00-07:00 tura 2
- Infirmieri – 06:00-18:00 si 06:00-14;00 tura 1

  18:00-06:00
- Îngrijitoare – 06:00-18:00

X. SECȚIA PSIHIATRIE

- Asistenți medicali - 07:00-19:00 tura 1
  07:00-15:00 (as.sefa)
  19:00-07:00 tura 2

- Infirmieri –07:00-19:00 tura 1 si 19:00-07:00 tura 2
- Îngrijitoare – 06:00-18:00

XI. T.E.S.A – 07:30-15:30 LUNI-VINERI

XII. MUNCITORI – 07:00-15:00 LUNI-VINERI;

XIII. ȘOFERI – 06:00-20:00 LUNI-SAMBATA; 06:00- 18:00 DUMINICA

XIV. BLOC ALIMENTAR – 06:00-14:00- miercuri, duminică; 06:00-18:00- luni,marți,joi,vineri,sâmbătă

XV. SPĂLĂTORIE – 06:00-14:00 LUNI- SAMBATA

Acest document conține informații si date care sunt proprietatea Spitalului Orășenesc "Dr.Valer Russu " Luduș

Reproducerea și difuzarea sunt in exclusivitate drepturile spitalului.

XVI. ÎNGRIJITOARE

1.**Farmacie** – 07:00-15:00
2.**Serviciul de anatomie-patologică** – 11:00-15:00
3.**Laborator analize medicale** – 07:00-15:00
4.**Laborator medicină fizică și balneofizioterapie** – 07:00-15:00
5.**Bloc alimentar** – 06:00-14:00
6.**Ambulatoriu integrat** – 06:00-14:00 ; 13:00-21:00
7.**Spălătorie** – 06:00-14:00
8.**Agent DDD-** 07:00-15:00

Manager,
Ec. Uțiu Claudia